

**A.C. CAMARGO CANCER CENTER
FUNDAÇÃO ANTÔNIO PRUDENTE**

**AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LESÕES ORAIS EM UM CENTRO DE
REFERÊNCIA EM ESTOMATOLOGIA NO MUNICÍPIO DE ALAGOAS**

MATHEUS HENRIQUE ALVES DE LIMA

Tese de Doutorado, apresentada à Fundação Antônio Prudente como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde. Área de concentração: Oncologia.

Orientador (a): Fabio de Abreu Alves

Coorientador (a): Sonia Maria Soares Ferreira Bastos

**São Paulo
2025**

FICHA CATALOGRÁFICA

Lima, Matheus.

**AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LESÕES ORAIS
EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ESTOMATOLOGIA NO
MUNICÍPIO DE ALAGOAS. / Matheus Lima. São Paulo, 2025.**

108f.

**Tese de Doutorado - Fundação Antônio Prudente. Curso de
Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.**

Orientador: Fabio de Abreu Alves.

1. Epidemiologia, 2. Lesões orais , 3. Estomatologia

CDU 616

Elaboração eletrônica pela Biblioteca A.C. Camargo - Fundação Antônio Prudente.

*Todos os direitos reservados à FAP. A violação dos direitos autorais constitui crime, previsto no art. 184 do Código Penal, sem prejuízo de indenizações cabíveis, nos termos da Lei nº 9.610/08.

Nome: Matheus Henrique Alves de Lima

Título: Avaliação do perfil epidemiológico de lesões orais em um centro de referência em estomatologia no município de Alagoas.

Aprovado em: 29/08/2025.

Banca Examinadora

Orientador: Fábio de Abreu Alves

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Coorientadora: Sonia Maria Soares Ferreira Bastos

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Membro da banca: Graziella Chagas Jaguar

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Membro da banca: Maria Stella Nunes Moreira

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Membro da banca: Stefânia Jeronimo Ferreira

Instituição: Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco

Membro da banca: Celso Augusto Lemos Júnior

Instituição: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

DEDICATÓRIA

Aos meus mentores, Dr. Fabio de Abreu Alves e Dra. Sonia Maria Soares Ferreira, cuja orientação, sabedoria e exemplo foram faróis que iluminaram cada passo desta jornada acadêmica.

À minha família, especialmente aos meus pais, minha irmã e minha avó, pelo amor incondicional, pela paciência, orações e apoio constante que me sustentaram nos momentos de maior desafio.

Aos meus amigos, pela compreensão, incentivo e pelas pequenas alegrias que tornaram mais leve o caminho até aqui.

A todos vocês, minha gratidão por compartilharem comigo esta etapa tão significativa da minha vida

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, pela força, sabedoria e serenidade concedidas em cada etapa desta caminhada, iluminando meu caminho mesmo nos momentos de incerteza.

Ao Dr. Fabio, por ter sugerido, no momento exato, e me incentivado a seguir para o doutorado. Além de todo cuidado, recepção e oportunidades em todos estes anos que estamos juntos.

À Dra. Sonia, por aceitar dividir comigo esta jornada, por me receber de volta e me acolher quando mais precisei. Sua postura firme, de leoa protetora, aliada ao carinho materno, foi o amparo que eu precisava. A Sra. é a inspiração que levarei para sempre comigo.

Aos professores Ronir Félix, Ciro Ramon e Isabele Maranhão, pela generosidade e paciência no auxílio com a análise estatística, contribuindo de forma essencial para a concretização deste trabalho.

Aos amigos Celina, Kristiana, Isabele, Evanisa, Valesca e Ana Luiza, pela presença constante, pelos conselhos, palavras de incentivo e torcida, que me motivaram a seguir em frente.

Aos alunos que se tornaram grandes amigos — Cilmara, Robbysson, Ivisson e Gabrielly —, por dividirem comigo os desafios e conquistas da pós-graduação, transformando o percurso em uma experiência mais leve e compartilhada.

À Michelle e à Lívia, pelo apoio inestimável na busca e organização dos prontuários que viabilizaram esta pesquisa.

Aos funcionários do Bloco I do PAM Salgadinho, especialmente ao coordenador Fábio, pela colaboração e suporte no desenvolvimento deste estudo.

Às minhas primeiras alunas de iniciação científica — Ane, Thais e Jullya —, por acreditarem no meu potencial e no meu trabalho, confiando em mim para guiá-las em seus primeiros passos na pesquisa.

Ao CNPq/CAPES pela concessão da bolsa.

E, por fim, a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste sonho, meu mais sincero e eterno agradecimento.

EPÍGRAFE

A gratidão desbloqueia a abundância da vida. Ela torna o que temos em suficiente, e mais. Ela torna a negação em aceitação, caos em ordem, confusão em clareza. Ela pode transformar uma refeição em um banquete, uma casa em um lar, um estranho em um amigo. A gratidão dá sentido ao nosso passado, traz paz para o hoje e cria uma visão para o amanhã”.

Melody Battie.

RESUMO

Lima, MHA. **[Avaliação do perfil epidemiológico de lesões orais em um centro de referência em estomatologia no município de Alagoas]**. [Tese - Doutorado]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2025.

Este estudo de coorte retrospectiva teve como objetivo avaliar o perfil epidemiológico das lesões orais em um centro de referência em estomatologia em Maceió, Alagoas, Brasil. Analisaram-se 4.472 prontuários de pacientes atendidos entre 2007 e 2021. A amostra total revelou predominância do sexo feminino (64,9%). A classificação geral das alterações orais mostrou que a categoria "benigna" foi a mais prevalente, correspondendo a 60,1% dos casos. As subclassificações mais frequentes foram alterações reacionais (15,8%) e aquelas relacionadas às glândulas salivares (14,0%). Em relação à localização, a língua foi o sítio mais acometido (16,2%), seguida pelo palato duro e mole (12,2%). É importante notar que 11% das lesões diagnosticadas foram malignas (COCE) e que, quando agrupadas às lesões potencialmente malignas, essas alterações corresponderam a quase 15% do total da amostra. Esta pesquisa é de suma importância por preencher uma lacuna significativa na literatura regional sobre o câncer bucal, especialmente no Nordeste brasileiro. Com foco nos 478 casos de Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE), os achados revelaram que, o COCE apresentou maior prevalência em indivíduos do sexo masculino (62,8%), principalmente na faixa etária de 60 a 69 anos (29,1%). Indivíduos autodeclarados pardos (34,7%) e com baixo nível de escolaridade, especialmente analfabetos (46,4%), foram mais prevalentes entre os pacientes com COCE. Ambas as variáveis (raça/cor e escolaridade) mostraram associação estatisticamente significativa com a sobrevida ($p < 0,001$ e $p = 0,006$, respectivamente). Além disso, a maioria dos pacientes com COCE era proveniente do interior do estado (49,0%), o que também impactou significativamente a sobrevida ($p < 0,001$). Os hábitos de vida, como o consumo de álcool (53,1% etilistas) e tabaco (55,2% tabagistas ou ex-tabagistas), foram altamente prevalentes entre os pacientes com COCE e foram significativamente associados à sobrevida ($p < 0,001$). Clinicamente, as localizações tumorais mais frequentes para o COCE foram a língua (21,8%) e o assoalho da boca (21,5%), apresentando associação estatisticamente significativa com a sobrevida ($p < 0,001$). O diagnóstico foi, em sua maioria, realizado em estadiamento avançado (Estágio IV: 30,5%), com todas as variáveis do estadiamento TNM (T, N, M) sendo estatisticamente significativas para a sobrevida ($p < 0,001$). O evento morte foi registrado em 43,5% dos pacientes com COCE. Em conclusão, os resultados deste estudo reforçam a necessidade urgente de políticas públicas eficazes voltadas à prevenção do tabagismo e do etilismo, à detecção precoce de lesões orais, especialmente em grupos populacionais vulneráveis (analfabetos, pardos/negros, e aqueles oriundos do interior). É crucial fortalecer as ações de rastreamento, capacitação de profissionais da atenção primária e descentralização de serviços de estomatologia para melhorar o prognóstico e a sobrevida dos pacientes no Brasil.

Palavras-chaves: Epidemiologia; Lesões orais; Estomatologia.

ABSTRACT

Lima, MHA. **[Assessment of the Epidemiological Profile of Oral Lesions at a Stomatology Reference Center in Alagoas, Brazil]**. [Tese - Doutorado]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2025.

This retrospective cohort study aimed to assess the epidemiological profile of oral lesions at a stomatology reference center in Maceió, Alagoas, Brazil. A total of 4,472 patient records from 2007 to 2021 were analyzed. The overall sample showed a female predominance (64.9%). The general classification of oral alterations indicated that "benign" lesions were the most prevalent, accounting for 60.1% of cases. The most frequent subclassifications were reactive alterations (15.8%) and those related to salivary glands (14.0%). Regarding location, the tongue was the most affected site (16.2%), followed by the hard and soft palate (12.2%). It is important to note that 11% of the diagnosed lesions were malignant (OSCC), and when grouped with potentially malignant lesions, these alterations comprised almost 15% of the total sample. This research is of great importance as it fills a significant gap in the regional literature on oral cancer, particularly in Northeastern Brazil. Focusing on the 478 cases of Oral Squamous Cell Carcinoma (OSCC), the findings revealed that OSCC was more prevalent among males (62.8%), mainly in the 60–69 age group (29.1%). Individuals self-declared as mixed race (34.7%) and with low educational levels, particularly illiterate individuals (46.4%), were more prevalent among OSCC patients. Both variables (race/color and educational level) showed a statistically significant association with survival ($p < 0.001$ and $p = 0.006$, respectively). In addition, most OSCC patients came from rural areas of the state (49.0%), which also significantly impacted survival ($p < 0.001$), reflecting challenges in accessing specialized services and achieving early detection. Lifestyle habits, such as alcohol consumption (53.1% drinkers) and tobacco use (55.2% smokers or former smokers), were highly prevalent among OSCC patients and were significantly associated with survival ($p < 0.001$). Clinically, the most frequent tumor sites for OSCC were the tongue (21.8%) and the floor of the mouth (21.5%), both showing a statistically significant association with survival ($p < 0.001$). Diagnosis was mostly established at an advanced stage (Stage IV: 30.5%), with all TNM staging variables (T, N, M) being statistically significant for survival ($p < 0.001$). Death was recorded in 43.5% of OSCC patients. In conclusion, the results of this study reinforce the urgent need for effective public health policies aimed at preventing smoking and alcohol consumption, and promoting the early detection of oral lesions, particularly in vulnerable population groups (illiterate individuals, mixed-race/Black populations, and those from rural areas). Strengthening screening actions, training primary care professionals, and decentralizing stomatology services are crucial to improving prognosis and survival outcomes for patients in Brazil.

Keywords: Oral lesions; Epidemiology; Stomatology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por sexo	60
Figura 02: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por faixa etária categorizada	61
Figura 03: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por raça/cor	62
Figura 04: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por nível de escolaridade.....	63
Figura 05: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por procedência (origem).....	64
Figura 06: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por microrregião.....	65
Figura 07: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por ocupação	66
Figura 08: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por consumo atual de álcool	67
Figura 09: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por hábito de tabagismo.....	68
Figura 10: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por localização do tumor.....	69
Figura 11: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por estadiamento T (TNM).....	70
Figura 12: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por estadiamento N (TNM)	71
Figura 13: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por estadiamento M (TNM).....	72
Figura 14: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por estágio clínico.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Variáveis do estudo: Dados sociodemográficos, clínico-patológicos, estadiamento TNM, estágio clínico e sobrevida global	30
Tabela 02: Perfil sociodemográfico da amostra total analisada (sexo, idade categorizada, raça, escolaridade, procedência, microrregiões e ocupação)	34
Tabela 03: Hábitos de vida da amostra total analisada (consumo de álcool e tabagismo).....	36
Tabela 04: Classificação geral das alterações orais, subclassificação e localização anatômica	37
Tabela 05: Distribuição das frequências do perfil sociodemográfico da amostra total analisada em relação as características das neoplasias	42
Tabela 06: Correlação entre as subcaracterística das lesões orais e sexo.....	47
Tabela 07: Correlação entre as subcaracterísticas das lesões orais e a idade categorizada	49
Tabela 08: Correlação entre as subcaracterísticas das lesões orais e etnia.....	50
Tabela 09: Correlação entre as subcaracterísticas das lesões orais e a escolaridade	51
Tabela 10: Correlação entre as subcaracterísticas das lesões orais e a procedência	53
Tabela 11: Correlação entre as subcaracterísticas das lesões orais e macrorregiões do estado de Alagoas	54
Tabela 12: Correlação entre as subcaracterísticas das lesões orais e o hábito do etilismo.....	55
Tabela 13: Correlação entre as subcaracterísticas das lesões orais e o hábito do tabagismo	56
Tabela 14: Correlação entre as subcaracterísticas das lesões orais e a sublocalização anatômica das lesões orais.....	58
Tabela 15: Correlação entre as subcaracterísticas das lesões orais e a sublocalização anatômica das lesões orais.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COCE (Carcinoma Oral de Células Escamosas)

OMS (Organização Mundial da Saúde)

INCA (Instituto Nacional de Câncer)

RHCE (Registro Hospitalar de Câncer do Estado)

CCE (Carcinoma de Células Escamosas)

HPV (Papiloma Vírus Humano)

DOPMs (Desordens orais potencialmente malignas)

HSV-1 (vírus Herpes Simplex tipo I)

DF (displasia fibrosa)

CEP (Comitê de Ética em Pesquisa)

PAM (Posto de Atendimento Médico)

TNM (Tumor, Linfonodos e Metástases)

CNPq/CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Epidemiologia	15
1.2 Epidemiologia e a Odontologia	16
1.3 Estudos epidemiológicos de lesões orais no Brasil	17
1.4 Principais lesões da mucosa oral.....	18
1.4.1 Lesões malignas da mucosa oral.....	18
1.4.2 Desordens orais potencialmente malignas (DOPMs).....	19
1.4.3 Principais lesões benignas da mucosa oral e sistema estomatognático	20
1.5 A importância de estudos epidemiológicos em Odontologia.....	25
2. JUSTIFICATIVA	27
3. OBJETIVOS	28
3.1 Geral.....	28
3.2 Específicos.....	28
4 MÉTODOS	29
4.1 Caracterização do estudo	29
4.2 Critérios de inclusão	31
4.3 Critérios de exclusão	31
4.4 Análise estatística	31
4.5 Financiamentos do projeto de pesquisa	32
4.6 Riscos.....	32
5 RESULTADOS.....	33
5.1 Perfil sociodemográfico e caracterização clínica das lesões Orais	33
5.2 Associação entre classificação das lesões orais e variáveis sociodemográficas, clínicas e de hábitos de vida	39
5.3 Associação entre subtipos de lesões orais e fatores epidemiológicos e clínicos	47
5.4 Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE): Análise de sobrevida.....	60
6 DISCUSSÃO.....	74

7 CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS	87
ANEXOS.....	93
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – A.C. Camargo Cancer Center.	93
Anexo B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Centro Universitário Cesmac.	100
APÊNDICES	105
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	105

1 INTRODUÇÃO

1.1 Epidemiologia

Independentemente da especialidade, o exame clínico da cavidade oral é de suma importância. A odontologia, além do cuidado dos dentes e os tecidos gengival e periodontal, também preconiza e prioriza a prevenção e o diagnóstico de lesões da mucosa oral (Hipólito & Martins, 2010).

De acordo com o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) — entendido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social — o cirurgião-dentista tem a função de contribuir para o equilíbrio psicológico e social de seus pacientes, por meio do cuidado integral. Além disso, cabe-lhe a responsabilidade de participar do desenvolvimento de estudos epidemiológicos (Petersen, 2009).

A epidemiologia é a ciência que estuda, em uma determinada população, a ocorrência, distribuição e os fatores determinantes de eventos relacionados com a saúde. Estes estudos são de suma importância, pois, através destes, são fornecidos dados relevantes sobre a prevalência de alterações e doenças (Pereira, 1995).

O mapeamento epidemiológico das lesões orais ajuda a entender como diferentes fatores socioeconômicos e culturais afetam a prevalência e os padrões de saúde bucal, além de contribuir para a implementação de medidas preventivas e educativas. A análise da distribuição geográfica e temporal das doenças orais também é uma ferramenta importante para detectar mudanças nos padrões de saúde bucal ao longo do tempo, considerando novos fatores de risco que possam emergir com o avanço das condições de vida e do comportamento humano (Costa et al., 2017).

Além disso, os dados epidemiológicos são essenciais para a criação de

campanhas de conscientização e educação, permitindo que os profissionais da saúde bucal adaptem suas abordagens para grupos populacionais específicos, promovendo melhores resultados e reduzindo os impactos das doenças orais (Lima et al., 2021).

1.2 Epidemiologia e a Odontologia

Os estudos epidemiológicos em Odontologia fornecem dados valiosos sobre a prevalência de diversas condições orais, como cáries dentárias, doenças periodontais e lesões da mucosa oral, o que é fundamental para a elaboração de políticas públicas de saúde e para o desenvolvimento de programas de prevenção. A coleta e análise desses dados também permitem a identificação de fatores de risco que predispõem os indivíduos ao desenvolvimento de condições adversas na saúde bucal, como o uso de tabaco, alimentação inadequada e má higiene (Martinez, 2018). Além disso, esses estudos contribuem para a formulação de novas abordagens terapêuticas, diagnóstico precoce e tratamentos mais eficazes (Silva et al., 2020).

Os estudos epidemiológicos realizados no mundo e no Brasil abordam principalmente problemas bucais relacionados à saúde pública, como a cárie dental, doença periodontal, má oclusão e as alterações e distúrbios de desenvolvimento (Bouquot, 1986; Kleinman, Swango & Pindborg, 1994).

A cavidade bucal pode ser acometida por uma ampla variedade de processos patológicos, incluindo doenças inflamatórias, infecciosas, imunomediadas, sistêmicas e neoplásicas, que, na maioria das vezes, manifestam-se como lesões benignas. Entretanto, é fundamental reconhecer a ocorrência de lesões potencialmente malignas e de neoplasias malignas, como o câncer bucal, cuja elevada morbimortalidade o consolida como um relevante problema de saúde pública

(Petersen, 2009; Warnakulasuriya, 2010; Fernandes, Brandão & Lima, 2008).

1.3 Estudos epidemiológicos de lesões orais no Brasil

Poucos são os estudos que refletem os aspectos epidemiológicos das lesões orais em uma população. Pois, são estudos, em sua maioria, desenvolvidos a partir de levantamentos clínicos, em faculdades de odontologia, hospitais e/ou serviços de diagnóstico, sobre uma determinada patologia em um curto período e com uma população específica (Costa et al., 2017; Kleinman, Swango & Pindborg, 1994).

Um estudo multicêntrico realizado por Silva et al. (2017), o qual avaliou a presença de lesões orais e maxilofaciais em 7.259 pacientes idosos da população brasileira, observou uma maior prevalência de lesões orais em pacientes do sexo feminino (59,4%), brancas (61,3%) e com lesões de origem reacional e/ou inflamatória, seguido do CCE (83,4%). Esses achados reforçam a necessidade de atenção específica à saúde bucal dessa faixa etária, especialmente diante de fatores de risco como o tabagismo e o uso de próteses mal adaptadas (INCA, 2023).

Outro estudo realizado por Albuquerque et al. (2021), avaliou 77.074 casos de lesões orais, a fim de verificar a prevalência de lesões pigmentadas em dois serviços de patologia bucal no Brasil no período de 1974 e 2019, demonstrou que aproximadamente 1% do total das lesões orais analisadas eram lesões pigmentadas, principalmente em mulheres (73,2%), sendo a mais comum a tatuagem por amalgama (53,6%), dentre as lesões benignas, e o melanoma (2,1%), dentre as lesões malignas. A partir deste estudo, os autores puderam comparar e assumir que os resultados encontrados são semelhantes a outros estudos da literatura em populações distintas (Fundação Oncocentro de São Paulo, 2019).

1.4 Principais lesões da mucosa oral

1.4.1 Lesões malignas da mucosa oral

As lesões malignas da cavidade oral representam um importante problema de saúde pública mundial, tanto pela sua alta prevalência quanto pela mortalidade associada. Estima-se que, a cada ano, ocorram mais de 350 mil novos casos de câncer oral em todo o mundo, com maior concentração em países em desenvolvimento (Warnakulasuriya, 2010; Petersen, 2009). No Brasil, o câncer de boca figura entre os dez tipos mais frequentes em homens, estando intimamente associado a fatores de risco como tabagismo, etilismo e infecção pelo papilomavírus humano (HPV) (INCA, 2023).

Entre os diversos tipos histológicos, o Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) corresponde a aproximadamente 90% dos casos diagnosticados, sendo considerado a principal neoplasia maligna da região oral (Neville et al., 2016). O COCE apresenta comportamento biológico agressivo, com capacidade de invasão local e elevada taxa de metástases em linfonodos cervicais, fatores que influenciam diretamente o prognóstico e a sobrevida dos pacientes (Scully & Bagan, 2009).

Embora haja avanços no diagnóstico e nas modalidades terapêuticas, a taxa de sobrevida em cinco anos para o COCE permanece estagnada nas últimas décadas, variando entre 50% e 60% nos países desenvolvidos, e em patamares ainda mais baixos em países em desenvolvimento (Warnakulasuriya, 2010; INCA, 2023). O diagnóstico tardio é um dos principais determinantes desse cenário, reforçando a necessidade de programas eficazes de prevenção e rastreamento (Petersen, 2009).

1.4.2 Desordens orais potencialmente malignas (DOPMs)

As desordens orais potencialmente malignas (DOPMs) são condições clínicas que apresentam um risco aumentado de se transformar em câncer oral, se não diagnosticadas e tratadas adequadamente. Estas lesões incluem alterações epiteliais que podem evoluir para o CCE, o tipo mais comum de câncer oral. As lesões mais comuns dentro dessa categoria são a leucoplasia, eritroplasia e queilite actínica, que variam em características clínicas e histológicas (Chuang et al., 2023).

