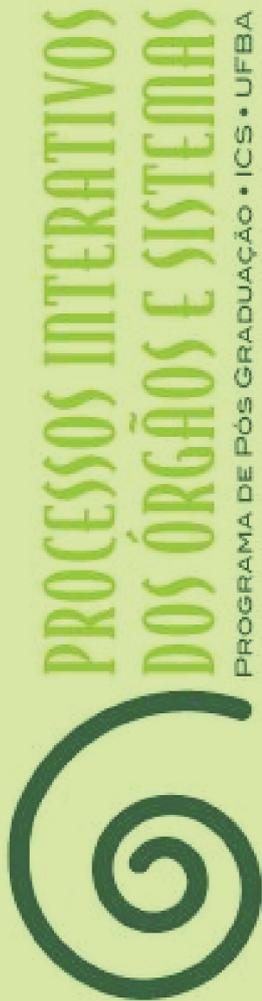


UFBA

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Ciências da Saúde

CÁTIA MARIA GUANAES SILVA



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES
COM CÂNCER DE BOCA ATENDIDOS NO
HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ EM
DOIS PERÍODOS DISTINTOS**

**Salvador
2016**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROCESSOS INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**

CÁTIA MARIA GUANAES SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
DE PACIENTES COM CÂNCER DE BOCA
ATENDIDOS NO HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ
EM DOIS PERÍODOS DISTINTOS**

Salvador
2016

CÁTIA MARIA GUANAES SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
DE PACIENTES COM CÂNCER DE BOCA
ATENDIDOS NO HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ
EM DOIS PERÍODOS DISTINTOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas

Orientador: Prof. Dr. Roberto Paulo C. de Araújo

Coorientadora: Profa. Dra. Gabriela Botelho Martins

Salvador
2016

Silva, Cátia Maria Guanaes.
Perfil epidemiológico de pacientes com câncer de boca atendidos no Hospital Aristides Maltez, em dois períodos distintos./ [Manuscrito]. Cátia Maria Guanaes Silva. – Salvador, 2016.
126 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Paulo C. de Araújo.
Coorientadora: Prof. Dra. Gabriela Botelho Martins.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Salvador, 2016.

1. Neoplasia Bucal. 2. Epidemiologia. 3. Assistência à Saúde. I. Araújo, Roberto Paulo C. de. II. Martins, Gabriela Botelho. III. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Saúde. Programa de Pós- Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. IV. Título

CDD 616.31- 21. ed.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



TERMO DE APROVAÇÃO DA DEFESA PÚBLICA DE TESE

CÁTIA MARIA GUANAES SILVA

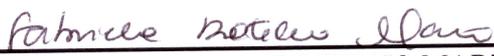
ESTUDO COMPARATIVO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM
CÂNCER DE BOCA ATENDIDOS NO HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ EM DOIS
PERÍODOS DISTINTOS

Salvador, Bahia, 22 de dezembro de 2016

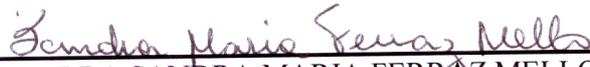
COMISSÃO EXAMINADORA:



PROF DR ROBERTO PAULO CORREIA DE ARAÚJO (Orientador)



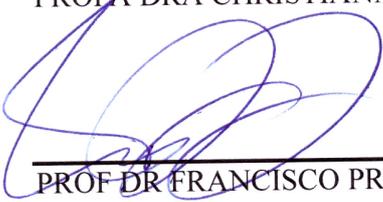
PROFA DRA GABRIELA BOTELHO MARTINS (Examinador Interno)



PROFA DRA SANDRA MARIA FERRAZ MELLO (Examinador Externo)



PROFA DRA CHRISTIANNE SHEILLA ALMEIDA BARRETO LEAL (Examinador Externo)



PROF DR FRANCISCO PRADO REIS (Examinador Externo)

*Ao Prof. Dr. Benedicto Alves de Castro Silva, cirurgião-dentista,
pioneiro na Bahia do estudo do câncer de boca
e da divulgação de sua importância e formas de prevenção
no meio odontológico, médico e junto à comunidade,
minha inspiração de vida, acadêmica e profissional.*

*Em memória de todos os pacientes que tiveram suas vidas ceifadas
e para aqueles que sobreviveram mutilados
em decorrência da doença câncer de boca,
patologia que pode ser curável em até cem por cento,
se diagnosticada precocemente.*

AGRADECIMENTOS

Por que agradecer?

Agradecer nos remete ao sentimento de humildade profundo e genuíno que nos conecta com o poder de Deus — a gratidão.

O sentimento de gratidão enseja o reconhecimento de necessidades para aprendizado, desenvolvimento e reforma íntima.

É esse sentimento de gratidão que me invade nesse instante, agradecendo a Deus tudo o que tenho e que sou, essa nova etapa de vida, a oportunidade de vislumbrar novos horizontes, adquirir novos conhecimentos. Nada disso poderia acontecer sem pessoas iluminadas ao meu lado, sem as quais essas páginas da vida não poderiam ser escritas.

Assim, externo aqui, minha eterna gratidão:

Ao querido amigo, colega, Professor Orientador Dr. Roberto Paulo Correia de Araújo.

À estimada, paciente e acolhedora Professora Coorientadora Dra. Gabriela Botelho Martins.

Aos Colaboradores, sempre atenciosos, do Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas da UFBA.

Ao Hospital Aristides Maltez, Liga Baiana Contra o Câncer, e à equipe do Serviço de Arquivo Médico e Estatística, na pessoa do Dr. Aristides Maltez Filho, e da Enfermeira Stela Maria Leal Pinto Dantas.

Às colegas e amigas, por demais presentes e incentivadoras, na pessoa da Dra. Rosângela Góes Rabelo e da Dra. Maria Cristina Teixeira Cangussu.

Aos meus alunos da Faculdade de Odontologia da UFBA, na pessoa de Juliana Minos e Mariana Machado.

Aos artífices da minha história de vida, meus pais, Maria e Benedicto.

Ao meu muito amado cúmplice, amante e “Orientador”, Augusto.

À minha sementeira, o ontem, o hoje e o amanhã, Juliana, Augusto, Yasmin e Mariana.

SILVA, Cátia Maria Guanaes. **Perfil epidemiológico de pacientes com câncer de boca atendidos no Hospital Aristides Maltez em dois períodos distintos.** 124 f., 2016. Tese (Doutorado) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

RESUMO

Introdução: A ocorrência frequente e a alta letalidade do câncer de boca e orofaringe no Brasil conferem grande importância ao problema que se configura como relevante questão de saúde pública. Deve-se ter atenção especial quanto ao monitoramento, a caracterização de populações de risco e a otimização da definição de políticas públicas de saúde visando a prevenção, proteção e assistência. **Objetivo:** analisar a doença câncer de boca e sua morbimortalidade, levando-se em conta o estágio da doença a partir do diagnóstico, o acesso aos serviços de saúde, o grau de instrução e o nível sócioeconômico da população assistida pelo Hospital Aristides Maltez no estado da Bahia em dois períodos distintos. **Metodologia:** trata-se de um estudo de corte transversal, realizado através da análise comparativa dos dados registrados nos prontuários dos pacientes com câncer de boca atendidos no Hospital Aristides Maltez, devidamente selecionados de forma sistemática pelo SAME, nos períodos compreendidos entre 2000 a 2006 e 2008 a 2015. Foram consideradas as seguintes variáveis: gênero, idade, ocupação e grau de instrução; tipo de lesão do câncer de boca, sua localização e estadiamento. **Resultados:** as avaliações dos dados coletados apontaram uma maior ocorrência em ambos os períodos 2008-2015 e 2000-2006 respectivamente: carcinoma espinocelular - CEC 88,3%, e 81,87% com maior prevalência para o sexo masculino 72,73% e 70,18%; indivíduos fumantes 65,58% e 66,67; etilistas 61,03% e 52,63%. Quanto ao grau de instrução, em 2008-2015, 59% possuíam, apenas, ensino fundamental e em 2000-2006 44,45% analfabetos. Para o período 2008-2015 e 2000-2006, respectivamente sítio preferencial do câncer foi a língua 31,42% e 25,15%, sendo que o profissional responsável pelo diagnóstico foi, predominantemente, o médico (94% e 74,44%). Prevaleceram, em ambos os períodos os tumores de tamanho T3 e T4 assim como o tratamento instituído, a radioterapia associada a quimioterapia. No período de 2008-2015 foi constatado haver correlação significativa entre o uso de álcool, o tamanho do tumor (T4 = 82,86% etilistas) e a presença de nódulos (N3 = 75% etilistas). Constatou-se, também, haver associação entre o álcool e o fumo, com relação ao tamanho do tumor (T4=74,29%), os nódulos (N3=75%) e as metástases (M1=62,%). **Conclusão:** os resultados dos dados analisados foram semelhantes ao se traçar o perfil epidemiológico; referindo o médico como profissional responsável pelo diagnóstico; ocorrência de tumores avançados; abordagens terapêuticas semelhantes. Chamou atenção a faixa etária de início dos hábitos de fumar e beber, ainda na infância e adolescência. Observou-se uma forte significância entre o tamanho do tumor, presença de nódulos e metástase, com o uso do álcool isoladamente, sendo, portanto, sugerida a existência de uma ação carcinogênica indutora.

Palavras-chave: Neoplasia bucal - Epidemiologia - Assistência à saúde.

SILVA, Cátia Maria Guanaes. **Epidemiological profile of patients with oral cancer treated at the Aristides Maltez Hospital in two different periods.** 124 p., 2016.

These (Doctoral) - Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia, Salvador, 2016.

ABSTRACT

Studies of oral and pharynx cancer high prevails such as high lethality in Brazilian population is very important for Brazil publics' health, not only for checking, but also to allow characterization of the population under risk and optimize the definition of public health policies that aim the prevention, protection, and health assistance. **Objective:** analyze the disease oral cancer e it's morbidity and mortality considering it's stage, at the diagnostic, access to health services, schooling, social economic level of the population, and determine this criteria as associated factors with the survival impact and services health organizations, in order to improve a critical evaluation of cancer in the state of Bahia and in the health assistance offered by Aristides Maltez Hospital. **Methodology:** the study developed was a cross-sectional type with the entire patient's promptuary selected in a systematic way by the SAME, attended in Aristides Maltez Hospital a comparative analyses between the period 2000-2006 and 2008-2015. Were considered, and evaluating the variables gender, age, business, schooling type, lesion type, site, and cancer lesions staging. **Results:** the collected data indicated a greater occurrence in both periods 2008-2015 and 2000-2006 respectively occurrence of squamous cell carcinoma 88,3% and 81,87% in male 72,73% e smokers 70,18%65,58% e 66,67; alcoholic 61,03% and 52,63%. Regarding the level of education, in 2008-2015, 59% had only elementary education and in 2000-2006 44.45% were illiterate. For the period 2008-2015 and 2000-2006, 31.42% and 25.15%, respectively, the preferred site for cancer was the tongue professional responsible for the diagnosis, predominantly the physician (94% and 74.44%)Tumors of T3 and T4 size prevailed in both periods as well as the treatment instituted the radiotherapy associated with chemotherapy. In the 2008-2015 period, there was a significant correlation between alcohol use, tumor size (T4 = 82.86%) and the presence of nodules (N3 = 75% alcohol). There was also an association between alcohol and smoking, with respect to tumor size (T4 = 74.29%), nodules (N3 = 75%) and metastases (M1 = 62,%). **Conclusion:** the results analyzed were very similar for the epidemiological profile; referring the physician as the professional responsible for the diagnosis; occurrence of advanced tumors; therapeutic approaches. Attention was drawn to the age range of onset of smoking and drinking habits, still in childhood and teenagers. A strong significance was observed between tumor size, presence of nodules and metastasis, with the use of alcohol alone, and therefore suggested that there is a inductor carcinogenic action.

Keywords: Mouth neoplasms - Epidemiology - Delivery of health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Hospital Aristides Maltez, Salvador, Bahia	19
Figura 2	Faixa etária dos pacientes, HAM, 2008-2015	63
Figura 3	Associação entre a década de nascimento dos pacientes e o ano de matrícula, HAM, 2008-2015	65
Figura 4	Média de idade dos pacientes por ocasião do diagnóstico relacionada com o sexo e quantitativo dos dois sexos, HAM, 2008-2015	66
Figura 5	Média de idade dos pacientes por ocasião do diagnóstico relacionada com o sexo e quantitativo dos dois sexos, HAM, 2000-2006	66
Figura 6	Perfil ocupacional dos pacientes, HAM, 2008-2015	68
Figura 7	Perfil ocupacional dos pacientes, HAM, 2000-2006	69
Figura 8	Profissional responsável pelo diagnóstico do câncer, HAM, 2008-2015.....	76
Figura 9	Profissional responsável pelo diagnóstico do câncer, HAM, 2000-2006	77
Figura 10	Local do atendimento inicial e profissional responsável pelo direcionamento dos pacientes, HAM, 2008-2015	79
Figura 11	Local de realização da biopsia nos pacientes, HAM, 2008-2015	84
Figura 12	Abordagens terapêuticas preconizadas para os pacientes, HAM, 2008-2015	85
Figura 13	Tempo de uso do tabaco (anos) referido pelos pacientes HAM, 2008-2015	90
Figura 14	Tempo de uso do tabaco (anos) referido pelos pacientes HAM, 2000-2006	91
Figura 15	Tipos de tabaco usados pelos pacientes, HAM, 2008-2015	92
Figura 16	Idade de início do uso do álcool referida pelos pacientes, HAM, 2008-2015	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados sociodemográficos dos pacientes, HAM, 2008-2015	61
Tabela 2	Dados sociodemográficos dos pacientes, HAM, 2000-2006	62
Tabela 3	Ano de matrícula e sua relação com o número e o percentual dos pacientes, HAM, 2008-2015	63
Tabela 4	Tipo histológico e localização das lesões cancerosas dos pacientes, HAM, 2008-2015	71
Tabela 5	Tipo histológico e localização das lesões cancerosas dos pacientes, HAM, 2000-2006	72
Tabela 6	Classificação dos tumores dos pacientes segundo o sistema TNM, HAM, 2008-2015	74
Tabela 7	Classificação dos tumores dos pacientes segundo o sistema TNM, HAM, 2008-2006	74
Tabela 8	Sintomas referidos pelos pacientes aos profissionais por ocasião da matrícula, HAM, 2008-2015	81
Tabela 9	Média de tempo (meses) para a busca de atendimento por um profissional e sua relação com o grau de instrução dos pacientes, HAM, 2008-2015	82
Tabela 10	Tabagismo e etilismo referidos pelos pacientes e higiene bucal avaliada, HAM, 2008-2015	88
Tabela 11	Tabagismo e etilismo referidos pelos pacientes e higiene bucal avaliada, HAM, 2000-2006	89
Tabela 12	Associação entre o uso de álcool pelos pacientes e o tamanho do tumor, HAM, 2008-2015	94
Tabela 13	Associação entre o uso de álcool pelos pacientes e a presença de nódulos, HAM, 2008-2015	95
Tabela 14	Associação entre o uso de álcool pelos pacientes e a ocorrência de metástases, HAM, 2008-2015	95
Tabela 15	Associação entre o uso de álcool e de tabaco pelos pacientes e o tamanho do tumor, HAM, 2008-2015	98
Tabela 16	Associação entre o uso de álcool e de tabaco pelos pacientes e a presença de nódulos, HAM, 2008-2015	98
Tabela 17	Associação entre o uso de álcool e de tabaco pelos pacientes e a ocorrência de metástases, HAM, 2008-2015	99

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

EBV	Vírus Epstein-Barr
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas
cGy (Centygray)	Unidade de medida do sistema internacional de absorção das radiações ionizantes, correspondente a um centésimo do gray e equivalente a um rad.
CMV	Citomegalovírus
EC	Estadiamento clínico
HAM	Hospital Aristides Maltez
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICAP	Instituto de Citologia e Anatomia Patológica
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LBCC	Liga Bahiana Contra o Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
QT	Quimioterapia
RXT	Radioterapia
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
TNM	Sistema de classificação dos tumores malignos: T = tamanho, N = comprometimento nodal, M = metástase
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS	20
3.1	GERAL	21
3.2	ESPECÍFICOS	21
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
4.1	CONCEITUAÇÃO DA DOENÇA	23
4.2	EPIDEMIOLOGIA	24
4.3	DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER	27
4.4	PRINCIPAIS FATORES ENVOLVIDOS NA CAUSALIDADE DA DOENÇA	30
4.5	DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE BOCA E OROFARINGE	38
4.6	TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA E OROFARINGE	40
4.7	COMPLICAÇÕES ORAIS NO TRATAMENTO DO CÂNCER	44
4.7.1	Mucosite	44
4.7.2	Xerostomia	46
4.7.3	Cárie dentária	46
4.7.4	Osteonecrose	47
4.7.5	Infecções	49
4.7.6	Alteração do paladar	50
4.7.7	Dores	50
4.8	IMPACTO DA DOENÇA NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL	52
5	METODOLOGIA	55
5.1	DESENHO DO ESTUDO	55
5.2	LOCAL DO ESTUDO E POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA	55
5.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	56
5.4	COLETA DE DADOS.....	56
5.5	PROCESSO DE ANÁLISE	58
5.6	ASPECTOS ÉTICOS	58
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
7	CONCLUSÃO	102
	REFERÊNCIAS	
	APÊNDICE	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Viver mais. Essa tem sido a tônica propalada na comunidade social e científica, verificada de forma mais incisiva desde o século passado. Inegavelmente, os avanços da ciência contribuíram para isso, proporcionando o aumento progressivo da expectativa de vida do ser humano.

Entretanto, observa-se que a possibilidade de viver almejada por muitos surge associada a outra questão também muito importante, ou seja, a qualidade de vida e sobrevida. Isso porque o aumento da expectativa de vida vem deixando um legado — o aparecimento cada vez maior de doenças crônico-degenerativas.

A ciência tem empenhado esforços em todos os sentidos para implementar métodos diagnósticos cada vez mais sofisticados, abordagens terapêuticas elaboradas e de ponta, formando equipes médicas cada vez mais especializadas, buscando garantir uma sobrevida maior, com controle das patologias, mas, em contrapartida, a contribuição da medicina assistencial tem sido modesta e onerosa e a da preventiva longe do ideal.

Dentre as doenças crônico-degenerativas torna-se alarmante o aumento da incidência de uma em especial — o câncer. Essa doença é a principal causa de morbimortalidade em países desenvolvidos ou em desenvolvimento.

Nesse contexto em que ocorre o aumento da expectativa de vida, implicando inversão da pirâmide populacional, proporcionando aumento da incidência de doenças crônicas e degenerativas, resultando em tratamentos onerosos e nem sempre bem-sucedidos, proporcionou o surgimento de um novo conceito do binômio saúde e educação, refletindo sobre novas práticas médicas relacionadas principalmente com uma ação teoricamente simples — a prevenção.

A prevenção na saúde apresenta-se como uma prática de prioridade inadiável e irrevogável, e suas ações a nível primário, secundário ou terciário têm ofertado à população indicadores de melhoras refletidos no perfil epidemiológico das doenças, entre elas o câncer.

Entretanto, infelizmente, os elementos existentes apontam para respostas distantes da obtenção dos resultados considerados satisfatórios relacionados com as ações preventivas e educativas.

Esse fato está demonstrado nos diversos estudos científicos, em dados do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (2016), e da

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015), pois ressaltam que um dos maiores reflexos e carência nesse sentido relacionam-se exatamente com o câncer.

Essa ainda é uma doença estigmatizada pela população, sendo admitida como uma sentença de morte, com tratamentos agressivos ou sem sucesso, mutiladores, acarretando segregação social. Por isso muitos negam a doença, buscam serviços de saúde em fase avançada da doença ou recusam o tratamento.

O Brasil é um dos países que tem um dos índices de câncer mais altos do mundo. Segundo o INCA (2008), o documento *World Cancer Report 2014* da International Agency for Research on Cancer (IARC), da Organização Mundial da Saúde (OMS), torna inquestionável o fato de que o câncer é um problema de saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento.

O câncer representa, atualmente, cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Embora dos dez milhões de casos novos diagnosticados anualmente, as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, espera-se que, nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025.

No que diz respeito ao câncer de boca, as estimativas do INCA (2016) para o Brasil relativas ao ano de 2016 registram a ocorrência de 11.140 novos casos de câncer da cavidade oral em homens, e 4.350 em mulheres, totalizando 15.490 novos casos. Esses valores correspondem a um risco estimado de 11,27 novos casos a cada 100 mil homens, e de 4,21 a cada 100 mil mulheres.

Isso torna o câncer de boca um problema importante a ser investigado, uma vez que sua situação anatômica favorece um diagnóstico precoce da doença, se medidas adequadas forem tomadas. Ademais, a doença atinge uma faixa etária jovem, com maior proporção dos casos entre 40 e 60 anos de idade, período em que os indivíduos ainda podem ser bastante produtivos, e correm o risco de ter suas vidas ceifadas pela doença.

Ressalte-se que, embora as taxas de mortalidade por câncer, no Brasil, sejam referidas como elevadas, subestima-se, na verdade, a realidade, não só pela não inclusão dos óbitos por causa mal definida, como também pelo não registro ou ausência de notificação no local de morte, não se podendo, assim, dimensionar a possível subnotificação da doença.

São necessárias melhorias nos sistemas de informação a fim de se obter dados mais confiáveis em todas as regiões do país, para adequado planejamento das ações de saúde pública, principalmente nas regiões menos desenvolvidas, fazendo-se necessários estudos para acompanhar as tendências de mortalidade por câncer no Brasil.

Embora esteja evidenciado que a cavidade bucal, pela sua posição anatômica privilegiada, favorece o exame clínico de forma simples, grande parte dos casos de câncer bucal é diagnóstica em estágios avançados, tornando o prognóstico da doença bastante desfavorável (SOUZA, 2008).

Inegavelmente, o diagnóstico tardio acarreta aumento do risco de óbitos e diminuição da qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Acrescente-se a isso a aplicação de tratamentos invasivos e mutiladores, com maior duração, equipe multidisciplinar altamente especializada, equipamentos e terapêutica de ponta e, conseqüentemente, maiores custos hospitalares.

As altas prevalências bem como a alta letalidade do câncer de boca e orofaringe na população brasileira precisam ser investigadas por meio de estudos epidemiológicos, não só para o monitoramento, mas também de forma a permitir caracterizar populações de risco e otimizar a definição de políticas públicas de saúde que visem à prevenção, proteção e assistência à saúde (ANTUNES, 2015; SANTOS et al., 2015; CERVI et al., 2005).

Na Bahia, o centro de excelência para tratamento de neoplasias malignas é o Hospital Aristides Maltez (HAM), uma instituição filantrópica, de referência para o atendimento do câncer, que atinge, na atualidade, uma posição de inquestionável destaque no cenário nacional da luta contra a doença, tornando-se um centro de excelência, rigorosamente dentro do preceituado pelo seu fundador, Prof. Aristides Maltez, de atenção às pessoas carentes (HAM, 2016).

Tem como clientela 100% de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), e atende anualmente pacientes egressos de 351 municípios do Estado da Bahia, em média, além de pacientes de outros estados como Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Pará, Maranhão, Espírito Santo e Minas Gerais, realizando uma média de 3.200.000 procedimentos por ano (HAM, 2016).

Nesse sentido, a proposta deste estudo foi analisar, comparativamente em dois períodos distintos, o perfil populacional do câncer de boca e orofaringe, levando-se em conta o estágio da doença quando do seu diagnóstico, o acesso aos serviços de saúde, o grau de instrução e o nível socioeconômico da população, a fim de contribuir para a avaliação da doença no estado da Bahia em paralelo à assistência prestada pelo hospital de referência Aristides Maltez.

2 JUSTIFICATIVA

A boca possui uma posição anatômica privilegiada, condição que permite uma boa visualização das suas estruturas pelos profissionais e, até mesmo, por meio do autoexame. O câncer de boca pode ter até cem por cento de cura se diagnosticado na sua fase inicial. Dessa forma, é inconcebível admitir-se a ocorrência de aproximadamente cinco mil mortes por ano causadas por essa doença. Merece enfatizar-se que os procedimentos cirúrgicos implicam, muitas vezes, mutilações que levam à segregação dos indivíduos do convívio social. Igualmente, muitas pessoas em plena fase laborativa da vida são aposentadas por invalidez ou incapacitadas para o exercício de suas atividades habituais.

A proposta em evidência, utilizando como referenciais os períodos compreendidos entre 2000 e 2006 e entre 2008 e 2015, assegurará o estudo da evolução dessa patologia de forma comparativa, numa amostra populacional representativa, procedente do Hospital Aristides Maltez (FIGURA 1).

Os resultados desta pesquisa serão encaminhados às autoridades sanitárias e assistenciais competentes, no sentido de alertá-las para a importância da adoção de medidas preventivas do câncer de boca, a exemplo da realização de campanhas periódicas junto à população em geral. A adoção dessa política de saúde pública poderá evitar as graves consequências que poderão advir em decorrência da simples desinformação ou da negligência a respeito dessa patologia.



Figura 1 – Hospital Aristides Maltez

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Verificar a incidência do câncer de boca e caracterizar o perfil epidemiológico de pacientes diagnosticados com essa enfermidade atendidos no Hospital Aristides Maltez, em dois períodos distintos.

3.2 ESPECÍFICOS

Analisar, comparativamente, o perfil epidemiológico do câncer de boca dos pacientes atendidos no Hospital Aristides Maltez em dois períodos distintos, de acordo com as variáveis: gênero, idade, ocupação, grau de instrução, hábitos de vida e fatores de risco.

Avaliar, comparativamente, em dois períodos distintos, o tipo de câncer de boca mais frequente, sua localização e estadiamento, e identificar a natureza do tratamento instituído no Hospital Aristides Maltez.

Determinar o tempo decorrido entre o surgimento dos primeiros sinais e sintomas do câncer de boca e a procura pelo profissional de saúde, avaliando-se os fatores relacionados com o diagnóstico tardio desde o momento em que a lesão maligna bucal foi detectada e o momento em que foi iniciada a terapia no Hospital Aristides Maltez.

Determinar, para o período de 2008 a 2015, as associações entre os fatores de risco e os estágios da doença.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 CONCEITUAÇÃO DA DOENÇA

O termo neoplasia refere-se a toda formação e ou crescimento tecidual novo. Os processos neoplásicos são comumente chamados tumores, em razão do aumento de volume causado pela multiplicação contínua das células e podem ser classificados em malignos ou benignos de acordo com características específicas (LINE et al., 1995).

Estabelecer a diferença entre neoplasia maligna e benigna se constitui em uma das etapas mais importantes do estudo das neoplasias. Entretanto, a despeito da aplicação de todos os métodos diagnósticos, não sendo possível essa diferenciação, são designados tumores limítrofes ou *bordeline* (INCA, 2016).

As células malignas dividem-se rapidamente e tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando, por acúmulo de células cancerosas, a formação de tumores ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno é simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente representando alta letalidade (INCA, 2016).

Tanto as células cancerosas como as normais dividem-se mais rapidamente quando os volumes teciduais ou tumorais são menores e mais lentamente se esses volumes são maiores. Esse fato implica um crescimento exponencial com curtos tempos de duplicação em tumores de menor volume, sendo que a fração proliferativa do tumor decresce à proporção que ele cresce, aumentando seu tempo de duplicação (INCA, 2016).

Como uma de suas características principais, as células das neoplasias malignas apresentam a capacidade de expansão, invasão e disseminação para outros órgãos por via linfática e/ou sanguínea, ou seja, a metástase (INCA, 2016; LINE et al., 1995).

Segundo o INCA (2016), a designação câncer é atribuída a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado e maligno de células que invadem os tecidos e os órgãos, podendo ocasionar metástase para outras regiões do corpo. Câncer da cavidade oral é uma denominação genérica utilizada de referência a qualquer lesão maligna primitiva nessa região anatômica (RAPOPORT, 1997).

