

## Sobrevida e fatores relacionados ao óbito de pacientes com câncer de cabeça em pescoço

Survival and factors related to death of patients with head and neck cancer

Supervivencia y factores relacionados con la muerte de pacientes con cáncer de cabeza y cuello

Recebido: 07/06/2022 | Revisado: 19/06/2022 | Aceito: 24/06/2022 | Publicado: 05/07/2022

### **Claudiane Mahl**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2021-026X>  
Universidade Federal de Sergipe, Brasil  
E-mail: [claudiane.mahl@academico.ufs.br](mailto:claudiane.mahl@academico.ufs.br)

### **Andreia Centerano Vaez**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1503-0785>  
Universidade Federal de Sergipe, Brasil  
E-mail: [andreiacentenarovaiez@gmail.com](mailto:andreiacentenarovaiez@gmail.com)

### **Carla Kalline Alves Cartaxo Freitas**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7604-9132>  
Universidade Federal de Sergipe, Brasil  
E-mail: [carlakalline@gmail.com](mailto:carlakalline@gmail.com)

### **Simone Yuriko Kameo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0035-2415>  
Universidade Federal de Sergipe, Brasil  
E-mail: [simonekameo@hotmail.com](mailto:simonekameo@hotmail.com)

### **Sara Juliana de Abreu de Vasconcellos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0922-6738>  
Universidade Federal de Sergipe, Brasil  
E-mail: [sarajulianad@yahoo.com.br](mailto:sarajulianad@yahoo.com.br)

### **Beatriz Santana Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8645-0210>  
Universidade Federal de Sergipe, Brasil  
E-mail: [bia.ufs@outlook.com](mailto:bia.ufs@outlook.com)

### **Paulo Ricardo Saquete Martins Filho**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8779-0727>  
Universidade Federal de Sergipe, Brasil  
E-mail: [saqmartins@hotmail.com](mailto:saqmartins@hotmail.com)

### **Resumo**

**Introdução:** O câncer de cabeça e pescoço é considerado um dos cânceres mais agressivos, com baixa sobrevida e impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes. **Objetivos:** Avaliar a sobrevida e os fatores relacionados ao óbito de pacientes com câncer de cabeça e pescoço no Estado de Sergipe. **Métodos:** Estudo longitudinal com pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço no período de agosto de 2017 a junho de 2020. O tamanho amostral mínimo foi estimado em 47 pacientes, baseado em análise de sobrevivência não-paramétrica de uma amostra. Os dados foram examinados quanto a perda de seguimento, outliers, normalidade e linearidade. A sobrevida foi calculada por meio do estimador produto limite Kaplan-Meier, os fatores relacionados ao óbito por regressão de Cox. **Resultados:** Dos 79 pacientes acompanhados, a maioria era homem, média de 55 anos, residentes do interior do estado, baixa renda e escolaridade, tabagistas e diagnosticados com lesões em estágio avançado. A sobrevida global em 12 e 24 meses de acompanhamento foi de 50.6% e 39.4%, respectivamente. O sexo masculino e não possuir companheiro, esteve associado ao óbito. **Conclusão:** Pacientes com câncer de cabeça e pescoço em Sergipe apresentam baixa sobrevida em 24 meses e maior risco de morte entre indivíduos do sexo masculino e solteiros, divorciados e viúvos.

**Palavras-chave:** Câncer de cabeça e pescoço; Sobrevida; Determinação da morte.

### **Abstrat**

**Introduction:** Head and neck cancer is considered one of the most aggressive cancers, with low survival and a negative impact on patients' quality of life. **Objetives:** To evaluate the survival and death-related factors of patients with head and neck cancer in the State of Sergipe. **Methods:** Longitudinal study with patients diagnosed with head and neck cancer from August 2017 to June 2020. The minimum sample size was estimated at 47 patients, based on a non-parametric survival analysis of a sample. Data were examined for loss to follow-up, outliers, normality and linearity. Survival was calculated using the Kaplan-Meier limit product estimator, factors related to death by Cox regression. **Results:** Of the 79 patients followed, most were men, mean age 55 years, residents of the interior of the

state, low income and schooling, smokers and diagnosed with advanced stage injuries. Overall survival at 12 and 24 months of follow-up was 50.6% and 39.4%, respectively. Being male and not having a partner was associated with death. Conclusion: Patients with head and neck cancer in Sergipe have a low 24-month survival and a higher risk of death among male and single, divorced and widowed individuals.

