UNIVERSIDADE CHRISTUS

CURSO DE ODONTOLOGIA

CÁSSIA MARIA FERNANDES GOMES PEREIRA

NEOPLASIAS MALIGNAS DE CABEÇA E PESCOÇO EM PACIENTES COM MENOS DE 40 ANOS: PERFIL CLÍNICO-PATOLÓGICO E FATORES PROGNÓSTICOS

FORTALEZA

2026

CÁSSIA MARIA FERNANDES GOMES PEREIRA

NEOPLASIAS MALIGNAS DE CABEÇA E PESCOÇO EM PACIENTES COM MENOS DE 40 ANOS: PERFIL CLÍNICO-PATOLÓGICO E FATORES PROGNÓSTICOS

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Christus, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Raul Anderson Domingues Alves da Silva

FORTALEZA

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica da Universidade Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P436n Pereira, Cássia Maria Fernandes Gomes.
NEOPLASIAS MALIGNAS DE CABEÇA E PESCOÇO EM PACIENTES COM MENOS DE 40 ANOS: PERFIL CLÍNICO-PATOLÓGICO E FATORES PROGNÓSTICOS. / Cássia Maria Fernandes Gomes Pereira. - 2026.
40 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Christus - Unichristus, Curso de Odontologia, Fortaleza, 2026.
Orientação: Prof. Dr. Raul Anderson Domingues Alves da Silva .

1. neoplasias de cabeça e pescoço. 2. epidemiologia. 3. sobrevida. 4. adulto jovem. 5. prognóstico. I. Título.

CDD 617.6

CÁSSIA MARIA FERNANDES GOMES PEREIRA

NEOPLASIAS MALIGNAS DE CABEÇA E PESCOÇO EM PACIENTES COM MENOS DE 40 ANOS: PERFIL CLÍNICO-PATOLÓGICO E FATORES PROGNÓSTICOS

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Christus, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Raul Anderson Domingues Alves da Silva

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

_____
Prof. Dr. Raul Anderson Domingues Alves da Silva
Universidade Christus

_____
Prof. Dr. Paulo Goberlânio de Barros Silva
Universidade Christus

_____

Ms. .Sofia Guedes Nascimento de Araújo
Universidade Christus

Ao meu amado pai, que partiu antes de ver este sonho se realizar, mas permanece para sempre em meu coração. À minha mãe, por ser a luz que ilumina minha vida, e a ambos, por me ensinarem, cada um à sua maneira, a seguir com coragem, e dedicação a busca pelos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS:

Agradeço, primeiramente, a **Deus**, por ter me sustentado em tantos momentos em que pensei em desistir, por ter me abençoado inúmeras vezes e por ter realizado tantas obras em minha vida. Olhando para trás, percebo que, em cada momento em que achei que não conseguiria, Ele encontrou uma forma de me fazer continuar. Se hoje chego até aqui, é porque nunca estive sozinha.

À minha mãe, **Simara Fernandes**, por ter sido minha força, minha motivação diária e por ter feito tudo por mim durante esses cinco anos. À pessoa que me apoiou, me viu chorar, me viu reerguer e acompanhou todas as minhas versões. Você esteve presente nos dias em que tudo parecia dar certo, mas principalmente naqueles em que nada parecia fazer sentido. Hoje posso dizer que tudo o que fiz foi por você. Obrigada por ser a luz da minha vida e por nunca me deixar esquecer que eu era capaz.

Ao meu pai, **Francisco Edilson**, que sempre me ensinou a me dedicar aos estudos. Mesmo tendo partido antes de ver esta conquista, sei que, de onde estiver, estará sempre ao meu lado. Há ausências que o tempo não apaga, apenas transforma em saudade. E, em cada passo que dei até aqui, levei comigo tudo aquilo que você me ensinou.

Ao meu avô, **Antônio Marque**s, por ter me ensinado que a educação é um dos caminhos que nos leva à nossa melhor versão e por, durante esses cinco anos, tantas vezes ter me ajudado e dito: “Minha filha, vá. Nós daremos um jeito”. E sempre deu. Obrigada por ter sido meu alicerce, por acreditar em mim e por me permitir seguir em frente mesmo quando o caminho parecia difícil demais. À minha avó, **Nene Fernandes**, por sempre me ensinar a ser organizada e dedicada, por tantas vezes se orgulhar de mim e dizer o quanto é grata pela minha formação. Talvez você não imagine, mas é um dos pilares da minha vida. Tudo o que faço sempre será dedicado ao seu bem-estar, porque uma parte de tudo o que sou também nasceu do amor que recebi de você.

À minha irmã, **Ana Jade**, que, por diversas vezes, compartilhou comigo tantos ensinamentos e me ajudou durante essa caminhada. Saiba que não há distância nesta vida que possa separar ou diminuir o amor que sinto por você. Eu sempre estarei ao seu lado, não importa o que aconteça. Você faz parte da minha história e, independentemente de onde a vida nos leve, sempre terá em mim um lugar para voltar.

À minha irmã, **Mariana**, e ao meu cunhado, **Nael**, por terem sido importantes pilares na minha formação e por, diversas vezes, terem contribuído diretamente, seja financeiramente ou por meio de orações. Essa conquista também é de vocês, porque chegar até aqui foi possível graças a muitas mãos que me sustentaram pelo caminho.

À minha sobrinha, **Mirella Marques**, por ser amor em minha vida e esperança para os meus dias. Eu vi você nascer e acompanhei o seu crescimento e, por isso, todos os dias me esforço e me dedico um pouco mais por você. Talvez você ainda não compreenda o tamanho do amor que sinto, mas espero que um dia saiba que também foi uma das razões que me fizeram continuar.

Aos meus amigos e ao meu grupinho, **Bruna Larissa, Vladimir Pierre, Ana Clara e Izadora,** que Deus, em sua infinita bondade, me presenteou. Vocês, por diversas vezes, trouxeram luz e felicidade aos meus dias. Por todos os momentos de risadas e descontração, de apoio e vibração, deixo o meu muito obrigada. A faculdade teria sido muito diferente sem vocês.

À minha dupla, **Vladimir Pierre**, que me encontrou no meio da caminhada, mas com quem me conectei desde o primeiro dia. Obrigada por ser exatamente como é. Você sempre me ensina e me ajuda um pouco, todos os dias. Dividir essa caminhada com você tornou os dias mais leves e, sem dúvida, deixou uma parte muito bonita na minha história.

À minha amiga/irmã, **Bruna Larissa**, que está ao meu lado desde o início da faculdade e que, por diversas vezes, me ajudou, aconselhou e esteve ao meu lado. Obrigada por caminhar comigo durante todos esses anos, por conhecer tantas versões minhas e por permanecer.

Ao meu amigo **Antônio Lucas**, que vivenciou tantos momentos comigo que já perdi as contas. Você acreditou em mim até quando eu mesma não acreditava. Iniciamos juntos na área da pesquisa e estamos encerrando juntos esta etapa, com a certeza de que ainda nos encontraremos em tantas outras áreas da vida.

Aos meus amigos e companheiros da faculdade, **Marcello José, Kayanny Gaudêncio, Dimitri Lima, Letícia Diógenes e Letícia Loureiro,** por terem sido presentes e companheiros em tantos momentos de estudos durante esses cinco anos. Nunca esquecerei das risadas, do apoio e de tudo o que compartilhamos ao longo dessa caminhada.

Aos meus amigos e companheiros do **Instituto do Câncer do Ceará (ICC), Laís Oliveira, Natasha, Weslley, Marcos Vinicius, Larissa, Yohanna, Julia, Nayra, Carlos, Mikaely, Clarice, Luana, Maria Eduarda, André Crispim, Jennifer, Mylena e Maria Cecíli**a, por terem feito parte da minha vida acadêmica e contribuído para tornar essa trajetória ainda mais especial.

