

Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de boca e orofaringe atendidos no Hospital Aristides Maltez no período entre 2000 e 2006

Epidemiological profile of patients with mouth and oropharynx cancer treated at Hospital Aristides Maltez between 2000 and 2006

Cátia Maria Guanaes Silva¹, Maria Cristina Teixeira Cangussu², Carlos Maurício Cardeal Mendes³, Roberto Paulo Correia de Araújo⁴

¹Odontóloga. Doutoranda do Programa de Pós-graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, ICS – UFBA. Professora de Cirurgia II e Oncologia Bucal, Fac. de Odontologia – UFBA.

²Professora Adjunto de Odontologia Social e Preventiva, Fac. de Odontologia – UFBA

³Médico Pesquisador. Professor do Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, ICS – UFBA.

⁴Professor Titular. Departamento de Biofunção e do Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, ICS – UFBA.

Resumo

Introdução: A ocorrência frequente e a alta letalidade do câncer de boca e orofaringe na população brasileira conferem grande importância ao problema que se configura como relevante questão de saúde pública, não só para o monitoramento, mas também para permitir caracterizar populações de risco e otimizar a definição de políticas públicas de saúde que visem a prevenção, proteção e assistência à saúde. **Objetivo:** A proposta deste estudo foi analisar a morbimortalidade do câncer de boca, levando-se em conta o estágio da doença (quando do seu diagnóstico), acesso aos serviços de saúde, grau de instrução e nível socioeconômico da população, a fim de contribuir para uma avaliação crítica da doença no estado da Bahia e da assistência prestada pelo Hospital Aristides Maltez no período entre 2000-2006. **Metodologia:** Desenvolveu-se um estudo de corte transversal com prontuários selecionados de forma sistemática no SAME dos pacientes com câncer de boca e atendidos no Hospital Aristides Maltez, avaliando as variáveis de sexo, idade, ocupação e grau de instrução, o tipo de lesão, sua localização e estadiamento das lesões de câncer de boca identificadas. **Resultados:** Foram analisados 171 prontuários e os resultados apontam para a maior ocorrência do carcinoma espinocelular - CEC (81,87%), no sexo masculino (70,18%) e sítio preferencial na língua (31,42%) e palato (16,37%). O profissional responsável pelo diagnóstico nos pacientes atendidos foi o médico (75,44%). No que diz respeito ao grau de instrução 44,45% eram analfabetos. Com relação a hábitos de vida 66,67% eram fumantes e 52,63% etilistas. Predominaram tumores de tamanho T3 (22,22%) e T4 (35,67%). A maior parte dos pacientes chegou ao HAM em estágio avançado da doença já fora de possibilidades ou com indicação para tratamento meramente paliativo. **Conclusão:** O tipo histológico que prevaleceu foi o carcinoma espinocelular, em indivíduos do sexo masculino acima dos 40 anos, lavradores.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais. Epidemiologia. Assistência à saúde.

Abstract

Background: The frequent occurrence and high lethality of mouth and oropharynx cancer in Brazilian population attach great importance to the problem, which constitutes a relevant public health issue, not only for monitoring, but also to allow characterizing populations at risk and optimize the public health policymaking for the prevention, protection and health care. **Objective:** Accordingly, the purpose of this study was to analyze the morbidity and mortality of oral cancer, taking into account the stage of the disease (when diagnosis is made), access to health services, education and socioeconomic status of the population, in order to contribute for a critical assessment of the disease in the state of Bahia and the assistance provided by Aristides Maltez Hospital between 2000-2006.

Methodology: A cross-sectional study was developed with systematically selected medical records at SAME on patients with oral cancer and treated at the Hospital Aristides Maltez, assessing the variables gender, age, occupation and level of education, type of injury, its location and staging of identified oral cancer lesions. **Results:** 171 medical records were analyzed and the results point to a higher incidence of squamous cell carcinoma - SCC (81.87%), in males (70.18%) and preferred site in tongue (31.42%) and palate (16.37%). The professional responsible for the diagnosis in patients treated was the doctor (75.44%). With regard to the education level 44.45% were illiterate. Regarding lifestyle 66.67% were smokers and 52.63% drinkers. Predominant were Tumors size T3 (22.22%) and T4 (35.67%). Most patients reached the advanced HAM-stage of disease, with no more cure possibility or with indication for merely palliative treatment. **Conclusion:** The histological type that prevailed was squamous cell carcinoma in agricultural male workers above 40 years of age.