**Keywords:** Head and neck cancer; Survival; Determination of death.

### Resumen

Introducción: El cáncer de cabeza y cuello es considerado uno de los cánceres más agresivos, con baja supervivencia y un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Objetivos: Evaluar los factores relacionados con la supervivencia y la muerte de pacientes con cáncer de cabeza y cuello en el Estado de Sergipe. Estudio longitudinal con pacientes diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello desde agosto de 2017 hasta junio de 2020. El tamaño mínimo de muestra se estimó en 47 pacientes, con base en un análisis de supervivencia no paramétrico de una muestra. Se examinaron los datos en busca de pérdidas durante el seguimiento, valores atípicos, normalidad y linealidad. La supervivencia se calculó mediante el estimador de producto límite de Kaplan-Meier, factores relacionados con la muerte por regresión de Cox. Resultados: De los 79 pacientes seguidos, la mayoría eran hombres, edad promedio 55 años, residentes en el interior del estado, bajos ingresos y escolaridad, fumadores y diagnosticados con lesiones en estadio avanzado. La supervivencia global a los 12 y 24 meses de seguimiento fue del 50,6% y 39,4%, respectivamente. Ser hombre y no tener pareja se asoció con la muerte. Conclusión: Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en Sergipe tienen una baja supervivencia a los 24 meses y un mayor riesgo de muerte entre los hombres y los solteros, divorciados y viudos.

**Palabras clave:** Cáncer de cabeza y cuello; Supervivencia; Determinación de la muerte.

## 1. Introdução

O câncer de cabeça e pescoço é considerado um dos principais problemas para os sistemas de saúde em todo o mundo (Bray et al., 2018). A taxa de mortalidade mundial é de 5.55/100 mil pessoas sendo maior entre os homens (9.95/100 mil). No Brasil, são diagnosticados por ano 22 mil novos casos da doença com uma taxa de mortalidade de aproximadamente seis óbitos por 100 mil habitantes (INCA, 2020).

O perfil da população susceptível ao carcinoma de células escamosas ou espinocelular (CEC), o tipo mais comum do câncer de boca, corresponde a indivíduos com idade superior a 50 anos, sexo masculino, baixa renda e nível de escolaridade, tabagistas, etilistas e residentes em zonas rurais (Da Silva et al., 2020; Martins Filho et al., 2014; Sousa et al. 2016).

Como este tipo de tumor tem um comportamento bastante agressivo, crescimento rápido e metástase cervical geralmente presente, os pacientes acabam por apresentar prognóstico desfavorável, com sobrevida de cinco anos que varia de 30 a 60%, sendo pior em países com maior vulnerabilidade socioeconômica. No Brasil a sobrevida global para câncer de boca é de 32,2% em 5 anos enquanto que nos Estados Unidos este percentual é de 60% (Bonfante et al., 2014; Liao et al., 2019; Moro et al., 2018a; Muller & Viani, 2019).

Assim, considerando as dificuldades enfrentadas pelos pacientes com câncer de cabeça e pescoço durante o processo da descoberta da doença, tratamento e acompanhamento, este artigo buscou avaliar a sobrevida em 12 e 24 meses e identificar os fatores relacionados ao óbito dos indivíduos diagnosticados em Sergipe.

## 2. Metodologia

### 2.1 Desenho do estudo

Realizou-se um estudo longitudinal (Pereira et al., 2018; Robert et al., 2014) de pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço no período de agosto de 2017 a junho de 2020 no setor de oncologia do principal centro de referência de tratamento de câncer em Sergipe.

## 2.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos os pacientes que receberam diagnóstico histopatológico de carcinoma de lábio, cavidade oral, faringe (orofaringe, nasofaringe, hipofaringe), laringe, seios maxilares e glândulas salivares, que foram encaminhados para iniciar preparativos para tratamento oncológico seja ele cirúrgico, radioterápico ou uma combinação destas modalidades terapêuticas com ou sem terapia sistêmica (quimioterapia ou terapia-alvo). Somente os pacientes que ainda não haviam iniciado o tratamento (cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico) foram incluídos.

Foram excluídos os pacientes com problemas/transtornos mentais que interferiam na entrevista, bem como aqueles com história prévia de câncer com recorrências locais ou à distância. Os casos de melanomas e neoplasias malignas de pele da face, pálpebra, couro cabeludo e orelha também foram excluídos do estudo. O estado mental atual foi avaliado através do Miniexame de Estado Mental (Bertolucci et al., 1994).