Às minhas amigas de escola, **Vitória Santos, Laiza Maria e Anna Jéssica,** por tantas vezes compreenderem minhas ausências devido à faculdade, por terem vibrado comigo em todas as minhas conquistas e, claro, por continuarem presentes em minha vida. Passam-se os anos, mudam-se as rotinas, surgem novos caminhos, mas o amor que sinto por vocês nunca mudará.

Aos meus companheiros de trabalho no **CEO Floresta, Elizabeth Queiroz, Levy Magalhães, Marcos Araripe, Alessandra, Carliane, Jéssica, Cristiana Alencar, Alana, Edileuda, Fátima, Cristiano e Júnior**, por me acompanharem e fazerem parte da minha caminhada durante este período tão importante, especialmente nesta reta final da faculdade. Aos meus queridos professores, **Dr. Carlos Eduardo Albuquerque, Dr. André Brizeno e Dr. Diego Peres**, por todo o apoio e reconhecimento que pude receber para além das portas da Universidade e pela oportunidade de trabalhar diretamente com vocês no CEO.

À minha orientadora, a **Professora Dra. Thinali Sousa Dantas**, minha eterna gratidão por tudo o que fez e faz por mim, por toda a confiança, incentivo e por levar meu nome a lugares que jamais imaginei alcançar. Obrigada por ter me dado a primeira oportunidade e por acreditar em mim. Esta pesquisa é também reflexo da confiança que depositou em minha capacidade de executá-la. Ao meu coorientador, **Professor Dr. Paulo Goberlânio Barros Silva**, que tantas vezes me apoiou e me recebeu com toda atenção diante das minhas dúvidas e receios. Mesmo em meio a tantas demandas, sempre dedicou seu tempo para me escutar, orientar e contribuir com a minha formação. Minha sincera gratidão por todo o apoio, paciência e por cada ensinamento que levarei comigo.

Ao meu orientador, Professor **Dr. Raul Anderson,** que esteve presente em minha vida acadêmica desde os semestres iniciais e que, por destino, tornou-se meu orientador neste trabalho de conclusão de curso. Nada é por acaso, e receber seu apoio e sua orientação neste momento tornou esta conquista ainda mais especial.

RESUMO

O carcinoma de células escamosas (CEC) é a neoplasia maligna mais prevalente na região de cabeça e pescoço, sendo a região da cavidade oral e orofaringe, mais comum. Embora classicamente associado a pacientes acima dos 50 anos, houve um aumento da incidência em jovens adultos, configurando um perfil oncológico preocupante. O objetivo do presente trabalho é descrever o perfil epidemiológico, clínico-patológico e sociodemográfico de pacientes com menos de 40 anos diagnosticados com neoplasias malignas de cabeça e pescoço em um centro de referência em tratamento de câncer em um período de 12 anos. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e de coorte retrospectivo, realizado mediante análise de 168 prontuários no Instituto do Câncer do Ceará (ICC) ao longo de 12 anos. A sobrevida global foi analisada pelo método de Kaplan-Meier (teste Log-Rank Mantel-Cox) e pela regressão de Cox. Observou-se uma taxa de sobrevida global de 93,5%, na qual a média foi de 138,59 ± 4,16, com intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre 130,43 e 146,75 meses. Na amostra, houve predominância do sexo masculino (60,7%), raça parda (75,4%) e faixa etária entre 31 e 40 anos (76,8%), no entanto, não houve significância estatística na sobrevida quanto ao sexo (p=0,268), idade (p=0,637) ou raça (p=0,843). Em contrapartida, o menor grau de escolaridade associou-se a uma menor sobrevida (p=0,018). A localização mais frequente foi a cavidade oral (54,8%) e o tipo histológico predominante foi o CEC (70,8%), sem impacto significativo na sobrevida; por sua vez, tumores T3/T4 (p=0,008) e o comprometimento linfonodal (p=0,004) associaram-se a pior prognóstico. Na análise multivariada, o comprometimento linfonodal revelou-se o principal preditor independente de óbito, elevando o risco de mortalidade em 2,23 vezes (IC95% 1,02-4,87) em comparação ao grupo N0. Em pacientes com menos de 40 anos com neoplasias malignas de cabeça e pescoço, predominaram homens, pardos, o CEC e a localização em cavidade oral. A baixa escolaridade associou-se a menor sobrevida apenas na análise univariada, enquanto o comprometimento linfonodal constituiu o único preditor independente de óbito, reforçando que o diagnóstico em estágios avançados reduz a sobrevida nesta população.

Palavras-chave: neoplasias de cabeça e pescoço; epidemiologia; sobrevida; adulto jovem; prognóstico.

ABSTRACT

Squamous cell carcinoma (SCC) is the most prevalent malignant neoplasm in the head and neck region, with the oral cavity and oropharynx being the most commonly affected sites. Although traditionally associated with patients over 50 years of age, its incidence has increased among young adults, representing a concerning oncological profile. This study aims to describe the epidemiological, clinicopathological, and sociodemographic profiles of patients under 40 years of age diagnosed with malignant head and neck neoplasms at a cancer treatment referral center over a 12-year period. This is a quantitative, observational, retrospective cohort study conducted through the analysis of 168 medical records at the Ceará Cancer Institute (Instituto do Câncer do Ceará – ICC) over 12 years. Overall survival was analyzed using the Kaplan–Meier method (Mantel–Cox Log-Rank test) and Cox regression. An overall survival rate of 93.5% was observed, with a mean survival time of 138.59 ± 4.16 months and a 95% confidence interval (95% CI) ranging from 130.43 to 146.75 months. The sample was predominantly composed of male patients (60.7%), individuals of mixed-race background (75.4%), and patients aged between 31 and 40 years (76.8%). However, no statistically significant differences in survival were found regarding sex ($p = 0.268$), age ($p = 0.637$), or race ($p = 0.843$). In contrast, lower educational attainment was associated with reduced survival ($p = 0.018$). The most frequent tumor location was the oral cavity (54.8%), and the predominant histological type was SCC (70.8%), neither of which had a significant impact on survival. Conversely, T3/T4 tumors ($p =0.008$) and lymph node involvement ($p = 0.004$) were associated with a worse prognosis. In the multivariate analysis, lymph node involvement emerged as the main independent predictor of death, increasing the risk of mortality by 2.23 times (95% CI: 1.02–4.87) compared with the N0 group. Among patients under 40 years of age with malignant head and neck neoplasms, males, individuals of mixed-race background, SCC, and tumors located in the oral cavity predominated. Lower educational attainment was associated with reduced survival only in the univariate analysis, whereas lymph node involvement was the sole independent predictor of death, reinforcing the finding that diagnosis at advanced stages is associated with reduced survival in this population.