Keywords: Mouth Neoplasms. Epidemiology. Delivery of Health Care.

Correspondência / Correspondence: Cátia Maria Guanaes Silva.
Rua Professor Aristides Novis, Edf. Mansão Duque de Orleans,
Apto. 2101, São Lázaro, Federação. CEP: 40.210-630.
Tel: 71.9187-2296 | 71.3245-8672 | guanaes.catia@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Brasil, bem como diversos países da América Latina estão vivenciando na última década, uma rápida transição demográfica e epidemiológica, com sobreposições dos perfis de morbimortalidade (CERVI et al., 2005).

Mudanças nas condições de vida, hábitos e costumes que acompanham o processo de industrialização e urbanização no mundo, o desenvolvimento tecnológico expõem a população a fatores de risco para essa enfermidade, como aditivos alimentares, pesticidas, hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, níquel, asbesto, poluição ambiental e tabagismo, somados ao aumento progressivo da expectativa de vida, são fatores que têm contribuído para uma exposição maior da população a fatores de risco ambientais e que interferem no perfil de morbimortalidade, aumentando a ocorrência das doenças crônico-degenerativas, e entre elas os diversos tipos de câncer (INSTITUTO..., 2013).

Dentre os diversos tipos de neoplasias, observa-se o aumento do número de casos de câncer de boca. No ano de 2003, ocorreram 10.635 casos novos de câncer de boca e 3.245 óbitos, considerando toda a população brasileira. Para o ano de 2005, o número de casos novos foi de 13.880 (RAMOS; OLIVEIRA, 2007). Em 2010 foram registrados 14.120 novos casos (INSTITUTO..., 2011).

No ano de 2012 foram computados 14.170 casos, sendo 9.990 homens e 4.180 mulheres (2012). Em 2010 foram a óbito 4.891 indivíduos, sendo 3.882 homens e 1.009 mulheres (2010). Particularmente na região nordeste, o câncer de boca no homem ocupará o 5º lugar nas estatísticas de mortalidade nos próximos 10 anos (INSTITUTO..., 2013).

Isso torna o câncer de boca um problema importante a ser investigado, uma vez que a sua situação anatômica favorece um diagnóstico precoce da doença se as 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 (BORGES et al., 2009).

As altas prevalências assim como a alta letalidade do câncer de boca e orofaringe na população brasileira precisam ser investigadas através 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 a prevenção, a proteção e a assistência à saúde (CERVI et al., 2005; ANTUNES, 2001).

O álcool e o tabaco são reconhecidos mundialmente como os mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do carcinoma escamocelular da cavidade oral e faringe e têm efeito sinérgico (FAVERO et al., 2007; INSTITUTO..., 2013).

Outros fatores estão relacionados a exposições à radiação solar, principalmente quando associados a atividades ocupacionais na pesca e agricultura. Alguns au-

tores relatam ainda que seriam fatores de risco, a irritação crônica mecânica (próteses dentárias mal adaptadas, fraturas e ausência de elementos dentários) ou química (uso de soluções de higiene bucal); além disso, a má higiene oral, a condição socioeconômica e os elementos dietéticos têm sido relatados como possíveis fatores associados ao câncer de boca (SILVERMAN JÚNIOR, 1990; ANDREOTTI, 2006; CERVI et al., 2005; INCA, 2013).

Verifica-se também a associação positiva entre o uso de fogão a lenha para cozinhar ou aquecer e câncer oral (INSTITUTO..., 2013).