Foram excluídos ainda, por questões operacionais os pacientes que não possuíam pelo menos dois números de telefone para contato ou que não tinham endereço fixo. Os que não responderam a todos os instrumentos em pelo menos três agendamentos e os pacientes que iniciaram tratamento e que não haviam informado na primeira entrevista.

## 2.3 Recrutamento e Seguimento

O recrutamento dos pacientes foi efetuado a partir de busca ativa dos casos de câncer na região de cabeça e pescoço registrados na agenda do setor e posteriormente nos prontuários médicos e odontológicos da referida instituição no período de agosto de 2017 a março de 2018. O seguimento dos casos ocorreu até junho de 2020.

## 2.4 Tamanho do Estudo

O tamanho amostral mínimo foi estimado em 47 pacientes, baseado em análise de sobrevivência não-paramétrica de uma amostra pelo método de transformação arco seno da raiz da proporção de indivíduos vivos ao final de 24 meses de acompanhamento (Nagashima et al., 2021). Foi considerada uma probabilidade de erro tipo I ( $\alpha$ ) de 5%, um poder de teste ( $1 - \beta$ ) de 80% e uma probabilidade de sobrevivência variando entre 30 e 50%. Considerou-se ainda um acréscimo de 20% na amostra em decorrência de potenciais perdas de seguimento (viés de atrito).

## 2.5 Coleta de dados

A partir de um instrumento elaborado pelos autores, foram coletados dados educacionais, socioeconômicos e demográficos. Para consumo de cigarro e álcool seguiu-se Brouha, et al, 2005 (Brouha et al., 2005). Para a localização do tumor primário, utilizou-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde/Décima Revisão – Código Internacional das Doenças (CID 10), sendo utilizando os códigos de C00 a C14 e C32 (Saúde, 2008). O estadiamento Clínico foi descrito utilizando-se o Sistema TNM, da American Joint Committee on Cancer (AJCC) (Brasil, 2004).

## 2.6 Sobrevida

Para a análise de sobrevida, foram considerados como eventos os óbitos (data do óbito) em decorrência do câncer de cabeça e pescoço ou como consequência direta do tratamento. A data do diagnóstico da doença (liberação do laudo histopatológico) foi definida como o tempo de início de observação para cada indivíduo ( $T_0$ ).

Foram considerados como censura todos os pacientes que não permaneceram vivos até a data final de seguimento. Os casos confirmados como perda de seguimento foram censurados na data referente ao último acompanhamento registrado no prontuário. Os pacientes que foram a óbito por causas não relacionadas ao câncer de cabeça e pescoço ou ao seu

tratamento foram também censurados na data do óbito. A data limite utilizada para esta análise foi de 31 de março de 2020 e as estimativas calculadas para 12 e 24 meses de acompanhamento.

## 2.7 Sistemática da Coleta

Os pacientes foram entrevistados face a face por um assistente de pesquisa treinado para a coleta de dados. A entrevista foi realizada antes do início do tratamento na sala de espera do ambulatório, do setor de quimioterapia, radioterapia ou na enfermaria, caso estivesse hospitalizado. Por se tratar do início do tratamento, os pacientes estavam presentes no setor com frequência para realização dos procedimentos preparatórios, tais como tratamento dentário, realização de máscara facial para radioterapia, exames laboratoriais e controle de comorbidades no pré-tratamento oncológico.

No momento da captação (início do tratamento), excluímos 15 pacientes, dentre as causas, estavam: falhas na coleta dos dados (instrumentos não incluídos/preenchidos), pacientes que não possuíam telefone próprio e/ou de acompanhante para possibilitar o acompanhamento, assim como, paciente que não tinha capacidade cognitiva para responder a entrevista. O restante dos pacientes que permaneceram foi seguido por telefone pela equipe da pesquisa.

## 2.8 Análise Estatística

Os dados foram examinados à priori quanto à perda de seguimento, outliers, normalidade e linearidade. Análise descritiva foi usada para sumarizar as características gerais dos participantes do estudo.

