



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA**

CAROLINE GÓES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO PACIENTE COM CÂNCER DE
CABEÇA E PESCOÇO ATENDIDO NO SETOR DE
ODONTOLOGIA DO HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ NO ANO
DE 2006.**

Salvador
2007

CAROLINE GÓES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO PACIENTE COM CÂNCER DE
CABEÇA E PESCOÇO ATENDIDO NO SETOR DE
ODONTOLOGIA DO HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ NO ANO
DE 2006.**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Odontologia com área de concentração em Clínica Odontológica

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Maria Pedreira Ramalho
Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Teixeira Cangussu

Salvador
2007

Dedico este trabalho:

Aos meus pais, Álvaro e Cristina, pessoas maravilhosas com um caráter excepcional que são os grandes responsáveis pelo que sou hoje. Por terem estado sempre ao meu lado, me estimulando a crescer e buscar sempre mais. Eles estão presentes em cada uma das palavras que escrevi.

Ao meu marido, Rafael, meu amor e companheiro de todas as horas que sempre me apoiou e incentivou a perseguir meus sonhos e nunca desistir. Por ter agüentado a barra do meu lado, os desabafos, momentos estressantes e por ter vibrado junto comigo com todas as pequenas conquistas que foram acontecendo ao longo do caminho.

Ao meu irmão, Mário, pela sua alegria e descontração nos momentos necessários.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo dom da vida e pela saúde.

Agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Luciana Ramalho que foi a responsável pelo meu despertar na área da pesquisa ainda durante a graduação. Que sempre me estimulou nesta área e que não é apenas minha professora e orientadora, se tornou uma amiga por quem tenho grande admiração e respeito, como pessoa, e principalmente, como profissional. Fico muito feliz de ter trabalhado mais uma vez com esta pessoa tão maravilhosa.

À Profa. Dra. Cristina Cangussu, Tininha, que no decorrer do trabalho se tornou minha co-orientadora e que me mostrou que existia uma luz no fim do túnel. Agradeço toda a sua disponibilidade, rapidez e grande contribuição ao trabalho. Sempre com suas palavras de otimismo, me fez acreditar que era possível.

À equipe de Odontologia do Hospital Aristides Maltez, Drs. Benedito, Solange, Fátima, Glória, Cátia, Luiz, Narcílio, Rosa e Sérgio, que, sempre muito disponíveis e amáveis, me acolheram em seu local de trabalho, permitindo que fosse possível a coleta de dados desta pesquisa.

À Diretoria e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Aristides Maltez, por terem aceitado nosso projeto de pesquisa.

Ao pessoal do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) da Carlos Gomes, que me receberam de portas abertas e onde conheci Dra. Solange e Dr. Luiz, grandes incentivadores desta pesquisa.

Aos pacientes que participaram desta pesquisa, que apesar de estarem passando por momentos de dificuldade e sofrimento, colaboraram prontamente com este trabalho.

Aos meus colegas do mestrado, Ana, Christiano, Cinthia, Dani, Fernanda, Glauber, Gustavo, Ian, Joaquim, Kátia e Vita, pela convivência e ótimas amizades. Por todos os momentos que passamos e crescemos juntos, saibam que muito de vocês está nessas páginas.

Aos meus colegas da turma nova do mestrado, em especial à Bárbara, pelos momentos vividos e pelo ouvido amigo para contar as dificuldades e alegrias.

Aos meus colegas e professores da graduação que fizeram parte da minha formação profissional. Em especial à minha colega e grande amiga Flávia, meu ombro e ouvido amigo que sempre conseguia me estimular a prosseguir batalhando mesmo em meio às dificuldades encontradas. Pelo seu exemplo de persistência e profissionalismo.

Às auxiliares do setor de Odontologia do HAM, principalmente Iradir e Florência, pelos prontuários solicitados.

À Celina, funcionária da disciplina de Estomatologia da FOUFBA, com sua alegria de viver que contagiava a todos, por me auxiliar com os pacientes no ambulatório.

À equipe de Patologia e Estomatologia da FOUFBA, em especial à Luciana, Sílvia, Viviane, Falcão e Jean, que contribuíram para minha formação profissional e meu apreço por estas especialidades.

Ao curso de Pós-graduação em Odontologia da UFBA pela infra-estrutura e contribuição dos professores e funcionários.

À Faculdade de Odontologia da UFBA, minha eterna escola, pelos seus ambulatórios sempre de portas abertas.

À minha família, pelas palavras de apoio e incentivo em todos os momentos.

Aos meus amigos, simplesmente por existirem e serem quem são.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pelo apoio financeiro através da bolsa de estudos.

RESUMO

O câncer é um problema de saúde pública mundial e apresenta altas taxas de morbimortalidade. Estudos epidemiológicos regionais são importantes na caracterização das peculiaridades da população em cada região do Brasil. O presente trabalho teve como objetivo determinar o perfil do paciente com câncer de cabeça e pescoço atendido no setor de Odontologia do Hospital Aristides Maltez (Salvador, BA) no ano de 2006. Foram 94 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino (72,34%), cor/raça parda (58,51%), com média de idade de 57,52 anos; 74,47% nasceram na zona rural/interior e 52,13% residem no interior. Observou-se uma predominância de indivíduos analfabetos ou com baixa escolaridade (79,79%) e casados ou que moravam com companheiro (51,06%). A cavidade bucal, com 50% dos casos, foi o local mais acometido e, nesta localização, a língua e o assoalho bucal foram predominantes. O carcinoma espinocelular foi o tipo histológico mais encontrado (80,85%). No momento do diagnóstico, as lesões apresentavam dimensões maiores (T3 e T4) em 59,58% dos casos, ausência de metástase regional em 60,64% e presença de metástase à distância em apenas um caso (1,06%). O estadiamento clínico foi composto principalmente pelos estádios III e IV (68,09%) e, histologicamente, constatou-se mais lesões do tipo moderadamente (38,30%) e bem diferenciado (29,79%). Na história odontológica, a escovação diária era realizada por 88,30% dos pacientes, entretanto o uso de fio dental e anti-sépticos era infreqüente. O tratamento odontológico mais realizado foi a exodontia (93,62%) e a necessidade de tratamento mais comum foi prótese dentária (73,40%). Quanto aos hábitos do tabagismo e do etilismo, 87,24% realizavam algum tipo prevalecendo o uso de ambos associados (62,77%). Predominou o tempo de utilização do fumo ou álcool por mais de 30 anos e a idade de início do fumo, igual ou inferior a 15 anos (56,25%). Lesões com estágio clínico III e IV tiveram uma maior tendência a ocorrer em pacientes do sexo masculino, cor/raça preta, etilistas, residentes em áreas urbanas e que começaram a fumar com idade maior do que 15 anos ($p < 0,20$).

Palavras-chaves: Neoplasias de Cabeça e Pescoço; Epidemiologia; Perfil de Saúde; Análise Transversal.

ABSTRACT

Cancer constitutes a public health problem and displays high mortality and morbidity rates. The development of regional epidemiological researches are important to characterize the peculiarities of the population throughout Brazilian's regions. The purpose of this study was to establish the profile of the patient with head and neck cancer attended at the Dentistry's sector of Aristides Maltez Hospital (Salvador, BA) during the year of 2006. Ninety four patients were analyzed, being mostly males (72,34%), mestizos (58,51%), with mean age of 57,52 years; 74,47% were born in the rural zone and 52,13% lived in that area. Illiterate or with low schooling (79,79%) and married (51,06%) individuals were predominant. The oral cavity represented 50% of the cases and, in this location, the tongue and the floor of the mouth were more prevalent. Squamous cell carcinoma was the most prevalent histological type (80,85%). At diagnosis, the lesions presented bigger dimensions (T3 and T4) in 59,58% of the cases, no lymph nodes metastasis in 60,64% and distant metastasis in just one case (1,06%). The most prevalent clinical stages were III and IV (68,09%) and the moderately- (38,30%) and well-differentiated (29,79%) histological grades were more prevalent. Daily tooth brushing was done by 88,30% of the patients, however the use of dental floss and antiseptics were infrequent. The most prevalent dental treatment done was extraction (88,30%) and the most common treatment needed was dental prosthesis (73,40%). The tobacco and/or alcohol habits were present in 87,24% of the cases and the use of both together represented 62,77%. It was more prevalent the duration for using tobacco or alcohol of more than 30 years and the age to start the use of tobacco of 15 years or lower (56,25%). Lesions in stages III and IV had a bigger trend to occur in males, blacks, drinkers, residents in the urban area and that have started to smoke with more than 15 years of age ($p < 0,20$).

Keywords: Head and Neck Neoplasms; Epidemiology; Health Profile; Period Analysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio-demográficas de pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007	39
Tabela 2 - Características das neoplasias de pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007	40
Tabela 3 - Hábitos de higiene bucal em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007	41
Tabela 4 - Tabagismo em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007	43
Tabela 5 - Etilismo em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007	44
Tabela 6 - Avaliação do componente tamanho do tumor em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007	45
Tabela 7 - Odds ratio (OR) e o intervalo de confiança a 95%, para associação entre tamanho do tumor e sexo e cor/raça em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006, obtidas na análise exploratória da regressão logística. Salvador, 2007	45
Tabela 8 - Avaliação do componente metástase regional em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007	46
Tabela 9 - Avaliação do componente estadiamento clínico em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007	47
Tabela 10 - Odds ratio (OR) e o intervalo de confiança a 95%, para associação entre estadiamento clínico e sexo, cor/raça e hábito do etilismo em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006, obtidas com regressão logística. Salvador, 2007	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Hábitos do tabagismo e do etilismo em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007

43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEC	Carcinoma Espinocelular
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
diag	Diagnóstico
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
DP	Desvio Padrão
EC	Estadiamento Clínico
FOUFBA	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia
g	Grama
GHM	Graduação Histológica de Malignidade
HAM	Hospital Aristides Maltez
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LBCC	Liga Bahiana Contra o Câncer
ml	Mililitro
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio
QT	Quimioterapia
RT	Radioterapia
sint	Sintomas
SUS	Sistema Único de Saúde
TNM	Sistema de classificação dos tumores malignos. O componente T representa o tamanho do tumor; N, metástase regional e M, metástase à distância
trat	Tratamento
UICC	União Internacional Contra o Câncer
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	Fatores de risco	16
2.2	Epidemiologia	22
2.3	Tratamento	29
3	PROPOSIÇÃO	32
4	METODOLOGIA	33
4.1	Características do estudo	33
4.2	População e amostra	33
4.3	Coleta e instrumento de coleta de dados	34
4.4	Processo de modelagem	37
4.5	Aspectos éticos	38
5	RESULTADOS	39
6	DISCUSSÃO	49
7	CONCLUSÃO	66
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	74

1 INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um problema de saúde pública mundial devido a suas taxas de incidência e mortalidade bastante elevadas. O câncer que acomete a região de cabeça e pescoço é responsável por aproximadamente 10% do total de casos de câncer registrados (INCA, 2002b; CARDOSO et al., 2005).

Os principais fatores de risco para o câncer de cabeça e pescoço são tabagismo e etilismo. Ambos têm capacidade para desenvolver o câncer de forma independente, entretanto quando utilizados conjuntamente, o risco é potencializado. O tabaco tem uma associação mais forte com o desenvolvimento do câncer, sendo responsável por mais de 60% dos casos em cabeça e pescoço (MACFARLANE et al., 1995).

Existem outros fatores de risco que também podem estar relacionados ao desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço como a radiação ultravioleta, principal fator etiológico do câncer de lábio; hábitos bucais nocivos como uso de próteses mal adaptadas e má higiene bucal; deficiência nutricional; infecções por vírus e; recentemente, estudos estão associando o diabetes melitos do tipo 1 ao câncer (MACFARLANE et al., 1995; VELLY et al., 1998; MACKENZIE et al., 2000; DEDIVITIS et al., 2004; LLEWELLYN et al., 2004; PITHAN et al., 2004; GOUTZANIS et al., 2007).

O câncer de cabeça e pescoço é mais comum em homens do que em mulheres, e atinge pessoas com idade acima dos 45 anos. Na cavidade bucal, a língua é local mais acometido, seguido por assoalho bucal e rebordo alveolar. O tipo histológico mais prevalente é o carcinoma espinocelular, responsável por cerca de 95% dos casos (CHERUBINI et al., 1991; ONOFRE et al., 1997;

DURAZZO et al., 2005; GRANDI; CANÇADO; SANT'ANA FILHO, 2005; OLIVEIRA et al., 2005).

O câncer é classificado clinicamente de acordo com o estágio TNM e histologicamente, de acordo com a graduação histológica de malignidade. O estágio TNM auxilia na determinação do prognóstico e estimativa de sobrevida do paciente, e também na escolha da terapêutica mais indicada para cada caso (NOGUCHI et al., 1999; COSTA; ARAÚJO JR; RAMOS, 2005; CHOI et al., 2006; GARZINO-DEMO et al., 2006; LAM; LOGAN; LUKE, 2006).

Os tratamentos mais utilizados em lesões na região de cabeça e pescoço são cirurgia, radioterapia e quimioterapia, sendo a cirurgia o tratamento de eleição. A escolha da terapêutica é baseada nas características do tumor, estadiamento clínico e graduação histológica. Quanto mais avançado o tumor no momento do diagnóstico, pior o prognóstico do paciente. Pacientes com câncer nesta localização, geralmente, apresentam lesões mais avançadas e disseminadas no momento do diagnóstico, tendo prognóstico desfavorável e tratamento mais mutilante e debilitante (LOPES et al., 1998; MARTINS DE CASTRO et al., 2002).

Estudos epidemiológicos sobre o câncer de cabeça e pescoço são fundamentais para conhecer o perfil dos pacientes acometidos e traçar medidas de prevenção e diagnóstico mais eficazes. No Brasil, apesar de existirem diversos estudos nesta área, poucos são realizados na região Norte/Nordeste. Devido ao Brasil apresentar grande extensão territorial, as características geográficas e sócio-econômico-culturais são diferentes de acordo com a região estudada e exercem forte influência nas variáveis relacionadas à doença. Portanto, estudos em cada região devem ser realizados

para conhecer as especificidades daquela população e direcionar as medidas de prevenção e diagnóstico.

O presente trabalho objetiva determinar o perfil epidemiológico do paciente com câncer de cabeça e pescoço atendido no setor de Odontologia do Hospital Aristides Maltez (Salvador, Bahia) no ano de 2006 e contribuir com o estudo do câncer na Bahia, mostrando características e peculiaridades clínicas que possam evidenciar fatos novos e, por conseguinte, nortear pesquisas neste campo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O câncer é uma doença degenerativa que apresenta alta incidência na população mundial e elevada taxa de morbi-mortalidade. É considerado um grande problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No ano de 2000, de acordo com as estatísticas mundiais, ocorreram 10 milhões de casos novos de câncer e 6,2 milhões de pessoas morreram por essa causa, o que corresponde a 12% do total de mortes por todas as causas (INCA, 2003). Somente no Brasil, 472.050 novos casos foram estimados para o ano de 2006 (INCA, 2005). Nos Estados Unidos estima-se para o ano de 2006, 1.399.790 novos casos de câncer (JEMAL et al., 2006). Se a tendência atual não se modificar, prevê-se que em 20 anos a incidência aumentará em cerca de 50% (INCA, 2003).

Atualmente o câncer constitui a segunda causa de morte por doenças no Brasil, atrás somente das doenças cardiovasculares (SANNOMIYA et al., 2003; BITTENCOURT et al., 2004). A mortalidade por câncer no Brasil aumentou nos últimos anos (INCA, 2002a; WÜNSCH FILHO; MONCAU, 2002). A taxa de mortalidade reflete o risco de morte em um dado período entre uma população específica. Segundo dados do Ministério da Saúde, no período de 1979 a 1983, a taxa bruta de mortalidade para o sexo masculino foi de 55,62 por 100.000 homens e para o sexo feminino, 44,95 por 100.000 mulheres. Entre 1995 e 1999, esse valor aumentou para 72,34 e 59,67, respectivamente. O estado brasileiro com as maiores taxas de mortalidade por câncer é o Rio de Janeiro, seguido por São Paulo e Rio Grande do Sul. A Bahia encontra-se em 11º lugar com taxa bruta de mortalidade de 33,44 por 100.000 homens e 30,95 por 100.000 mulheres (INCA, 2002a).