Tem-se observado um crescente interesse a respeito da possibilidade de que agentes biológicos tenham um papel na etiologia desta neoplasia, embora os estudos epidemiológicos não sejam conclusivos. Entre esses, destacam-se o vírus herpes, o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o vírus Epstein Barr (EBV), citomegalovírus (CMV) e o fungo *Candida albicans* (KOIFMAN E KOIFMAN, 2003; LIEWEILYN; WARNAKULASURIYA, 2001).

Bagan e Scully (2008) mencionam como fatores de risco, entre outros, o diabetes, o shammah – um tradicional cigarro de tabaco usado na Península Árabe – e o uso do betel na Índia e China. Eles ressaltam ainda que a placa dentária possivelmente seja um fator de risco independente para o câncer de boca. O grupo de *Streptococcus viridans* na flora normal da mucosa oral pode in vitro produzir acetoaldeído através do etanol via sua enzima álcool desidrogenase e, 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* produzem elevadas quantidades de acetoaldeído.

As desigualdades em saúde são dependentes do nível socioeconômico e esta realidade é de suma importância na mortalidade por câncer. Os países industrializados apresentam melhores taxas de sobrevivência por câncer do que os países em desenvolvimento. Num mesmo país, as diferenças persistem quando são comparadas as diversas camadas sociais, isto é, as pessoas com câncer e baixo nível socioeconômico apresentam taxas de sobrevivência menores do que aquelas atribuídas aos indivíduos mais abastados. (RIBEIRO, 2005; CAMPOS, et al., 2007).

Lesões de cavidade oral, mais acessíveis ao exame clínico, são encaminhadas principalmente pelo médico em geral. Já lesões de orofaringe, não tão acessíveis, são mais encaminhadas pelo otorrinolaringologista. O paciente, ao procurar um médico, desconhece, até então, a natureza da sua doença e, por isso, não procura diretamente um especialista. Setenta por cento dos diagnósticos de câncer são feitos por médicos não cancerologistas, o que evidencia a importância destes profissionais no controle da doença (INSTITUTO..., 2013).

Atualmente existem vários métodos de diagnósticos do câncer localizado em boca e orofaringe: radiografias, tomografias, marcadores cancerígenos, ultrassom, medicina nuclear, exames hematológicos, biópsia por mapeamento de campos efetiva para as 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 *DNA microarray*; marcadores salivares e dieletoforeses (BAGAN; SCULLY, 2008). Contudo, o diagnóstico é confirmado a partir do resultado do exame anátomo-patológico (FAVERO et al., 2007).

Vários estudos apontam que o diagnóstico é realizado de forma tardia, estando o carcinoma espinocelular em estágio avançado III ou IV (FAVERO et al., 2007). Apesar de a cavidade oral ser um sítio de fácil acesso para o exame visual para o médico, cirurgião-dentista assim como para o paciente, observa-se um diagnóstico tardio tanto da lesão primária quanto da metástase cervical. Infelizmente essa demora compromete sobremaneira o sucesso do tratamento e diminui as chances e o tempo de sobrevida do paciente. Em muitos casos os pacientes chegam ao hospital especializado fora de possibilidades terapêuticas (RIBEIRO, 2005; GOES, 2007).

Nos últimos três anos, os gastos do governo com a assistência oncológica no país aumentaram 26%, passando de R\$ 1,9 bilhão (em 2010) para R\$ 2,4 bilhões (em 2012). Os valores aplicados na atenção oncológica englobam cirurgias, radioterapia e quimioterapia. Ainda de acordo com a pasta, a quantidade de procedimentos oncológicos ambulatoriais oferecidos aos pacientes do SUS aumentou em 13%: foram 10,5 milhões, em 2010, e a projeção para aquele ano fora de 11,8 milhões de procedimentos. Em 2011, foram realizados 11,5 milhões. E, em 2012, realizaram-se 84 mil cirurgias oncológicas no SUS e 2,2 milhões de procedimentos quimioterápicos. (BRASIL, 2013).

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. Os pacientes que se encontram em estágios avançados da doença, quando reduzidas ou inexistentes as possibilidades de cura, ou fora de possibilidades terapêuticas configuram a taxa de mortalidade superior a 60% e os que sobrevivem ficam mutilados (BRASIL, 1996).