A análise de sobrevida foi feita por meio do estimador produto limite de Kaplan-Meier, através da seguinte fórmula:

$$S(t_i) = \prod_{t_i \leq t} \left(1 - \frac{d_i}{n_i}\right), \text{ onde } S(t_i) \text{ é a probabilidade estimada de sobrevida para um determinado tempo } t; n_i \text{ é o}$$

número de indivíduos em risco no início de um período de tempo  $t_i$ ; e  $d_i$  é o número de indivíduos que morreram durante o período de tempo  $t_i$ . As especificações em relação a datas e censuras foram explicadas no item 2.6 e a probabilidade de sobrevida foi reportada para 12 e 24 meses de acompanhamento com intervalos de confiança (IC) de 95%.

Através de um modelo de regressão de Cox, foram avaliadas as associações entre 13 variáveis (sexo, idade, status de relacionamento conjugal, escolaridade, renda, religião, consumo de cigarro e álcool, presença de comorbidades, sintomatologia dolorosa, preocupação em relação aos primeiros sinais e sintomas da doença, e uso de automedicação, e localização das lesões) e o óbito entre os pacientes com câncer de cabeça de pescoço. Para a realização deste modelo, foi considerado o tempo decorrido entre a percepção dos primeiros sinais e sintomas e o óbito ou o término de acompanhamento dos pacientes. Os resultados foram reportados como *hazard ratio* (HR) e IC de 95%.

## 2.9 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Sergipe em 05 de junho de 2017 sob parecer N° 2.099.061 e CAAE 68035317.3.0000.5546.

## 3. Resultados

Do total de 94 pacientes elegíveis para o estudo, 15 foram excluídos em decorrência de problemas operacionais na coleta inicial de dados e 79 foram incluídos para a realização da primeira entrevista no início do tratamento oncológico. Destes, 34 foram a óbito durante o tratamento, 45 pacientes permaneceram vivos até o término do tratamento e apenas 31 pacientes ficaram vivos um ano após o término do tratamento.

A amostra foi composta por uma maioria do sexo masculino (79.8%), com 60 anos ou mais (57%), do interior do estado (74.7%), solteiros, viúvos ou divorciados (59.5%), com baixa escolaridade (58.2%) e baixa renda (65.8%). Em relação às características clínicas, quase 75% da amostra apresentava câncer na cavidade oral (C00 a C10) e 78.5% encontravam-se em estágio avançado da doença. Mais de 80% eram fumantes ou ex-fumantes e 53.2% etilistas ou ex-etilistas. Presença de comorbidades foi relatada por 21,5% dos pacientes e 45.6% buscaram o serviço de saúde por apresentarem sintomas dolorosos. Não houve preocupação com os sintomas por 65.8% dos pacientes e pouco mais de 50% praticaram automedicação (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características socioeconômicas, demográficas e clínicas. Sergipe, 2021.

Variável	n	%
<b>Idade</b>		
≤ 60 anos	45	57,0
> 60 anos	34	43,0
<b>Sexo</b>		
Feminino	16	20,3
Masculino	63	79,7
<b>Origem</b>		
Região metropolitana	20	25,3
Municípios do interior do estado	59	74,7
<b>Estado Civil</b>		
Casado, união estável	32	40,5
Solteiro, viúvo, divorciado	47	59,5
<b>Escolaridade</b>		
≤ 9 anos	46	58,2
> 9 anos	33	41,8
<b>Renda</b>		
1 a 3 salários	27	34,2
< 1 salário	52	65,8
<b>Religião</b>		
Com religião	73	92,4
Sem religião	6	7,6
<b>CID – Localização anatômica</b>		
C00 a C10 – Cavidade oral	59	74,7
C11 a C14 – Faringe	10	12,7
C32 – Laringe	10	12,6
<b>Estadiamento</b>		
I e II	5	6,3
III e IV	62	78,5
Ignorado	12	15,2
<b>Tabagismo</b>		
Não fumante	14	17,7
Fumante/Ex-fumante	65	82,3
<b>Etilismo</b>		
Não etilista	37	46,8
Etilista/ ex-etilista	42	53,2
<b>Comorbidade</b>		
Sim	17	21,5
Não	62	78,5
<b>Sintomas iniciais</b>		
Sintomatologia dolorosa	36	45,6
Ausência de sintomas dolorosos	43	54,4
<b>Higiene oral</b>		
Sim	65	82,3
Não	14	17,7
<b>Preocupação com os sintomas</b>		
Sim	27	34,2
Não	52	65,8
<b>Automedicação</b>		
Sim	40	50,6
Não	39	49,4