Dentre as localizações anatômicas acometidas pelo câncer, temos a região de cabeça e pescoço, que corresponde ao lábio, cavidade bucal, faringe (orofaringe, nasofaringe, hipofaringe), laringe, seios maxilares, cavidade nasal, seios etmoidais, glândulas salivares e glândula tireóide (C00-13, C30.0, C31.0, 1, C32.0, 1, 2, C73 de acordo com a CID-10) (OMS, 1997). A região de cabeça e pescoço é responsável por aproximadamente 10% do total de casos de câncer (INCA, 2002b; PRADO; TAVEIRA, 2003; CARDOSO et al., 2005), sendo o sexto mais comum câncer do mundo (CHIDZONGA; MAHOMVA, 2006; SATHYAN et al., 2006). No Brasil, o câncer bucal é o 4º câncer mais freqüente no sexo masculino e o 7º mais freqüente no sexo feminino, sendo responsável por 40% dos cânceres de cabeça e pescoço (INCA, 2002b). Para o ano de 2006 no Brasil, foram estimados 13.470 novos casos de câncer de boca (que engloba cavidade bucal e lábio). Especificamente na Bahia, as estimativas apontam para 700 casos novos, sendo 280 na capital (INCA, 2005).

2.1 FATORES DE RISCO

A carcinogênese é um processo multifatorial em que alterações genéticas nos oncogenes e genes supressores de tumor levam à interrupção dos caminhos regulatórios normais que controlam as funções celulares básicas incluindo a divisão, diferenciação e apoptose das células. Os principais fatores ambientais que desencadeiam os eventos mutagênicos iniciais para o câncer de cabeça e pescoço são o tabagismo e o etilismo, que contribuem para aproximadamente 75% de todos os cânceres de cabeça e pescoço (MACFARLANE et al., 1995; WEINBERG; ESTEFAN, 2002; GOUTZANIS et al., 2007). Outros fatores de risco são radiação solar, baixa ingestão de vegetais e frutas frescas, estados de imunodeficiência crônica e histórico

familiar de câncer em cabeça e pescoço (COSTA; ARAÚJO JR; RAMOS, 2005; GOUTZANIS et al., 2007).

O tabagismo e o etilismo são fatores de risco importantes para o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço. O tabaco pode apresentar-se sob diversas formas como cigarro, charuto, cachimbo e tabaco sem fumaça. Independente da sua apresentação comercial, o fumo do tabaco resulta em várias substâncias como a nicotina, alcatrão, benzeno, benzopireno, monóxido de carbono, amônia, dimetilnitrosamina, formaldeído, cianeto de hidrogênio e acroleína (PALMER et al., 2005). Muitas dessas substâncias apresentam potencial carcinogênico. Esses carcinógenos têm ação direta na mucosa bucal como irritantes químicos sobre as células (PITHAN et al., 2004).

A nicotina é o maior constituinte do tabaco e é responsável por causar sua dependência. Além disso, acredita-se que a nicotina esteja envolvida com a carcinogênese através da inibição da apoptose. A nicotina age contra os efeitos das substâncias que estimulam a apoptose (importante mecanismo no controle da proliferação das células), reduzindo a taxa desta (PRADO; TAVEIRA, 2003).

Fumantes apresentam um risco de cerca de 2 a 5 vezes maior para o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço do que não fumantes (BLOT et al., 1988). E esse risco aumenta de acordo com o número de cigarros utilizados e duração do vício. Em pacientes que abandonam o hábito de fumar, esse risco tende a diminuir, entretanto são necessários muitos anos para que alcance o nível dos indivíduos que nunca fumaram (MACFARLANE et al., 1995; BLOT et al., 1988; MORENO-LÓPEZ et al., 2000; WINN, 2001). O risco cai para metade quando o tempo de suspensão do vício é maior do que 9 anos (MACFARLANE et al., 1995).

O uso do álcool também é considerado um fator de risco importante para o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço. Em pacientes etilistas crônicos foi observado o aumento da incidência de células com anormalidades na relação núcleo-citoplasma, o que, está associado à carcinogênese (REIS et al., 2006). Estudos atribuem o principal efeito carcinogênico do álcool ao acetaldeído que é o primeiro metabólito do etanol produzido pelos microorganismos na decomposição do álcool (HOMANN et al., 2000; HUANG et al., 2003; PITHAN et al., 2004; REIS et al., 2006). É encontrado em altas concentrações na saliva tanto de pacientes fumantes quanto de etilistas crônicos (> 30g de etanol puro/dia para mulheres e > 40g de etanol puro/dia para homens). Nesses pacientes a produção de acetaldeído está aumentada 60-75% e quando o álcool está associado ao fumo esse valor é ainda maior (HOMANN et al., 2000). Calcula-se que em pacientes que fumam 20 cigarros por dia, a produção de acetaldeído na saliva aumenta em torno de 50-60%. Isso significa que fumantes, mesmo após ingestão moderada de álcool, produzem níveis muito mais elevados de acetaldeído carcinogênico na cavidade bucal do que não fumantes. O fumo e o etilismo crônico juntos aumentam a produção de acetaldeído em 100% comparado com não fumantes ou consumidores moderados de álcool (HOMANN et al., 2000).

Reis e colaboradores (2002) avaliaram o efeito genotóxico do etanol em células da mucosa bucal de etilistas não fumantes comparados a indivíduos abstêmios de álcool e fumo. Concluíram que o consumo excessivo de álcool promove alterações efetivas em células da mucosa bucal, sendo mais expressivo na borda lateral de língua, que é o local mais freqüente de ocorrência do câncer bucal, quando comparado à mucosa jugal. Acredita-se que o etanol atue alterando a integridade e permeabilidade da mucosa bucal,

aumentando a penetração de acetaldeído, produtos da combustão do tabaco e outros carcinógenos potenciais, principalmente nas mucosas não queratinizadas (REIS et al., 2002; HUANG et al., 2003; REIS et al., 2006). Tecidos não queratinizados, como a mucosa jugal e a borda lateral da língua, demonstram ser muito mais permeáveis do que tecidos queratinizados como o palato e a gengiva. O etanol também atua promovendo injúria direta ao DNA. A atividade do etanol associada com a carcinogênese oral geralmente ocorre quando a ingestão diária de etanol excede 45 ml (REIS et al., 2006). Huang e colaboradores (2003) acreditam que, além do etanol, outros ingredientes presentes nas bebidas alcoólicas também têm papel na carcinogênese.

A literatura mostra uma grande correlação entre a presença do hábito de fumar e beber e o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço. Essa associação do fumo e álcool apresenta, comprovadamente, um efeito sinérgico na indução do câncer (CHERUBINI et al., 1991; VEECK et al., 1992; MACFARLANE et al., 1995; KERAWALA, 1999; SANTANA et al., 1999; HOMANN et al., 2000; MORENO-LÓPEZ et al., 2000; REIS et al., 2002; AMORIM FILHO et al., 2003a; HUANG et al., 2003). Em estudos realizados no Brasil, observou-se a presença de algum hábito nocivo em cerca de 80 a 90% dos indivíduos com câncer (CHERUBINI et al., 1991; VEECK et al., 1992; SANTANA et al., 1999; GERVÁSIO et al., 2001; AMORIM FILHO et al., 2003b; DEDIVITIS et al., 2004; PITHAN et al., 2004). O uso do tabaco é o hábito mais prevalente. No Rio Grande do Sul, entre os anos de 1986 e 1989 foi observado que 48% dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço eram fumantes (CHERUBINI et al., 1991). Na Bahia, estudo analisando prontuários de um hospital de referência para o tratamento do câncer constatou que entre os anos de 1971 e 1991, 62,3% dos pacientes com diagnóstico de câncer de boca eram

fumantes (SANTANA et al., 1999). Em um outro estudo realizado no Rio Grande do Sul entre os anos de 1975 e 1992, 54,63% faziam uso concomitante do fumo e álcool (VEECK et al., 1992). O uso do álcool isolado apresenta um percentual bem menor, nesse estudo, por exemplo, correspondia somente a 1,86% dos pacientes. A ausência de hábitos nocivos foi encontrada em apenas 6 dos 404 pacientes com câncer de boca (1,5%) analisados no trabalho de Gervásio e colaboradores (2001).

Em estudos realizados na Escócia e Inglaterra, avaliando pessoas que desenvolvem o câncer bucal com idade abaixo de 45 anos, os hábitos de fumar e beber estão presentes em 68% deles (MACKENZIE et al., 2000; LLEWELLYN et al., 2004).

Quando se analisa a idade em que o hábito de fumar foi iniciado, a média de idade é de 15 anos, demonstrando que este hábito tem um início muito precoce. Devido à capacidade de criar dependência, o uso do tabaco persiste por grande parte da vida do indivíduo, levando ao aumento do tempo de exposição aos agentes cancerígenos e elevando as chances de desenvolver câncer (ABDO; GARROCHO; AGUIAR, 2002). O estudo de Llewellyn e colaboradores (2004) observaram uma tendência dos indivíduos que começaram a fumar antes de alcançar a idade de 16 anos a apresentarem risco de desenvolvimento do câncer 50% mais elevado.

De acordo com a região do país, ainda existem outros hábitos que devem ser levados em consideração como o uso do chimarrão no Sul do Brasil. Este hábito é realizado por cerca de 15% dos pacientes com câncer de boca que moram nesta região (CHERUBINI et al., 1991; VEECK et al., 1992). O chimarrão é uma bebida feita da infusão de uma erva, sendo consumida a

temperaturas bastante elevadas. Sugere-se que sua ação carcinogênica decorra da injúria térmica ocasionada na mucosa bucal (VELLY et al., 1998).

A radiação solar é outro fator de risco importante e, na região de cabeça e pescoço, está associada ao desenvolvimento do câncer de lábio, sendo seu principal fator etiológico. As alterações provocadas pela radiação ultravioleta são capazes de gerar danos às células após exposição repetida e excessiva. Indivíduos da cor/raça branca, com pouca pigmentação melânica, são os que apresentam maior risco (INCA, 2002b). O tipo de trabalho exercido pelos indivíduos como as atividades rurais proporciona uma maior exposição à radiação solar, levando a um maior risco (ANTUNES; ANTUNES, 2004; PITHAN et al., 2004; DURAZZO et al., 2005).

Má higiene bucal, trauma ocasionado por próteses mal adaptadas e dentes afiados ou quebrados têm sido considerados suspeitos quanto à sua associação com o desenvolvimento do câncer. Entretanto, é difícil estabelecer esta relação devido ao caráter multifatorial do câncer e ao efeito potencial de confusão dos determinantes do estilo de vida como tabaco, álcool, dieta, e características socioeconômicas e culturais (VELLY et al., 1998; DEDIVITIS et al., 2004).

O uso de próteses por si só não foi associado com o risco de desenvolver câncer, entretanto foi observada evidência estatística de excessivo risco para o câncer, principalmente o de língua, entre os indivíduos que relataram úlceras resultantes de próteses mal adaptadas (VELLY et al., 1998). Dedivitis e colaboradores (2004) também observaram que a presença de feridas decorrentes do uso de próteses mal adaptadas foi associada ao maior risco de desenvolver câncer de boca e de faringe.

A dieta e a nutrição são importantes fatores na promoção e manutenção da boa saúde geral. A deficiência nutricional tem sido associada com o aumento no risco de desenvolver câncer do trato aerodigestivo superior por provocar a atrofia da mucosa e, conseqüentemente, maior susceptibilidade aos carcinógenos locais. Dieta rica em betacaroteno, derivado de frutas e vegetais, parece fornecer proteção (VELLY et al., 1998). O consumo de vitamina C e fibras tem a capacidade de diminuir o risco de desenvolver o câncer bucal e são considerados marcadores para o nível de consumo de frutas e vegetais. Essa redução do risco persiste mesmo naqueles indivíduos com hábitos de alto risco à doença como, por exemplo, em fumantes inveterados (MACFARLANE et al., 1995).

Huang e colaboradores (2003), comparando 286 indivíduos com câncer bucal com 417 indivíduos sadios em Porto Rico, observaram que os portadores da neoplasia tinham menor nível de escolaridade, menor renda, faziam maior uso do tabaco e menor consumo de frutas e vegetais crus.

Estudos recentes têm implicado a diabetes como fator envolvido na patogênese do câncer bucal. Indivíduos diabéticos do tipo 1 têm um risco mais elevado de desenvolver o câncer bucal do que a população em geral. A deficiência de insulina resulta na redução da quantidade de receptor de insulina e, conseqüentemente, em mudanças do citoesqueleto e redução da adesão celular, um passo inicial em direção à neoplasia (GOUTZANIS et al., 2007).

2.2 EPIDEMIOLOGIA

O câncer de cabeça e pescoço acomete mais homens do que mulheres. A taxa de incidência em relação ao sexo altera de acordo com a região do país e ano analisados, e a relação homem/mulher varia de 2:1 a 4,8:1 (CHERUBINI

et al., 1991; VEECK et al., 1992; ONOFRE et al., 1997; SANTANA et al., 1999; GERVÁSIO et al., 2001; ABDO; GARROCHO; AGUIAR, 2002; ANJOS HORA et al., 2003; SANNOMIYA et al., 2003).

Pessoas com idade acima dos 45 são mais acometidas, sendo a faixa etária com maior prevalência de 40 a 70 anos (CHERUBINI et al., 1991; VEECK et al., 1992; ONOFRE et al., 1997; SANTANA et al., 1999; FIGUEIREDO et al., 2000-2001; GERVÁSIO et al., 2001; ABDO; GARROCHO; AGUIAR, 2002; AMORIM FILHO et al., 2003a; AMORIM FILHO et al., 2003b; ANJOS HORA et al., 2003; INCA, 2003; ANTUNES; ANTUNES, 2004; DEDIVITIS et al., 2004; PITHAN et al., 2004; GOIATO; FERNANDES, 2005; GRANDI; CANÇADO; SANT'ANA FILHO, 2005; OLIVEIRA et al., 2005; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006). As mulheres tendem a apresentar a doença com idade mais avançada do que os homens. A média de idade para as mulheres varia de 60 a 65 anos, enquanto que para os homens esse valor situa-se entre 55 a 58 anos de idade (LEITE; KOIFMAN, 1998; CARVALHO et al., 2001; GERVÁSIO et al., 2001; ABDO; GARROCHO; AGUIAR, 2002; ANJOS HORA et al., 2003; PITHAN et al., 2004; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006).

Em locais desenvolvidos como Estados Unidos e países da Europa vêm sendo observado um aumento dos casos de câncer de cabeça e pescoço em pacientes mais jovens (com idade abaixo de 45 anos). Estudos realizados ainda não conseguiram identificar o porquê do aumento desta incidência. Dentre as hipóteses levantadas têm-se o início precoce do tabagismo e do etilismo, diminuição do consumo de frutas e vegetais e predisposição genética (MACKENZIE et al., 2000; LLEWELLYN et al., 2004).

O câncer de boca é responsável por cerca de 40% dos casos de câncer na região de cabeça e pescoço (CARDOSO et al., 2005). As localizações anatômicas mais predominantes são língua, assoalho bucal e rebordo alveolar (CHERUBINI et al., 1991; VEECK et al., 1992; SANTANA et al., 1999; MORENO-LÓPEZ et al., 2000; GERVÁSIO et al., 2001; ANTUNES; ANTUNES, 2004; GRANDI; CANÇADO; SANT'ANA FILHO, 2005; GARZINO-DEMO et al., 2006; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006). Clinicamente, se apresenta sob a forma de lesão úlcero-vegetativa-infiltrativa, de bordas roliças e elevadas, com base firme à palpação. Quando está no seu estágio inicial, observa-se simplesmente uma pequena úlcera acompanhada, às vezes, de áreas leucoplásicas (SANNOMIYA et al., 2003).

A língua é a localização mais freqüente para as neoplasias intra-bucais. Responde por 20 a 50% de todas as malignidades que envolvem a cavidade bucal (VEECK et al., 1992; ONOFRE et al., 1997; LEITE; KOIFMAN, 1998; SANTANA et al., 1999; GERVÁSIO et al., 2001; ABDO; GARROCHO; AGUIAR, 2002; ANJOS HORA et al., 2003; DEDIVITIS et al., 2004; PITHAN et al., 2004; COSTA; ARAÚJO JR; RAMOS, 2005; DURAZZO et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2005; LAM; LOGAN; LUKE, 2006; MORSE; KERR, 2006; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006). O câncer de língua correspondeu a 0,41% de todos os cânceres (LAM; LOGAN; LUKE, 2006; MORSE; KERR, 2006).

A borda lateral e a base de língua são os subsítios mais comumente envolvidos, sendo a base de língua o local com pior prognóstico (VELLY et al., 1998; LAM; LOGAN; LUKE, 2006; SATHYAN et al., 2006). Sabe-se que quanto mais posterior o tumor, menor será a sobrevida. Os dois terços anteriores da língua tendem a ser bem diferenciados na graduação histopatológica e

usualmente são detectados mais cedo do que o terço posterior (LAM; LOGAN; LUKE, 2006).