Em uma definição mais atual, considerando-se os avanços da biologia molecular, o câncer pode ser definido como uma doença genética das células somáticas que resulta da interação de inúmeros genes com fatores ambientais (físicos, químicos, biológicos) (COLOMBO; RAHAL, 2009; SOUSA et al., 2004).

É uma doença celular do ponto de vista biológico e médico, já que os diversos tipos de tumores malignos mantêm uma característica comum: a perda do controle da divisão celular. Seu estudo pode também expressar as condições de vida das populações e de desenvolvimento das sociedades (KLIGERMAN, 1999).

4.2 EPIDEMIOLOGIA

De acordo com a OMS, o câncer se tornará uma verdadeira epidemia mundial, estimando-se, para 2030, 26 milhões de novos casos e 17 milhões de mortes por ano, incidindo a maior parte nos países em desenvolvimento (INCA, 2016; DOMINGOS, 2014; OLIVEIRA; FARIAS, 1997).

Ainda segundo dados da OMS, 7,6 milhões de pessoas morrem por ano vítimas dessa doença, sendo o câncer de boca e orofaringe considerados os neoplasmas mais frequentes de cabeça e pescoço, com cerca de 390 mil novos casos por ano (INCA 2016; BIAZEVIC et al., 2006).

O câncer de boca e orofaringe é uma doença característica de faixas etárias mais avançadas, apesar de as razões para o aumento de sua incidência na faixa etária entre 40 e 50 anos ainda serem desconhecidas (MACKENZIE et al., 2000). Todavia, alguns autores atribuem a maior incidência do câncer em idade mais avançada ao aumento da expectativa de vida e à maior exposição aos fatores de risco ambientais (SANTOS et al., 2015; LEAL; AMARAL; OLIVEIRA, 2014; SOUSA et al., 2008; CERVI; HERMSDORFF; RIBEIRO, 2005; KOIFMAN, S.; KOIFMAN, J. R., 2003).

Mais de 95% de todos os cânceres da cavidade bucal ocorrem em pessoas de 40 anos ou mais, sendo a média de idade, no momento do diagnóstico, a sexta década (SANTOS et al., 2015; LEAL; AMARAL, OLIVEIRA, 2014; SILVA et al., 2013; SOUSA et al., 2008; FAVERO et al., 2007; BIAZEVIC et al., 2006 LOCKHART; NORRIS JUNIOR; PULLIAM, 1998; SILVERMAN JUNIOR, 1990).

A partir dos 55 anos, a incidência dessa neoplasia tende a aumentar de maneira importante. Cervi, Hermsdorff e Ribeiro (2005) salientaram que a American Cancer Society estima que cerca de 77% de todos os cânceres são diagnosticados em indivíduos com 55 anos ou mais, em decorrência de o envelhecimento se constituir, por si só, em fator de risco para as neoplasias, uma vez que deixa os indivíduos mais susceptíveis às transformações malignas. Além disso, existe o fato de pessoas idosas serem expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para o câncer, incluindo a presença de doenças crônico-degenerativas (SANTOS et al., 2015; TONG; SHAN; TANG, 2014; SILVA et al., 2013; SOUSA et al., 2008).

Na maioria dos países, o câncer de boca costuma ser mais comum em homens, com razão homem/mulher de 3:1, e a predominância de casos na população masculina parece ser um consenso na literatura (IBGE, 2014; SILVA et al., 2013; NEVILLE et al., 2009; FAVERO et al., 2007; BIAZEVIC et al., 2006; CANTO; DEVESA, 2002; ONOFRE et al., 1997; SONIS; FAZIO. FANG, 1995; VEECK et al., 1992; CHERUBINI et al., 1991). Contudo, alguns estudos têm ressaltado o aumento da incidência entre mulheres nas últimas décadas, atribuindo-se esse aumento à incorporação da mulher ao mercado de trabalho, o que vem determinando mudanças de hábitos sociais, com aumento do consumo de álcool e de fumo, por exemplo, e sua consequente exposição a esses carcinógenos (SOUSA et al., 2004; AMORIM FILHO et al., 2003; WUNSCH FILHO, 2002).

A maioria dos cânceres orais envolve a língua, a orofaringe e o assoalho da boca, sendo os lábios, a gengiva e o palato as localizações menos frequentes (CANTO; DEVESA, 2002; LUNN, 1997). Entre as localizações mais presentes nos estudos consultados, a língua aparece como o sítio anatômico preferencial (FAVERO et al., 2007; CANTO; DEVESA, 2002; CARVALHO et al., 2001), e o carcinoma de células escamosas, ou o espinocelular, o tipo histopatológico mais comum (SILVA et al., 2013; FAVERO et al., 2007; CANTO; DEVESA, 2002; QUEIROZ, 2002; CARVALHO et al., 2001). Onofre e outros (1995), analisando 2.255 prontuários para avaliar a prevalência de câncer bucal, encontraram 67 casos de câncer bucal constituindo 3% do total da amostra estudada, e o tipo histológico mais frequente foi o carcinoma espinocelular, correspondendo a 83,5% dos casos.

A taxa média de incidência anual para os homens brancos nos EUA é de quatro por 100.000 habitantes, mas, com a idade, a taxa aumenta sensivelmente para 30 por 100.000 habitantes nos homens acima de 75 anos de idade (NEVILLE

et al., 2009). Esse resultado de maior prevalência identificada na população branca norte-americana (CANTO; DEVESA, 2002; ONOFRE et al., 1997) pode ter o seu perfil modificado de acordo com a composição étnica da população ou a miscigenação racial.

Em 1910, o câncer foi a sexta causa mais importante de morte no Rio de Janeiro, depois de tuberculose, gastrenterite, doenças cardiovasculares, pneumonia e nefrite. Em 2000, no Brasil, 27,6% das mortes foram causadas por doenças cardíacas, 11,9% por câncer, e apenas 5,2% por doenças infecciosas. Hoje, no país, o câncer é a terceira causa de morte entre os homens depois das doenças cardiovasculares e consequentes injúrias, e a segunda em mulheres, suplantado apenas pelas doenças cardiovasculares (INCA, 2016). Entretanto, em suas múltiplas formas, a doença está assumindo, na atualidade, importância crescente na faixa etária do adulto jovem (INCA, 2016; BRASIL, 1996).

As estimativas do INCA para o Brasil relativas ao ano de 2016 são de 11.140 novos casos de câncer da cavidade oral em homens e de 4.350 em mulheres, totalizando 15.490. Esses valores correspondem a um risco estimado de 11,27 novos casos a cada 100 mil homens e 4,21 a cada 100 mil mulheres.

Os dados epidemiológicos apresentados pelos registros de câncer no Brasil indicam que o câncer de boca constitui um sério problema de saúde pública (INCA, 2016). A incidência de neoplasias malignas da cavidade oral difere substancialmente nas diferentes regiões do país, fato esse que se deve, possivelmente, às diferenças locais na prevalência dos fatores de risco. As altas taxas de mortalidade por câncer oral estão associadas principalmente à falta de um diagnóstico precoce da doença (LE CAMPION et al., 2016; FERREIRA et al., 2012; CERVI; HERMSDORFF; RIBEIRO, 2005; CARVALHO et al., 2001).

A urbanização, a industrialização, a exposição frequente a uma gama de produtos potencialmente cancerígenos e a expectativa maior de vida contribuem para que o câncer venha assumindo uma importância relativa cada vez maior entre as causas de morte por doenças crônico-degenerativas no Brasil (BRASIL, 1996).

No processo de transição demográfica brasileiro, destaca-se que, desde o século XIX até meados da década de 1940, o país caracterizou-se pela prevalência de altas taxas de natalidade e de mortalidade, principalmente a mortalidade nos primeiros anos de vida. Entretanto, com a incorporação, às políticas de saúde pública, dos avanços da medicina e de novas abordagens terapêuticas com o advento dos

antibióticos para as doenças infectocontagiosas, o Brasil experimentou uma primeira fase de sua transição demográfica, caracterizada pelo início da queda das taxas de mortalidade. O conjunto de causas de morte formado pelas doenças infecciosas, respiratórias e parasitárias começou, paulatinamente, a perder importância em vista de outro conjunto formado por doenças que se relacionam com a degeneração do organismo causada pelo envelhecimento, como o câncer e problemas cardíacos, entre outros (IBGE, 2014).

As modificações demográficas e econômicas que ocorreram no Brasil no século passado determinaram consequências marcantes nas taxas de incidência, prevalência e mortalidade de diversas doenças. Nos anos 1950, a causa mais importante de mortalidade era atribuída às doenças infecciosas, que representam, atualmente, apenas 4,8%. Desde a década de 1950, a mortalidade relacionada com doenças do aparelho circulatório predomina as causas de óbito, representando em torno de 30%, seguidas de 12% de causas externas (PARISE JUNIOR et al., 2000). de causas externas (PARISE JUNIOR et al., 2000).

Por ser uma doença crônica, degenerativa, o câncer é, por assim dizer, uma consequência da sociedade industrial, o que não significa dizer-se que seja exclusiva da sociedade economicamente desenvolvida. Quanto mais sobrevive um grupamento humano, maior será nele a incidência de neoplasias malignas (KLIGERMAN, 1999).

4.3 DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER

Denomina-se processo de carcinogênese aquele no qual ocorre a formação do câncer, caracterizado por múltiplas etapas (clonal e *multi step*) (INCA 2016; PARISE JUNIOR et al., 2000). Trata-se de um processo crônico, que pode levar anos para se desenvolver, sendo caracterizado pelo acúmulo de alterações genéticas e fenotípicas específicas (PARISE JUNIOR et al., 2000).

A carcinogênese é determinada pela exposição a agentes ditos carcinógenos ou carcinogênicos, isto é, todo agente físico, químico ou biológico que possua eficiência cientificamente comprovada na produção do câncer (INCA 2016; PARISE JUNIOR et al., 2000). A exposição a tais agentes durante esse processo ocorre em uma dada frequência, em um período de tempo e pela interação entre eles, devendo-

se ainda levar em conta características próprias do indivíduo que podem facilitar ou dificultar a ação desses agentes (LOURO et al., 2000).

Mencione-se que o período de latência é estabelecido entre a exposição ao agente e o surgimento dos primeiros sinais e sintomas clínicos, sofrendo a interferência de fatores tais como: intensidade e tempo de duração do estímulo; presença ou ausência de agentes oncoiniciadores (capazes de lesar o genoma da célula), oncopromotores (atuantes sobre a célula ativada promovendo sua transformação maligna) e oncoaceleradores (estimulantes da taxa de crescimento da célula lesada, com multiplicação descontrolada e irreversível); tipo e localização primária do câncer (INCA, 2016; LOURO et al., 2000). Esses aspectos merecem ser ressaltados, pois evidenciam que a presença por si só dos agentes cancerígenos não pode ser responsabilizada pelo desenvolvimento dos tumores. Dessa forma, independentemente da exposição a carcinógenos, as células sofrem processos de mutação espontânea, implicando, portanto, a não alteração do desenvolvimento normal da população celular como um todo. Assim, danos oxidativos, erros de ação das polimerases e das recombinases, e redução e reordenamento cromossômico são fenômenos relacionados com esses processos mutacionais (INCA, 2016).

Merece um comentário à parte o que diz respeito à vigilância imunológica como mecanismo de correção ou exclusão das células mutantes. Os fenômenos de mutação espontânea podem condicionar uma maior ou menor instabilidade genômica, que pode ser crucial nos processos iniciais da carcinogênese, como consequência de aneuploidia e ampliações genéticas (INCA, 2016; LOURO et al., 2000).

Em síntese, a carcinogênese pode-se iniciar de forma espontânea ou ser provocada pela ação de agentes carcinogênicos, quer químicos, físicos ou biológicos. Em ambos os casos, verifica-se a indução de alterações mutagênicas e não mutagênicas ou epigenéticas nas células (INCA, 2016; PARISE JUNIOR et al., 2000).

O mecanismo de desenvolvimento do câncer pode ser descrito em três fases:

Iniciação - Envolve a exposição a um carcinógeno e a sua interação com o DNA da célula, o que provoca uma alteração permanente. A célula alterada permanece latente, podendo ser eliminada do organismo pelos mecanismos homeostáticos ou vir a desenvolver outras alterações (LOURO et al., 2000; LINE et al., 1995).

Promoção - Após a lesão inicial, as células iniciadoras, se submetidas à exposição aos chamados agentes promotores, viriam a apresentar os efeitos carcinogênicos. Como esses agentes não são mutagênicos, seus efeitos podem ser

reversíveis numa fase inicial, e somente uma exposição prolongada poderia induzir efetivamente o processo de carcinogênese (LOURO et al., 2000; LINE et al., 1995).

Progressão - Fase em que são ultrapassados os mecanismos que regulam a replicação celular, assim como sua organização espacial, estabelecendo-se o fenótipo maligno (LOURO et al., 2000; LINE et al., 1995).

Em anos mais recentes, duas descobertas vieram acrescentar considerável contribuição para o entendimento mais completo desse processo. A primeira delas refere-se aos oncogenes. Eles são encontrados em todas as células do corpo — sendo designados de proto-oncogenes —, realizam funções de homeostasia celular (fosforilação, forma celular e expressão de receptores de membrana) e controlam a relação entre a célula e o tecido adjacente (INCA, 2016; RAPOPORT, 1997; LINE et al., 1995; SILVERMAN JUNIOR, 1990). Na forma mutada, os oncogenes acabam superexpressos e produzem várias características de células neoplásicas. A outra descoberta corresponde aos genes de supressão tumoral como, por exemplo, os genes “Rb” e “p53”. Acredita-se que esses genes inibem a proliferação celular, servindo como importante fator protetor (ao agirem precocemente, na fase de indução tumoral, como o gene Rb no retinoblastoma) ou prognóstico (como, por exemplo, o “p 53”, com ação mais tardia. Descobriu-se que a mutação do “p 53” é a alteração genética mais comum das neoplasias humanas, tendo uma correlação muito significativa com tumores avançados (RAPOPORT, 1997; LINE et al., 1995; SILVERMAN JUNIOR, 1990).

Em termos gerais, a evolução da célula normal para a tumoral é caracterizada por alterações na composição dos cromossomos, que podem resultar na ativação dos oncogenes ou na inativação dos genes de supressão tumoral (RAPOPORT, 1997; LINE et al., 1995; SILVERMAN JUNIOR, 1990).

As alterações celulares que resultam da exposição da mucosa bucal aos agentes cancerígenos manifestam-se, inicialmente, por lesões inflamatórias inespecíficas. Se essa agressão é intensa e prolongada, poderá levar ao desenvolvimento de displasias, que podem evoluir desde um grau leve até um grau intenso e, finalmente, para o carcinoma *in situ* (INCA, 2016; RAPOPORT, 1997; LINE et al., 1995; SILVERMAN JUNIOR, 1990).

A displasia leve corresponde às alterações celulares que se restringem à camada basal e, normalmente, não se associa às figuras de mitose; na moderada, as modificações atingem o terço médio do epitélio; e, na displasia acentuada, as

alterações podem alcançar o terço superior. As figuras de mitose, além de frequentes, são atípicas. No carcinoma epidermoide *in situ*, as modificações celulares correspondem a uma exacerbação das características da displasia acentuada, acrescida de alterações na diferenciação, no crescimento e na proliferação celulares. A partir da ruptura da membrana basal, tem-se, então, o carcinoma micro e macroinvasor, que infiltra, respectivamente, em menor ou maior grau, o tecido conjuntivo vascularizado (INCA, 2016; RAPOPORT, 1997; LINE et al., 1995; SILVERMAN JUNIOR, 1990).

Teoricamente, a carcinogênese pode ser interrompida em qualquer de suas etapas, se o organismo for capaz de reprimir a proliferação celular e de reparar o dano causado ao genoma. Seria redundante salientar que a suspensão da exposição a agentes carcinogênicos é condição *sine qua non* para a sua interrupção (INCA, 2016). Analisando-se essas possibilidades, é razoável considerar-se o câncer como uma doença prevenível, tratável e potencialmente curável, principalmente se diagnosticada precocemente.

4.4 PRINCIPAIS FATORES ENVOLVIDOS NA CAUSALIDADE DA DOENÇA

Atualmente, o tabaco é a maior causa de câncer prevenível no mundo, sendo responsável por cerca de 30% de todas as mortes por câncer em países em desenvolvimento, incluindo-se as mortes por câncer de orofaringe e estômago (INCA, 2016; TORRES-PEREIRA et al., 2012; ROSEMBERG, 2004).

Estima-se que existem hoje, no mundo, mais de um bilhão e meio de fumantes e que esse número deverá chegar a dois bilhões em 2030, estando a maioria deles concentrada nos países em desenvolvimento. O consumo de tabaco e seus derivados mata milhões de indivíduos a cada ano e, se continuar a tendência atual, em 2030 serão 8 milhões de mortes por ano, 80% nos países com baixa e média renda (INCA, 2016).

No cigarro, concentram-se 4.720 substâncias tóxicas, entre elas monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína, 65 comprovadamente carcinogênicas (arsênio, níquel, benzopireno, cádmio, chumbo, resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas), sendo considerado um carcinógeno completo, ou seja, indutor e promotor (ROSEMBERG, 2004).

Existe uma grande variedade de derivados de tabaco, usados de diferentes formas — fumado/inalado (cigarro, cachimbo, charuto, cigarro de bali ou *kretek* ou cigarro de cravo, cigarro de palha, cigarrilha, *bidi*, narguilé); aspirado (rapé); mascado (fumo de rolo, *snuff*); absorvido pela mucosa oral (*snus*) —, e todos eles contêm nicotina, causam vício e dependência. A forma de uso do tabaco está relacionada com o tipo e a localização do câncer (TORRES-PEREIRA et al., 2012). Bagan e Scully (2008) mencionaram como fatores de risco para o câncer de boca, entre outros, o diabetes, o *shammah*, um tradicional cigarro de tabaco usado na Península Árabe, e o betel, fumados na Índia e na China.

O álcool é reconhecidamente um fator de risco relacionado com o câncer bucal, além de outros tipos, como os de faringe, esôfago, fígado e o de mama nas mulheres. Não existem, até o momento, registros que determinem o exato mecanismo de sua ação carcinogênica; contudo, evidências sugerem que seu efeito seja modulado por polimorfismos genéticos que alteram o metabolismo do etanol, do folato e da reparação do DNA (TORRES-PEREIRA et al., 2012). Levados em conta esses fatos, apesar de o álcool ser considerado um agente indutor, é razoável concluir-se que ele, sozinho, não pode ser associado à fase iniciadora da carcinogênese bucal, mas acredita-se que possa promovê-la ao potencializar os efeitos carcinógenos do tabaco (GALBIATTI et al., 2013). A plausibilidade biológica do seu efeito no organismo inclui a ação do acetaldeído, o principal metabólito do etanol, aumento da concentração de estrógeno nas mulheres, na sua ação como solvente dos carcinógenos presentes no tabaco, na produção de moléculas de oxigênio e nitrogênio reativos e na alteração no metabolismo dos folatos (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

Carlini (2012) coordenou um estudo desenvolvido pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com apoio do International Center for Alcohol Policies (ICAP), com participação de vários países como Rússia, China, Índia, México, Sri Lanka, inclusive o Brasil.

A pesquisa contou com amostras de bebidas — como cachaças, uísques falsificados e licores artesanais — produzidas de forma clandestina, de sete municípios de São Paulo e Minas Gerais, em que foi detectada a presença de substâncias tóxicas como cobre (que prejudica a absorção de minerais) e carbamato de etila (agente cancerígeno). Os resultados alertaram para a presença do metanol,

tipo de álcool extremamente tóxico, cuja ingestão pode causar cegueira e até mesmo óbito.

Sabe-se que o metabolismo do álcool aumenta a produção de radicais livres e diminui os mecanismos antioxidantes, levando ao estresse oxidativo. Em um artigo de revisão de literatura apontou-se que o polimorfismo genético das enzimas de degradação do álcool pode ser responsável pela diferença na sensibilidade individual. Algumas isoformas dessas enzimas permitem o acúmulo de metabólitos tóxicos como o acetadeído, que pode causar dano ao DNA ou a outras estruturas celulares. Diversos mecanismos podem influenciar a mucosa oral, não estando claro na literatura qual desses seria o mais importante no que diz respeito à carcinogênese em boca. Ademais, ainda não está claro, na literatura, até que ponto o álcool isoladamente pode ser responsável pelo desenvolvimento de câncer de boca. Sugere-se a necessidade de novos estudos para esclarecer esses mecanismos, especialmente em relação ao polimorfismo genético das enzimas de degradação e ao papel do estresse oxidativo no mecanismo de dano relacionado com o álcool (CARRARD et al., 2008).

O álcool e o tabaco são reconhecidos mundialmente como os mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do carcinoma escamolecular da cavidade oral e faringe e tem efeito sinérgico (INCA, 2008; FAVERO et al., 2007; CARVALHO et al., 2001). Os padrões de interação entre tabaco e álcool têm sido variáveis, estando representados por efeitos multiplicativos ou aditivos entre ambos, sendo constatado um efeito multiplicativo do risco na sua associação. As análises sugerem que, em geral, fumantes “pesados” são também etilistas “pesados”, sendo por vezes inconsistentes as avaliações dos efeitos isoladamente (LEITE; KOIFMAN, 1988).

Para enfatizar a importância da participação do tabaco e do álcool no desenvolvimento do câncer bucal, Miller, Henry e Rayens (2003) pesquisaram esses hábitos e constataram 92,2% de fumantes e 81,2% de etilistas entre os participantes da amostra estudada. O efeito simultâneo do álcool e do tabaco pode aumentar em até 100 vezes o risco de se desenvolver um câncer bucal (BONFANTE et al., 2014). O estudo de Santos e outros (2015) também enfatiza que o consumo de álcool e tabaco está associado ao prognóstico do câncer bucal; quanto maior o consumo, piores seriam as condições da doença. Outros estudos têm esclarecido que o álcool contido nos enxagatórios bucais pode chegar a concentrações de até 27%, agredindo quimicamente as células na mesma proporção que o efeito nocivo causado

pela bebida alcoólica, se usado várias vezes ao dia (ROCHA-BUELVAS; AGUDELO, 2011; REIS et al., 1997).

Diferentes tipos e usos do tabaco e do álcool podem caracterizar incidência e mortalidade por câncer de boca em diferentes regiões do Brasil (AMORIM FILHO et al., 2003; WUNSCH FILHO, 2002), fazendo-se necessário destacar que as regiões geográficas brasileiras, pelas suas heterogeneidades culturais, demográficas, socioeconômicas (grau de industrialização e urbanização, por exemplo) e políticas, têm suas populações submetidas a diferentes fatores de risco, o mesmo ocorrendo em relação ao acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer, à qualidade da assistência prestada, à capacidade diagnóstica e à qualidade das informações fornecidas.

Entre outros fatores associados à doença e descritos na literatura tem-se, para o câncer de lábio, a ocupação exercida sob o sol (SANTOS et al., 2015; SILVA et al., 2013; ANDREOTTI et al., 2006; KOIFMAN, S.; KOIFMAN, R. J., 2003; WUNSCH FILHO, 2002). Exposições à radiação solar em atividades ocupacionais na pesca e agricultura, principalmente em pessoas de pele clara, têm sido relacionadas particularmente com o câncer de lábio (SANTOS et al., 2015; REIS et al., 1997; SOARES, 1997; SILVERMAN JUNIOR, 1990).

Ainda em relação à exposição ocupacional, atividades que envolvem oportunidades de consumo de álcool (garçons, empregados de cervejarias) e o trabalho com asbesto e produtos de fibra mineral têm sido associados a um maior risco de desenvolver o câncer bucal (ANDREOTTI et al., 2006; KOIFMAN, S.; KOIFMAN, R. J., 2003; WUNSCH FILHO, 2002). Andreotti e outros (2006) realizaram um estudo de caso controle na região metropolitana de São Paulo e concluíram que indivíduos que exerciam atividades ocupacionais em oficinas mecânicas assim como mecânicos de automóveis apresentaram um risco maior de câncer oral independentemente do uso de tabaco e álcool. Em outro estudo realizado em São Paulo, Favero e outros (2007) apontaram também a profissão de ajudante geral com risco elevado. Considerando-se, especificamente, o sexo feminino, a maioria das mulheres ligadas a atividades do lar apresenta maior incidência para o câncer de boca (OLIVEIRA, LEAL; AMARAL; 2014; AMORIM FILHO et al., 2003; CARVALHO et al., 2001).

Outros fatores como a irritação crônica mecânica (próteses dentárias mal adaptadas, fraturas e ausência de elementos dentários) ou química (uso de soluções

de higiene bucal), além da má higiene oral também têm sido elencados como possíveis fatores associados ao câncer de boca (INCA, 2016; FERNANDES; PERES, 2005; QUEIROZ, 2002; REIS et al., 1997). Manoharan, Nagaraja e Eslick (2014) referiram que a duração do uso de próteses não seria um fator de risco significativo para o desenvolvimento de câncer oral, mas aumentaria seu risco em aproximadamente quatro vezes, independentemente de a prótese ser parcial ou total. Apesar de vários estudos evidenciarem a relação entre a área de irritação ocasionada pela prótese e a localização do tumor, não foi confirmado o papel da irritação crônica na carcinogênese (PARISE JUNIOR et al., 2000).

Autores como Bagan e Scully (2008) destacaram que a placa dentária seria, possivelmente, um fator de risco independente para o câncer de boca, uma vez que o grupo de *Streptococcus viridans* da flora normal da mucosa oral pode produzir, *in vitro*, acetaldeído através do etanol via sua enzima álcool desidrogenase; também produzem elevadas quantidades de acetaldeído, particularmente, grupos clínicos de *Streptococcus salivarius*, e grupamento clínico e tipos de grupo de cultura *Streptococcus intermedius*, assim como grupos de cultura de *Streptococcus mitis*.

Tem-se observado um crescente interesse a respeito da possibilidade de agentes biológicos desempenharem um papel na etiologia da neoplasia aqui em foco, embora os estudos epidemiológicos não sejam conclusivos. Estariam nesse caso o vírus herpes, o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o vírus Epstein-Barr (EBV), o citomegalovírus (CMV) e o fungo *Candida albicans* (KOIFMAN, S.; KOIFMAN, R. J., 2003; QUEIROZ, 2002; WUNSCH FILHO, 2002; LIEWELLYN; JOHNSON; WARNAKULASURIYA, 2001).

Em uma década, triplicaram no Brasil o câncer oral e da orofaringe relacionados com a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), mostrando, a partir desse contexto, uma mudança no perfil da doença (MONTENEGRO; VELOSO; CUNHA, 2014). A literatura sugere a ação carcinogênica do HPV, principalmente dos tipos de alto risco, por possuir a capacidade de influenciar no processo de transformação maligna mediante a inibição dos genes supressores de tumores. Além disso, possui um potencial para intensificar ou alterar a ação do álcool e do tabaco no processo de desenvolvimento do câncer, considerado, desse modo, um fator cocarcinogênico (MONTENEGRO; VELOSO; CUNHA, 2014; HOPPE-SEYLER, H. F.; HOPPE-SEYLER, K., 2011; LETO et al., 2011; SYRJANEN, 2010).

O papel da alimentação em processos carcinogênicos de boca e orofaringe também tem sido explorado e ainda suscita indagações que necessitam esclarecimentos (WCRF/AICR, 2007). Diversos fatores são evocados como modo de preparo, tipos de ingredientes, origem e cultivo dos produtos, meio utilizado para cozimento.

Um estudo realizado no Sul do Brasil para verificar o possível efeito da poluição do ar no interior de casas sobre o desenvolvimento do câncer oral demonstrou uma associação positiva entre o uso de fogão a lenha para cozinhar e/ou aquecer e esse tipo de neoplasia (QUEIROZ, 2002).

Os resultados obtidos no estudo realizado por Toporcov e outros (2012) foram compatíveis com a hipótese de que a ingestão frequente de carne vermelha, bacon e ovos pode aumentar a chance de câncer de boca e orofaringe, ao passo que a ingestão de leite poderia ter efeito protetor contra a doença.