A leucoplasia, oral é caracterizada por uma lesão branca, não removível da mucosa oral e que não pode ser diagnosticada como qualquer outra patologia. Já a eritroplasia é uma lesão vermelha, de superfície “aveludada” e irregular. Ambas as lesões são comumente relacionadas ao álcool e ao tabaco. E a queilite actínica, lesão leucoeritroplásica e comum em lábio inferior, é uma DOPM causada pela exposição crônica e sem proteção aos raios solares, com uma maior prevalência em pacientes que trabalham no campo (Chuang et al., 2023).

O uso de tabaco, álcool e a radiação solar está amplamente associado ao aumento do risco de transformação maligna das DOPMs. Esses fatores são conhecidos por contribuírem para o dano ao DNA celular, o que pode resultar na perda de controle do ciclo celular e na progressão para o câncer. A cessação do tabagismo, controle do consumo de álcool e orientações quanto aos cuidados a exposição solar são intervenções fundamentais para diminuir o risco de malignização destas lesões orais (Lo et al., 2022).

Embora muitas dessas lesões sejam benignas, a transformação maligna pode ocorrer, com taxas de risco variando de acordo com os fatores locais, o tipo de lesão (quando comparadas, a eritroplasia possui um maior índice de

malignização), o tempo de evolução e a presença de displasia epitelial. Lesões com displasia moderada a severa têm maior probabilidade de se tornar malignas (Panonne et al., 2020).

O tratamento dessas lesões depende de múltiplos fatores, sendo a presença e o grau de displasia epitelial um dos principais determinantes. Lesões com displasia epitelial leve podem ser monitoradas por meio de acompanhamento clínico periódico. Em contrapartida, lesões com displasia moderada ou severa requerem intervenção terapêutica, como excisão cirúrgica ou tratamento a laser (Ryu et al., 2021).

1.4.3 Principais lesões benignas da mucosa oral e sistema estomatognático

As lesões benignas da mucosa oral são condições comuns que afetam a cavidade oral, podendo ser assintomáticas ou causar sintomas leves, como dor e desconforto. Essas lesões geralmente não apresentam risco de malignização, mas exigem atenção para a realização do diagnóstico preciso e acompanhamento. Entre as principais lesões benignas da mucosa oral, destacam-se: a hiperplasia fibrosa focal, a hiperplasia fibrosa inflamatória, o mucocele, papiloma, lesões herpéticas, o granuloma piogênico, o queratocisto, ameloblastoma e a displasia fibrosa. Cada uma dessas condições possui características clínicas distintas, sendo importante diferenciá-las para um tratamento adequado (Gonçalves et al., 2021).

A hiperplasia fibrosa focal é uma das lesões benignas mais comuns na mucosa oral, geralmente associada a um estímulo mecânico, como a fricção constante ou trauma local. Apresenta-se como uma área elevada e bem delimitada de tecido, predominantemente em mucosa jugal e ápice de língua,

embora possa ocorrer em outras áreas. Apesar de uma condição benigna, sua remoção é indicada quando causar desconforto ou interferir na rotina do paciente (Dutra et al., 2019).

Já a hiperplasia fibrosa inflamatória é caracterizada por uma resposta exagerada do tecido devido a processos inflamatórios crônicos, como o uso de próteses dentárias mal adaptadas. Essa lesão aparece como um nódulo flácido, de coloração semelhante à da mucosa oral e localizada nas regiões de fundo de sulco vestibular e palato. O tratamento envolve a remoção da irritação subjacente a excisão cirúrgica da lesão (Gonçalves et al., 2021).

Um estudo conduzido por Dutra et al. (2019), no qual foram analisados 2.400 registros de pacientes atendidos entre 2006 e 2010 no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), verificou-se que as lesões reacionais foram as mais prevalentes, correspondendo a 22,25% (n = 534) do total. Entre estas, as lesões hiperplásicas fibrosas representaram a maior proporção (72,09% dos casos). Resultados semelhantes foram relatados por Ramos et al. (2019), em que a hiperplasia fibrosa também foi a lesão oral mais frequente (Dutra et al., 2019; Ramos et al., 2019).

A mucocèle é uma lesão benigna frequente da mucosa oral, particularmente observada em crianças e adultos jovens. Resulta, em geral, do rompimento do ducto excretor de uma glândula salivar menor, ocasionando o extravasamento de muco para o tecido submucoso. Manifesta-se com maior frequência no lábio inferior, embora também possa ocorrer em outras regiões, como o palato. Clinicamente, apresenta-se como lesão assintomática, de consistência flutuante, com variações periódicas de tamanho. O tratamento indicado é cirúrgico, envolvendo a remoção da glândula salivar afetada e das glândulas salivares menores adjacentes à região comprometida (Alves et al.,

2020).

Estudos demonstram a alta prevalência da mucocoele em crianças e adolescentes, correspondendo a cerca de 30% das lesões diagnosticadas nesta população e localizadas, principalmente, na mucosa labial inferior (87%)²⁷. Um estudo de revisão sistemática com metanálise, onde foram avaliados 15 artigos, nacionais e internacionais, demonstrou que a prevalência conjunta da mucocoele, considerando a análise global dos estudos, foi de 1,77% (Francischetto et al., 2022).

O granuloma piogênico é uma lesão vascular, reacional, que ocorre como resposta a uma irritação local. Clinicamente, apresenta-se como uma lesão nodular, avermelhada, de superfície ulcerada e sangrante ao toque. É mais comum em adultos jovens e mulheres grávidas devido às alterações hormonais durante o período gestacional. Embora seja mais comum na gengiva, pode ocorrer também em outras áreas da boca, como língua e lábios. O tratamento consiste na excisão da lesão e do fator causal da irritação subjacente, como o cálculo dentário (Lima et al., 2020)

Um estudo conduzido no laboratório de patologia oral da Universidade de Pernambuco (UPE) observou que, dentre 5.007 casos analisados ao longo de 15 anos, 3,81% foram diagnosticados como granuloma piogênico (Avelar et al., 2008). Já outro estudo, conduzido na Universidade Estadual Paulista (UNESP), encontrou uma prevalência de 2,25% de granulomas piogênicos entre as lesões analisadas no serviço de patologia bucal (Ribeiro et al., 2025).

As manifestações orais de infecções virais são frequentemente observadas na prática clínica. Entre elas, destacam-se a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) e pelo vírus Herpes Simplex tipo I (HSV-1). As lesões apresentam características distintas: a infecção por HSV-1 manifesta-se

inicialmente como múltiplas vesículas que evoluem para pequenas úlceras, geralmente localizadas nos lábios, palato duro e mucosa gengival; já o papiloma oral caracteriza-se por uma lesão nodular com pequenas projeções, semelhante a uma verruga. O tratamento do HSV-1 baseia-se no uso de antivirais, enquanto para o papiloma oral o manejo preconizado é a excisão cirúrgica (Viana et al., 2018; Almeida et al., 2019).

Um estudo chileno, realizado na universidade de Talca, a partir de uma coorte de 1000 pacientes (2001 a 2014), evidenciou que o papiloma oral foi a sétima lesão mais comum nesta população ($n = 38$; 3.8%), predominantemente em mulheres. A idade destes pacientes variou entre 31 e 60 anos e os sítios anatômicos mais acometidos foram o palato e a mucosa labial inferior. Além disso, este estudo destaca que cerca de 70,6% das condições orais identificadas foram compartilhadas com diagnósticos encontrados em uma revisão sistemática que incluía dados de outros países, sugerindo que há uma prevalência de lesões semelhantes em diferentes contextos geográficos (Rivera et al., 2017).

Além das lesões em mucosa oral, os ossos gnáticos também podem ser acometidos por lesões orais, como o queratocisto. O queratocisto odontogênico é uma lesão benigna, de comportamento agressivo, localizada, principalmente, no osso da mandíbula. É classificado como um cisto odontogênico, que se origina da camada epitelial da mucosa oral. Esse cisto cresce lentamente e pode causar destruição óssea as estruturas adjacentes. O tratamento envolve a remoção cirúrgica, sendo importante a vigilância rigorosa a longo prazo, devido aos altos índices de recidiva após a remoção (Figueiredo et al., 2022).

Como diagnóstico diferencial do queratocisto, o ameloblastoma é uma neoplasia benigna que se origina da lâmina dentária e pode causar uma

destruição óssea significativa. Embora seja benigno, o ameloblastoma também possui um caráter agressivo e uma taxa de recidiva relativamente alta. Clinicamente, apresenta-se como um aumento de volume ósseo e que pode ser observado como uma lesão multilocular, com aspecto de “bolhas de sabão” em radiografias panorâmicas. O tratamento envolve a ressecção cirúrgica, com o objetivo de remover completamente a lesão para evitar recorrências (Martins et al., 2021).

O queratocisto odontogênico, O queratocisto odontogênico, embora considerado uma lesão relativamente rara, representa uma proporção significativa dos cistos odontogênicos diagnosticados tanto no Brasil quanto no cenário internacional. Estudos nacionais e internacionais demonstraram prevalências semelhantes, de 6,4% e 6,8%, respectivamente (AlSheddi et al., 2015; Souza et al., 2010). Em contrapartida, um estudo conduzido por Lima-Verde-Osterne et al. (2017), com avaliação de 185 casos, apontou o ameloblastoma como a lesão mais prevalente, correspondendo a aproximadamente 29% dos casos, seguido pelo queratocisto.

Além do queratocisto e ameloblastoma, deformidades ósseas nos ossos da face também podem ocorrer devido a alterações não odontogênicas, como por exemplo: displasia fibrosa (DF).

A DF é uma condição em que o tecido ósseo normal é substituído gradualmente por um tecido conjuntivo fibroso, levando a uma deformação do osso acometido. Embora não seja uma lesão maligna, pode causar deformidades na face, especialmente se envolver grandes áreas da mandíbula ou maxila. Radiograficamente apresenta-se como uma lesão de aspecto de “vidro despolido”. O tratamento da displasia fibrosa pode incluir o acompanhamento clínico e, em casos mais graves, como a compressão de

estruturas vitais, intervenções cirúrgicas para correção são necessárias (Silva et al., 2023).

O diagnóstico e o manejo das lesões benignas da mucosa oral devem ser realizados por profissionais qualificados, por meio da avaliação clínica detalhada, exames de imagem e análise histopatológica. A maioria destas lesões podem ser tratadas com remoção cirúrgica ou acompanhamento clínico criterioso.

Ressalta-se que a identificação precoce e a intervenção adequada são essenciais para prevenir complicações e promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (Ferreira et al., 2021). Além disso, a educação dos pacientes sobre os fatores de risco e a necessidade do autocuidado contribui significativamente para a promoção da saúde bucal. Dessa forma, a identificação precoce aliada a um tratamento adequado não só evita complicações, mas também impacta positivamente na qualidade de vida e no bem-estar geral dos indivíduos

1.5 A importância de estudos epidemiológicos em Odontologia

Os estudos epidemiológicos desempenham papel fundamental na detecção precoce das doenças orais, bem como no desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção e controle. O mapeamento da prevalência das lesões da mucosa oral fornece informações essenciais sobre a distribuição dessas condições, permitindo identificar fatores associados — como idade, hábitos alimentares, tabagismo, higiene bucal, orientações quanto ao sexo protegido e aspectos socioeconômicos — que influenciam a saúde bucal. Esses dados são essenciais para a formulação de políticas públicas de saúde e para a implementação de programas educativos direcionados à prevenção (Silva et al.,

2020)

Ademais, os estudos epidemiológicos possibilitam a identificação de padrões e tendências temporais, proporcionando uma compreensão mais aprofundada dos impactos dos fatores de risco na população. A coleta sistematizada dessas informações permite que os profissionais de saúde adaptem suas abordagens e campanhas de conscientização, adequando-as às necessidades específicas dos diferentes grupos populacionais (Martinez, et al., 2018).

2 JUSTIFICATIVA

Dessa forma, os estudos epidemiológicos contribuem diretamente para o aumento das taxas de diagnóstico precoce, cura e sobrevida dos pacientes, promovendo a melhoria da qualidade de vida daqueles acometidos por lesões da mucosa oral e do sistema estomatognático. Contudo, é importante destacar que a literatura apresenta escassez de pesquisas epidemiológicas específicas sobre lesões orais. Essa lacuna justifica a realização do presente estudo, que será pioneiro ao realizar o levantamento das lesões orais na população atendida neste serviço.

Embora o levantamento seja realizado em um serviço específico, os dados gerados possuem relevância ampliada, pois poderão servir de referência para outras instituições com perfis populacionais semelhantes, além de contribuir para a construção de bases epidemiológicas regionais e nacionais. Assim, o estudo pode oferecer subsídios para a formulação de políticas públicas e estratégias clínicas que podem ser adaptadas e implementadas em diferentes contextos, fortalecendo a atuação dos serviços odontológicos em nível mais amplo.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Caracterizar o perfil epidemiológico das lesões orais em um centro de referência em estomatologia em Maceió, Alagoas, Brasil.

3.2 ESPECÍFICOS

- Determinar o perfil sociodemográfico dos pacientes com lesões orais, considerando idade, sexo, autoidentificação étnico-racial, grau de instrução, procedência (interior do estado, capital e regiões de saúde de Alagoas) e hábitos de risco (tabagismo e consumo de álcool).
- Caracterizar as lesões orais quanto ao tipo (benigna, maligna, inflamatória, imunomediada, infecciosa, entre outras), localização anatômica e diagnóstico definitivo.
- Analisar estatisticamente a associação entre a prevalência das lesões orais e as variáveis sociodemográficas e comportamentais mencionadas.
- Avaliar a sobrevida global em períodos de 5 e 10 anos dos pacientes diagnosticados com neoplasias malignas da cavidade oral.

4 MÉTODOS

4.1 Caracterização do estudo

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do A.C. Camargo Cancer Center sob o parecer de número: 3237/22 (Protocolo de aprovação em anexo) e Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro universitário Cesmac sob o parecer de número: 6.587.915.

Tratou-se de um estudo de coorte retrospectivo que estimou avaliar cerca de 5.000 (cinco mil) prontuários de pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Luiz França Canuto, localizado no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho, em Maceió – Alagoas, durante o período de 2007 a 2021.

Foram avaliados dados sociodemográficos, incluindo idade, sexo, autoidentificação étnico-racial, grau de instrução, procedência (interior do estado, capital e regiões de saúde do estado de Alagoas) e hábitos de risco, como tabagismo e consumo de álcool. Também foram coletados dados clínico-patológicos, tais como o tipo de lesão oral (benigna, maligna, inflamatória, imunomediada, infecciosa, entre outras), localização anatômica e diagnóstico definitivo obtido por análise histológica. Para os casos de neoplasias malignas, além das variáveis mencionadas, foram registrados o estadiamento segundo o sistema “Tumor, Linfonodos e Metástases” (TNM) e o estágio clínico (Tabela 01).

Adicionalmente, foi calculada a sobrevida global de pacientes (5 anos e 10 anos) com diagnóstico de neoplasias malignas da boca, obtida através da diferença entre a data do diagnóstico (dia, mês e ano) e a data do óbito (dia, mês

e ano) ou final do *follow up* (Tabela 01).

Tabela 01: Variáveis do estudo: Dados sociodemográficos, clínico-patológicos, estadiamento TNM, estágio clínico e sobrevida global.

Variável	Categorias
Sexo	Homem, Mulher.
Idade	Numeral (absoluto) - Diferença entre a data da consulta (dia, mês e ano) e a data de nascimento.
	Categorizada: Abaixo de 10 anos, 10 - 19, 20 - 29, 30 -39, 40 - 49, 50 - 59, 60 - 69, 70 - 79, 90 - 89, 90 - 99.
Autoidentificação étnico-racial	Preta, Parda, Branca, Amarela.
Escolaridade	Analfabeto, Fundamental Incompleto e completo, Médio incompleto e completo, Superior completo e incompleto, Pós-graduado.
Procedência	Capital, Interior, Fora do estado.
Microrregiões Sanitárias	1a, 2a, 3a, 4a, 5a, 6a, 7a, 8a, 9a, 10a Microrregião.
Ocupação	Aposentado, Atividades do lar, Autônomo, Desempregado, Estudante, Militar, Setor público e Privado.
Etilismo e tabagismo	Sim, Não.
Características da neoplasia	Benigna, Maligna, Variação de normalidade, Sem lesão.
Subcaracterísticas da lesão	Alérgica, Alteração de desenvolvimento, Cistos e tumores odontogênicos e não-odontogênicos, Comunicação bucosinusal, Doença genética, Doença hematológica, Doenças sistêmicas, Glândulas salivares, Imunomediadas, Infeciosas, Inflamatórias/Reacionais, Lesões físico-químicas, Metástase, Neural, Outras neoplasias orais, Pigmentadas, Potencialmente malignas, Sem diagnóstico e Sem lesão oral.
Localização	Assoalho bucal, disseminada pela boca, Extraoral, Face, Fundo de vestibulo, Gengiva, Lábio, Linfonodos, Língua, Mandíbula, Maxila, Mucosa jugal, Mucosa labial, Palato duro/mole, Parótidas, Rebordo alveolar, Retromolar, Sem lesão.
TNM	T1, T2, T3, T4a, T4b, N0, N1, N2a, N2b, N2c, N3, M0, M1.
Estádio clínico	I, II, III, IV.
Sobrevida global	Diferença entre a data do diagnóstico (dia, mês e ano) e a data do óbito (dia, mês e ano) ou final do follow up.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os dados foram coletados a partir dos prontuários dos pacientes e inseridos em formulário eletrônico em Excel (Microsoft ®).

4.2 Critérios de inclusão

Prontuários de pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Luiz França Canuto, localizado no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho, em Maceió – Alagoas

4.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos prontuários de pacientes com impossibilidade de acesso.

4.4 Análise estatística

Os dados foram analisados através dos *softwares Jamovi 2.6.44* adotando uma confiança de 95%.

Foi realizada análise descritiva das variáveis qualitativas, estas serão expressas em forma de frequência absoluta e percentual e analisadas dicotomicamente através do teste do qui-quadrado ou exato de Fisher. Os dados quantitativos foram analisados por meio do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, expressos em forma de média e desvio-padrão, comparados por meio do teste de Mann-Whitney ou teste t de Student e correlacionados por meio da correlação de Spearman ou Pearson. O teste ANOVA ou Kruskal-Wallis seguidos dos pós-testes de Bonferroni ou Dunn, respectivamente, foram utilizados para comparações entre os grupos.

Para análise de sobrevida, foi utilizado o teste de Log-Rank (Mantel- Cox) para comparação das curvas de sobrevida de Kaplan-Meier.

4.5 Financiamentos do projeto de pesquisa

Por tratar-se de um estudo retrospectivo de baixo custo, os pesquisadores assumiram o financiamento do estudo. Além disso, este estudo contou com o apoio através da concessão de bolsa de fomento (CNPq/CAPES) que foi concedida ao candidato ao título de doutorado.

4.6 Riscos

Este estudo acarretou riscos mínimos para seus participantes visto que o levantamento retrospectivo dos dados foi oriundo de prontuários médicos, não havendo intervenções. Bem como, o risco de quebra de sigilo dos dados. Entretanto, os pesquisadores envolvidos se comprometeram com a confidencialidade dos dados, buscando minimizar riscos de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual que poderiam afetar os participantes da pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil sociodemográfico e caracterização clínica das lesões Orais

A amostra total analisada neste estudo foi composta por 4.472 indivíduos, com idade média de 48,2 anos, mediana de 51,0 anos e desvio-padrão de $\pm 20,7$, variando entre 0 e 106 anos. A análise descritiva indicou predominância do sexo feminino (64,9%), enquanto os homens representaram 35,1% da amostra (Tabela 02).

Quanto à faixa etária, o grupo mais representativo foi o de 50 a 59 anos (20,9%), seguido pelo de 60 a 69 anos (18,6%); indivíduos com mais de 90 anos foram os menos frequentes (0,6%). Em relação à identificação étnico-racial, a maioria dos participantes se identificou como pardo (29,4%), seguido por negros (27,7%) e brancos (17,8%), sendo que 25,0% dos registros apresentaram ausência dessa informação (Tabela 02).

O nível de escolaridade apresentou alta proporção de dados ausentes (60,5%). Entre os dados disponíveis, o ensino fundamental incompleto foi o mais comum (15,7%), seguido pelo analfabetismo (9,2%) (Tabela 02).

A maior parte da amostra residia na capital do estado (53,7%), enquanto 30,7% eram provenientes do interior. A 1ª microrregião concentrou 62,9% dos participantes, demonstrando representatividade significativamente superior em relação às demais regiões analisadas (Tabela 02).

Em relação à ocupação, 31,1% dos dados foram omissos. Entre as categorias relatadas, destacaram-se “atividades do lar” (20,1%) e “autônomo(a)” (19,6%) (Tabela 02).

Tabela 02: Perfil sociodemográfico da amostra total analisada (sexo, idade categorizada, raça, escolaridade, procedência, microrregiões e ocupação).