Lesões em base de língua geralmente são assintomáticas nas fases iniciais e não são facilmente detectadas, como resultado são diagnosticadas mais tardiamente (AMORIM FILHO et al., 2003b; LAM; LOGAN; LUKE, 2006). Devido à relativa rica rede linfática que supre a língua, a tendência desses canais linfáticos a drenarem para ambos os lados do pescoço e o atraso no diagnóstico, a chance de metástase regional é aumentada e, conseqüentemente, há uma redução significativa na taxa de sobrevivência (LAM; LOGAN; LUKE, 2006). No momento do diagnóstico, 70% dos pacientes apresentam pescoço clinicamente positivo (AMORIM FILHO et al., 2003b).

Os tumores malignos dos lábios correspondem de 10 a 20% dos casos de câncer de boca (ONOFRE et al., 1997; SANTANA et al., 1999; GERVÁSIO et al., 2001; ANJOS HORA et al., 2003; PITHAN et al., 2004; DURAZZO et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2005). O lábio inferior geralmente é o mais acometido correspondendo a 80% dos casos de câncer de lábio. Quando acomete o lábio superior, existe uma predileção pelo sexo feminino (SANTANA et al., 1999; ANTUNES; ANTUNES, 2004). As pessoas da cor/raça branca são mais acometidas. Em um estudo nos Estados Unidos, o câncer de lábio foi muito mais comum em americanos brancos e, extremamente raro em americanos negros. A diferença na incidência de câncer de lábio entre brancos e negros tem sido atribuída ao alto nível de pigmentação, nas pessoas negras, que protege os lábios dos fatores climáticos incluindo a radiação ultravioleta (MORSE; KERR, 2006).

Em regiões que propiciam maior exposição solar devido ao local de trabalho e condições climáticas, como a região Nordeste, o número de casos

de câncer de lábio é bem maior. Em um estudo realizado no Maranhão, 39,02% dos casos de câncer de boca ocorreram em lábio (LOPES et al., 2002). Em Sergipe, esse valor foi de 23,5% (ANJOS HORA et al., 2003). Entretanto, uma análise epidemiológica realizada na Bahia constatou um percentual de 13,4%. Os autores atribuíram esse valor ao baixo número de indivíduos da cor/raça branca presentes na sua amostra (20,8%), que são os com maior risco para desenvolver a doença nesta localização. Neste estudo a cor/raça mais prevalente foi a mestiça (65,4%) que apresenta uma proteção natural aos efeitos nocivos da radiação solar (SANTANA et al., 1999).

No câncer de cabeça e pescoço, o tipo histológico mais predominante é o carcinoma espinocelular (CEC), também denominado carcinoma escamocelular ou epidermóide e corresponde a cerca de 80 a 95% dos casos (CHERUBINI et al., 1991; ONOFRE et al., 1997; ANTUNES; ANTUNES, 2004; DURAZZO et al., 2005; GRANDI; CANÇADO; SANT'ANA FILHO, 2005; OLIVEIRA et al., 2005; DAVIES; WELCH, 2006).

Clinicamente, os tumores são classificados de acordo com o sistema TNM que é utilizado para descrever a extensão anatômica da doença e tem por base a avaliação de três componentes: **T** - a extensão do tumor primário; **N** - a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais; e **M** - a ausência ou presença de metástase à distância. Quanto maior o valor atribuído a estes componentes, mais agressivas são as características da lesão. A associação dos valores de cada componente determina o estadiamento clínico (EC) que vai de I a IV e quanto maior o EC, mais extensa e disseminada é a doença (INCA, 2004).

A classificação clínica TNM apresenta muitas qualidades, principalmente por avaliar as características fundamentais do câncer. Esse sistema auxilia na

determinação do prognóstico e na estimativa da sobrevida do paciente. Também é utilizado para escolher a terapêutica mais adequada (COSTA; ARAÚJO JR; RAMOS, 2005). O estágio TNM é considerado o mais importante fator prognóstico (NOGUCHI et al., 1999; CHOI et al., 2006; GARZINO-DEMO et al., 2006; LAM; LOGAN; LUKE, 2006). Taxas de cura decrescem em aproximadamente 50% quando ocorre metástase em linfonodos (LAM; LOGAN; LUKE, 2006).

De acordo com estudos realizados no Brasil, no momento do diagnóstico, os tumores geralmente encontram-se clinicamente como T4, isto é, já se apresentam bem avançados e invadindo estruturas adjacentes (GERVÁSIO et al., 2001; AMORIM FILHO et al., 2003b; DURAZZO et al., 2005).

Amorim Filho e colaboradores (2003b) avaliando mulheres com diagnóstico de carcinoma espinocelular em base de língua constataram que 74,1% delas apresentavam o tumor primário em estágio avançado (T3 ou T4) no momento do diagnóstico, sendo que das 31 mulheres, 17 (54,8%) eram T4. Atribuíram isso às características assintomáticas e agressivas do tumor, e ao seu crescimento na obscuridade.

Leite e Koifman (1998) e Costa, Araújo Jr e Ramos (2005) através da avaliação do estadiamento clínico de carcinomas de boca observaram que, no momento do diagnóstico, 80,9% e 65,8% dos pacientes, respectivamente para cada estudo, encontravam-se no estágio III ou IV. Esses números são bastante elevados e demonstram um atraso no diagnóstico e pior prognóstico para o paciente.

Existe forte correlação entre a mortalidade e o estágio clínico ao diagnóstico. O risco de óbito vem a aumentar com o avanço do estadiamento

do tumor (LEITE; KOIFMAN, 1998; SANNOMIYA et al., 2003; GARZINO-DEMO et al., 2006; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006). Sannomiya e colaboradores (2003) verificaram que a sobrevida após 5 anos de tratamento para o câncer bucal foi de 77,1% para estágio I, 68,4% para estágio II, 31,9% para estágio III e 14,9 % para estágio IV. Garzino-Demo e colaboradores (2006) em um estudo em Turin (Itália) também observaram que quanto maior o estágio clínico, menor a taxa de sobrevida. Pacientes com câncer em assoalho bucal em estádios mais avançados (III ou IV) apresentaram 3,46 vezes risco maior de óbito do que aqueles com estadiamento I ou II (SANNOMIYA et al., 2003). No estudo de Leite e Koifman (1998), 65,4% dos pacientes no estágio IV morreram no período de 5 anos após início dos sintomas, enquanto no estágio I este percentual foi de 18,1%.

Na avaliação das lesões no exame anátomo-patológico, os carcinomas espinocelulares podem ser classificados de acordo com a graduação histológica de malignidade (GHM) de Broders (BRODERS, 1941). Esta graduação reflete o grau de diferenciação das células tumorais e pode variar do grau 1 ao 4, correspondendo ao bem diferenciado, moderadamente diferenciado, pouco diferenciado e indiferenciado, respectivamente. Leite e Koifman (1998) acreditam que a graduação tem uma forte correlação com o envolvimento linfonodal. Quanto maior o grau histológico do tumor, maior a chance de acometimento dos linfonodos regionais. Entretanto, Oliver, Helfrick e Gard (1996) não verificaram associação entre a GHM e o envolvimento dos linfonodos. Eles também não observaram correlação entre a classificação histológica da lesão primária e o estágio clínico. O componente metástase regional juntamente com metástase à distância são variáveis importantes na determinação do prognóstico. Quanto maior for o valor atribuído aos

componentes do sistema TNM, vai ocorrer um decréscimo proporcional nas taxas de sobrevida (OLIVER; HELFRICK; GARD, 1996; LEITE; KOIFMAN, 1998; NOGUCHI et al., 1999; COSTA; ARAÚJO JR; RAMOS, 2005; GARZINO-DEMO et al., 2006).

Trabalhos demonstraram que, no momento do diagnóstico do câncer de boca e orofaringe, as graduações histopatológicas mais encontrados são bem diferenciado (G1) e moderadamente diferenciado (G2) (LEITE; KOIFMAN, 1998; ANJOS HORA et al., 2003; DEDIVITIS et al., 2004; CHIDZONGA, 2006; GARZINO-DEMO et al., 2006).

2.3 TRATAMENTO

Existem várias modalidades terapêuticas para combater o câncer de cabeça e pescoço, entretanto o tratamento é considerado debilitante e, de modo geral, é acompanhado de seqüelas funcionais e estéticas. A escolha do tipo de tratamento está na dependência de algumas características do tumor como localização, estadiamento clínico e grau histológico de malignidade. É também dependente das condições físicas do paciente (LOPES et al., 1998; MARTINS DE CASTRO et al., 2002).

As modalidades terapêuticas tradicionais são cirurgia, radioterapia (RT) e quimioterapia (QT). A cirurgia consiste na exérese do tumor com margem de segurança e, por isso, pode ser bastante mutilante. No caso de disseminação linfática ou suspeita de metástase é necessário realizar o esvaziamento dos linfonodos. O tratamento cirúrgico é sempre o de primeira escolha para o câncer de cabeça e pescoço (GARZINO-DEMO et al., 2006).

A radioterapia é uma modalidade terapêutica que age por ionização dos tecidos que, somada a outros efeitos, como excitação e formação de radicais

livres, causa mudanças químicas nos componentes celulares. O dano tecidual está relacionado à dose de irradiação absorvida e à fase da divisão em que se encontram suas células no momento em que receberam a irradiação. Como age em células em constante divisão celular, as radiações são fracionadas em intervalos de aplicação para evitar a repopulação e reagrupamento de células neoplásicas e também com o intuito de poupar as células normais do indivíduo (MEDINA; GONZÁLEZ DE P., 1997; MARTINS DE CASTRO et al., 2002).

Quando a radioterapia é aplicada na região de cabeça e pescoço, dependendo da dose de radiação, tempo de tratamento, dose de distribuição e do uso associado de outras terapias, alterações reversíveis e irreversíveis podem ocorrer nos tecidos sadios localizados em áreas adjacentes à massa tumoral (GUEBUR et al., 2004; LIMA et al., 2004).

A quimioterapia é outra modalidade terapêutica contra o câncer. Consiste na utilização de drogas que agem sobre os tecidos com alto nível de renovação celular e têm certa seletividade tóxica sobre as células neoplásicas. Atua destruindo-as ou impedindo a sua reprodução. Como atua sobre células que se encontram no ciclo celular, algum dano sobre os tecidos normais é inevitável, particularmente naqueles em que ocorre naturalmente uma rápida divisão celular como tecido capilar, mucosas e sistema hematopoiético (MAGUIRE; WELBURY, 1996; ROSA, 1997; MARTINS DE CASTRO et al., 2002).

A radioterapia e a quimioterapia levam à destruição das células neoplásicas, entretanto causam a morte de, pelo menos, algumas células normais, e os tecidos com rápida renovação são especialmente susceptíveis. A boca é um sítio comum para complicações relacionadas ao tratamento antineoplásico. As principais alterações bucais que podemos identificar em

pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos a tratamento radioterápico e quimioterápico são mucosite, hipossalivação, infecções oportunistas, cáries e osteorradionecrose (MAGUIRE; WELBURY, 1996; MEDINA; GONZÁLEZ DE P., 1997).

O tratamento mais prevalente para o câncer da cavidade bucal segundo estudo realizado em um hospital de referência no Rio de Janeiro, foi a radioterapia (43,7%) (LEITE; KOIFMAN, 1998). Entretanto muitos estudos relatam maior utilização da cirurgia como forma de tratamento (CHERUBINI et al., 1991; LOPES et al., 2002). Para o câncer de lábio, 75% dos casos foram tratados com cirurgia somente (LEITE; KOIFMAN, 1998). Em um outro estudo em São Paulo, 47% dos pacientes com câncer bucal e 80% dos pacientes com tumor em orofaringe foram tratados com cirurgia associada à radioterapia (DEDIVITIS et al., 2004). Para o câncer de cabeça e pescoço, a quimioterapia é pouco utilizada. No estudo de Leite e Koifman (1998), apenas 1,87% dos pacientes com câncer bucal foram tratados com quimioterapia.

Avaliando o tratamento realizado e a sobrevida, a cirurgia associada à radioterapia apresenta melhor prognóstico para lesões em cavidade bucal, com um tempo de sobrevida médio de 41,2 meses (LEITE; KOIFMAN, 1998).

A taxa de sobrevida de 5 anos para o câncer de língua não melhorou com o passar dos anos, apesar dos avanços nas técnicas de ressecção cirúrgica, reconstrução, radio e quimioterapia. (LAM; LOGAN; LUKE, 2006).

3 PROPOSIÇÃO

Com base nos dados revistos na literatura o presente trabalho se propõe a:

Objetivo geral:

- Determinar o perfil epidemiológico do paciente com câncer de cabeça e pescoço atendido no setor de Odontologia do Hospital Aristides Maltez (Salvador, Bahia) no ano de 2006.

Objetivos específicos:

- Levantar os aspectos gerais da doença dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço que estão realizando tratamento oncológico e sendo atendidos no setor de Odontologia do Hospital Aristides Maltez (Salvador, Bahia) durante o ano de 2006;
- Traçar o perfil de saúde bucal dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço que estão realizando tratamento oncológico e sendo atendidos no setor de Odontologia do Hospital Aristides Maltez (Salvador, Bahia) durante o ano de 2006;
- Determinar os aspectos relevantes da doença e da saúde bucal dos pacientes atendidos no Hospital Aristides Maltez (Salvador, Bahia) e relacionar estes dados com as características dos estudos em outros estados do país e do mundo;
- Determinar e analisar os hábitos do tabagismo e do etilismo da população em estudo.

4 METODOLOGIA

4.1 Características do estudo:

O desenho do estudo foi seccional, também denominado de corte transversal, que evidenciou as características da doença em um determinado local e momento específico. Esse tipo de estudo epidemiológico tem a capacidade de produzir um panorama instantâneo da situação de saúde de um grupo ou comunidade. Sua aplicação mais comum está ligada à necessidade de conhecer de que maneira uma ou mais características, tanto individuais como coletivas, se distribuem em uma determinada população. É útil também para realizar associações entre a doença e os fatores de exposição, que podem passar a ser reconhecidos como fatores de risco em potencial. Desta forma, serve de subsídio para outros estudos com maior potencialidade de produção de conhecimento causal.

4.2 População e Amostra:

A amostra do estudo constituiu-se de 94 pacientes com diagnóstico de neoplasias malignas de cabeça e pescoço que estavam em tratamento oncológico no Hospital Aristides Maltez (Salvador, Bahia) e que receberam atendimento odontológico no Setor de Odontologia do referido Hospital, no ano de 2006. A amostra foi de conveniência, caracterizada pelos pacientes que demandaram o serviço.

A coleta de dados ocorreu no consultório de odontologia do Hospital Aristides Maltez (HAM) com os pacientes que se apresentavam para consulta e/ou tratamento odontológico.

O Hospital Aristides Maltez (HAM) foi inaugurado em 2 de fevereiro de 1952, sendo o primeiro hospital de câncer construído na especialidade no país, voltado, fundamentalmente, para as pessoas carentes, excluídas, portadoras de câncer. O HAM, que começou a funcionar com 15 leitos, possui hoje 200 leitos, sendo 10 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), humanizada, um movimento diário em seus ambulatórios de 2.500 pessoas, tem como clientela 99,6% de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), atende anualmente uma média de pacientes egressos de 351 municípios do estado da Bahia, além de pacientes de estados vizinhos como Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Pará, Maranhão, Espírito Santo e Minas Gerais.

O Hospital Aristides Maltez, que faz parte da Liga Bahiana Contra o Câncer (LBCC), filiada à Union Internationale Contre le Câncer (UICC), atinge, na atualidade, uma posição de inquestionável destaque no cenário nacional da luta contra o câncer, tornando-se um centro de excelência.

4.3 Coleta e instrumento de coleta de dados:

Foi confeccionada uma ficha clínica específica para este estudo (apêndice A). Em cada ficha o paciente recebia um número de registro, para que sua identidade fosse preservada.

A coleta de dados constou de anamnese, exame físico e consulta ao prontuário. O HAM tem um prontuário único para cada paciente, que contém informações de todos os setores do hospital onde aquele paciente foi atendido.

Os dados sócio-demográficos coletados foram: nome, endereço, telefone, data de nascimento, idade, sexo (feminino/masculino), cor/raça (preta/parda/branca), estado civil (solteiro/casado ou com

companheiro/divorciado/viúvo), naturalidade, ocupação e grau de instrução (sem instrução/ensino fundamental incompleto/ ensino fundamental completo/ensino médio incompleto/ensino médio completo/ensino superior incompleto/ensino superior completo). A cor/raça foi baseada na classificação utilizada pelo IBGE (IBGE, 2000). As ocupações foram agrupadas baseadas na Classificação Brasileira de Ocupações 2002 (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2002).