Keywords: head and neck neoplasms; epidemiology ; survival ; young adult; prognosis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, clínica e histopatológica dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos no Hospital Haroldo Juaçaba / Instituto do Câncer do Ceará, 2013 a 2025……..21

Tabela 2 –Análise de sobrevida global (Kaplan-Meier) dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e histopatológicas, Hospital Haroldo Juaçaba / Instituto do Câncer do Ceará, 2013 a 2025.....24

Tabela 3 – Análise multivariada dos fatores associados à sobrevida de pacientes com menos de 40 anos com neoplasias malignas de cabeça e pescoço. Hospital Haroldo Juaçaba / Instituto do Câncer do Ceará, 2013-2025……26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AJCC	American Joint Committee on Cancer
CCEO	Carcinoma de Células Escamosas Oral
CEC	Carcinoma de Células Escamosas
CNF	Cadastro Nacional de Falecidos
EBV	Vírus Epstein- Barr
HHJ/ICC	Hospital Haroldo Juaçaba/ Instituto do Câncer do Ceará
HPV	Papilomavírus Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer
M	Metástase à distância
N	Metástase linfonodal
OMS	Organização Mundial da Saúde
QT	Quimioterapia
RT	Radioterapia
T	Tamanho do Tumor
TNM	Estadiamento tumoral
Unichristus	Universidade Christus

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 14

2 OBJETIVOS.....16

2.1 Objetivo geral.....16

2.2 Objetivos específicos..... 16

3 REFERENCIAL TEÓRICO.....17

3.1 Câncer de boca e orofaringe.....17

3.2 Fatores de risco..... 17

3.3 Prognóstico.....18

4 MATERIAIS E MÉTODOS.....19

4.1 Preceitos éticos.....19

4.2 Delineamento do estudo.....19

4.3 Amostra e critérios de elegibilidade.....19

4.4 Análise estatística.....20

5 RESULTADOS.....21

6 DISCUSSÃO.....27

7 CONCLUSÃO.....31

REFERÊNCIAS..... 32

ANEXOS.....36

1 INTRODUÇÃO

O câncer configura-se como um dos mais expressivos problemas de saúde pública no mundo, sendo considerado a segunda principal causa de morte e, como consequência, um dos principais obstáculos para o aumento da expectativa de vida em escala global. O impacto da incidência e da mortalidade cresce rapidamente, refletindo mudanças no perfil epidemiológico e padrões de saúde (INCA, 2023).

O carcinoma de células escamosas oral (CCEO) é descrito como uma neoplasia maligna que se origina das células epiteliais escamosas que revestem a mucosa da cavidade oral, sendo considerado este o carcinoma mais prevalente na região de cabeça e pescoço, representando quase 95% de todos os casos de câncer em cavidade oral e orofaringe (Capote-Moreno *et al.*, 2020). Estima-se uma tendência a recidivas com metástases, associada à elevada agressividade, o que torna o prognóstico especialmente desfavorável independentemente da faixa etária acometida (Panarese *et al*., 2019).

Essa condição é descrita que a faixa etária mais acometida pelo câncer de boca varia entre 50 a 60 anos de idade, com maior prevalência em indivíduos do sexo masculino e preferencialmente de cor parda. Além desses dados demográficos, os autores destacam que fatores socioeconômicos, como renda, local onde reside, nível de escolaridade, contribuem para esse cenário (Andrade; Santos ; Oliveira, 2015). No entanto, paralelamente a essa tendência, houve um aumento significativo em casos registrados em jovens adultos abaixo de 40 anos (Morais *et al*., 2017).

O aumento da incidência de câncer em pacientes abaixo de 40 anos tem sido amplamente registrado, configurando-se um perfil oncológico preocupante, visto que essa condição era observada acima de 50 anos. Essa mudança no perfil etário justifica a necessidade de investigar os fatores associados e analisar tanto os comportamentos relacionados aos fatores de risco tradicionais quanto aos fatores de riscos alternativos, incluindo fatores genéticos e comorbidades, que possam influenciar esse aumento. (Sharma; Singh, 2016).

Embora o diagnóstico precoce por meio do exame clínico seja amplamente utilizado e reconhecido como essencial para a detecção do câncer, a literatura científica ainda apresenta poucos estudos que compreendam os comportamentos e as mudanças que justificam essa incidência em um grupo com faixa etária historicamente caracterizada como de baixo risco. Dessa forma, este estudo justifica-se pela necessidade de mapear esse perfil epidemiológico e

as particularidades dessa progressão. Assim, busca-se aumentar a compreensão sobre o tema, permitindo que os serviços de saúde desenvolvam diretrizes específicas, invistam em pesquisa e inovação terapêutica e promovam a capacitação contínua dos profissionais. Considerando que a literatura sobre essa faixa etária concentra-se no carcinoma de células escamosas (CEC) de boca e orofaringe, mas que outras neoplasias malignas também acometem a região de cabeça e pescoço em pacientes jovens, optou-se por incluir todas as neoplasias malignas dessa região, de modo a descrever o espectro da doença nessa população, tendo o CEC de cavidade oral e orofaringe como principal subgrupo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil epidemiológico e clínico-patológico e a sobrevida de pacientes com idade inferior a 40 anos diagnosticados com neoplasias malignas de cabeça e pescoço.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil epidemiológico, clínico-patológico e sociodemográfico de pacientes com neoplasias malignas de cabeça e pescoço com idade inferior a 40 anos, incluindo hábitos de vida (tabagismo e etilismo) e histórico familiar de câncer

- Descrever a sobrevida global e identificar os fatores que influenciam diretamente a sobrevida desses pacientes

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Câncer de boca e orofaringe:

O câncer é considerado uma patologia de extrema relevância para a saúde pública global, caracterizado por elevados índices de incidência e mortalidade. Atualmente, a doença ocupa o posto de segunda principal causa de óbitos do mundo (INCA,2023). Diante desse cenário, o diagnóstico e manejo do câncer tornaram-se foco de diversas pesquisas científicas. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), o aumento do número de novos diagnósticos e óbitos causará um impacto ainda mais severo sobre os países de baixa renda. (OMS,2024).

Especificamente o Câncer de Boca e Orofaringe, são considerados doenças graves e de incidência crescente, onde seu diagnóstico, muitas vezes, é realizado de forma tardia, levando assim a um prognóstico pobre. Ademais, as aplicabilidades terapêuticas inseridas nesse contexto, podem levar a um tratamento mutilante, gerando sequelas estéticas e funcionais, com grande impacto sobre a qualidade de vida e a saúde psicológica dos pacientes acometidos. Dessa forma, o diagnóstico precoce torna-se um fator determinante na sobrevida e qualidade de vida da população com essa condição. (Machiels *et al*., 2020).

3.2 Fatores de risco:

A identificação dos fatores de risco é essencial para o estabelecimento de medidas preventivas que visem à redução da ocorrência dessa condição. O tabagismo e o consumo abusivo de álcool configuram-se como os principais fatores etiopatogênicos, aumentando o risco quando há a associação sinérgica de ambos os hábitos. (Révesz *et al*., 2023). Ademais, a literatura demonstra que, além do perfil tradicional de risco, existem fatores alternativos, como alterações genéticas, fatores psicossociais, estado hormonal e comorbidades, tais como doenças pulmonares e cardiovasculares. Embora esses fatores ainda não estejam totalmente esclarecidos, há indícios de que possam estar relacionados à incidência do câncer (Neckel *et al*., 2020).

3.3 Prognóstico:

Atualmente, diversos fatores prognósticos podem influenciar a sobrevida dos pacientes e impactar na escolha terapêutica mais adequada. Entre os elementos fundamentais empregados no prognóstico, destacam-se as características do sistema TNM, no qual T representa a extensão do tumor, N refere-se ao comprometimento dos linfonodos regionais e M denota a presença de metástases à distância. A identificação precoce do câncer constitui um aspecto crucial para o desfecho clínico do paciente. A ausência de diagnóstico precoce, seja por parte do próprio indivíduo ou de profissionais da saúde, por meio de um exame clínico simples da cavidade oral, pode resultar em óbito prematuro, em decorrência do estadiamento avançado da doença (Vargas *et al*., 2021).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Preceitos éticos

Este estudo foi conduzido em estrita conformidade com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Haroldo Juaçaba (Instituto do Câncer do Ceará) sob o parecer número **7.862.881** (Anexo I). Foi assegurado o sigilo absoluto das informações coletadas dos prontuários, bem como a confidencialidade e a guarda dos dados pelo período determinado pelas normas vigentes, respeitando a privacidade dos pacientes e a legislação de proteção de dados aplicável.

4.2 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional com delineamento de coorte retrospectiva, realizado no Hospital Haroldo Juaçaba / Instituto do Câncer do Ceará (ICC), abrangendo o período de 2013 a 2025. A unidade de análise foi constituída por pacientes com idade inferior a 40 anos diagnosticados com neoplasias malignas de cabeça e pescoço, de qualquer tipo histológico, cujas informações sociodemográficas, clinicopatológicas e de sobrevida foram coletadas a partir de prontuários institucionais.