Existem dificuldades para a implantação de um diagnóstico precoce do câncer de boca no Brasil, mesmo sendo a cavidade bucal com localização de fácil acesso e seu exame minucioso não requerer alta tecnologia. Além disso, os procedimentos e exames complementares para a confirmação deste diagnóstico são relativamente simples e de baixo custo, e deveriam facilitar o diagnóstico precoce da doença. Entretanto, em um número significativo de casos o que se observa é o diagnóstico tardio, em estágios avançados comprometendo o resultado do tratamento ou estando o paciente fora de possibilidades terapêuticas. (FREITAS, 2004)

Para a prevenção e controle do câncer de boca

torna-se necessário o conhecimento da incidência e mortalidade da doença, de modo que a disponibilidade desses dados possa favorecer o planejamento, a avaliação e o acompanhamento de atividades visando reverter o atual perfil epidemiológico apresentado pela doença no Estado, contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população.

Nesse sentido, a proposta deste estudo foi o de analisar o perfil epidemiológico do câncer de boca, levando-se em conta o estágio da doença (quando do seu diagnóstico), o acesso aos serviços de saúde, o grau de instrução e nível socioeconômico da população, a fim de contribuir para uma avaliação da doença no estado da Bahia e da assistência prestada pelo Hospital Aristides Maltez no período 2000-2006.

O Hospital Aristides Maltez (HAM) é uma instituição filantrópica, de referência para o atendimento do câncer no estado da Bahia, e 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, o Prof. Aristides Maltez (HOSPITAL..., 2013).

O HAM tem como clientela 100% de pacientes SUS (Sistema Único de Saúde), e atende anualmente uma média de pacientes egressos de 351 municípios do Estado da Bahia, além de pacientes de Estados vizinhos como Sergipe, Alagoas e Pernambuco, tendo matriculado 8.817 pacientes e realizando uma média de 2.660.363 procedimentos, em 2009 (HOSPITAL..., 2013).

Buscou-se neste estudo caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de boca e orofaringe, no período de 2000-2006, atendidos no HAM.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de corte transversal cuja população de referência compreendeu todos os casos que demandaram o Hospital Aristides Maltez no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2006 e que tiveram o diagnóstico de câncer de cabeça ou pescoço. A fonte de informação para este estudo foram os dados dos prontuários de pacientes atendidos no Hospital no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2006.

Dentre as informações disponíveis têm-se: I - Dados sociodemográficos - idade, sexo, grau de instrução, local de residência, estado civil e ocupação; II - Características e fatores associados à lesão, tipo de lesão (classificação clínica), localização (sítio anatômico), serviço de saúde original (unidade básica de saúde, faculdades, outros hospitais ou o próprio HAM) e profissional de suspeita de diagnóstico (agente comunitário de saúde, enfermeiro ou auxiliares de enfermagem, dentista ou médico), data de encaminhamento ao HAM, classificação TNM e duração do tratamento (em meses); fatores associados à doença – consumo de álcool, tabaco e uso de prótese (sim/não) e higiene oral (boa, regular, ruim).

Para o registro destas informações foi confeccionada uma ficha especialmente delineada para este estudo (Anexo 1). Uma listagem de todos os prontuários foi fornecida pelo SAME (Serviço de arquivo médico) com vistas à definição da amostra sistemática. A partir daí, a Instituição separava um número máximo de 20 prontuários por semana para serem transcritos em local especialmente reservado para este fim, dentro do próprio Hospital. Assim, o número de 171 prontuários foi alcançado levando-se em consideração o tempo disponível para a coleta e o número de prontuários disponibilizados pelo serviço a cada semana.

No processo de análise dos dados 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. Para elaboração do banco de dados, tabulação e análise dos dados, foi utilizado o software EPI INFO versão 6.04, e gráficos e tabelas construídos no programa EXCEL.

