

9. INTRODUÇÃO

O câncer é definido como uma multiplicação de células defeituosas ou atípicas que, por motivos ainda desconhecidos, escapam do controle do sistema imunológico, dando origem aos tumores capazes de comprometer o funcionamento de inúmeros tecidos e órgãos. (Barbosa 2002)

Considera-se o câncer de boca e orofaringe é uma doença genética, complexa e multifatorial; é potencialmente fatal e continua a ter uma incidência global elevada, sendo considerado, assim, um problema de saúde pública (Silva, Figueredo Carvalho, 2006).

O termo câncer é utilizado genericamente para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações. Importante causa de doença e morte no Brasil, desde 2003, as neoplasias malignas constituem-se na segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida, notificados em 2007 no Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Os tumores da cabeça e pescoço pela expressiva incidência e mortalidade, assim como alta letalidade, constituem-se em relevante preocupação para a saúde no mundo, particularmente nos países em desenvolvimento. (Pisani P. *et al*, 2002) A Organização Mundial de Saúde (OMS) constitui o câncer de boca e faringe pela sua frequência um problema de saúde pública.

Com o aumento da expectativa de vida mundial o Brasil e diversos países da América Latina estão experimentando, nos últimos vinte anos, uma rápida transição demográfica e epidemiológica. (Kac G. *et al*, 2003)

A mortalidade por doenças crônico-degenerativas vem mostrando uma ascensão progressiva, destacando-se, entre elas, as neoplasias malignas, que correspondem à segunda causa de morte no Brasil, excluindo-se as causas externas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

Estima-se que, em 2020, o número de casos novos anuais seja da ordem de 15 milhões, sendo que, cerca de 60% desses, ocorrerão em países em desenvolvimento. É esperado que um terço dos casos novos de câncer que ocorrem atualmente no mundo poderia ser prevenido.

No Brasil estima-se para o ano de 2010 14.120 novos casos, sendo 10.330 homens e 3.790 mulheres e haverá 6.064 óbitos, sendo 4.814 homens e 1.250 mulheres (2007). Na Bahia é esperado para o ano de 2010 790 novos casos, sendo 530 homens e 260 mulheres. (BRASIL, 2009)

O país Latino de maior incidência de câncer é o Brasil, com grandes variações por regiões geográficas. (Wunsc-Filho, 2002) A Cidade de São Paulo registra isoladamente a mais alta incidência na área das Américas. (Wunsc-Filho, 2001)

O câncer de boca e orofaríngeo no Brasil varia de uma região geográfica a outra, possivelmente devido à influência dos fatores de risco aos quais está exposta cada população. Epidemiologicamente, mais de 90% dos indivíduos acometidos por carcinoma orofaríngeo estão acima dos 55 anos de idade, uma faixa etária muito representativa para a comunidade ainda economicamente ativa. (FUNASA, 2001)

Evidências epidemiológicas mostram que o tabagismo, etilismo, exposição excessiva ao sol, má higiene bucal, dietas pobres em frutas e vegetais, infecções secundárias pelo Papilomavírus humano (HPV) e Vírus Herpes Simples, são apontados como fatores considerados de risco para o surgimento do câncer a depender do tempo de uso, exposição e quantidade. (Lopes FF. *et al*, 2002)

Fumo e álcool são os principais fatores de risco reconhecidos, mas estudos prévios encontraram relação entre câncer da cavidade bucal e faringe e o exercício de determinadas ocupações, como por exemplo: pescadores e agricultores (Pukkala E. *et al*, 1994) pintores (Skov T. *et al*, 1993), açougueiros, pedreiros e condutores de veículos a motor (Orregia F. *et al*, 1989), encanadores e trabalhadores da construção civil (Merletti F. *et al*, 1991), instaladores de carpetes (Huebner WW. *et al*, 1992). Exposições ocupacionais a substâncias químicas específicas também têm sido apontadas como relacionadas às neoplasias de cavidade oral e faringe, tais como formaldeído (Merletti F. *et al*, 1991), fenoxi herbicidas e dioxinas (Becher H. *et al*,

1996). No Brasil não há pesquisas reportando especificamente os efeitos da ocupação na gênese do câncer da cavidade bucal e orofaringe. (Andreotti, 2006)

O cirurgião-dentista é um dos responsáveis pela prevenção e diagnóstico precoce das doenças malignas de boca, ressaltando a sua importância em tais procedimentos. (Loro, 1987; Vidal e Silva, 1999; Reibel, 2003; Vidal *et al*, 2001; Vidal *et al*, 2003)

A maior rapidez no diagnóstico do câncer resulta em menor morbidade no tratamento e um melhor prognóstico aos portadores, assim como um adequado tratamento pode resultar em menor mortalidade. Sabe-se que, quando diagnosticados tardiamente, a maioria das neoplasias requer maiores doses de quimioterápicos, radioterapia e cirurgias, elevando o custo do tratamento, além de um aumento no sofrimento dos pacientes por perda de função e mutilação. Por outro lado, se tratados a tempo, muitos pacientes poderão ser devolvidos à sociedade com o mínimo de seqüelas e capazes de adequar-se às exigências do mercado de trabalho e convívio social (Campos *et al.*, 2007; Kowalski *et al.*, 1994).

O diagnóstico do câncer oral no Brasil é, em geral, realizado mais tardiamente do que em países desenvolvidos, desta forma o tratamento deste tipo de doença se torna complexo. (Carvalho C, 2003; Carvalho AL. *et al*, 2004)

A modalidade terapêutica mais empregada é a cirurgia. (Loro, 1987). Em alguns casos, dependendo do estadiamento clínico do tumor, a complexidade do tratamento aumenta, necessitando, além de uma cirurgia radical, a associação com outras modalidades de tratamento, tais como a quimioterapia antineoplásica sistêmica e a radioterapia. (FUNASA, 2001)

Segundo Parise Jr. (2000), quanto mais inicial a lesão, mais simples e rápido é o tratamento cirúrgico, com a vantagem de não comprometer o emprego das outras modalidades terapêuticas no caso de recidivas ou outros tumores primários. Ainda, uma avaliação adequada pré-operatória permite utilizar a estratégia terapêutica, individualizando o tratamento para cada situação.