4.3 Amostra e critérios de elegibilidade

A amostra foi censitária, englobando a totalidade dos prontuários de pacientes que atenderam aos critérios de elegibilidade: pacientes com idade inferior a 40 anos na data do diagnóstico (idade mínima de 06 anos), diagnosticados com neoplasias malignas na região de cabeça e pescoço, independentemente da localização anatômica e do tipo histológico, registrados no banco de dados do Hospital Haroldo Juaçaba entre 2013 e 2025 e com registros clínicos e histopatológicos disponíveis no banco de dados da instituição.

Como critérios de exclusão, foram estabelecidos os diagnósticos de neoplasias localizadas fora da região de cabeça e pescoço e prontuários com dados incompletos ou ausência de informações cruciais para o cálculo de sobrevida, o que impossibilitaria a análise estatística. Essa estratégia foi adotada para permitir uma análise abrangente da população de interesse disponível, minimizando o risco de viés de seleção e conferindo maior robustez aos dados obtidos. Após a seleção da amostra, foram coletados dados sociodemográficos, incluindo idade, sexo, grau de instrução, raça/cor, além de hábitos de vida, como consumo do tabaco e etilismo, e histórico familiar de câncer. Os dados clínico-patológicos incluíram o tipo

histológico, a localização do tumor primário, o estadiamento e o tratamento realizado. A localização do tumor primário foi classificada conforme a recomendação da Organização Mundial da Saúde (Brasil, 2005), e o estadiamento tumoral foi definido pelo sistema TNM, conforme o *AJCC Cancer Staging Manual* (9ª edição), sendo considerados os estágios I a IV (Lydiatt *et al*., 2017).

A sobrevida global foi calculada pela diferença entre a data de início do tratamento e a data do óbito (em meses). Para os pacientes sem registro de óbito, realizou-se o rastreamento nominal por meio do Cadastro Nacional de Falecidos (CNF) (disponível em: https://falecidosnobrasil.org.br/),plataforma integrada de acesso aberto utilizada para confirmar o desfecho clínico necessário à análise.

4.4 Análise estatística

Os dados foram sumarizados por meio de estatística descritiva, utilizando frequências absolutas (n) e percentuais (%) para as variáveis categóricas. A análise de sobrevida global foi realizada pelo método de Kaplan-Meier, com a comparação entre as curvas executadas por meio do teste de Log-Rank (Mantel-Cox). Foram consideradas as variáveis clinicopatológicas e epidemiológicas para a avaliação dos fatores associados à sobrevida global, bem como à ocorrência de recidiva, metástase linfonodal e metástase à distância. Por fim, foi aplicado o modelo de regressão de riscos proporcionais de Cox para identificar os fatores que, de forma independente, influenciaram a sobrevida e as taxas de recidiva dos pacientes. Adotou-se o nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$) e intervalo de confiança de 95% para as estimativas.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra e sobrevida global:

Foram analisados um total de 168 pacientes com diagnóstico de neoplasias malignas de cabeça e pescoço com idade inferior a 40 anos, no período de 2013 a 2025. A taxa de sobrevida global foi de 93,5%, correspondendo a 157 sobreviventes e 11 óbitos. A sobrevida global média foi de 138,59 ± 4,16 meses, com intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre 130,43 e 146,75 meses.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, clínica e histopatológica dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos no Hospital Haroldo Juaçaba / Instituto do Câncer do Ceará, 2013 a 2025.

	n	%
Sexo		
Masculino	102	60,7
Feminino	66	39,3
Idade		
De 6 a 30 anos	39	23,2
De 31 a 40 anos	129	76,8
Raça		
Branco	40	24,0
Negro	1	0,6
Pardo	126	75,4
Grau Instrução		
Analfabeto	4	4,3
Fund incompleto	12	12,9
Fund completo	29	31,2
Médio	29	31,2
Sup incompleto	3	3,2
Sup completo	16	17,2
Macrorregião		
Fortaleza	108	66,7
Sobral	19	11,7
Cariri	8	4,9
Sertão Central	16	9,9
Litoral Leste/Jaguaribe	11	6,8
Origem		
Capital	71	43,3
Z metropolitana	30	18,3
Interior	63	38,4
Localização		

Cavidade Oral	91	54,8
Gls. salivares	28	16,9
Laringe	1	0,6
Nasofaringe	29	17,5
OroFaringe	17	10,2
Tipo histológico		
CEC	119	70,8
Linfomas	12	7,1
Adenocarcinoma	9	5,4
Carcinoma ex adenoma pleomórfico	1	0,6
Carcinoma Mucoepidermoide	16	9,5
Angiossarcoma	4	2,4
Carcinoma Pleomórfico	2	1,2
Sarcoma de Kaposi	2	1,2
Rabdomiossarcoma	1	0,6
Melanoma	1	0,6
Tumor misto	1	0,6
T		
T1	18	18,2
T2	24	24,2
T3	20	20,2
T4	37	37,4
N		
N0	51	52,0
N1	11	11,2
N2	26	26,5
N3	10	10,2
Tratamento		
Não	31	18,5
Cirurgia	24	14,3
Cirurgia + RT	23	13,7
Cirurgia + RQT	15	8,9
RT	25	14,9
RQT	44	26,2
QT	6	3,6
Óbito		
Não	157	93,5
Sim	11	6,5
Histórico Familiar		
Sim	66	58,9
Não	46	41,1
Histórico Fumo		
Sim	57	45,6
Não	21	16,8
Histórico etilismo		

Sim	76	58,5
Não	19	14,6

5.2 Variáveis sociodemográficas e impactos no prognóstico:

Quanto ao perfil epidemiológico, observou-se uma predominância ao sexo masculino (60,7%) e de raça parda (75,4%). Esses pacientes pertenciam à faixa etária de 31 a 40 anos (76,8%)**.** Na análise univariada (Log-Rank), as variáveis sexo (p=0,268), idade (p=0,637) e raça (p=0,843) não demonstraram impacto estatisticamente significativo na sobrevida global. Em contrapartida, o grau de instrução demonstrou-se um preditor significativo, no qual pacientes com escolaridade até o ensino fundamental apresentaram uma menor sobrevida quando comparados aqueles com ensino médio ou superior. (P= 0,018)

5.3 Variáveis clínico-patológicas:

Observou-se que o local mais frequente das neoplasias foi a cavidade oral (54,8%), sendo o carcinoma de células escamosas (CEC) o tipo mais comum (70,8%). Não foi observada associação estatisticamente significativa entre a localização do tumor (p=0,141) ou o tipo histológico (p=0,219) quanto à sobrevida destes pacientes. Em relação ao estadiamento TNM, observou-se que a extensão da doença impactou diretamente o prognóstico, na qual o Tamanho do Tumor (T) que foram apresentados como (T1/T2) apresentaram sobrevida superior quando comparada aos avançados (T3/T4), com uma diferença estatística relevante (p=0,008). Da mesma forma, os pacientes com comprometimento linfonodal (N+) apresentaram menor sobrevida quando comparados aos pacientes N0 (p=0,004).

5.4 Modalidades terapêuticas:

As diferentes modalidades terapêuticas utilizadas, tais como cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou associações, não apresentaram uma associação significativa com a sobrevida global na análise univariada (p= 0,547).