Para obtenção da história odontológica, além da anamnese, foi realizado o exame físico. Hábitos de higiene bucal incluindo número de escovações, uso do fio dental e anti-sépticos; tratamentos realizados e necessidades de tratamento também foram obtidos.

A anamnese associada às informações coletadas no prontuário forneceu dados sobre as características da neoplasia e história médica:

- Tipo histológico;

- Classificação TNM: Tamanho do tumor: T0, T1, T2, T3, T4;

Metástase regional: N0, N1, N2a, N2b, N2c, N3;

Metástase à distância: M0, M1;

- Estadiamento clínico: EC I, EC II, EC III, EC IVa, EC IVb, EC IVc;

- Grau histológico de malignidade: G1, G2, G3, G4;

- Localização do tumor: lábio, cavidade bucal, faringe (orofaringe, nasofaringe, hipofaringe), laringe, seios maxilares, cavidade nasal, seios etmoidais, glândulas salivares e glândula tireóide (OMS, 1997);

- Terapêutica instituída ou planejada: cirurgia, RT, QT, associação entre elas;

- Queixa principal; história da doença atual; enfermidades concomitantes e antecedentes familiares.

A classificação TNM e o estágio clínico foram baseados na Classificação de Tumores Malignos da UICC (INCA, 2004). A graduação histológica de malignidade utilizada foi a de Broders (BRODERS, 1941). A localização do tumor foi baseada na Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição (OMS, 1997).

Também foi através da anamnese que foram obtidas informações sobre os hábitos do tabagismo e do etilismo:

- Tabaco: tipo: cigarro industrializado, cigarro de rolo, charuto, cachimbo;

hábito de mascar fumo;

quantidade: 01-05, 06-10, 11-20, 21-30, 31-40, mais de 40 cigarros por dia (considerando 1 charuto=3 cigarros e 1 cachimbo=5 cigarros) (HOMANN et al., 2000);

duração: 01-10, 11-20, 21-30, 31-40, mais do que 40 anos;

idade de início: < 10, 10-15, 16-20, > 20 anos de idade.

- Álcool: tipo: cachaça, cerveja, uísque, outros;

quantidade: 01-05, 06-10, 11-20, mais de 20 doses por dia (considerando 01 dose = 01 dose de cachaça = 01 garrafa de cerveja) (DEDIVITIS et al., 2004);

duração: 01-10, 11-20, 21-30, 31-40, mais do que 40 anos.

4.4 Processo de modelagem:

Realizou-se inicialmente a análise descritiva das variáveis de interesse: sexo, idade, cor/raça, estado civil, residência, naturalidade, grau de instrução, ocupação, tipo histológico, tamanho da lesão, metástase regional, metástase à distância, estadiamento clínico, grau histológico de malignidade, localização, modalidade terapêutica instituída ou planejada, sinais e sintomas, duração dos primeiros sintomas até o diagnóstico e do diagnóstico até o início do tratamento, hábitos de higiene bucal, tratamentos odontológicos realizados e que necessitam, enfermidades associadas ao câncer, antecedentes familiares e hábitos do tabagismo e do etilismo; obtendo-se as freqüências simples para as variáveis categoriais e a medida de tendência central e de dispersão para a variável contínua.

Exploratoriamente foram obtidas as prevalências dos efeitos de acordo com variáveis selecionadas, analisando-se as diferenças entre as categorias através do teste do Qui-quadrado ($p < 0,20$). Para tanto, algumas variáveis foram dicotomizadas. Na variável tamanho da lesão, agrupou-se T1 com T2, e T3 com T4; a variável metástase regional foi dividida em ausência de metástase (N0) e presença de metástase (N1, N2a, N2b, N2c e N3); na variável estadiamento clínico reuniu-se EC I com EC II e EC III com EC IVa, EC IVb e EC IVc. As associações entre fatores de risco potenciais relacionados com tamanho da lesão e estadiamento clínico e, sexo, cor/raça e hábito do etilismo foram estimadas através das medidas de Odds Ratio e os seus respectivos Intervalos de Confiança a 95%, obtidos através do método de Mantel-Haenszel, utilizando a regressão logística exploratória. Para todas as análises utilizou-se o programa *Minitab*[®].

4.5 Aspectos éticos:

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa para Humanos com registro no CONEP da Maternidade Climério de Oliveira – UFBA; Parecer/Resolução número 95/2005 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Aristides Maltez, registrado sob número 128/06 e todos os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de serem incluídos no estudo (apêndice B).

5 RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo 94 pacientes com diagnóstico firmado de neoplasia maligna na região de cabeça e pescoço. Os dados sócio-demográficos estão descritos na tabela 1.

Tabela 1: Características sócio-demográficas de pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007

Variáveis		n	%
Sexo	Feminino	26	27,66
	Masculino	68	72,34
Idade	< 50 anos	26	27,66
	≥ 50 anos	68	72,34
Cor/Raça	Parda	55	58,51
	Preta	34	36,17
	Branca	5	5,32
Estado civil	Casado / companheiro	48	51,06
	Solteiro	31	32,98
	Divorciado	9	9,58
	Viúvo	6	6,38
Naturalidade	Interior da Bahia	70	74,47
	Salvador	20	21,28
	Outro estado	4	4,25
Residência	Rural / Interior	49	52,13
	Urbana	45	47,87
Grau de instrução	Sem instrução / Ensino fundamental incompleto	75	79,79
	Ensino fundamental completo a médio completo	19	20,21
TOTAL		94	100,00

A idade variou de 14 a 92 anos. A faixa etária mais acometida foi de 40 a 70 anos, sendo a maior prevalência na 5ª década que corresponde a 28 casos (29,79%). A média de idade foi 57,52 (DP = 13,91) e a mediana, 56.

Com relação à ocupação, o maior número era de trabalhadores agropecuários e da pesca correspondendo a 30 indivíduos (31,91%). Em segundo lugar, estavam os trabalhadores da construção civil e indústria com 23 indivíduos (24,47%). Outras ocupações encontradas foram atividades do lar (10,64%), vendedores e prestadores de serviços do comércio (8,51%), condutores de veículo automotor (7,45%), trabalhadores dos serviços gerais (7,45%), técnicos de nível médio (5,32%), trabalhadores em serviços de

reparação e manutenção mecânica (2,13%), trabalhadores dos serviços administrativos (1,06%) e estudantes (1,06%).

As características das neoplasias estão descritas na tabela 2.

Tabela 2: Características das neoplasias de pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007

Variáveis		n	%
Tipo histológico	Carcinoma espinocelular	76	80,85
	Outros	13	13,83
	Sem informação	5	5,32
Tamanho da lesão	T1	12	12,76
	T2	22	23,40
	T3	20	21,28
	T4	36	38,30
	Sem informação	4	4,26
Metástase regional	N0	57	60,64
	N1	14	14,89
	N2a	4	4,26
	N2b	6	6,38
	N2c	2	2,13
	N3	7	7,45
	Sem informação	4	4,26
Metástase à distância	Ausência (M0)	77	81,92
	Presença (M1)	1	1,06
	Sem informação	16	17,02
Estadiamento clínico	EC I	11	11,70
	EC II	15	15,96
	EC III	20	21,28
	EC IVa	36	38,30
	EC IVb	7	7,45
	EC IVc	1	1,06
	Sem informação	4	4,25
Grau histológico de malignidade	Bem diferenciado	28	29,79
	Moderadamente diferenciado	36	38,30
	Pouco diferenciado	13	13,83
	Sem informação	17	18,08
Localização – Cabeça e pescoço	Cavidade bucal	47	50,00
	Faringe	26	27,66
	Laringe	12	12,77
	Glândula tireóide	3	3,19
	Lábio	3	3,19
	Glândulas salivares	2	2,13
	Seios maxilares	1	1,06
Modalidade terapêutica	RT + QT	35	37,23
	Cirurgia + RT	20	21,28
	RT	13	13,83
	Cirurgia	10	10,64
	Cirurgia + RT + QT	8	8,51
	QT	1	1,06
	Sem informação	7	7,45
TOTAL		94	100,00

RT – radioterapia; QT – quimioterapia

Neste estudo, a cavidade bucal correspondeu a 50% de todos os casos de câncer de cabeça e pescoço. Dos 47 casos que ocorreram na cavidade bucal, 20 (42,55%) se encontravam em língua, 11 (23,40%) em assoalho bucal, 9 (19,15%) em palato duro, 6 (12,77%) em rebordo alveolar e 1 (2,13%) em trígono retromolar.

Dos sinais e sintomas relatados pelos pacientes, a dor foi o principal, presente em 80,85% dos pacientes. Outro sintoma relatado por 53,19% dos pacientes foi a disfagia, isto é, a dificuldade na deglutição. Encontrou-se também queixa de queimor em 46,81% dos pacientes, otalgia (32,98%), perda ponderal (31,91%), sangramento (38,30%), salivação intensa (15,96%), rouquidão (11,70%), trismo (5,32%) e dispnéia (2,13%).

Do início dos primeiros sintomas até o diagnóstico da neoplasia, o tempo decorrido foi de até 3 meses para 21 pacientes (22,34%), de 3 a 6 meses para 23 pacientes (24,47%), de 7 a 12 meses para 20 (21,28%) e mais do que 13 meses para 12 pacientes (12,77%).

Após a confirmação do diagnóstico, o tratamento foi iniciado em até 1 mês em apenas 4 pacientes (4,26%). O maior número de pacientes (31,91%) levou de 2 a 3 meses para começar o tratamento.

A caracterização dos hábitos de higiene bucal se encontra na tabela 3.

Tabela 3: Hábitos de higiene bucal em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007

Variáveis		n	%
Hábito de escovação	Sim	83	88,30
	Não	11	11,70
Quantidade de escovação diária	0	11	11,70
	1	17	18,09
	2	29	30,85
	3 ou mais	37	39,36
Uso de fio dental	Sim	12	12,77
	Não	82	87,23
Uso de substância anti-séptica	Sim	20	21,28
	Não	74	78,72
TOTAL		94	100,00

A exodontia foi o tratamento odontológico mais realizado pelos pacientes. Do total, 88 pacientes (93,62%) já haviam sido submetidos a exodontia em algum momento anterior ao desenvolvimento da neoplasia. Tratamentos como prótese (30,85%) e limpeza (29,79%) também foram relatados. Entre os procedimentos conservadores, apenas 19 pacientes (20,21%) já haviam realizado tratamento restaurador e 10 (10,64%), endodôntico.

Dos tratamentos odontológicos que esses pacientes necessitam, a prótese dentária é o principal. Dos 94 indivíduos, 69 (73,40%) necessitavam de prótese dentária. Além disso, 61 (64,89%) necessitavam de exodontias e 57 (60,64%) de adequação do meio bucal por meio de raspagem e orientação de higiene. Apenas 1 paciente apresentou boa condição de saúde bucal, sem necessidade de tratamento odontológico no momento.

Em relação à história médica, 61 pacientes (64,89%) não apresentavam outras enfermidades associadas ao câncer. Dos 33 restantes, 23 eram hipertensos (24,47%) e os demais apresentavam diabetes melitos, distúrbio cardíaco, alteração psicológica, sorologia positiva para HIV, insuficiência renal crônica e hipertireoidismo, de forma associada ou isolada. Nos antecedentes familiares, o câncer em parentes de 1º grau esteve presente em 15 deles e, em parentes de 2º ou 3º graus, em 19.

Os hábitos do tabagismo e do etilismo estão descritos na figura 1 e tabelas 4 e 5. Quando se analisam os hábitos do tabagismo e do etilismo, observa-se que a maior parcela da população em estudo associa os dois hábitos e o tipo de fumo mais utilizado foi o cigarro industrializado. Dos 80 pacientes tabagistas, 55 (68,75%) começaram a fumar com idade menor ou igual a 15 anos, e 78,75% realizam este hábito por mais de 30 anos. O tipo de

álcool mais consumido foi a cachaça e o hábito de beber teve duração prolongada por mais de 30 anos em 68,86% dos indivíduos. Somente 12 pacientes relataram que não fumavam nem bebiam.

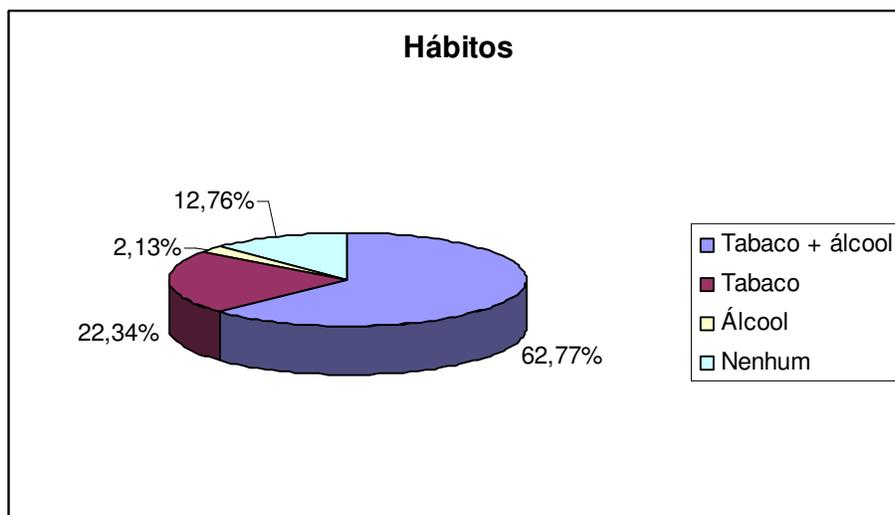


Figura 1: Hábitos do tabagismo e do etilismo em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007

Tabela 4: Tabagismo em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007

Variáveis		n	%
Tipo	Cigarro industrializado	51	63,75
	Cigarro de rolo	16	20,00
	Cachimbo	8	10,00
	Charuto	5	6,25
Masca fumo	Sim	1	1,25
	Não	79	98,75
Quantidade*	Mais de 40 cigarros/dia	9	11,25
	31-40 cigarros/dia	5	6,25
	21-30 cigarros/dia	5	6,25
	11-20 cigarros/dia	33	41,25
	06-10 cigarros/dia	22	27,50
	01-05 cigarros/dia	6	7,50
Duração do vício	Mais do que 40 anos	36	45,00
	31-40 anos	27	33,75
	21-30 anos	13	16,25
	11-20 anos	4	5,00
	01-10 anos	0	0,00
Idade de início	< 10 anos de idade	10	12,50
	10-15 anos de idade	45	56,25
	16-20 anos de idade	19	23,75
	> 20 anos de idade	6	7,50
TOTAL		80	100,00

*1 charuto=3 cigarros; 1 cachimbo=5 cigarros

Tabela 5: Etilismo em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007

Variáveis		n	%
Tipo	Cachaça	49	80,33
	Cerveja	11	18,03
	Outro	1	1,64
Quantidade*	Mais de 20 doses/dia	8	13,12
	11-20 doses/dia	12	19,67
	06-10 doses/dia	14	22,95
	01-05 doses/dia	27	44,26
Duração	Mais do que 40 anos	21	34,43
	31-40 anos	21	34,43
	21-30 anos	13	21,31
	11-20 anos	5	8,19
	01-10 anos	1	1,64
TOTAL		61	100,00

*01 dose de cachaça = 01 garrafa de cerveja

Dentre as variáveis, analisou-se o tamanho da lesão, metástase regional e estadiamento clínico comparando com as variáveis associadas à ocorrência da doença para identificar as diferenças entre os grupos segundo grau de severidade.

Avaliando-se a associação do componente tamanho do tumor e as demais variáveis, observou-se que para lesões com tamanhos maiores (T3 e T4); o sexo masculino, a cor/raça preta, a idade maior do que 15 anos para início do hábito de fumar e a presença do hábito do etilismo foram mais prevalentes (tabela 6).

Tabela 6: Avaliação do componente tamanho do tumor em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007

Variáveis		T1 / T2		T3 / T4		p valor
		n	%	n	%	
Sexo	Feminino	13	54,17	11	45,83	0,08
	Masculino	21	31,82	45	68,18	
Idade	< 50 anos	12	46,15	14	53,85	0,21
	≥ 50 anos	22	34,37	42	65,63	
Cor/Raça	Parda	21	39,62	32	60,38	0,16
	Preta	9	28,12	23	71,88	
	Branca	4	80,00	1	20,00	
Estado civil	Casado / companheiro	16	34,78	30	65,22	0,24
	Solteiro	14	46,67	16	53,33	
	Divorciado	1	11,11	8	88,89	
	Viúvo	3	60,00	2	40,00	
Residência	Rural / Interior	21	44,68	26	55,32	0,36
	Urbana	13	30,23	30	69,77	
Uso do tabaco	Sim	29	37,18	49	62,82	0,97
	Não	5	41,67	7	58,33	
Idade de início do uso do tabaco	≤ 15 anos	23	42,59	31	57,41	0,19
	> 15 anos	6	25,00	18	75,00	
	Não usam tabaco	5	41,67	7	58,33	
Uso do álcool	Sim	19	31,67	41	68,33	0,06
	Não	15	50,00	15	50,00	
TOTAL		34	37,78	56	62,22	

Foram excluídos os pacientes sem informação sobre tamanho do tumor (n=4)

Na associação do tamanho do tumor com o sexo, observou-se maior ocorrência de lesões mais avançadas em homens com 3,42 vezes mais chance do que em mulheres. Indivíduos da cor/raça preta apresentaram 2,73 vezes mais chance de apresentar lesões com proporções maiores do que indivíduos brancos ou pardos (tabela 7).