O estudo, atendendo à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 /96 (BRASIL, 1996), foi previamente inscrito sob o número de protocolo 162/07, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa para Humanos do Hospital Aristides Maltez, na reunião do dia 14 de maio de 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados em 2007, 171 prontuários de pacientes portadores de câncer de boca e orofaringe, assistidos no Hospital Aristides Maltez referentes ao período 2000 a 2006. A amostra estudada tinha uma média de idade de 64,02 anos (DP=16,08), com idade mínima de 26 e máxima de 95 anos. Constata-se na Tabela 1 a caracterização sociodemográfica da população estudada com predominância de homens, solteiros, com baixo grau de escolaridade, sendo a maior parte originária das cidades do interior do estado da Bahia.

Quando se registrou o perfil de ocupação deste grupo, se reproduziu inserções relativas à baixa escolaridade, predominando lavradores (36,84%), donas de casa (14,62%), pedreiro/pintor (9,36%), motorista (4,68%) e mecânico (2,92%), com pequena participação de outras profissões.

Em relação ao tipo e características das lesões descritas, a mais prevalente foi o carcinoma espinocelular, seguido do muco epidermoide. A localização preferencial foi a língua (31,42%), sendo que em 5,27% dos casos a lesão estava presente na língua e mais um sítio, seguida do palato duro e mole, lábio e rebordo alveolar (Tabela 2). Embora em pequena proporção, foram também descritos casos em região cervical (2,92%), orofaringe (2,35%) e glândulas salivares (4,67%).

Tabela 1. Dados sociodemográficos de pacientes atendidos no HAM no período de 2000 a 2006 (n=171).

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
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
Local de residência		
Região metropolitana	30	17,54
Interior do Estado da Bahia	138	80,70
Outros estados	2	1,17
Sem informação	1	0,59

Tabela 2. Hábitos de tabagismo, etilismo e higiene oral em pacientes atendidos no HAM no período de 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
Sarcomas	2	1,16
Outras lesões (melanoma, neoplasias indiferenciadas)	11	6,45
Localização 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 de boca	8	4,68
Mucosa jugal	7	4,09
Amígdala	6	3,51
Outras (laringe, mucosa nasal, cervical, glândulas salivares)	38	22,20

Na Tabela 3 estão registradas as classificações das lesões segundo o tamanho, presença de nódulo e metástase no momento do diagnóstico. Destaca-se a alta proporção de tumores de maior tamanho (T3=22,22% e T4=35,67%) e a presença de nódulo no grau 2 (16,37%).

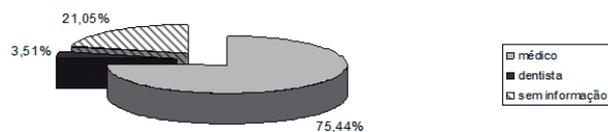
Tabela 3. Descrição das lesões segundo TNM em pacientes atendidos no HAM no período 2000-2006.

Classificação	T		N		M	
	n	%	n	%	n	%
0	3	1,75	85	49,71	146	85,38
1	20	11,7	26	15,2	1	0,58
2	30	17,54	28	16,37	*	*
3	38	22,22	17	9,94	*	*
4	61	35,67	*	*	*	*
Sem informação	19	11,11	15	8,77	24	14,04

Embora as lesões sejam de tamanho avançado e um número significativo apresente comprometimento de nódulos, a taxa de letalidade foi de 8,19%. Isto é, segundo os prontuários, 14 pacientes evoluíram para óbito, sendo 12 deles por metástase (7,02%). As recidivas de tratamento representaram 4,09% dos casos.

Na maior parte dos casos, o diagnóstico das le-

sões ainda foi realizado no próprio Hospital Aristides Maltez pelo profissional médico. Destaca-se a participação ainda pontual do cirurgião-dentista no processo de identificação das lesões orais, uma vez que dos 171 prontuários analisados, apenas 3,51% dos casos atendidos foram encaminhados por esses profissionais (Figura 1).

Figura 1. Profissional responsável pelo diagnóstico nos pacientes atendidos no HAM no período de 2000-2006.