Tabela 2 – Análise de sobrevida global (Kaplan-Meier) dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e histopatológicas, Hospital Haroldo Juaçaba\ Instituto do Câncer do Ceará, 2013 a 2025

		SG (meses)	p-
	n/N (%)	**Média±DP (IC95%)**	**Valor**
Toda a amostra	157/168 (93.5%)	138.59±4.16 (130.43-146.75)	-
Sexo			
Masculino	94/102 (92.2%)	99.68±4.36 (91.14-108.22)	0,268
Feminino	63/66 (95.5%)	143.86±5.14 (133.79-153.94)	
Idade			
De 6 a 30 anos	37/39 (94.9%)	103.49±5.87 (91.98-114.99)	0,637
De 31 a 40 anos	120/129 (93.0%)	138.00±4.78 (128.62-147.37)	
Raça			
Branco	37/40 (92.5%)	138.32±8.12 (122.40-154.25)	0,843
Pardo	119/127 (93.7%)	102.06±3.41 (95.37-108.74)	
Grau Instrução			
Até ensino fundamental	40/45 (88.9%)	97.03±6.53 (84.24-109.82)	***0,018***
Ensino médio ou superior	48/48 (100.0%)	NC	
Macrorregião			
Fortaleza	101/108 (93.5%)	139.72±4.81 (130.28-149.15)	0,740
Sobral	18/19 (94.7%)	78.62±5.10 (68.62-88.62)	
Cariri	8/8 (100.0%)	NC	
Sertão Central	15/16 (93.8%)	100.65±10.78 (79.53-121.77)	
Litoral Leste/Jaguaribe	9/11 (81.8%)	59.90±9.11 (42.04-77.76)	
Origem			
Capital	66/71 (93.0%)	138.44±6.21 (126.26-150.61)	0,977
Z metropolitana	28/30 (93.3%)	108.89±7.19 (94.81-122.98)	
Interior	59/63 (93.7%)	102.53±4.59 (93.54-111.53)	
Localização			
Cavidade Oral	83/91 (91.2%)	92.89±4.54 (83.99-101.79)	
Gls. salivares	28/28 (100.0%)	NC	0,141
Laringe	1/1 (100.0%)	NC	
Nasofaringe	28/29 (96.6%)	108.63±4.02 (100.75-116.51)	
OroFaringe	15/17 (88.2%)	82.85±15.62 (52.23-113.47)	
Tipo Histológico			
Não-CEC	47/49 (95.9%)	145.28±5.30 (134.88-155.67)	0,219

CEC	110/119 (92.4%)	100.21±3.98 (92.41-108.00)	
T			
T1/T2	42/42 (100.0%)	NC	***0,008***
T3/T4	49/57 (86.0%)	90.98±6.91 (77.44-104.52)	
N			
N0	50/51 (98.0%)	148.71±4.22 (140.44-156.98)	***0,004***
N+	40/47 (85.1%)	87.75±8.36 (71.37-104.13)	
Tratamento			
Não	30/31 (96.8%)	143.11±9.55 (124.39-161.83)	0,547
Cirurgia	23/24 (95.8%)	98.94±5.48 (88.20-109.68)	
Cirurgia + RT	21/23 (91.3%)	108.17±7.55 (93.36-122.97)	
Cirurgia + RQT	14/15 (93.3%)	79.12±5.28 (68.76-89.47)	
RT	25/25 (100.0%)	NC	
RQT	38/44 (86.4%)	94.28±6.91 (80.73-107.83)	
QT	6/6 (100.0%)	NC	

Por fim, na análise multivariada, foi possível observar que o principal fator preditor de óbito foi o comprometimento linfonodal (p=0,044), com risco de mortalidade 2,23 vezes (IC95% 1,02 - 4,87) maior quando comparado ao grupo N0.

Tabela 3 – Análise multivariada dos fatores associados à sobrevida de pacientes com menos de 40 anos com neoplasias malignas de cabeça e pescoço. Hospital Haroldo Juaçaba\ Instituto do Câncer do Ceará, 2013–2025.

	p-Valor	**aHR**	**CI95%**	
Grau Instrução	0,424	0,39	0,04	3,92
Localização	0,512	0,75	0,32	1,78
T	0,790	1,36	0,14	12,87
N	***0,044***	***2,23***	***1,02***	***4,87***

*p<0,05, regressão de Cox.

6. DISCUSSÃO:

O presente estudo demonstrou que, em uma coorte retrospectiva de 168 pacientes com menos de 40 anos e neoplasias malignas de cabeça e pescoço, a sobrevida global alcançou 93,5%. Observou-se uma predominância de pacientes do sexo masculino (60,7%), de raça parda (75,4%) e concentrados na faixa etária entre 31 e 40 anos (76,8%). A cavidade oral constituiu a localização anatômica mais frequente (54,8%), sendo o carcinoma de células escamosas (CEC) o tipo histológico predominante (70,8%). Entre os hábitos relatados, destacaram-se o etilismo (58,5%), o histórico familiar de câncer (58,9%) e o tabagismo (45,6%). Embora sexo, idade, localização e tipo histológico não tenham influenciado significativamente a sobrevida, o baixo nível de escolaridade, o estadiamento tumoral avançado (T3/T4) e o comprometimento linfonodal (N+) associaram-se a pior prognóstico na análise univariada, sendo o comprometimento linfonodal o único preditor independente na análise multivariada.

A predominância do sexo masculino (60,7%) e de pacientes pardos (75,4%) está em consonância com a literatura epidemiológica tradicional sobre o câncer de boca e orofaringe (Morais *et al*., 2017; Delagranda *et al*, 2018). Contudo, no que tange ao perfil etário, a concentração expressiva de casos entre 31 anos e 40 anos (76,8%) reflete a preocupante mudança na dinâmica populacional da doença. Historicamente, o CEC de cabeça e pescoço é diagnosticado em indivíduos acima dos 50 a 60 anos, associado a décadas de exposição contínua ao tabagismo e etilismo (Kang *et al*., 2021; Lemos Júnior *et al*., 2013) A presença desses hábitos, continua desempenhando um papel relevante como fatores associados, no entanto, o tempo de exposição mais curto nessa faixa etária indica a potencial participação de fatores alternativos, tais como susceptibilidade genética, histórico familiar, além de infecções por HPV e alterações imunológicas. (Neckel *et al*., 2020; Lechner *et al*., 2022; Lim *et al*., 2023)

Quanto aos aspectos histológicos, a literatura aponta o Carcinoma Espinocelular (CEC) como responsável por aproximadamente 90% a 95% de todas as neoplasias malignas orais. (Capote- Moreno *et al*, 2020). No presente estudo, que incluiu todas as neoplasias malignas de cabeça e pescoço, o CEC também representou a maioria dos diagnósticos (70,8%), proporção inferior à descrita para a cavidade oral, o que é esperado diante desse recorte. No entanto, um aspecto distintivo do perfil jovem observado nesta amostra foi a participação expressiva de tipos histológicos não-CEC (29,2%), com destaque para os tumores de glândulas salivares, como o carcinoma mucoepidermoide (9,5%), e linfomas

(7,1%). Esse achado corrobora os dados descritos que mostram uma maior diversidade histológica entre jovens em comparação com populações mais idosas, reforçando que lesões em jovens adultos exigem investigação diagnóstica minuciosa, uma vez que a etiologia glandular ou linfoide é proporcionalmente mais frequente nessa faixa etária. (Cariati *et al*., 2017)

Embora a ocorrência dessa condição seja descrita na literatura por seu comportamento agressivo e preocupação prognóstica (Van Monsjou *et al*., 2013; Morais *et al*., 2017), é fundamental considerar como os determinantes sociodemográficos modulam esse desfecho. Nesse contexto, os determinantes de prognóstico, como o grau de instrução demonstrou ser um preditor significativo de sobrevida (p=0,018), no qual pacientes com escolaridade restrita ao ensino fundamental apresentaram sobrevida inferior àqueles com ensino médio ou superior.