A rápida mudança na condição nutricional da América Latina, induzida pelo processo de industrialização, ensejou uma alteração na prevalência de doenças crônicas como câncer, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, doença de Alzheimer e outros agravos relacionados com o envelhecimento e a obesidade (CERVI; HERMSDORFF; RIBEIRO, 2005; MENDONÇA et al., 2005). Um estudo realizado em São Paulo revelou discrepâncias geográficas de mortalidade por câncer entre diferentes distritos da cidade, com maiores coeficientes para as áreas de baixo nível socioeconômico (FERREIRA et al., 2012; ANTUNES et al., 2001).

Há que se considerar que a transição da população rural para urbana e o conseqüente aumento nas doenças crônico-degenerativas no Brasil e na América Latina têm como conseqüência importante o abandono de dietas ricas em fibras e grãos, frutas, verduras e legumes, bem como o crescente consumo de gorduras saturadas e açúcares (TOPORCOV et al., 2012; CERVI; HERMSDORFF; RIBEIRO, 2005; KOIFMAN, S.; KOIFMAN, R. J., 2003; WUNSCH FILHO, 2002).

Em todo o mundo, observa-se clara consistência na associação entre *status* social e incidência/mortalidade envolvendo o câncer bucal. Atualmente, considera-se a América Latina como a mais urbanizada das regiões menos desenvolvidas do mundo, desenvolvimento esse acompanhado, porém, de maciça pobreza urbana, o que tem contribuído para as disparidades sociais (KOIFMAN S; KOIFMAN, R. J., 2003; QUEIROZ, 2002; WUNSCH FILHO, 2002; LIEWELLYN; JOHNSON; WARNAKULASURIYA, 2001). Os fatores socioeconômicos influenciam a exposição a

fatores de risco tais como tabaco, álcool, má nutrição, sedentarismo e obesidade (FERNANDES; PERES, 2005; MENDONÇA et al., 2005; RIBEIRO, 2005). A pobreza, o baixo nível de escolaridade e a falta de acesso a serviços de saúde parecem ser mais importantes do que as características biológicas da doença. Em 1991, Samuel Broder, então diretor do National Cancer Institute dos Estados Unidos, declarou que "a pobreza é um carcinógeno".

Segundo dados preliminares da Pesquisa Mundial de Saúde, a porcentagem de fumantes habituais é de 23,5% entre os maiores de 18 anos com até três bens no domicílio (televisão, geladeira, forno micro-ondas), em comparação com 11,9% entre os que possuem oito bens ou mais. Por outro lado, a renda familiar, o nível de escolaridade e o tipo de sistema de saúde determinam a possibilidade de detecção precoce e o acesso a tratamento adequado. De acordo com os dados da mesma pesquisa, somente 53,5% das mulheres economicamente menos favorecidas (0 a 3 bens) haviam realizado o teste de Papanicolaou nos últimos três anos, e 23,3% nunca haviam sido submetidas a um exame ginecológico (IBGE, 2014).

Estudos realizados no Hospital do Câncer de São Paulo revelaram que, entre os indivíduos com doença diagnosticada em fase avançada, 61% tinham, no máximo, ensino fundamental completo. Esses pacientes apresentaram taxas de sobrevivência (51%) inferiores às dos indivíduos com maior nível de escolaridade (65%). Tais diferenças foram particularmente importantes para mulheres com câncer de mama ou de colo do útero e para pessoas com câncer de boca ou intestino; percentuais semelhantes relativos a nível de escolaridade foram igualmente constatados ao se compararem indivíduos com doença em um mesmo estágio (SILVA et al., 2013; RIBEIRO, 2005).

Sabe-se que as desigualdades em saúde existem e que são dependentes do nível socioeconômico, sendo essa realidade de suma importância na mortalidade por câncer. Países industrializados apresentam melhores taxas de sobrevivência relacionada com o câncer do que países em desenvolvimento. Em um mesmo país, as diferenças persistem quando são comparadas as diversas camadas sociais. Dessa forma, indivíduos com câncer e baixo nível socioeconômico apresentam taxas de sobrevivência menores do que as dos indivíduos mais abastados (SARAVANAN; GANESH; JOHN, 2013). Assim é que nos países em desenvolvimento existe uma alta porcentagem de pacientes com câncer bucal pertencentes a classes socioeconômicas mais baixas, porcentagem essa claramente associada com dificuldades de acesso ao sistema de

saúde, sendo a maioria dos casos diagnosticados em estágios clínicos avançados (SARAVANAN; GANESH; JOHN, 2013). Evidencia-se esse fato quando se observam os registros de que grande parte dos casos diagnosticados se relacionam com atividades desempenhadas no campo, com baixo nível socioeconômico e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (DOMINGOS; PASSALACQUA; OLIVEIRA, 2014; BORGES 2009).

Estudos de epidemiologia descritiva que ligam dados de registros de rotina a dados censitários apontaram a relação entre fatores sociodemográficos e câncer bucal e constataram que o aumento do risco desse tipo de câncer está associado com altos níveis de privação socioeconômica característica da área pesquisada (IBGE, 2014; RIBEIRO, 2005).

Os países com as maiores taxas de incidência de câncer oral são Índia, Sri Lanka, Paquistão e Taiwan (Sul e Sudeste Asiático). Na América Latina, os mais altos índices são registrados no Brasil. Em países desenvolvidos, as ocorrências são incomuns, correspondendo a menos de 5% dos tumores malignos.

No Brasil, um estudo ecológico realizado com o objetivo de correlacionar os índices de mortalidade por câncer oral no período de 1998 a 2002, a partir de indicadores socioeconômicos do Censo Demográfico de 2000, observou correlação positiva e significativa entre os indicadores socioeconômicos índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), IDHM Educação, IDHM Longevidade, IDHM Renda *per capita* e o índice de mortalidade por câncer oral; assim como correlação negativa e significativa entre os indicadores socioeconômicos índice de Gini e mortalidade infantil e índice de mortalidade por essa neoplasia maligna (MARTINS et al., 2014).

4.5 DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE BOCA E OROFARINGE

O desenvolvimento do câncer de vias aerodigestivas superiores ocorre em múltiplas etapas. A história natural da doença pode durar cerca de trinta anos, sem que ocorra qualquer manifestação clínica. Apesar da posição anatômica privilegiada facilitando o diagnóstico, a maioria dos carcinomas é diagnosticada quando o tumor se apresenta em estágio avançado. O atraso no diagnóstico pode ser atribuído a evolução inicial pouco sintomática, falta de conhecimento dos pacientes sobre a doença, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e despreparo dos profissionais (ANTUNES, 2015). Pode, igualmente, ser atribuído à não valorização de lesões iniciais oligossintomáticas tanto por parte dos pacientes como dos profissionais de saúde, sugerindo, por um lado, falta de conhecimento da patologia, e, por outro, deficiência na procura de atendimento, assim como dificuldade de acesso a serviços de saúde, qualidade desses serviços e ausência de programas governamentais objetivando a prevenção (LE CHAMPION et al., 2016). Também se tem pontuado a escolaridade, certas atividades profissionais, fatores econômicos (renda mensal) e desconhecimento do autoexame de boca (LE CAMPION et al., 2016; SANTOS et al., 2015; DOMINGOS; PASSALACQUA; OLIVEIRA, 2014).

O câncer não possui características clínicas específicas e pode acometer qualquer tecido, órgão ou sistema do corpo humano. Assim sendo, é necessário sistematizar as suas bases diagnósticas, objetivando a avaliação da lesão inicial e a pesquisa de metástases. Para isso, são necessários conhecimentos básicos sobre o comportamento biológico dos tumores e suas relações com o hospedeiro, a fim de prever-se sua evolução e assegurar-se condutas corretas de diagnóstico e de estadiamento.

Lesões da cavidade oral, mais acessíveis ao exame clínico, são encaminhadas para tratamento principalmente por médicos em geral, e lesões de orofaringe, não tão acessíveis, são mais encaminhadas pelo otorrinolaringologista. Por outro lado, tem-se constatado a pouca atuação do cirurgião-dentista no sentido de diagnosticar e encaminhar pacientes com câncer de boca e de orofaringe para o devido tratamento (DEDIVITIS et al., 2004).

O paciente, ao procurar um médico, desconhece, até então, a natureza da sua doença e, por isso, não vai diretamente em busca de um especialista, o que explica que 70% dos diagnósticos de câncer são feitos por médicos não cancerologistas,

evidenciando-se a importância desses profissionais, mesmo não sendo oncologistas, no controle da doença (INCA, 2016; SILVA et al., 2013).

É importante considerar-se o conceito de período de latência, ou seja, o período de tempo compreendido entre a exposição aos fatores de risco e o surgimento da doença, visto que as primeiras manifestações podem surgir após muitos anos de exposição a esses fatores, tornando o câncer uma doença que acomete predominantemente as pessoas de idade mais avançada. Além disso, os avanços nos tratamentos médicos e diagnósticos precoces ao longo do tempo aumentaram a sobrevivência dos pacientes com a doença, o que também poderia explicar a diferença observada entre os coeficientes de mortalidade em diferentes décadas (INCA, 2016; DEDIVITIS et al., 2004).

Atualmente, existem vários métodos de diagnóstico do câncer localizado em boca e orofaringe: radiografias, tomografias, marcadores cancerígenos, ultrassom, medicina nuclear, exames hematológicos, biópsia por mapeamento de campos, que é efetiva para lesões iniciais de displasias (em pacientes com lesões pré-cancerígenas multifocais), DNA *ploidy*, cuja ocorrência é precoce na progressão de lesões pré-malignas para malignas; análise de cDNA *microarray*; marcadores salivares e dieletoforeses (BAGAN; SCULLY, 2008). Note-se, porém, que qualquer que seja o método escolhido, o diagnóstico deve ser confirmado pelo resultado do exame anatomopatológico (FAVERO et al., 2007).

Vários estudos esclarecem que, de modo geral, o diagnóstico é realizado de forma tardia, estando o carcinoma espinocelular em estágio avançado III ou IV (SILVA et al., 2013; FAVERO et al., 2007; CARVALHO et al., 2001). Apesar de a cavidade oral, como acima referido, ser um sítio de fácil acesso para o exame visual quer pelo médico ou o cirurgião-dentista quer pelo próprio paciente, tem-se constatado o diagnóstico tardio da doença tanto para a lesão primária como para a metástase cervical (WUNSCH FILHO, 2002; CARVALHO et al., 2001). Lamentavelmente, essa demora compromete sobremaneira o sucesso do tratamento e diminui as chances e o tempo de sobrevivência do paciente. Em muitos casos, o paciente chega ao hospital especializado fora de possibilidades terapêuticas (RIBEIRO, 2005).

Além do malefício que um diagnóstico tardio pode trazer para o paciente e para a instituição que responde pelos custos do tratamento, outro aspecto deve ser considerado. Em uma análise retrospectiva feita nos Estados Unidos, abrangendo o período de 1984 a 2000, foram analisados 50 casos de veredicto de júri por má prática

médica em câncer de boca, compreendendo um total de 21 estados americanos. A principal razão para a interpelação judicial foi a demora no diagnóstico.

Em uma pesquisa realizada entre dentistas no Canadá, houve 670 respostas a um questionário, e apenas 56,7% dos entrevistados declararam estar com os conhecimentos atualizados sobre câncer de boca e orofaringe. Embora a maioria tenha identificado o tabagismo (99,4%) e o etilismo (90,4%) como fatores de risco, poucos incluíram corretamente o uso de alimentos apimentados (57%) e más condições de higiene oral (46,3%) entre esses fatores (DEDIVITIS et al., 2004).

O diagnóstico do câncer de orofaringe tem como agravante ser oligossintomático no início, o que se deve ao padrão de inervação sensitiva, dada pelo glossofaringeo, ou à superfície irregular da mucosa, em especial a das tonsilas palatinas com suas criptas, local em que um pequeno carcinoma pode ficar oculto ao exame clínico, ou, ainda, ao padrão de inspeção do paciente, nem sempre muito atento (DEDIVITIS et al., 2004).

4.6 TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA E OROFARINGE

O processo de diagnóstico em cancerologia, assim como em qualquer outra área, reveste-se de fundamental importância, pois o tratamento e a agilidade com que será instituído dependerão do diagnóstico. O câncer pode ter origem em qualquer órgão ou tecido, o que dificulta a sua detecção precoce. É fundamental salientar que, em última análise, o diagnóstico deve ser o histopatológico (SBC, 1999).

Clinicamente, os tumores são classificados de acordo com o sistema TNM (estadiamento clínico) da União Internacional Contra o Câncer (UICC) e do American Joint Committee on Cancer (AJCC) (MIYAMOTO et al., 2014; RAPOPORT et al., 2001), sistema que tem por base a avaliação de três componentes: a extensão do tumor primário (T); a ausência ou a presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais (N); e a ausência ou presença de metástase à distância (M). Quanto maior o valor atribuído a esses componentes, mais agressivas são as características da lesão. A associação de cada componente determina o estadiamento clínico (EC) que vai de I a IV, o qual quanto mais alto mais extensa e disseminada será a doença (INCA, 2016; GÓES, 2007).

Além de avaliar as características fundamentais da doença, a classificação clínica TNM é considerada o mais importante fator de seu prognóstico e auxilia na estimativa da sobrevida do paciente, sendo também utilizada para a escolha da terapêutica mais indicada (LE CAMPION et al., 2016; DOMINGOS; PASSALACQUA; OLIVEIRA, 2014; GÓES, 2007; PARISE JUNIOR et al., 2000).

De acordo com estudos realizados no Brasil, em geral, no momento do diagnóstico, os tumores encontram-se clinicamente em estágio T4, ou seja, em estágio bem avançado e já invadindo estruturas adjacentes (OLIVEIRA, 2014; DOMINGOS; PASSALACQUA; GÓES, 2007).

Lesões clinicamente de maior tamanho significam comprometimento maior de estruturas por invasão ou aderência, possibilidades de metástases regionais ou à distância e comprometimento de estruturas nervosas, o que determina quadro algico muitas vezes de forte intensidade, sendo esse o fator responsável pela busca de assistência médica pelo paciente, já tendo sido a dor apontada como a principal queixa clínica, com uma incidência de 84,12% (FAVERO et al., 2007).

O tratamento deve ser adequado às necessidades de cada caso em particular tendo por base os resultados esperados de tempo e qualidade de sobrevida. É importante salientar que, após os esclarecimentos de riscos e benefícios de cada uma das alternativas de tratamento, cada vez mais o paciente tem participado da decisão terapêutica (RAPOPORT et al., 2001).

Dependendo da localização, do tipo histológico e do estadiamento, podem ser utilizadas a cirurgia, a quimioterapia (QT) e a radioterapia (RXT) de forma exclusiva ou combinadas. O princípio terapêutico dessas modalidades é a erradicação das células neoplásicas malignas com o mínimo grau de morbidade aos tecidos normais (MIYAMOTO et al., 2014; ANTUNES et al., 2004; PARISE JUNIOR et al., 2000; SBC 1999).

A cirurgia e a radioterapia são as modalidades terapêuticas mais utilizadas nos casos de câncer de cabeça e pescoço.

O procedimento cirúrgico consiste na exérese do tumor com margem de segurança, razão pela qual pode ter resultado bastante mutilante (MIYAMOTO et al., 2014; GÓES, 2007; PARISE JUNIOR et al., 2000). As cirurgias em questão incluem ressecção de tumor primário com margens tridimensionais satisfatórias associadas a tratamento do pescoço (de indicação terapêutica ou eletiva). Para os casos com linfonodos cervicais metastáticos, sempre se associa o esvaziamento cervical radical

(clássico ou modificado), e, para tumores com alto risco de metastatização (risco de falso-negativos superior a 20%) mas sem metástases clinicamente detectáveis, indica-se tratamento eletivo do pescoço. Neste último caso, utilizam-se os esvaziamentos cervicais seletivos do tipo supraomoióideo (RAPOPORT et al., 2001).

A radioterapia pós-operatória é indicada para os casos com margens cirúrgicas exíguas ou comprometidas, linfonodos histologicamente positivos, embolização vascular neoplásica, infiltração perineural e em todos os casos de tumores dos estádios clínicos III e IV (RAPOPORT et al., 2001).

A radioterapia é uma modalidade terapêutica que age por ionização dos tecidos; somada aos outros efeitos como excitação e formação de radicais livres, causa mudanças químicas nos componentes celulares (GÓES, 2007). Como agem em células em constante divisão celular, as radiações são fracionadas em intervalos de aplicação para evitar-se a repopulação e o reagrupamento de células neoplásicas e também com o intuito de poupar células normais do indivíduo.

O tratamento convencional por radioterapia consiste em cinco frações semanais de 180 a 200 cGy, durante seis a sete semanas, chegando à dose total de 6.000 a 7.000 cGy, incluindo-se o tumor primário com margem de segurança e, bilateralmente, os campos cervicais nos casos de alto risco de metastatização (RAPOPORT et al., 2001).

Considerando-se que a dose necessária para o controle da maioria dos carcinomas espinocelulares de cabeça e pescoço aproxima-se da dose tolerada pelos tecidos normais, fontes radioativas podem ser inseridas para prover irradiação em doses elevadas no tumor primário e nas margens, com menor dose nos tecidos adjacentes, a braquiterapia. Essa modalidade de tratamento é indicada sobretudo para pacientes portadores de lesões bem delimitadas e acessíveis, ou para doença residual mínima após ressecção. Em altas taxas de dose, a braquiterapia é um método de tratamento que apresenta as vantagens de rapidez na aplicação e de não necessidade de internação hospitalar (RAPOPORT et al., 2001).

A quimioterapia é uma modalidade terapêutica antineoplásica que consiste na utilização de drogas que agem sobre os tecidos com alto nível de renovação celular e tem seletividade tóxica sobre as células neoplásicas destruindo-as ou impedindo sua reprodução. Sua atuação sobre células que se encontram no ciclo celular determina algum dano inevitável, particularmente naqueles tecidos em que ocorre naturalmente

uma rápida divisão celular, como tecido capilar, mucosas e sistema hematopoiético (MYAMOTO et al., 2014; GÓES 2007; PARISE JUNIOR et al., 2000).

Para o tratamento de casos avançados, podem-se associar radioterapia convencional e quimioterapia sistêmica. Células resistentes à radioterapia podem tornar-se sensíveis na presença de quimioterápicos, particularmente a cisplatina e o paclitaxel.

A cirurgia e a radioterapia continuam sendo os principais e mais eficazes métodos de tratamento de tumores de cabeça e pescoço. A quimioterapia e a imunoterapia têm sua importância como terapias adjuvantes. As subseqüentes complicações bucais podem estar presentes em 100% dos pacientes que se submetem à radioterapia na região de cabeça e pescoço, e em cerca de 40% dos que se submetem à quimioterapia (MYAMOTO et al., 2014; GÓES, 2007; CARDOSO et al., 2005; ANTUNES et al., 2004; CASTRO et al., 2002; MAGALHÃES; CANDIDO; ARAÚJO, 2002). A incidência e a severidade dessas complicações, se associadas à radioterapia, dependem da dose aplicada ao paciente e do campo irradiado; se associadas à quimioterapia, ficam na dependência do grau de estomatotoxicidade e mielosupressão; no que diz respeito à cirurgia, dependem do tipo realizado e do grau de mutilação (ANTUNES et al., 2004). Contudo, prevenção e condutas que minimizem essas complicações são essenciais para assegurar uma melhor qualidade de vida e uma reabilitação de sucesso (MAGALHÃES; CANDIDO; ARAÚJO, 2002; SILVERMAN, 1999).

Os efeitos decorrentes dessas terapias, tais como mucosite, hipossalivação, perda do paladar, perda do apetite, doença periodontal, cárie rampante e osteorradioneecrose, são exemplos de problemas causados pela radioterapia e pela quimioterapia que podem ser evitados pelo cirurgião-dentista. Alguns procedimentos odontológicos básicos, passíveis de ser implantados em todas as fases do tratamento, podem evitar ou atenuar essas manifestações e garantir melhor qualidade de vida a um paciente já debilitado. Desse modo, a presença do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional oncológica é de fundamental importância para a elaboração de um plano de tratamento odontológico de acordo com as necessidades do paciente (SILVA et al., 2013; CASTRO et al., 2002).

Alterações sistêmicas importantes podem estar presentes, pois o câncer tende a provocar desnutrição e alterações metabólicas, complicações hematológicas e disfunção renal. Pode ocorrer disfunção do sistema nervoso central e, por

consequência, destruição de órgãos vitais, levando a coma hepático, encefalopatia pulmonar, uremia, hipercalcemia, conforme alertaram Terezhalmay e outros em 1996 (apud CASTRO et al., 2002). Assim sendo, o tratamento odontológico só deverá ser iniciado caso o paciente apresente condições clínicas e laboratoriais favoráveis (ANTUNES et al., 2004; CASTRO et al., 2002).

O planejamento do tratamento odontológico deve enfatizar a importância e a manutenção da higiene oral, realizar a adequação do meio bucal, eliminar doença cárie e periodontal, infecção endodôntica e da mucosa bucal (fungos, vírus e bactérias), assim como fontes de trauma como aparelho ortodôntico, dentes e/ou restaurações fraturadas e dentes com necessidade de extração (SILVA et al., 2013; ANTUNES et al., 2004; CASTRO et al., 2002; SILVERMAN, 1999; SONIS; FAZIO; FANG, 1995).

4.7 COMPLICAÇÕES ORAIS NO TRATAMENTO DO CÂNCER

Dentre as principais complicações orais no tratamento do câncer tem-se: mucosite, xerostomia, exacerbação da cárie dentária, osteorradionecrose, infecções, trismo, alterações do paladar e dor generalizada.

4.7.1 Mucosite

Os termos mucosite ou estomatite são frequentemente usados como sinônimos, embora não reflitam o mesmo processo clínico. A mucosite oral é definida como a inflamação da mucosa oral resultante de agentes quimioterápicos ou radiação ionizante, que pode ser exacerbada em consequência de fatores locais, ao passo que a estomatite é definida como qualquer condição inflamatória da mucosa oral (SILVA et al., 2013; ANTUNES et al., 2004).

A mucosite é a reação mais comum e precoce decorrente do tratamento do câncer oral. As terapias têm grande efeito colateral sobre tecidos de rápida renovação celular, como o epitelial, com certa inibição da renovação celular. Evidencia-se como uma manifestação bucal de significativa relevância, pois possibilita uma solução de continuidade, facilitando a instalação de uma infecção local que pode evoluir para um

quadro séptico, levando o paciente a óbito (RAMPINI, 2009; ANTUNES et al., 2004; CASTRO et al., 2002).

O prazo para manifestação da mucosite é controverso. Na quimioterapia, sua manifestação pode ocorrer nas primeiras 24 horas ou dentro de três a dez dias. Na radioterapia, os primeiros sintomas podem se apresentar com uma dosagem equivalente a 1.000 cGy, o que geralmente ocorre na primeira semana de tratamento (ANTUNES et al., 2004; CASTRO et al., 2002). Tem uma incidência de 80% em pacientes submetidos à quimioterapia de altas doses, de 100% em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço, e de 100% em pacientes nos quais se associam a radioterapia e a quimioterapia. A severidade varia de acordo com a dose de radiação recebida, a dose e o tipo das drogas quimioterápicas, o estado geral do paciente e o uso de irritantes locais como álcool, tabaco e alimentos condimentados (RAMPINI, 2009; CARDOSO et al., 2005; ANTUNES et al., 2004; CASTRO et al., 2002).

Sonis, Fazio e Fang (1995) e Sonis e outros (2004) propuseram um modelo para o desenvolvimento da mucosite com quatro fases: fase I - inflamatória, que se manifesta por liberação de citocinas como fator de necrose tumoral (TNF- α) e as interleucinas 1 e 6 (IL-1; IL-6) no tecido epitelial, aumentando a vascularidade e a citotoxicidade, causando dano tissular local; fase II - epitelial, em que ocorre redução da renovação epitelial, atrofia e ulceração, com conseqüente colonização bacteriana por ação direta das drogas no epitélio; fase III - ulcerativa, com presença de úlceras causadas pela interrupção nas barreiras da mucosa, sendo a fase mais sintomática; e fase IV - cicatricial, quando ocorre a reparação tecidual como resultado da renovação e proliferação epitelial e a normalização das contagens sanguíneas periféricas.

Para unificar o diagnóstico clínico, a OMS criou uma escala para avaliação da mucosite oral, que estabelece: grau 0 - mucosa normal; grau 1 - eritema; grau 2 - eritema e úlcera (o paciente consegue comer alimentos sólidos); grau 3 - úlceras (o paciente consegue comer somente alimentos líquidos); grau 4 - o paciente não consegue se alimentar (CARDOSO et al., 2005; ANTUNES et al., 2004).

4.7.2 Xerostomia

A xerostomia é uma condição clínica causada por alterações hormonais, pela remoção das glândulas salivares, pela infusão de alguns quimioterápicos ou exposição das glândulas a radiação ionizante. Em oncologia, resulta principalmente do efeito inflamatório e degenerativo que a radiação proporciona ao parênquima da glândula salivar. Ocorre, então, uma modificação na qualidade e quantidade de saliva produzida, tornando o fluxo bastante reduzido; a saliva torna-se mais viscosa, escurecida e espumante, registrando-se também diminuição de imunoglobulinas comprometendo suas funções de defesa; raramente ocorre a ausência completa do fluxo salivar. É a complicação mais frequente após a radioterapia e, eventualmente, após a quimioterapia (SILVA et al., 2013; CARDOSO et al., 2005; ANTUNES et al., 2004; CASTRO et al., 2002; SILVERMAN, 1999; SONIS; FAZIO, FANG, 1995).

Os pacientes referem ressecamento dos lábios, disgeusia e disfagia, dor, ardor, queimação, dificuldade de adaptação de prótese dentária total ou parcial, glossoidina, secura na mucosa bucal e odontalgia à alimentação, principalmente após ingestão de doces. Observa-se queilite, a mucosa fica mais suscetível à erosão, ocorre alteração da microflora e aumento da predisposição à cárie (ANTUNES et al., 2004; CASTRO et al., 2002).

4.7.3 Cárie dentária

O meio bucal sofre transformações durante o tratamento antineoplásico, criando um ambiente favorável ao desenvolvimento da cárie. Ocorrem alteração do paladar, e o paciente prefere o uso de dieta rica em açúcar e carboidratos, alteração nas condições salivares e dificuldade de higienização. Alguns autores ressaltam que a radiação pode alterar, de certa forma, o esmalte dentário. Embora isso possa acontecer em crianças, com dentes em formação no momento da radioterapia e quimioterapia, esse efeito permanece controverso em adultos, visto que muitos pacientes não apresentam qualquer grau de desenvolvimento de atividade cariogênica durante anos de tratamento (SILVA et al., 2013; ANTUNES et al., 2004; CASTRO et al., 2002; SILVERMAN, 1990; CARL; SAKO, 1986).

A característica clínica mais comum da cárie decorrente de tratamento antineoplásico é sua ocorrência em superfícies lisas e pontas de cúspides, locais

considerados de difícil instalação do processo cariioso. Geralmente, seu início ocorre com uma pequena cavitação na face vestibular da região cervical dos incisivos, que progride para as faces mesial e distal e, a seguir, palatina ou lingual até que, por fim, amputa a coroa dentária (CASTRO et al., 2002; SILVERMAN JUNIOR, 1990; CARL; SAKO, 1986).

O paciente poderá referir muita sensibilidade quando ocorrer exposição dentinária. Como as lesões de cárie tendem a uma evolução rápida, atingindo facilmente a polpa dentária, o diagnóstico da existência do comprometimento pulpar deve ser realizado, definindo-se o tipo de tratamento a ser realizado (CARL; SAKO, 1986).

4.7.4 Osteonecrose

A osteonecrose é uma das mais sérias complicações da cancerterapia em cabeça e pescoço, podendo sua etiologia estar relacionada com a radioterapia, o uso de bifosfonatos ou ambos.