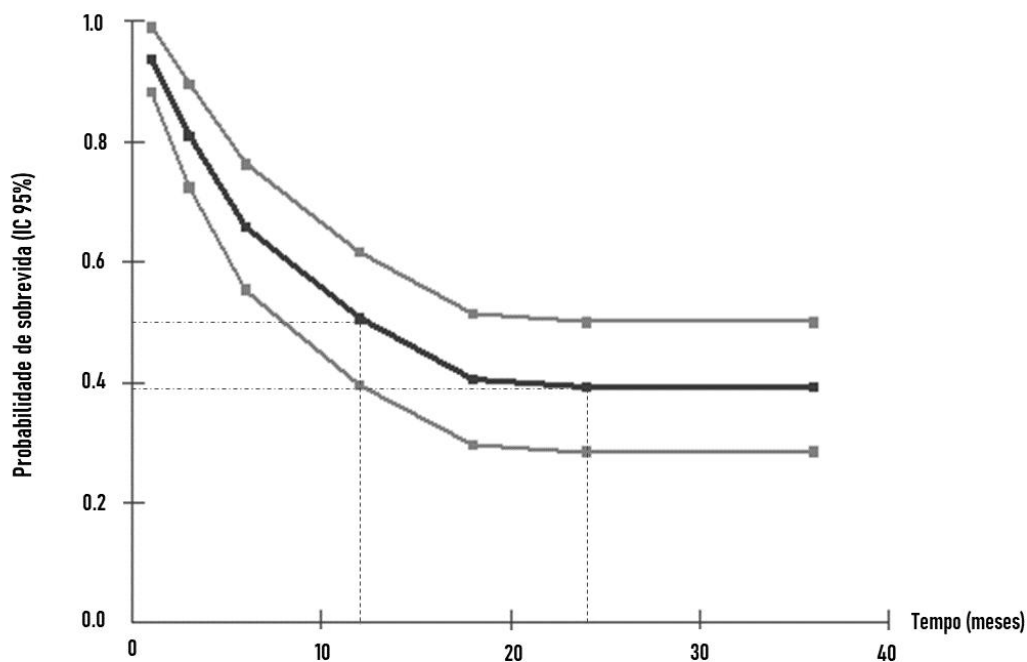
Fonte: Elaborado pelos autores.

### Análise de sobrevida

Setenta e nove pacientes foram incluídos nesta análise. A mediana (Q1, Q3) do tempo decorrido entre a percepção dos primeiros sinais e sintomas e o diagnóstico definitivo foi de 6 meses (3.2 – 14.3) e entre este e o início do tratamento foi de três meses (1.6 – 6.1). Em relação ao tempo de acompanhamento dos pacientes desde o início do tratamento até o óbito ou a finalização do estudo, a mediana calculada foi de 11.5 meses (3.7 – 16.3) com tempo mínimo de uma semana e máximo de 36 meses. O tempo total decorrido entre a percepção dos primeiros sinais e sintomas e o óbito ou a finalização do estudo foi de 22 meses (15.0 – 31.5) com tempo mínimo de quatro meses e máximo de 13 anos.

Dos 79 pacientes incluídos, 31 (39.2%) permaneceram vivos durante todo o período de acompanhamento e 48 (60.8%) foram a óbito, entre os quais 34 (43.1%) antes do término do tratamento e 14 (17.7%) em até 12 meses após a sua conclusão. A Figura 1 mostra a curva de sobrevida desses pacientes, com intervalo de confiança (IC) de 95%, a partir do momento em que o tratamento oncológico foi iniciado. A sobrevida global após 12 e 24 meses de acompanhamento foi de 50.6% (IC 95% 39.6 – 61.7) e 39.4% (IC 95% 28.5 – 50.0), respectivamente (Figura 1).

**Figura 1.** Probabilidade de sobrevida global dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço a partir do início do tratamento oncológico.



Fonte: Elaborado pelos autores.

### Fatores associados ao óbito

Através de um modelo de regressão de Cox, um aumento do risco de morte foi observado entre indivíduos do sexo masculino (HR = 3.00, IC 95% 1.09 – 8.06,  $p = 0.033$ ) e entre aqueles que vivem sem companheiros (solteiros, divorciados e viúvos) (HR = 2.09, IC 95% 1.03 – 4.24,  $p = 0.041$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Fatores associados ao óbito entre pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Sergipe, 2021.