Do total de pacientes, 35 (20,47%) procuraram o serviço fora de possibilidade terapêutica. Outro grupo de pacientes foi submetido a tratamentos paliativos, sem possibilidade de remissão da doença (n= 34; 19,88%), totalizando 40,35% de pacientes sem condições de tratamentos adequados. Além disso, cinco pacientes se recusaram ao tratamento, dois o interromperam, vinte e cinco 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 a morte domiciliar.

Quando questionados sobre o porquê da demora na procura do serviço de saúde, houve um alto percentual de não resposta. Apenas dois relataram falta de recursos, oito por ignorância e um por medo. O que mobilizou a demanda ao serviço foi predominantemente a dor (língua, garganta, cavidade auditiva, dentes) – em 52,63% dos casos.

Apesar de manifestarem sintomas da doença, 44 pacientes (25,73%) demoraram mais de cinco meses para procurar assistência. Nesse grupo observou-se a história de lesões pré-cancerosas ou cancerosas anteriores, numa proporção de 10,53%.

A queixa de maior prevalência foi dor na língua, na cavidade auditiva, garganta e ouvido em 92 pacientes, ou seja, 53,80%. Em 13 pacientes a doença foi detectada no curso de acompanhamento, investigação ou tratamento para outras patologias. Favero (2007) em seu trabalho relata a ocorrência de dor em 84,12% dos pacientes.

Embora não estivesse presente no prontuário, por grande parte da população tratar-se de lavradores, também é factível assumir que a exposição ao sol constituísse um fator associado à doença.

Destaca-se que embora a higiene oral fosse descrita como insatisfatória em 9,94% dos casos, o profissional que a registrou não elencou os parâmetros utilizados assim como essa informação praticamente não foi preenchida do prontuário culminando por corresponder a um total de 86,56% de dados perdidos. Somente 18,71% dos pacientes relataram fazer uso de prótese dentária (Tabela 4).

Tabela 4. Hábitos de tabagismo, etilismo e higiene oral em pacientes atendidos no HAM no período de 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 oral		
Satisfatória	3	1,75
Regular	3	1,75
Ruim	17	9,94
Sem informação	148	86,56
Uso de prótese		
Sim	32	18,71
Não	46	26,90
Sem informação	93	54,39

Nessa população, o uso de tabaco e de álcool estava muito presente. Quando se analisou os dados detalhados do consumo de álcool, 52 pacientes (30,41% da população de estudo) relatavam o uso por mais de vinte anos, com predominância das bebidas destiladas (cachaças) em altas doses (80% com consumo em torno de

uma garrafa/dia). Já em relação ao tabaco 39,18% faziam uso há mais de vinte anos, com variações entre cachimbo, cigarro de rolo e palha e o cigarro industrializado.

Buscando atualizar os dados epidemiológicos desde a época da realização deste estudo, consultou-se

a base de dados de registro de casos de câncer de boca e orofaringe no Hospital Aristides Maltez entre 2007 e 2010.

Nesse período registrou-se a matrícula de 1.480 pacientes com diagnóstico de câncer de boca e orofaringe, sendo 1.096 do sexo masculino (73,91%) e 384 do sexo feminino (26,08%).

O tipo histológico mais prevalente foi o carcinoma espinocelular com um total de 959 casos (64,79%). Os sítios mais prevalentes foram língua, com 366 casos (24,72%); seguido de assoalho bucal com 149 casos (10,06), cujo número não apresentou diferença significativa quando comparado ao terceiro sítio mais prevalente, o palato, com 147 casos (9,935). A faixa etária compreendeu idade mínima de 12 anos e máxima de 95 anos.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos pode-se concluir que:

1. O tipo histológico de câncer de boca e orofaringe que prevaleceu na população estudada foi o carcinoma espinocelular, sendo que a maior parte dos pacientes eram indivíduos do sexo masculino, lavradores e com idade acima de 40 anos, tendo ingressado no HAM em estágio avançado da doença, sem maiores possibilidades de cura – apenas, com indicação para tratamento meramente paliativo.

2. Os resultados obtidos no banco de dados do HAM para o câncer de boca e orofaringe registrados nos quatro anos que se seguiram ao estudo realizado, ou seja, entre 2007 e 2010, não apresentaram evolução favorável significativa.