Sexo	N	% do Total	% acumulada
Mulher	2901	64.9%	64.9%
Homem	1571	35.1%	100%

Idade categorizada	N	% do Total	% acumulada
0 a 9 anos	187	4.2%	4.2%
10 a 19 anos	347	7.8%	11.9%
20 a 29 anos	333	7.4%	19.4%
30 a 39 anos	528	11.8%	31.2%
40 a 49 anos	691	15.5%	46.6%
50 a 59 anos	933	20.9%	67.5%
60 a 69 anos	831	18.6%	86.1%
70 a 79 anos	430	9.6%	95.7%
80 a 89 anos	126	2.8%	98.5%
Acima de 90 anos	29	0.6%	99.2%
Missing data	37	0.8%	100.0%

Raça	N	% do Total	% acumulada
Branco (a)	794	17.8%	17,8%
Pardo (a)	1313	29.4%	47,2%
Negro (a)	1238	27.7%	74,9%
Indígena	8	0.2%	75,1%
Amarelo (a)	3	0.1%	75,6%
Missing data	1116	25.0%	100%

Escolaridade	N	% do Total	% acumulada
Analfabeto	412	9.2%	9.2%
Fundamental incompleto	703	15.7%	24.9%
Fundamental completo	127	2.8%	27.8%
Médio incompleto	142	3.2%	30.9%
Médio completo	263	5.9%	36.8%
Superior incompleto	29	0.6%	37.5%
Superior completo	82	1.8%	39.3%
Pós-graduado	9	0.2%	39.5%

Missing data	2705	60.5%	100.0%
Procedência	N	% do Total	% acumulada
Capital	2401	53.7%	53.7%
Interior	1374	30.7%	84.4%
Outros estados	7	0.2%	84.6%
Missing data	690	15.4%	100.0%
Microrregiões	N	% do Total	
1a	2811	62.9%	62.9%
2a	123	2.8%	65.6%
3a	111	2.5%	68.1%
4a	145	3.2%	71.3%
5a	147	3.3%	74.6%
6a	155	3.5%	78.1%
7a	75	1.7%	79.8%
8a	28	0.6%	80.4%
9a	46	1.0%	81.4%
10a	17	0.4%	81.8%
Outros estados	1	0.0%	81.8%
Missing data	813	18.2%	100.0%
Ocupação	N	% do Total	% acumulada
Missing data	1390	31.1%	31.1%
Estudante	386	8.6%	39.7%
Aposentado (a)	611	13.7%	53.4%
Desempregado (a)	84	1.9%	55.3%
Militar	10	0.2%	55.5%
Autônomo (a)	876	19.6%	75.1%
Setor privado	113	2.5%	77.6%
Setor público	103	2.3%	79.9%
Atividades do lar	899	20.1%	100.0%

Fonte: Elaborada pelos autores.

No que tange aos hábitos de vida, 67,7% dos participantes relataram abstinência atual de consumo de álcool, enquanto 78,9% declararam nunca ter apresentado consumo regular da substância ao longo da vida. Em relação ao

tabagismo, 65,7% informaram não ser fumantes no momento da avaliação, e 67,3% referiram nunca ter sido fumantes (Tabela 03).

Tabela 03: Hábitos de vida da amostra total analisada (consumo de álcool e tabagismo).

Etilista	N	% do Total	% acumulada
Não	3028	67.7%	67.7%
Sim	430	9.6%	77.3%
Missing data	1013	22.7%	100.0%
Ex-etilista	N	% do Total	% acumulada
Não	3529	78.9%	78.9%
Sim	496	11.1%	90.0%
Missing data	447	10.0%	100.0%
Tabagista	N	% do Total	% acumulada
Não	2885	64.5%	64.5%
Sim	708	15.8%	80.3%
Missing data	878	19.7%	100.0%
Ex-tabagista	N	% do Total	% acumulada
Não	3011	67.3%	67.3%
Sim	953	21.3%	88.6%
Missing data	508	11.4%	100.0%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quanto à classificação geral das alterações orais, a categoria “benigna” foi a mais prevalente, correspondendo a 60,1% dos casos, seguida pela ausência de lesão oral, observada em 14,9% dos participantes (Tabela 04).

As subclassificações mais frequentes foram alterações reacionais (15,8%), seguidas por aquelas relacionadas às glândulas salivares (14,0%) e a ausência de lesão (12,5%). Em relação à localização, a língua foi o sítio mais acometido (16,2%), seguida pelo palato duro e mole (12,2%), sendo que 12,6% dos casos não apresentaram lesão (Tabela 04).

No presente estudo, 11% das lesões diagnosticadas foram malignas (COCE). Quando agrupadas às lesões potencialmente malignas, observou-se que essas alterações corresponderam a quase 15% do total da amostra, evidenciando a relevância dessas condições no perfil epidemiológico analisado (Tabela 04).

Tabela 04: Classificação geral das alterações orais, subclassificação e localização anatômica.

Classificação geral das alterações orais	N	% do Total	% acumulada
Benigna	2688	60.1%	60.1%
Sem lesão oral	668	14.9%	94.0%
Maligna	491	11.0%	71.1%
Variação da normalidade	356	8.0%	79.0%
Missing data	269	6.0%	100.0%
Subclassificação das alterações orais	N	% do Total	% acumulada
Reacional	706	15.8%	15.8%
Glândulas salivares	624	14.0%	46.9%
Sem lesão oral	558	12.5%	81.1%
Carcinoma oral de células escamosas	478	10.7%	99.1%
Infecciosa	426	9.5%	25.3%
Sem diagnóstico	327	7.3%	88.4%
Imunomediada	322	7.2%	54.1%
Variação da normalidade	283	6.3%	68.6%
Potencialmente maligna	167	3.7%	33.0%
Vascular	145	3.2%	28.6%
Cistos e tumores odontogênicos	102	2.3%	56.4%
Lesões físico-químicas	96	2.1%	60.4%
Outras neoplasias benignas orais	65	1.5%	61.8%
Pigmentadas	42	0.9%	58.2%
Cistos e tumores não-odontogênicos	39	0.9%	57.3%
Neural	30	0.7%	29.2%
Desordens de ATM	20	0.4%	99.8%
Alterações de desenvolvimento	14	0.3%	62.3%
Outras neoplasias malignas orais	11	0.2%	99.3%
Efeitos colaterais da TAN	10	0.2%	100.0%

Manifestação oral de doenças sistêmicas	7	0.2%	62.0%
---	---	------	-------

Localização	N	% do Total	% acumulada
Língua	724	16.2%	100.0%
Sem lesão	565	12.6%	19.9%
Palato duro/mole	547	12.2%	76.1%
Disseminada por toda cavidade oral	385	8.6%	29.5%
Mucosa labial	379	8.5%	63.9%
Mucosa jugal	345	7.7%	83.8%
Lábio	301	6.7%	55.4%
Assoalho bucal	231	5.2%	48.6%
Missing data	226	5.1%	5.1%
Gengiva	193	4.3%	43.5%
Rebordo alveolar	183	4.1%	39.2%
Mandíbula	158	3.5%	34.9%
Maxila	85	1.9%	31.4%
Extraoral	45	1.0%	20.9%
Face	37	0.8%	7.0%
Fundo de vestíbulo	26	0.6%	6.1%
Retromolar	22	0.5%	5.5%
Parótidas	13	0.3%	7.2%
Linfonodos	6	0.1%	35.1%

Fonte: Elaborada pelos autores.

5.2 Associação entre classificação das lesões orais e variáveis sociodemográficas, clínicas e de hábitos de vida

A análise do perfil sociodemográfico revelou uma disparidade marcante quanto ao sexo. As mulheres representaram 64,9% da amostra, enquanto os homens, embora constituíssem apenas 35,1% da população estudada, apresentaram proporção significativamente maior de lesões malignas (19,6% vs. 6,3% nas mulheres; $p < 0,001$), correspondendo a 62,7% de todos os casos malignos. Tal achado sugere que o sexo masculino constitui um fator de risco independente para maior gravidade das lesões orais. Ainda que as lesões benignas tenham predominado em ambos os sexos (60,1% do total), o predomínio masculino nas malignidades foi consistente e estatisticamente relevante (Tabela 05).

A distribuição por faixa etária evidenciou um gradiente crescente de risco para malignidade. Indivíduos com 50 anos ou mais concentraram 81,9% das lesões malignas, com prevalência de 16,9% nesta faixa etária, em contraste com 1,5% entre aqueles de 0 a 19 anos, o que representa risco relativo 11,3 vezes maior. Adultos de 20 a 49 anos apresentaram um perfil intermediário, com 5,2% de malignidades, proporção 3,2 vezes inferior à observada em idosos ($p < 0,001$), reforçando a idade como fator prognóstico relevante (Tabela 05).

Quanto à variável etnia, pardos apresentaram a maior prevalência de neoplasias malignas (12,8%), contribuindo com 34,2% dos casos malignos, apesar de representarem 29,4% da amostra. Negros e brancos registraram proporções menores (10,0% e 11,6%, respectivamente). Observou-se ainda uma elevada proporção de registros sem informação de etnia (25,0%), associada a maior frequência de casos

classificados como “Sem Lesão” (28,8%), o que aponta para possíveis limitações na qualidade da coleta de dados (Tabela 05).

As variáveis socioeconômicas demonstraram associações consistentes com a presença de malignidades. Houve relação inversa entre escolaridade e prevalência de câncer oral: indivíduos analfabetos apresentaram 53,9% de lesões malignas (45,2% do total) contra 0,5% em pós-graduados ($p < 0,001$), diferença que representa risco relativo 107,8 vezes maior entre os extremos educacionais. Quanto à ocupação, trabalhadores com atividade remunerada apresentaram 12,9% de malignidades e contribuíram com 28,9% dos casos malignos. Apesar da ausência de dados em 31,0% da amostra, os achados sugerem possível influência de exposições ocupacionais sobre o perfil das lesões (Tabela 05).

Na análise geográfica, a 2ª Região, que representou 3,7% da amostra, apresentou 15,0% de lesões malignas, mais que o dobro da 1ª Região (7,1%), sugerindo desigualdades regionais na incidência de câncer oral. Contudo, registros sem informação de procedência (18,2%) concentraram 44,6% das malignidades, possivelmente refletindo falhas no preenchimento ou barreiras de acesso aos serviços de saúde (Tabela 05).

A avaliação dos hábitos de vida evidenciou forte impacto do tabagismo e do etilismo sobre a ocorrência de malignidades. Etilistas apresentaram prevalência de 59,1% de lesões malignas, risco 15,6 vezes maior em relação aos não-etilistas, respondendo por 51,7% de todos os casos malignos, apesar de representarem apenas 9,6% da amostra. O tabagismo mostrou-se igualmente relevante, com prevalência de 44,6% de malignidades entre tabagistas, oito vezes superior à observada em não-tabagistas (5,6%), correspondendo a 64,4% de todos os casos

malignos. Esses fatores comportamentais apresentaram efeito sinérgico e explicaram a maioria dos casos malignos registrados (Tabela 05).

Na análise por localização anatômica, o assoalho bucal apresentou a maior proporção de lesões malignas (44,6%), enquanto a língua concentrou o maior número absoluto de casos (21,2% das malignidades). Em conjunto, essas duas regiões representaram 42,2% de todos os casos malignos, sugerindo mecanismos patogênicos distintos relacionados tanto à retenção de carcinógenos quanto às características histológicas do epitélio (Tabela 05). Além disso, a análise revela que o assoalho bucal apresenta a maior proporção de lesões malignas (44,6%), com risco relativo 3,1 vezes maior que a língua (14,4%).

A presença de dados ausentes variou entre 15% e 31% conforme a variável, constituindo limitação metodológica relevante, especialmente nos registros de ocupação e etnia. Entretanto, a consistência dos padrões observados nas variáveis com dados completos reforça a robustez das associações encontradas. De forma integrada, os resultados apontam para a necessidade de estratégias específicas de prevenção e diagnóstico precoce, com atenção especial a homens acima de 50 anos, indivíduos tabagistas ou etilistas, e lesões localizadas no assoalho bucal e na língua ($p < 0,001$) (Tabela 05).



Analfabeto	N	115	222	51	24	412
	% em linha	27.9%	53.9%	12.4%	5.8%	100.0%
Fundamental incompleto ao Médio incompleto	N	560	143	206	63	972
	% em linha	57.6%	14.7%	21.2%	6.5%	100.0%
Médio completo a Pós-graduação	N	258	2	95	28	383
	% em linha	67.4%	0.5%	24.8%	7.3%	100.0%
Missing data	N	1755	124	672	154	2705
	% em linha	64.9%	4.6%	24.8%	5.7%	100.0%
Total	N	2688	491	1024	269	4472
	% em linha	60.1%	11.0%	22.9%	6.0%	100.0%

Característica da neoplasia

Procedência		Sem lesão oral e variação da normalidade			Missing data	Total
		Benigna	Maligna			
Capital	N	1535	148	564	154	2401
	% em linha	63.9%	6.2%	23.5%	6.4%	100.0%
Interior + outros estados	N	787	239	247	108	1381
	% em linha	57.0%	17.3%	17.9%	7.8%	100.0%
Missing data	N	366	104	213	7	690
	% em linha	53.0%	15.1%	30.9%	1.0%	100.0%
Total	N	2688	491	1024	269	4472
	% em linha	60.1%	11.0%	22.9%	6.0%	100.0%

Característica da neoplasia

Macrorregiões de AL		Sem lesão oral e variação da normalidade			Missing data	Total
		Benigna	Maligna			
1a (Composta pelas microrregiões de 1 a 6)	N	2229	247	777	239	3492
	% em linha	63.8%	7.1%	22.3%	6.8%	100.0%
2a (Composta pelas microrregiões de 7 a 10)	N	88	25	32	22	167
	% em linha	52.7%	15.0%	19.2%	13.2%	100.0%

Missing data	N	371	219	215	8	813
	% em linha	45.6%	26.9%	26.4%	1.0%	100.0%
Total	N	2688	491	1024	269	4472
	% em linha	60.1%	11.0%	22.9%	6.0%	100.0%

Característica da neoplasia

		Sem lesão oral e variação da normalidade			Missing data	Total
Ocupação		Benigna	Maligna			
Missing data	N	762	219	346	61	1388
	% em linha	54.9%	15.8%	24.9%	4.4%	100.0%
Aposentados	N	351	60	158	42	611
	% em linha	57.4%	9.8%	25.9%	6.9%	100.0%
Sem atividade laboral remunerada	N	902	70	303	96	1371
	% em linha	65.8%	5.1%	22.1%	7.0%	100.0%
Laboral remunerada	N	673	142	217	70	1102
	% em linha	61.1%	12.9%	19.7%	6.4%	100.0%
Total	N	2688	491	1024	269	4472
	% em linha	60.1%	11.0%	22.9%	6.0%	100.0%

Característica da neoplasia

		Sem lesão oral e variação da normalidade			Missing data	Total
Etilista		Benigna	Maligna			
Não	N	1989	115	705	219	3028
	% em linha	65.7%	3.8%	23.3%	7.2%	100.0%
Sim	N	121	254	40	15	430
	% em linha	28.1%	59.1%	9.3%	3.5%	100.0%
Missing data	N	578	122	279	35	1014
	% em linha	57.0%	12.0%	27.5%	3.5%	100.0%
Total	N	2688	491	1024	269	4472
	% em linha	60.1%	11.0%	22.9%	6.0%	100.0%

Característica da neoplasia

		Sem lesão oral e variação da normalidade			Missing data	Total
Tabagista		Benigna	Maligna			
Não	N	1868	161	666	190	2885
	% em linha	64.7%	5.6%	23.1%	6.6%	100.0%
Sim	N	260	316	86	46	708
	% em linha	36.7%	44.6%	12.1%	6.5%	100.0%

Missing data	N	560	14	272	33	879
	% em linha	63.7%	1.6%	30.9%	3.8%	100.0%
Total	N	2688	491	1024	269	4472
	% em linha	60.1%	11.0%	22.9%	6.0%	100.0%

Característica da neoplasia

Localização		Benigna	Maligna	Sem lesão oral e variação da normalidade	Missing data	Total
Intraoral	N	1872	334	315	130	2651
	% em linha	70.6%	12.6%	11.9%	4.9%	100.0%
Extraoral	N	450	62	80	53	645
	% em linha	69.8%	9.6%	12.4%	8.2%	100.0%
Disseminada	N	302	3	64	16	385
	% em linha	78.4%	0.8%	16.6%	4.2%	100.0%
Sem lesão	N	4	0	560	0	564
	% em linha	0.7%	0.0%	99.3%	0.0%	100.0%
Missing data	N	60	92	5	70	227
	% em linha	26.4%	40.5%	2.2%	30.8%	100.0%
Total	N	2688	491	1024	269	4472
	% em linha	60.1%	11.0%	22.9%	6.0%	100.0%

Característica da neoplasia

Sub-localização		Benigna	Maligna	Sem lesão oral e variação da normalidade	Missing data	Total
Palato	N	388	61	71	28	548
	% em linha	70.8%	11.1%	13.0%	5.1%	100.0%
Mucosa labial	N	337	23	4	15	379
	% em linha	88.9%	6.1%	1.1%	4.0%	100.0%
Mucosa jugal, fundo de vestíbulo e região retromolar	N	318	16	35	24	393
	% em linha	80.9%	4.1%	8.9%	6.1%	100.0%
Assoalho	N	115	103	5	8	231
	% em linha	49.8%	44.6%	2.2%	3.5%	100.0%
Língua	N	402	104	189	29	724
	% em linha	55.5%	14.4%	26.1%	4.0%	100.0%
Gengiva e rebordo alveolar	N	312	27	11	26	376
	% em linha	83.0%	7.2%	2.9%	6.9%	100.0%
Extraoral	N	450	62	80	53	645
	% em linha	69.8%	9.6%	12.4%	8.2%	100.0%

Disseminada	N	302	3	64	16	385
	% em linha	78.4%	0.8%	16.6%	4.2%	100.0%
Sem lesão oral	N	4	0	560	0	564
	% em linha	0.7%	0.0%	99.3%	0.0%	100.0%
Missing data	N	60	92	5	70	227
	% em linha	26.4%	40.5%	2.2%	30.8%	100.0%
Total	N	2688	491	1024	269	4472
	% em linha	60.1%	11.0%	22.9%	6.0%	100.0%

Fonte: Elaborada pelos autores.

5.3 Associação entre subtipos de lesões orais e fatores epidemiológicos e clínicos

Os resultados demonstram um padrão consistente de diferenças na análise da variável sexo nas lesões orais: enquanto os homens apresentaram maior prevalência de lesões malignas (59,3% das COCE/DOPMs na Tabela 6 e 62,7% do total de malignidades na Tabela 5), as mulheres predominaram nas lesões benignas (68-72% nas categorias de glândulas salivares, cistos e lesões reacionais), reforçando o sexo masculino como fator de risco independente para maior gravidade. Essa divergência pode ser atribuída a uma combinação de fatores biológicos e comportamentais (maior prevalência de tabagismo/etilismo em homens, conforme evidenciado nas Tabelas 5 e 6). Notavelmente, as glândulas salivares, cuja distribuição seguiu o padrão feminino (68,1% dos casos), merecem investigação adicional. Paralelamente, a elevada frequência de lesões reacionais/infecciosas em mulheres (71,2%) sugere maior procura por serviços de saúde para condições não malignas (Tabelas 5 e 6).

Tabela 06: Correlação entre as subcaracterística das lesões orais e sexo.

Subcaracterística		Sexo		Total
		Mulher	Homem	
Reacional, infecciosa e lesões físico-químicas	N	874	354	1228
	% em linha	71.2%	28.8%	100.0%
Vascular, pigmentada, neural e outras neoplasias benignas orais	N	200	82	282
	% em linha	70.9%	29.1%	100.0%
Cistos e tumores odontogênicos ou não e DTM	N	110	51	161
	% em linha	68.3%	31.7%	100.0%

COCE, DOPMs e outras neoplasias malignas orais	N	267	389	656
	% em linha	40.7%	59.3%	100.0%
Efeitos da TAN, manifestação sistêmica e imunomediadas	N	245	94	339
	% em linha	72.3%	27.7%	100.0%
Glândulas salivares	N	425	199	624
	% em linha	68.1%	31.9%	100.0%
Variação de normalidade e de desenvolvimento e sem lesão oral	N	569	286	855
	% em linha	66.5%	33.5%	100.0%
Sem diagnóstico	N	211	116	327
	% em linha	64.5%	35.5%	100.0%
Total	N	2901	1571	4472
	% em linha	64.9%	35.1%	100.0%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os dados revelam padrões epidemiológicos marcantes quando analisamos a distribuição das subcaracterísticas das lesões orais por faixa etária. As lesões reacionais, infecciosas e físico-químicas predominam em todas as idades (27,5% do total), porém com distribuição distinta: 51% ocorrem acima dos 50 anos, 39,3% entre 20-49 anos e apenas 9,7% abaixo dos 19 anos. As neoplasias malignas (COCE/DOPMs) apresentam o padrão mais dramático: 80,3% dos casos concentram-se em pacientes acima de 50 anos (Tabela 07).

As lesões de glândulas salivares mostram distribuição peculiar: relativamente constante em todas as faixas (43,3% >50a; 28,7% 20-49a; 28,0% <19a), porém representando 31,9% das lesões em crianças/adolescentes versus apenas 11,4% nos idosos. Os cistos e tumores odontogênicos apresentam pico na faixa de 20-49 anos (41%), possivelmente relacionado à maior atividade odontogênica nesta fase da vida (Tabela 07).

Tabela 07: Correlação entre as subcaracterística das lesões orais e a idade categorizada.

Subcaracterística		Idade categorizada			Total
		Acima de 50 anos	20 a 49 anos	0 a 19 anos	
Reacional, infecciosa e lesões físico-químicas	N	626	483	119	1228
	% em linha	51.0%	39.3%	9.7%	100.0%
Vascular, pigmentada, neural e outras neoplasias benignas orais	N	143	93	46	282
	% em linha	50.7%	33.0%	16.3%	100.0%
Cistos e tumores odontogênicos ou não e DTM	N	48	66	47	161
	% em linha	29.8%	41.0%	29.2%	100.0%
COCE, DOPMs e outras neoplasias malignas orais	N	527	118	11	656
	% em linha	80.3%	18.0%	1.7%	100.0%
Efeitos da TAN, manifestação sistêmica e imunomediadas	N	150	165	24	339
	% em linha	44.2%	48.7%	7.1%	100.0%
Glândulas salivares	N	270	179	175	624
	% em linha	43.3%	28.7%	28.0%	100.0%
Variação de normalidade e de desenvolvimento e sem lesão oral	N	438	335	82	855
	% em linha	51.2%	39.2%	9.6%	100.0%
Sem diagnóstico	N	171	112	44	327
	% em linha	52.3%	34.3%	13.5%	100.0%
Total	N	2373	1551	548	4472
	% em linha	53.1%	34.7%	12.3%	100.0%

Fonte: Elaborada pelos autores.