Essa hipótese ganha consistência quando analisada em conjunto com o estadiamento TNM. Tumores em estágios avançados (T3/T4) reduziram significativamente a sobrevida em comparação aos estágios iniciais (T1/T2; p=0,008). Ademais, na análise multivariada de Cox, o comprometimento linfonodal (N+) consolidou-se como o principal preditor independente de óbito, elevando o risco de mortalidade em 2,23 vezes (IC95% 1,02–4,87; p=0,044) em relação aos pacientes sem acometimento nodal (N0). Esse achado reforça que a disseminação linfonodal representa o principal marco biológico de agressividade e de atraso no diagnóstico nessa população, impactando diretamente a precocidade da intervenção e a continuidade do vínculo terapêutico (Le Campion *et al*., 2016). Contudo, para além da análise, é necessário reconhecer que a robustez deste dado está intrinsecamente vinculada à qualidade do estadiamento documentado e disponíveis nos prontuários institucionais.

Ademais, a influência do nível educacional não deve ser interpretada de forma isolada, mas sim como modulador da apresentação clínica ao diagnóstico. O nível educacional atua como um modulador crítico, uma vez que modula a percepção da doença e o acesso aos serviços de saúde. Pacientes com maior grau de instrução tendem a apresentar maior percepção de sinais e sintomas iniciais, adesão ao autoexame e busca recorrente por atendimento especializado, o que favorece o diagnóstico em estágios mais precoces e otimiza o prognóstico terapêutico. (Dantas *et al*., 2016; Moro *et al*., 2018)

Conforme enfatizado por Neckel *et al*., (2020), o prognóstico do câncer depende de múltiplos fatores, contudo, o estadiamento tumoral estabelece-se como eixo central da estratificação clínica, ultrapassando a percepção apenas da extensão anatômica. Isso reforça a hipótese de que o nível de escolaridade impacta diretamente, podendo levar a um diagnóstico

tardio, seguido de um pior estadiamento e, consequentemente, um prognóstico desfavorável. Essa sequência ilustra um ciclo de vulnerabilidade, onde culmina em lesões de maior extensão e maior complexidade terapêutica. Em contrapartida, quando a doença é identificada precocemente, observa-se uma elevação no sucesso da terapêutica aplicada, aumentando a taxa de sobrevida nesta população quando o acesso está presente. Nesse contexto, a taxa de sobrevida global (93,5%) observada nesta amostra, embora superior à média da literatura, não deve ser interpretada apenas como um reflexo da baixa agressividade biológica do tumor, mas também como um resultado condicionado pelo perfil sociodemográfico e pelo acesso ao diagnóstico precoce. (Dantas *et al*., 2016; Silva *et al*., 2019).

Além disso, a composição da amostra contribui para essa taxa elevada, na qual a proporção de sobreviventes foi de 100% nos tumores de glândulas salivares e de 96,6% na região nasofaringe. Em contrapartida, nos subgrupos de cavidade oral e de orofaringe nos quais se concentra a literatura sobre o CEC em jovens, as proporções foram de 91,2% e 88,2%, respectivamente. Quando analisadas sob a perspectiva do tempo até o evento, as estimativas de sobrevida global em 05 anos (Kaplan-Meier) para a cavidade oral para a orofaringe demonstram que, mesmo em sítios tradicionalmente associados a um comportamento mais agressivo, este estudo mantém resultados superiores aos frequentemente relatados na literatura clássica. Essa diferença pode ser atribuída a fatores como o diagnóstico em estágios clínicos mais precoces nessa faixa etária, à maior tolerância aos tratamentos multimodais e ao perfil diferenciado de comorbidades. Assim, a comparação com estudos restritos ao Carcinoma de Células Escamosas Oral (CCEO) (Morais *et al*., 2017; Neckel *et al.*, 2020; Cariati *et al*., 2017) deve considerar principalmente esses subgrupos.

De acordo com a 9ª edição do sistema de classificação TNM da União Internacional Contra o Câncer (UICC), o estadiamento constitui uma ferramenta fundamental para a estratificação prognóstica e a determinação das taxas de sobrevida (Brierley *et al*., 2025; Ferraz *et al*., 2010). Essa relevância do status linfonodal demonstra-se como preditor para óbito, confirmando os achados encontrados no presente estudo e os princípios estabelecidos pela união internacional contra o câncer (UICC). Contudo, embora esta correlação seja consistente, ela pode ser influenciada pela heterogeneidades no estadiamento clínico, baseado no exame clínico e imaginológico de variada acurácia, o que limita resultados para locais onde o acesso a métodos de imagem de alta complexidade seja restrito.

Segundo Le Campion *et al.* (2016), o diagnóstico em estágios avançados reduz drasticamente as possibilidades de cura, que sofre um acentuado declínio à medida que a lesão progride do estágio inicial para fases mais avançadas. Esse cenário é frequentemente

atribuído novamente ao atraso na procura por atendimento, após a detecção dos primeiros sinais, além do próprio diagnóstico tardio realizado por profissionais da saúde. Portanto, a relação observada no presente estudo, entre o nível de instrução e a progressão da doença em estágios localizados para o comprometimento linfonodal, pode representar um aspecto importante para o prognóstico desses pacientes, hipótese que deve ser testada em estudos futuros.

No entanto, é necessário reconhecer as limitações metodológicas inerentes ao presente estudo. A natureza retrospectiva da análise sujeita o trabalho a vieses de seleção e de informação, como o viés de seguimento decorrente da evasão de pacientes do serviço ou de desfechos ocorridos fora da rede assistencial, o que pode impactar a estimativa da sobrevida global. O número reduzido de eventos de interesse registrados na amostragem e a acentuada heterogeneidade histológica limitaram a realização de análises multivariadas mais robustas. Destaca-se a incompletude dos registros do estadiamento TNM (T e N disponíveis para cerca de 59% da amostra), o que impossibilitou a análise do estadiamento clínico (I a IV), parâmetro sabidamente crítico para a classificação e comparação de pacientes oncológicos, além de essencial para a análise de prognóstico e resposta terapêutica. Adicionalmente, observou-se expressiva proporção de dados faltantes na escolaridade e nos hábitos de vida e a ausência de consulta às bases oficiais de verificação de óbito (SIM/DATASUS). Por fim, ressalta-se a não inclusão da pesquisa do papilomavírus humano (HPV/p16), um biomarcador etiologicamente e prognosticamente determinante nos carcinomas de orofaringe. Ressalta-se, ainda, que a inclusão de diferentes localizações anatômicas e tipos histológicos, bem como de pacientes em idade pediátrica, limita a comparação direta com estudos restritos ao Carcinoma de Células Escamosas Oral (CCEO) em adultos jovens.

7. CONCLUSÃO:

As neoplasias malignas de cabeça e pescoço em pacientes com menos de 40 anos apresentaram predominância de carcinoma de células escamosas (CEC) na cavidade oral, sendo o comprometimento linfonodal (N+) o único preditor independente de óbito. Esses achados reforçam a importância do diagnóstico precoce e de políticas públicas de educação em saúde direcionadas a populações com menor escolaridade, visando aumentar a taxa de sobrevida.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. O. M.; SANTOS, C. A. DE S. T.; OLIVEIRA, M. C. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 894–905, out. 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/TqZ4DxHm3hrxjqWzRhGrCvJ/?lang=pt. Acesso em: 3 out. 2026.

BRIERLEY, James; GIULIANI, Meredith; O'SULLIVAN, Brian; ROUS, Brian; VAN EYCKEN, Elizabeth (ed.). **TNM classification of malignant tumours.** 9th ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2025. Disponível em: https://www.wiley.com/en-us/shop/general-introductory-medical-science/tnm-classification-of-malignant-tumours-9th-edition-p-9781394216871. Acesso em: 3 nov. 2026.

CAPOTE-MORENO, A. *et al*. Oral squamous cell carcinoma: epidemiological study and risk factor assessment based on a 39-year series. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, [*s. l.*], v. 49, n. 12, p. 1525-1534, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijom.2020.03.009. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32360101/. Acesso em: 26 abr. 2026.