Quando relacionada com a radioterapia, decorre do fato de que o tecido ósseo irradiado torna-se pobre em vascularização, oxigenação, e reduz-se seu número de células (osteoblastos e osteócitos). A mucosa e o perióstio tornam-se fibrosados, e, portanto, propensos a sofrer lise tecidual. A lesão nas células ósseas e vasos sanguíneos pode ser irreversível. Em muitos casos, fragmentos de tecido ósseo formam sequestros, e as lesões podem evoluir para cura espontânea. Entretanto, quando a osteorradionecrose é progressiva, pode evoluir para dor intensa ou fratura patológica, sendo necessária a ressecção do segmento ósseo (CASTRO et al., 2002; SILVERMAN JUNIOR, 1990). Localiza-se, principalmente, na mandíbula, estando associada à radioterapia de lesões malignas principalmente encontradas na língua, região retromolar e assoalho da boca. Deve-se essa relação ao direto envolvimento do osso mandibular com o campo irradiado e ao agressivo e radical procedimento cirúrgico necessário à remoção do tumor, sendo muitas vezes imprescindível a remoção da artéria responsável pelo fluxo sanguíneo mandibular (OLIVEIRA; CAMPANOGARA; GALETTO, 2003; SILVERMAN JUNIOR, 1990).

A osteonecrose da mandíbula associada ao uso de bifosfonatos é uma entidade clínica relativamente recente, patologia secundária grave que afeta de forma importante a qualidade de vida, produzindo morbidade significativa.

Os bifosfonatos surgiram nos anos 1960, para tratamento de patologias com alto índice de reabsorção óssea — hipercalcemia neoplásica, doença de Paget e metastatização óssea. Atualmente, são de primeira escolha no tratamento da osteoporose, e mais de dois milhões de pessoas em nível mundial se encontram medicados com esses fármacos que são análogos químicos do pirofosfato com capacidade de ligação ao osso e inibição da função dos osteoclastos. Seu mecanismo de ação envolve ligação à matriz mineral óssea exposta na sequência da ação osteoclástica. Como não são metabolizáveis no organismo humano, sua concentração em nível ósseo é mantida por longos períodos de tempo, interrompendo a reabsorção óssea mediada pelos osteoclastos (LOPES, 2009; GEGLER, 2006).

Em nível dos tecidos, os bifosfonatos agem de forma a inibir a reabsorção óssea e diminuir o *turnover* ósseo. Em nível celular, sua ação ocorre diretamente nos osteoclastos, inibindo a sua função, mediante a inibição do recrutamento dos osteoclastos, e diminuindo seu tempo de vida, mediante a inibição de sua atividade na superfície óssea. Em nível molecular, os bifosfonatos atuam ligando-se ao receptor de superfície dos osteoclastos ou a uma enzima intracelular (LOPES, 2009; GEGLER, 2006). Desse modo, a despeito dos benefícios do uso desses fármacos, a osteonecrose maxilar é uma importante complicação. Seu mecanismo de ação reduz, assim, a reabsorção óssea, o estímulo à atividade osteoblástica, a inibição do recrutamento e a promoção da apoptose de osteoclastos.

Várias situações podem predispor a ocorrência de necrose decorrente da radioterapia como, entre outros, traumas no osso irradiado, infecções por fungos e bactérias, fatores nutricionais, pobre higiene oral, tipo de radiação, condições dentárias e periodontais do paciente, localização do tumor, trauma protético. A dose, o tipo e o campo irradiado também exercem papel importante na etiologia da osteorradiationecrose. Doses superiores a 5.000 ou 6.000 cGy representam riscos para seu desenvolvimento de forma espontânea, sendo maior sua incidência após o período de radiação. O risco de osteonecrose continua indefinidamente depois da radioterapia (CAMPANOGARA; GALETTO, 2003; CASTRO et al., 2002; OLIVEIRA; SILVERMAN JUNIOR, 1990).

A literatura registra que os bifosfonatos são fármacos que podem sugerir um risco tanto maior de necrose avascular quanto maiores sejam a sua potência e a sua duração, após a realização de procedimentos como extrações dentárias, implantes dentários e cirurgia periapical. Aspectos anatômicos devem ser considerados, vez que

são mais frequentes na mandíbula que no maxilar superior e em regiões com mucosa menos espessa sobre proeminências ósseas (tórus lingual, crista milohióidea ou tórus palatino). A existência de doença oral concomitante representa um risco sete vezes maior ao seu desenvolvimento. Outros fatores aumentam o risco, como idade, indivíduos caucasianos, tipo de neoplasia (mieloma múltiplo seguido do câncer da mama), osteopenia/osteoporose diagnosticada concomitantemente com neoplasia maligna, além dos que podem facilitar sua ocorrência, como corticoterapia, diabetes, consumo de tabaco, consumo de álcool, higiene oral deficiente e quimioterapia (LOPES, 2009; GEGLER, 2006).

Inegavelmente, o principal fator associado à osteonecrose é a extração dentária. Pode haver inadequada cicatrização após exodontias em áreas submetidas à radiação prévia ou após o uso de bifosfonatos. Assim sendo, muitos autores recomendam que sejam realizadas extrações apenas quando essa for a última opção de tratamento, considerados e obedecidos alguns critérios.

4.7.5 Infecções

A situação bucal do paciente — mucosa sem barreira protetora, hipossalivação, má qualidade da saliva presente e higiene deficiente — associada à sua condição sistêmica — trombocitopenia, neutropenia, imunodeficiência, depressão, má nutrição e eventual desidratação — é condição ideal para instalação de infecções oportunistas sejam fúngicas, virais ou bacterianas. Deve-se dar atenção às infecções periodontais e dentárias, pois são reservatórios de microrganismos, e a exacerbação de uma infecção preexistente na cavidade bucal que não foi eliminada previamente poderá ocasionar uma infecção local, mais intensa ou sistêmica. Pacientes usuários de próteses removíveis devem receber orientação quanto à sua higiene com solução de hipoclorito de sódio ou clorexidina a 0,12% (ANTUNES et al., 2004; CASTRO et al., 2002).

Já a infecção por *Candida* é bastante complexa. A colonização parece ser influenciada por mecanismos de aderência entre o fungo e as células do epitélio da mucosa. As manifestações clínicas dependem do crescimento da levedura, que, provavelmente, está na dependência de fatores tais como reflexos das proteínas expressas pela *Candida*, matriz extracelular das bactérias e hospedeiro, possibilidade de congregação entre fungo e bactéria, bem como da imunocompetência do paciente

(CARDOSO et al., 2005; ANTUNES et al., 2004). Essa infecção pode ser causada pela invasão tumoral, por sequela pós-operatória e/ou fibrose dos músculos mastigadores, secundária ao tratamento radioterápico, em tumores localizados na região retromolar e porção posterior do palato duro (ANTUNES et al., 2004; CARL; SAKO, 1986).

4.7.6 Alteração do paladar

A alteração ou até mesmo a perda do paladar ocorre pela associação entre mucosite, hipossalivação e ação tóxica direta sobre as papilas gustativas e, além disso, pelo fato de a língua geralmente estar localizada na região a ser irradiada ou em sua proximidade. Doses de 200 a 240 cGy reduzem em 50% a percepção de sabores amargos e ácidos, e o paciente tende a aumentar a ingestão de alimentos doces. A dose equivalente a 3.000 cGy de radiação provoca a perda quase total do paladar, geralmente transitória, com restituição do sentido entre um a quatro meses após o tratamento, melhora que varia, entretanto, de paciente para paciente (CARDOSO et al., 2005; ANTUNES et al., 2004; SILVERMAN JUNIOR, 1990).

A perda do paladar ou a sua diminuição pode levar à perda do apetite e do prazer em se alimentar, do que poderá decorrer perda de peso, fraqueza e desidratação, podendo tornar-se um complicador, caso o procedimento cirúrgico tenha deixado sequelas como dificuldade para mastigar e engolir (SILVERMAN JUNIOR, 1990).

4.7.7 Dores

Dores espontâneas, sem sinal de doença, podem ocorrer em qualquer parte do corpo após a quimioterapia, sendo mais comuns na mandíbula, uma vez que os agentes quimioterápicos têm certo efeito sobre as terminações nervosas (CARDOSO et al., 2005).

A neurotoxicidade é causada por quimioterápicos derivados de alcaloides da vinca, como vincristina e vimblastina, e manifesta-se pela presença de dor sem causa aparente em todo o corpo mandibular, na articulação temporomandibular e em dentes. Costuma ser de forte intensidade e semelhante à dor dentária, sendo importante o

diagnóstico diferencial de comprometimento pulpar. As queixas álgicas geralmente desaparecem uma semana após a interrupção das drogas (ANTUNES et al., 2004; SILVERMAN JUNIOR, 1990).

As terapias antineoplásicas são importantes e necessárias, contudo, apesar de todo o avanço técnico e científico, causam complicações bucais passíveis, porém, de prevenção e tratamento. Para tanto, a participação do cirurgião-dentista no protocolo e na equipe de tratamento é de essencial importância, oferecendo um suporte ao paciente, antes, durante e após o tratamento, garantindo-lhe uma melhor qualidade de vida.

Magalhães, Candido e Araújo (2002) analisaram as sequelas bucais do tratamento radioterápico na região de cabeça e pescoço em 31 pacientes, tratamento que havia terminado entre três e seis anos antes, 90,32% dos quais não tiveram acesso ao tratamento odontológico antes do tratamento radioterápico, e 83,88% não foram conscientizados sobre os problemas bucais que poderiam advir. Do total, 77,41% não foram orientados sobre os cuidados necessários com a saúde bucal. Como efeitos adversos da radioterapia observaram-se diminuição do fluxo salivar em todos os pacientes e disgeusia em 30 deles; abertura da boca reduzida em 27; mucosite em 26; candidíase em 25; periodontopatia em 20; cárie de radiação em 58,06%; e osteorradionecrose em 32,26%.

Por outro lado, os resultados de um estudo com 42 pacientes que se submeteram a radioterapia, todos eles, porém, com tratamento e orientações odontológicas antes, durante e depois das aplicações, apontaram menor proporção de todas as mencionadas alterações: 40,48% com periodontopatias, 28,57% com candidíase e a mesma proporção com disgeusia, embora a redução do fluxo salivar também estivesse presente em todos eles. Não foram observadas cárie de radiação, osteonecrose e redução na abertura da boca (CARDOSO et al., 2005).

Em ambos os referidos estudos, a alta incidência de mucosite e da diminuição do fluxo salivar decorreram, provavelmente, do procedimento cirúrgico, de drogas da quimioterapia ou da própria radiação e, por isso mesmo, difíceis de serem tratados ou prevenidos. Contudo, o cirurgião-dentista pode diminuir seus efeitos (CARDOSO et al., 2005; MAGALHÃES; CANDIDO; ARAÚJO, 2002).

Enfatiza-se, portanto, a importância dos cuidados dispensados antes, durante e após a radioterapia, reforçando-se se faz necessária uma ação multidisciplinar, envolvendo o dentista, a equipe médica e outros profissionais da saúde, devendo-se

criar e instituir protocolos universalizados de atendimento nesses centros de tratamento (CARDOSO et al., 2005; MAGALHÃES; CANDIDO; ARAÚJO, 2002).

4.8 IMPACTO DA DOENÇA NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Além de sua importância epidemiológica, o câncer também merece atenção pelo impacto financeiro que representa seu tratamento. Estima-se que, para manter-se, no Brasil, a prestação dos serviços de saúde no seu padrão atual até o ano 2020, seria necessária a duplicação dos recursos financeiros hoje despendidos, uma vez que há uma destinação prioritária dos recursos do sistema de saúde às ações de caráter curativo, que são as mais onerosas (BRASIL, 1996).

As diferenças entre o custo médio do tratamento cirúrgico em estádios iniciais e avançados são marcantes. Assim, é difícil estimar-se o custo social do câncer de boca, visto que não implica apenas custos hospitalares, repercutindo na produtividade do país, pois a maioria dos acometidos pela doença encontra-se em faixa etária economicamente produtiva, apresentando, ainda, impacto na estrutura familiar, pela dificuldade de reintegração do indivíduo mutilado à sociedade (BRASIL, 1996).

Analisando-se os dados referentes ao estadiamento de pacientes com câncer de boca, constatou-se que, ao serem atendidos pela primeira vez em serviços especializados, mais de 80% dos casos encontrava-se em fase avançada da doença. Esses pacientes com reduzidas ou inexistentes possibilidades de cura, ou que estão fora de possibilidades terapêuticas, configuram uma taxa de mortalidade superior a 60%, e os que sobrevivem ficam mutilados (PASSALACQUA; OLIVEIRA, 2014; DOMINGOS; SOUSA et al., 2008; BRASIL, 1996).

É do conhecimento dos poderes públicos que, para o diagnóstico precoce e a prevenção do câncer de boca, são necessárias políticas públicas direcionadas ao problema que facilitem o aumento do conhecimento da população acerca dos fatores de risco, sinais e sintomas comuns da doença e que permitam a sensibilização para o autoexame da boca (LE CAMPION et al., 2016; FERNANDES; PERES, 2005; MENDONÇA et al., 2005; RIBEIRO, 2005).

Um investimento crescente na formação e educação continuada dos cirurgiões-dentistas, proporcionando-se um atendimento humanizado e de qualidade nos

serviços públicos de saúde, também deve ser estabelecido como ação prioritária, vez que a maior parte dos casos detectados é de pacientes que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a prevenção e o controle do câncer de boca, torna-se necessário o conhecimento da incidência e da mortalidade da doença, de modo que a disponibilidade desses dados possa favorecer o planejamento, a avaliação e o acompanhamento de atividades visando a reverter o atual perfil epidemiológico apresentado pela doença no Brasil, contribuindo, assim, para melhoria da qualidade de vida da população (LE CAMPION et al., 2016; SANTOS et al., 2015; FERNANDES; PERES, 2005).

A falta de programas de prevenção bem estruturados aumenta a preocupação por uma "epidemia" de certos tipos de câncer. Na prática, reduzir as desigualdades significa diminuir as taxas de incidência e mortalidade e aumentar a sobrevida entre os grupos de baixo nível socioeconômico, de forma que passem a níveis comparáveis aos obtidos para toda a população. Alcançar esse objetivo depende de esforços tanto dos setores público e privado, como de pesquisadores e profissionais engajados na assistência às pessoas com câncer (LE CAMPION et al., 2016; SANTOS et al., 2015; MENDONÇA et al., 2005).

Infelizmente, existem dificuldades para a implantação de um diagnóstico precoce do câncer de boca no Brasil, mesmo sendo a cavidade bucal uma localização de fácil acesso e seu exame minucioso não requerer alta tecnologia. Além disso, os procedimentos e exames complementares para a confirmação do diagnóstico são relativamente simples e de baixo custo e deveriam facilitar o diagnóstico precoce da doença. Entretanto, lamentavelmente, em um número significativo de casos, o que se observa é o diagnóstico tardio, em estádios avançados, comprometendo o resultado do tratamento ou estando o paciente fora de possibilidades terapêuticas (SANTOS et al., 2015; DOMINGOS; PASSALACQUA; OLIVEIRA, 2014; FREITAS, 2005).

Estudos com base nos dados de incidência e mortalidade por câncer de boca e orofaringe devem ser constantemente atualizados no sentido de subsidiar gestores e planejadores na área de saúde (FERREIRA et al., 2012).

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo transversal.

5.2 LOCAL DE ESTUDO E POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA

O universo deste estudo compreendeu todos os prontuários de pacientes que demandaram o Hospital Aristides Maltez (HAM), instituição de referência no tratamento do câncer, nos períodos de janeiro de 2000 a dezembro de 2006 e de janeiro de 2008 a dezembro de 2015, com o diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço confirmado.

A fonte de informações necessárias à realização deste estudo foram os dados dos prontuários únicos de pacientes matriculados no HAM. De referência ao período de janeiro de 2000 a dezembro de 2006, foi constituída uma primeira amostra, analisada em Tese de Mestrado apresentada à Universidade Federal da Bahia no ano de 2008 (GUANAES, 2008), cujos dados são aqui retomados. Integraram a segunda amostra, a ser examinada no presente trabalho, pacientes selecionados entre os assistidos no HAM no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2015.

Quando da seleção de ambas as amostras, o serviço de informática do HAM forneceu uma listagem com os números dos prontuários de todos os pacientes matriculados/atendidos no Serviço de Cabeça e Pescoço entre 2000 e 2006 e entre 2008 e 2015. Da relação numérica correspondente a cada período, foram selecionados, aleatoriamente, os prontuários pela própria pesquisadora, e entregues ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), constituindo, dessa forma, uma amostra sistemática.

A parte inicial deste trabalho, que avaliou o período compreendido entre 2000 e 2006, foi um estudo de base secundária, com um ponto de corte, apresentando várias limitações. Na segunda etapa, referente ao período 2008-2015, diversos aspectos e variáveis foram traçados, ampliando-se a coleta de novos registros, resultando, conseqüentemente, em dados adicionais.

5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- Indivíduos com diagnóstico confirmado de câncer da cavidade bucal e orofaringe, tendo em consideração que essas estruturas integram a região de cabeça e pescoço.
- Indivíduos portadores de câncer da cavidade bucal e orofaringe matriculados, diagnosticados e assistidos no HAM nos períodos correspondentes a 2000-2006 e 2008-2015.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão:

- Pacientes com diagnóstico de outros tipos de câncer, entre os quais o de tireoide e de pele, por exemplo.
- Pacientes matriculados no HAM com suspeita de neoplasia maligna, mas que, após a realização de novos exames, foi constatado tratar-se de neoplasia benigna.
- Pacientes encaminhados ao HAM com suspeita clínica de câncer, mas que, após a realização da consulta inicial, vieram a se evadir, não tendo sido realizados os exames que confirmariam o diagnóstico de doença maligna.
- Prontuários de pacientes com dados incompletos.

5.4 COLETA DOS DADOS

A partir dessa definição, a Instituição destacou o número máximo de 40 prontuários por semana, a fim de serem analisados e transcritos os dados a serem coletados, uma vez reconhecidamente essenciais para a realização do presente estudo, em local especialmente reservado para essa finalidade no interior do próprio Hospital, considerado o limite de tempo de cada sessão para o término da coleta dos dados.

Para o registro das informações coletadas, foi confeccionada uma ficha especialmente delineada para a realização deste estudo (APÊNDICE A).

Do período correspondente a 2000-2006, foram analisados 342 prontuários, e, do período correspondente a 2008-2015, foram avaliados 722 prontuários. Apenas 171 prontuários da primeira etapa atenderam aos critérios exigidos para inclusão no estudo, e somente 154 da segunda etapa atenderam, plenamente, aos requisitos estabelecidos.

Entre as informações disponíveis nos prontuários sob a guarda do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) foram levantadas e analisadas as seguintes variáveis:

I - Dados sociodemográficos: sexo, idade, grau de instrução, local de residência, estado civil e ocupação.

II - Características e fatores associados à lesão:

- Tipo de lesão – estadiamento clínico e localização do sítio anatômico.
- Local de atendimento – unidade básica de saúde, faculdades, outros hospitais ou o próprio HAM.
- Profissional de encaminhamento / suspeita do diagnóstico: agente comunitário de saúde, enfermeiro ou auxiliares de enfermagem, dentista ou médico.
- Sinais e sintomas observados relacionados diretamente com a doença.
- Data de encaminhamento ao HAM.
- Data de realização da biopsia e categorização baseada no Sistema de classificação dos tumores malignos (TNM).
- Tempo decorrido para o início do tratamento.
- Antecedentes médicos: presença ou ausência de diabetes, hipertensão, asma e demais patologias.
- Fatores de risco associados à doença: consumo de álcool, tabaco e qualidade da higiene bucal.

III - Tipo de tratamento realizado: cirurgia, radioterapia e quimioterapia isolados ou combinados.

IV - Obtenção de novos dados referentes aos hábitos de vida (exposição ao álcool e ao tabaco), correlacionando-os com as lesões diagnosticadas (TNM).

5.5 PROCESSO DE ANÁLISE

Foram estimadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis descritas na coleta de dados, e calculadas as medidas de tendência central e dispersão para aquelas pertinentes; aplicados testes para cálculo de associação entre variáveis nominais e qualitativas, e determinado o corte de hipótese nula quando o valor- $p=0,05$, conforme os Testes de Pearson Chi-Square e Likelihood Ratio Chi-Square. Para a elaboração do banco de dados, tabulação e análise, foi utilizado o *software* Epi Info versão 6.04, e as figuras foram construídas no programa Excel.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo atende à Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O estudo correspondente ao período 2000-2006 foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Aristides Maltez e devidamente aprovado em reunião realizada em 14 de maio de 2007, conforme Of. nº 162/07 (ANEXO A).

Para a coleta dos dados correspondentes ao período 2008-2015, visando à realização do estudo comparativo da evolução da incidência do câncer bucal registrada nos prontuários do Hospital Aristides Maltez nos dois períodos em pauta, o projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos daquele Hospital, de acordo com Parecer nº 1.466.211, aprovado em reunião de 28 de março de 2016 (ANEXO B), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia, conforme Parecer nº 1.393.120/2016 (ANEXO C).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise minuciosa dos 342 prontuários correspondentes ao período 2000-2006 resultou na exclusiva seleção de 171 prontuários, tendo em vista o estrito atendimento aos critérios de inclusão preestabelecidos. Não obstante terem sido analisados os 722 prontuários correspondentes ao período 2008-2015, tão somente 154 prontuários atenderam a esses critérios, e os demais foram desconsiderados, pelo fato de o diagnóstico registrado referir-se a tipos de câncer da cabeça e pescoço além daqueles instalados em outros órgãos, incluídos, provavelmente por razões que justificavam a consulta no ambulatório, no arquivo reservado às neoplasias de cabeça e pescoço, tal como havia ocorrido na primeira fase. Foram desprezados, também, os prontuários reconhecidamente incompletos ou aqueles que apresentavam registros de evasão, em vista de os pacientes não terem retornado ao HAM para realizar os exames de confirmação diagnóstica de neoplasia maligna.

Cabe ressaltar que em se tratando da cavidade bucal, as estimativas são de 11.140 novos casos de câncer em homens e 4.350 em mulheres, totalizando 15.490 para o período 2016-2017 no Brasil, assumindo-se, dessa forma, a possibilidade de subestimação dos casos bem como a fragilidade no estado da referência e contrarreferência para o câncer de boca, considerando-se a sua importância como problema de saúde pública, visto que, atualmente, o câncer se constitui a segunda causa de morte pela doença no Brasil (exceção para as causas externas), ocupando, em homens, o quinto lugar nas estatísticas de mortalidade (INCA, 2016).

Ainda assim, os estudos epidemiológicos permitem caracterizar populações de risco e aperfeiçoar a definição de políticas públicas de saúde que visem à promoção, prevenção e assistência, paralelamente à identificação de possíveis deficiências de registros (DOMINGOS; PASSALACQUA; OLIVEIRA, 2014; SOUSA et al., 2008; BIAZEVIC et al., 2006; CERVI; HERMSDORFF; RIBEIRO, 2005).

Os dados sociodemográficos de pacientes selecionados para compor a amostra referente ao período compreendido entre 2008 e 2015 estão reunidos na Tabela 1, constatando-se a predominância do sexo masculino (72,73%) sobre o feminino (27,27%), assim como de pessoas solteiras (50%) e de baixo grau de escolaridade (59,09%), em sua maior parte originárias do interior do Estado da Bahia (70,78%), dados esses similares aos anteriormente observados em pacientes

assistidos no HAM no período compreendido entre 2000 e 2006 (Tabela 2) como se verá a seguir.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos pacientes, HAM, 2008-2015

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	42	27,27
Masculino	112	72,73
Estado civil		
Solteiro	77	50,00
Casado	53	34,44
Desquitado	3	1,95
Viúvo	13	8,44
Sem informação	8	5,19
Local de residência		
Região metropolitana	45	29,22
Interior	109	70,78
Outros estados	-	-
Sem informação	-	-
Nível de escolaridade		
Analfabeto	35	22,72
1º Grau completo/incompleto	91	59,09
2º Grau completo/incompleto	25	16,23
Superior ou mais	3	1,96

Fonte: HAM, 2016.

A Tabela 2 explicita dados sociodemográficos de pacientes que constituíram a primeira amostra analisada, ou seja, assistidos no HAM no período compreendido entre 2000 e 2006, que são similares aos da população integrante da amostra 2008-2015, ou seja: predomínio de homens (70,18%), de solteiros (36,26%), de analfabetos (44,45%) e de procedentes, em sua maioria, de cidades do interior do Estado da Bahia (80,70%).

Tabela 2 – Dados sociodemográficos dos pacientes, HAM, 2000-2006

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	120	70,18
Feminino	51	29,82
Estado civil		
Solteiro	62	36,26
Casado	55	32,16
Desquitado	12	7,02
Viúvo	23	13,45
Sem informação	19	11,11
Local de residência		
Região metropolitana	30	17,54
Interior	138	80,70
Outros estados	2	1,17
Sem informação	1	0,59
Nível de escolaridade		
Analfabeto	76	44,45
1º Grau incompleto	59	34,51
1º Grau completo	9	5,26
2º Grau incompleto	5	2,92
2º Grau completo	9	5,26
Superior ou mais	13	7,60

Fonte: HAM, 2008.

No período compreendido entre 2008 e 2015, o maior percentual de matrículas ocorreu nos anos de 2010 (20,1%/31) e 2015 (18,84%/29), como consta na Tabela 3.

Tabela 3 - Ano de matrícula e sua relação com o número e o percentual dos pacientes HAM, 2008-2015

Ano de matrícula	Paciente	
	n	%
2008	18	11,69
2009	19	12,33
2010	31	20,13
2011	13	8,44
2012	13	8,44
2013	14	9,09
2014	17	11,05
2015	29	18,83
Total	154	100

Fonte: HAM, 2016.

A idade mínima dos pacientes foi de 20 anos e a máxima de 94 anos, como explicita a Figura 2. A faixa etária mais prevalente foi de 60 a 69 anos, o que corresponde a 42% da amostra, e a média de idade foi de 57 anos.

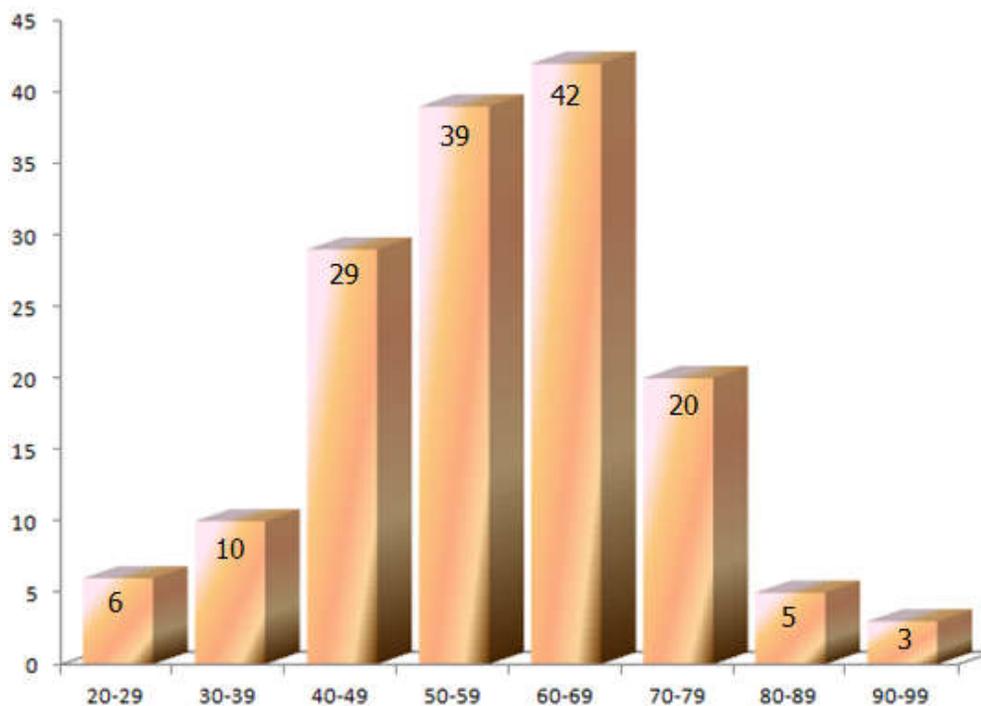


Figura 2 – Faixa etária dos pacientes, HAM, 2008-2015
Fonte: HAM, 2016.