A análise evidenciou padrões distintos na distribuição das lesões orais segundo o grupo étnico. Indivíduos *pardos* apresentaram a maior prevalência de lesões malignas (4,7%) e reacionais/infecciosas (9,0%), respondendo por 32,2% das *neoplasias malignas* — proporção superior à sua representação na amostra (29,4%). Já os *negros* destacaram-se pela maior frequência de lesões em glândulas salivares (3,8%) e variações de normalidade (5,2%), possivelmente associadas a diferenças no acesso a diagnóstico especializado ou a fatores genéticos. Em contrapartida, os

brancos apresentaram menores prevalências na maioria das categorias, exceto nos efeitos adversos da terapia antineoplásica (1,3%).

O agrupamento dos grupos pardo e negro reforça o cenário de disparidades raciais: juntos, concentram 55,8% das lesões malignas (versus 20,3% nos brancos) e apresentam prevalência de lesões benignas — como reacionais e glandulares — até três vezes maior. Entretanto, essa agregação oculta diferenças internas importantes, já que pardos possuem maior risco para malignidades, enquanto negros predominam em alterações glandulares. Soma-se a isso a limitação decorrente dos *25% de dados ausentes*, que se concentram em categorias críticas (23,9% das malignidades e 30% das glandulares), comprometendo a precisão das estimativas e reforçando a necessidade de aprimorar a completude e a qualidade dos registros médicos (Tabela 08).

Tabela 08: Correlação entre as subcaracterística das lesões orais e etnia.

Subcaracterística		Etnia				Total
		Branco	Pardo	Negro	Missing data	
Reacional, infecciosa e lesões físico-químicas	N	223	402	354	249	1228
	% em linha	18.2%	32.7%	28.8%	20.3%	100.0%
Vascular, pigmentada, neural e outras neoplasias benignas orais	N	43	87	81	71	282
	% em linha	15.2%	30.9%	28.7%	25.2%	100.0%
Cistos e tumores odontogênicos ou não e DTM	N	26	27	52	56	161
	% em linha	16.1%	16.8%	32.3%	34.8%	100.0%
COCE, DOPMs e outras neoplasias malignas orais	N	133	211	155	157	656
	% em linha	20.3%	32.2%	23.6%	23.9%	100.0%
Efeitos da TAN, manifestação sistêmica e imunomediadas	N	59	115	82	83	339
	% em linha	17.4%	33.9%	24.2%	24.5%	100.0%
Glândulas salivares	N	112	157	168	187	624

	% em linha	17.9%	25.2%	26.9%	30.0%	100.0%
Varição de normalidade e de desenvolvimento e sem lesão oral	N	145	210	232	268	855
	% em linha	17.0%	24.6%	27.1%	31.3%	100.0%
Sem diagnóstico	N	64	104	114	45	327
	% em linha	19.6%	31.8%	34.9%	13.8%	100.0%
Total	N	805	1313	1238	1116	4472
	% em linha	18.0%	29.4%	27.7%	25.0%	100.0%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os dados indicam uma associação entre escolaridade e o perfil das lesões orais. Pacientes com menor escolaridade (analfabetos ou ensino fundamental incompleto) apresentam proporções mais elevadas de lesões malignas (como COCE), enquanto aqueles com maior escolaridade têm maior prevalência de lesões benignas e variações de normalidade. Esses padrões podem refletir desigualdades no acesso à saúde, hábitos preventivos ou exposição a fatores de risco. A diferença na distribuição de lesões malignas entre os grupos é estatisticamente relevante (ex.: 5,4% em analfabetos vs. 0,3% no grupo mais escolarizado) (Tabela 09).

Tabela 09: Correlação entre as subcaracterística das lesões orais e a escolaridade.

		Escolaridade				Total
		Analfabeto	Fundamental incompleto ao Médio	Médio completo a Pós-graduação	Missing data	
Reacional, infecciosa e lesões físico-químicas	N	47	268	132	781	1228
	% em linha	3.8%	21.8%	10.7%	63.6%	100.0%
Vascular, pigmentada, neural e outras neoplasias benignas orais	N	17	49	24	192	282
	% em linha	6.0%	17.4%	8.5%	68.1%	100.0%
Cistos e tumores odontogênicos ou não e DTM	N	4	30	9	118	161
	% em linha	2.5%	18.6%	5.6%	73.3%	100.0%

COCE, DOPMs e outras neoplasias malignas orais	N	242	163	15	236	656
	% em linha	36.9%	24.8%	2.3%	36.0%	100.0%
Efeitos da TAN, manifestação sistêmica e imunomediadas	N	15	75	43	206	339
	% em linha	4.4%	22.1%	12.7%	60.8%	100.0%
Glândulas salivares	N	17	137	46	424	624
	% em linha	2.7%	22.0%	7.4%	67.9%	100.0%
Variação de normalidade e de desenvolvimento e sem lesão oral	N	41	172	77	565	855
	% em linha	4.8%	20.1%	9.0%	66.1%	100.0%
Sem diagnóstico	N	29	78	37	183	327
	% em linha	8.9%	23.9%	11.3%	56.0%	100.0%
Total	N	412	972	383	2705	4472
	% em linha	9.2%	21.7%	8.6%	60.5%	100.0%

Fonte: Elaborada pelos autores.

A análise dos dados demonstra que existe uma correlação significativa entre a procedência dos pacientes e o perfil das lesões orais diagnosticadas. Observa-se que as lesões malignas, como COCE e DOPMs, apresentam uma prevalência maior em pacientes provenientes do interior e de outros estados (6,9%) em comparação com os da capital (5,0%). Além disso, a maior proporção de variações de normalidade e casos sem lesão oral na capital (10,5%) pode estar associada a uma maior procura por exames preventivos ou a diferenças nos perfis epidemiológicos entre regiões urbanas e rurais. Os casos sem diagnóstico, mais frequentes na capital (4,2%), também chamam a atenção, indicando possíveis lacunas na investigação clínica ou na qualidade do registro de dados (Tabela 10).

Tabela 10: Correlação entre as subcaracterística das lesões orais e a procedência.

Subcaracterística		Procedência			Total
		Capital	Interior + outros estados	Missing data	
Reacional, infecciosa e lesões físico-químicas	N	774	352	102	1228
	% em linha	63.0%	28.7%	8.3%	100.0%
Vascular, pigmentada, neural e outras neoplasias benignas orais	N	150	84	48	282
	% em linha	53.2%	29.8%	17.0%	100.0%
Cistos e tumores odontogênicos ou não e DTM	N	61	60	40	161
	% em linha	37.9%	37.3%	24.8%	100.0%
COCE, DOPMs e outras neoplasias malignas orais	N	222	291	143	656
	% em linha	33.8%	44.4%	21.8%	100.0%
Efeitos da TAN, manifestação sistêmica e imunomediadas	N	201	104	34	339
	% em linha	59.3%	30.7%	10.0%	100.0%
Glândulas salivares	N	328	169	127	624
	% em linha	52.6%	27.1%	20.4%	100.0%
Variação de normalidade e de desenvolvimento e sem lesão oral	N	476	197	182	855
	% em linha	55.7%	23.0%	21.3%	100.0%
Sem diagnóstico	N	189	124	14	327
	% em linha	57.8%	37.9%	4.3%	100.0%
Total	N	2401	1381	690	4472
	% em linha	53.7%	30.9%	15.4%	100.0%

Fonte: Elaborada pelos autores.

A análise demonstra diferenças marcantes na distribuição das lesões orais entre as macrorregiões. A 1ª Macrorregião concentra 78,1% dos casos e apresenta prevalências significativamente maiores em todas as subcategorias, particularmente nas neoplasias malignas (8,0% vs 0,9% na 2ª Macrorregião). A 2ª Macrorregião apresenta menores números de casos, demonstrando que o serviço atende o maior número de casos oriundos da 1ª macrorregião (Tabela 11).

Tabela 11: Correlação entre as subcaracterística das lesões orais e macrorregiões do estado de Alagoas.

Subcaracterística		Macrorregiões de AL			Total
		1a (Composta pelas microrregiões de 1 a 6)	2a (Composta pelas microrregiões de 7 a 10)	Missing data	
Reacional, infecciosa e lesões físico-químicas	N	1089	36	103	1228
	% em linha	88.7%	2.9%	8.4%	100.0%
Vascular, pigmentada, neural e outras neoplasias benignas orais	N	228	7	47	282
	% em linha	80.9%	2.5%	16.7%	100.0%
Cistos e tumores odontogênicos ou não e DTM	N	112	7	42	161
	% em linha	69.6%	4.3%	26.1%	100.0%
COCE, DOPMs e outras neoplasias malignas orais	N	357	40	259	656
	% em linha	54.4%	6.1%	39.5%	100.0%
Efeitos da TAN, manifestação sistêmica e imunomediadas	N	295	10	34	339
	% em linha	87.0%	2.9%	10.0%	100.0%
Glândulas salivares	N	477	18	129	624
	% em linha	76.4%	2.9%	20.7%	100.0%
Variação de normalidade e de desenvolvimento e sem lesão oral	N	647	25	183	855
	% em linha	75.7%	2.9%	21.4%	100.0%
Sem diagnóstico	N	287	24	16	327
	% em linha	87.8%	7.3%	4.9%	100.0%
Total	N	3492	167	813	4472
	% em linha	78.1%	3.7%	18.2%	100.0%

Fonte: Elaborada pelos autores.

A análise demonstra uma associação significativa e específica entre etilismo e neoplasias malignas orais (COCE/DOPMs), com prevalência 22% maior em etilistas (6,0% vs 4,9%; $p=0,008$), corroborando o álcool como fator de risco para câncer oral. Contrariamente, todas as demais subcaracterísticas de lesões - particularmente as

reacionais/infecciosas (21,0% vs 1,6%), efeitos da TAN (5,9% vs 0,3%) e lesões glandulares (9,8% vs 0,3%) - apresentaram prevalências significativamente menores em etilistas ($p < 0,001$) (Tabela 12).

Tabela 12: Correlação entre as subcaracterística das lesões orais e o hábito do etilismo.

Subcaracterística		Etilista			Total
		Não	Sim	Missing data	
Reacional, infecciosa e lesões físico-químicas	N	939	70	219	1228
	% em linha	76.5%	5.7%	17.8%	100.0%
Vascular, pigmentada, neural e outras neoplasias benignas orais	N	208	8	66	282
	% em linha	73.8%	2.8%	23.4%	100.0%
Cistos e tumores odontogênicos ou não e DTM	N	103	5	53	161
	% em linha	64.0%	3.1%	32.9%	100.0%
COCE, DOPMs e outras neoplasias malignas orais	N	220	268	168	656
	% em linha	33.5%	40.9%	25.6%	100.0%
Efeitos da TAN, manifestação sistêmica e imunomediadas	N	263	14	62	339
	% em linha	77.6%	4.1%	18.3%	100.0%
Glândulas salivares	N	439	12	173	624
	% em linha	70.4%	1.9%	27.7%	100.0%
Variação de normalidade e de desenvolvimento e sem lesão oral	N	592	33	230	855
	% em linha	69.2%	3.9%	26.9%	100.0%
Sem diagnóstico	N	264	20	43	327
	% em linha	80.7%	6.1%	13.1%	100.0%
Total	N	3028	430	1014	4472
	% em linha	67.7%	9.6%	22.7%	100.0%

A análise revelou uma associação extremamente significativa entre tabagismo e neoplasias malignas orais (COCE/DOPMs), com prevalência 63% maior em tabagistas (8,3% vs 5,1%; RP=1,63; $p<0,001$), confirmando o tabaco como importante fator de risco para câncer oral. Em contraste, todas as demais subcaracterísticas de lesões - particularmente as reacionais/infecciosas (20,1% vs 2,7%), efeitos da TAN (5,9% vs 0,4%) e lesões glandulares (9,5% vs 0,6%) - apresentaram prevalências significativamente reduzidas entre tabagistas ($p<0,001$) (Tabela 13).

Tabela 13: Correlação entre as subcaracterística das lesões orais e o hábito do tabagismo.

Subcaracterística		Tabagista			Total
		Não	Sim	Missing data	
Reacional, infecciosa e lesões físico-químicas	N	897	121	210	1228
	% em linha	73.0%	9.9%	17.1%	100.0%
Vascular, pigmentada, neural e outras neoplasias benignas orais	N	192	24	66	282
	% em linha	68.1%	8.5%	23.4%	100.0%
Cistos e tumores odontogênicos ou não e DTM	N	96	14	51	161
	% em linha	59.6%	8.7%	31.7%	100.0%
COCE, DOPMs e outras neoplasias malignas orais	N	228	370	58	656
	% em linha	34.8%	56.4%	8.8%	100.0%
Efeitos da TAN, manifestação sistêmica e imunomediadas	N	263	16	60	339
	% em linha	77.6%	4.7%	17.7%	100.0%
Glândulas salivares	N	427	28	169	624
	% em linha	68.4%	4.5%	27.1%	100.0%
Variação de normalidade e de desenvolvimento e sem lesão oral	N	554	77	224	855
	% em linha	64.8%	9.0%	26.2%	100.0%
Sem diagnóstico	N	228	58	41	327
	% em linha	69.7%	17.7%	12.5%	100.0%
Total	N	2885	708	879	4472
	% em linha	64.5%	15.8%	19.7%	100.0%

A análise demonstrou resultados significativamente distintos entre as subcaracterísticas de lesões orais ($p < 0,001$), com predominância intraoral marcante (59,3% dos casos), particularmente nas lesões reacionais/infecciosas (81,4%) e neoplasias malignas (62,0%). As lesões de glandulares salivares apresentaram comportamento semelhante quanto a localização em mucosa labial e disseminadamente (38,1% e 35,7%, respectivamente) enquanto os efeitos da TAN também mostraram tendência à disseminação (23,9% dos casos) (Tabela 14).

Tabela 14: Correlação entre as subcaracterística das lesões orais e a sublocalização anatômica das lesões orais

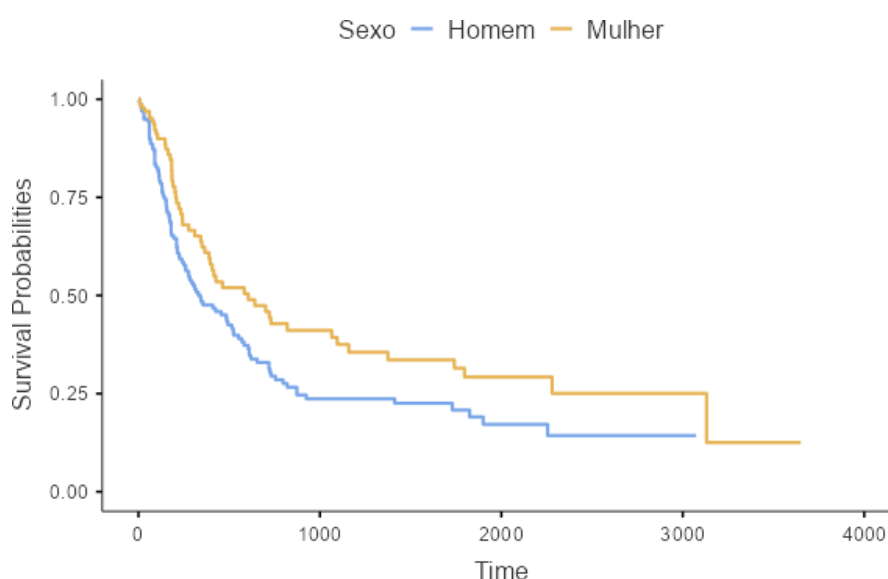
Subcaracterística		Sub-localização										Total
		Palato	Mucosa labial	Mucosa jugal, fundo de vestibulo e região retromolar	Assoalho	Língua	Gengiva e rebordo alveolar	Extraoral	Disseminada	Sem lesão oral	Missing data	
Reacional, infecciosa e lesões físico-químicas	N	267	60	170	27	234	241	159	41	0	29	1228
	% em linha	21.7%	4.9%	13.8%	2.2%	19.1%	19.6%	12.9%	3.3%	0.0%	2.4%	100.0%
Vascular, pigmentada, neural e outras neoplasias benignas orais	N	29	25	50	4	69	19	71	5	0	10	282
	% em linha	10.3%	8.9%	17.7%	1.4%	24.5%	6.7%	25.2%	1.8%	0.0%	3.5%	100.0%
Cistos e tumores odontogênicos ou não e DTM	N	4	0	1	0	2	27	121	0	0	6	161
	% em linha	2.5%	0.0%	0.6%	0.0%	1.2%	16.8%	75.2%	0.0%	0.0%	3.7%	100.0%
COCE, DOPMs e outras neoplasias malignas orais	N	95	24	26	106	124	38	141	10	0	92	656
	% em linha	14.5%	3.7%	4.0%	16.2%	18.9%	5.8%	21.5%	1.5%	0.0%	14.0%	100.0%
Efeitos da TAN, manifestação sistêmica e imunomediadas	N	15	10	82	2	112	10	18	81	3	6	339
	% em linha	4.4%	2.9%	24.2%	0.6%	33.0%	2.9%	5.3%	23.9%	0.9%	1.8%	100.0%
Glândulas salivares	N	26	238	6	76	37	0	13	223	3	2	624
	% em linha	4.2%	38.1%	1.0%	12.2%	5.9%	0.0%	2.1%	35.7%	0.5%	0.3%	100.0%
Variação de normalidade e de desenvolvimento e sem lesão oral	N	75	5	32	5	112	7	53	6	556	4	855

	% em linha	8.8%	0.6%	3.7%	0.6%	13.1%	0.8%	6.2%	0.7%	65.0%	0.5%	100.0%
Sem diagnóstico	N	37	17	26	11	34	34	69	19	2	78	327
	% em linha	11.3%	5.2%	8.0%	3.4%	10.4%	10.4%	21.1%	5.8%	0.6%	23.9%	100.0%
Total	N	548	379	393	231	724	376	645	385	564	227	4472
	% em linha	12.3%	8.5%	8.8%	5.2%	16.2%	8.4%	14.4%	8.6%	12.6%	5.1%	100.0%

Fonte: Elaborada pelos autores.

5.4 Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE): Análise de sobrevida

Com relação exclusivamente ao Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE), a amostra analisada nesta pesquisa revelou predomínio do sexo masculino, com 300 indivíduos (62,8%), enquanto o sexo feminino representou 178 participantes (37,2%). A análise de sobrevivência evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os sexos (teste Log-rank, $p=0,011$; Figura 1). A média de sobrevida foi de 331 dias para os homens e 605 dias para as mulheres, sendo que o risco de óbito para indivíduos do sexo masculino foi 6,53 vezes maior em comparação às mulheres.



Analysis of the differences

Test	χ^2	df	p
Log-rank	6.53	1	0.011

Figura 01: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por sexo.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quanto à idade categorizada, observou-se maior prevalência no grupo etário de 60 a 69 anos, que correspondeu a 29,1% da amostra (139 indivíduos), seguido pelo grupo de 70 a 79 anos (21,5%, 103 indivíduos) e de 50 a 59 anos (21,3%, 102 indivíduos). Entretanto, a análise de sobrevivência por faixa etária não demonstrou significância estatística, com $p=0,593$ (Figura 02).