Tabela 7: Odds ratio (OR) e o intervalo de confiança a 95%, para associação entre tamanho do tumor e sexo e cor/raça em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006, obtidas na análise exploratória da regressão logística. Salvador, 2007.

Tamanho do tumor	OR	Intervalo de Confiança a 95%	
Sexo			
Masculino	3,42	(1,00	11,69)
Feminino	--	(--	--)
Cor/Raça			
Preta	2,73	(1,10	6,74)
Parda	--	(--	--)
Branca	--	(--	--)

Foram excluídos 4 pacientes sem informação

Avaliando-se a associação do componente metástase regional e as variáveis, pode-se perceber que os pacientes que não tinham o hábito de beber tiveram uma tendência a apresentar ausência de metástase regional no momento do diagnóstico (tabela 8).

Tabela 8: Avaliação do componente metástase regional em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007

Variáveis		Sem metástase regional		Com metástase regional		p valor
		n	%	n	%	
Sexo	Feminino	18	75,00	6	25,00	0,29
	Masculino	39	59,09	27	40,91	
Idade	< 50 anos	15	57,69	11	42,31	0,72
	≥ 50 anos	42	65,63	22	34,38	
Cor/Raça	Parda	35	66,04	18	33,96	0,77
	Preta	19	59,37	13	40,63	
	Branca	3	60,00	2	40,00	
Estado civil	Casado / companheiro	31	67,39	15	32,61	0,39
	Solteiro	17	56,67	13	43,33	
	Divorciado	4	44,44	5	55,56	
	Viúvo	5	100,00	0	0,00	
Residência	Rural / Interior	32	68,09	15	31,91	0,33
	Urbana	25	58,14	18	41,86	
Uso do tabaco	Sim	47	60,26	31	39,74	0,37
	Não	10	83,33	2	16,67	
Uso do álcool	Sim	32	53,33	28	46,67	0,03
	Não	25	83,33	5	16,67	
Duração álcool	Mais do que 40 anos	12	57,14	9	42,86	0,02
	31-40 anos	10	50,00	10	50,00	
	21-30 anos	5	38,46	8	61,54	
	11-20 anos	4	80,00	1	20,00	
	01-10 anos	1	100,00	0	0,00	
	Não usam álcool	25	83,33	5	16,67	
Quantidade álcool	Mais de 20 doses/dia	7	87,50	1	12,50	0,01
	11-20 doses/dia	4	33,33	8	66,67	
	06-10 doses/dia	9	64,29	5	35,71	
	01-05 doses/dia	12	46,15	14	53,85	
	Não usam álcool	25	83,33	5	16,67	
TOTAL		57	63,33	33	36,67	

Foram excluídos os pacientes sem informação sobre metástase regional (n=4)

Avaliando-se a associação do estadiamento clínico e as variáveis; o sexo masculino, cor/raça preta, residência urbana e idade de início do hábito de fumar maior do que 15 anos estiveram relacionadas à presença de lesões

mais severas. O hábito do etilismo demonstrou associação com presença de lesões mais avançadas e disseminadas (tabela 9).

Tabela 9: Avaliação do componente estadiamento clínico em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006. Salvador, 2007

Variáveis		EC I / EC II		EC III / EC IV		p valor
		n	%	n	%	
Sexo	Feminino	11	45,83	13	54,17	0,06
	Masculino	15	22,73	51	77,27	
Idade	< 50 anos	9	34,62	17	65,38	0,33
	≥ 50 anos	17	26,56	47	73,44	
Cor/Raça	Parda	16	30,19	37	69,81	0,17
	Preta	7	21,88	25	78,12	
	Branca	3	60,00	2	40,00	
Estado civil	Casado / companheiro	12	26,09	34	73,91	0,31
	Solteiro	10	33,33	20	66,67	
	Divorciado	1	11,11	8	88,89	
	Viúvo	3	60,00	2	40,00	
Residência	Rural / Interior	18	38,30	29	61,70	0,12
	Urbana	8	18,60	35	81,40	
Uso do tabaco	Sim	22	28,21	56	71,79	0,93
	Não	4	33,33	8	66,67	
Idade de início do uso do tabaco	≤ 15 anos	18	33,33	36	66,67	0,19
	> 15 anos	4	16,67	20	83,33	
	Não usam tabaco	4	33,33	8	66,67	
Uso do álcool	Sim	12	20,00	48	80,00	0,01
	Não	14	46,67	16	53,33	
Duração álcool	Mais do que 40 anos	5	23,81	16	76,19	0,12
	31-40 anos	4	20,00	16	80,00	
	21-30 anos	2	15,38	11	84,62	
	11-20 anos	0	0,00	5	100,00	
	01-10 anos	1	100,00	0	0,00	
	Não usam álcool	14	46,67	16	53,33	
Quantidade álcool	Mais de 20 doses/dia	3	37,50	5	62,50	0,05
	11-20 doses/dia	1	8,33	11	91,67	
	06-10 doses/dia	5	35,71	9	64,29	
	01-05 doses/dia	3	11,54	23	88,46	
	Não usam álcool	14	46,67	16	53,33	
Tempo sint/diag	Mais do que 25 meses	3	75,00	1	25,00	0,33
	De 13-24 meses	1	12,50	7	87,50	
	De 07-12 meses	6	30,00	14	70,00	
	De 03-06 meses	4	18,18	18	81,82	
	Até 03 meses	7	36,84	12	63,16	
	Sem informação	5	29,41	12	70,59	
Tempo diag/trat	Mais do que 13 meses	2	50,00	2	50,00	0,70
	06-12 meses	1	20,00	4	80,00	
	04-06 meses	5	38,46	8	61,54	
	02-03 meses	7	25,00	21	75,00	
	01 mês	3	75,00	1	25,00	
	Sem informação	8	22,22	28	77,78	
TOTAL		26	28,89	64	71,11	

Foram excluídos os pacientes sem informação sobre estadiamento clínico (n=4)

Na regressão logística exploratória, o sexo masculino teve 3,17 vezes mais chance de apresentar estadiamentos mais avançados do que o sexo feminino. Pôde-se observar o mesmo para a cor/raça preta com 2,48 vezes mais chance do que as outras raças. O hábito do etilismo não apresentou valor estatisticamente significativo, entretanto houve um indício da associação do hábito de beber e presença de lesões mais severas (tabela 10).

Tabela 10: Odds ratio (OR) e o intervalo de confiança a 95%, para associação entre estadiamento clínico e sexo, cor/raça e hábito do etilismo em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006, obtidas com regressão logística. Salvador, 2007.

Estadiamento clínico	OR	Intervalo de Confiança a 95%	
Sexo			
Masculino	3,17	(0,81	12,50)
Feminino	--	(--	--)
Cor/Raça			
Preta	2,48	(0,87	7,04)
Parda	--	(--	--)
Branca	--	(--	--)
Hábito do etilismo			
Sim	1,29	(0,07	22,64)
Não	--	(--	--)

Foram excluídos 4 pacientes sem informação

6 DISCUSSÃO

O câncer é um problema de saúde pública e possui alta taxa de morbimortalidade. O conhecimento do perfil da população acometida por esta doença passa a ser muito importante para nortear pesquisas e desenvolver meios de prevenção e diagnóstico precoce.

O Brasil apresenta grande extensão territorial com diferenças climáticas, sócio-econômicas e culturais, portanto o perfil do paciente acometido pela doença apresenta-se variado de acordo com a região analisada. O estudo das populações de cada região torna-se necessário para conhecer as características peculiares da doença em cada lugar do Brasil.

De acordo com o INCA (2002a), a Bahia encontra-se em 11º lugar na classificação dos estados com as maiores taxas de mortalidade por câncer no Brasil. Nos primeiros lugares encontram-se estados da região Sudeste e Sul. Estados do Norte e Nordeste apresentam menores taxas de mortalidade por câncer. Essa diferença pode ser decorrente da menor notificação da doença nas regiões Norte e Nordeste do país.

Wünsch Filho e Moncau (2002) descreveram a distribuição da mortalidade por câncer nas populações das cinco regiões geográficas brasileiras no período compreendido entre 1980 e 1995. Observaram que na região Norte o número de mortes notificadas foi 40% menor do que o número de mortes estimadas. No Nordeste esta diferença foi ainda maior, atingindo 45%. Concluíram que as baixas taxas de mortalidade detectadas nas regiões Norte e Nordeste podem estar refletindo as altas proporções de subnotificação e também serem decorrentes do grande número de mortes por causa mal definida. Eles também observaram que, apesar das regiões Sul e Sudeste

apresentarem as maiores taxas de mortalidade, estas foram decrescentes. Enquanto que as demais regiões menos desenvolvidas, como Norte e Nordeste, apresentaram taxas de mortalidade com tendência ascendente.

A melhoria dos sistemas de notificação e aumento do número de pesquisas são necessários para estabelecer a caracterização mais fidedigna desta população.

Neste trabalho, a população de estudo é composta por pacientes em tratamento no Hospital Aristides Maltez, que é o Hospital de referência para atendimento aos pacientes com câncer na Bahia, caracterizando, de maneira geral, os indivíduos com câncer do estado da Bahia.

No presente estudo observou-se maior acometimento do câncer de cabeça e pescoço em homens do que em mulheres, na proporção de 2,6:1. A faixa etária mais prevalente foi de 40 a 70 anos, sendo 68% dos pacientes com idade acima de 50 anos. Estes dados estão em concordância com a literatura revista (CHERUBINI et al., 1991; VEECK et al., 1992; ONOFRE et al., 1997; VELLY et al., 1998; SANTANA et al., 1999; FIGUEIREDO et al., 2000-2001; GERVÁSIO et al., 2001; ABDO; GARROCHO; AGUIAR, 2002; AMORIM FILHO et al., 2003b; ANJOS HORA et al., 2003; SANNOMIYA et al., 2003; ANTUNES; ANTUNES, 2004; DEDIVITIS et al., 2004; PITHAN et al., 2004; GOIATO; FERNANDES, 2005; GRANDI; CANÇADO; SANT'ANA FILHO, 2005; OLIVEIRA et al., 2005; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006).

Estudos notaram que as mulheres manifestam a doença com idade mais avançada do que os homens (LEITE; KOIFMAN, 1998; GERVÁSIO et al., 2001; ABDO; GARROCHO; AGUIAR, 2002; ANJOS HORA et al., 2003; PITHAN et al., 2004; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006). Os resultados do

presente estudo não demonstraram esse aspecto. As médias de idade para homens e mulheres foram semelhantes, 57,84 e 56,69 respectivamente.

A predominância do câncer de cabeça e pescoço em homens é bastante relatada na literatura e, talvez, possa ser explicada pela diferença de hábitos e alguma proteção hormonal presente nas mulheres. Estudos relatam que existe maior percentual de homens utilizando o tabaco e o álcool comparado ao percentual de mulheres (BLOT et al., 1988; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006). A maior prevalência em pacientes mais velhos pode ser decorrente do maior tempo de exposição aos agentes carcinógenos que levam às alterações celulares, provocando o câncer.

A cor/raça mais prevalente foi a parda com 58,51% que está de acordo com o estudo de Santana e colaboradores (1999), com pacientes com carcinoma espinocelular de boca do mesmo hospital, que obtiveram 65,4% da população estudada composta por mestiços. Esta maior prevalência de câncer em pardos é, provavelmente, decorrente da mistura entre raças existente nos baianos. Na Bahia, em torno de 60% da população é composta por pardos segundo o censo demográfico de 2000 (IBGE, 2000). Trabalhos realizados em outros estados do Brasil como Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul apresentaram um predomínio da cor/raça branca (CARVALHO et al., 2001; ABDO; GARROCHO; AGUIAR, 2002; AMORIM FILHO et al., 2003b; GRANDI; CANÇADO; SANT'ANA FILHO, 2005).

Ocorreu predominância de pacientes casados ou que residem com companheiro (a) (51,06%) e pacientes com nível de escolaridade baixo, ou seja, sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (79,79%). Estes resultados estão em concordância com a literatura que mostra prevalência de indivíduos casados (ABDO; GARROCHO; AGUIAR, 2002) e percentuais de até

94,2% da população estudada com grau de instrução até 8° série (LEITE; KOIFMAN, 1998; VELLY et al., 1998; ABDO; GARROCHO; AGUIAR, 2002).

O maior número de pacientes casados/com companheiro pode ser atribuído à faixa etária em que a doença se manifesta, ou seja, acima dos 50 anos, portanto, nesta faixa de idade a maioria das pessoas já constituiu família, possuindo uma união estável.

O grau de escolaridade reduzido pode estar associado ao menor status econômico do indivíduo. Neste trabalho, o local de coleta de dados se caracteriza por ser um Hospital que atende 99,6% de pacientes do SUS, portanto, provavelmente, aqueles que possuem menor poder aquisitivo. No estudo de Abdo, Garrocho e Aguiar (2002) observou-se que 94,2% dos pacientes com CEC de boca possuíam grau de instrução até 8° série e, em relação à renda mensal, 62,3% recebiam até 1 salário mínimo e 28,6%, de 1 a 3 salários mínimos.

No presente estudo, os indivíduos residem em igual proporção em áreas urbana e rural/interior, entretanto quando observada sua naturalidade, 74,47% nasceram no interior da Bahia. Esta característica é decorrente da urbanização ocorrida nos últimos anos conforme censo demográfico de 2000 (IBGE, 2000). No estudo de Santana e colaboradores (1999), foi observada maior prevalência de pacientes oriundos da zona rural (80,9%). No presente estudo, o percentual de pacientes residindo na zona rural/interior foi de 52,13%. Como o estudo de Santana e colaboradores (1999) foi realizado no mesmo Hospital, com dados coletados dos arquivos de 1971 até 1991, observa-se a diminuição do percentual de pacientes provenientes da zona rural, comprovando a ocorrência da urbanização observada nos últimos anos.

Em relação à ocupação, a mais freqüente foi trabalhadores agropecuários e da pesca (31,91%), seguida por trabalhadores da construção civil e indústria (24,47%). Outras ocupações foram atividades do lar (10,64%), vendedores e prestadores de serviços do comércio (8,51%), condutores de veículo automotor (7,45%), trabalhadores dos serviços gerais (7,45%), técnicos de nível médio (5,32%), entre outros. A quantidade de ocupações encontradas mostra a diversidade da população estudada, tendo atividades rurais e urbanas presentes de maneira equilibrada.

O câncer manifesta-se na região de cabeça e pescoço e esta localização é responsável por aproximadamente 10% do total de casos de câncer (INCA, 2002b; PRADO; TAVEIRA, 2003; CARDOSO et al., 2005). Neste trabalho foi avaliado somente casos de câncer de cabeça e pescoço e observou-se que o local mais prevalente foi a cavidade bucal com 50% dos casos, o que está em concordância com a literatura (VELLY et al., 1998; CARDOSO et al., 2005). O câncer de lábio ocorreu em apenas 3 pacientes (3,19%), todos em lábio inferior, sendo 2 desses pacientes da cor/raça branca. A baixa incidência de câncer de lábio pode ser atribuída à população de estudo que é composta principalmente por indivíduos da cor/raça parda e preta e, sabe-se que a ocorrência de câncer de lábio é mais freqüente em pessoas de cor clara, com pouca pigmentação melânica (INCA, 2002b; MORSE; KERR, 2006). A faringe foi responsável por 26 casos (27,66%), estando a base de língua presente em 38,46%.

Alguns autores classificam a base de língua como componente da cavidade bucal, da mesma forma acontece com o palato mole e o lábio. Neste estudo o palato mole e a base de língua foram considerados como parte do componente faringe (orofaringe), e o lábio foi considerado de forma isolada,

não sendo associado à cavidade bucal. Essas diferentes classificações dificultam a comparação entre resultados.