Compreender e controlar essas alterações genéticas e epigenéticas que determinam um crescimento celular desordenado e não controlado pelo organismo

requer conhecimentos científicos e experiências que vão desde o conhecimento dos complexos mecanismos de regulação molecular intracelular às escolhas individuais do estilo de vida. Também se exige uma gestão competente e o melhor uso dos recursos disponíveis para o planejamento, execução e avaliação das estratégias de controle da doença. A prevenção e o controle epidemiológico do câncer estão entre os mais importantes desafios, científicos e de saúde pública, da nossa época.

Por tudo exposto, faz-se necessário o conhecimento do perfil epidemiológico do câncer bucal e orofaríngeo, para que ações preventivas possam ser implementadas de forma a abranger toda a população.

10. MANUSCRITO I

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CANCER DE BOCA E OROFARINGE DE 2000 A 2009 NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA – BA

Epidemiological profile of mouth and larynx cancer from 2000 to 2009 in the municipal district of Vitória da Conquista - BA.

FABER NEVES SANTOS 1
ARLEI CERQUEIRA 2

10.1 RESUMO

O objetivo deste trabalho é verificar o perfil epidemiológico do câncer de boca e orofaríngeo no município de Vitória da Conquista – BA no período de 2000 a 2009, por meio de um estudo observacional retrospectivo. Os dados foram obtidos dos prontuários médicos do centro de referência no tratamento do câncer neste município – ICON – Instituto Conquistense de Oncologia, de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2009. Observou-se que do total de 117 prontuários, havendo concordância com os dados existentes na literatura, como se pode constatar: 87,18% eram do gênero masculino e 12,82% do feminino; 77,8% da amostra total situavam-se acima dos 40 anos de idade, cuja média foi de 58.3 anos. A maioria dos pacientes residia na zona rural 67%. Histologicamente, o carcinoma epidermóide prevaleceu com 91.2% dentre os casos diagnosticados. O predomínio de 49% da amostra situava-se na língua e soalho bucal. Apenas 30,77% dos pacientes foram submetidos ao tratamento cirúrgico e radioterápico devido a uma deficiência de profissionais da área de cirurgia oncológica. Os resultados mostram que o perfil epidemiológico do câncer orofaríngeo em Vitória da Conquista - BA é semelhante aos dados encontrado na literatura, porém o protocolo de tratamento deste tipo de tumor foi não foi seguido de forma ideal na maioria dos casos. Concluímos que não apenas ações para prevenção, diagnóstico precoce, controle da doença e tratamentos quimioterápicos sejam suficientes. É necessário melhoria na forma de tratamento com a formação de uma equipe multidisciplinar na área de cirurgia oncológica.

Palavras-Chave: perfil epidemiológico, câncer oral e faringe, prevalência e fatores de risco.

1. Mestrando em Odontologia do Curso de Pós-graduação da EBMS - Salvador BA
2. Doutor em Odontologia (Cirurgia e Traum. Buco-Maxilo Facial) pela PUCRS, Brasil(2003)
Professor Adjunto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil

10.2 INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença genética, complexa e multifatorial. Na região de cabeça e pescoço é representado, na sua maioria, por neoplasias epiteliais do tipo carcinoma espinocelular, correspondendo a aproximadamente 25% das neoplasias malignas. (Worden., *et al* 2008)

O câncer de boca e orofaringe está relacionado principalmente ao tabagismo e etilismo, ambos acometem principalmente indivíduos do gênero masculino e acima de 50 anos. É potencialmente fatal e continua a ter uma incidência global elevada, sendo considerado um problema de saúde pública. Estudos demonstram que a manifestação inicial da doença raramente é diagnosticada e que de 60% a 80% das lesões têm sua identificação em estágio avançado, reduzindo, assim, a sobrevida do paciente para 18%. (MiyachiI., *et al*, 2002)

Muitos fatores contribuem para seu aumento crescente, sendo que o envelhecimento da população decorrente do desenvolvimento sócio-econômico impede mortes prematuras e permite que se estabeleçam programas de diagnóstico da doença, com conseqüente melhoria dos controles estatísticos populacionais. Todavia, a urbanização e o desenvolvimento tecnológico expõem a população às enfermidades dependentes de aditivos alimentares, pesticidas, poluição ambiental, tabagismo e etilismo. Esses dois últimos fatores são responsáveis pelo aumento do risco relativo da incidência do câncer bucal em até 140 vezes. (INCA, 2009)

No Brasil, a incidência do câncer bucal e orofaríngeo é considerada uma das mais altas do mundo, estando entre os seis tipos de câncer mais comuns que acometem o gênero masculino e entre os oito mais comuns que atingem o gênero feminino. Além do mais, é considerado o câncer mais comum da região de cabeça e pescoço, excluindo-se o câncer de pele.

O conhecimento do perfil epidemiológico do câncer de boca e orofaringe permitirá um planejamento adequado dos recursos preventivos, diagnósticos e terapêuticos para essa doença.

10.3 REVISÃO DE LITERATURA

Médicos do Egito antigo (3000 a.C.) registraram doenças que, dadas suas características, provavelmente podiam ser classificadas como câncer. Hipócrates (377 a.C.) também descreveu enfermidades que se assemelhavam aos cânceres de estômago, reto, mama, útero, pele e outros órgãos. (WORD CANCER RESEARCH, 1997)

A presença do câncer na humanidade já é conhecida há milênios. No entanto, registros que designam a causa das mortes como câncer passaram a existir na Europa apenas a partir do século XVIII. Desde então, observou-se o aumento constante nas taxas de mortalidade por câncer, que parecem acentuar-se após o século XIX, com a chegada da industrialização. (WHO, 1998)

Durante o século XX, muitas modificações demográficas e econômicas ocorreram no Brasil, com conseqüências marcantes nas taxas de incidência, prevalência e mortalidade de diversas doenças. Houve uma diminuição relativa de contingentes populacionais nas faixas etárias mais jovens devido à queda da natalidade após os anos 70, a ampliação da população nas faixas etárias mais idosas como reflexo do aumento da expectativa de vida ao nascer e queda da mortalidade infantil. Esse processo é conhecido como transição demográfica e é acompanhado pela transição epidemiológica, ou seja, novos padrões de mortalidade e morbidade da população. Este processo de reorganização global determinou grande modificação nos padrões de saúde-doença no mundo.