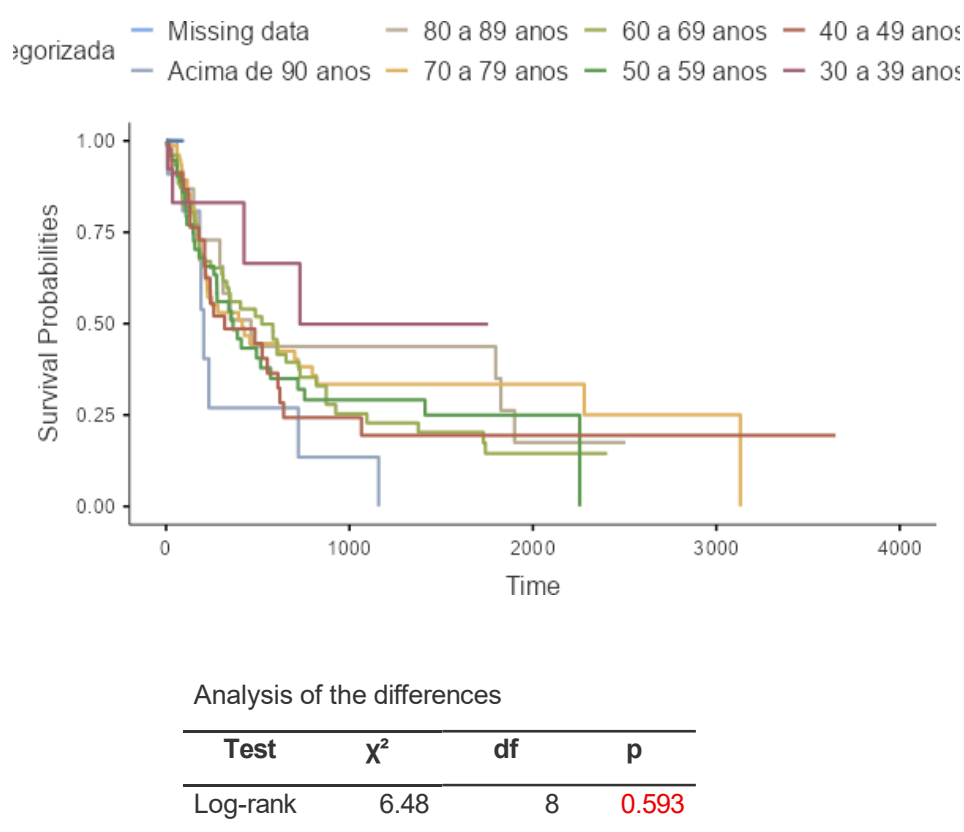
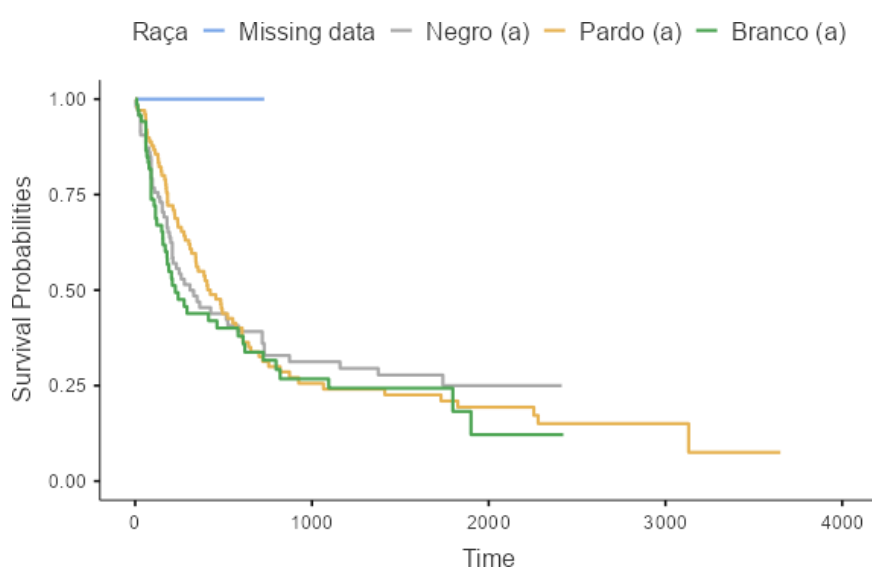


Figura 02: Curva de sobrevivência global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por faixa etária categorizada.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Em relação à raça, a categoria mais frequente foi "Pardo(a)", abrangendo 166 participantes (34,7%), seguida por "Negro(a)" com 124 indivíduos (25,9%) e "Branco(a)" com 90 (18,8%). Ressalta-se que 20,5% dos dados referentes à raça estavam ausentes. A análise de sobrevivência por raça indicou uma diferença altamente significativa ($p < 0,001$) (Figura 3).



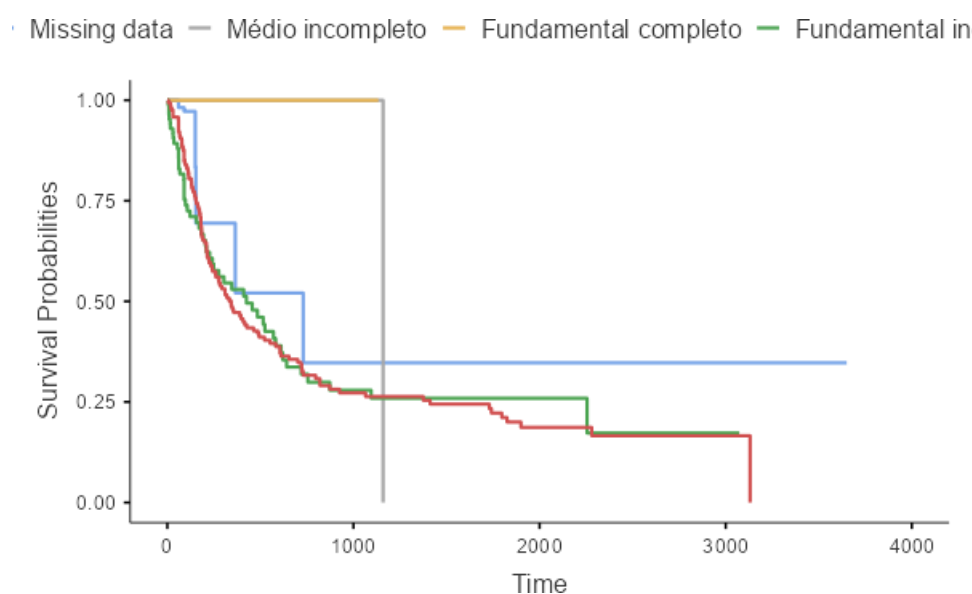
Analysis of the differences

Test	χ^2	df	p
Log-rank	14.4	4	0.006

Figura 03: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por raça/cor.

Fonte: Elaborada pelos autores.

No que tange ao nível de escolaridade, a maior parte da coorte declarou ser analfabeta (46,4%, 222 indivíduos), enquanto 29,3% (140 indivíduos) possuíam ensino fundamental incompleto. Verificou-se ausência de dados em 23,4% dos casos. A análise de sobrevivência revelou associação estatisticamente significativa entre nível de escolaridade e sobrevida ($p=0,006$) (Figura 4).



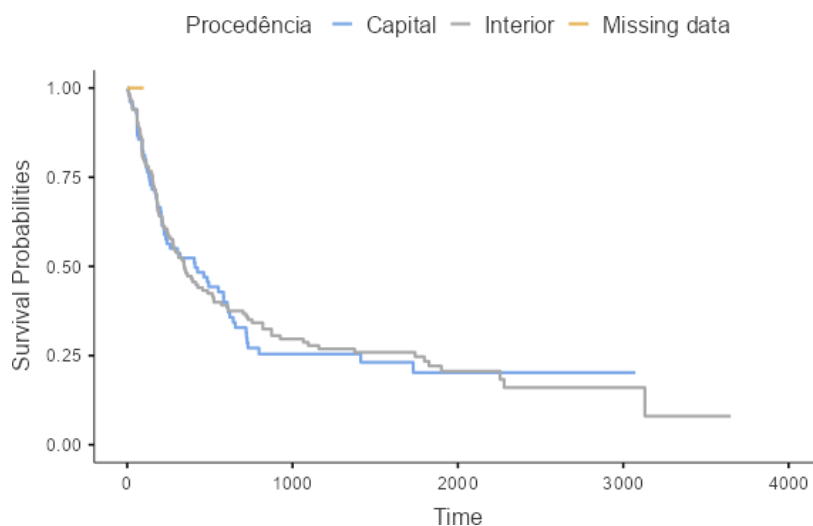
Analysis of the differences

Test	χ^2	df	p
Log-rank	20.8	2	<.001

Figura 04: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por nível de escolaridade.

Fonte: Elaborada pelos autores.

A procedência dos participantes também foi analisada, revelando que 49,0% (234 indivíduos) eram oriundos do interior, enquanto 30,8% (147 indivíduos) provinham da capital. Houve significância estatística na análise de sobrevivência conforme a procedência dos pacientes ($p < 0,001$) (Figura 5).



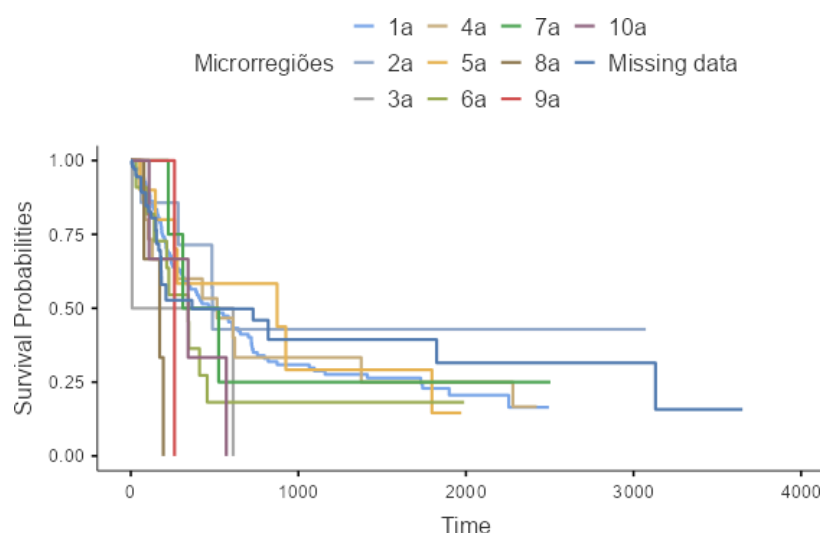
Analysis of the differences

Test	χ^2	df	p
Log-rank	20.8	2	<.001

Figura 05: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por procedência (origem).

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quanto à distribuição por microrregião, a mais representativa foi a "1ª", com 167 indivíduos (34,9%); contudo, houve ausência de dados em 44,1% dos casos. Não foi observada significância estatística nesta análise ($p=0,265$) (Figura 6).



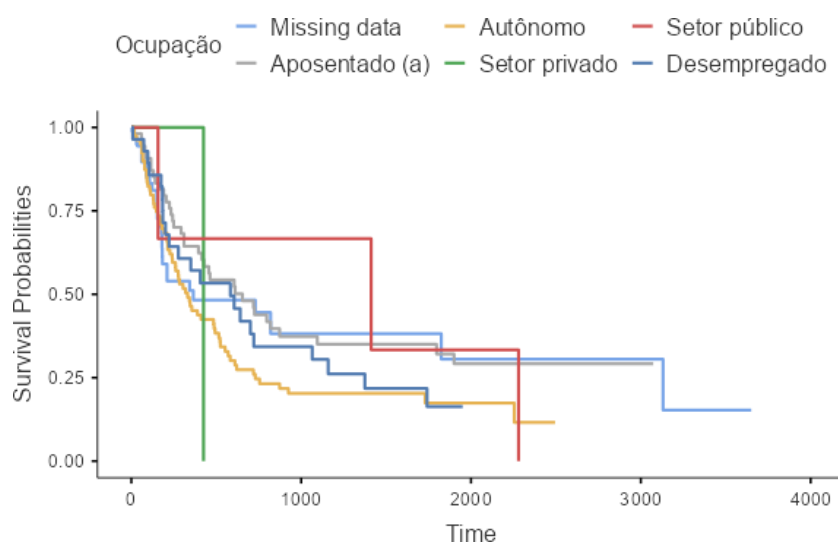
Analysis of the differences

Test	χ^2	df	p
Log-rank	12.3	10	0.265

Figura 06: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por microrregião.

Fonte: Elaborada pelos autores.

No que se refere à ocupação, a categoria "Autônomo" foi a mais frequente, representando 28,5% da amostra (136 indivíduos), seguida por "Desempregado" com 13,6% (65 indivíduos) e "Aposentado(a)" com 12,3% (59 indivíduos). Destaca-se que 44,1% dos dados de ocupação estavam ausentes. A análise de sobrevivência não demonstrou diferença estatisticamente significativa segundo essa variável ($p=0,364$) (Figura 7).



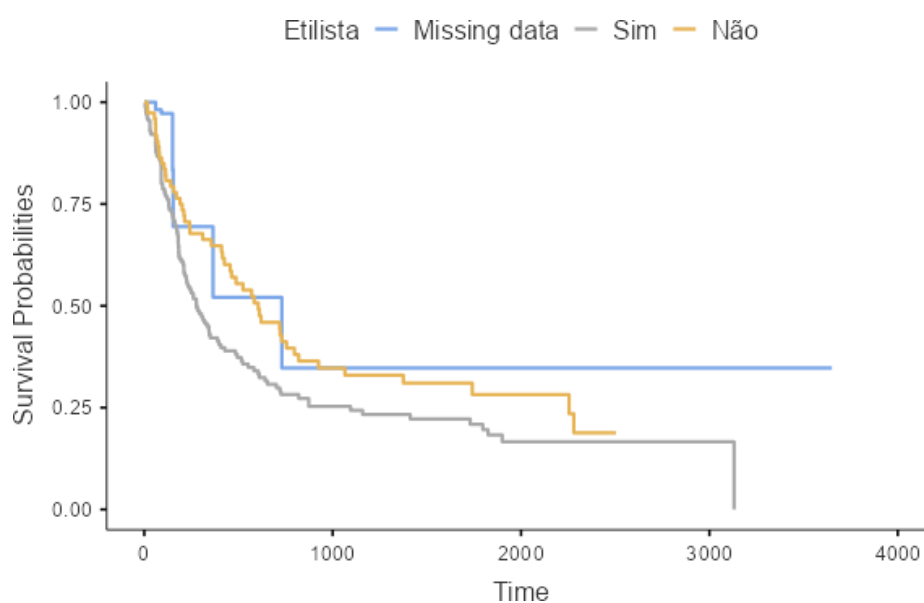
Analysis of the differences

Test	χ^2	df	p
Log-rank	5.45	5	0.364

Figura 07: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por ocupação.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quanto aos fatores de estilo de vida, o consumo atual de álcool foi relatado por 254 indivíduos (53,1%), enquanto 110 (23,0%) negaram o uso, e 23,8% dos dados estavam ausentes. Observou-se diferença altamente significativa na análise de sobrevivência em função do consumo de álcool ($p < 0,001$). A maioria dos participantes (78,5%, 375 indivíduos) negou ser ex-consumidor de álcool, e apenas 15,1% (72 indivíduos) afirmaram essa condição; 6,5% dos dados estavam ausentes. Não houve significância estatística para a variável ex-consumo de álcool ($p = 0,166$) (Figura 8).



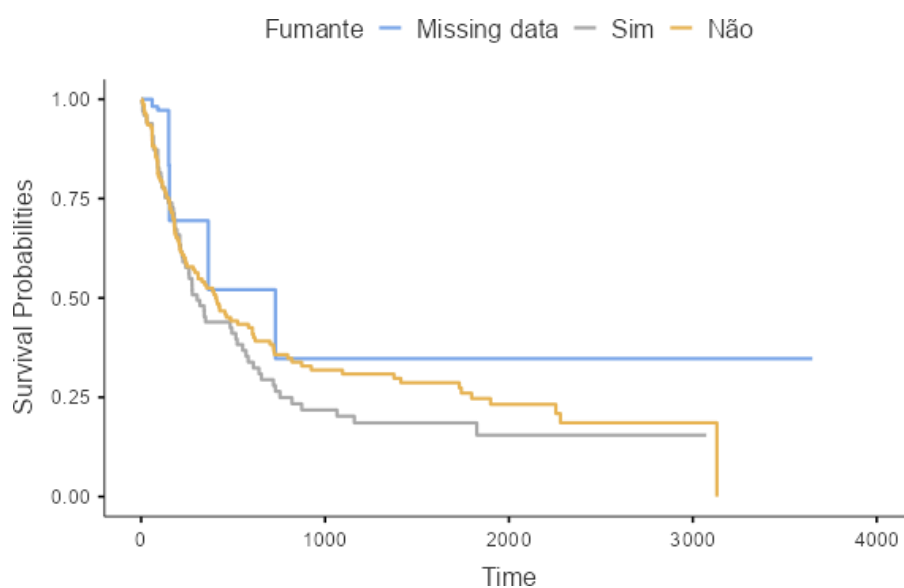
Analysis of the differences

Test	χ^2	df	p
Log-rank	3.60	2	0.166

Figura 08: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por consumo atual de álcool.

Fonte: Elaborada pelos autores.

No que diz respeito ao tabagismo, 316 indivíduos (66,1%) eram fumantes ou ex-fumantes, enquanto 156 (32,6%) eram não-fumantes. A análise revelou uma diferença altamente significativa entre fumantes e não fumantes ($p < 0,001$) (Figura 9).



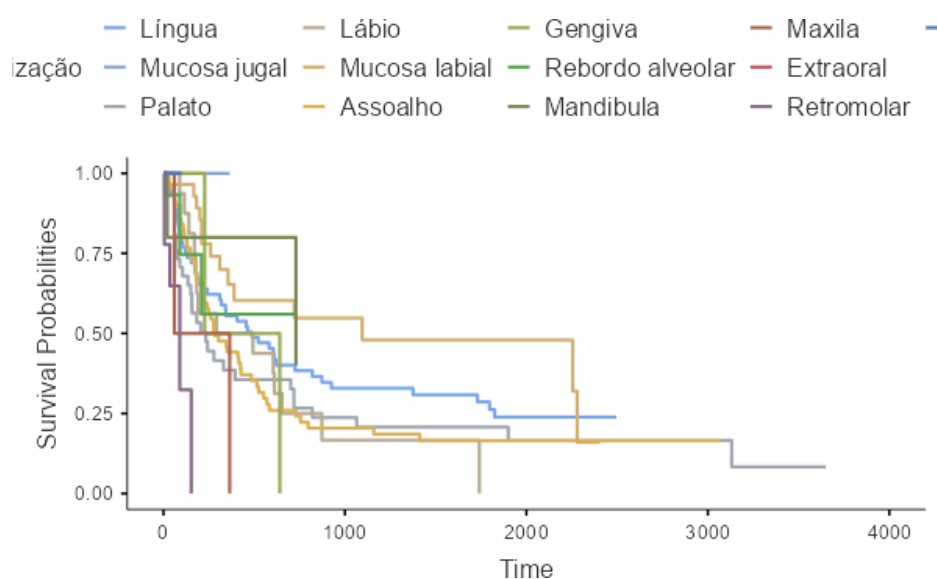
Analysis of the differences

Test	χ^2	df	p
Log-rank	14.7	2	<.001

Figura 09: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por hábito de tabagismo.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Em relação às características clínicas, os tumores ocorreram na língua (21,8%, 104 casos) e no assoalho da boca (21,5%, 103 casos). A localização do tumor apresentou associação estatisticamente significativa com a sobrevida ($p < 0,001$) (Figura 10).



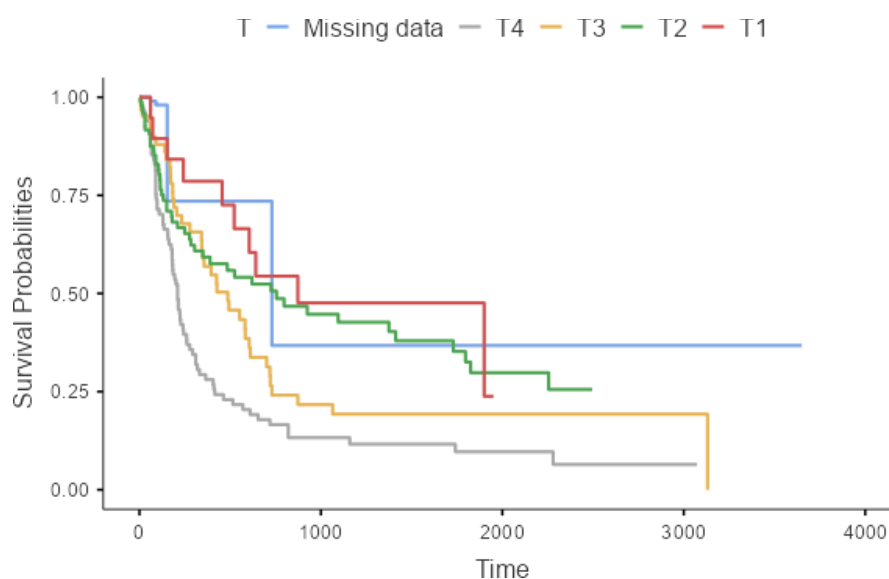
Analysis of the differences

Test	χ^2	df	p
Log-rank	41.2	4	<.001

Figura 10: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por localização do tumor.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Em relação ao estadiamento T, o mais prevalente foi T2 (27,4%, 131 indivíduos), seguido por T4 (22,6%, 108 indivíduos), com ausência de dados em 22,2% dos casos. A análise de sobrevivência indicou significância estatística elevada ($p < 0,001$), caracterizando tumores avançados (acima de T2) (Figura 11).



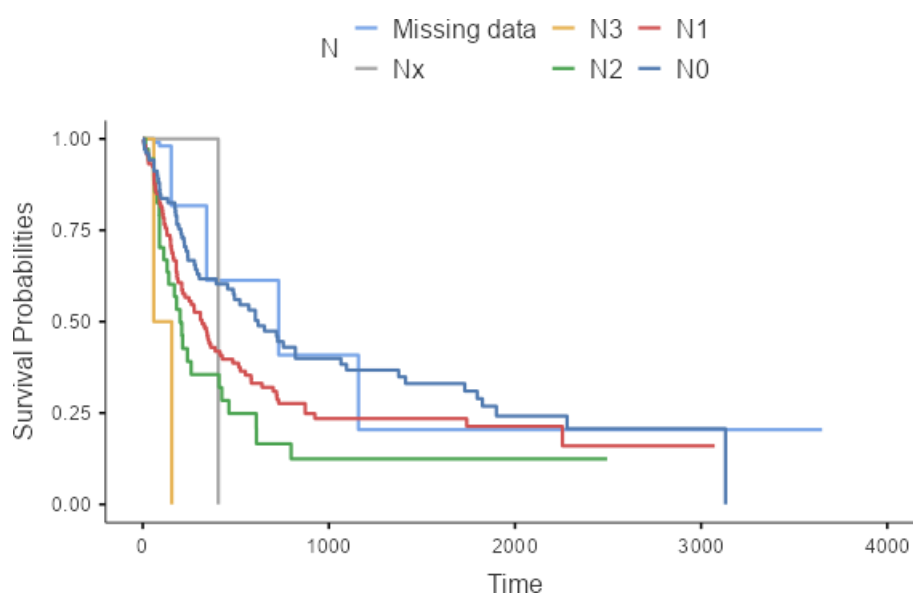
Analysis of the differences

Test	χ^2	df	p
Log-rank	41.2	4	<.001

Figura 11: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por estadiamento T (TNM).

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quanto ao estadiamento N, o mais comum foi N1 (33,1%, 158 indivíduos), seguido por N0 (31,4%, 150 indivíduos), com 23,0% de dados ausentes. A associação entre estadiamento N e sobrevida também foi altamente significativa ($p < 0,001$) (Figura 12).