Variáveis	HR	IC 95%	p-valor
Sexo masculino	3.00	1.09 – 8.06	<b>0.033</b>
Idade > 60 anos	1.01	0.99 – 1.04	0.321
Solteiros, divorciados e viúvos	2.09	1.03 – 4.24	<b>0.041</b>
Escolaridade < 9 anos	1.12	0.31 – 4.03	0.859
Renda < 1 salário-mínimo	0.80	0.39 – 1.64	0.537
Religião	2.46	0.54 – 11.20	0.244
Presença de comorbidades	1.67	0.81 – 3.46	0.167
Ausência de sintomatologia dolorosa	0.85	0.44 – 1.63	0.624
Ausência de preocupação em relação aos primeiros sinais e sintomas	1.18	0.57 – 2.46	0.653
Uso de automedicação	0.80	0.43 – 1.50	0.492
Consumo de > 20 cigarros/dia	1.12	0.51 – 2.47	0.779
Consumo de > 4 doses de álcool/dia	1.07	0.50 – 2.31	0.863
Lesão primária em cavidade bucal	0.74	0.37 – 1.50	0.402

HR, hazard ratio. IC, intervalo de confiança. Fonte: Elaborado pelos autores.

#### 4. Discussão

Este estudo foi realizado no principal hospital público de referência oncológica do estado e buscou avaliar a sobrevida em 12 e 24 meses dos pacientes que realizaram tratamento para câncer de cabeça e pescoço, além de identificar os fatores relacionados ao óbito. As características descritas nesta amostra já são conhecidas na literatura. Os pacientes com câncer de cabeça e pescoço têm um perfil bem definido, em sua maioria é do sexo masculino, idade superior a 40 anos, baixa renda, baixa escolaridade, tabagistas e etilistas (Da Silva et al., 2020; Sousa et al., 2016), o que favorece a comparação com outros estudos (Barros-silva et al., 2020; Bashir et al., 2020; Liao et al., 2019; Melo-Filho et al., 2013; Moro et al., 2018b; Muller & Viani, 2019).

É comum, neste tipo de câncer, o alto percentual de pacientes diagnosticados em estágio avançado da doença. Os países em desenvolvimento apresentam piores taxas. No Brasil, foi identificado que 76% dos pacientes são diagnosticados em estágio III e IV (34.5% e 41.5%, respectivamente) (Bonfante et al., 2014). Em alguns estados brasileiros esse percentual é ainda pior, chegando a mais de 85%, como é o caso de Alagoas, onde foram avaliados 121 pacientes e apenas 14.9% deles eram diagnosticados precocemente em estágio I e II (Le Champion et al., 2016). Já nos Estados Unidos, em um estudo com 956 pacientes, esse percentual cai para 42.9% (Liao et al., 2019), o que sugere que regiões com melhores índices de desenvolvimento identificam os casos com maior antecedência (Bhattacharyya, Mukherjee, Barman, Dey, & Biswas, 2016; Brandizzi et al., 2008). Neste estudo, não diferente de Alagoas, estado vizinho, apenas cinco pacientes foram diagnosticados em estágio I e II e mais de 90% deles apresentavam doença em estágio avançado, o que dificultou as análises comparativas relacionadas ao estadiamento da doença.

Dentre os fatores relacionados ao óbito, observou-se neste estudo que o sexo masculino e os indivíduos sem companheiro têm maior risco de morte. Resultados semelhantes foram observados em Londres onde pacientes casados são diagnosticados em estágios mais precoces da doença, uma vez que o apoio de uma pessoa significativa é encorajador para a busca imediata de ajuda, além disso os que moram sozinhos têm maior risco de apresentarem tumores avançados, por possuírem piores hábitos, como fumo, álcool, má nutrição, além de serem menos propensos a ter cobertura odontológica ou usar serviços odontológicos (Scott et al., 2005). Em estudo realizado em Nova Iorque, não foi identificada diferença em relação ao início do tratamento entre casados e solteiros (Liao et al., 2019). No estudo de Bonfante e colaboradores., foram associados a menor sobrevida ser do sexo masculino, ter idade > 40 anos, apresentar a doença em estágio III ou IV, e residir em determinados estados do Brasil, entre eles Sergipe (Bonfante et al., 2014).