3. As terapias antineoplásicas têm proporcionado maior tempo de sobrevida aos pacientes, contudo, apesar da sua importância e necessidade, causam complicações bucais passíveis de prevenção e tratamento. Para tanto, na equipe de protocolo e tratamento cancerterápico deve haver a inserção do cirurgião dentista com preparo específico para atender pacientes oncológicos.

4. É essencial a realização de estudos epidemiológicos no sentido de se identificar grupos de risco, dentre os quais, indivíduos jovens sem vícios, visando à definição de políticas de saúde objetivando não só a prevenção da doença como seu diagnóstico precoce, paralelamente, à divulgação dos fatores de risco, sinais e sintomas mais comuns, o estímulo à realização do autoexame da boca e consultas regulares ao cirurgião-dentista.

REFERÊNCIAS

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

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

BAGAN J.V.; SCULLY C. Recent advances in **Oral Oncology** 2007: epidemiology, aetiopathogenesis, diagnosis and prognostication. **Oral Oncology**, Oxford, v. 44, n. 2, p. 103-108, 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, 2006.

BORGES, D. 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. **Portal Saúde**. Disponível em: <<http://www.portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em: 29 jul. 2013.

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

_____. **Controle do câncer**: uma proposta de interação ensino e serviço. 2. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1999.

_____. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 1999**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2008.

CERVI, A.; HERMSDORFF, H. H. M.; RIBEIRO, R. C. 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.

CAMPOS, J.; CHAGAS, J.; MAGNA, L. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 65-68, 2007.

FREITAS, V. Estudo radiográfico da posição e da situação dos terceiros molares no complexo maxilo-mandibular, por meio de ortopantomografias. **Rev. Bras. Patol. Oral.**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 123-131, 2004.

FAVERO, E. et al. Perfil epidemiológico de paciente da grande São Paulo com carcinoma espinocelular avançado da boca e da orofaringe. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, São Paulo, v. 36, n.3, p.155-158, 2007.

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. 40 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Disponível em: <<http://www.inca.org.br/>>. Acesso em: 27 jul. 2013.

KLIGERMAN, J. O Câncer como um Indicador de Saúde no Brasil. **Rev. Bras. Cancerol.**, São Paulo, v. 45, n. 3, 2003.

KOIFMAN, S.; KOIFMAN R. J. Environmente and câncer in Brazil: overview from a public health perspective. **Mut. Res.**, Amsterdam, v. 544, n. 2-3, p. 305-311, 2003.

LEITE, I.C.G.; KOIFMAN S. Revisão dos fatores de risco para o câncer de boca e faringe. **Rev. Bras. Cancerol.**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 317-25, 1988.

LIEWEILYN, N.W.; WARNAKULASURIYA, K. A. A. S. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people – a comprehensive literature review. **Oral Oncology**, Oxford, v. 37, n. 5, p. 401-418, 2001.

LIGA BAHIANA CONTRA O CANCER. Hospital Aristides Maltez - HAM. Disponível em: <<http://www.lbcc.org.br/>>. Acesso em: 27 jul. 2013.

RAMOS, A. P. Da S.; OLIVEIRA, A. de. O princípio da integralidade e o diagnóstico de câncer de boca. **Rev. Odontol.**, Vitória, v. 9, n. 1, p.41-48,2007.

RIBEIRO, K.C. B. **Câncer**: a doença da ignorância ou a ignorância da doença? Hospital do Câncer – São Paulo: Ensaios, 2005. Disponível em: <<http://www.hcanc.org.br/outrasinfs/ensaios/ignor1.html>>. Acesso em: 15 maio 2007.

SILVA, L. I. L. da. Mensagem do ex-presidente do Brasil. In: CONGRESSO MUNDIAL DE CÂNCER DA UNION FOR INTERNATIONAL CANCER CONTROL (UICC), 22., 2012, Montreal, Canadá.

SILVERMAN JÚNIOR, S. **Oral Câncer**. Atlanta: The American Cancer Society, 1990.

Submetido em 13.11.2013;

Aceito em 20.12.2013.