Tal modificação, conhecida como transição epidemiológica, foi caracterizada pela mudança no perfil de mortalidade com diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares e o câncer. (Albala, 1997)

A transição epidemiológica está relacionada a fatores sociais, econômicos e demográficos. Países que conseguiram atingir níveis de desenvolvimento mais elevados caminham para o declínio das doenças infecciosas e parasitárias, um aumento da sobrevida em direção às idades mais avançadas e aumento das mortes por

doenças não transmissíveis, mais precisamente as crônico-degenerativas e, entre estas, os tumores. (Medronho RA, 2003)

Esta transformação do perfil epidemiológico das populações vem tornando-se, ao longo dos anos, cada vez mais complexa e de difícil entendimento, em função do aparecimento de novas doenças e o ressurgimento de antigos agravos à saúde - AIDS/HIV, malária, dengue, tuberculose, entre outros - no cenário da saúde pública mundial. (Waters WF, 2001)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2007), a distribuição de mortes por cânceres pelo mundo não é homogênea. Nas diferentes taxas de incidência e mortalidade de diversos tipos de câncer no mundo, pode-se constatar que não existe um padrão global para a ocorrência de câncer, tendo importância na determinação desse quadro, a exposição a fatores ambientais relacionados à urbanização, como dieta e estilo de vida. (Peto J, 2001)

O processo global de industrialização, ocorrido principalmente no século passado, conduziu a uma crescente integração das economias e das sociedades dos vários países, desencadeando a redefinição de padrões de vida com uniformização das condições de trabalho, nutrição e consumo. (Waters WF, 2001)

O câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Embora as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, dos dez milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento. (WHO, 2002)

Nos países da América Latina, ao contrário dos países desenvolvidos, esta transição epidemiológica ainda não se completou, observando-se um aumento na ocorrência de doenças crônico-degenerativas, enquanto a frequência de doenças infecciosas e de doenças transmissíveis por vetor biológico - como malária e dengue - permanecem elevadas, além da presença constante de desnutrição. (Laurenti R., 1990)

No Brasil, o câncer é a segunda causa de morte por doença, apenas superada pelas doenças cardiovasculares. A incidência do câncer, expressiva quando comparada a valores internacionais, também exhibe um perfil próprio, diferente do

observado em outros países. (Marigo C, 1994) Verifica-se, por exemplo, a existência concomitante de tumores típicos das áreas pouco desenvolvidas, com aqueles de alta incidência em países desenvolvidos, fruto da coexistência de fatores de risco tradicionais e modernos, aos quais a população brasileira se encontra exposta. (Parkin DM, 1992)

Para o ano de 2010 14.120 novos casos, sendo 10.330 homens e 3.790 mulheres e haverá 6.064 óbitos, sendo 4.814 homens e 1.250 mulheres (2007). Na Bahia estima-se para o ano de 2010 790 novos casos, sendo 530 homens e 260 mulheres. (BRASIL, 2009)

A preocupação de se conhecer a extensão da mortalidade e incidência do câncer no Brasil já data de muitos anos. O Brasil-Médico, no ano de 1904, publicou trabalho “Frequência do câncer no Brasil”. (Sodré, 1904) Esta publicação, abrangendo o período de 1894 a 1898, procurou relacionar o clima com uma maior presença do câncer no extremo sul do país e a predominância do câncer uterino. É conhecido como a primeira manifestação a respeito do assunto no âmbito científico e acadêmico brasileiro. As primeiras publicações oficiais de mortalidade por câncer, pelo então Ministério de Educação e Saúde, datam de 1944, contendo dados referentes ao período de 1929 a 1932, das capitais do estado e constam do Anuário de Bioestatística.

Inicialmente, foram predominantes as publicações sobre mortalidade por câncer (tendo como fonte registros de mortalidade), abrangendo estudos globais e de localizações tumorais, para as várias regiões do Brasil. A razão é uma maior disponibilidade do instrumento de informação – atestados médicos de óbito - que, em 1975, foi adotado um formulário padrão (declaração de óbito), implantado no ano seguinte.

Em 1991, câncer já representava a terceira causa isolada de morte no Brasil, e a segunda em alguns Estados e, até meados da década de 90, estima-se uma ocorrência anual de, aproximadamente, 200 mil casos e 90 mil óbitos por esta patologia. (BANCO MUNDIAL, 1991)

Considerando-se que, para muitas das neoplasias malignas, a letalidade continua ascendente e a sobrevida limitada, na realidade este aumento da mortalidade por câncer reflete, em última instância, um aumento na incidência dos

tumores malignos na população. É evidente, porém, que alguns fatores podem estar contribuindo para isto, entre eles destacam-se a melhoria da qualidade da informação sobre a mortalidade e o aumento da vida média da população, o que implica em maior tempo de exposição a fatores, potencialmente, cancerígenos ao longo desses anos.