A maioria dos estudos de sobrevida avaliam estimativas de 5 a 15 anos, de forma retrospectiva. Poucos estudos no Brasil mostram avaliações prospectivas e as retrospectivas não correspondem a 12 e 24 meses. O estudo retrospectivo de Bonfante e colaboradores, com 22.249 pacientes com câncer oral mostrou uma sobrevida global de 32,2% em 5 anos no Brasil (Bonfante et al., 2014). Em São Paulo, numa amostra também retrospectiva, este percentual foi de 34.8% em 5 anos e 28% em 10 anos (Muller & Viani, 2019). Em Santa Maria, foi avaliado um banco de dados com 155 pacientes indicando uma sobrevida de 42% em 5 anos e 38% em 15 anos (Moro et al., 2018a). Nos Estados Unidos a sobrevida de 5 anos foi de 60.9% (Liao et al., 2019), diferente da publicada no Brasil. No presente estudo, a sobrevida global em um ano foi de 50.6%, e em dois anos de 39.4%, muito distante da sobrevida de um ano e de dois anos de pacientes argentinos (80% e 60%, respectivamente), que mostrou redução da sobrevida com o passar dos anos chegando a 39% em 5 anos (Brandizzi et al., 2008).

A análise de sobrevida de pacientes com câncer permite avaliar aspectos do controle de câncer, como as estratégias de detecção precoce e o acesso a serviços de saúde para diagnóstico e tratamento (Johnson et al., 2011). Baixos níveis socioeconômicos são consistentemente relacionados a piores prognósticos, o que pode justificar os baixos percentuais observados em Sergipe uma vez que este estado possui quase 50% da sua população em situação de pobreza (IBGE, 2018).

## 5. Conclusão

Pacientes com câncer de cabeça e pescoço em Sergipe apresentam baixa sobrevida em 24 meses e maior risco de morte entre indivíduos do sexo masculino e solteiros, divorciados e viúvos. O perfil socioeconômico e clínico foi de uma maior ocorrência da doença em homens com mais de 55 anos de idade, residentes no interior do estado, com baixa renda e escolaridade, tabagistas, que não mostraram preocupação com os primeiros sintomas da doença e que foram diagnosticados com as lesões em estágio avançado.

Este artigo reforça a necessidade de políticas públicas voltadas ao diagnóstico precoce dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Mais estudos podem ser realizados a nível hospitalar e atenção primária a saúde, com o objetivo de acompanhar a sobrevida e identificar os fatores que dificultam a identificação dos casos precocemente.

## Referências

- Barros-silva, P. G. De, Fontes-borges, M. M., Costa-dias, C., Mota-lemos, J. V., Socorro-saldanha-cunha, M. P., & Fernandes-souza, E. (2020). Clinical-pathological and sociodemographic factors associated with the distant metastasis and overall survival of oral cavity and oropharynx squamous cell carcinoma, 25(3). <https://doi.org/10.4317/medoral.23410>
- Bashir, A., Kumar, D., Dewan, D., & Sharma, R. (2020). Radiobiological modeling of acute esophagitis after radiation therapy of head, neck, and thorax tumors: The influence of chemo-radiation. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 14(7), 1525–1534. <https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT>
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52(1), 01–07. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
- Bhattacharyya, P., Mukherjee, D., Barman, S., Dey, T. K., & Biswas, J. (2016). Factors Responsible for the Diagnostic Delay in Oral Cancer Patients: A Hospital Based Sociodemographic Study in Kolkata. *Bengal Journal of Otolaryngology and Head Neck Surgery*, 24(3), 141–147. <https://doi.org/10.47210/bjohns.2016.v24i3.91>
- Bonfante, G. M. da S., Machado, C. J., Souza, P. E. A. de, Andrade, E. I. G., Acurcio, F. de A., & Cherchiglia, M. L. (2014). Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(5), 983–997. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182712>
- Brandizzi, D., Gandolfo, M., Velazco, M. L., Cabrini, R. L., & Lanfranchi, H. E. (2008). Clinical features and evolution of oral cancer: A study of 274 cases in Buenos Aires, Argentina. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 13(9), E544–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18758396>
- BRASIL. (2004). *Classificação de Tumores Malignos*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Retrieved from <http://www1.inca.gov.br/tratamento/tnm/index.asp>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>