Avaliando somente a cavidade bucal, o local de maior ocorrência foi a língua (42,55%) seguida por assoalho bucal (23,40%). A literatura mostra que essas regiões são as mais prevalentes (CHERUBINI et al., 1991; LEITE; KOIFMAN, 1998; SANTANA et al., 1999; GERVÁSIO et al., 2001; LOPES et al., 2002; ANJOS HORA et al., 2003; DEDIVITIS et al., 2004; DURAZZO et al., 2005), inclusive em países como Escócia, Japão, Itália e Coréia (NOGUCHI et al., 1999; MACKENZIE et al., 2000; SANNOMIYA et al., 2003; CHOI et al., 2006; GARZINO-DEMO et al., 2006; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006). Entretanto alguns estudos apresentam como local mais prevalente o assoalho bucal seguido pela língua (VEECK et al., 1992; ABDO; GARROCHO; AGUIAR, 2002) e outros a gengiva (ONOFRE et al., 1997; GRANDI; CANÇADO; SANT'ANA FILHO, 2005; CHIDZONGA; MAHOMVA, 2006).

O tipo histológico predominante foi o carcinoma espinocelular (CEC) (80,85%). O CEC é considerado o tipo histológico mais comumente encontrado na região de cabeça e pescoço segundo a literatura (CHERUBINI et al., 1991; ONOFRE et al., 1997; ANTUNES; ANTUNES, 2004; DURAZZO et al., 2005; GRANDI; CANÇADO; SANT'ANA FILHO, 2005; OLIVEIRA et al., 2005; DAVIES; WELCH, 2006).

O presente trabalho avaliou pacientes com lesões em cabeça e pescoço e, o que se pôde observar é que a maioria dos estudos trata somente dos casos em cavidade bucal. Entretanto, devido à cavidade bucal ser a localização mais comum de desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço foi possível fazer comparações. Da mesma forma, muitos estudos se restringiram a avaliar

somente carcinomas espinocelulares, por ser o tipo histológico mais prevalente.

Avaliando as lesões de acordo com a classificação TNM, observou-se que a maioria dos casos foi de lesões com tamanhos maiores, T3 e T4, correspondendo a 59,57%; com ausência de metástase regional em 60,64% dos casos; e ausência de metástase à distância em 81,91% dos casos.

A existência de muitos pacientes com lesões de dimensões maiores no momento do diagnóstico também é relatada por Carvalho e colaboradores (2001), Gervásio e colaboradores (2001), Amorim Filho e colaboradores (2003b) e Durazzo e colaboradores (2005), diferente de Veeck e colaboradores (1992) que observaram predomínio de lesões classificadas como T2.

A presença de lesões de tamanhos maiores pode ser atribuída ao atraso no diagnóstico decorrente do profissional em não identificar lesões incipientes ou do paciente em não procurar ajuda profissional nos estágios iniciais da doença.

A ausência de metástase regional no momento do diagnóstico é relatada por Oliver, Helfrick e Gard (1996) em 82,52% dos pacientes, por Leite e Koifman (1998) em 45,8%, por Durazzo e colaboradores (2005) em 61,6% e por Choi e colaboradores (2006) em 46,1% dos casos em câncer de boca, diferente de Amorim Filho e colaboradores (2003b) que, avaliando somente lesões em base de língua em mulheres, observaram presença de linfonodos positivos em 71% das pacientes.

No estudo de Amorim Filho e colaboradores (2003b) foram avaliadas somente lesões em base de língua que, de acordo com a literatura, apresenta uma alta incidência de metástase linfonodal devido à vasta rede linfática presente nesta localização (LAM; LOGAN; LUKE, 2006).

O envolvimento dos linfonodos foi fortemente relacionado com o prognóstico de acordo com Leite e Koifman (1998), Noguchi e colaboradores (1999) e Durazzo e colaboradores (2005). A ausência de metástase regional é um fator prognóstico positivo e é associada com a diminuição em 50% da mortalidade (DURAZZO et al., 2005).

A ocorrência de metástase à distância é muito baixa nas lesões de cabeça e pescoço. Um estudo com 375 pacientes com câncer bucal constatou que somente 4,4% apresentaram metástase à distância (LEITE; KOIFMAN, 1998). Na presente pesquisa, foi constatada em apenas 01 indivíduo (1,06%), localizada no pulmão.

Leite e Koifman (1998) observaram que com o aumento do grau de envolvimento dos linfonodos ou presença de metástase à distância ocorre uma diminuição proporcional na sobrevivência dos pacientes com câncer bucal.

Em relação ao estadiamento clínico que se caracteriza por ser uma associação entre os componentes T, N e M, obteve-se prevalência dos estádios III e IV (68,08%). Na literatura os resultados são diversos. Em alguns estudos também se observou uma predominância dos estádios mais avançados (LEITE; KOIFMAN, 1998; NOGUCHI et al., 1999; AMORIM FILHO et al., 2003a; COSTA; ARAÚJO JR; RAMOS, 2005; DURAZZO et al., 2005; CHOI et al., 2006); em outros estudos, o estágio II prevaleceu (OLIVER; HELFRICK; GARD, 1996; DEDIVITIS et al., 2004) e em outro, existiu uma distribuição equilibrada entre os estádios (GARZINO-DEMO et al., 2006).

O estágio clínico ao diagnóstico é considerado o fator prognóstico mais importante (LEITE; KOIFMAN, 1998; NOGUCHI et al., 1999; CHOI et al., 2006; GARZINO-DEMO et al., 2006). Existe uma forte correlação entre a mortalidade por câncer e o estágio clínico: quanto mais avançado for o EC, maior o risco de

óbito (LEITE; KOIFMAN, 1998; SANNOMIYA et al., 2003). No estudo de Leite e Koifman (1998) foram 18,1% de mortes nos pacientes no EC I, enquanto que nos pacientes no EC IV, o percentual de mortes foi de 65,4%.

Na graduação histológica de malignidade, houve um predomínio dos graus moderadamente diferenciado (38,30%) e bem diferenciado (29,79%), que está em concordância com a maioria dos relatos da literatura (VEECK et al., 1992; LEITE; KOIFMAN, 1998; ANJOS HORA et al., 2003; DEDIVITIS et al., 2004; CHIDZONGA; MAHOMVA, 2006; GARZINO-DEMO et al., 2006).

Alguns estudos mostram que a graduação histológica pode ter associação com o prognóstico do paciente. Noguchi e colaboradores (1999) observaram que a GHM pode refletir o comportamento biológico de cada tumor e influenciar no prognóstico. Entretanto este dado não foi observado por Oliver, Helfrick e Gard (1996), que relataram a inexistência de tal associação. Segundo Oliver, Helfrick e Gard (1996), também não existe correlação entre a GHM e o estágio clínico.

O tratamento de escolha para lesões na região de cabeça e pescoço é o cirúrgico. A escolha do tratamento mais indicado baseia-se, principalmente, nas características da lesão e do paciente (LOPES et al., 1998; MARTINS DE CASTRO et al., 2002; GARZINO-DEMO et al., 2006).

A RT associada à QT como a modalidade terapêutica mais utilizada no presente estudo (37,23%) pode ser decorrente do grau de severidade das lesões. As lesões geralmente se encontravam em estágios clínicos mais avançados, com dimensões maiores e mais disseminadas. Desta forma, o tratamento cirúrgico poderia provocar uma grande mutilação no paciente.

Em segundo lugar está a cirurgia associada à RT (21,28%). Neste caso, geralmente, a RT é utilizada de forma adjuvante, após a cirurgia, para eliminar completamente as células malignas.

A QT de forma isolada não é muito utilizada para o tratamento de lesões na região de cabeça e pescoço. Na literatura, foram observados percentuais de 1 e 1,7% (CHERUBINI et al., 1991; LEITE; KOIFMAN, 1998). No presente estudo, esse percentual foi de 1,06%, concordando com os autores citados. O papel da QT no tratamento do câncer bucal tem sido tradicionalmente paliativo (LOPES et al., 2002).

Leite e Koifman (1998) observaram uma maior prevalência da RT para tratamento do câncer bucal (43,7%), entretanto a combinação de cirurgia e RT foi a que proporcionou melhor prognóstico. Já Lopes e colaboradores (2002) verificaram que a modalidade terapêutica mais utilizada foi a cirurgia (66,67%) e em segundo lugar, a associação da cirurgia com a RT (20,32%). A associação da RT e QT correspondeu a 1,83% dos casos.

Estudos relatam uma grande variação no tratamento mais prevalente (CHERUBINI et al., 1991; LEITE; KOIFMAN, 1998; LOPES et al., 2002; DEDIVITIS et al., 2004; CHOI et al., 2006). Isto pode ser atribuído a fatores como características da população, estadiamento do tumor e protocolos terapêuticos de cada hospital.

A duração dos primeiros sintomas até o diagnóstico apresentou intervalos de tempo bem diversos variando, principalmente, de 1 a 12 meses. Após o diagnóstico, o tratamento foi iniciado em até 6 meses na maioria dos pacientes. Gervásio e colaboradores (2001) também observaram que a maior parte da população procurou tratamento no primeiro ano.

Em relação aos hábitos de higiene bucal, 88,30% dos pacientes relataram realizar escovação diária, com a maioria realizando 2 ou mais escovações por dia. Entretanto, o uso de fio dental e substância anti-séptica eram realizados por somente 12,77% e 21,28%, respectivamente. Esses dados podem não caracterizar de maneira fidedigna a higiene bucal daquele paciente, pois são variáveis indiretas, relatadas pelo paciente que pode, inconscientemente, alterar a realidade. Além disso, a técnica de escovação realizada pode estar inadequada, evitando a remoção eficaz dos detritos de alimentos.

Observou-se que muitos pacientes não sabiam o que era o fio dental, denotando o grau da falta de conhecimento destes sobre os hábitos de higiene bucal básicos.

O hábito de escovação é considerado um fator de proteção contra o risco de câncer bucal. Moreno-López e colaboradores (2000) analisando pacientes com CEC de boca na Espanha compararam a escovação diária com a ausência de escovação diária e constataram que a escovação diária é um fator de proteção estatisticamente significativa.

Na história odontológica pregressa pôde-se verificar que 93,62% dos pacientes já haviam realizado exodontia e que tratamentos mais conservadores, como restauração e endodontia, só haviam sido realizados em 20,21% e 10,64%, respectivamente. Esta observação pode indicar que a população estudada tem dificuldade no acesso ao tratamento odontológico adequado, ou por falta de recursos financeiros ou por menor grau de conhecimento da necessidade de acompanhamento odontológico ou por não ter disponível esse serviço em sua região, resultando em um grande índice de

exodontias. Também pode ser reflexo dos diagnósticos tardios ou mesmo do surgimento da doença nesses pacientes.

Dos tratamentos odontológicos que esses pacientes necessitam, a prótese dentária é o principal (73,40%). Esse dado é um reflexo do tratamento odontológico pregresso predominante que foi a exodontia. Dos pacientes que faziam uso de próteses, observou-se grande quantidade de próteses provisórias sendo utilizadas como definitivas e, próteses antigas e inadequadas para uso.

O tabagismo e o etilismo são os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço. No presente estudo, 87,23% dos indivíduos apresentavam algum desses hábitos. A grande maioria associava o tabaco com o álcool (62,76%). O consumo do fumo e do álcool juntos tem um efeito sinérgico na carcinogênese, multiplicando o risco de desenvolver o câncer bucal (KERAWALA, 1999). A presença do hábito de fumar indica a forte associação entre o uso do tabaco e o câncer, constatado na literatura (BLOT et al., 1988; VEECK et al., 1992; MACFARLANE et al., 1995; MORENO-LÓPEZ et al., 2000).

Outros autores também observaram esta maior prevalência do hábito de fumar associado ou não ao álcool (CHERUBINI et al., 1991; VEECK et al., 1992; LEITE; KOIFMAN, 1998; SANTANA et al., 1999; GERVÁSIO et al., 2001; ABDO; GARROCHO; AGUIAR, 2002; AMORIM FILHO et al., 2003b; DEDIVITIS et al., 2004; PITHAN et al., 2004; DURAZZO et al., 2005; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006). O hábito de beber isoladamente é encontrado em menor número de pacientes como no estudo realizado por Pithan e colaboradores (2004) que encontraram este hábito em

apenas 0,5% dos indivíduos. No presente estudo, o uso do álcool isoladamente estava presente em 2,13% dos pacientes.

O uso do tabaco apresenta um efeito dose-resposta. Uma pesquisa com dados extraídos de três estudos caso-controle realizados nos Estados Unidos, China e Itália, com pacientes com câncer de boca, concluiu que quando há um aumento no consumo de tabaco, o risco de desenvolver câncer aumenta (MACFARLANE et al., 1995). Isso também foi observado por Moreno-López e colaboradores (2000). A duração do vício é outra característica importante que apresenta relação com o risco. Quanto maior o tempo de exposição ao cigarro, maior o risco de desenvolver câncer de cabeça e pescoço (LLEWELLYN et al., 2004). A remoção do hábito de fumar provoca uma diminuição do risco de forma gradativa, de acordo com o aumento no tempo de abandono do vício. A redução cai para 70% após 1 a 9 anos sem fumar e para 50% após mais de 9 anos sem fumar (MACFARLANE et al., 1995).

No presente estudo a quantidade de cigarros utilizada por dia situou-se, predominantemente, na faixa de 06-20 cigarros, que é considerada uma quantidade moderada segundo Llewellyn e colaboradores (2004). Com relação ao uso do tabaco, a maioria possuía mais de 30 anos de duração, demonstrando um maior tempo de exposição aos agentes carcinógenos.

Quando se avaliou a idade em que o hábito foi iniciado, ocorreu predomínio da faixa etária igual ou inferior a 15 anos (68,75%). A média de idade encontrada foi 14,65 anos. Esses achados estão de acordo com os encontrados na literatura (ABDO; GARROCHO; AGUIAR, 2002; LLEWELLYN et al., 2004). Llewellyn e colaboradores (2004) observaram uma tendência dos indivíduos que começaram a fumar antes de alcançar a idade de 16 anos a apresentarem risco de desenvolvimento do câncer 50% mais elevado.

Em um estudo realizado por Llewellyn e colaboradores (2004) com indivíduos jovens (< 45 anos) com câncer de boca e orofaringe comparando com controles, observou-se que os indivíduos doentes faziam uso de maior quantidade de cigarro, iniciavam o hábito em idades menores e a duração do vício era maior.

Atualmente, sabe-se que o álcool isoladamente possui um efeito na indução de lesões malignas através do aumento da permeabilidade da mucosa, facilitando a penetração de agentes carcinógenos ou através da produção de um metabólito carcinogênico, o acetaldeído (REIS et al., 2002; HUANG et al., 2003; REIS et al., 2006).

A concentração do álcool varia de acordo com o tipo de bebida utilizada (HUANG et al., 2003). Observou-se que o tipo de bebida mais utilizada foi a cachaça (80,33%) que é proveniente da fermentação da cana de açúcar e sua posterior destilação e apresenta alta concentração de álcool. A quantidade de álcool usada relatada pelos pacientes foi de 01-10 doses por dia (67,21%), e a duração mais encontrada foi por mais de 30 anos (68,84%). Estudos observaram que o risco para o desenvolvimento do câncer aumenta quanto maior for o consumo do álcool (BLOT et al., 1988; MORENO-LÓPEZ et al., 2000).

Avaliando a associação do componente tamanho do tumor com as demais variáveis, obteve-se uma maior associação de lesões T3 e T4 com pacientes do sexo masculino com uma tendência de 3,42 vezes mais chance dos homens apresentarem lesões de tamanho maiores do que as mulheres.

A maior predisposição dos homens a desenvolverem lesões mais avançadas talvez possa ser explicada pela maior exposição aos agentes carcinógenos. A realização de hábitos deletérios foi mais prevalente nos

homens. A utilização do fumo e/ou do álcool esteve presente em 95,59% dos homens comparado a 65,38% das mulheres. Além disso, a quantidade utilizada tanto do tabaco quanto do álcool foi muito maior nos homens do que nas mulheres. Estudos na literatura também demonstraram uma maior prevalência da utilização do fumo e do álcool pelos homens (CARVALHO et al., 2001; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006). Entretanto, no estudo de Carvalho e colaboradores (2001) comparando homens e mulheres com CEC de boca, lesões com dimensões maiores ocorreram em ambos os sexos em igual proporção.

Pacientes da cor/raça preta tiveram uma tendência a apresentar 2,73 vezes mais chance de ter lesões com dimensões maiores no momento do diagnóstico do que pacientes brancos ou pardos. No Brasil de maneira geral, as pessoas da cor/raça preta tendem a possuir baixa escolaridade em decorrência da pior condição financeira. O grau de instrução e baixa renda podem estar ligados à menor procura ou acesso aos serviços de saúde, propiciando a progressão das lesões. No presente estudo, foi observado que 88,24% dos pacientes da cor/raça preta possuíam baixa escolaridade (sem instrução ou com nível fundamental incompleto), comparado a 78,19% dos pacientes pardos e 40% dos brancos.