A urbanização é um importante fator extrínseco associado à determinação ambiental da doença, e que os fatores externos determinariam até 90% dos casos de câncer. (Doll, 1980)

Os padrões de ocorrências de neoplasias malignas em diferentes regiões do mundo indicam, atualmente, grandes variações. Nos países em desenvolvimento, em geral, observa-se taxas brutas de incidência, mais baixas que aquelas detectadas em nações desenvolvidas. (Azevedo, 1995)

Há uma enorme variação, entre os países, na incidência das neoplasias malignas orais, variando de uma taxa de 1% a 2% de todos os tumores malignos no Japão, acima de 40% no Sri-Lanka e próximo aos 50% na Índia. (Parkin DM, 1990)

Na América Latina, uma série de fatores tem transformado o câncer em relevante problema de Saúde Pública, sendo responsável, desde essa data, por cerca de 15% das mortes na maioria dos países latino-americanos. (Joly, 1977)

As análises estatísticas de mortalidade por neoplasias, no tempo, embora com algumas limitações, possibilitam avaliar as tendências do risco de morte por câncer associado à presença ou ausência de fatores ambientais no mesmo tempo e espaço geográfico. (Colerman MP, 1993)]

As neoplasias malignas estão entre as principais causas de mortalidade mundial, apresentando níveis crescentes nas últimas décadas, na maioria dos países. (WHO, 1990)

O câncer de boca é o quinto tipo de câncer em incidência em todo o mundo, sendo muito freqüente na Ásia (Índia, Cingapura e outros países da região) representando mais de 50% de todos os diagnósticos de câncer. (Stugis EM, 2004)

O conhecimento de diferenças regionais, em termos de ocorrência do problema, é imprescindível para a complementação de programas assistenciais e preventivos. As diferenças de freqüência entre as regiões tropicais e temperadas não

podem ser imputadas unicamente ao clima, mas, às marcadas diferenças sociais e econômicas. (Rice DP, 1980)

Por causa de uma grande variação de taxas do câncer orofaríngeo nas diferentes regiões do mundo, a doença deve ser encarada de acordo com as características sócio-culturais da população, o nível de acesso e a tecnologia dos serviços de saúde. (Johnson NW, 1993)

As neoplasias malignas de boca e orofaringe constituem aproximadamente 5% de todos os tumores malignos. O carcinoma espinocelular representa 90% das neoplasias malignas da região maxilofacial. (Lenz., *et al* 2000) São lesões muito agressivas e geralmente infiltram-se para os tecidos adjacentes e vasos linfáticos, produzindo metástases na região cervical. Podem surgir em áreas da boca ou faringe como lábios, língua, assoalho bucal, gengiva, palato duro e mole, tonsilas pilares amigdalíneas, podendo se estender para maxila e mandíbula. (Perera., *et al* 2001)

Os diferentes tipos de neoplasias malignas, incluindo aquelas que atingem a cavidade bucal, têm o seu desenvolvimento estimulado pela interação de fatores ambientais (carcinógenos) e fatores relacionados ao hospedeiro (idade, raça, sexo, mutações espontâneas e mutações herdadas). (Perera, 1997)

A carcinogênese bucal pode resultar de uma combinação destes fatores. No entanto, todas as pessoas estão expostas a estes fatores e somente um pequeno número desenvolve o câncer bucal e orofaríngeo. (Nishimoto IN, 2004)

A manifestação de um fenótipo neoplásico completo envolve mutações herdadas, derivadas das células germinativas e mutações somáticas em classes de genes denominados Oncogenes e Genes Supressores de Tumor. Supressores de Tumor. As mutações herdadas representam alterações constitucionais de todas as células somáticas do indivíduo afetado, podem ser transmitidas para gerações futuras e representam um fator de predisposição ao desenvolvimento de lesões tumorais. Porém, estas são responsáveis por apenas uma pequena fração de todas as mutações verificadas em cânceres, que em sua maioria, são de origem somática, causadas espontaneamente ou induzidas por fatores ambientais (Perera, 2000).

O câncer de boca e orofaringe está relacionado a fatores de risco conhecidos como álcool e fumo, ao lado de causas coadjuvantes (má higiene, próteses, imunossupressão, infecções virais pelo papiloma-vírus, herpes-vírus I e deficiências

nutricionais). O envolvimento viral e os fatores bucais ainda não estão completamente estabelecidos. (Lockhart PB, 1998) (Velly AM, 1998) (Miller CS, 2001)

Os fatores de risco conhecidos mais importantes para esta neoplasia são o tabagismo e o consumo de álcool, que apresentam efeitos sinérgicos no desenvolvimento do tumor. Estes dependem muito do tempo, tipo e intensidade de uso destes fatores para se tornarem efetivamente de risco. (Idris AM, 1995)

Fatores dietéticos parecem estar envolvidos em aproximadamente 30% dos cânceres em países ocidentais, pelo fato do alto consumo de produtos animais, gordura e açúcar. A contribuição da dieta como fator de risco do câncer em países em desenvolvimento é menor, provavelmente em torno de 20%, onde a dieta é baseada em um ou dois tipos de alimentos que têm como matéria-prima o amido, baixa ingestão de produtos animais, gordura e açúcar (Key TJ, 2002)

O papel da dieta na incidência de todos os cânceres epiteliais tem sido destacado em muitos estudos. (Zain RB, 2001) (Torporcov TN., *et al*, 2004)

Resultados de estudos epidemiológicos demonstram que o consumo de frutas e vegetais está sendo associado à diminuição do risco de câncer, pois o efeito protetor de alguns destes micronutrientes deve-se à atividade antioxidante que eles possuem, como também: modulação do metabolismo carcinogênico, alteração da transformação e diferenciação celular, inibição da proliferação celular, expressão oncogênica e da formação endógena de carcinogênicos, e função imune. (Zain RB, 2001)

A prevalência e mortalidade variam de um país para o outro e mesmo dentro de cada país e ou região devido às diferenças de hábitos, fatores ambientais e qualidade da assistência médica. (Brener., *et al* 2007) O diagnóstico do câncer de boca é realizado por meio de exame clínico e exame histopatológico da lesão. Assim que seja estabelecido, avalia-se a extensão e propagação da doença. O estadiamento pode ser definido como a quantificação dos parâmetros clínicos, auxiliando nas decisões terapêuticas e na definição de um prognóstico para o paciente. (Parise, 2000) O sistema TNM é muito utilizado para descrever a extensão anatômica dos tumores malignos através das evidências obtidas antes do tratamento. Tais evidências surgem do exame físico, diagnóstico por imagens, biópsia, exploração cirúrgica e outros exames relevantes. (Brasil, 2004)

A boca é um sítio anatômico de fácil acesso para exame, permitindo que cirurgiões-dentistas, médicos generalistas ou o próprio paciente, através do auto-exame, possam visualizar diretamente alterações suspeitas de câncer, principalmente nos estágios iniciais, levando ao diagnóstico precoce. No entanto, na maioria dos casos o diagnóstico é feito tardiamente (Miller; Henry; Rayens, 2003). Vários fatores como agilidade no atendimento, disponibilidade de recursos e profissionais competentes, podem influenciar a qualidade da assistência aos pacientes com câncer, mas não influenciam tanto o prognóstico e a sobrevida como o diagnóstico da doença incipiente.