A análise dos resultados obtidos para os dois períodos em tela indica que a média de idade dos pacientes corresponde a 60,6 anos, destacando-se a idade mínima de 20 anos e a máxima de 95 anos.

Os resultados do presente estudo estão, assim, de acordo com a literatura científica, uma vez que os registros revelam que 95% dos casos de câncer da cavidade bucal ocorreram em pessoas com 40 anos ou mais, e que a média de idade, no momento do diagnóstico, se situava na sexta década de vida (SANTOS et al., 2015; LEAL; AMARAL; OLIVEIRA, 2014; SILVA et al., 2013; SOUSA et al., 2008; FAVERO et al., 2007; BIAZEVIC et al., 2006; LOCKHART; NORRIS JUNIOR; PULLIAM, 1998; SILVERMAN JUNIOR, 1990).

O fato de o câncer de boca ter uma maior prevalência em idades mais avançadas pode ser explicado pelo aumento da expectativa de vida e, principalmente, por uma maior exposição dos indivíduos aos fatores de risco, incluindo-se a presença de doenças crônico-degenerativas (SANTOS et al., 2015; TONG; SHAN; TANG, 2014; SILVA et al., 2013; SOUSA et al., 2008;).

A American Cancer Society estima que cerca de 77% de todos os cânceres são diagnosticados em indivíduos com 55 anos ou mais, em decorrência de o envelhecimento se constituir, por si só, em fator de risco para as neoplasias, uma vez que deixa os indivíduos mais susceptíveis às transformações malignas (CERVI et al., 2005).

Em relação ao período 2008-2015, a associação entre a década de nascimento dos pacientes e o ano de matrícula no HAM apontou o predomínio de indivíduos nascidos na década de 1960 nas matrículas realizadas no ano de 2015, seguidos daqueles nascidos na década de 1940, cujo maior número de matrículas foi realizado nos anos 2008, 2009 e 2012, conforme Figura 3.

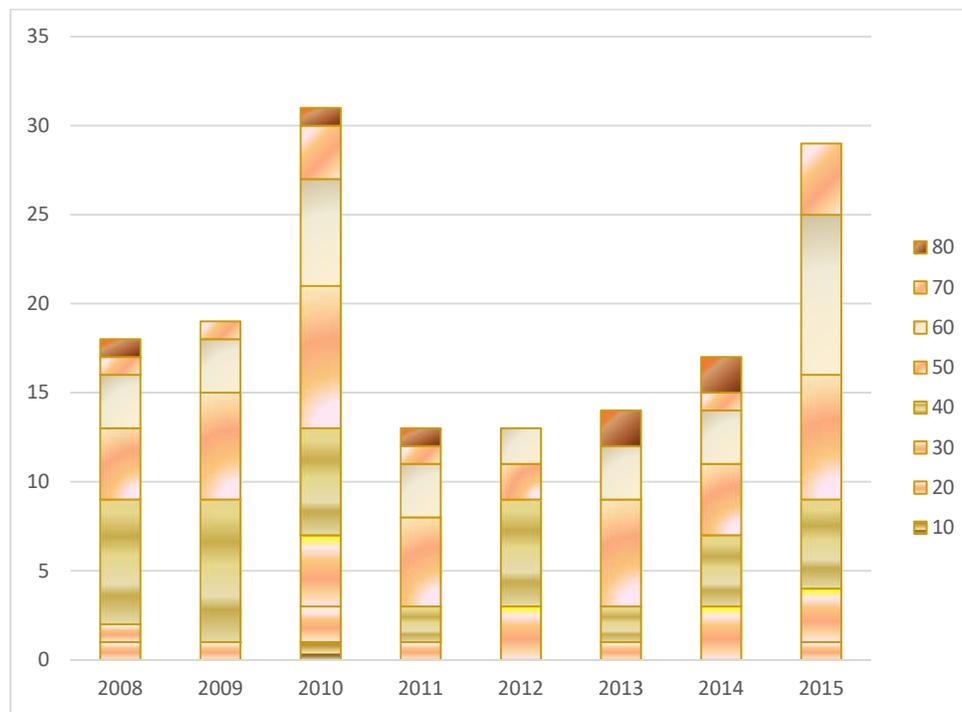


Figura 3 – Associação entre a década de nascimento dos pacientes e o ano de matrícula, HAM, 2008-2015

Fonte: HAM, 2016.

Ainda em relação ao período compreendido entre 2008 e 2015, no que diz respeito ao sexo dos pacientes, observa-se que o mais prevalente foi o masculino ($n=112$), em relação ao feminino ($n=42$). Entretanto, em relação à média das idades quando do diagnóstico, não se constatou uma diferença significativa, sendo 57,95 para mulheres e 57,31 para homens, como pode ser verificado na Figura 4. Por outro lado, a relação entre homens e mulheres foi da ordem de 2,6:1, proporção reconhecidamente muito próxima da calculada para o período 2000-2006, cujo resultado foi da ordem de 2,35:1 (FIGURA 5).

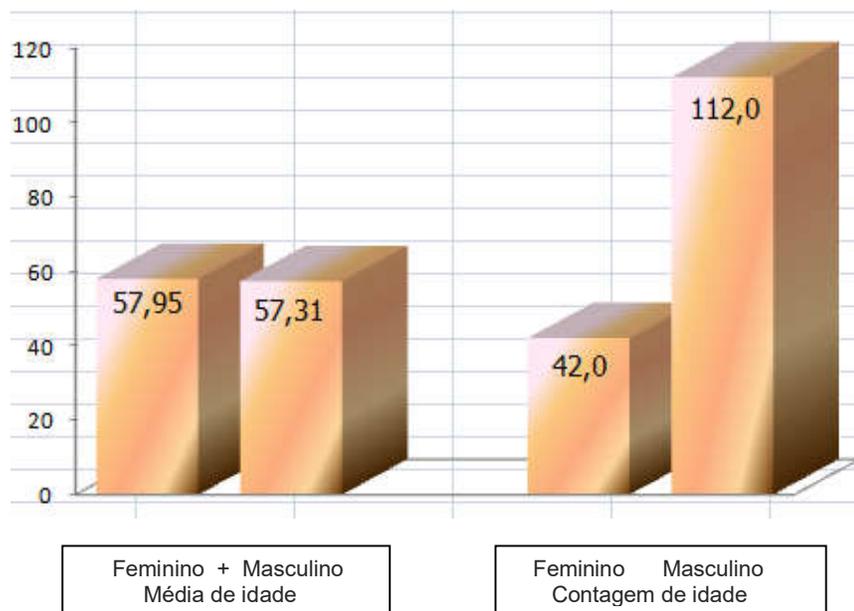


Figura 4 – Média de idade dos pacientes por ocasião do diagnóstico relacionada com o sexo e quantitativo dos dois sexos, HAM, 2008-2015

Fonte: HAM, 2016.

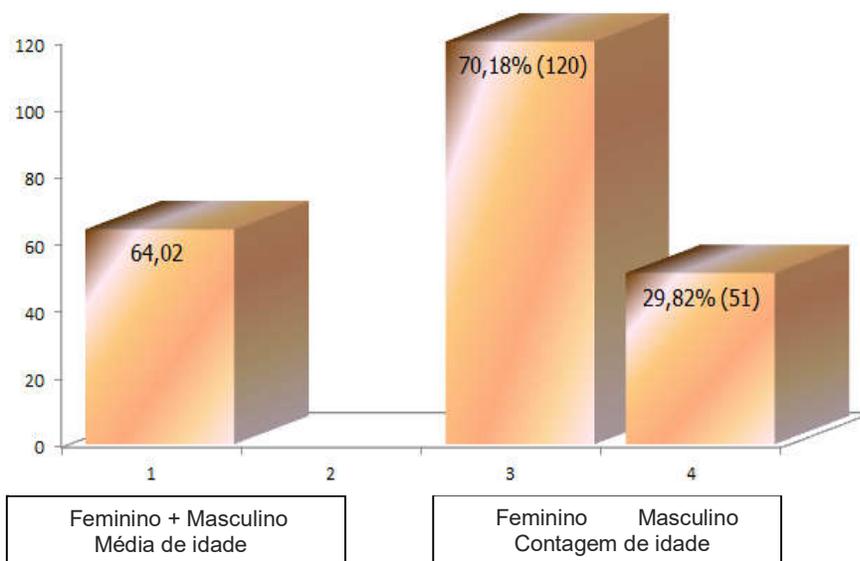


Figura 5 – Média de idade dos pacientes por ocasião do diagnóstico relacionada com o sexo e quantitativo dos dois sexos, HAM, 2000-2006

Fonte: HAM, 2006.

A análise dos dados referentes ao nível de escolaridade demonstra que 59,09% dos pacientes avaliados entre 2008 e 2015 (TABELA 3) declararam ter cursado o 1º Grau completo/incompleto, 16,23% possuíam o 2º Grau completo/incompleto e 22,72% declararam-se analfabetos. Todavia, na avaliação realizada entre 2000 e 2006 (TABELA 2) havia sido constatado que os pacientes eram, em sua maioria pessoas analfabetas (44,45%) ou tinham o 1º Grau incompleto (34,51%), e apenas 5,26% haviam completado o 2º Grau.

Nos dois períodos estudados, os resultados mostram concordância com os achados da literatura consultada (GÓES, 2007; FERNANDES; PERES, 2005; MENDONÇA et al., 2005). Acrescente-se que uma pesquisa realizada por Ribeiro (2005) no Hospital do Câncer de São Paulo demonstrou que, entre os indivíduos portadores dessa patologia diagnosticada em fase avançada, 61% tinham cursado, no máximo, o ensino fundamental completo.

A literatura evidencia, ainda, em todo o mundo, uma clara consistência na associação entre o *status* social e a incidência/mortalidade envolvendo o câncer bucal (KOIFMAN, S.; KOIFMAN, R. J., 2003; LIEWELLYN; QUEIROZ, 2002; WUNSCH FILHO, 2002; JOHNSON; WARNAKULASURIYA, 2001).

Cabe enfatizar que, na análise dos prontuários do período 2008-2015, foram encontrados elementos sugestivos de que vários indivíduos cuja escolaridade foi declarada como sendo a de 1º Grau completo ou incompleto não fariam jus, possivelmente, a essa classificação, uma vez que os documentos de identificação e os termos de consentimento para a realização do tratamento continham o registro de sua impressão digital em lugar de sua assinatura.

Há que se considerar o fato de a clientela do HAM ser composta em quase 100% de pacientes da rede SUS, ou seja, pessoas com baixo poder aquisitivo e, em consequência, com provável baixa escolaridade. Admite-se, portanto, que, confrontados os dois períodos em exame, a formação intelectual continuou praticamente inalterada, caracterizando-se a continuidade do processo de exclusão social.

Ao se registrar o perfil de ocupação dos pacientes no período situado entre 2008 e 2015, foram reproduzidas inserções relativas à baixa escolaridade, com predominância de lavradores (38%/59) abrangendo homens e mulheres, seguidos por donas de casa (7,14%/11), motoristas (4,54%/7) pedreiros e mecânicos (2,59%/5),

além de pequena participação de variadas profissões que totalizaram 33,76% (52), conforme demonstra a Figura 6.

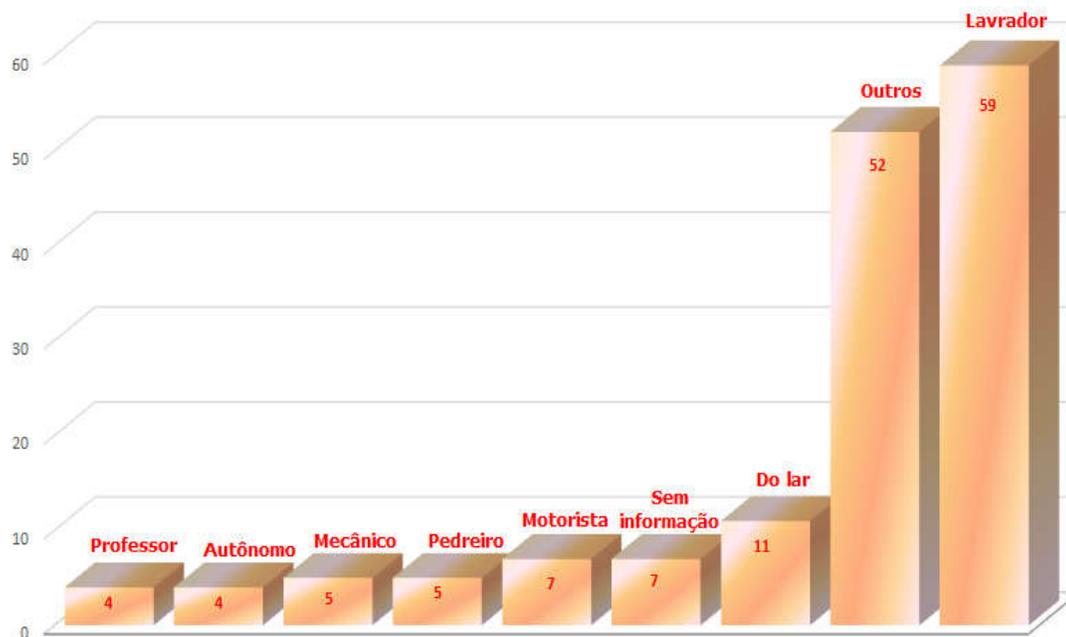


Figura 6 – Perfil ocupacional dos pacientes, HAM, 2008-2015
Fonte: HAM, 2016.

Esses dados correspondentes a 2008-2015 corroboram os resultados do estudo realizado sobre o período 2000-2006 no qual foi constatado, quanto à ocupação profissional, o predomínio de lavradores (36,84%), seguidos por donas de casa (14,62%), pedreiro/pintor (9,36%), motorista (4,68%) e mecânico (2,92%), com pequena participação de outras profissões (FIGURA 7).

Considerando-se, especificamente, o sexo feminino, tem-se observado que a maioria das mulheres ligadas às atividades domésticas apresentam maior incidência para o câncer de boca (LEAL; AMARAL; OLIVEIRA, 2014; AMORIM FILHO et al., 2003; CARVALHO et al., 2001).

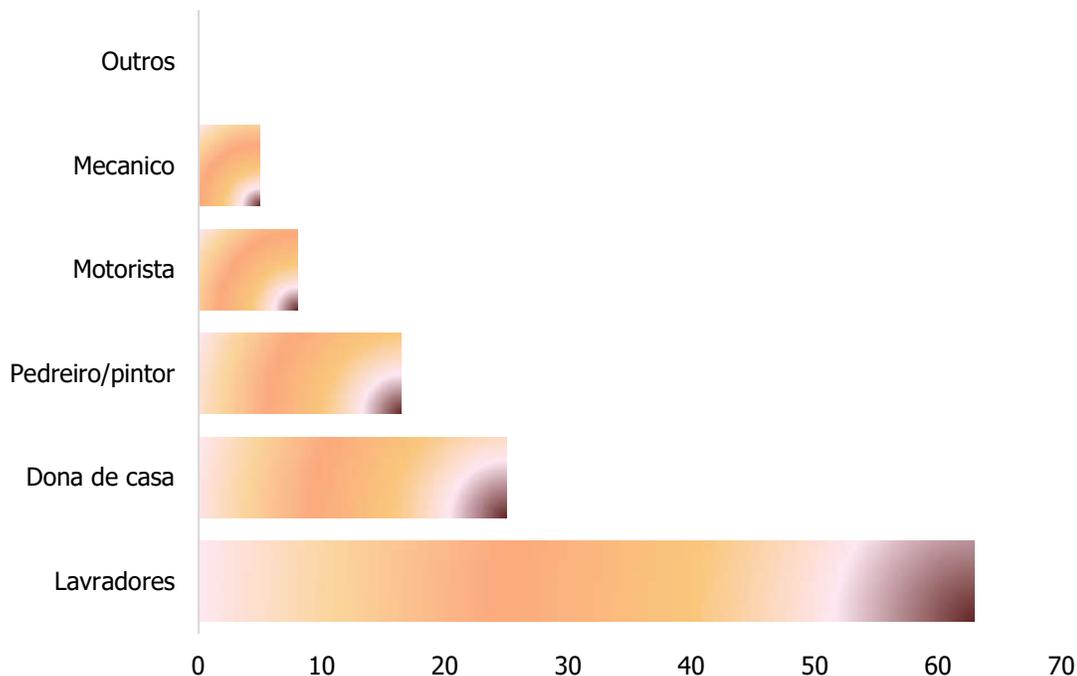


Figura 7 – Perfil ocupacional dos pacientes, HAM, 2000-2006
Fonte: HAM, 2008.

Estudo de caso controle realizado na região metropolitana de São Paulo concluiu que as atividades ocupacionais em oficinas mecânicas assim como a de mecânicos de automóveis apresentaram um risco maior para o câncer bucal, independentemente do uso de tabaco e de álcool (ANDREOTTI et al., 2006). Um segundo estudo também realizado em São Paulo apontou a profissão de ajudante geral como sendo considerada de elevado risco (FAVERO et al., 2007).

Nos estudos epidemiológicos que tratam dessa doença, deve-se ter em consideração a extensão geográfica do Brasil, variável que confere particularidades às diversas comunidades regionais. A atividade rural é predominante no interior do Estado da Bahia, uma vez comparada ao Estado de São Paulo, por exemplo. Esse aspecto reforça as diferenças regionais em relação aos dados referidos nos dois trabalhos acima citados nos quais as atividades mencionadas de trabalhador mecânico, de mecânico de automóveis e de ajudante geral despontam como as de maior ocorrência para o câncer de boca.

Não se pode perder de vista que o HAM, uma unidade hospitalar considerada de referência, atende aos egressos de todos os municípios do Estado da Bahia e, até mesmo, a indivíduos procedentes de outros estados. No estudo ora em discussão, foram 109 (70,80%) os pacientes assistidos no período 2008-2015 que residiam no interior do Estado da Bahia, ou seja, na zona rural, evidência que vai de encontro aos achados de Góes (2007), também realizado com dados colhidos no HAM, que identificou uma igual proporção para indivíduos residentes na área urbana e na zona rural/interior do Estado da Bahia, devendo-se, porém, ressaltar que o autor trabalhou somente sobre pacientes que tiveram acesso ao serviço de odontologia, ao passo que o presente estudo utilizou o SAME como fonte de informação para ambos os períodos investigados.

Para justificar os achados deste trabalho, pontua-se uma maior prevalência de lavradores e de indivíduos com baixo nível de escolaridade, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde na zona rural, a facilidade para maior consumo de bebida destilada e o uso de tabaco (rolo e corda), assim como a estratégia de localização dos prontuários.

As Tabelas 4 e 5 expressam o tipo e a localização das lesões cancerosas instaladas na cavidade bucal e na orofaringe em pacientes atendidos nos períodos 2008-2015 e 2000-2006, respectivamente.

Tabela 4 – Tipo histológico e localização das lesões cancerosas dos pacientes, HAM, 2008-2015

Variável	n	%
Tipo de lesão		
Carcinoma espinocelular	136	88,31
Carcinoma mucoepidermoide	1	0,64
Adenocarcinoma	9	5,85
Carcinoma epidermoide	1	0,64
Sarcoma	3	1,95
Outras (melanoma, neoplasias indiferenciadas)	4	62,61
Local da lesão		
Língua	41	26,62
Laringe	33	21,43
Palato	17	11,04
Lábio	20	13,00
Mandíbula	6	3,59
Rebordo gengival	5	3,25
Assoalho da boca	10	6,49
Mucosa jugal	9	5,84
Amígdala	9	5,84
Outras (laringe, mucosa nasal, cervical, glândulas salivares)	43	28,02

Fonte: HAM, 2016.

Tabela 5 – Tipo histológico e localização das lesões cancerosas dos pacientes, HAM, 2000-2006

Variável	n	%
Tipo de lesão		
Carcinoma espinocelular	140	81,87
Carcinoma mucoepidermoide	8	4,67
Adenocarcinoma	6	3,51
Carcinoma epidermoide	4	2,34
Sarcoma	2	1,16
Outras (melanoma, neoplasias indiferenciadas)	11	6,45
Local da lesão		
Língua	43	25,15
Língua e mais uma localização	9	5,27
Palato	28	16,37
Lábio	17	9,94
Rebordo gengival	15	8,77
Assoalho da boca	8	4,68
Mucosa jugal	7	4,09
Amígdala	6	3,51
Outras (laringe, mucosa nasal, cervical, glândulas salivares)	38	22,20

Fonte: HAM, 2008.

Um estudo analítico envolvendo 2.255 prontuários revelou a prevalência de câncer bucal em 67 casos, ou seja, em 3% da amostra estudada, tendo sido o carcinoma espinocelular o tipo histológico mais frequente, com o percentual de 83,5% (ONOFRE et al., 1997).

De forma similar, tendo em consideração as características histológicas das lesões detectadas, o carcinoma espinocelular foi o mais prevalente, quer entre os pacientes assistidos entre 2008 e 2015, com o alto percentual de 88,31% (136 casos), quer entre os que constituíram a amostra 2000-2006, em que alcançou o percentual de 81,87% (140 casos).

Na população referente ao período 2008-2015, a localização preferencial da lesão cancerígena foi a língua, com 26,62%, a que se seguiram a laringe (21,43%), o lábio (13%), o palato mole/duro (11,04%), o assoalho da boca (6,49%), a mandíbula, a mucosa jugal e a amígdala (5,84% cada) e a gengiva (3,25%), além de localizações outras (28,02%). No período 2000-2006, muito embora o sítio preferencial da lesão tenha sido igualmente a língua (25,15%), o palato foi o segundo sítio de maior prevalência (16,37%).

Sabe-se que a maioria dos cânceres bucais e de orofaringe envolvem a língua e o assoalho da boca. Não obstante diversos autores (FAVERO et al., 2007; CANTO; DEVESA, 2002; CARVALHO et al., 2001, CHERUBINI et al., 1991) destacarem a língua como o sítio anatômico preferencial, alguns acrescentam que os lábios, a gengiva, o dorso da língua e o palato são localizações menos frequentes (CANTO; DEVESA, 2002; LUNN, 1997).

Os achados da presente pesquisa, no que divergem dos apontados nas referências literárias, podem ser explicados pela estratégia de escolha aleatória dos prontuários nas amostras consideradas sistemáticas, em que pese o número de casos que integraram os dois períodos estudados poder ser reconhecido como significativo.

As Tabelas 6 e 7 expressam dados que dizem respeito à aplicação da classificação TNM ao câncer bucal e de orofaringe de pacientes assistidos no HAM nos dois períodos abordados na presente pesquisa.

Em relação ao período 2008-2015, ao avaliar-se o tamanho das lesões segundo a classificação TNM no momento do diagnóstico (TABELA 6), destaca-se a alta proporção de tumores de maior tamanho (T3=27,92% e T4=25,33%), totalizando 53,25%, além do que 29,23% dos pacientes apresentaram nódulos reacionários (presença de nódulo de grau 1=13,64%) e presença de metástases em 5,19% dos

casos. Os tumores apresentaram, em sua maioria, estágio avançado, tendo-se observado, nos prontuários analisados, o registro de apenas dois óbitos, de 11 pacientes que tiveram um segundo tumor, de recidiva em 12, e de 17 que não retornaram para acompanhamento.

Tabela 6 – Classificação dos tumores dos pacientes segundo o sistema TNM, HAM, 2008-2015

Classificação	T		N		M	
	n	%	n	%	n	%
0	-	-	108	70,13	134	87,01
1	38	24,68	21	13,64	8	5,19
2	33	21,43	16	10,39	-	-
3	43	27,92	8	5,20	-	-
4	39	25,33	-	-	-	-
Sem informação	1	0,64	1	0,64	12	7,80

Fonte: HAM, 2016.

No estudo realizado sobre o período 2000-2006, observou-se que, na maioria dos casos — 57,89% —, o carcinoma presente estava em forma avançada ou tardia, correspondendo aos estadiamentos T3 (22,22%) e T4 (35,67%), assim como foi significativo o comprometimento por nódulos de grau 2 (16,37%), tendo sido de 8,19% a taxa de letalidade. De acordo com os registros dos prontuários, 14 pacientes evoluíram para óbito, e 12 deles apresentaram metástase (7,02%). As recidivas de tratamento representaram o percentual de 4,09% dos casos.

Tabela 7 – Classificação dos tumores dos pacientes segundo o sistema TNM, HAM, 2000-2006

Classificação	T		N		M	
	n	%	n	%	n	%
0	3	1,75	85	49,71	135	78,49
1	20	11,70	26	15,20	8	4,68
2	30	17,54	28	16,37	4	2,34
3	38	22,22	17	9,94	-	-
4	61	35,67	-	-	-	-
Sem informação	19	11,11	15	8,77	24	14,04

Fonte: HAM, 2008.

Resultados semelhantes foram mencionados por Favero e outros (2007), Dedivitis e outros (2004), Carvalho e outros (2001). Segundo Góes (2007), vários estudos realizados no Brasil indicam que, no momento do diagnóstico, os tumores já se encontravam em grau T4.

Santos e outros (2014) e Silva (2013) observaram em seus trabalhos que, no Estado da Bahia, o câncer bucal tem sido diagnosticado tardiamente. A literatura também menciona que o desenvolvimento do câncer de vias aerodigestivas superiores ocorre em múltiplas etapas e que a história natural da doença pode durar cerca de trinta anos, sem que ocorra qualquer manifestação clínica.

Apesar da posição anatômica privilegiada da cavidade oral, facilitadora do diagnóstico, a maioria dos carcinomas dessa região é diagnosticada quando o tumor se apresenta em estágio avançado (ANTUNES, 2015), e diversos fatores podem contribuir para esse fato. Ainda segundo o autor, o atraso no diagnóstico pode ser atribuído à evolução inicial pouco sintomática, à falta de conhecimento dos pacientes sobre a doença, a dificuldades de acesso aos serviços de saúde e ao despreparo por parte de profissionais.

A partir do momento em que os indivíduos resolvem buscar o atendimento de um profissional da área de saúde, é importante que se registre a preferência demonstrada. No presente estudo, o médico foi o mais procurado (94%), e a escolha pelo cirurgião-dentista recaiu em apenas 3%, muito embora esse profissional apareça citado juntamente com o médico com o percentual de 2% dos casos, conforme expressa a Figura 8, representativa do período compreendido entre 2008 e 2015.

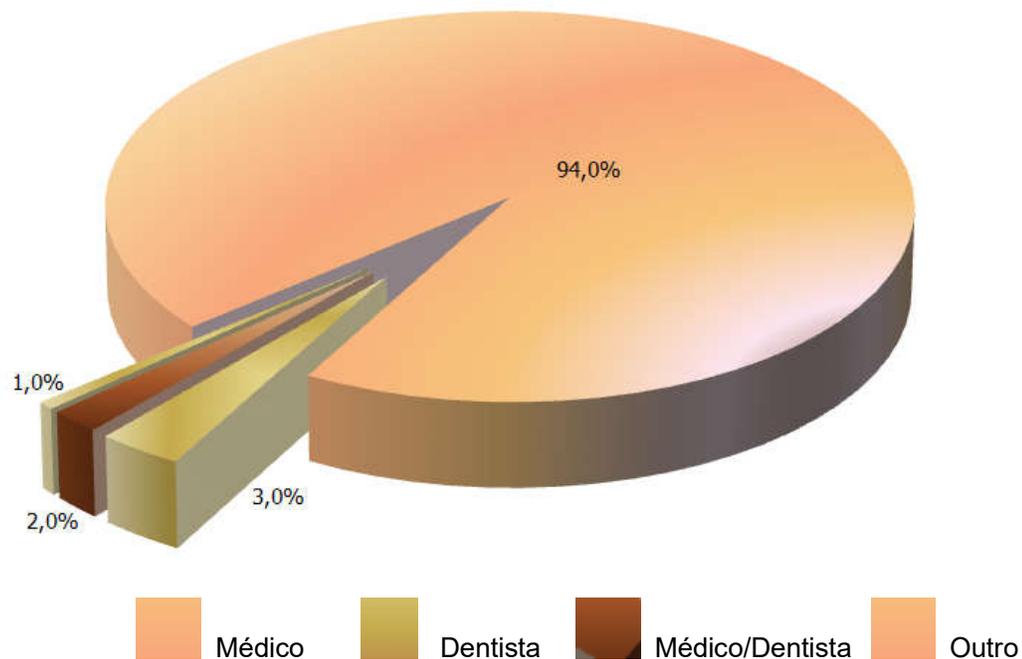


Figura 8 - Profissional responsável pelo diagnóstico do câncer
HAM, 2008-2015
Fonte: HAM, 2016.