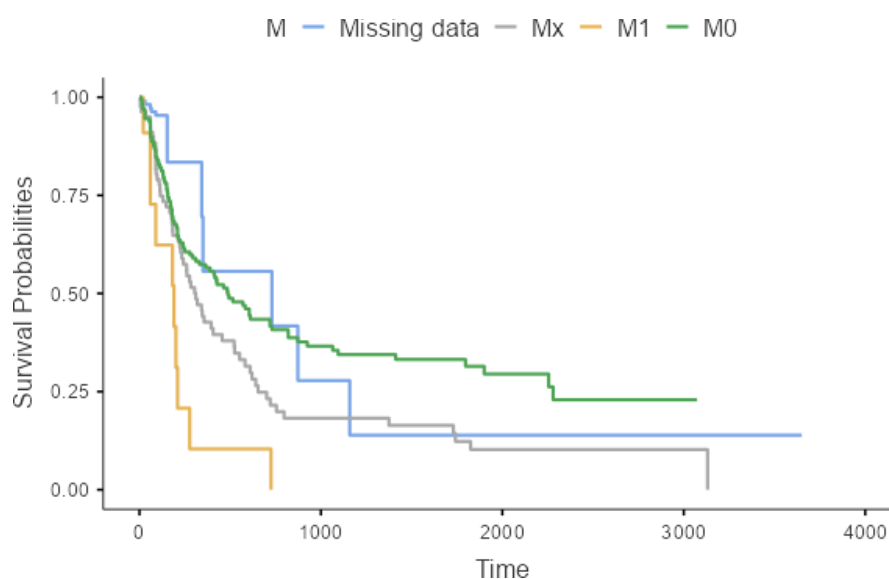
Analysis of the differences

Test	χ^2	df	p
Log-rank	26.2	3	<.001

Figura 12: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por estadiamento N (TNM).

Fonte: Elaborada pelos autores.

O estadiamento M mais frequente foi M0 (38,1%, 182 indivíduos), enquanto Mx foi identificado em 151 indivíduos (31,6%); dados estavam ausentes em 27,4% da amostra. Houve significância estatística elevada para o estadiamento M ($p < 0,001$) (Figura 13).



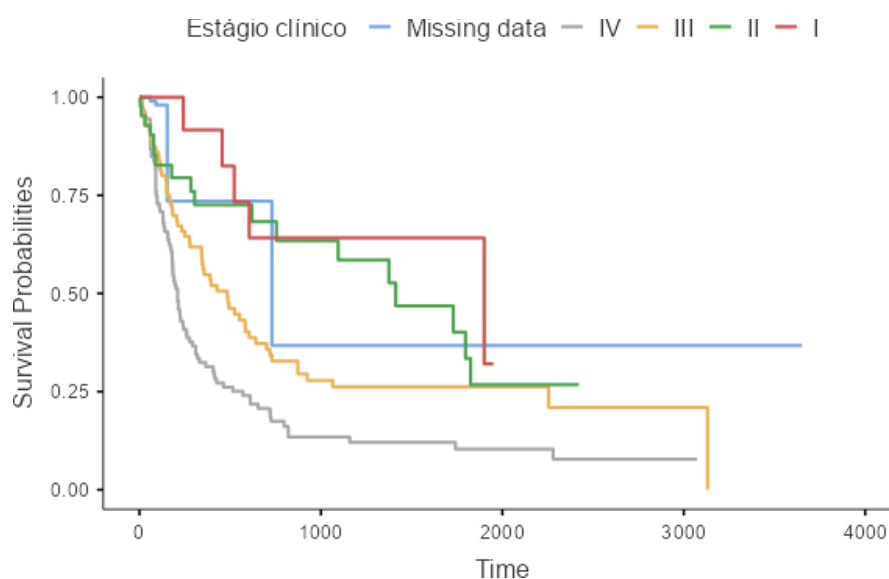
Analysis of the differences

Test	χ^2	df	p
Log-rank	46.5	4	<.001

Figura 13: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por estadiamento M (TNM).

Fonte: Elaborada pelos autores.

No que diz respeito ao estadiamento clínico global, o Estágio IV foi o mais recorrente, com 146 indivíduos (30,5%), seguido pelo Estágio III (28,5%, 136 indivíduos). A análise de sobrevivência confirmou uma diferença estatisticamente significativa conforme o estadiamento clínico ($p < 0,001$) (Figura 14).



Analysis of the differences

Test	χ^2	df	p
Log-rank	14.4	4	0.006

Figura 14: Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier para Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) por estágio clínico.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Por fim, o evento morte foi registrado em 208 indivíduos (43,5%), enquanto 174 (36,4%) estavam vivos no momento do registro. Dados referentes ao desfecho estavam ausentes em 20,1% da amostra (Tabela 16).

Tabela 16: Distribuição do evento morte na coorte de pacientes com Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE).

Evento morte	N	% do Total	% acumulada
Missing data	96	20.1%	20.1%
Sim	208	43.5%	63.6%
Não	174	36.4%	100.0%

6 DISCUSSÃO

O estado de Alagoas, localizado no Nordeste brasileiro, possui uma população estimada em 3.220.104 habitantes em 2024, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024). No campo da saúde, o estado ainda enfrenta importantes desigualdades, especialmente no que se refere ao acesso a serviços especializados de diagnóstico bucal. Até recentemente, havia apenas um único serviço de estomatologia em todo o território, situado na capital, Maceió. Atualmente, o cenário apresenta avanços, com a implantação de três novos serviços de estomatologia nos municípios de Rio Largo, São Miguel dos Campos e Arapiraca, ampliando a cobertura assistencial. Ressalta-se, contudo, que os demais serviços voltados ao diagnóstico de lesões orais não contam com estomatologistas, o que limita a resolutividade e a precisão diagnóstica. Os dados apresentados neste estudo, de 2007 a 2021, foram avaliados pelo mesmo profissional no único serviço de estomatologia do estado, localizado na capital, Maceió.

Ao analisar os fatores sociodemográficos e clínicos em relação as lesões benignas e malignas e aqueles pacientes sem lesão bucal podemos observar que o presente estudo mostra marcantes disparidades sociodemográficas, clínicas e comportamentais na ocorrência de lesões malignas orais, com achados que dialogam fortemente com a literatura e reforçam hipóteses etiopatogênicas já consolidadas.

O predomínio feminino na amostra total (64,9%) não se traduziu em maior gravidade das lesões. Pelo contrário, o sexo masculino apresentou prevalência de malignidade três vezes superior (19,6% vs. 6,3%), respondendo por 62,7% dos casos malignos. Este padrão tem sido amplamente documentado em estudos

epidemiológicos, sugerindo que homens apresentam maior exposição cumulativa a fatores de risco, como tabaco e álcool, além de menor adesão a medidas preventivas e consultas odontológicas de rotina. Tal achado reforça o sexo masculino como marcador independente de risco e indica a necessidade de estratégias de rastreamento ativas voltadas a este grupo.

O aumento exponencial do risco com a idade — especialmente após os 50 anos — corrobora a teoria de que a carcinogênese oral resulta de uma somatória de exposições crônicas e declínio dos mecanismos de reparo celular. O risco relativo 11,3 vezes maior em idosos, comparado a jovens de até 19 anos, destaca a relevância do envelhecimento como variável prognóstica e alinha-se aos padrões de incidência local e global (Le Champion et al., 2016; Bray et al., 2022).

Quanto à variável etnia, a maior prevalência de malignidades em pardos (12,8%) sugere que determinantes sociais e desigualdades no acesso à saúde podem estar contribuindo para diagnósticos mais tardios, considerando que este grupo compõe significativa parcela populacional em regiões com piores indicadores socioeconômicos (da Silva et al., 2020). Entretanto, a elevada proporção de registros sem informação de etnia (25,0%) limita inferências mais robustas e reforça a importância da padronização na coleta de dados.

O gradiente inverso entre escolaridade e prevalência de câncer oral — com risco relativo acima de 100 vezes entre analfabetos e pós-graduados — confirma a escolaridade como um marcador socioeconômico fortemente associado ao prognóstico. Esse resultado sugere que menor escolaridade impacta tanto o conhecimento sobre prevenção quanto a capacidade de acesso e utilização de serviços de saúde, perpetuando o diagnóstico tardio (Le Champion et al., 2016).

As desigualdades regionais observadas, com maior proporção de malignidades na 2ª Região, podem refletir diferenças na cobertura e qualidade da atenção primária, bem como barreiras logísticas e socioeconômicas (Le Campion, 2017). Entretanto, a alta proporção de casos com procedência ignorada (18,2%) demanda cautela na interpretação.

Os hábitos de vida mostraram forte associação com malignidades, sendo o etilismo o fator de maior risco relativo (15,6 vezes), seguido pelo tabagismo (8 vezes). A alta prevalência de malignidades entre etilistas e tabagistas, aliada ao efeito sinérgico desses fatores, confirma evidências da literatura sobre a multiplicação do risco quando ambos estão presentes (Warnakulasuriya, 2009, Le Campion et al., 2017). A magnitude dessas associações no presente estudo sugere que intervenções de cessação do tabaco e álcool devem ser centrais nas políticas de prevenção.

A localização anatômica das lesões malignas, com predomínio proporcional no assoalho bucal (44,6%) e numérico na língua (21,2%), reforça hipóteses de que áreas de maior contato e retenção de carcinógenos, somadas a características histológicas específicas, apresentam maior vulnerabilidade. Esse padrão, já descrito por Andrade et al., 2015, sustenta abordagens diagnósticas mais direcionadas durante o exame clínico odontológico.

Os achados do presente estudo evidenciam que as “Subcaracterísticas das lesões orais” apresentam associação estatisticamente significativa com múltiplos fatores demográficos, socioeconômicos, de procedência geográfica, hábitos de vida e aspectos clínicos, com valores de p consistentemente inferiores a 0,001. Isso reforça que a distribuição das lesões orais na população estudada não é aleatória, mas sim modulada por determinantes individuais e contextuais, em consonância com

investigações prévias sobre o perfil epidemiológico das alterações bucais (Warnakulasuriya, 2020; Petersen & Ogawa, 2018).

A análise por sexo revelou predominância feminina em diversas categorias, especialmente nas de caráter inflamatório, infeccioso e glandular. Essa tendência já foi documentada em estudos na literatura, sendo atribuída a maior procura por serviços de saúde por parte das mulheres, bem como a diferenças hormonais e imunológicas que podem influenciar a resposta tecidual (Amarasinghe et al., 2018; Patil et al., 2013).

Por outro lado, a maior frequência masculina em “COCE, DOPMs e outras neoplasias malignas orais” corrobora a literatura, que aponta maior exposição de homens a fatores de risco como tabagismo e etilismo, além de diagnóstico mais tardio nessa população (Rivera, 2015; Gupta et al., 2016; Santos et al., 2024).

A estratificação por faixa etária reforça o impacto do envelhecimento na incidência de neoplasias malignas orais, com predominância acentuada do grupo acima de 50 anos nas categorias malignas, o que é consistente com a natureza cumulativa da exposição aos agentes carcinogênicos (Le Champion et al., 2016, 2017 e 2017; Warnakulasuriya et al., 2021; Chiliti et al., 2022; Santos et al., 2024). Em contrapartida, a maior proporção de casos relacionados às glândulas salivares e cistos odontogênicos entre jovens sugere que fatores de desenvolvimento e condições locais desempenham papel relevante nesse grupo etário (Eveson & Auclair, 2005).

Apesar da limitação representada pela alta proporção de dados ausentes na variável etnia, identificou-se associação estatisticamente significativa, com destaque para a população parda nas categorias reacionais e malignas. Esse achado pode refletir não apenas a composição étnica predominante da região, mas também disparidades no acesso ao diagnóstico precoce, possível influência de fatores

socioeconômicos, comportamentais e biológicos na maior vulnerabilidade desse grupo (Antunes et al., 2013, Santos et al., 2024).

A escolaridade mostrou-se fortemente associada, com maior prevalência de casos malignos em indivíduos analfabetos. A baixa escolaridade é reconhecida como determinante social que afeta o acesso à informação, prevenção e tratamento de doenças orais, ampliando o risco para lesões avançadas no momento do diagnóstico (Petersen, 2005; Le Campion 2016, 2017 e 2017).

A procedência e as macrorregiões também influenciaram significativamente a distribuição das lesões. Pacientes da capital concentraram categorias benignas e condições de variação de normalidade, possivelmente por maior facilidade de acesso a serviços especializados. Em contraste, residentes do interior e de outros estados apresentaram mais casos malignos, o que pode indicar barreiras geográficas e socioeconômicas ao atendimento precoce, conforme já relatado em estudos sobre desigualdade na saúde bucal (Pucca et al., 2015, Le Campion 2016, 2017 e 2017).

No que se refere aos hábitos de vida, os resultados confirmam o papel do etilismo e tabagismo como fatores de risco para neoplasias malignas orais, evidenciado pelo predomínio de fumantes e etilistas nessa categoria. Esses achados são amplamente respaldados por meta-análises e revisões sistemáticas, que destacam o efeito sinérgico dessas exposições na carcinogênese oral (IARC, 2012; Shield et al., 2017).

Quanto à localização anatômica, a predominância de lesões na língua e no palato reforça a vulnerabilidade dessas regiões à ação de agentes irritativos, trauma mecânico e ação direta de carcinógenos (Rivera, 2015, Le Campion et al., 2016). O padrão observado para “COCE, DOPMs e outras neoplasias malignas orais”, com maior ocorrência em língua e assoalho bucal, é consistente com estudos

epidemiológicos nacionais e globais que identificam essas áreas como as mais frequentemente acometidas (Warnakulasuriya, 2020, Chiliti et al., 2022). Já as lesões de glândulas salivares e variações de normalidade apresentam padrões anatômicos distintos, coerentes com suas características etiopatogênicas (Speight & Barrett, 2002).

As informações dos 478 casos de Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) constituem uma contribuição relevante para o campo da estomatologia, especialmente no contexto da saúde pública do Nordeste brasileiro. O estudo preenche uma lacuna relevante na literatura, ao mapear o perfil sociodemográfico, clínico e prognóstico dos pacientes atendidos em um serviço de referência em Maceió, Alagoas.

Estudos conduzidos por Le Campion et al., destacam o impacto dos atrasos no diagnóstico e no tratamento do câncer de boca e orofaringe sobre o prognóstico dos pacientes. Em investigação realizada com 121 prontuários, verificou-se que a maioria dos pacientes era composta por homens, pardos, analfabetos, tabagistas e etilistas, frequentemente provenientes de áreas rurais, refletindo um perfil socioeconomicamente vulnerável. A quase totalidade dos casos (85,1%) foi diagnosticada em estádios avançados (III e IV), o que contribuiu para um tempo médio de quase 289 dias entre a detecção da lesão e o início do tratamento. O atraso mais expressivo esteve relacionado ao próprio paciente, seguido pelo sistema de saúde, que também excedeu o limite legal para início da terapia oncológica (Le Campion et al., 2016 e 2017). Em continuidade, outro estudo do mesmo grupo evidenciou baixas taxas de sobrevida, com apenas 27,8% dos pacientes vivos após cinco anos e sobrevida mediana de 515 dias. O prognóstico mostrou-se pior entre indivíduos com estadiamento avançado, etilistas e aqueles que não realizaram procedimentos

cirúrgicos, sendo a cirurgia o único fator independente associado à maior sobrevida na análise multivariada (Le Champion et al., 2017). Esses achados reforçam a necessidade de estratégias eficazes para reduzir os atrasos diagnósticos e ampliar o acesso ao tratamento cirúrgico, visando melhorar a sobrevida dos pacientes.

A distribuição dos pacientes segundo o sexo revelou achados consistentes com o padrão clássico da literatura: o COCE apresentou maior prevalência entre indivíduos do sexo masculino, corroborando com os dados do INCA (2022) além de estudos anteriores que destacam o predomínio de neoplasias malignas orais entre homens, frequentemente associado a maior exposição aos fatores de risco, como tabagismo e etilismo (Warnakulasuriya, 2009; Le Champion 2016 e 2017; Ferreira et al., 2020).

No entanto, essa distribuição contrasta com a amostra geral de lesões orais, que apresentou predominância do sexo feminino (64,9%). Essa discrepância pode refletir padrões distintos de procura por serviços odontológicos: mulheres tendem a acessar mais frequentemente a atenção primária em saúde bucal (Souza et al., 2019), enquanto os homens, muitas vezes, somente buscam atendimento em estágios mais avançados da doença, o que pode impactar diretamente os desfechos clínicos.

No que tange à faixa etária, os resultados indicaram maior prevalência de COCE entre indivíduos acima dos 50 anos, alinhando-se ao padrão epidemiológico da doença, descrita como de maior incidência a partir da quarta década de vida (Rivera, 2015). Estudos como os de Antunes et al. (2020) também apontam que a maioria dos diagnósticos ocorre entre a sexta e a sétima décadas de vida. No entanto, apesar da associação da idade com a incidência, neste estudo a análise de sobrevida não revelou significância estatística ($p=0,593$), sugerindo que a idade, isoladamente, pode não ser um fator prognóstico determinante para os pacientes da coorte analisada. Tal achado diverge de parte da literatura, que associa idade avançada com

pior prognóstico, possivelmente devido a maior presença de comorbidades e limitações no tratamento (Santos et al., 2021). Essa divergência pode estar relacionada às características específicas da amostra.

Quanto ao perfil racial, observou-se uma maior prevalência de indivíduos autodeclarados como “Pardo(a)” na coorte de COCE, padrão que se mantém na amostra geral. A análise de sobrevida evidenciou associação significativa entre raça/cor e desfecho ($p < 0,001$), revelando a importância dos determinantes sociais da saúde na progressão do câncer oral.

Estudos recentes evidenciam que indivíduos pretos e pardos enfrentam desigualdades persistentes no acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento oncológico no Brasil (Batista et al., 2022). Em contraste, estudos como o de Silva et al. (2017), que analisaram lesões orais em idosos brasileiros, observaram prevalência significativamente maior entre indivíduos brancos (61,3%), o que pode ser reflexo de uma maior procura por serviços de saúde por essa população em determinados contextos socioeconômicos.

A escolaridade também se revelou um fator relevante: a coorte de COCE apresentou elevada proporção de indivíduos analfabetos, sendo que a análise de sobrevida por nível de instrução revelou significância estatística ($p = 0,006$). A literatura é consistente ao apontar a baixa escolaridade como preditor de pior prognóstico em câncer de boca, tanto pela menor adesão a práticas preventivas quanto pelo retardo na procura por atendimento (Radoi et al., 2013; Gomes et al., 2017). Esses achados reforçam o papel da educação em saúde como ferramenta essencial na prevenção e no enfrentamento do câncer oral, sobretudo em regiões com altos índices de vulnerabilidade social.

A procedência geográfica dos pacientes também influenciou os desfechos clínicos: a maioria dos casos de COCE era oriunda do interior do estado, sendo essa variável estatisticamente significativa para a sobrevida ($p < 0,001$). Em contraposição, a amostra geral era composta majoritariamente por residentes da capital (53,7%). A literatura reconhece que o interior dos estados nordestinos enfrenta desafios relacionados à escassez de recursos especializados, carência de profissionais capacitados e dificuldades de deslocamento para centros de referência, o que pode explicar o diagnóstico tardio e a pior evolução dos casos (Le Campion et al., 2016, Barros et al., 2021).

Os hábitos de vida, especificamente o consumo de álcool e o tabagismo, foram altamente prevalentes entre os pacientes com COCE e ambos apresentaram associação significativa com a sobrevida ($p < 0,001$).

A literatura é unânime quanto à relevância desses fatores como agentes etiológicos do câncer oral (IARC, 2012). A ação sinérgica do tabaco e do álcool sobre a mucosa oral resulta em alterações celulares cumulativas que favorecem a carcinogênese. Estes achados reforçam a necessidade urgente de políticas públicas que articulem o controle do câncer bucal com estratégias de cessação do tabagismo e combate ao consumo excessivo de álcool, conforme já previsto nas diretrizes da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.

Do ponto de vista clínico, as localizações tumorais mais frequentes foram a língua e o assoalho da boca, com associação estatisticamente significativa com a sobrevida ($p < 0,001$).

Esses sítios são reconhecidos na literatura como áreas de alto risco para transformação maligna, além de estarem relacionados a piores desfechos devido à rica vascularização e à proximidade com estruturas nobres (Warnakulasuriya, 2009).

O estadiamento clínico também se apresentou como um dos principais fatores prognósticos, com maior proporção de pacientes diagnosticados em Estágio IV, sendo todas as variáveis relacionadas ao TNM estatisticamente significativas para a sobrevida ($p < 0,001$). Tais resultados estão em consonância com estudos que apontam para a elevada prevalência de diagnóstico tardio do COCE no Brasil, realidade que limita as opções terapêuticas e reduz as chances de cura (Le Campion et al., 2016 e 2017, Santos et al., 2021).

Por outro lado, cabe destacar que em alguns contextos internacionais com programas eficazes de rastreamento, a proporção de casos diagnosticados em estágios iniciais é maior, resultando em melhores taxas de sobrevida (Rivera, 2015), o que enfatiza a importância de implementar e fortalecer ações de rastreio no país.

O índice de óbitos registrado na coorte de COCE (43,5%) reforça o impacto devastador da doença, especialmente quando não identificada precocemente. Esses achados demonstram a necessidade de uma abordagem sistêmica que envolva vigilância epidemiológica contínua, capacitação de profissionais da rede básica e campanhas educativas permanentes, sobretudo em populações mais vulneráveis.

Portanto, os achados deste estudo não apenas reafirmam tendências já documentadas na literatura, como também revelam nuances locais importantes que devem ser consideradas na formulação de estratégias regionais de enfrentamento do câncer bucal. A singularidade dos dados provenientes de um serviço especializado do Nordeste brasileiro contribui para uma compreensão mais ampla das desigualdades em saúde bucal e sustenta a urgência de ações integradas voltadas à promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno do COCE em âmbito nacional.