A maioria dos pacientes com câncer de boca só é diagnosticada em estágio avançado, talvez porque no estágio inicial a lesão maligna se apresente assintomática e com uma aparência inofensiva, não sendo valorizada pelo indivíduo e nem pelo profissional de saúde. (Scully C, 2000)

O prognóstico é influenciado por vários fatores, como grau de diferenciação celular, tamanho, localização, presença de infiltração para o tecido ósseo, presença de linfonodos cervicais metastáticos, resposta imune, idade, sexo e padrão socioeconômico do paciente. (Albuquerque, 2004)

A modalidade terapêutica mais empregada é a cirurgia. (Loro, 1987) Em alguns casos, dependendo do estadiamento clínico do tumor, a complexidade do tratamento aumenta, necessitando, além de uma cirurgia radical, a associação com outras modalidades de tratamento, tais como a quimioterapia anti-neoplásica sistêmica e a radioterapia. (FUNASA, 2001)

As opções terapêuticas ofertadas ao paciente devem visar os maiores índices de sobrevidas, levando-se em consideração sua morbi-mortalidade, as seqüelas funcionais e estéticas, as repercussões no cotidiano e na profissão do paciente e a qualidade de vida. (Moncrieff., *et al* 2009).

10.4 CONCLUSÃO

O sistema de informação em câncer é fundamental para o fornecimento de subsídios para melhor compreensão do problema no país. É a partir de dados de bases sólidas, que se garantem o reconhecimento da ocorrência do câncer nas diversas regiões do país, como também será possível traçar estratégias que visam à prevenção do câncer e à sua assistência

10.5 ABSTRACT

The purpose of this essay is to verify the epidemiological profile of mouth and larynx cancer from 2000 to 2009 in the municipal district of Vitória da Conquista-BA. Observing the predominance, kind and localization. It was made an observational, descriptive and retrospective. The data were obtained by medical promptuaries of the reference Center of municipal district in the treatment of cancer called: ICON [Instituto Conquistense de Oncologia, that stands for: Oncology Institute of Vitória da Conquista], from January, 2000 to December, 2009 (10 years). It was observed that, in concordance with the data in actual literature, in the total of 117 patients, 87.18% male, 12.82% female; 92.5% of the total sample is over the age of 40 year-old; wich average was 58.3 year-old. Histologically the carcinoma epidermodal [cancer of the epithelial tissue] predominated with 91.2% among the diagnostic cases. The results show that the epidemiological profile of mouth and larynx cancer from 2000 to 2009 in the municipal district of Vitória da Conquista-BA increased annually the number of cases. We conclude that prevention actions, precocious diagnosis and the control of the disease should be optimized.

KEY WORDS: Epidemiological profile, mouth and larynx cancer, predominance, risk factors

10.6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdo, E. N. Perfil do paciente portador do carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento num hospital vinculado ao Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Odontologia da UFMG, 2001.

Albala C, Vio F, Yanez M. Transición epidemiológica en América Latina: comparación de cuatro países. *Rev Med Chil.* 1997 Jun;125(6):719-27.

Albuquerque MA. Correlação entre os aspectos clínicos e a tomografia computadorizada na avaliação da destruição óssea provocada por neoplasias malignas de boca e orofaringe [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

Alvarenga LM, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, Ruback MJC, Maniglia JV, Goloni-Bertollo EM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2008 jan-fev; 74(1):68-73.

Amorim Filho FS, Andrade Sobrinho J, Rapoport A, Carvalho MB, Novo NF, Juliano Y. Estudo de variáveis demográficas, ocupacionais e co-carcinogênicas no carcinoma espinocelular da base de língua nas mulheres. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2003 jul-ago; 69(4): 472-8.

Azevedo G & Mendonça S. Tendência da ocorrência de câncer no cenário mundial. In: Resumos, V Congresso Nacional de Epidemiologia, COOP/MED/ABRASCO, Salvador-BA, p. 398, abril 1995.

Banco Mundial. Brasil: Novo desafio à saúde do adulto. Washington. D.C., 1991 (Datilografado).

Biazevic MGH, Castellanos RA, Antunes JLF, Crosato EM. Tendência de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:10.

Blot WJ, McLaughlin JK, Devesa SS, Fraumeni Junior JF. Cancers of the oral cavity and pharynx. In: Schottenfeld D, Fraumeni Junior JF. (ed.). *Cancer Epidemiology and Prevention.* New York (NY): Oxford University Press; 1996. p.666-79.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. 6a ed. Ana Lúcia Amaral Eisenberg, tradutora. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti Ham. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literature entre o perfil do paciente, estadiamento clinic e tratamento proposto. *Rev Bras Cancerol.* 2007;53(1):63-9.

Camarini, E. T. Estudo epidemiológico dos carcinomas espinocelulares de boca dos pacientes atendidos nas cidades de Bauru e Jaú, Estado de São Paulo, Brasil. (Tese de Mestrado). Faculdade de Odontologia de Bauru, 1999.

Carvalho, M. B. et al. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. *Rev. Ass. Med. Brasil.*, v. 47, n. 3, p. 208-214, 2001.

Coleman MP et al. Trends in cancer incidence and mortality. International Agency for Research on Cancer. *IARC Sci Publ* 121: 1-806, 1993

Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004 jan-fev; 70(1):35-40.

Doll R The epidemiology of cancer. *Cancer* 45: 2475-2485, 1980.

Durazzo MD, Araujo CEN, Brandão Neto JS, Potenza AS, Costa P, Takeda F, et al. Clinical and epidemiological features of oral cancer in a medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases. *Clinics.* 2005 aug; 60(4):293-8.