Similarmente, no estudo realizado sobre o período 2000-2006, o diagnóstico inicial ou a suspeita do câncer de boca e orofaringe foi realizado, em sua maioria, por um médico (75,44% dos casos), sendo mais reduzida (21,05%) a contribuição do cirurgião-dentista (FIGURA 9).

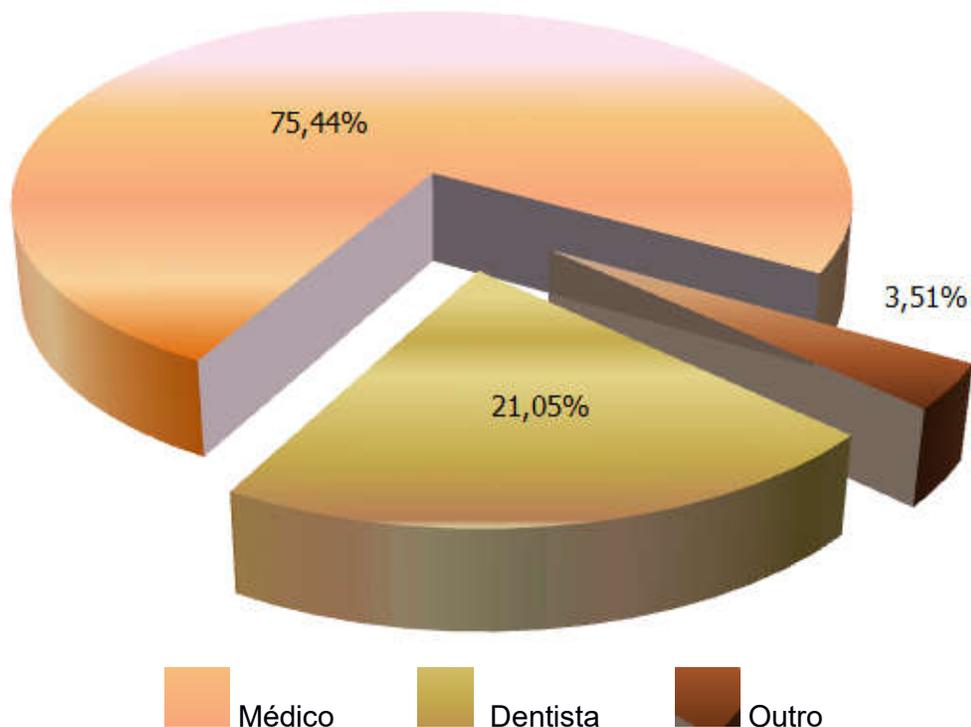


Figura 9 - Profissional responsável pelo diagnóstico do câncer, HAM, 2000-2006
Fonte: HAM, 2008.

Os estudos analisados revelam que as lesões de cavidade bucal que são acessíveis ao exame clínico são encaminhadas ao serviço de oncologia principalmente por um médico de qualquer especialidade. Por outro lado, as lesões de orofaringe, não tão acessíveis, costumam ser encaminhadas pelo otorrinolaringologista.

O paciente, ao procurar um médico, desconhece, até então, a natureza da sua doença e, por isso, não busca diretamente um especialista. Os diagnósticos de câncer são realizados, em sua maioria (70%), por médicos não cancerologistas, o que evidencia a importância desses profissionais no controle da doença (INCA, 2016; SILVA 2013). Os resultados do estudo de Devitis e outros (2004) refletem a pouca atuação do cirurgião-dentista no sentido de diagnosticar e encaminhar os pacientes com câncer de boca e de orofaringe para tratamento, fato que é preocupante, pois a

boca se constitui no órgão principal a ser trabalhado por esse profissional. Resultados similares são também apresentados por Góes (2007) e Ribeiro (2005), assim como constam de registros do Hospital A. C. Camargo (INCA, 2015).

O fato de o paciente buscar atendimento junto ao médico quando a lesão já se encontra em tamanho avançado pode expressar a dificuldade de acesso aos serviços de saúde em geral, realidade essa que deve ser levada em consideração pelos serviços públicos de assistência à saúde.

De igual forma, tal como foi destacado no estudo realizado sobre o período entre 2000 e 2006, deve-se ter em conta que, infelizmente, o cirurgião-dentista não possui treinamento suficiente voltado para a suspeição e o diagnóstico de lesões e alterações pré-cancerosas, e para a elaboração de diagnósticos diferenciais, o que se configura como um elemento que favorece o comportamento aleatório por parte desse profissional. Ademais, o cirurgião-dentista nem sempre está inserido em igual número nos projetos de saúde do governo e não recebe incentivos ou remunerações justas e igualitárias às de outros profissionais das equipes de saúde, condição que, inclusive, implica desestímulo para atuar na zona rural, por exemplo.

Os pacientes integrantes da amostra do período 2008-2015 referiram que o atendimento inicial realizado por médicos ocorreu, em sua maioria, em hospitais (27,27%), seguido de atendimento particular (26,62%) e, finalmente, em postos de saúde (22,07%) (FIGURA 10). A justificativa para esse achado pode, mais uma vez, ser atribuída ao difícil acesso aos serviços de saúde bucal por parte da população.

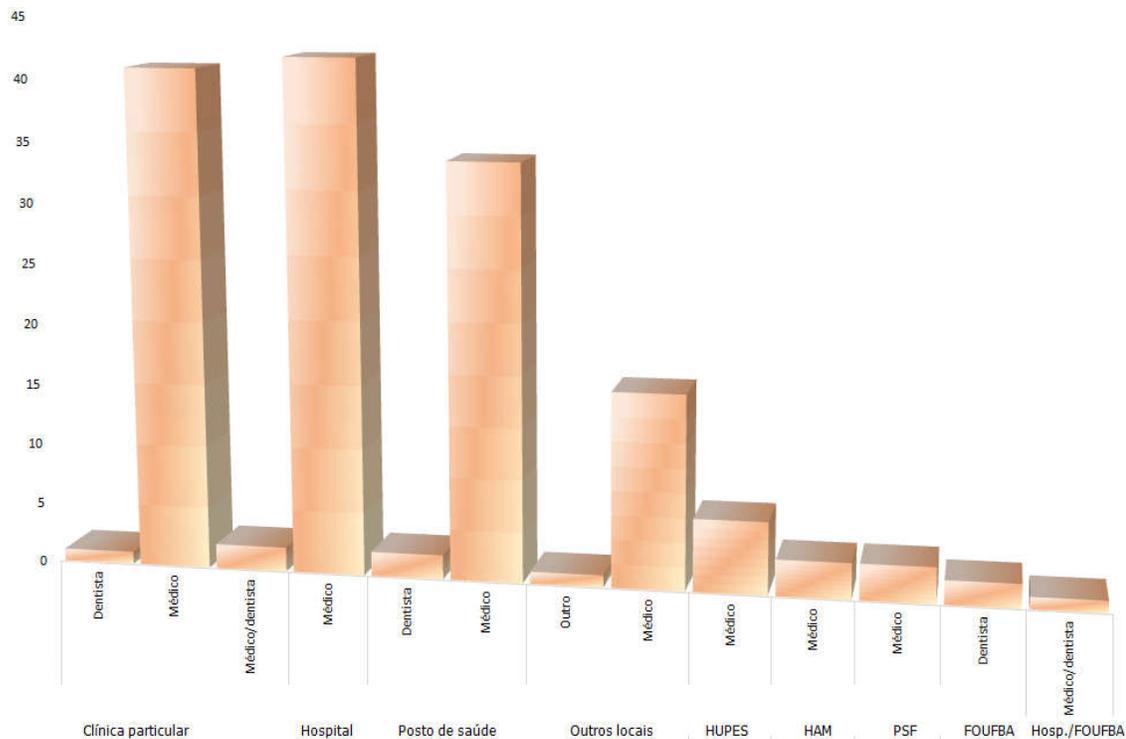


Figura 10 – Local do atendimento inicial e profissional responsável pelo direcionamento dos pacientes, HAM, 2008-2015

Fonte: HAM, 2016.

No tocante ao período 2000-2006, foram apurados os seguintes resultados: centros de saúde não especificados (39,76%), hospitais (21,05%), postos de saúde (15,20%), clínica particular (8,18%), HAM (7,6%) e faculdades de odontologia (2,33%). À época, cogitou-se que a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) se constituiria em alternativa promissora para mudança desse cenário no Estado da Bahia. Com base nos resultados do presente estudo, lamentavelmente, essa expectativa do PSF parece não ter se tornado realidade no período 2008-2015, especificamente no que diz respeito ao câncer de boca. Ao contrário, houve um aumento significativo de indivíduos que buscaram o atendimento particular, vindo a ser alcançado o percentual de 28,57% correspondente ao custeio com recursos próprios dos cidadãos, não só em consultas como em procedimentos — biopsias, laringoscopias e exames de imagem — fato sugestivo de que a população está

buscando serviços de saúde disponibilizados pela rede privada. Tal procedimento está em concordância com o estudo realizado por Le Campion e outros (2016) ao apontar a deficiência de atendimento, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde ou, até mesmo, a falta de programas governamentais que objetivem a prevenção como razões para a procura da rede de saúde privada.

Quanto à sintomatologia, constatou-se, entre os assistidos no HAM no período 2008-2015, que a queixa de maior prevalência foi a dor em local inespecífico por parte de 85 pacientes (55,19%), ou descrita como localizada na cavidade auditiva (29,41%), na garganta (21,18%) e na língua (16,47%). De mais a mais, 25 pacientes (29,41%) relataram dor ao deglutir, e 11 pacientes (12,94%) acusaram esse sintoma ao mastigar. Esses resultados estão em acordo com os obtidos no estudo realizado sobre o período 2000-2006: 92 pacientes, ou seja, 53,80% indicaram maior prevalência de dor na língua, na cavidade auditiva, na garganta e no ouvido.

Sintomas não dolorosos também foram referidos pelos pacientes integrantes da amostra 2008-2015, merecendo destaque: rouquidão (29,87%/46), úlcera na língua (18,83%/29), tosse (18,18%/28), ardor (16,88%/26), queimor e aumento de tamanho (14,94%/23 cada).

Os achados mais recentes, agrupados na Tabela 8, discriminam os sintomas dolorosos e não dolorosos referidos pelos pacientes aos profissionais quando da matrícula no HAM, com os respectivos percentuais de ocorrência.

Tabela 8 – Sintomas referidos pelos pacientes aos profissionais por ocasião da matrícula, HAM, 2008-2015

Variável	n	%
Sintoma doloroso		
Dor em geral	85	55,19
Dor na cavidade auditiva	25	29,41
Dor na língua	14	16,47
Dor cervical	3	3,53
Dor na garganta	18	21,18
Dor na boca	1	1,18
Dor ao engolir	25	29,41
Dor ao mastigar	11	12,94
Ausência de dor		
Ardor	26	16,88
Queimor	23	14,94
Úlcera na língua	29	18,83
Outras úlceras	7	4,55
Dificuldade de deglutir	15	9,74
Rouquidão	46	29,87
Dispneia	16	10,39
Tumor no pescoço	16	10,39
Tumor na face	3	1,95
Tumor na boca	6	3,90
Tosse	28	18,18
Sangramento	16	10,39
Perda ponderal	19	12,34
Disfonia	9	5,84
Prurido	6	3,90
Aumento de tamanho	23	14,94
Astenia	7	4,55
Sialorreia	5	3,25
Outros	22	14,29

Fonte: HAM, 2016.

Apesar de acusarem sintomas da doença, a média de tempo para procura do profissional pelos pacientes atendidos no período 2008-2015 foi de aproximadamente oito meses. No estudo realizado com a amostra constituída de indivíduos assistidos entre 2000 e 2006, cerca de 25,73% deles referiram sintomas da doença há mais de cinco meses antes de buscar auxílio médico.

Cabe ressaltar que os sintomas interferem, sobremaneira, na qualidade de vida dos indivíduos pelos prejuízos causados à sua alimentação, vindo a impactar negativamente em seu estado geral e retardando ou contraindicando a abordagem terapêutica.

Lesões clinicamente de maior tamanho, como as que prevaleceram neste estudo, significam comprometimento maior de estruturas por invasão ou aderência, possibilidade de metástases regionais ou à distância e comprometimento de estruturas nervosas, o que determina quadro algico muitas vezes de forte intensidade, sendo esse o principal fator responsável pela busca de assistência médica. Dados similares foram observados em outros estudos em que a dor foi constatada como a principal queixa clínica, sintoma que pode alcançar incidência equivalente a 84,12% (FAVERO et al., 2007).

A correlação entre o grau de instrução e a decisão de providenciar o agendamento de consulta profissional revelou relativa postergação por parte dos pacientes com baixa escolaridade da amostra 2008-2015. Todavia, os indivíduos analfabetos ou com pouca instrução — média de 19,3, somando-se aos analfabetos os que tinham cursado o 1º Grau — demonstraram buscar auxílio profissional em menor espaço de tempo, uma vez comparados com os indivíduos que eram detentores de nível superior (média=7,7); em comparação com os de 2º Grau (média=22), a diferença foi insignificante (TABELA 9).

Tabela 9 – Média de tempo (meses) para a busca de atendimento por um profissional e sua relação com o grau de instrução dos pacientes, HAM, 2008-2015

Grau de instrução	Média de tempo em meses
1º Grau	12
2º Grau	22
3º Grau	7,7
Analfabeto	7,3

Fonte: HAM, 2016.

Importantes estudos realizados por Le Campion e outros (2016), Santos e outros (2015) e Domingos, Passalacqua e Oliveira (2014) informam que o nível de escolaridade, a atividade profissional, os fatores econômicos como renda mensal, e o

desconhecimento do autoexame da boca são elementos que influenciam no retardamento em procurar consultas com profissionais de saúde. Ainda segundo Le Campion e outros (2016), o atraso no diagnóstico pode estar associado a lesões iniciais oligossintomáticas que não são valorizadas tanto pelos pacientes como pelos profissionais de saúde, condição que sugere falta de conhecimento dessa patologia.

Foi constatado por Saravanan, Ganesh e John (2013) que, nos países em desenvolvimento, existe alto percentual de pacientes portadores de câncer bucal pertencentes a classes socioeconômicas menos favorecidas. Segundo os autores, esse achado é claramente associado às dificuldades de acesso a sistemas de saúde, incorrendo, eventualmente, estádios clínicos avançados. Além disso, Domingos, Passalacqua e Oliveira (2014) e Borges (2009) ressaltaram que, em grande parte dos casos diagnosticados, os indivíduos desempenhavam atividades no campo, cujas populações são predominantemente de baixo nível socioeconômico, e tinham dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Nos indivíduos que constituíram o grupo avaliado na amostra 2008-2015, foi observada a ocorrência de lesões pré-cancerosas ou cancerosas anteriores (8,3%), achado esse que guarda similaridade com os resultados obtidos para o período entre 2000 e 2006, cuja atribuição de lesões desse tipo alcançou percentual semelhante (10,53%).

A maioria dos pacientes atendidos entre 2008 e 2015 (59,74%/92) teve o diagnóstico das lesões realizado no próprio Hospital Aristides Maltez pelo profissional médico, conforme demonstrado na Figura 11, e a participação do cirurgião-dentista no processo de identificação das lesões orais foi pontual, tendo ocorrido em apenas 1,94% dos casos. Após a matrícula no HAM, a média de tempo para a realização da biopsia foi de 1,7 meses.

Por outro lado, no estudo sobre o período compreendido entre 2000 e 2006, a maioria dos diagnósticos das lesões foi também realizada no Hospital Aristides Maltez pelo profissional médico (75,44%). Destaque-se a limitada participação do cirurgião-dentista na identificação das lesões orais ocorrida, apenas, em 3,51% dos casos assistidos.

Há que se ressaltar que poucos pacientes, ao serem encaminhados ao HAM, já haviam sido submetidos à biopsia das lesões (FIGURA 11) e foram matriculados com o diagnóstico já estabelecido, tendo sido de dois meses a média de tempo entre a realização da biopsia e sua admissão no Hospital.

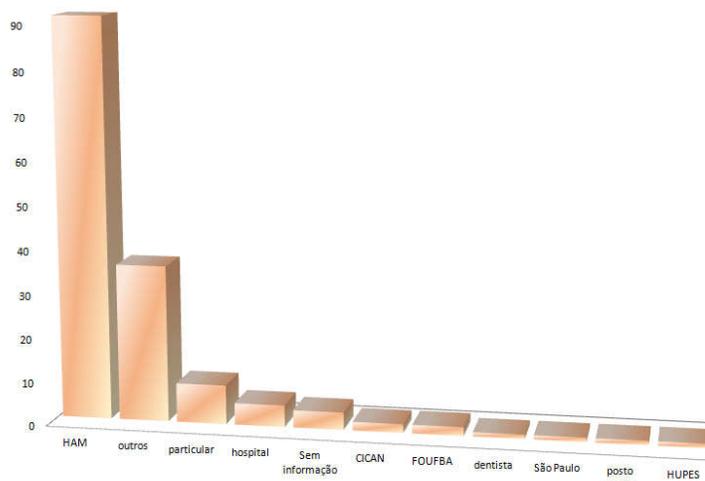


Figura 11 – Local de realização da biópsia nos pacientes, HAM, 2008-2015

Fonte: HAM, 2016.

Em face da excessiva demanda, o HAM tem priorizado, mais recentemente, a matrícula de pacientes que já possuem o diagnóstico de câncer firmado mediante exame anatomopatológico. Entretanto, sem se furtrar à ideologia do seu fundador, a instituição realiza, igualmente, a admissão de pacientes sem confirmação anatomopatológica, levando-se em consideração os achados anamnésicos e o exame clínico como ferramentas fortemente sugestivas de neoplasia maligna.

A classificação TNM é importante não só para avaliação prognóstica do paciente, como para definição da terapêutica a ser adotada. O tratamento a ser administrado deve ainda considerar, por exemplo, o tipo histológico da lesão, sua localização, idade e estado geral do assistido, adequando-o devidamente tanto ao diagnóstico quanto às características do seu quadro clínico, sendo, portanto, um tratamento individualizado.

Na dependência da localização, do tipo histológico e do estadiamento, a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia podem ser indicadas de forma exclusiva ou combinadas. O princípio terapêutico dessas modalidades é a erradicação das células neoplásicas malignas com o mínimo grau de morbidade aos tecidos sadios (MIYAMOTO et al., 2014; ANTUNES et al., 2004; PARISE JUNIOR et al., 2000; SBC, 1999).

As modalidades terapêuticas mais utilizadas nos casos de câncer de cabeça e pescoço são cirurgia e a radioterapia. O procedimento cirúrgico consiste na exérese

do tumor com o cuidado de assegurar a margem de segurança, daí ser bastante mutilante (MIYAMOTO et al., 2014; GÓES, 2007; PARISE JUNIOR et al., 2000).

Considerando-se esses aspectos, a abordagem terapêutica constatada no presente estudo no tocante ao período 2008-2015 revelou os seguintes percentuais: 55,2% para tratamento cirúrgico, 60,3% para tratamento radioterápico e 33% para tratamento quimioterápico.

Nos casos de terapia combinada, o tratamento instituído foi, em sua maioria, a radioterapia associada à cirurgia (37,5%), isto é, abordagens terapêuticas preconizadas para os tumores em estágio T3 e T4, os de maior ocorrência verificados nesta pesquisa, seguindo-se a combinação radioterapia e quimioterapia (33,6%) (FIGURA 12).

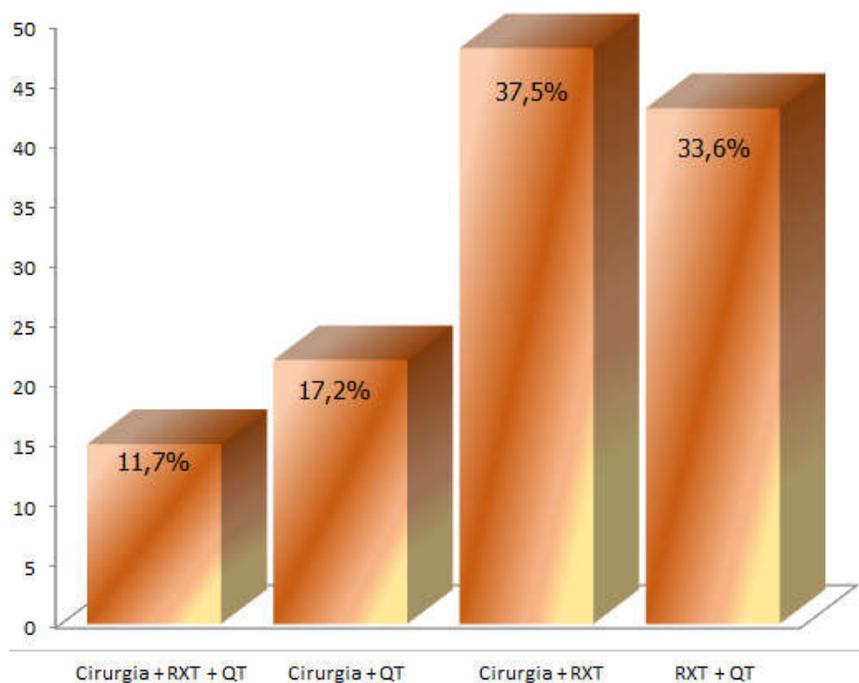


Figura 12 – Abordagens terapêuticas preconizadas para os pacientes, HAM, 2008-2015

Fonte: HAM, 2016.

Os dados supracitados são compatíveis com os achados do primeiro estudo (2000-2006), no qual, em 70% dos casos, o tratamento instituído foi também a combinação cirurgia e radioterapia.

Tradicionalmente, a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia são as modalidades terapêuticas preferidas para os tumores de cabeça e pescoço, seja de forma isolada ou combinada. Entretanto, a cirurgia e a radioterapia continuam sendo, nesses casos, os principais e mais eficazes métodos terapêuticos, associando-se, para tumores em estádios avançados, à radioterapia a quimioterapia sistêmica (MIYAMOTO et al., 2014; GÓES, 2007; CARDOSO et al., 2005; ANTUNES et al., 2004; CASTRO et al., 2002; MAGALHÃES; CANDIDO; ARAÚJO, 2002; RAPAPORT et al., 2001; PARISE JUNIOR et al., 2000). No Brasil, ao serem diagnosticados, os tumores geralmente encontram-se clinicamente no estadiamento T4, ou seja, em fase bastante avançada, já invadindo outras estruturas adjacentes (DOMINGOS; PASSALACQUA; OLIVEIRA, 2014; GÓES, 2007).

Mais uma vez, deve-se ressaltar que o tratamento geralmente é adequado às necessidades de cada caso em particular, tendo como meta os resultados esperados em termos de tempo e qualidade de sobrevivência, cumprindo, ainda, salientar que cada vez mais os pacientes têm participado da decisão terapêutica após os esclarecimentos de riscos e benefícios que cada uma das alternativas pode propiciar (RAPAPORT et al., 2001).

No trabalho em tela, dois pacientes assistidos no período 2008-2015 recusaram a terapia cirúrgica, e 20,12% (31) daqueles que procuraram o HAM já se encontravam em condições de prognóstico reservado. Outro grupo de pacientes foi submetido a tratamentos paliativos, sem possibilidade de remissão da doença (18,18%/28), totalizando 38,30% de indivíduos sem condições de receberem tratamento adequado. Além disso, 12 apresentaram recidiva, 17 não retornaram ao Hospital, seis se recusaram ao tratamento, três assumiram a interrupção, quatro tiveram o tratamento suspenso por complicações sistêmicas, dois solicitaram transferência para outro hospital e a dois deles foi concedida alta a pedido da família para morte domiciliar.

Fatos similares ocorreram no estudo anteriormente realizado (amostra 2000-2006), uma vez que 35 pacientes (20,47%) procuraram o HAM fora de qualquer possibilidade terapêutica, e 34 (19,88%) foram submetidos a tratamentos paliativos, portanto, sem possibilidade de remissão da doença, tendo-se alcançado o percentual de 40,35% de pacientes sem condições de tratamento adequado. Cinco pacientes se

recusaram ao tratamento, dois interromperam, 25 não retornaram ao Hospital, dois tiveram o tratamento suspenso por complicações sistêmicas, três solicitaram transferência para outro hospital e um teve alta a pedido da família para morte domiciliar.

A análise desses valores revela que a gravidade do quadro constatado guarda, em sua maioria, íntima relação de semelhança entre os dois períodos em confronto.

Apesar da proporção significativa de casos sem possibilidade terapêutica, de acordo com os princípios éticos, independentemente de credo, raça, nível de escolaridade, nível socioeconômico, o paciente — quando mentalmente capaz — ou sua família — nos casos em que já não tenha condições de decidir ou já tenha manifestado desejo anteriormente — devem estar cientes das possibilidades terapêuticas e seus efeitos adversos, tendo, dessa forma, o poder de decisão por não iniciar ou por não manter o tratamento proposto.

Esse aspecto é colocado por Rapaport e outros (2001) no Projeto Diretrizes — leia-se, Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço —, ao salientarem a importância cada vez maior do paciente na decisão terapêutica, depois de esclarecido sobre os riscos e benefícios de cada uma das alternativas de tratamento. Na área oncológica, além do relacionamento médico/paciente, peculiar e delicado, existem os ditames éticos e bioéticos que não podem nem devem ser negligenciados.

No presente estudo que engloba os períodos de 2008 a 2015 e de 2000 a 2006 abordou-se o uso de tabaco, de álcool e a qualidade da higiene bucal dos participantes da pesquisa, como consta nas Tabelas 10 e 11.

Os hábitos de vida são condições que mantêm forte associação com os fatores de risco para o câncer de boca e de orofaringe, como se pode verificar nos dados coletados para o período de 2008 a 2015 (TABELA 10). Com relação ao uso do tabaco e/ou do álcool, produtos considerados universalmente como fatores de risco específicos para o câncer de boca e orofaringe, constatou-se seu intenso uso, com os percentuais de 65,59% para o primeiro e de 61,04% para o segundo. Além do tabagismo e do etilismo, destaca-se a precariedade da higiene bucal detectada em 94% dos pacientes.

Tabela 10 – Tabagismo e etilismo referidos pelos pacientes e higiene bucal avaliada, HAM, 2008-2015

Variável	n	%
Tabagismo		
Não	32	18,71
Sim	114	66,67
Sem informação	25	14,62
Etilismo		
Não	51	29,82
Sim	90	52,63
Sem informação	30	17,54
Higiene bucal		
Satisfatória	3	1,75
Regular	3	1,75
Ruim	17	9,94
Sem informação	148	86,56

Fonte: HAM, 2016.

No estudo sobre o período 2000-2006, a variável higiene bucal foi aparentemente reconhecida com razoável, todavia o percentual de 94% detectado para o período 2008-2015 autorizaria a supor que situação semelhante pudesse, provavelmente, ter sido registrada, se essa informação tivesse sido anotada regularmente nos prontuários, uma vez que ficou constatado para o grupo o percentual de 86,56% de dados perdidos (TABELA 11).

Tabela 11 - Tabagismo e etilismo referidos pelos pacientes e higiene bucal avaliada, HAM, 2000-2006

Variável	n	%
Tabagismo		
Não	32	18,71
Sim	114	66,67
Sem informação	25	14,62
Etilismo		
Não	51	29,82
Sim	90	52,63
Sem informação	30	17,54
Higiene bucal		
Satisfatória	3	1,75
Regular	3	1,75
Ruim	17	9,94
Sem informação	148	86,56

Fonte: HAM, 2008.