Existiu um indício de que pacientes que começaram a fumar com idades acima de 15 anos, tiveram maior risco de apresentar lesões de dimensões maiores no momento do diagnóstico.

O álcool foi outra variável que apresentou associação com o tamanho do tumor. Pacientes etilistas apresentaram maior chance de ter lesões de proporções maiores. Sabe-se que a utilização do álcool provoca aumento da permeabilidade das mucosas, propiciando maior penetração dos agentes

carcinógenos (REIS et al., 2002; HUANG et al., 2003; REIS et al., 2006). Blot e colaboradores (1988) acreditam que o álcool parece contribuir mais do que o fumo para o risco de câncer de boca e faringe.

Em relação ao componente metástase regional, observou-se que pacientes que não apresentavam o hábito de beber, tinham maior chance de apresentar linfonodos negativos ao diagnóstico. A bebida tem a capacidade de potencializar os efeitos do tabaco e outros carcinógenos.

Na avaliação do componente estadiamento clínico e sua associação com as variáveis do estudo existiu indício de que EC III / IV foram mais associados à pacientes do sexo masculino, cor/raça preta e residentes em áreas urbanas.

Pessoas que residem em áreas urbanas podem estar mais expostas às substâncias carcinogênicas, potencializando os efeitos nos tecidos.

A idade de início do hábito de fumar com mais 15 anos também apresentou associação com estádios mais avançados. Talvez este dado seja devido ao tamanho exíguo da amostra.

Houve associação da presença do hábito de beber e lesões nos estádios III / IV. A história do uso de álcool em pacientes com câncer de cabeça e pescoço indica uma maior chance do indivíduo de apresentar lesões de dimensões maiores e mais disseminadas.

O estágio clínico no momento do diagnóstico está fortemente correlacionado à mortalidade. Quanto maior o EC, menor o tempo de sobrevivência (OLIVER; HELFRICK; GARD, 1996; LEITE; KOIFMAN, 1998; NOGUCHI et al., 1999; SANNOMIYA et al., 2003). No presente estudo, pacientes do sexo masculino tiveram 3,17 vezes mais chance de apresentarem lesões no EC III /

IV do que as mulheres. O que indica maior probabilidade dos homens terem menor tempo de sobrevida do que as mulheres.

De acordo com o presente estudo, pacientes que não tinham o hábito de beber tiveram tendência a apresentar lesões menores e sem envolvimento linfonodal no momento de diagnóstico. Isso indica uma maior tendência a pacientes etilistas crônicos apresentarem EC mais avançados e, portanto, probabilidade de apresentarem menor tempo de sobrevida. Leite e Koifman (1998) relataram que hábitos pessoais, principalmente o uso de bebidas, apresentaram correlação estatisticamente significativa em relação às taxas de sobrevida.

A principal maneira para reduzir a incidência de câncer é através da prevenção primária, ou seja, remoção dos fatores de risco como fumo e álcool (KERAWALA, 1999; WEINBERG; ESTEFAN, 2002). A prevenção secundária é outra medida que deve ser realizada através de campanhas de conscientização da população e equipe de saúde, com o intuito de buscar o diagnóstico precoce, pois o tratamento de lesões incipientes apresenta um prognóstico excelente comparado a lesões mais avançadas. Estudos epidemiológicos são importantes, pois fornecem informações aos profissionais da área de saúde sobre as características da população de risco, direcionando, desta forma, as medidas de prevenção.

7 CONCLUSÃO

Baseada na análise de 94 casos de câncer de cabeça e pescoço em pacientes atendidos no setor de odontologia do Hospital Aristides Maltez (Salvador, Bahia), no ano de 2006, concluiu-se que:

- É mais freqüente em homens, pardos, casados, com idade maior do que 50 anos (média de idade de 57,52), menor grau de instrução, nascidos no interior da Bahia e residindo em igual proporção nas zonas urbana e rural/interior;
- Predominaram lesões com maiores dimensões (T3 e T4) e com ausência de metástase regional (N0), compondo um maior percentual de lesões EC III e IV;
- O CEC foi o tipo histológico mais predominante;
- A cavidade bucal correspondeu a 50% dos casos em cabeça e pescoço e, dentre os sítios intra-bucais prevaleceu a língua e assoalho bucal;
- Nos hábitos de higiene bucal, a escovação diária era realizada pela grande maioria, entretanto o uso do fio dental e anti-sépticos era realizado por poucos. O tratamento odontológico que os pacientes mais haviam sido submetidos foi a exodontia e muitos necessitavam da realização de próteses dentárias;
- Os hábitos do tabagismo e do etilismo estiveram presentes em 87,24% dos pacientes, sendo predominante a associação dos dois hábitos. O cigarro industrializado foi o tipo de tabaco mais utilizado, com predominância do uso de 06-20 cigarros por dia e mais de 30 anos de uso. A cachaça foi o tipo de bebida mais utilizada, com predomínio de

mais de 30 anos de uso. A maioria dos pacientes iniciaram a fumar com idade inferior ou igual a 15 anos;

- Existiu uma tendência de lesões mais avançadas e disseminadas, isto é, com maiores graus na classificação TNM, acometerem pacientes do sexo masculino, cor/raça preta, etilistas, residentes em áreas urbanas e que iniciaram a fumar com idade maior do que 15 anos.

REFERÊNCIAS

- ABDO, E. N.; GARROCHO, A. A.; AGUIAR, M. C. F. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. **Rev Bras Cancerol** v. 48, n. 3, p. 357-362, jul./ago./set. 2002.
- AMORIM FILHO, F. S. et al. Estudo clínico-epidemiológico do carcinoma epidermóide da base de língua. **Rev Bras Otorrinolaringol** v. 69, n. 2, parte 1, p. 175-179, mar./abr. 2003a.
- AMORIM FILHO, F. S. et al. Estudo de variáveis demográficas, ocupacionais, e co-carcinogênicas no carcinoma espinocelular da base de língua nas mulheres. **Rev Bras Otorrinolaringol** v. 69, n. 4, p. 472-478, jul./ago. 2003b.
- ANJOS HORA, I. A. et al. Estudo epidemiológico do carcinoma epidermóide de boca no estado de Sergipe. **Ciênc Odontol Bras** v. 6, n. 2, p. 41-48, abr./jun. 2003.
- ANTUNES, A. A.; ANTUNES, A. P. Estudo retrospectivo e revisão de literatura dos tumores dos lábios: experiência de 28 anos. **Rev Bras Cancerol** v. 50, n. 4, p. 295-300, out./nov./dez. 2004.
- BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEHL, J. A. R. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. **Rev Bras Cancerol** v. 50, n. 2, p. 95-101, abr./mai./jun. 2004.
- BLOT, W. J. et al. Smoking and Drinking in Relation to Oral and Pharyngeal Cancer. **Cancer Res** v. 48, n. 11, p. 3282-3287, June 1988.
- BRODERS, A. C. The microscopic grading of cancer. **Surg Clin North Am** v. 21, p. 297-951, 1941.
- CARDOSO, M. F. A. et al. Prevenção e controle das seqüelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. **Radiol Bras** v. 38, n. 2, p. 107-115, mar./abr. 2005.
- CARVALHO, M. B. et al. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. **Rev Ass Med Brasil** v. 47, n. 3, p. 208-214, jul./set. 2001.
- CHERUBINI, K. et al. Neoplasias malignas: estudo epidemiológico. **Rev Odonto Ciênc** v. 6, n. 11, p. 61-77, jun. 1991.
- CHIDZONGA, M. M. Oral malignant neoplasia: a survey of 428 cases in two Zimbabwean hospitals. **Oral Oncol** v. 42, n. 2, p. 177-183, Feb. 2006.

CHIDZONGA, M. M.; MAHOMVA, L. Squamous cell carcinoma of the oral cavity, maxillary antrum and lip in a Zimbabwean population: a descriptive epidemiological study. **Oral Oncol** v. 42, n. 2, p. 184-189, Feb. 2006.

CHOI, K. K. et al. Independent prognostic factors of 861 cases of oral squamous cell carcinoma in Korean adults. **Oral Oncol** v. 42, n. 2, p. 208-217, Feb. 2006.

COSTA, A. L. L.; ARAÚJO JR, R. F.; RAMOS, C. C. F. Correlação entre a classificação clínica TNM e as características histológicas de malignidade do carcinoma epidermóide oral. **Rev Bras Otorrinolaringol** v. 71, n. 2, p. 181-187, mar./abr. 2005.

DAVIES, L.; WELCH, H. G. Epidemiology of head and neck cancer in the United States. **Otolaryngol Head Neck Surg** v. 135, n. 3, p. 451-457, Sept. 2006.

DEDIVITIS, R. A. et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Rev Bras Otorrinolaringol** v. 70, n. 4, p. 35-40, jan./fev. 2004.

DURAZZO, M. D. et al. Clinical and epidemiological features of oral cancer in a medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases. **Clinics** v. 60, n. 4, p. 293-298, Aug. 2005.

FIGUEIREDO, C. R. L. V. et al. Estudo epidemiológico de tumores benignos e malignos de glândula salivar - Análise de 196 casos em Natal (RN). **Rev ABO Nac** v. 8, n. 6, p. 343-348, dez. 2000-jan. 2001.

GARZINO-DEMO, P. et al. Clinicopathological parameters and outcome of 245 patients operated for oral squamous cell carcinoma. **J Craniomaxillofac Surg** v. 34, n. 6, p. 344-350, Sept. 2006.

GERVÁSIO, O. L. A. S. et al. Oral Squamous Cell Carcinoma: A Retrospective Study of 740 Cases in a Brazilian Population. **Braz Dent J** v. 12, n. 1, p. 57-61, Jan./June 2001.

GOIATO, M. C.; FERNANDES, A. U. R. Risk factors of laryngeal cancer in patients attended in the Oral Oncology Center of Araçatuba. **Braz J Oral Sci** v. 4, n.13, p. 741-744, Apr./June 2005.

GOUTZANIS, L. et al. Diabetes may increase risk for oral cancer through the insulin receptor substrate-1 and focal adhesion kinase pathway. **Oral Oncol** v. 43, n. 2, p. 165-173, Feb. 2007.

GRANDI, G.; CANÇADO, R. P.; SANT'ANA FILHO, M. Estudo epidemiológico dos diagnósticos histopatológicos das neoplasias da cavidade bucal e anexos. **Rev Bras Odontol** v. 62, n. 1/2, p. 20-24, 2005.

GUEBUR, M. I. et al. Alterações do fluxo salivar total não estimulado em pacientes portadores de carcinoma espinocelular de boca e orofaringe

submetidos à radioterapia por hiperfracionamento. **Rev Bras Cancerol** v. 50, n. 2, p. 103-108, abr./maio/jun. 2004.

HOMANN, N. et al. Increased salivary acetaldehyde levels in heavy drinkers and smokers: a microbiological approach to oral cavity cancer. **Carcinogenesis** v. 21, n. 4, p. 663-668, Apr. 2000.

HUANG, W. Y. et al. Alcohol Concentration and Risk of Oral Cancer in Puerto Rico. **Am J Epidemiol** v. 157, n. 10, p. 881-887, May 2003.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde (BRASIL). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Conprev. **Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 1979-1999**. - Rio de Janeiro, 2002a.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde (BRASIL). Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer.- INCA. **Falando Sobre Câncer da Boca**. – Rio de Janeiro, 2002b.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde (BRASIL). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Conprev. **Câncer no Brasil. Dados dos Registros de Base Populacional** - Rio de Janeiro, 2003.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde (BRASIL). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos** / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro, 2004.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde (BRASIL). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2006: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Censos Demográficos. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01 fev. 2007.

JEMAL, A. et al. Cancer Statistics, 2006. **CA Cancer J Clin** v. 56, n. 2, p. 106-130, Mar./Apr. 2006.

KERAWALA, C. J. Oral cancer, smoking and alcohol: the patients' perspective. **Br J Oral Maxillofac Surg** v. 37, n. 5, p. 374-376, Oct. 1999.

LAM, L.; LOGAN, R. M.; LUKE, C. Epidemiological analysis of tongue cancer in South Australia for the 24-year period, 1977-2001. **Aust Dent J** v. 51, n. 1, p. 16-22, Mar. 2006.

LEITE, I. C.G.; KOIFMAN, S. Survival analysis in a sample of oral cancer patients at a reference hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Oral Oncol** v. 34, n. 5, p. 347-352, Sept. 1998.

- LIMA, A. A. S. et al. Velocidade do fluxo e pH salivar após radioterapia da região de cabeça e pescoço. **Rev Bras Cancerol** v. 50, n. 4, p. 287-293, out./nov./dez. 2004.
- LLEWELLYN, C. D. et al. An analysis of risk factors for oral cancer in young people: a case-control study. **Oral Oncol** v. 40, n. 3, p. 304-313, Mar. 2004.
- LOPES, F. F. et al. Aspectos epidemiológicos e terapêuticos do câncer bucal. **Rev Bras Odontol** v. 59, n. 2, p. 98-99, Mar./Abr. 2002.
- LOPES, M. A. et al. Reconhecendo e controlando os efeitos colaterais da radioterapia. **Rev Assoc Paul Cir Dent** v. 52, n. 3, p. 241-244, Maio-Jun. 1998.
- MACFARLANE, G. J. et al. Alcohol, Tobacco, Diet and the Risk of Oral Cancer: a Pooled Analysis of Three Case-Control Studies. **Eur J Cancer B Oral Oncol** v. 31B, n. 3, p. 181-187, May 1995.
- MACKENZIE, J. et al. Increasing incidence of oral cancer amongst young persons: what is the aetiology? **Oral Oncol** v. 36, n. 4, p. 387-389, Jul. 2000.
- MAGUIRE, A.; WELBURY, R. R. Long-term effects of antineoplastic chemotherapy and radiotherapy on dental development. **Dent Update** v. 23, n. 5, p. 188-194, Jun. 1996.
- MARTINS DE CASTRO, R. F. et al. Atenção odontológica aos pacientes oncológicos antes, durante e depois do tratamento antineoplásico. **Rev Odontol UNICID** v. 14, n. 1, p. 63-74, jan./abr. 2002.
- MEDINA, A.; GONZÁLEZ DE P., M. C. Protocolo de tratamiento de cirugía bucal para pacientes irradiados en Cabeza y cuello. Presentación de vários casos. **Acta Odontol Venez** v. 35, n. 2, p. 77-81, mayo/ago. 1997.
- MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (Brasil). **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO2002)**. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br>>. Acesso em: 16 jan. 2007.
- MORENO-LÓPEZ, L. A. et al. Risk of oral cancer associated with tobacco smoking, alcohol consumption and oral hygiene: a case-control study in Madrid, Spain. **Oral Oncol** v. 36, n. 2, p. 170-174, Mar. 2000.
- MORSE, D. E.; KERR, A. R. Disparities in oral and pharyngeal cancer incidence, mortality and survival among black and white Americans. **J Am Dent Assoc** v. 137, n. 2, p. 203-212, Feb. 2006.
- NOGUCHI, M. et al. Prognostic factors and relative risk for survival in N1-3 oral squamous cell carcinoma: a multivariate analysis using Cox's hazard model. **Br J Oral Maxillofac Surg** v. 37, n. 6, p. 433-437, dec. 1999.
- OLIVEIRA, E. D. et al. Perfil epidemiológico das neoplasias orais maligna no município de São Paulo, Brasil. **Rev Odontol UNESP** v. 34, n. 4, p. 141-147, 2005.

OLIVEIRA, L. R.; RIBEIRO-SILVA, A.; ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. **J Bras Patol Med Lab** v. 42, n. 5, p. 385-392, out. 2006.

OLIVER, A. J.; HELFRICK, J. F.; GARD, D. Primary Oral Squamous Cell Carcinoma: A Review of 92 Cases. **J Oral Maxillofac Surg** v. 54, n. 8, p. 949-954, Aug. 1996.

ONOFRE, M. A. et al. Prevalência de câncer bucal: no serviço de medicina bucal da Faculdade de Odontologia de Araraquara/UNESP: 1989-1995. **RGO** v. 45, n. 2, p. 101-104, mar./abr. 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

PALMER, R. M. et al. Mechanisms of action of environmental factors-tobacco smoking. **J Clin Periodontol** v. 32, n. 6, p. 180-195, Oct. 2005.

PITHAN, S. A. et al. Perfil epidemiológico do carcinoma espinocelular de boca em pacientes do serviço de estomatologia do hospital São Lucas da PCRS. **Rev Odonto Ciência** v. 19, n. 44, p. 126-130, abr./jun. 2004.

PRADO, R. F.; TAVEIRA, L. A. A. Nicotina na Carcinogênese Química Bucal. **Rev Bras Patol Oral** v. 2, n. 4, p. 24-27, out./dez. 2003.