CARIATI, P. *et al*. Oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma in young adults: A retrospective study in Granada University Hospital. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal,** [*s. l.*], v. 22, n. 6, p. e679-e685, 2017. DOI: https://doi.org/10.4317/medoral.21755. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29053649/. Acesso em: 3 out. 2026.

DANTAS, Thinali Sousa et al. Influence of educational level, stage, and histological type on survival of oral cancer in a Brazilian population: a retrospective study of 10 years observation. **Medicine**, v. 95, n. 3, p. e2314, 2016. DOI: 10.1097/md.0000000000002314. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26817864/. Acesso em: 26 abr. 2026.

DELAGRANDA, A. et al. Epidemiological features of cancers of the oral cavity, oropharynx, hypopharynx and larynx cancer in Réunion Island. **European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases**, [s. l.], v. 135, n. 3, p. 175-181, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/j.anorl.2018.01.008. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29673737/. Acesso em: 3 out. 2026.

FERRAZ, L. G. et al. Relação do estadiamento clínico (TNM) e histopatológico (pTNM) com a sobrevida no carcinoma espinocelular avançado de boca e orofaringe. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço.** [s. l.], v. 39, n. 1, p. 250-255, 2010. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-570071. Acesso em: 26 abr. 2026.

MORAIS, E. F. de et al. Prognostic factors of oral squamous cell carcinoma in young patients: a systematic review. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, [s. l.] , v. 75, n. 7, p. 1555-1564, 2017. DOI: 10.1016/j.joms.2016.12.017. Disponível em:https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278239116312861?via%3Dihub. Acesso em: 26 abr. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa de 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil. Acesso em: 26 abr. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/relatorio-sobre-o-cenario-assistencial-e-epidemiologico-do-cancer-de-labio-e. Acesso em: 26 abr. 2026.

KANG, E. J. et al. Characteristics and treatment patterns in older patients with locally advanced head and neck cancer (KCSG HN13-01). **The Korean Journal of Internal Medicine,** [s. l.], v. 37, n. 1, p. 190-200, 2021. DOI: https://doi.org/10.3904/kjim.2020.636. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34929077/. Acesso em: 26 abr. 2026.

LE CAMPION, A. C. O. V. et al. Characterization of diagnostic delay in oral and oropharyngeal cancer at two referral centers. **Cadernos de Saúde Coletiva,** [s. l.], v. 24, n. 2, p. 178-184, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/jzT3K7Mvnhq4YN4LJLNCKFN/?lang=pt. Acesso em: 26 abr. 2026.

LECHNER, M. et al. HPV-associated oropharyngeal cancer: epidemiology, molecular biology and clinical management. **Nature Reviews Clinical Oncology**, [s. l.], v. 19, p. 306-327, 2022. DOI: https://doi.org/10.1038/s41571-022-00603-7. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35105976/. Acesso em: 26 abr. 2026.

LEMOS JÚNIOR, C. A. et al. Câncer de boca baseado em evidências científicas. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, [*s. l.*], v. 67, n. 3, p. 178-186, 2013. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762013000300002. Acesso em: 26 abr. 2026.

LIM, Y. X. et al. Clinical, morphologic and molecular heterogeneity of HPV-associated oropharyngeal cancer. **Oncogen**e, [*s. l.*], v. 42, p. 2939-2955, 2023. DOI: 10.1038/s41388-023-02819-y. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37666939/. Acesso em: 26 abr. 2026.

LYDIATT, W. M. et al. Head and neck cancers-major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual**. CA Cancer Journal for Clinicians,** [*s. l.*], v. 67, n. 2, p. 122-137, 2017. DOI:https://doi.org/10.3322/caac.21389. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28128848/. Acesso em: 26 abr. 2026.

MACHIELS, J. P. et al. Squamous cell carcinoma of the oral cavity, larynx, oropharynx and hypopharynx: EHNS–ESMO–ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of Oncology**, [*s. l.*], v. 31, n. 11, p. 1462-1475, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.07.011. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33239190/. Acesso em: 26 abr. 2026.

MORO, J. da S. et al. Oral and oropharyngeal cancer: epidemiology and survival analysis. **Einstein (São Paulo)**, [*s. l.*], v. 16, n. 2, p. 1-5, 2018. DOI: 10.1590/S1679-45082018AO4248. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29898090/ Acesso em: 26 abr. 2026.

NECKEL, N. et al. Rediscussing the role of traditional risk factors in young adults with oral squamous cell carcinoma. **Anticancer Research**, [s. l.], v. 40, n. 12, p. 6987-6995, 2020. DOI: 10.21873/anticanres.14723. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33288593/. Acesso em: 26 abr. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global cancer burden growing, amidst mounting need for services.** Genebra: OMS, 1 fev. 2024. Disponível em: https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services. Acesso em: 3 out. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-O**: Classificação Internacional de Doenças para Oncologia. 3. ed. São Paulo: Edusp, 2005. Disponível em: https://fosp.saude.sp.gov.br/wp-content/uploads/CID-O.pdf. Acesso em: 26 abr. 2026.

PANARESE, I. et al. Oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: prognostic and predictive parameters in the etiopathogenetic route. **Expert Review of Anticancer Therapy,** [*s. l.*], v. 19, n. 2, p. 105-119, 2019. DOI: 10.1080/14737140.2019.1561288. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30582397/. Acesso em: 26 abr. 2026.

RÉVÉSZ, M. et al. The characteristics of head and neck squamous cell cancer in young adults: a retrospective single-center study. **Pathology & Oncology Research**, [s. l.], v. 29, art. 1611123, 24 Apr. 2023. DOI: 10.3389/pore.2023.1611123. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37168050/. Acesso em: 26 abr. 2026.

SHARMA, D.; SINGH, G. Squamous cell carcinoma of the oral cavity and oropharynx in young adults. **Indian Journal of Cancer**, [*s. l.*], v. 53, n. 3, p. 399-401, 2016. DOI: 10.4103/0019-509x.200681. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28244469/. Acesso em: 26 abr. 2026.

SILVA, P. G. de B. *et al*. A ten-year retrospective study of the clinical, sociodemographic, and survival characteristics of patients with oral and pharyngeal squamous cell carcinomas. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 2, n. 6, p. 5160-5172, 2019. DOI: https://doi.org/10.34119/bjhrv2n6-022. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/4512/5614. Acesso em: 26 abr. 2026.

VAN MONSJOU, H. S. et al. Cause-specific excess mortality in patients treated for cancer of the oral cavity and oropharynx: A population-based study. **Oral Oncology,** *[s. l.]* , v. 52, p. 37-44, 2016. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2015.10.013. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26553390/. Acesso em: 26 abr. 2026.

VAN MONSJOU, H. S. et al. Oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma in young patients: the Netherlands Cancer Institute experience. **Head & Neck**, [s. l.], v. 35, p. 94-102, 2013. DOI: 10.1002/hed.22935. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22431238/. Acesso em: 26 abr. 2026.

VARGAS, D. G. de M et al. Inclusion of oral health teams in primary health care promotes early diagnosis of oral and oropharyngeal cancers: a nationwide study. **BMC Oral Health**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 312, 2021. DOI: 10.1186/s12903-021-01664-3. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34144686/. Acesso em: 26 abr. 2026.