Avaliado o tempo de consumo do tabaco pela população do período 2008-2015, destaca-se o fato de uma parcela relevante ter referido seu uso durante 40 a 50 anos seguidos. A Figura 13 explicita o tempo de uso por essa população. No período compreendido entre 2000 e 2006, 66,67% dos assistidos eram fumantes e 39,18% deles referiu seu uso há mais de 20 anos.

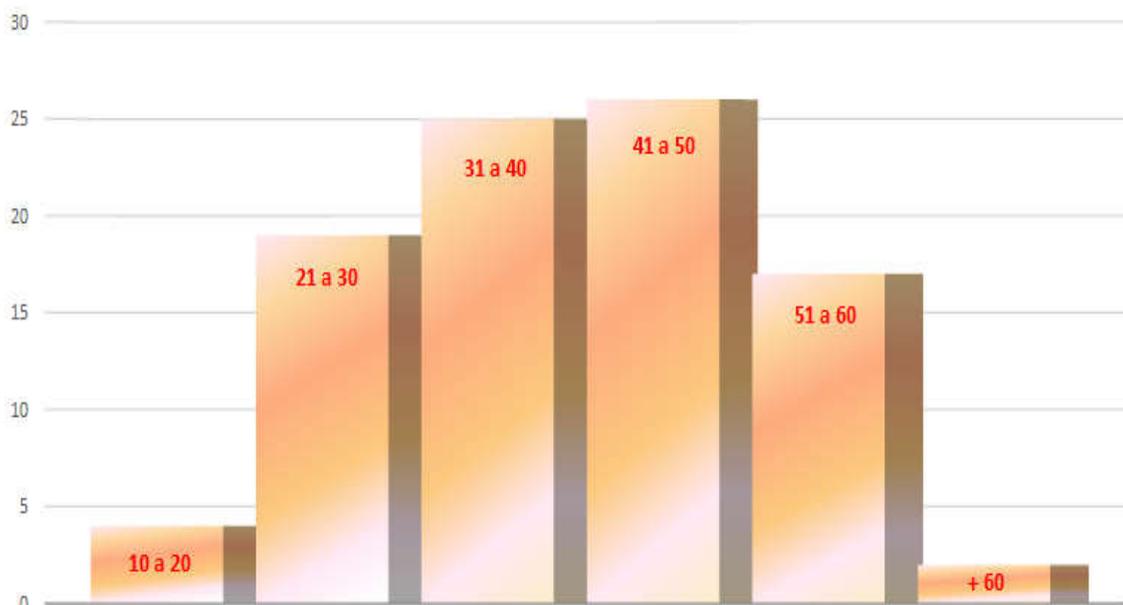


Figura 13 – Tempo de uso do tabaco (anos) referido pelos pacientes HAM, 2008-2015

Fonte: HAM, 2016.

Considerando-se, ainda, o tabagismo, chamam a atenção os registros da idade de início do seu uso, que variou entre 6 e mais de 30 anos na amostra 2008-2015. Cabe destacar a faixa etária inicial, situada entre 6 a 10 anos, referida por 13 pacientes (16,9%), seguida da situada entre 11 e 19 anos (38 pacientes/49,34%). Esses achados ressaltam o início do hábito de fumar na primeira infância e na adolescência, o que, geralmente, configuraria o hábito como irreversível (FIGURA 14).

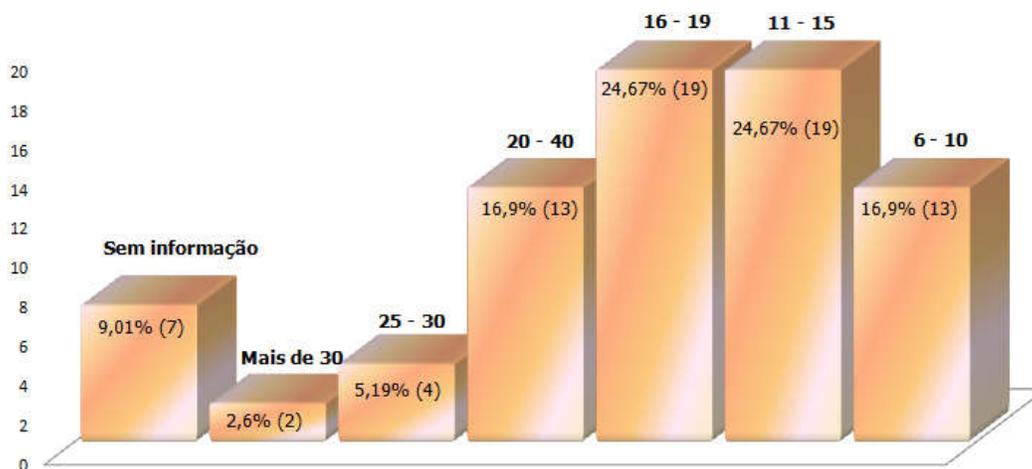


Figura 14 – Tempo de uso do tabaco (anos) referido pelos pacientes HAM, 2000- 2006

Fonte: HAM, 2008.

Existe uma grande variedade de derivados do tabaco usada de diferentes formas, seja fumado ou inalado (a exemplo do cigarro, cachimbo ou cigarro de palha), aspirado (rapé), e mascado (fumo-de-roló). Todas as formas são absorvidas pela mucosa bucal contêm nicotina, causam vício e dependência. Conforme Torres (2012), a forma de uso do tabaco está relacionada com o tipo e a localização da lesão cancerígena.

O consumo médio diário referido por 17 indivíduos assistidos no período 2008-2015 foi de 11 a 20 unidades, ao passo que o menor consumo, equivalente a 10, foi citado por 19. Cabe colocar em evidência a menção ao uso de diferentes formas de tabaco por parte de parcela da amostra estudada, o que se expressa na Figura 15, em que se observa o destaque para o cigarro (aproximadamente 40%), variedade mais consumida.

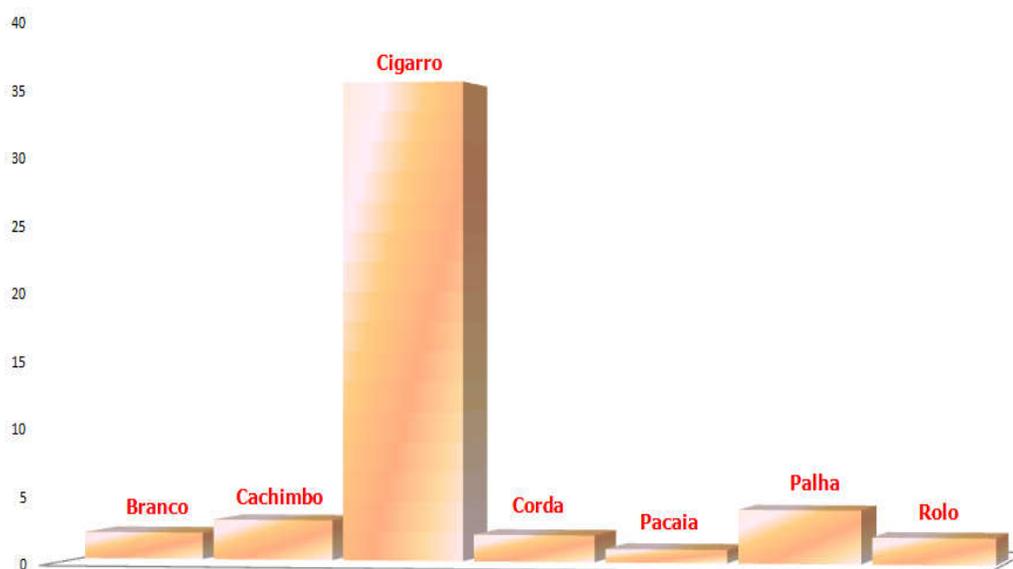


Figura 15 – Tipos de tabaco usados pelos pacientes, HAM, 2008-2015
Fonte: HAM, 2016.

De acordo com as informações registradas na literatura, o tabaco é a maior causa de câncer prevenível no mundo, sendo responsável por cerca de 30% de todos os óbitos por câncer em países em desenvolvimento, se se incluem o câncer de orofaringe e o de estômago (INCA, 2016; TORRES-PEREIRA et al., 2012; ROSEMBERG, 2004).

A análise dos dados relativos ao consumo de álcool revelou seu uso por 94 dos pacientes integrantes da amostra 2008-2015, ou seja, por 61,04% dessa população. A idade de início desse hábito variou entre 9 e 34 anos. Chama a atenção o fato de 63 pacientes terem referido o início do uso de álcool entre 9 e 19 anos de idade, ou seja, na primeira infância e na adolescência, o que corresponde ao percentual de 40,9%, assim como o percentual de 67% para os que referiram o uso habitual do etilismo (FIGURA 16).

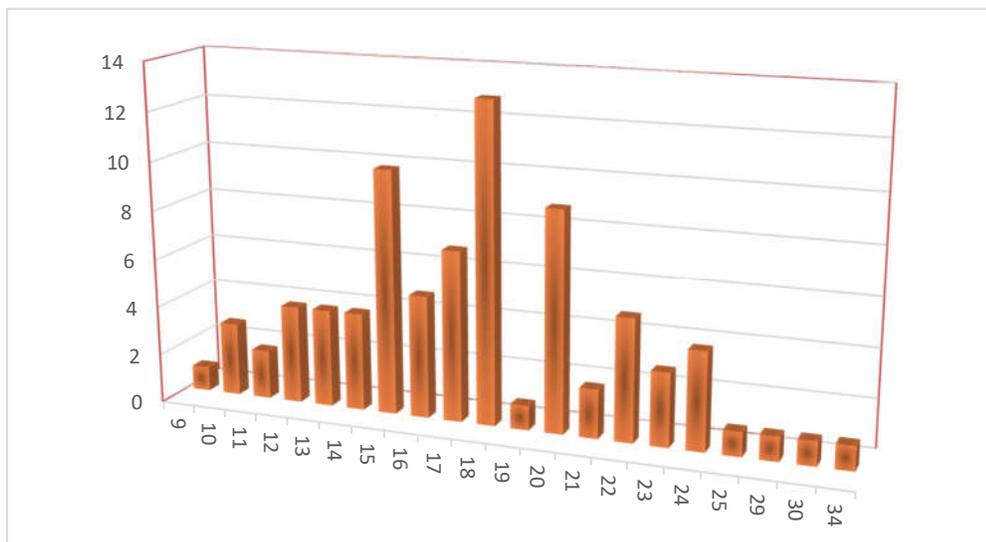


Figura 16 – Idade de início do uso do álcool referida pelos pacientes, HAM, 2008-2015
 Fonte: HAM, 2016.

Nos registros dos prontuários referentes ao período 2008-2015, predominou o uso de bebidas destiladas (cachaça) ingeridas em altas doses (0,5 litros ao dia por 12 pacientes), realidade essa que vai ao encontro de dados vivenciados no período-2000-2006.

O álcool é reconhecidamente um fator de risco relacionado com o câncer bucal, além de outros como os de faringe, esôfago, fígado e o de mama nas mulheres, mas não existem, até o momento, registros relacionados ou que determinem o exato mecanismo de sua ação carcinogênica. Evidências sugerem que seu efeito é modulado por polimorfismos genéticos que alteram o metabolismo do etanol, do folato e da reparação do DNA (TORRES-PEREIRA, 2012). Considerando-se, assim, esses elementos, é razoável concluir-se que o álcool sozinho não pode ser associado à fase iniciadora da carcinogênese bucal, mas acredita-se que ele possa promovê-la, ao potencializar os efeitos carcinógenos do tabaco (BONFANTE, 2014). Enfim, o álcool é considerado um agente promotor do câncer.

Vários estudos têm ressaltado que o álcool e o tabaco são reconhecidos mundialmente como os mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do carcinoma escamolecular da cavidade bucal e orofaringe e têm apontado seu efeito sinérgico (INCA, 2008; FAVERO et al., 2007; CARVALHO et al., 2001).

No presente trabalho, em relação à população que constituiu a amostra referente ao período 2008 a 2015, examinou-se a relação entre o uso de bebida alcóolica e o tamanho dos tumores, a presença de nódulos e de metástases.

Como mostra a Tabela 12, 29 pacientes (82,86%) que eram etilistas possuíam um tumor com dimensão classificada em T4; por outro lado, apenas 6 (17,14%) dos que não faziam uso de álcool apresentaram tumores que receberam essa classificação. Essa diferença entre os dois grupos foi estatisticamente significativa ($p=0,089$).

Tabela 12 – Associação entre o uso de álcool pelos pacientes e o tamanho do tumor, HAM, 2008-2015

TMN	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
1	15	48,39	16	51,61	31	100
2	13	40,63	19	59,38	32	100
3	18	41,86	25	58,14	43	100
4	6	17,14	29	82,86	35	100
Total	52	36,88	89	63,12	141	100

Fonte: HAM, 2016.

Pearson Chi-Square = 8,271; DF = 3; P-Value = 0,041

Likelihood Ratio Chi-Square = 8,935; DF = 3; P-Value = 0,030

Cabe salientar que foi bastante intensa a relação entre o uso do álcool e a presença de nódulos ($p<0,00$), com diferenças superiores a 70% entre o maior consumo dessa substância e a presença de nódulos ($p<0,00$), conforme dados registrados na Tabela 13.

Tabela 13 – Associação entre o uso de álcool pelos pacientes e a presença de nódulos, HAM, 2008-2015

Grau	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
0	51	47,22	57	52,78	108	100
1	1	5,56	17	94,44	18	100
2	1	16,67	5	83,33	6	100
3	2	25,00	6	75,00	8	100
Total	55	39,29	85	60,71	140	100

Fonte: HAM, 2016.

Pearson Chi-Square = 13,409; DF = 3; P-Value = 0,004

Likelihood Ratio Chi-Square = 16,088; DF = 3; P-Value = 0,001

A associação ao álcool foi, no entanto, menos significativa quanto à ocorrência de metástases (Tabela 14), em função do menor número de casos encontrados nessa condição (6 / 75%).

Tabela 14 – Associação entre o uso de álcool pelos pacientes e a ocorrência de metástases, HAM, 2008-2015

Grau	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
0	54	40,60	79	59,40	133	100
1	2	25,00	6	75,00	8	100
Total	56	39,72	85	60,28	141	100

Fonte: HAM, 2016.

Pearson Chi-Square = 6,517; DF = 3; P-Value = 0,089

Likelihood Ratio Chi-Square = 7,041; DF = 3; P-Value = 0,071

No presente estudo, foi também avaliada a possibilidade de correlações semelhantes entre os carcinomas e o tabaco, contudo os resultados obtidos não demonstraram significância.

Os achados relacionados com o álcool surpreendem pelo seu valor significativo e podem ser atribuídos a algumas particularidades. Por exemplo, dos 101 indivíduos (65,59%) que informaram ter o hábito de fumar, 34 (33,66%) referiram uso de cigarro industrializado, cuja produção atende à regulamentação institucionalizada, com inspeções e autorização de comercialização.

Mais recentemente, o cigarro tem sido reconhecido com maior intensidade como um agente carcinogênico, e vem sendo firmado o seu potencial extremamente danoso à saúde do usuário, sendo seus malefícios admitidos e estendidos aos fumantes passivos, a partir do que foram criadas diversas formas de coibir o seu uso, particularmente em espaços públicos.

No entanto, com relação ao álcool, observa-se uma situação atenuada, sendo esse hábito bastante difundido e aceito nos meios de convivência social com extremo conformismo. Considerando-se os indivíduos assistidos no HAM no período 2008-2015, ressalta-se que dos 94 indivíduos (61,04%) que referiram o hábito de beber, 32 (20,77%) acusaram uso de destilados ou cachaça, sendo 109 dessas bebidas procedentes de zonas rurais.

A importância em analisar esses elementos diz respeito à possível inexistência ou fraca fiscalização quanto à fabricação e comercialização de bebidas alcoólicas destiladas. Sabe-se que, principalmente na zona rural, muitos desses destilados são feitos em alambiques particulares e comercializados sem qualquer tipo de fiscalização, ou seja, na sua composição podem ser incluídos diversos produtos cujo potencial danoso ao organismo é desconhecido.

Corroborando esse fato, cabe mencionar o estudo coordenado por Carlini (2012) e desenvolvido pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), contando com o apoio do International Center for Alcohol Policies (ICAP), pesquisa de que participaram, além do Brasil, os seguintes países: Rússia, China, Índia, México e Sri Lanka. Em relação ao Brasil, esse estudo analisou amostras de bebidas — cachaças, uísques falsificados e licores artesanais — produzidas de forma clandestina em sete municípios de São Paulo e Minas Gerais. Os resultados apontaram a presença de substâncias tóxicas, tais como o cobre — metal que traz sérios prejuízos à absorção

de outros minerais — e o carbamato de etila — um agente cancerígeno —, tendo-se registrado, ainda, a presença de metanol, ou seja, um tipo de álcool extremamente tóxico, cuja ingestão pode causar cegueira e, até mesmo, levar a óbito.

Sabe-se que o metabolismo do álcool aumenta a produção de radicais livres e diminui os mecanismos antioxidantes, causando o estresse oxidativo. Com base em expressiva revisão da literatura, ressaltou-se que o polimorfismo genético das enzimas de degradação do álcool pode ser responsável pela diferença na sensibilidade individual e que determinadas isoformas dessas enzimas permitem o acúmulo de metabólitos tóxicos como o acetadeído, substância que pode causar dano ao DNA ou a outras estruturas celulares (CARRARD et al., 2008).

Diversos mecanismos advindos da ingestão do álcool podem vir a atuar na mucosa oral. Todavia, não estão adequadamente esclarecidos pela literatura científica quais seriam os mais importantes no que diz respeito à carcinogênese em boca. Ademais ainda não está claro até que ponto o álcool isoladamente pode ser responsável pelo desenvolvimento dessa patologia, o que sugere a necessidade de mais estudos para esclarecer tais mecanismos, especialmente em relação ao polimorfismo genético das enzimas de degradação e ao papel do estresse oxidativo.

Analisando-se em conjunto os dados referentes ao tabagismo e ao etilismo da população investigada no período 2008-2015, da qual 74 pacientes (53,24%) faziam uso cumulativo de tabaco e de álcool, constatou-se a importância desse sinergismo ao ser examinada sua associação com a classificação dos tumores pelo sistema TNM.

Em relação ao tamanho dos tumores, comprovou-se que 19 (45,24%) dos pacientes que estavam nesse caso apresentaram tumor classificado como T3 e 26 (74,29%) exibiram tumor em estágio T4, como consta na Tabela 15.

Tabela 15 – Associação entre o uso de álcool e de tabaco pelos pacientes e o tamanho do tumor, HAM, 2008-2015

Grau	Não uso de álcool e de tabaco		Uso de álcool ou de tabaco		Uso de álcool e de tabaco		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	10	33,33	6	20,00	14	46,67	30	100
2	10	31,25	7	21,88	15	46,88	32	100
3	10	23,81	13	30,95	19	45,24	42	100
4	3	8,57	6	17,14	26	74,29	35	100
Total	33	23,74	32	23,02	74	53,24	139	100

Fonte: HAM, 2016.

Pearson Chi-Square = 11,029; DF = 6; P-Value = 0,04

Likelihood Ratio Chi-Square = 11,613; DF = 6; P-Value = 0,04

O sinergismo entre o álcool e o fumo mostrou também sua significância na presença de nódulos, tendo-se observado que a 75% dos pacientes que fumaram e beberam atribuiu-se a classificação N3 ($p=0,13$), conforme está demonstrado na Tabela 16.

Tabela 16 – Associação entre o uso de álcool e de tabaco pelos pacientes e a presença de nódulos, HAM, 2008-2015

Grau	Não uso de álcool e de tabaco		Uso de álcool ou de tabaco		Uso de álcool e de tabaco		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	32	30,19	27	25,47	47	44,34	106	100
1	0	-	5	27,78	13	72,22	18	100
2	1	16,67	1	16,67	4	66,67	6	100
3	1	12,50	1	12,50	6	75,00	8	100
Total	34	24,64	34	24,64	70	50,72	138	100

Fonte: HAM, 2016.

Pearson Chi-Square = 10,851; DF = 6; P-Value = 0,013

Likelihood Ratio Chi-Square = 15,144; DF = 6; P-Value = 0,019

Da análise dos dados depreendeu-se ainda a presença de metástases em pacientes que acumularam ambos os hábitos, registrando-se o percentual de 62,5% ($p=0,03$), como explicita a Tabela 17.

Tabela 17 – Associação entre o uso de álcool e de tabaco pelos pacientes e a ocorrência de metástases, HAM, 2008-2015

Grau	Não uso de álcool e de tabaco		Uso de álcool ou de tabaco		Uso de álcool e de tabaco		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	34	25,95	30	22,90	67	51,15	131	100
1	0	-	3	37,00	5	62,50	8	100
Total	34	24,46	33	23,74	72	51,80	139	100

Fonte: HAM, 2016.

Pearson Chi-Square = 2,941; DF = 2; P-Value = 0,030

Likelihood Ratio Chi-Square = 4,788; DF = 2; P-Value = 0,091

Esse achado relevante certamente poderá ser reafirmado a partir da inclusão progressiva de prontuários que registrem a detecção do câncer de boca e orofaringe. O alcance dessa meta seguramente poderá encontrar relatos de metástases e das respectivas possíveis associações com os hábitos discutidos no presente estudo. Acrescente-se o fato de este trabalho estar registrando o estadiamento da avaliação clínica (TNM) dos pacientes ingressos no HAM.

Os dados que constituem este estudo indicam ser extremamente consistente a associação entre o uso “pesado” de álcool e fumo e o tamanho dos tumores diagnosticados. Os padrões de interação entre o tabaco e o álcool têm sido variados, sendo representados por efeitos multiplicativos ou aditivos entre ambos, notando-se a presença de efeito multiplicativo do risco quando da associação de ambos. As análises sugerem que fumantes “pesados” são também etilistas “pesados”, sendo as avaliações dos efeitos isolados, por vezes, inconsistentes (LEITE; KOIFMAN, 1988).

Miller, Henry e Rayens (2003) enfatizaram a importância da participação simultânea do tabaco e do álcool no desenvolvimento do câncer bucal, ao constatar os percentuais de 92,2% de fumantes e 81,2% de etilistas entre os indivíduos que

compuseram a amostra analisada. O efeito do uso simultâneo do álcool e do tabaco pode aumentar em até 100 vezes o risco de se desenvolver um câncer bucal (BONFANTE, 2014). O estudo de Santos e outros (2015) também enfatiza o consumo de álcool e tabaco associado ao prognóstico do câncer bucal, ressaltando que quanto maior o seu consumo, piores são as condições da doença.

A investigação permanente do câncer de boca e orofaringe, inclusive com a abordagem cirúrgica, estará próxima do patamar vivenciado por Das e Nagpal e outros (2002) que relatam em seus estudos a ocorrência de metástase cervical oculta em 10% a 26% dos pacientes avaliados.

É com clareza que se vislumbra a necessidade de estudos epidemiológicos no sentido de serem identificados grupos de risco, envolvendo, principalmente, indivíduos jovens sem vícios, para que as políticas de saúde possam ser adotadas, visando não somente à prevenção do câncer de boca e orofaringe, como também à determinação de seu diagnóstico precoce.

Com base nas discussões realizadas até então, é essencial a criação de programas de prevenção de câncer de boca mediante, inclusive, a promoção de cursos de atualização regulares direcionados aos cirurgiões-dentistas. Paralelamente, é importante a realização de campanhas ou atividades realizadas pelos setores públicos e privados que esclareçam à população sobre o câncer de boca, facilitando a identificação dos fatores de risco da doença, o reconhecimento de sinais e sintomas mais comuns e o estímulo à realização do autoexame.

Por fim, alcançar essa meta contribuirá, certamente, para a diminuição dos índices de câncer de boca. Entende-se, contudo, que será necessário empreender um esforço conjugado e sincronizado entre os setores públicos e privados, assim como entre os profissionais e pesquisadores envolvidos com a prevenção e a promoção da saúde.

7 CONCLUSÃO

De acordo com a metodologia empregada e com fundamento nos achados do presente estudo que trata do diagnóstico e da terapia do câncer de boca sob os cuidados do Hospital Aristides Maltez, unidade de referência no Estado da Bahia, pode-se concluir que nos dois períodos avaliados:

- O perfil epidemiológico dos pacientes ingressos nesse Hospital vem se mantendo inalterado.
- A prevalência de pacientes portadores de câncer bucal recaiu para o sexo masculino, caracterizando essa população a baixa escolaridade, a precária higiene bucal e a atividade laboral rural.
- O carcinoma espinocelular foi a forma histológica mais frequente e o sítio principal de sua localização foi a língua.
- O estadiamento das lesões diagnosticadas revelou a primazia dos tamanhos de tumores T3 e T4.
- As opções terapêuticas utilizadas seguiram os procedimentos e os protocolos estabelecidos no HAM, isto é, cirurgia, radioterapia, e quimioterapia, na forma isolada ou combinada.
- Os hábitos de vida, o uso de fumo e a ingestão de álcool foram recorrentes nas duas etapas do estudo.
- Constatou-se a restrita participação do cirurgião-dentista no diagnóstico da doença e no encaminhamento dos pacientes ao HAM.

No período do estudo compreendido entre 2008 e 2015:

- Constatou-se uma forte significância entre o uso do álcool e os tumores com estadiamento T3/T4, assim como a presença de nódulose de metástase.
- Observou-se que o uso cumulativo de álcool e tabaco demonstrou forte associação e possível ação carcinogênica indutora.

REFERÊNCIAS

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.**, São Paulo, v. 69, n. 4, p. 472-478, jul./ago. 2003.

ANDREOTTI, M. et al. Ocupação e câncer da cavidade bucal e orofaringe. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 543-552, 2006.

ANTUNES, H. S. et al. Como o cirurgião-dentista deve atender o paciente oncológico? **RBE**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 30-38, 2004.

ANTUNES, J. L. F. et al. Trends and spatial distribution of bucal cancer mortality in São Paulo, Brazil, 1980-1998. **Oral oncol.**, Oxford, v. 37, n. 4, p. 345-350, 2001.

ANTUNES, R. **Prevenção do câncer**. 2. ed. São Paulo: Manóel, 2015.

BAGAN, J. V.; SCULLY, C. Recent advances in bucal oncology 2007: epidemiology, aetiopathogenesis, diagnosis and prognostication. **Oral oncol.**, Oxford, v. 44, n. 2, p. 103-108, Feb. 2008.

BIAZEVIC, M. G. H. et al. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2105-2114, Oct. 2006.

BONFANTE, G. M. da S. et al. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 983-997, maio 2014.

BORGES, D. M. de et al. Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil, Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 321-327, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer Pro-Onco. **Câncer de boca**: manual de detecção de lesões suspeitas. Rio de Janeiro, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466/2012. Aprova diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 10 out. 2012.

CANTO, M. T.; DEVESA, S. S. Bucal cavity and pharynx cancer incidence rates in the United States, 1975-1998. **Oral oncol.**, Oxford, n. 38, p. 610-617, 2002.

CASTRO, R. F. M. et al. Atenção odontológica aos pacientes oncológicos antes, durante e depois do tratamento antineoplásico. **Rev. odontol. UNICID**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 63-74, jun./abr. 2002.