Durazzo MD, Tavares MR, Nabuco ACE, Brandão Neto JS, Matsunaga P, Potenza AS, Silva Filho GB. Perfil dos portadores do câncer da cavidade oral operados de 1994 a 1998: predomínio de doença local avançada e aumento da incidência em mulheres. *Rev Bras Cir Cab Pesc,* 2001; 25:7-10.

Escovich L, Novelli JL. Lesiones canzerizables de lamucosa oral: factores de riesgo. In: Kowalski LP. et al. *Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer Bucal.* São Paulo: Frontis, 1999.

Franceschi SFA, Bidoli E, Herrero R, Muñoz N. Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. *Oral Oncology* 2000; 36: 106-115.

Franco EL, Dib LL, Pinto DS, Lombardo V, Contesini H. Race and Gender Influences on the Survival of Patients with Mouth Cancer. *J. Clin. Epidemiology* 1993; 46 (1): 37-46.

Franco EL. Epidemiology in the Study of Cancer. In: *Encyclopedia of Cancer.* Academic Press, Inc. 1997, pp. 621-641.

FUNASA.: Vigilância Epidemiológica dos Fatores de Risco de Câncer: Utilizando o tabagismo como modelo. Guia de Vigilância Epidemiológica. Cap. 05, 2001.

Funk GF, Karnell LH, Robinson RA, Zhen WK, Trask DK, Hoffman HT. Presentation, treatment and outcome of oral cavity cancer: a national cancer data base report. *Head Neck* 2002 Feb; 24(2):165-80

Gervásio OLAS, Dutra RA, Tartagli SMA, Vasconcelos WA, Barbosa AA, Aguiar MCF. Carcinoma epidermóide de boca: um estudo retrospectivo de 740 casos no Brasil. *Brazil Dental J.* 2001; 12:57-61.

Gervásio OLAS, Dutra RA, Tartaglia SMA, Barbosa AA, Aguiar MCF. Oral Squamous Cell Carcinomas: A Restrospective Study of 740 cases in a Braszilian Population. *Braz. Dent. J.* 2001; 12(1): 57-61.

Gillison ML. Current topics in the epidemiology of oral cavity and oropharyngeal cancers. *Head Neck.* 2007;29(8):779-92.

Howello, R. E.; Wright, B. A.; Dewar, R. Trends in the incidence of oral cancer in Nova Scotia from 1983 to 1997. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 95, n. 2, p. 205-212, 2003.

Idris AM, Ahmed HM, Ukhtar BI et al. Descriptive epidemiology of oral neoplasms in Sudan 1970-1975 and the hole of toombak. *Int J Cancer* 1995; 61: 155-8.

INCA. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA, Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2009.pp.83.

Johnson NW, Warnakulasuriya KAAS. Epidemiology and aetiology of oral cancer in the United Kingdom. *Community Dent Health.* 1993; 10(1): 13-29.

Joly DJ. Recursos para la lucha contra el cancer em America Latina: encuesta preliminar. *Bol Of Sanit Panam* 83: 330-340, 1977.

Key TJ, Allen NE, Spencer EA, Travis RC. The effect of diet on risk of cancer. *The Lancet* 2002; 360: 861-868.

Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, Fava AS et al. Lateness of Diagnosis of Oral and Oropharyngeal Carcinoma: Factors Related to the Tumor, the Patient and Health Professionals. *Oral Oncology* 1994; Vol 30B(3): 167-173.

Laurenti R. Transição demográfica e transição epidemiológica. Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1990 set 2-6; Campinas, Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 1990. p. 143-65.

- Lenz M, Gress H, Baum U, Dobritz M, Kersing-Sommerhoff B. Oropharynx, oral cavity, floor of the mouth: CT and MRI. *Eur J Radiol*. 2000;33(3):203-15.
- Line, S. et al. As alterações gênicas e o desenvolvimento do câncer bucal. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v. 49, n. 1, p. 51-56, jan./fev. 1995.
- Lockhart PB, Norris Jr CM, Pulliam C. Dental factors in the genesis of squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Oral Oncology* 1998; 34: 133-139.
- Loro Roc. Ensino odontológico: Câncer bucal, *Rev Odonto Cienc*, 2(3):61-71, Jun 1987.
- Macfarlane GJ, Boyle P, Evstifeeva TV, Robertson C, Scully C. Rising trends of oral cancer mortality among males worldwide: the return of an old public health problem. *Cancer causes and Control* 1994; 5: 259-65.
- Marigo C. Epidemiologia. In: *Estratégias para o controle de câncer*. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 1994. p.20-9.
- Medronho RA. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 91-103.
- Miller CS, Johnstone BM. Human papillomavirus as a risk factor for oral squamous cell carcinoma: A meta-analysis, 1982-1997. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 91:622-35.
- 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.*, v. 95, n. 5, p. 570-575, 2003.
- Miyachi S.; Sassi L.; Baras S.; Tommasi Mhm.; Zardo F.; Sugita RK et al. Centro de diagnóstico de lesões bucais: potencial do impacto na epidemiologia do câncer de boca em Curitiba. *Rev Bras Cirurg Implant* 2002; 9 (32):80-5.
- Moncrieff M, Sandilla J, Clark J, Clifford A, Shannon K, Gao K, O'BRIEN C. Outcomes of primary surgical treatment of T1 and T2 carcinoma of the oropharynx. *Laryngoscope*. 2009, 119(2):307-11.
- Neville, B. W. et al. *Oral and Maxillofacial Pathology*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1995. p. 295-304.
- Nishimoto IN, Pinheiro NA, Rogatto SR, Carvalho AL, Simpson AJ, Caballero OL, et al. Cyclin D1 gene polymorphism as a risk factor for squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive system in non-alcoholics. *Oral Oncology* 2004; 40: 604-610.
- Nofre, M. A. et al. Prevalência de câncer bucal no serviço de medicina bucal da Faculdade de Odontologia de Araraquara/UNESP: 1989-1995. *RGO*, v. 45, n. 2, p. 101-104, mar./abr. 1997.

Parise JRO. Câncer de boca. Aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier; 2000.

Parkin DM, Muir CS. Cancer incidence in five continents. Comparability and quality of data. IARC Sci Publ 1992; 120:45-173.

Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimate of worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. Int J Cancer. 1999; 80: 827-41.