ANEXOS – PARECER CEP

INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARA - ICC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise epidemiológica de câncer de boca e orofaringe em jovens adultos com menos de 40 anos: tendências, fatores de risco e prognóstico

Pesquisador: Thinali Sousa Dantas
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 91983325.1.0000.5528
Instituição Proponente: Instituto do Cancer do Ceara
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.862.881

Apresentação do Projeto:
Carcinoma de Células Escamosas e Epidemiologia: O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, considerado como uma das principais causas de morte e, como consequência, um dos principais obstáculos para o aumento da expectativa de vida em todo o mundo. O impacto da incidência e da mortalidade por câncer está aumentando rapidamente no cenário mundial, refletindo mudanças nos perfis populacionais e padrões de saúde (OMS, 2023). O carcinoma de células escamosas oral (CCEO) é descrito como uma neoplasia maligna que se origina das células epiteliais escamosas que revestem a mucosa da cavidade oral, sendo considerado este o carcinoma mais prevalente na região da cabeça e pescoço, representando quase 95% de todos os casos de câncer em cavidade oral e orofaringe (CAPOTE-MORENO et al.,2020). Estima-se uma tendência a recidivas com metástases, associada à elevada agressividade, o que torna o prognóstico especialmente desfavorável, independentemente da faixa etária acometida. Estudos demonstraram que a faixa etária mais acometida pelo câncer de boca varia entre 50 a 60 anos de idade, sendo os indivíduos mais acometidos do sexo masculino e preferencialmente pardos. Há ainda outros fatores que podem contribuir como renda, local onde reside e nível de informação. No entanto, houve um aumento

Endereço: PAPI JÚNIOR, 1222
Bairro RODOLFO TEÓFILO **CEP:** 60.430-230
UF: CE **Município** FORTALEZA
Telefone (85)3288-4478 **Fax:** (85)3288-4478 **E-** cep.icc@frt.edu.br



significativo em jovens adultos abaixo de 40 anos (INCA, 2021). Fatores de Risco e Prognóstico: A identificação dos fatores de risco é essencial para o estabelecimento de medidas preventivas que visem à redução da ocorrência dessa condição. De acordo com a literatura, são considerados fatores de risco tradicionais de maior destaque: o tabagismo, que apresenta risco aproximadamente 20 (vinte) vezes maior para o desenvolvimento do câncer oral, quando comparado àqueles que nunca fumaram; o alcoolismo; a dieta, cuja a alimentação apresenta carência de sais minerais e vitaminas; a imunossupressão; infecções causadas por vírus, como o vírus Epstein-Barr (EBV) e o Papilomavírus Humano (HPV). Ademais, a literatura demonstra que, além do perfil tradicional de risco, existem fatores de risco alternativos, como alterações genéticas, estado hormonal e comorbidades, tais como doenças pulmonares e cardiovasculares. Embora esses fatores ainda não estejam totalmente esclarecidos, há indícios de que possam estar relacionados à incidência do câncer. Atualmente, diversos fatores prognósticos podem influenciar na sobrevivência dos pacientes e impactar na escolha terapêutica mais adequada. Os elementos mais fundamentais empregados no prognóstico incluem as características do sistema TNM, em que T representa a extensão do tumor, N refere-se ao comprometimento dos linfonodos regionais, e M denota a presença de metástases à distância. A identificação precoce do câncer constitui um aspecto crucial para o desfecho clínico do paciente. A ausência de um diagnóstico precoce, seja por parte de indivíduos ou profissionais da saúde, por meio de um simples exame clínico da cavidade oral, pode resultar em óbito prematuro do paciente, devido ao estadiamento da doença.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

Há um aumento dos casos de Carcinomas Orais e em Orofaringe em pacientes com idade abaixo de 40 anos não associado aos fatores de risco convencionais.

Objetivo Primário:

Analisar o perfil epidemiológico, hábitos e comportamentos dos últimos casos registrados com diagnóstico oncológico em jovens adultos abaixo de 40 anos.

Objetivo Secundário:



- Identificar o Perfil Epidemiológico do paciente com carcinoma Oral com idade abaixo de 40 anos;
- Analisar os fatores sociodemográficos e clínico patológicos associados a esses tumores;
- Traçar a sobrevida global e os fatores que influenciam diretamente na sobrevida destes pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Inconsistência e acesso indevido aos dados: A coleta e armazenamento de dados sem critérios rigorosos pode levar à inconsistência das informações, comprometendo a validade dos resultados. Além disso, o acesso não autorizado pode prejudicar a validação de dados. Protocolos como padronização dos instrumentos de coleta e utilização de sistemas seguros, pode minimizar esses riscos
- Risco de vazamento de dados: A manipulação de informações sensíveis sem medidas de segurança adequadas pode expor os dados dos participantes. Ademais, com a utilização de códigos numéricos substituindo os nomes pessoais contribui para a anonimização dos dados dos participantes. Reduzindo significativamente o risco de identificação e protegendo a privacidade

Benefícios:

- Identificação de novos fatores de risco: A análise epidemiológica permite a detecção de fatores de risco ainda não descritos, contribuindo para estratégias preventivas. Essa identificação precoce é essencial para a formulação de políticas públicas de saúde e implica diretamente na redução da incidência e aumento da qualidade de vida da população.
- Prevenção e diagnóstico precoce: A prevenção e o diagnóstico precoce possibilita intervenções clínicas em estágios iniciais da doença, aumentando as chances de cura, reduzindo custos com tratamentos avançados e melhorando o prognóstico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, retrospectivo e transversal, onde serão levantados os prontuários dos pacientes com idade abaixo de 40 anos

Endereço: PAPI JÚNIOR, 1222
Bairro RODOLFO TEÓFILO **CEP:** 60.430-230
UF: CE **Município** FORTALEZA
Telefone (85)3288-4478 **Fax:** (85)3288-4478 **E-** cep.icc@frt.edu.br



com Carcinoma de Células Escamosas Oral e em Orofaringe diagnosticados e tratados no Hospital Haroldo Juaçaba - Instituto do Câncer do Ceará entre os anos de 2015 e 2025. Os dados sócio-demográficos, como idade, sexo, grau de instrução, raça/cor, tipo de entrada no hospital (convênio/particular ou SUS) e religião, serão levados em consideração para seleção da amostra. Dados clínico-patológicos, como tipo histológico do tumor, do tratamento realizado também serão avaliados como critério de inclusão no estudo. A localização do tumor primário será classificada conforme recomendado pela OMS, pela classificação internacional das doenças (BRASIL, 2005). O TNM do tumor será definido conforme proposição Joint Committee on Cancer (AJCC) Cancer Staging Manual, Eighth Edition que determina TNM, sendo T referente ao tamanho do tumor, N a acometimento linfonodal e M relacionado a metástases a distância. Com relação aos estágios, considerou-se estágio I; estágio II; estágio III; e estágio IV que engloba os estágios IVA, IVB e IVC (Lydiatt et al., 2017). Também será coletada a sobrevida, que será obtida através da diferença entre a data do início do tratamento (dia, mês e ano) a data do óbito (dia mês e ano) utilizando para fins de análise estatística a quantidade de semanas entre essas datas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados termos obrigatórios: Folha de rosto, Termo de fiel depositário, Parecer técnico e cronograma de execução.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado desse CEP acompanha o parecer do relator aprovando-o como se apresenta.

LEMBRETES IMPORTANTES: I - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa; II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da

INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARA - ICC



pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situaçã
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2551944.pdf	15/09/2025 11:08:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pesquisa.pdf	14/09/2025 22:02:48	CASSIA MARIA FERNANDES GOMES PEREIRA	Aceito
Outros	termo.pdf	14/09/2025 21:24:25	CASSIA MARIA FERNANDES GOMES PEREIRA	Aceito
Outros	Parecer.pdf	14/09/2025 21:23:13	CASSIA MARIA FERNANDES GOMES PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	14/09/2025 21:20:51	CASSIA MARIA FERNANDES GOMES PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FORTALEZA, 26 de Setembro de 2025

Assinado por:
Marcelo Gurgel Carlos da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: PAPI JÚNIOR, 1222
Bairro RODOLFO TEÓFILO **CEP:** 60.430-230
UF: CE **Município** FORTALEZA
Telefone (85)3288-4478 **Fax:** (85)3288-4478 **E-** cep.icc@frt.edu.br