REIS, S. R. A. et al. Efeito genotóxico do etanol em células da mucosa bucal. **Pesqui Odontol Bras** v. 16, n. 3, p. 221-225, jul./set. 2002.

REIS, S. R. A. et al. Cytologic alterations in the oral mucosa after chronic exposure to ethanol. **Braz Oral Res** v. 20, n. 2, p. 97-102, Abr./June 2006.

ROSA, L. N. Atenção Estomatológica aos pacientes pediátricos oncológicos. **RGO** v. 45, n. 2, p. 111-114, mar./abr. 1997.

SANNOMIYA, E. K. et al. Avaliação dos Resultados dos Tratamentos Radioterápico e Quimioterápico em Pacientes Portadores de Carcinoma Espinocelular na Cavidade Bucal. **Rev Odontol UNESP** v. 32, n. 2, p. 119-124, jul./dez. 2003.

SANTANA, E. J. B. et al. Squamous cell carcinoma: a 20 years prevalence and descriptive analyses at the Aristides Maltez Hospital in Salvador Bahia, Brazil. **Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia** v. 18, p. 40-45, Jan./Jun., 1999.

SATHYAN, K. M. et al. Carcinoma of tongue and the buccal mucosa represent different biological subentities of the oral carcinoma. **J Cancer Res Clin Oncol** v. 132, n. 9, p. 601-609, Sept. 2006.

VEECK, E. B. et al. Estudo epidemiológico dos carcinomas espinocelulares na cavidade bucal. **Rev Odonto Ciênc** v. 7, n. 14, p. 25-34, Dez. 1992.

VELLY, A. M. et al. Relationship between dental factors and risk of upper aerodigestive tract cancer. **Oral Oncol** v. 34, n. 4, p. 284-291, July 1998.

WEINBERG, M. A.; ESTEFAN, D. J. Assessing oral malignancies. **Am Fam Physician** v. 65, n. 7, p. 1379-1384, Apr. 2002.

WINN, D. M. Tobacco use and oral disease. **J Dent Educ** v. 65, n. 4, p. 306-312, Apr. 2001.

WÜNSCH FILHO, V.; MONCAU, J. E. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. **Rev Assoc Med Bras** v. 48, n. 3, p. 250-257, jul./set. 2002.



FICHA CLÍNICA

Registro: _____

Data de emissão: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Gênero: _____ Raça: _____

Estado civil: _____ Naturalidade: _____ Peso e altura: _____

Ocupação: _____ Identidade: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Nome do responsável: _____

Indicado por: _____

Grau de instrução: _____

ANAMNESE

Queixa Principal: _____

História da Doença Atual: _____

Diagnóstico do tumor: _____

Estadiamento clínico: _____ Grau histológico de malignidade: _____

Localização: _____

Tratamento anteriores: _____

Tratamento em curso: _____

Medicamentos em uso (tratamento oncológico): _____

Nome do médico: _____

Especialidade: _____ Telefone: _____

Local de trabalho _____

Obs: _____

História Odontológica:

a) Escova os dentes quantas vezes ao dia? Horários que escova? _____

Usa o fio dental? _____ Quando e quantas vezes? _____

Faz bochechos? Com o quê? _____

b) Quantas vezes vai ao dentista? _____ Quando foi a última vez que foi ao dentista e por quê? _____

c) Já tomou anestesia? _____ Teve alguma reação ao anestésico? _____

d) Já extraiu algum dente? _____ Como foi a cicatrização? _____ Teve hemorragia? _____

e) Já fez limpeza profissional? _____ f) Já fez algum tratamento na gengiva? _____

- g) Já usou aparelho ortodôntico? _____ h) Usa ou usou prótese? _____
 i) Já fez tratamento de canal? _____ j) Já fez cirurgia na boca? _____
 Outros: _____

História Médica:

- a) Enfermidades: _____

 b) Antecedentes Familiares: _____
 c) Já precisou realizar alguma cirurgia ou sofreu internação hospitalar? _____

 d) Medicamentos em uso: nome e dose _____

 e) Tem alergia? A quê? _____
 f) Se mulher: está grávida? _____

Hipossalivação: Tem a sensação de boca seca? _____
 Dificuldade de engolir alimentos? _____ Acorda à noite com sede? _____
 Sensação de queimação na língua? _____ Problemas com o gosto dos alimentos? _____

História Social e Pessoal:

Como você se definiria (calmo, extrovertido, etc) e como é sua relação com os familiares, amigos e colegas de trabalho? _____

O que gosta de fazer nas horas vagas (hobbies)? _____

Hábitos:

Fuma? _____ Há quanto tempo? _____ Quantos cigarros por dia? _____
 Fuma charuto? _____ Outro tipo de fumo? _____ Masca fumo? _____
 Álcool: Bebe? _____ tipo? _____ quantidade? _____

EXAME FÍSICO:

EXAME EXTRA-ORAL:



a) Exame cutâneo:

Dermatite: _____

Alopecia: _____

Pigmentação: _____

b) Linfonodos: _____

EXAME INTRA-ORAL:

a) Lesões de mucosa

Localização: _____

Forma: _____ Tamanho: _____

Cor: _____ Superfície: _____

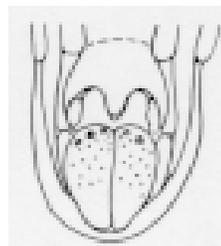
Inserção: _____ Consistência: _____

Sinais secundários: _____

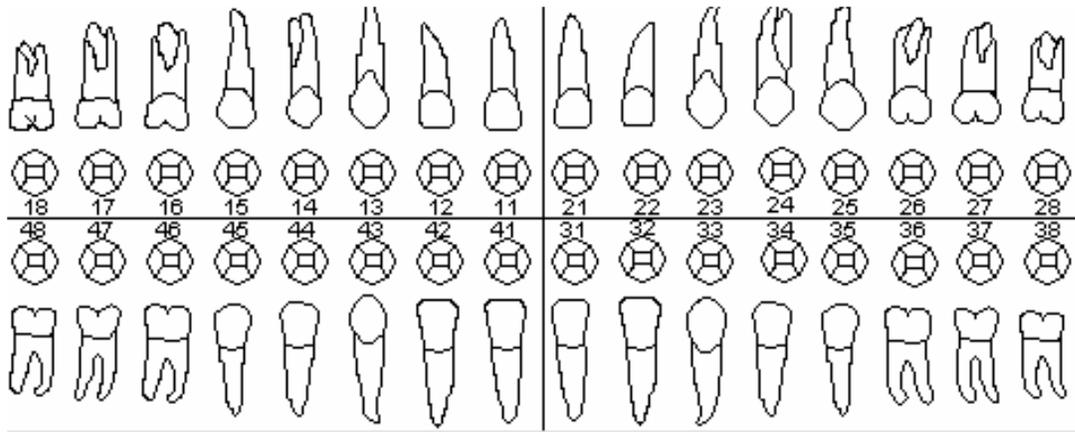
Diagnóstico clínico: _____

Diagnóstico conclusivo: _____

Obs: _____



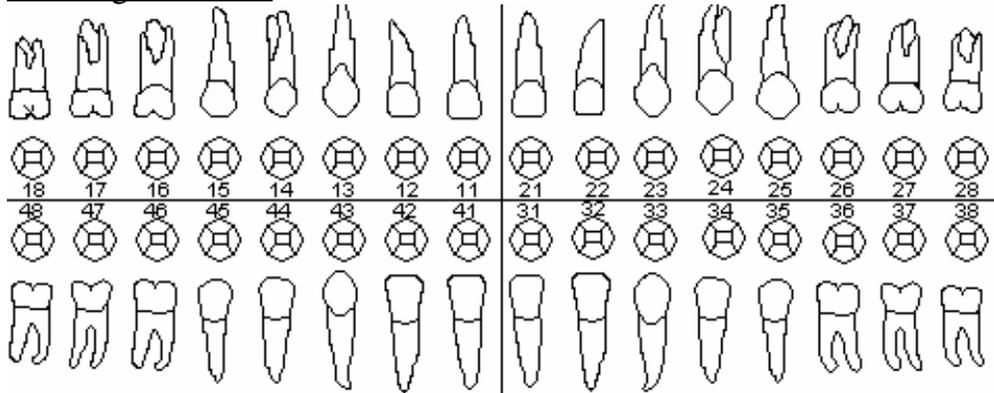
b) Odontograma inicial Data:



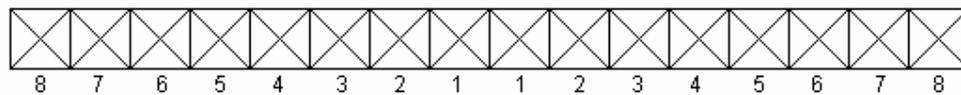
Plano de tratamento: _____

Observações: _____

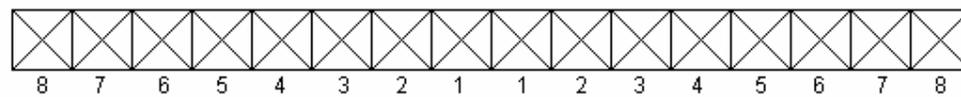
Odontograma final Data:



c) Índice de Placa (IP)



Data: Faces: IP:



Data: Faces: IP:

d) Periodontograma

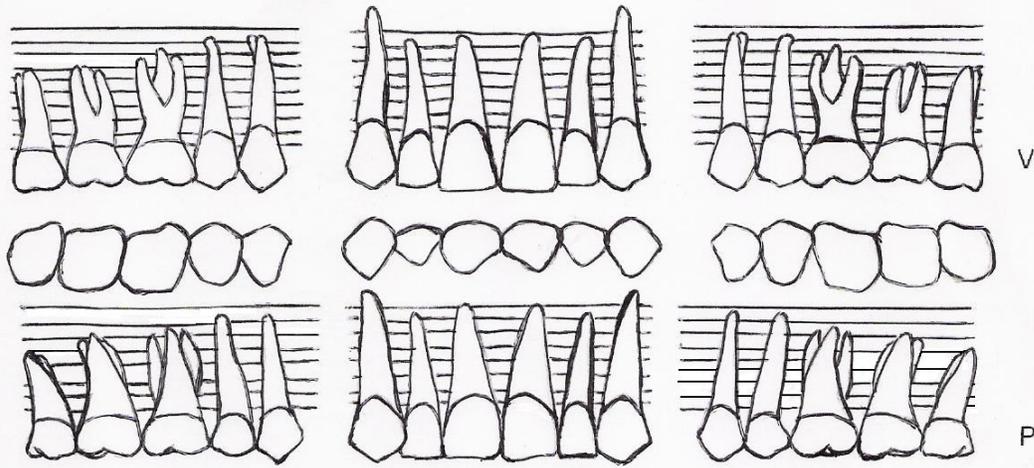
Data: ___/___/___

INICIAL

REAVALIAÇÃO

FINAL

UEC-MG
PCS-SS
NIC

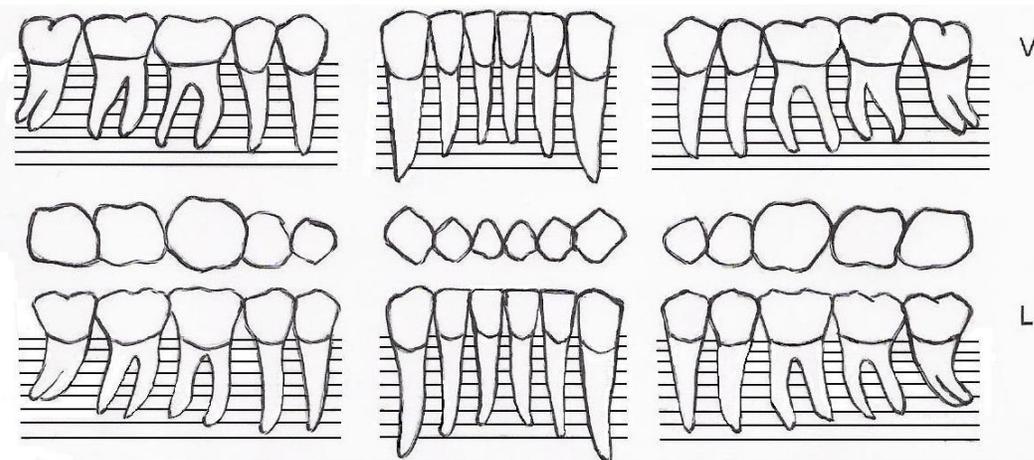


V

P

UEC-MG
PCS-SS
NIC

UEC-MG
PCS-SS
NIC



V

L

UEC-MG
PCS-SS
NIC

Periodontograma

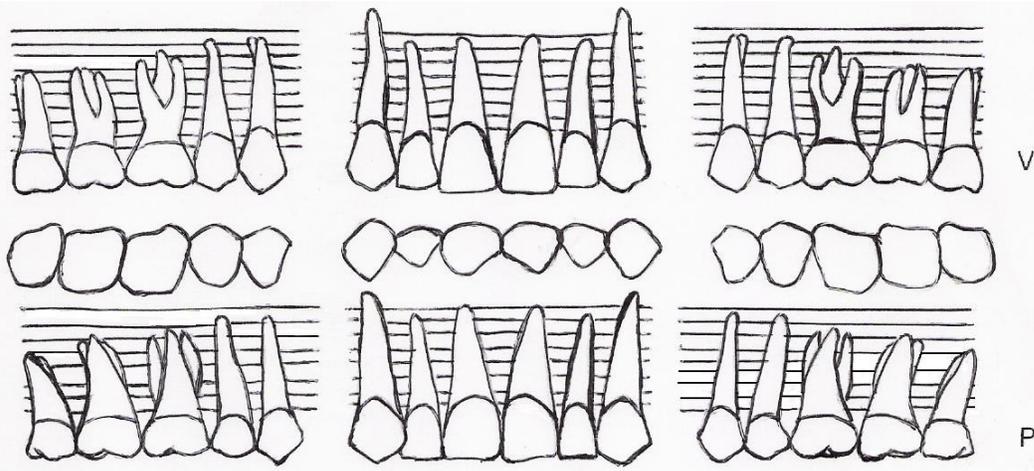
Data: ___/___/___

INICIAL

REAVALIAÇÃO

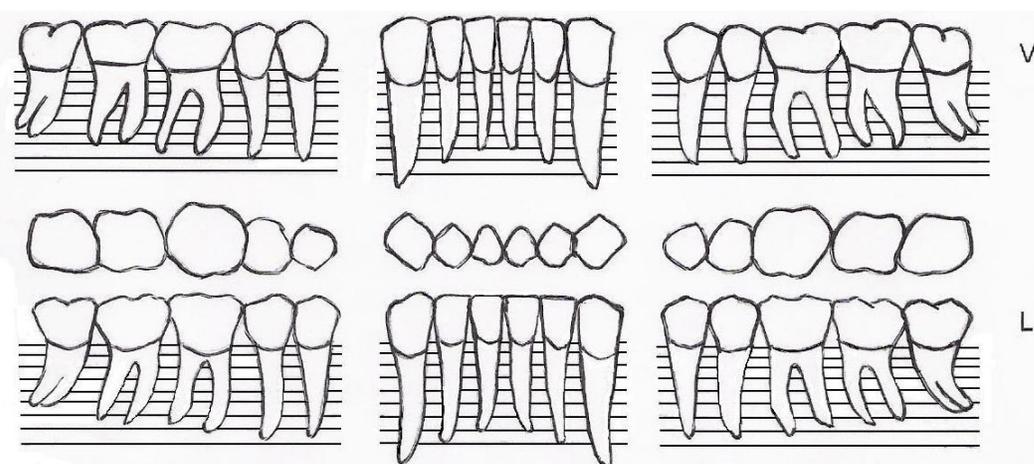
FINAL

UEC-MG
PCS-SS
NIC



UEC-MG
PCS-SS
NIC

UEC-MG
PCS-SS
NIC



UEC-MG
PCS-SS
NIC



TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
estou ciente que estarei participando da pesquisa “Perfil epidemiológico do paciente com câncer de cabeça e pescoço atendido no setor de Odontologia do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006” que tem como finalidade identificar o perfil do paciente que está realizando tratamento antineoplásico e determinar a prevalência das alterações orais que este paciente venha a desenvolver. Estou ciente que posso deixar de participar desta pesquisa a qualquer momento que desejar.

Declaro que li, ou leram para mim este texto, e entendi as informações anteriores. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar desta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Maternidade Climério de Oliveira-UFBA, rua Padre Feijó 240, Canela. Telefone: 3203-2740.

Em caso de necessidade, a qualquer momento poderei entrar em contato com o responsável por esta pesquisa a Mestranda Caroline Góes pelo telefone 99435480.

Salvador, _____

Ass. do paciente: _____

Responsável pela pesquisa: _____

Testemunha: _____