- CARDOSO, M. F. A. et al. Prevenção e controle das sequelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. **Radiol. bras.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p.107-115, abr. 2005.
- CARVALHO, M. B. et al. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermoide de cavidade bucal no sexo feminino. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 208-214, 2001.
- CARL, W.; SAKO, K. **Câncer and the oral cavity**. Chicago: Quintessence Books, 1986.
- CARLINI, E. **Bebidas alcoólicas clandestinas podem conter substâncias tóxicas**. Agência Brasil, 2012. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-10-30/bebidas-alcoolicas-clandestinas-podem-conter-substancias-toxicas-aponta-estudo-da-unifesp>>. Acesso em: 17 nov. 2016.
- CARRARD, V. C. et al. Álcool e câncer bucal: considerações sobre os mecanismos relacionados. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 49-56, 2008.
- CERVI, A.; HERMSDORFF, H. H. M.; RIBEIRO, R. de C. L. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 407-418, 2005.
- CHERUBINI, K. et al. Neoplasias malignas: estudo epidemiológico. **Rev. odonto ciênc.**, Porto Alegre, n. 11, p. 61-77, 1991.
- COLOMBO, J.; RAHAL, P. Alterações genéticas em câncer de cabeça e pescoço. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 165-174, 2009.
- DAS, B. R.; NAGPAL, J. K. Understanding the biology of oral cancer. **Med. sci. monit.**, Warsaw, v. 8, n. 11, p. RA258-267, 2002.
- DEDIVITIS, R. A. et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Rev. bras. otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 70, n. 1, p. 35-40, jan./fev. 2004.
- DOMINGOS, P. A. dos S.; PASSALACQUA, M. L. da C.; OLIVEIRA, A. L. B M. de. Câncer bucal: um problema de saúde pública. **Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo** (Online), São Paulo, v. 26, n. 1, p. 46-52, jan./abr. 2014.
- FAVERO, E. et al. Cabeça e pescoço. **Rev. bras. cir.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 155-158, jul./set. 2007.
- FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 930-935, 2005.

- FERREIRA, M. A. F. et al. Desigualdade social no adoecimento e morte por câncer de boca e orofaríngeo no município de São Paulo, Brasil: 1997 a 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1663-1673, Sept. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900006>.
- FREITAS, V. Entrevista concedida. **RBPO**, Natal, v. 4, n. 3, jul./ set. 2005.
- GALBIATTI, A. L. S. et al. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 79, n. 2, p. 239-247, Apr. 2013.
- GEGLER, A. et al. Bisfosfonatos e osteonecrose maxilar: revisão da literatura e relato de dois casos. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 25-31, 2006.
- GÓES, C. **Perfil epidemiológico do paciente com câncer de cabeça e pescoço atendido no setor de odontologia do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006**. 2007. 80 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2007.
- HOSPITAL Aristides Maltez (HAM). Disponível em: <<http://www.lbcc.org.br>>. Acesso em: 15 jun. 2016.
- HOPPE-SEYLER, H. F.; HOPPE-SEYLER, K. Emerging topics in human tumor virology. **Int. j. cancer**, New York, v. 129, n. 6, p. 1289-1299, Sept. 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2014. Disponível em: <http://ftp.ibge.gov.br/Tabuas...de_Mortalidade/>. Acesso em: 15 jul. 2016.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Controle do câncer**: uma proposta de interação ensino e serviço. 2. ed. Rio de Janeiro:INCA, 1993.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Situação do câncer no Brasil. In: _____ **Fisiopatologia do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: <www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap2>. Acesso em: 15 jun. 2016. cap. 2, 29 p.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). 2008. Disponível em: <<http://www.inca.org.br>>. Acesso em: 12 fev. 2008.
- KLIGERMAN, J. O câncer como um indicador de saúde no Brasil. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, jul./set.1999.

KOIFMAN, S.; KOIFMAN, R. J. Environment and cancer in Brazil: an overview from a public health perspective. **Mutat. res.**, Amsterdam, v. 544, p. 305-301, 2003.

LEAL, K. L.; AMARAL, M. T. R.; OLIVEIRA, M. C. Levantamento epidemiológico de lesões orais potencialmente malignas em um centro de referência na Bahia. **Rev. ciênc. méd. biol.**, Salvador, BA, v. 13, n. 2, p. 193-204, 2014.

LE CAMPION, A. C. O. V. et al. Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. **Cad. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 7 p., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016005005101&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600020004>.

LEITE, I.C.G.; KOIFMAN, S. Revisão dos fatores de risco para o câncer de boca e faringe. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 317-325, 1988.

LETO, M. G. P. et al. Human papillomavirus infection: etiopathogenesis, molecular biology and clinical manifestations. **An. bras. dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 2, p. 306-317, 2011.

LIEWELLYN, C. D.; JOHNSON, N. W.; WARNAKULASURIYA, K. A. A. S. Risk factors for squamous cell carcinoma of the bucal cavity in young people – a comprehensive literature review. **Oral oncol.**, Oxford, v. 37, n. 5, p. 401-418, July 2001.

LINE, S. et al. Alterações gênicas e o desenvolvimento do câncer bucal. **Rev. APCD**, Araçatuba, v. 49, n. 1, p. 51-56, jan./fev. 1995.

LOCKHART, P. B.; NORRIS JUNIOR, C.; PULLIAM, C. Dental factors in the genesis of squamous cell carcinoma of bucal cavity. **Oral oncol.**, Oxford, v. 34, n. 2, p. 133-139, 1998.

LOPES, I. et al. Osteonecrose da mandíbula associada ao uso de bifosfonatos: uma patologia secundária grave. **Arq. med.**, Porto, v. 23, n. 5, p. 181-185, 2009.

LOURO, I. D. et. al. **Genética molecular do câncer**. São Paulo: MSG, 2000. ISBN 85-88092-01-08.

LUNN, R. Bucal management of the cancer patient. **PROBE**, London, v. 31, n. 4, p. 137-141, July/Aug. 1997.

MACKENZIE, J. et al. Increasing incidence of bucal cancer amongst young persons: what is the aetiology? **Oral oncol.**, Oxford, v. 36, n. 4, p. 387-389, July 2000.

MAGALHÃES, M. H. C.; CANDIDO A. P.; ARAÚJO, N. S. de. Sequelas bucais do tratamento radioterápico em cabeça e pescoço: protocolo de prevenção e tratamento. **RPG rev. pós-grad.**, São Paulo, v. 9, n.1, p. 7-11, jan./ mar. 2002.

MANOHARAN, S.; NAGARAJA, V.; ESLICK, G. D. Ill-fitting dentures and bucal cancer: a meta-analysis. **Oral oncol.**, Oxford, v. 50, n. 11, p. 1058-1061, 2014.

MARTINS, J. D. et al . Determinantes sociais de saúde e a ocorrência de câncer bucal: uma revisão sistemática de literatura. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 16, n. 5, p. 786-798, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2016.

MENDONÇA, G. A. S. et. al. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 227-234, 2005.

MILLER, C. S.; HENRY, R. G.; RAYENS, M. K. Disparities in risk of and survival from oropharyngeal squamous cell carcinoma. **Oral surg. oral med. oral pathol. oral radiol. endod.**, St. Louis, v. 95, n. 5, p. 570-575, May 2003.

MIYAMOTO, K. N. et al. Tratamento do carcinoma epidermoide de orofaringe com quimioterapia e radioterapia. **Rev. bras. cir. cabeça pescoço**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 1-5, jan./mar. 2014.

MONTENEGRO, L. de A. S.; VELOSO, H. H. P.; CUNHA, P. Â. S. M. de A. Papiloma vírus humano como fator carcinogênico e co-carcinogenico do câncer oral e da orofaringe. **Rev. odontol. bras. central**, Goiânia, v. 23, n. 67, p. 217-225, 2014.

NEVILLE, B. W. **Patologia bucal e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

OLIVEIRA, J. A.; FARIAS, S. L. **Câncer**. São Paulo: Contexto, 1997.

OLIVEIRA, M. O.; CAMPANOGARA, S.; GALETTO, M. M.; Osteorradiocrecrose: uma revisão bibliográfica. **Revista Dentística on line**, Rio Grande do Sul, ano 3, n. 8, p. 82-87, jul./dez. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de saúde 2008. Cuidados de saúde primários. Agora mais que nunca**. Brasília: OMS, 2008.

ONOFRE, M. A. et al. Prevalência de câncer bucal. **RGO**, Porto Alegre, n. 45, p. 101-104, mar./abr.1997.

PARISE JUNIOR, O. et al. **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier, 2000. ISBN 85-7378-106-8.

QUEIROZ, C. **Validade e confiabilidade das declarações de óbito por câncer de boca no Município do Rio de Janeiro**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

RAMPINI, M. et. al. Utilização da laserterapia de baixa potência para prevenção de mucosite bucal: revisão de literatura. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 55, n.1, p. 59-68, 2009.

RAPOPORT, A. **Câncer de boca**. São Paulo: Pancast, 1997. p. 76-93.

RAPOPORT, A. et al. Conselho Federal de Medicina. **Projeto diretrizes médicas**. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, 2001. p. 83-95.

REIS, S. et al. Fatores de risco do câncer da cavidade bucal e da orofaringe. I. Fumo, álcool e outros determinantes. **RPG rev. pós-grad.**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 127-132, abr./jun. 1997.

RIBEIRO, K. C. B. **Câncer**: a doença da ignorância ou a ignorância da doença? Hospital do Câncer. São Paulo: Ensaios 2005. Disponível em: <www.hcanc.org.br/outrasinfs/ensaios/ignor1.html>. Acesso em: 15 maio 2015.

ROCHA-BUELVAS, A.; AGUDELO, A. A. Gradiente social, envejecimiento y diagnóstico tardío del cáncer oral. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, Medellín, v. 29, n. 3, p. 320-328, Sept. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2011000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 July 2016.

ROSEMBERG, J. **Nicotina**: droga universal. São Paulo: SESC/CVE, 2004.

SANTOS, L. P. de S. et al. Características de casos de câncer bucal no estado da Bahia, 1999-2012: um estudo de base hospitalar. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p. 7-14, 2015.

SARAVANAN, S.; GANESH, R.; JOHN, J. Socio demographic profile of bucal cancer patients residing in Tamil Nadu - a hospital based study. **Indian j. cancer**, Bombay, v. 50, n. 1, p. 9-13, Jan./Mar. 2013. DOI: 10.4103/0019-509X.112270.

SILVA, C. M. G. **Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de boca e orofaringe atendidos no Hospital Aristides Maltez no período entre 2000 e 2006**. 2008. 80f. Dissertação (Mestrado em Clínicas Odontológicas) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2008.

SILVA, C. M. G. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de boca e orofaringe atendidos no Hospital Aristides Maltez no período entre 2000 e 2006. **Rev. ciênc. méd. biol.**, Salvador, BA, v. 12, p. 411-418, dez. 2013.

SILVERMAN JUNIOR, S. **Oral cancer**. The American Cancer Society: Atlanta, 1990.

SILVERMAN, S. Bucal cancer: complications of therapy Mosby-Year Book Inc. **Head neck surg.**, Boston, v. 88, n. 2, p. 122-126, Aug. 1999.

SOARES, H. A. Câncer bucal: Estudo epidemiológico de 1286 casos de carcinoma espinocelular de mucosa bucal. **Odontol. USF.**, Bragança Paulista, v. 15, n. 1, p. 69-91, 1997.

SOCIEDADE Brasileira de Cancerologia (SBC). **Apostila do curso básico de cancerologia**. São Paulo: MSG Produção Editorial Ltda-ME, 1999.

SONIS, S.; FAZIO, R.; FANG, L. **Princípios e prática de medicina bucal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

SONIS, S. T. et al. Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients. **Cancer**, [S.l.], v. 100, supl. 9, p. S1995-2025, May 2004.

SOUSA, F. A. C. G. de et al. Alterações gênicas e câncer bucal: uma breve revisão. **Rev. bras. patol. oral**, Natal, v. 3, n. 1, p. 20-25, jan./ mar. 2004.

SOUSA, F. A. C. G. de et al. Estudo epidemiológico descritivo do carcinoma epidermóide bucal em uma população brasileira. **Braz. dent. sci.**, São José dos Campos, v. 11, n. 4, p. 24-29, 2008.

SYRJANEN, S. The role of human papillomavirus infection in head and neck cancers. **Ann oncol.**, Dordrecht, v. 21, supl. 7, 243-245, 2010.

TONG, X. J.; SHAN, Z. F.; TANG, Z. G. et al. The impact of clinical prognostic factors on the survival of patients with bucal squamous cell carcinoma. **J. oral maxillofac. surg.**, Pliladelphia, v. 72, n.12, p.2497 e 1-10, 2014.

TOPORCOV, T. N. et al. Consumo de alimentos de origem animal e câncer de boca e orofaringe. **Rev. panam. salud. pública**, Washington, v. 32, n. 3, p. 185-191, 2012.

TORRES-PEREIRA, C. C. et al . Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl. p. s30-s39, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300005>.

VEECK, E. B. et al. Estudos epidemiológicos dos carcinomas espinocelulares na cavidade bucal. **Rev. odonto ciênc.**, Porto Alegre, n.14, p. 25-35, 1992.

WORLD Cancer Research Fund (WCRF). American Institute for Cancer Research (AICR). **Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective.** Washington: WCRF/AICR, 2007.

WUNSCH FILHO, V. The epidemiology of bucal and pharynx cancer in Brazil. **Oral oncol.**, Oxford, v. 38, n. 8, p. 737-746, Dec. 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE – Formulário de Pesquisa-Questionário

FORMULÁRIO DE PESQUISA**QUESTIONÁRIO****REGISTRO HAM** _____**Encaminhamento ao HAM** _____**Idade** _____**Sexo** Masculino Feminino**Estado Civil** Solteiro(a) Casado(a) Desquitado (a) / Separado(a)
 Viúvo(a) Outros**Grau de instrução** Analfabeto Primeiro grau Segundo Grau Nível Superior Pós Graduação**Profissão** _____**Endereço** _____**Bairro** _____ **Cidade** _____**Doença principal e localização** _____**Duração da doença** _____**Suspeita da doença / lesão** _____**Local da suspeita ou diagnóstico da lesão** Posto de saúde Faculdade Medicina Faculdade Odontologia
 Hospital HAM Outros**Profissional responsável pelo diagnóstico/ suspeita** Médico Dentista Enfermeiro Agente de saúde
 Outro _____**Data do Diagnóstico** _____

Biopsia data _____ **HAM()** **Outros** _____

Órgão ou sítio da biopsia _____

Classificação TNM (ESTADIAMENTO) _____

Início do tratamento _____

Término do tratamento _____

Duração do tratamento _____

Tipo de tratamento realizado

Radioterapia Quimioterapia Cirurgia
 Outros

OBSERVAÇÕES _____

Sinais e sintomas observados ao procurar o profissional

Dor () Ardor () Queimor () Febre () Boca seca () Hipersalivação ()

Tumor () Crescimento rápido () Crescimento lento () Não observado ()

Dificuldade de: falar () engolir líquido () engolir sólido ()

Tosse () Rouquidão () Falta de ar ()

Dor em: cavidade auditiva () pescoço () língua () boca () ao engolir ()

Perda de peso (..) aproximada _____

Outros _____

Que efeitos surgiram no organismo após o tratamento?

Emagrecimento Queda de cabelo

Ressecamento da pele Náusea/ vômitos

Outros S/informação

Quais os efeitos e/ou alterações na cavidade bucal estão surgindo após o tratamento

Ardência Boca seca Cáries Alterações na gengiva

Perda do paladar Infecções Feridas na boca

Outros _____ S/informação

Há quanto tempo após o tratamento passou a observar estas alterações ?

1 a 2 semanas 2 a 3 semanas 3 a 4 semanas

Após 4 semanas S/informação

Quais as alterações que mais incomodam, numa escala de 0 a 10

Boca seca Cáries Alterações na gengiva

Perda do paladar Infecções Feridas na boca

Outros _____ S/informação

Quais as orientações para minimizar estes efeitos ?

- Higiene bucal Saliva artificial Bochecho com flúor
 Medicação _____
 Nenhuma Outros _____ S/informação

Que tratamento odontológico foi realizado antes de iniciar o tratamento para o câncer ?

- Restaurações em resina Restaurações em amálgama Extração
 Tratamento periodontal (tratamento na gengiva) Limpeza e aplicação de flúor
 Outros _____ Nenhum

Local do tratamento

- HAM () Outros ()

Usa prótese removível ou fixa?

- Sim Não S/informação

Há quanto tempo ?

- 01 a 05 anos 05 a 10 anos 10 a 20 anos Acima de 20 anos
 S/informação

ANEXOS

ANEXO A – Ofício nº 029/2007 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Aristides Maltez

ANEXO B – Parecer nº 1.466.211/2016 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Aristides Maltez

ANEXO C – Parecer nº 1.393.120/2016 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia

ANEXO D – Declaração de revisão e normalização emitida por Vera Rollemberg

ANEXO E – Declaração de revisão das Citações e Referências bibliográficas emitida por Keite Birne.

ANEXO F- Declaração de revisão do *Abstract* emitida por Augusto Farias.

029/07

Salvador, 15 de maio de 2007.

Ilma. Sra.
Dra. Cíntia Maria Guanaes Silva
Rua Prof. Aristides Novis, 680,
São Lázaro, Federação
SALVADOR - BA

Prezada Senhora,

Vimos por meio desta informar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Aristides Maltz, analisou e aprovou sem restrições, o Projeto " Morbi- mortalidade em pacientes com diagnóstico de carcinoma escamocelular de boca e determinação do perfil sócio-econômico dos mesmos e sua associação com o estadiamento clínico da lesão no momento do diagnóstico, no período de 2000 - 2006, Hospital Aristides Maltz".
Protocolado no CEP sob Nº162/07, em reunião ocorrida na data de 14 de maio de 2007.

Cordialmente,


p/ Dr. Artur Ventura de Mabus
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisas

AVR/vs)


Hospital Aristides Maltz
Lagoa Pretinha, 1006
13012-000

LIGA BAHIANA CONTRA O
CÂNCER/ HOSPITAL
ARISTIDES MALTEZ LBCC/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de boca e orofaringe atendidos no Hospital Aristides Maltez no período de 2007-2014.

Pesquisador: catia maria guanaes silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49631215.3.3001.0050

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.466.211

Apresentação do Projeto:

Estudo de corte transversal, o projeto visa avaliar a morbimortalidade do câncer de boca e de orofaringe em casos atendidos no Hospital Aristides Maltez, entre 2007 e 2014, através da análise de dados de prontuários (mínimo de 700 e máximo de 1.000), dentre os quais: idade do paciente, grau de instrução, acesso a serviços de saúde, localização e tipo da lesão, estadiamento do tumor na data do diagnóstico, tratamento instituído, complicações e sequelas.

Justifica-se tanto pela significativa prevalência da doença no Brasil, principalmente em fases avançadas, quanto pelas sequelas decorrentes dos tratamentos. A revisão da literatura bem demonstra que a localização anatômica das lesões malignas de boca e orofaringe e a sua incidência em fases produtivas da vida (40 a 60 anos de idade) mostram um quadro nacional preocupante e demandam ações efetivas de prevenção e diagnóstico precoce.

A pesquisadora espera contribuir para uma avaliação crítica da doença no estado da Bahia e da assistência prestada, em particular pelo Hospital Aristides Maltez, (instituição filantrópica de oncologia, cuja clientela é 100% SUS).

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de boca e orofaringe assistidos no

Endereço: Av.D.João VI 332 - Unid. Oncologia Pediátrica
 Bairro: 4º andar - Brotas CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3357-6997 Fax: (71)3357-6997 E-mail: cep@aristidesmaltez.org.br

LIGA BAHIANA CONTRA O
CÂNCER/ HOSPITAL
ARISTIDES MALTEZ LBCC/BA



Contribuição do Paciente: 1.456.211

Hospital Aristides Maltez, no período de 2007-2014, compará-lo aos resultados do estudo realizado entre 2000-2006 e contribuir para avaliação crítica da doença no estado da Bahia e da assistência prestada pelo referido nosocômio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa, retrospectiva, não acarreta riscos para os seus participantes, uma vez que todos os dados serão obtidos de prontuários.

Presume-se que os benefícios serão consideráveis porque, sendo o hospital envolvido referência para oncologia, a avaliação resultante refletirá a situação atual do câncer de boca e de orofaringe no estado da Bahia e poderá embasar adoção de medidas que implementem a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a minimização dos efeitos adversos das terapias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os resultados da pesquisa devem proporcionar impacto significativo para orientação de estratégias de saúde, no traçado do perfil epidemiológico e de pacientes com câncer de boca e orofaringe, em população que utiliza o SUS no estado da Bahia, pela importância de que se reveste o estudo, acreditamos que cabe uma revisão cuidadosa dos textos, com vistas a detecção de possíveis equívocos. Consideramos, outrossim, que o número de prontuários a serem avaliados poderia ser melhor especificado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos requeridos foram apresentados e estão de acordo com as normas vigentes. A dispensa do TCLE foi devidamente justificada.

Recomendações:

Sugerimos que se dediquem atenção e cuidado adicionais na redação final do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Documentos solicitados apresentados ao CEP. O protocolo observa os princípios éticos da: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça assim como assegura o sigilo das identidades, das informações e dados. Está em conformidade com as resoluções do Conselho Nacional de

Endereço: Av.D. João VI 332 - Unid. Oncologia Pediátrica
Bairro: 4º andar - Brotas CEP: 40.285-001
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3357-6997 Fax: (71)3357-6997 E-mail: cep@aristidesmaltez.org.br

LIGA BAHIANA CONTRA O
CÂNCER/ HOSPITAL
ARISTIDES MALTEZ LBCC/BA



Continuação do Parecer: 1.486.211

Saúde, a pesquisadora compromete-se em zelar pelo sigilo e proteção aos participantes sob todos os aspectos, garantindo assim os direitos fundamentais do participante da pesquisa quanto à informação e privacidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_637398_E1.pdf	07/12/2015 16:01:10		Aceito
Outros	termoinclusao0001.pdf	07/12/2015 12:41:56	catia maria guanaes silva	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_637398_E1.pdf	02/12/2015 11:38:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2.pdf	16/11/2015 18:10:12	catia maria guanaes silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle1.pdf	16/11/2015 18:09:54	catia maria guanaes silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	propostatrabalhocaliaguanaes.pdf	16/11/2015 18:07:53	catia maria guanaes silva	Aceito
Outros	anuencia2.pdf	15/09/2015 16:34:15	catia maria guanaes silva	Aceito
Outros	responsabilidadecompromisso0001.pdf	15/09/2015 16:33:35	catia maria guanaes silva	Aceito
Outros	anuencia.pdf	15/09/2015 16:28:43	catia maria guanaes silva	Aceito
Outros	cartaencaminhamento.pdf	15/09/2015 16:26:32	catia maria guanaes silva	Aceito
Outros	declaracaconfiabilidade.pdf	15/09/2015 16:25:58	catia maria guanaes silva	Aceito
Outros	equipe0001.pdf	24/08/2015 14:28:32	catia maria guanaes silva	Aceito
Folha de Rosto	scan_ics_20001.pdf	21/05/2015 20:27:57		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av.D.João VI 332 - UNIC, Oncologia Pediátrica
Bairro: 4º andar - Brotas CEP: 40.285-001
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3357-6997 Fax: (71)3357-6997 E-mail: cex@aristidesmaltez.org.br



INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE - UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de boca e orofaringe atendidos no Hospital Aristides Maltez no período de 2007-2014.

Pesquisador: catia maria guanaes silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 49631215.3.0000.5662

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.393.120

Apresentação do Projeto:

O projeto perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de boca e orofaringe atendidos no Hospital Aristides Maltez, no período de 2007 – 2014, apresenta relevância de acordo com a justificativa apresentada. Os objetivos são pertinentes e de importância significativa para a sociedade.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o perfil epidemiológico da frequência do câncer de boca e orofaringe em pacientes assistidos no Hospital Aristides Maltez, no período de 2007-2014 e compará- los aos resultados obtidos no estudo já realizado entre 2000-2006, de acordo com todas as variáveis integrantes das hipóteses do presente projeto como morbimortalidade do câncer de boca e orofaringe, estágio da doença a partir do diagnóstico, o acesso aos serviços de saúde, o grau de instrução e o nível sócio econômico da população. Estabelecer o tempo decorrido entre os surgimentos dos primeiros sinais e sintomas e a procura pelo profissional de saúde, avaliando os fatores relacionados ao diagnóstico tardio, assim como o tempo que decorrido, desde o momento em que a lesão maligna bucal foi detectada até o momento em que o paciente iniciou a terapia. Esses resultados terão como fim contribuir para uma avaliação crítica da doença no estado da Bahia e da assistência prestada, particularmente, pelo Hospital Aristides Maltez.

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Canela

CEP: 40.110-002

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-8951

E-mail: cep.ics@outlook.com



INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE - UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de boca e orofaringe atendidos no Hospital Aristides Maltez no período de 2007-2014.

Pesquisador: catia maria guanaes silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 49831215.3.0000.5662

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.393.120

Apresentação do Projeto:

O projeto perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de boca e orofaringe atendidos no Hospital Aristides Maltez, no período de 2007 – 2014, apresenta relevância de acordo com a justificativa apresentada. Os objetivos são pertinentes e de importância significativa para a sociedade.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o perfil epidemiológico da frequência do câncer de boca e orofaringe em pacientes assistidos no Hospital Aristides Maltez, no período de 2007-2014 e compará- los aos resultados obtidos no estudo já realizado entre 2000-2006, de acordo com todas as variáveis integrantes das hipóteses do presente projeto como morbimortalidade do câncer de boca e orofaringe, estágio da doença a partir do diagnóstico, o acesso aos serviços de saúde, o grau de instrução e o nível sócio econômico da população. Estabelecer o tempo decorrido entre os surgimentos dos primeiros sinais e sintomas e a procura pelo profissional de saúde, avaliando os fatores relacionados ao diagnóstico tardio, assim como o tempo que decorrido, desde o momento em que a lesão maligna bucal foi detectada até o momento em que o paciente iniciou a terapia. Esses resultados terão como fim contribuir para uma avaliação crítica da doença no estado da Bahia e da assistência prestada, particularmente, pelo Hospital Aristides Maltez.

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Canela

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.110-902

Telefone: (71)3283-8951

E-mail: cep.ics@ufba.br



INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE - UFBA



Continuação do Parecer: 1.283.120

Outros	pdf	16/03/2015	afiva	Aceito
Outros	atruencia.pdf	15/04/2015 16/20/43	cetia maria guanees afiva	Aceito
Outros	carteiacaminhamento.pdf	15/09/2015 16/20/32	cetia maria guanees afiva	Aceito
Outros	declaracaoconfiabilidade.pdf	15/09/2015 16/25/58	cetia maria guanees afiva	Aceito
Outros	equipe0001.pdf	24/05/2015 14/28/32	cetia maria guanees afiva	Aceito
Folha de Rosto	exam_ica 20001.pdf	21/05/2015 20/27/57		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 22 de Janeiro de 2016

Assinado por:
AMA PAULA CORONA
(Coordenador)

Endereço: Miguel Calmon
Bairro: Vale do Cardeal CEP: 40.110-002
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8811 E-mail: icp.ica@ufba.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que fui responsável pela revisão e normalização da tese **Perfil epidemiológico de pacientes com câncer de boca atendidos no Hospital Aristides Maltez em dois períodos distintos**, da autoria de **Cátia Maria Guanaes Silva**, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, para obtenção do grau de Doutor.

Salvador, 05 de janeiro de 2017



Profa. Vera Rollemberg
RG: 376906-20 SSP-BA
CPF: 073899655-68
E-mail: verollem@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que realizei a revisão das Citações e Referências bibliográficas em Vancouver, do artigo intitulado: **“Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de boca e orofaringe atendidos em um hospital de referência no período de 2008-2016”**, de autoria de *Silva, Cátia M. G. ; Martins, Gabriela, B²; Araújo, Roberto P. C.*

Salvador-BA, 21 de julho de 2017.



Keite Birne de Lira
CPF: 815.372.805 -97
Keite.birne@gmail.com
Tel: (71) 99143-2173

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que fui responsável pela revisão e normalização do *abstract* que consta na tese **Perfil epidemiológico de pacientes com câncer de boa atendidos no Hospital Aristides Maltez em dois períodos distintos**, da autoria de **Cátia Maria Guanaes Silva**, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, para a obtenção do grau de Doutor.

Salvador, 05 de janeiro de 2017


Augusto Manoel Guanaes Silva de Carvalho Farias
Advogado OAB/BA 38.780
Bacharel em História – UFBA
RG: 0996304002 SSP/BA
CPF: 033.363.205-26
Email: augusto_gf@hotmail.com



Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas
Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP: 40110-100
Salvador, Bahia, Brasil

<http://www.ppgorgsistem.ics.ufba.br>