Pereira A, Cavalcanti MGP, Tossato P, Guida F, Duaik M, KUROSHI M. Análise de carcinomas epidermóides por meio de radiografia panorâmica e tomografia computadorizada. Pesqui Odontol Bras. 2001;15(4):320-26.

Pereira LA, Sobrinho JA, Rapoport A, Dedivitis RA. Epidemiologia do câncer bucal em Barretos, São Paulo. Rev. Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço - VOL. 31 / Nº 2 / ABR./MAI./JUN. 2003

Perera, F.P.; Weinstein, I.B. Molecular epidemiology: recent advances and future directions. Carcinogenesis, New York, 2000, v.21, p. 517-524.

Perez RS, Freitas SM, Dedivits RA, Rapoport A, Denardin OVP, Andrade Sobrinho J. Estudo epidemiológico do carcinoma espinocelular da boca e orofaringe. Arq Int Otorrinolaringol. 2007 jul-set; 11(3):271-7.

Peto J. Cancer epidemiology in the last century and the next decade. Nature 2001; 411(6835): 390-5.

Pintos J, Franco EL, Kowalski LP, Oliveira BO and Curado MP. Use of wood stoves and risk of cancers of the upper aero-digestive tract: a case-control study. International Epidemiological Association 1998; 27: 936-40.

Pires AB. Diagnóstico do câncer de boca, responsabilidade do cirurgião-dentista. In: 5º Odonto Rio: Rio de Janeiro. Anais do 5º Odonto Rio; 2000.

Rice DP & Hodgson TA. Social and economic implications of cancer in the United States of America. World Health Stat Q 83: 56-100, 1980.

Rossi V, Tarozzi M, Lodi G, Sardella A, Demarosi F, Carrassi A. Clinical aspect and survival rates in subject with oral cancer: a retrospective cohort study. Minerva Stomatol. 2007; 56(11-12): 591-601.

Scully C, Bedi R. Ethnicity and oral cancer. Lancet Oncol. 2000; 1: 37-42.

Sodré AAA. Frequência do câncer no Brasil Brasil Medico 1904, 18(3): 229-232

Souza, A.; Stevaux O. M.; Santos, G. G.; Marcucci, G. Epidemiologia do carcinoma epidermóide em mucosa bucal – contribuição ao estudo sobre três variáveis: sexo, faixa etária e raça. Revista de Odontologia da UNICID, v. 8, n. 2, p. 127-34, 1996.

Stugis EM. A review of social and behavioral efforts at oral cancer preventions in India. *Head Neck* 2004; 26:937-44.

Tommasi AF. *Diagnóstico em Patologia Bucal*. São Paulo: Editora Pancast; 2002. p. 391-447.

Toporcov TN, Antunes JLF, Tavares MR. Fat food habitual intake and risk of oral cancer. *Oral Oncology* 2004; 40: 925- 931.

Velly AM, Franco EL, Schlecht N, Pintos J, Kowalski LP, Oliveira BV, et al. Relationship between dental factors and risk of upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncology* 1998; 34: 284-291.

Waters WF. Globalization, socioeconomic restructuring, and community health. *J Community Health*. 2001 Apr;26(2):79-92.

Worden FP, HA H. Controversies in the management of oropharynx cancer. *J Natl Compr Canc Netw*. 2008, 6(7):707-14.

World Cancer Research Fund. Food, nutrition and prevention of cancer: A global perspective. Washington: American Institute for Cancer Research; 1997. p.35-71, 508-40.

World Health Organization. Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. *Rev Panam Salud Publica*. 2002 Nov;12(5):366-70.

World Health Organization. *The World Health Report 1998: Life in the 21st century a vision for all*. Geneva: WHO; 1998. p.61-111.

World Healthy Organization. Global status report on alcohol. World Health Organization, Geneva, 1999.

Wünsch Filho V, Moncau JE. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48:3.

Wünsch-Filho V, Camargo EA. The Burden of Mouth Cancer in Latin America and the Caribbean: Epidemiologic Issues. *Seminars in Oncology*, Vol 28, nº 2, 2001: pp 158-68.

Zain RB. Cultural and dietary risk factors of oral cancer and precancer-a brief overview. *Oral Oncology* 2001; 37: 205-210.

11. MANUSCRITO II

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE BOCA E OROFARINGE DE 2000 A 2009 NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA – BA

Epidemiological profile of mouth and larynx cancer from 2000 to 2009 in the municipal district of Vitória da Conquista - BA.

11.1 RESUMO

O objetivo deste trabalho é verificar o perfil epidemiológico do câncer de boca e orofaríngeo no município de Vitória da Conquista – BA no período de 2000 a 2009, por meio de um estudo observacional retrospectivo. Os dados foram obtidos dos prontuários médicos do centro de referência no tratamento do câncer neste município – ICON – Instituto Conquistense de Oncologia, de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2009. Observou-se que do total de 117 prontuários, havendo concordância com os dados existentes na literatura, como se pode constatar: 87,18% eram do gênero masculino e 12,82% do feminino; 77,8% da amostra total situavam-se acima dos 40 anos de idade, cuja média foi de 58.3 anos. A maioria dos pacientes residia na zona rural 67%. Histologicamente, o carcinoma epidermóide prevaleceu com 91.2% dentre os casos diagnosticados. O predomínio de 49% da amostra situava-se na língua e soalho bucal.

Apenas 30,77% dos pacientes foram submetidos ao tratamento cirúrgico e radioterápico devido a uma deficiência de profissionais da área de cirurgia oncológica. Os resultados mostram que o perfil epidemiológico do câncer orofaríngeo em Vitória da Conquista - BA é semelhante aos dados encontrado na literatura, porém o protocolo de tratamento deste tipo de tumor foi não foi seguido de forma ideal na maioria dos casos. Concluímos que não apenas ações para prevenção, diagnóstico precoce, controle da doença e tratamentos quimioterápicos sejam suficientes. A formação de uma equipe multidisciplinar na área de cirurgia oncológica poderá ser útil no tratamento desta patologia.

Palavras-Chave: perfil epidemiológico, câncer oral e faringe, prevalência e fatores de risco.