Por fim, apesar da relevância dos achados, a presença de dados ausentes em variáveis-chave, como ocupação e etnia, constitui limitação metodológica, podendo

introduzir viés de informação. No entanto, a consistência dos padrões observados nas variáveis com maior completude de dados fortalece a validade interna do estudo.

7 CONCLUSÃO

Este estudo caracterizou o perfil epidemiológico das lesões orais em um centro de referência em estomatologia de Maceió, Alagoas, atendendo ao objetivo geral proposto.

Em relação ao perfil sociodemográfico observou-se predominância de pacientes do sexo feminino na amostra geral, embora o Carcinoma Oral de Células Escamosas tenha sido mais frequente em homens, especialmente entre 60 e 69 anos. Indivíduos autodeclarados pardos, com baixa escolaridade e procedentes do interior do estado apresentaram maior incidência de malignidades. Esses fatores mostraram associação significativa com a sobrevida, evidenciando desigualdades sociais e regionais no acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento oncológico.

Quanto à caracterização clínica das lesões foram identificadas lesões benignas, inflamatórias, imunomediadas, infecciosas e malignas, sendo as últimas mais incidentes na língua e no assoalho bucal. Os hábitos de risco — especialmente tabagismo e consumo de álcool — foram prevalentes entre os pacientes com carcinoma e impactaram negativamente a sobrevida, reforçando seu papel como fatores determinantes.

A análise da associação entre variáveis sociodemográficas e comportamentais e a prevalência das lesões revelou que idade avançada, sexo masculino, baixa escolaridade, cor parda e procedência do interior estavam significativamente relacionados a lesões malignas e ao estadiamento avançado no momento do diagnóstico. O diagnóstico tardio, com grande proporção de óbitos registrados, reforça

a gravidade do cenário e a necessidade de estratégias de rastreamento precoce e redução de fatores de risco.

Em relação à sobrevida dos pacientes com neoplasias malignas, os achados indicam menor sobrevida entre indivíduos com fatores de risco comportamentais e características sociodemográficas desfavoráveis, confirmando a importância de políticas públicas focadas na prevenção e no acesso oportuno a serviços especializados.

Desta forma, os resultados ressaltam a urgência de ações integradas de promoção e prevenção, intensificação da detecção precoce de lesões orais, capacitação de profissionais da atenção primária e descentralização dos serviços de estomatologia. Além de confirmar tendências já documentadas, este estudo evidencia nuances regionais relevantes, oferecendo subsídios para estratégias locais e políticas públicas mais eficazes no enfrentamento do câncer bucal no Nordeste brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque DMS, Cunha JLS, Roza ALOC, Arboleda LPA, Santos-Silva AR, Lopes MA, et al. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2021;26(3):e284-91.
2. Almeida PR, et al. Herpes labial e suas complicações clínicas. J Odontol. 2019;45(2):113-20.
3. ANDRADE, Jarielle Oliveira Mascarenhas; SANTOS, Carlos Antonio de Souza Teles; OLIVEIRA, Márcio Campos. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 894-905, out./dez. 2015.
4. AlSheddi MA, AlSenani MA, AlDosari AW. Odontogenic tumors: analysis of 188 cases from Saudi Arabia. Ann Saudi Med. 2015;35(2):146-50.
5. Alves MA, Lima FF, Silva TC. Mucocèles of the oral cavity: a review. Braz J Oral Sci. 2020;19:e20200028.
6. Amarasinghe H, Usgodaarachchi U, Johnson NW, Lalloo R, Kumaraarachchi M, Warnakulasuriya S. Betel-quid chewing with or without tobacco is a major risk factor for oral potentially malignant disorders in Sri Lanka: A case-control study. Oral Oncol. 2010;46(4):297-301.
7. Antunes JL, Toporcov TN, Biazevic MG, Boing AF, Scully C, Petti S. Joint and independent effects of alcohol drinking and tobacco smoking on oral cancer: A large case-control study. PLoS One. 2013;8(7):e68132.
8. Antunes JLF, Chinem BPR, Toporcov TN, Tomita NE. Epidemiologia do câncer bucal. In: Abrahão M. Câncer de Boca. São Paulo: AC Camargo; 2015.
9. Avelar RL, et al. Granuloma piogênico oral: um estudo epidemiológico de 191 casos. RGO. 2008;56(2):131-6.
10. Barros SG, Lima MG, Medina MG. Regional inequities in access to oral cancer diagnosis and treatment in Brazil. Rev Saude Publica. 2021; 55:46.
11. Batista OM, Pereira ER, Melo RC, Prado FO, Santos SS, Passos ADC. Racial inequalities in access to health services and cancer outcomes in Brazil: integrative review. Cien Saude Colet. 2022;27(4):1459-72.
12. Bouquot J. Common oral lesions found during a mass screening examination. J Am Dent Assoc. 1986;112(1):50-7.
13. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality

- worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024 May-Jun;74(3):229-263.
14. Chiliti BA, Campos WG, Gallo CB, Lemos CA. Oral cancer analysis in a Brazilian city: interval between diagnosis and treatment. *Braz Oral Res*. 2022 May 2;36:e073. doi: 10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0073.
 15. Chuang SC, Lee YC, Hsu MT. Advances in the diagnosis and management of oral potentially malignant disorders. *Oral Dis*. 2023;29(1):102-13.
 16. Costa RL, et al. Doenças periodontais e sua prevalência em uma população brasileira. *Rev Bras Odontol*. 2017;68(3):227-34.
 17. Dutra KL, Longo L, Grando LJ, Rivero ER. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10-year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2019; 85:399-407.
 18. Eveson JW, Auclair PL. Tumors of the Salivary Glands. *AFIP Atlas of Tumor Pathology*. 4th series. Washington, DC: ARP Press; 2005.
 19. Fernandes JP, Brandão VSG, Lima AAS. Prevalência de lesões cancerizáveis bucais em indivíduos portadores de alcoolismo. *Rev Bras Cancerol*. 2008;54(3):239-44.
 20. Ferreira Antunes JL, Toporcov TN, de Carvalho MB, Wünsch-Filho V. Survival analysis of patients with tongue and mouth cancer: a 30-year follow-up. *Oral Dis*. 2020;26(1):203-11.
 21. Ferreira MF, Costa AR, Silva RA. Lesões benignas da mucosa oral: uma revisão. *Rev Bras Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2021;21(3):198-205.
 22. Figueiredo AP, Oliveira LM, Rocha PM. Cistos odontogênicos: características clínicas e radiográficas. *Rev Patol Oral Cir Bucal*. 2022;27(1):44-52.
 23. Francischetto MFM, Gomes FCG, Rocha PLOM, Calvo AFB, Floriano I, Tedesco TK, Imparato JCP, Gimenez T. Prevalence of oral mucocele in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *Res Soc Dev*. 2022;11(10):e458111032933.
 24. Fundação Oncocentro de São Paulo. Registro Hospitalar de Câncer de São Paulo: análise dos dados e indicadores de qualidade. 2019 [acesso em 8 set 2020]. Disponível em: http://www.fosp.saude.sp.gov.br/epidemiologia/docs/Dados_de_Cancer.pdf

25. Gomes APN, Alves FA, Kowalski LP. Low socioeconomic status is a predictor of advanced oral cancer stage. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2017;124(3):234-40.
26. Gonçalves LS, Silva JS, Santos MM. Hiperplasia fibrosa focal e inflamatória: diagnóstico e tratamento. *J Oral Med Pathol*. 2021;29(4):365-71.
27. Gupta B, Johnson NW, Kumar N. Global epidemiology of head and neck cancers: A continuing challenge. *Oncology*. 2016;91(1):13-23.
28. Hipólito RA, Martins CR. Prevalence of oral mucosal alterations in Brazilian adolescents held in two juvenile re-education centers. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15:3233-43.
29. INCA. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2023 [acesso em 18 fev 2025]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al>. Acesso em: 16 ago. 2025.
31. International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Personal Habits and Indoor Combustions. Vol 100E. Lyon: IARC; 2012.
32. Kleinman DV, Swango PA, Pindborg JJ. Epidemiology of oral mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-87. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1994;22(4):243-53.
33. Le Campion ACOV, Ribeiro CMB, Luiz RR, Silva Júnior FF, Barros HCS, Santos KCB, et al. Low Survival Rates of Oral and Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma. *Int J Dent*. 2017; 2017:5815493. doi: 10.1155/2017/5815493.
34. Campion, Anna & Santos, Karine & Santos, Vanessa & Ferreira, Stefânia & Cavalcante, Jairo & Silva, Larissa & Franco, Aurea & Ferreira, Sonia. (2017). Can the epidemiological profile influence the clinical characteristics and malignancy of oral and oropharyngeal carcinomas?. *Revistas*. 74. 261. 10.18363/rbo.v74n4.p.261.
35. LE CAMPION, Anna Carolina Omena Vasconcellos; SANTOS, Karine de Cássia Batista dos; CARMO, Elisandra Silva do; SILVA JÚNIOR, Francisco

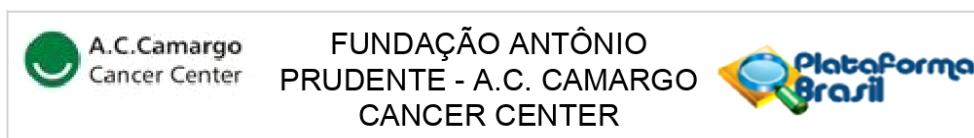
- Feliciano da; PEIXOTO, Fernanda Braga; RIBEIRO, Camila Maria Beder; et al. Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. 2016. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020004>.
36. Lima GA, Costa SM, Carvalho FL. Granuloma piogênico oral: aspectos clínicos e terapêuticos. Rev Odontol Univ São Paulo. 2020;34(2):112-9.
 37. Lima JS, et al. Candidíase oral: diagnóstico e tratamento em pacientes imunocomprometidos. Rev Odontol Clín. 2021;52(4):91-7.
 38. Lima-Verde-Osterne R, Turatti E, Cordeiro-Teixeira R, Barroso-Cavalcante R. The relative frequency of odontogenic tumors: a study of 376 cases in a Brazilian population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017;22(2):e193-200.
 39. Lo EY, Yam JY, Leung LH. Tobacco and alcohol use as risk factors in the malignant transformation of oral potentially malignant disorders. Oral Oncol. 2022; 130:105874.
 40. Machado PD, et al. Carcinoma espinocelular oral: prevalência e fatores de risco. Rev Patol Oral. 2020;34(5):123-9.
 41. Martinez AG. Importância da epidemiologia odontológica para o controle das doenças bucais. Arq Odontol. 2018;30(6):147-52.
 42. Martins MT, Fernandes MA, Almeida LF. Ameloblastoma: uma revisão das opções de tratamento. Rev Bras Odontol. 2021;78(2):159-66.
 43. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. CA Cancer J Clin. 2002;52(4):195-215.
 44. Pannone G, Santoro A, Russo L. Molecular and clinical insights into oral potentially malignant disorders. J Clin Med. 2020;9(10):3241.
 45. Patil PB, Bathi R, Chaudhari S. Prevalence of oral mucosal lesions in dental patients. J Indian Acad Oral Med Radiol. 2013;25(4):296-301.
 46. Pereira MAD, Silva LM, Garcia NG. Prevalência de lesões bucais em crianças e adolescentes. Rev Odontol Bras Central. 2021;30(89):162-70.
 47. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
 48. Petersen PE, Ogawa H. The global burden of oral diseases: Lessons learned from a global oral health programme. Bull World Health Organ. 2018;96(12):829-39.

49. Petersen PE. Oral cancer prevention and control – the approach of the World Health Organization. *Oral Oncol.* 2009; 45:454-60.
50. Petersen PE. Strengthening the prevention of oral cancer: The WHO perspective. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(6):397-9.
51. Pucca GA Jr, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FC. Ten years of a national oral health policy in Brazil: Innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res.* 2015;94(10):1333-7.
52. Radoi L, Luce D. A review of risk factors for oral cavity cancer: the importance of a standardized case definition. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41(2):97-109.
53. Ramos CA, Souza DP, Costa MD. Hiperplasia fibrosa na mucosa oral: causas e tratamento. *Odontol Clín Pesqui.* 2019;22(5):602-7.
54. Ribeiro JL, Anbinder AL. Granulomas piogênicos orais: prevalência, classificação e estudo imuno-histoquímico [dissertação]. São Paulo: UNESP; 2025 [acesso em 20 fev 2025]. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/entities/publication/d5bb5fc6-3292-470a-ae21-cd63b2536378>
55. Rivera C, Jones-Herrera C, Vargas P, Venegas B, Droguett D. Oral diseases: a 14-year experience of a Chilean institution with a systematic review from eight countries. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017;22(3):e297-306.
56. Rivera C. Essentials of oral cancer. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015;8(9):11884-94.
57. Ryu JA, Han SK, Lee DW. Current trends in the treatment of oral potentially malignant disorders: a review of recent literature. *J Craniomaxillofac Surg.* 2021;49(6):501-8.
58. SANTOS, Natália & RODRIGUES, Amanda & FERRI, Camila & LIMA, Taiane & Laureano, Natalia & Rados, Pantelis & Carrard, Vinicius & Hildebrand, Laura & Visioli, Fernanda. (2024). Temporal epidemiological profile of oral potentially malignant disorders in southern Brazil. *Brazilian Oral Research.* 38. 10.1590/1807-3107bor-2024.vol38.0132.
59. Santos CRR, Nascimento SFF, Ferreira F, de Andrade LMR, de Souza CDF. Epidemiological profile of oral and oropharyngeal cancer in Brazil: a temporal trend analysis. *BMC Oral Health.* 2021;21(1):66.

60. Shield KD, Ferlay J, Jemal A, Sankaranarayanan R, Chaturvedi AK, Bray F, Soerjomataram I. The global incidence of lip, oral cavity, and pharyngeal cancers by subsite in 2012. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(1):51-64.
61. Silva AC, et al. Estudos epidemiológicos e a saúde bucal coletiva. *Odontol Preventiva*. 2020;28(4):215-23.
62. Silva NN da, Favacho VBC, Boska G de A, Andrade E da C, Mercês NP das, Oliveira MAF de. Access of the black population to health services: integrative review. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2020;73(4):e20180834. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>.
63. Silva LP, Leite RB, Sobral APV, Arruda JÁ, Oliveira LV, Noronha MS, et al. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(7):1586-90.
64. Silva LVO, Bonan PRF, Abreu MHNG, Freire ARS, Almeida OP, Souza LN, et al. Oral and maxillofacial lesions in elderly Brazilians: a 10-year retrospective study. *Gerodontology*. 2017;34(4):405-10.
65. Silva PM, Pereira FG, Lima AM. Displasia fibrosa mandibular: diagnóstico e tratamento. *J Clin Oral Surg*. 2023;30(1):15-21.
66. Souza LB, Gordón-Núñez MA, Nonaka CW, Medeiros MC, Torres TF, Emiliano GBG. Odontogenic cysts: demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15(4):e583-90.
67. Speight PM, Barrett AW. Salivary gland tumours. *Oral Dis*. 2002;8(5):229-40.
68. Viana RL, et al. Papilomas orais: um estudo de caso e revisão de literatura. *Rev Bras Odontol*. 2018;61(2):45-50.
69. Warnakulasuriya S, Kujan O, Aguirre-Urizar JM, Bagan JV, González-Moles MÁ, Kerr AR, et al. Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar. *Oral Dis*. 2021;27(4):803-20.
70. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol*. 2020; 102:104551.
71. Warnakulasuriya S. Living with oral cancer: Epidemiology with particular reference to prevalence and lifestyle changes that influence survival. *Oral Oncol*. 2010; 46:407-10.

ANEXOS

7 Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – A.C. Camargo Cancer Center



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do perfil epidemiológico das lesões orais em um centro de referência em estomatologia no município de Alagoas.

Pesquisador: Fábio de Abreu Alves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59357622.0.0000.5432

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.491.290

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos itens "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa", "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1952473.pdf", postado em 06/06/2022.

Introdução:

Independentemente da especialidade a que se dedica, o exame clínico da cavidade oral é de inteira responsabilidade do cirurgião-dentista. A odontologia, como ciência e profissão de saúde, não se restringindo apenas ao cuidado dos dentes e de suas estruturas de suporte, enquadra-se atualmente na área de prevenção e diagnóstico de doenças da mucosa oral¹. Esse progresso evidente da prática odontológica que, segundo o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), contribui para que se atinja perfeito bem-estar psicossomático e social, a partir de uma preocupação maior, por parte do cirurgião-dentista, com a saúde bucal de seus pacientes e, principalmente, a partir de estudos epidemiológicos². A epidemiologia estuda na população a ocorrência, distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde. Além disso, são de grande valia na prática odontológica, pois auxiliam os profissionais na elaboração de hipóteses diagnósticas, fornecendo-lhes dados sobre a prevalência de alterações e doenças, permitindo-lhes então estimar a possibilidade de encontrá-las na sua prática clínica³. Os estudos de prevalência realizados a nível mundial e no Brasil, particularmente ligados a problemas

Endereço: Rua Professor Antonio Prudente, 211 º Liberdade º Atrium - Subsolo
Bairro: Liberdade **CEP:** 01.509-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 **Fax:** (11)2189-5020 **E-mail:** cep_accamargo@accamargo.org.br



FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 5.491.290

buciais de saúde pública, incidem em sua maioria sobre crianças e a cárie dental, a periodontopatias, à oclusão e aos distúrbios de desenvolvimento dentais^{4,5}. Estudos epidemiológicos transversais, geralmente provenientes de levantamentos clínicos em faculdades de odontologia, hospitais e serviços de patologia bucal, envolvem a prevalência de alterações encontradas em curtos períodos e populações específicas, portanto, estes trabalhos não refletem como um todo os aspectos epidemiológicos das alterações bucais na população total^{4,5}. Processos patológicos diversos, como doenças infecciosas, inflamatórias, imunológicas, alérgicas, sistêmicas e ainda lesões traumáticas, acometem frequentemente a boca, caracterizando estas, um vasto grupo de lesões benignas, em sua maioria. Além destas previamente citadas, lesões de caráter potencialmente maligno e o câncer bucal também são observados e considerados um grave problema de saúde pública^{2,6,7}. Segundo o INCA (Instituto Nacional de Câncer) para o triênio de 2020-2022, serão mais de 625 mil novos casos de câncer, sendo o tumor de próstata o mais frequente nos homens e nas mulheres o tumor de mama⁸. Já o câncer de boca será o 5º tumor mais comum na população brasileira, com uma média estimada de aproximadamente 15.000 novos casos por ano, o que corresponderá a um risco estimado de 14 novos casos a cada 100 mil habitantes. Para o Estado de São Paulo, os dados disponíveis pelo Registro Hospitalar de Câncer do Estado apontaram que as neoplasias malignas de boca e orofaringe representam o 3º tumor mais comum em homens no estado⁹. O carcinoma espinocelular (CEC) é a neoplasia maligna de maior prevalência entre todos os tipos de câncer de boca. Esta neoplasia afeta principalmente homens de idade avançada que fazem uso frequente de bebidas alcoólicas, cigarro e que se expuseram a radiação solar sem proteção adequada por longos períodos da vida. Além destes, a etiologia do câncer bucal tem sido associada também a fatores dietéticos, viroses e a predisposição genética¹⁰. Um estudo realizado por Silva et al. 2017, o qual avaliou a presença de lesões orais e maxilofaciais em 7259 pacientes idosos na população brasileira através de um estudo multicêntrico, foi possível observar uma maior prevalência de lesões orais em pacientes do sexo feminino (59,4%), brancas (61,3%) e com lesões de origem reacional e/ou inflamatória, seguido do carcinoma espinocelular (83,4%), evidenciando uma atenção quanto ao cuidado com a saúde bucal de idosos quando relacionados ao hábito do tabagismo e próteses mal adaptadas¹¹. Outro estudo recente realizado por Albuquerque et al. 2021, o qual avaliou 77.074 casos de lesões orais, a fim de verificar a prevalência de lesões pigmentadas em dois serviços de patologia bucal no Brasil no período de 1974 e 2019, observou que aproximadamente 1% do total das lesões orais analisadas eram pigmentadas, principalmente em mulheres (73,2%), sendo a mais comum a tatuagem por amalgama (53,6%), dentre as lesões

Endereço: Rua Professor Antonio Prudente, 211 º Liberdade º Atrium - Subsolo
Bairro: Liberdade **CEP:** 01.509-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 **Fax:** (11)2189-5020 **E-mail:** cep_accamargo@accamargo.org.br



FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 5.491.290

benignas, e o melanoma (2,1%), dentre as lesões malignas. Com isso, a partir deste estudo, os autores puderam comparar e assumir que os resultados encontrados são semelhantes a outros estudos da literatura em populações distintas¹². Com isso, percebe-se que a epidemiologia é de fundamental importância na caracterização de determinada patologia, desde o diagnóstico de uma simples lesão de cárie a descoberta de inúmeros fatores associados a outros tipos de doenças em cavidade oral, como o carcinoma espinocelular (CEC) ou até mesmo melanoma.

Hipótese

A principal hipótese do estudo é que, com o levantamento destes dados, poderemos definir padrões associados a maior prevalência de determinadas lesões orais na população estudada.