- Brouha, X., Tromp, D., Hordijk, G.-J., Winnubst, J., & De Leeuw, R. (2005). Role of alcohol and smoking in diagnostic delay of head and neck cancer patients. *Acta Oto-Laryngologica*, 125(5), 552–556. <https://doi.org/10.1080/00016480510028456>
- Da Silva, F. A., Roussenq, S. C., Gonçalves de Souza Tavares, M., Pezzi Franco de Souza, C., Barreto Mozzini, C., Benetti, M., & Dias, M. (2020). Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço em um Centro Oncológico no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 66(1). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.455>
- IBGE. (2018). IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. [www.ibge.gov.br/cidade@](http://www.ibge.gov.br/cidade@)
- INCA. (2020). Instituto Nacional do Câncer: Atlas On-Line de Mortalidade. R <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo05/consultar.xhtml#panelResultado>
- Johnson, N. W., Warnakulasuriya, S., Gupta, P. C., Dimba, E., Chindia, M., Otoh, E. C., & Kowalski, L. (2011). Global Oral Health Inequalities in Incidence and Outcomes for Oral Cancer. *Advances in Dental Research*, 23(2), 237–246. <https://doi.org/10.1177/0022034511402082>
- Le Campion, A. C. O. V., Santos, K. de C. B. dos, Carmo, E. S. do, Silva Júnior, F. F. da, Peixoto, F. B., Ribeiro, C. M. B., & Ferreira, S. M. S. (2016). Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(2), 178–184. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020004>
- Liao, D. Z., Schlecht, N. F., Rosenblatt, G., Kinkhabwala, C. M., Leonard, J. A., Ference, R. S., & Mehta, V. (2019). Association of Delayed Time to Treatment Initiation With Overall Survival and Recurrence Among Patients With Head and Neck Squamous Cell Carcinoma in an Underserved Urban Population. *JAMA Otolaryngology–Head&Neck Surgery*, 10467. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2019.2414>
- Martins Filho, P. R. S., Santos, T. de S., Silva, L. C. F. da, & Piva, M. R. (2014). Oral cancer in Brazil: a secular history of Public Health Policies. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, 62(2), 159–164. <https://doi.org/10.1590/1981-8637201400020000091688>
- Melo-Filho, M. R. de, Rocha, B. A., Pires, M. B. de O., Fonseca, E. S., Freitas, E. M. de, Junior, H. M., & Santos, F. B. G. (2013). Quality of life of patients with head and neck cancer. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 79(1), 82–88. <https://doi.org/10.5935/1808-8694.20130014>
- Moro, J. da S., Maroneze, M. C., Ardenghi, T. M., Barin, L. M., & Danesi, C. C. (2018a). Oral and oropharyngeal cancer: epidemiology and survival analysis. *Einstein (São Paulo)*, 16(2). <https://doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4248>
- Moro, J. da S., Maroneze, M. C., Ardenghi, T. M., Barin, L. M., & Danesi, C. C. (2018b). Oral and oropharyngeal cancer: epidemiology and survival analysis. *Einstein (São Paulo)*, 16(2), 1–5. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4248>
- Muller, F., & Viani, G. A. (2019). Avaliação da sobrevida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço localmente avançado tratados em um único centro, 87. <https://doi.org/10.1016/j.bjorlp.2020.11.005>
- Nagashima, K., Noma, H., Sato, Y., & Goshio, M. (2021). Sample size calculations for single-arm survival studies using transformations of the Kaplan–Meier estimator. *Pharmaceutical Statistics*, 20(3), 499–511. <https://doi.org/10.1002/pst.2090>
- Pereira, A., Shitsuka, D., Parreira, F., & Shitsuka, R. (2018). *Método Qualitativo, Quantitativo ou Quali-Quantitativo. Metodologia da Pesquisa Científica*. Retrieved from [https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic\\_Computacao\\_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1). Acesso em: 28 março 2020.
- Robert H. Fletcher, Fletcher, S. W., & Fletcher, G. S. (2014). *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. (Artmed, Ed.) (5th ed.)
- Saúde, O. M. da. (2008). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. (Edusp, Ed.) (10a ed.).
- Scott, S. E., Grunfeld, E. A., & McGurk, M. (2005). The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncology*, 41(4), 396–403. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2004.10.010>
- Sousa, A. R. de, Koury, G. V., Hennemann, E. B. L. B., Cavalcante, H. de A., & Araújo, C. N. F. (2016). Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em hospital de referência. *Revista Da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 14(98), 129–132. Retrieved from <http://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2016-03.pdf>