MATERIAL E MÉTODOS

Após a aprovação deste projeto de pesquisa pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) do A.C. Camargo Cancer Center, será realizada a seleção e avaliação dos prontuários dos pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Luiz França Canuto, localizado no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho, em Maceió - Alagoas.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo retrospectivo que avaliará cerca de 5.000 (cinco mil) prontuários de pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Luiz França Canuto, localizado no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho, em Maceió – Alagoas, durante o período de 2007 a 2021. Dados sócio demográficos como idade, sexo, grau de instrução, procedência (interior do estado ou capital), estado civil e raça/cor serão avaliados. Além dos dados clinicopatológicos como: tipo de lesão oral (se benigna ou maligna, inflamatória, imunomediada, infecciosa, entre outros), localização, tamanho e diagnóstico final por parte da análise histológica também serão avaliados. Adicionalmente, será calculada a sobrevida global de pacientes com diagnóstico de neoplasias malignas da boca, obtida através da diferença entre a data do diagnóstico (dia, mês e ano) e a data do óbito (dia, mês e ano) ou final do follow up, utilizando para fins de análise estatística a quantidade de meses entre essas datas. Da mesma forma, será calculada a sobrevida livre de doença através da diferença entre a data do início do tratamento (dia, mês e ano) e a data da recidiva local, progressão de doença ou desfecho do follow up (dia, mês e ano) de pacientes com diagnóstico de neoplasias malignas da boca. Os dados serão coletados a partir dos prontuários dos pacientes e inseridos em formulário na plataforma de gerenciamento de dados

Endereço: Rua Professor Antonio Prudente, 211 º Liberdade º Atrium - Subsolo

Bairro: Liberdade

CEP: 01.509-900

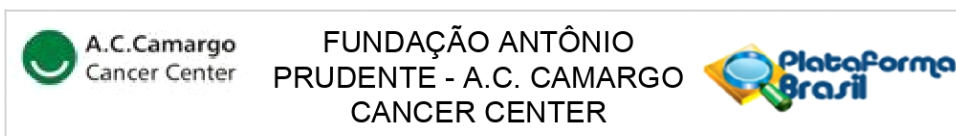
UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2189-5020

Fax: (11)2189-5020

E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



Continuação do Parecer: 5.491.290

Research Electronic Data Capture (REDCap®).

SELEÇÕES DOS PRONTUÁRIOS

Serão avaliados prontuários de pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Luiz França Canuto, localizado no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho, em Maceió – Alagoas, durante o período de 2007 a 2021.

Critério de Inclusão:

- Maiores de 18 anos
- Pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Luiz França Canuto, localizado no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho, em Maceió – Alagoas

Critério de Exclusão:

Serão excluídos prontuários de pacientes com impossibilidade de acesso ou incompletos (>30% das informações sociodemográficas e clinicopatológicas).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o perfil epidemiológico das lesões orais em um centro de referência em estomatologia no município de Alagoas.

Objetivo Secundário:

- Definir o perfil epidemiológico das lesões orais em um centro de referência em estomatologia no município de Alagoas.
- Comparar a prevalência destas lesões no município de Alagoas com demais centros de referência, a partir de estudos encontrados na literatura.
- Identificar possíveis alterações significativas que podem estar relacionadas as lesões mais prevalentes na população estudada.
- Avaliar a sobrevida de pacientes com diagnóstico de lesões malignas em boca.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo acarreta riscos mínimos para seus participantes visto que o levantamento retrospectivo dos dados é oriundo de prontuários médicos, não havendo intervenções. Entretanto, os pesquisadores envolvidos se comprometem com a confidencialidade dos dados, buscando

Endereço: Rua Professor Antonio Prudente, 211 º Liberdade º Atrium - Subsolo
Bairro: Liberdade **CEP:** 01.509-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 **Fax:** (11)2189-5020 **E-mail:** cep_accamargo@accamargo.org.br



FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 5.491.290

minimizar

riscos de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual que possam afetar os participantes da pesquisa.

Benefícios:

Definir padrões associados a maior prevalência de determinadas lesões orais na população estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de estudo original de doutorado, com o objetivo de avaliar o perfil epidemiológico das lesões orais em um centro de referência em estomatologia no município de Alagoas. Este é um estudo retrospectivo que avaliará cerca de 5.000 (cinco mil) prontuários de pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Luiz França Canuto, localizado no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho, em Maceió – Alagoas, durante o período de 2007 a 2021. Dados sócio demográficos como idade, sexo, grau de instrução, procedência (interior do estado ou capital), estado civil e raça/cor serão avaliados. Além dos dados clinicopatológicos como: tipo de lesão oral (se benigna ou maligna, inflamatória, imunomediada, infecciosa, entre outros), localização, tamanho e diagnóstico final por parte da análise histológica também serão avaliados. Com isso, será possível observar a importância da caracterização de determinada(s) patologia(s) na população estudada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto em referência (registro CEP nº. 3237/22) será desenvolvido por Matheus Henrique Alves de Lima, aluno de Doutorado.

NOTA: Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas ao CEP

Endereço: Rua Professor Antonio Prudente, 211 º Liberdade º Atrium - Subsolo
Bairro: Liberdade **CEP:** 01.509-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 **Fax:** (11)2189-5020 **E-mail:** cep_accamargo@accamargo.org.br



**FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER**



Continuação do Parecer: 5.491.290

dentro de 06 meses a partir desta data em relatório (modelo CEP).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1952473.pdf	06/06/2022 12:19:52		Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	06/06/2022 12:19:11	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Maceio.docx	20/05/2022 16:53:12	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Maceio.pdf	20/05/2022 16:52:57	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Outros	Formulario_CEP.pdf	20/05/2022 16:49:52	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_dispenza.pdf	20/05/2022 16:48:30	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Declaracao_TCLE.pdf	20/05/2022 16:48:21	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Outros	Declaracao_publi_de_Dados.pdf	20/05/2022 16:47:57	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_ciencia.pdf	20/05/2022 16:47:18	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Outros	Docs_CEP_Scan.docx	20/05/2022 16:43:31	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Outros	Docs_CEP_Scan.pdf	20/05/2022 16:43:02	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Maceio.docx	20/05/2022 16:42:25	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Maceio.pdf	20/05/2022 16:42:17	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Orçamento	Orcamento_financeiro.docx	20/05/2022	Matheus Henrique	Aceito

Endereço: Rua Professor Antonio Prudente, 211 º, Liberdade º, Atrium - Subsolo

Bairro: Liberdade

CEP: 01.509-900

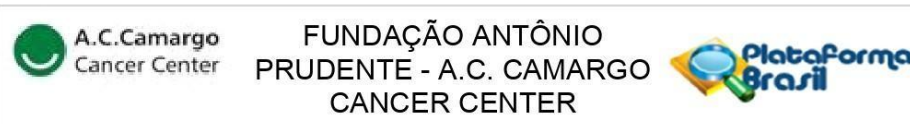
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2189-5020

Fax: (11)2189-5020

E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



Continuação do Parecer: 5.491.290

Orçamento	Orcamento_financeiro.docx	16:41:43	Alves de Lima	Aceito
Orçamento	Orcamento_financeiro.pdf	20/05/2022 16:41:26	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_ciencia_maceio.pdf	20/05/2022 16:39:50	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisador_2.pdf	20/05/2022 16:37:06	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisador.pdf	20/05/2022 16:36:55	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infra.pdf	20/05/2022 16:36:34	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Cronograma	Cronograma_PhD_Maceio.docx	20/05/2022 16:36:00	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Cronograma	Cronograma_PhD_Maceio.pdf	20/05/2022 16:35:47	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

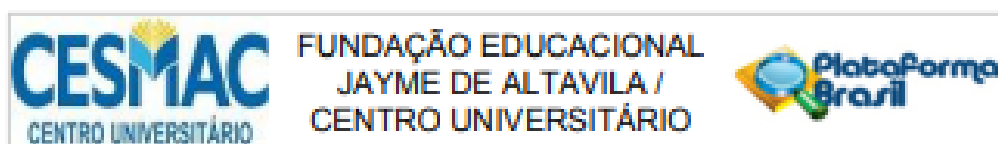
Não

SAO PAULO, 27 de Junho de 2022

Assinado por:
Sandra Caires Serrano
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Professor Antonio Prudente, 211 º Liberdade º Atrium - Subsolo
Bairro: Liberdade **CEP:** 01.509-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 **Fax:** (11)2189-5020 **E-mail:** cep_accamargo@accamargo.org.br

8 Anexo B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Centro Universitário Cesmac



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do perfil epidemiológico das lesões orais em um centro de referência em estomatologia no município de Alagoas.

Pesquisador: Fábio de Abreu Alves

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 59357622.0.3001.0039

Instituição Proponente: Centro Universitário Cesmac

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

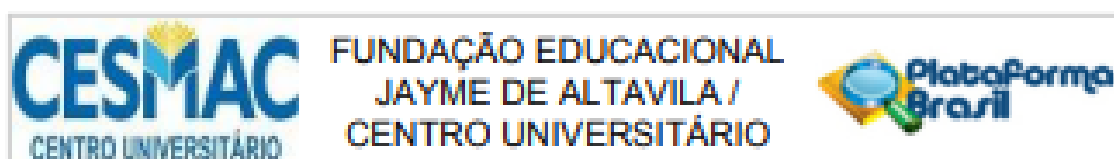
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.587.915

Apresentação do Projeto:

Independentemente da especialidade a que se dedica, o exame clínico da cavidade oral é de inteira responsabilidade do cirurgião-dentista. Esse progresso evidente da prática odontológica que, segundo o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), contribui para que se atinja o perfeito bem-estar psicossomático e social. A epidemiologia estuda na população a ocorrência, distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde. Além disso, são de grande valia na prática odontológica, pois auxiliam os profissionais na elaboração de hipóteses diagnósticas, fornecendo-lhes dados sobre a prevalência de alterações e doenças, permitindo-lhes então estimar a possibilidade de encontrá-las na sua prática clínica. O objetivo do presente estudo é avaliar o perfil epidemiológico das lesões orais em um centro de referência em estomatologia no município de Alagoas. Trata-se de um estudo retrospectivo que avaliará cerca de 5.000 (cinco mil) prontuários de pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Luiz França Canuto, localizado no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho, em Maceió – Alagoas, durante o período de 2007 a 2021. Dados sócio demográficos como idade, sexo, grau de instrução, procedência (interior do estado ou capital), estado civil e raça/cor serão avaliados. Além dos dados clinicopatológicos como: tipo de lesão oral (se benigna ou maligna, inflamatória, imunomediada, infecciosa, entre outros), localização, tamanho e diagnóstico final por parte da análise histológica também serão avaliados. Com isso, será possível observar a importância da caracterização de

Endereço: Rua Cônego Machado nº 564, Campus I, Ed. Eduardo Almeida
Bairro: Farol **CEP:** 57.051-160
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (32)3215-5262 **Fax:** (32)3215-5262 **E-mail:** ccepe.cesmac@cesmac.edu.br



Continuação do Parecer: 6.587.815

determinada(s) patologia(s) na população estudada. Trata-se de um estudo retrospectivo que avaliará cerca de 5.000 (cinco mil) prontuários de pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Luiz França Canuto, localizado no Posto de

Atendimento Médico (PAM) Salgadinho, em Maceió – Alagoas, durante o período de 2007 a 2021. Serão avaliados prontuários de pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Luiz França Canuto, localizado no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho, em Maceió – Alagoas, durante o período de 2007 a 2021. Critérios de inclusão: Maiores de 18 anos; Pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Luiz França Canuto, localizado no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho, em Maceió – Alagoas. Critérios de exclusão: Serão excluídos prontuários de pacientes com impossibilidade de acesso ou incompletos (>30% das informações sociodemográficas e clinicopatológicas). Análise estatística: Os dados serão analisados através do software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 25.0 adotando uma confiança de 95%.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL

Avaliar o perfil epidemiológico das lesões orais em um centro de referência em estomatologia no município de Alagoas.

ESPECÍFICOS

- Definir o perfil epidemiológico das lesões orais em um centro de referência em estomatologia no município de Alagoas.
- Comparar a prevalência destas lesões no município de Alagoas com demais centros de referência, a partir de estudos encontrados na literatura.
- Identificar possíveis alterações significativas que podem estar relacionadas as lesões mais prevalentes na população estudada.
- Avaliar a sobrevida de pacientes com diagnóstico de lesões malignas em boca.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo acarreta riscos mínimos para seus participantes visto que o levantamento retrospectivo dos dados é oriundo de prontuários médicos, não havendo intervenções. Bem como, o risco de quebra de sigilo dos dados. Entretanto, os pesquisadores envolvidos se comprometem com a confidencialidade dos dados, buscando minimizar riscos de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual que possam afetar os participantes da pesquisa.

Endereço: Rua Cícero Machado nº 984, Campus I, Ed. Eduardo Almeida
 Bairro: Farol CEP: 57.051-160
 UF: AL Município: MACEIO
 Telefone: (82)3215-5062 Fax: (82)3215-5262 E-mail: coepei.cesmac@cesmac.edu.br



FUNDAÇÃO EDUCACIONAL
JAYME DE ALTAVILA /
CENTRO UNIVERSITÁRIO



Continuação do Parecer: 6.587.615

Benefícios:

Definir padrões associados a maior prevalência de determinadas lesões orais na população estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem óbices éticos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ilmo. (a) Pesquisador (a) Fábio de Abreu Alves, lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12:

O indivíduo tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;

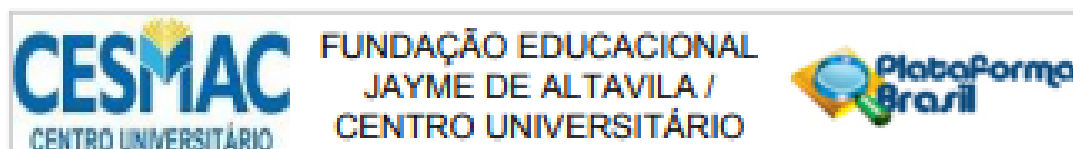
V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovado do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo

Endereço: Rua Cônego Machado nº 984, Campus I, Ed. Eduardo Almeida
Bairro: Farol CEP: 57.051-160
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3215-5262 Fax: (82)3215-5262 E-mail: cospe.cesmac@cesmac.edu.br



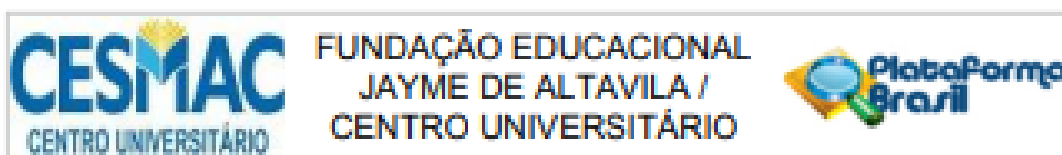
Continuação do Parecer: 6.587.915

Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1973458.pdf	11/12/2023 19:52:09		Aceito
Outros	Declaracao_dados.pdf	11/12/2023 19:40:58	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Outros	Carta_resposta_2.pdf	11/12/2023 19:38:36	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infra_pam.pdf	11/12/2023 19:36:32	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_ciencia_maceio2022.docx	26/09/2023 16:06:18	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Corrigido_CEPMaceio.docx	26/09/2023 16:02:51	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Outros	Autorizacao_infra_CEPMaceio.docx	26/09/2023 16:02:21	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Outros	CartaResposta_CEPMaceio.doc	26/09/2023 16:01:06	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Cronograma	Cronograma_corrigido_CEPMaceio.docx	26/09/2023 16:00:39	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Maceio.docx	20/05/2022 16:53:12	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Maceio.pdf	20/05/2022 16:52:57	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Outros	Formulario_CEP.pdf	20/05/2022 16:49:52	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_dispena.pdf	20/05/2022 16:48:30	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Declaracao_TCLE.pdf	20/05/2022 16:48:21	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito

Endereço: Rua Cônego Machado nº 984, Campus I, Ed. Eduardo Almeida
 Bairro: Farol CEP: 57.051-160
 UF: AL Município: MACEIO
 Telefone: (82)3215-5062 Fax: (82)3215-5262 E-mail: coepe.cesmac@cesmac.edu.br



Continuação do Parecer: 6.587.015

Ausência	Declaracao_TCLE.pdf	20/05/2022 16:48:21	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Outros	Declaracao_publica_de_Dados.pdf	20/05/2022 16:47:57	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Outros	Docs_CEP_Scan.docx	20/05/2022 16:43:31	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
Outros	Docs_CEP_Scan.pdf	20/05/2022 16:43:02	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Maceio.docx	20/05/2022 16:42:25	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Maceio.pdf	20/05/2022 16:42:17	Matheus Henrique Alves de Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 18 de Dezembro de 2023

Assinado por:

Ivanilda Miciela da Silva Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cônego Machado nº 984, Campus I, Ed. Eduardo Almeida
Bairro: Farol CEP: 57.051-160
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3215-5062 Fax: (82)3215-5262 E-mail: conep.cesmac@cesmac.edu.br

APÊNDICES

9 Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido-o a participar da pesquisa:

10 Avaliação do perfil epidemiológico das lesões orais em um centro de referência em estomatologia no município de Alagoas.

Objetivo: O(a) Sr(a) está sendo convidado a participar deste estudo que tem como objetivo avaliar e classificar as doenças de boca em pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas em Estomatologia – Dr. Luiz França Canuto, no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho.

Justificativa: Este estudo estima contribuir com a caracterização das doenças de boca em pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas em Estomatologia – Dr. Luiz França Canuto, no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho. Assim como determinar a prevalência dessas lesões, identificar fatores de risco para seu surgimento, correlacionar os graus de severidade com a sobrevida e tempo livre de doença. Com estes achados é esperada a ampliação do conhecimento sobre a epidemiologia (características) destas doenças de boca, podendo colaborar para um diagnóstico mais preciso e manejo adequado, visando a otimização do cuidado do paciente.

Procedimento: Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, será realizado o preenchimento de um formulário, o qual será preenchido com informações contidas no seu prontuário. Serão levantados dados como idade, sexo, escolaridade, estado civil e raça/cor, assim como dados clinicopatológicos como tipo de doença de boca, localização, tempo de evolução, se lesão maligna, serão coletadas informações quanto ao sítio primário e TNM (tamanho do tumor, acometimento linfonodal e presença/ausência de metástases).

Desconforto ou riscos: Este estudo acarreta riscos mínimos para seus participantes visto que o levantamento retrospectivo dos dados é oriundo de prontuários médicos, não havendo intervenções. Entretanto, os pesquisadores envolvidos se comprometem com a confidencialidade dos dados, buscando minimizar riscos de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual que possam afetar os participantes da pesquisa.

Danos relacionados à pesquisa: Todos os participantes da pesquisa terão direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos ou indiretos, imediatos ou tardios, pelo tempo que for necessário. Podendo buscar devida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Custos e ressarcimento: Não haverá despesas relacionadas a participação no estudo e todas as despesas tidas com a pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador responsável. O participante da pesquisa e seu acompanhante não arcarão com nenhum custo referente aos procedimentos e/ou exames do estudo.

Benefícios: O projeto não apresenta benefícios diretos aos pacientes envolvidos, uma vez que, trata-se de uma pesquisa retrospectiva, sem intervenção ou aplicação direta dos resultados obtidos nos participantes envolvidos. Sua participação não será paga, não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir e retirar seu consentimento. Os resultados desta pesquisa auxiliarão na compreensão com a caracterização das doenças de boca em pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas em Estomatologia – Dr. Luiz França Canuto, no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho.

Ficha de coleta e privacidade: Os dados serão coletados a partir dos prontuários dos pacientes e inseridos em formulário na plataforma de gerenciamento de dados *Research Electronic Data Capture* (REDCap®). Esta ficará sob responsabilidade dos pesquisadores, com a garantia de que haverá sigilo quanto a sua identidade. Os resultados obtidos ficarão sob a responsabilidade do Departamento de Estomatologia do A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo, aos cuidados dos pesquisadores, e serão utilizados como dados de pesquisa, podendo vir a serem divulgados em artigos e/ou congressos, resguardando-se sempre o sigilo quanto à sua identificação. Serão utilizados códigos de identificação dos participantes, ao invés de dados pessoais como: seu nome ou demais dados. A sua participação neste estudo é voluntária, tendo o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento. Sua recusa ou desistência não irá prejudicá-lo e/ou alterar tratamentos necessários.

Dúvidas: Qualquer dúvida, pergunte quantas vezes necessário, e o(a) sr(a) será esclarecido em qualquer momento da pesquisa. Você poderá entrar em contato com o pesquisador Matheus Henrique Alves de Lima, telefone (082) 99109-9210.

Se o pesquisador não fornecer as informações/esclarecimentos suficientes, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antônio Prudente – A.C.Camargo Cancer Center: telefone (11) 2189-5000, ramal 5020 de segunda-feira à quinta-feira das 8 horas às 18 horas e sexta-feira das 8 horas às 17 horas, endereço: Rua Prof Antônio Prudente, 211, São Paulo, email: cep_accamargo@accamargo.org.br.

Abandono: Caso não deseje participar da pesquisa ou queira retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, poderá fazê-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou punição.

Resultado: O(a) Sr(a). poderá ter acesso aos resultados provenientes das análises das suas amostras, caso seja do seu interesse. O resultado obtido da pesquisa não alterará em nada o tratamento e/ou seguimento do(a) Sr(a).

Eu, _____, RG número _____, abaixo assinado, declaro que consinto participar no trabalho intitulado “**AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS LESÕES ORAIS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ESTOMATOLOGIA NO MUNICÍPIO DE ALAGOAS**” e declaro que fui satisfatoriamente esclarecido e que estou livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa sem que isso implique em prejuízo ao meu tratamento e que não preciso apresentar justificativas para isso. Sei também de todas as informações por mim fornecidas e os resultados obtidos na pesquisa só serão utilizados para divulgação científica em reuniões e revistas científicas. Serei informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato desses poderem mudar meu consentimento em participar da pesquisa. Concordo também em responder às questões contidas no formulário que me foi apresentado. Assim, concordo em participar da pesquisa em questão.

Declaro ainda que assinei duas vias originais do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que uma via original me foi entregue também assinada pelo pesquisador responsável. A segunda via original será arquivada pelo pesquisador em seu arquivo de pesquisa.

Maceió, AL, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Este formulário foi lido enquanto eu estava presente.

Nome da testemunha: _____ Assinatura