11.2 INTRODUÇÃO

A mortalidade por doenças crônico-degenerativas vem mostrando uma ascensão progressiva, destacando-se, entre elas, as neoplasias malignas, que correspondem à segunda causa de morte no Brasil, excluindo-se as causas externas. (Ministério da Saúde, 2000)

Os tumores da cabeça e pescoço pela expressiva incidência e mortalidade, assim como alta letalidade, constituem-se em relevante preocupação para a saúde no mundo, particularmente nos países em desenvolvimento. (Pisani P. *et al*, 2002) A Organização Mundial de Saúde constitui o câncer de boca e faringe pela sua freqüência um problema de saúde pública.

O país Latino de maior incidência de câncer é o Brasil, com grandes variações por regiões geográficas. (Wunsc-Filho, 2002) A Cidade de São Paulo registra isoladamente a mais alta incidência na área das Américas. (Wunsc-Filho, 2001)

Com o aumento da expectativa de vida mundial o Brasil e diversos países da América Latina estão experimentando, nos últimos vinte anos, uma rápida transição demográfica e epidemiológica. (Kac G. *et al*, 2003)

O câncer oral e orofaríngeo no Brasil varia de uma região geográfica a outra, possivelmente devido à influência dos fatores de risco aos quais está exposta cada população. Epidemiologicamente, mais de 90% dos indivíduos acometidos por carcinoma bucal estão acima dos 55 anos de idade, uma faixa etária muito representativa para a comunidade ainda economicamente ativa. (FUNASA, 2001)

Compreender e controlar essas alterações genéticas e epigenéticas que determinam um crescimento celular desordenado e não controlado pelo organismo requer conhecimentos científicos e experiências que vão desde o conhecimento dos complexos mecanismos de regulação molecular intracelular às escolhas individuais do estilo de vida. Também se exige uma gestão competente e o melhor uso dos recursos disponíveis para o planejamento, execução e avaliação das estratégias de controle da doença. A prevenção e o controle epidemiológico do câncer estão entre os mais importantes desafios, científicos e de saúde pública, da nossa época.

Por isso faz-se necessário o conhecimento do perfil epidemiológico do câncer bucal, para que ações preventivas possam ser implementadas de forma a abranger toda a população.

11.3 METODOLOGIA

11.3.1 Caracterização da pesquisa

Neste estudo realizou-se uma abordagem quantitativa por meio de uma pesquisa epidemiológica documental, descritiva e transversal. Os dados foram obtidos a partir da análise dos prontuários da clínica ICON de janeiro de 2000 a dezembro de 2009 no município de Vitória da Conquista - BA. Foram analisados dos 143 prontuários de pacientes com câncer de boca e orofaringe, excluídos os melanomas.

Foram excluídos 26 prontuários do estudo, sendo 13 por degradação, 08 por dados incompletos e 05 ilegíveis. As variáveis do estudo foram idade, gênero, raça, hábitos de tabagismo e etilismo, localização da lesão, estadiamento clínico, tipo de diagnóstico histológico, origem do encaminhamento do paciente ao tratamento (médicos, dentistas ou outros), origem urbana ou rural e formas de tratamento.

Para codificação dos tumores, segundo o local de origem e natureza, usou-se a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (OMS, 2004) sendo subdivididas em 14 categorias (C00-C14.8).

Tabela 02– Códigos CID-10 (OMS, 2004)

Códigos	Grupos Diagnosticados
C00	Neoplasia maligna do lábio
C01	Neoplasia maligna da base da língua
C02	Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da língua
C03	Neoplasia maligna da gengiva

C04	Neoplasia maligna do assoalho da boca
C05	Neoplasia maligna do palato
C06	Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca
C07	Neoplasia maligna da glândula parótida
C08	Neoplasia maligna de outras glândulas salivares maiores e as não especificadas
C09	Neoplasia maligna da amígdala
C10	Neoplasia maligna da orofaringe
C11	Neoplasia maligna da nasofaringe
C12	Neoplasia maligna do seio piriforme
C13	Neoplasia maligna da hipofaringe
C14	Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definida, do lábio, cavidade oral e faringe

11.3.2 População da pesquisa

Pacientes tratados no Instituto Conquistense de Oncologia com câncer de boca e ou faringe durante o período de janeiro de 2000 até dezembro de 2009, independente do tipo, localização, idade, gênero, tratamento, óbito ou qualquer outra condição e situação.

11.3.3 Procedimento de coleta dos dados

Os dados foram coletados dos prontuários médicos do ICON – Instituto Conquistense de Oncologia com CID10 de C00 a C14.8 durante o período de janeiro de 2000 até dezembro de 2009. Estes prontuários foram pesquisados individualmente

11.3.4 Aspectos éticos da pesquisa

O presente protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da e EBMSp – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, tendo sido aprovado (Protocolo 64/2010). Da mesma forma o diretor clínico da ICON, referenda e autoriza a pesquisa nos prontuários desta instituição por meio do ofício 38/2009.

12. RESULTADOS

Foram analisados os dados de 117 prontuários de pacientes atendidos no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2009 no ICON - Instituto Conquistense de Oncologia. Com relação ao gênero, constatou-se que houve estatisticamente um maior percentual de homens. Dos pacientes com câncer em boca e orofaringe, 102 eram do gênero masculino (87,18%) e 15 do gênero feminino (12,82%), estabelecendo uma relação de 6,8:1.

Gênero	Quantidade	Porcentagem
Masculino	102	87,18%
Feminino	15	12,82%

Tabela 1 – Distribuição de pacientes por gênero

A maioria da amostra foi composta do indivíduos com características raciais do tipo faiodermas 63 (53,9%), seguido de melanodermas 45 (38,4%) e leucodermas 09 (7,7%).

Raça	Número	Porcentagem
Faioderma	63	53,9%
Melanoderma	45	38,4%

Leucoderma	09	7,7%
-------------------	----	------

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes em relação ao fenótipo cor de pele.

A idade dos indivíduos com câncer de boca variou entre 20 e 92 anos, sendo que 77,8% da amostra total situavam-se acima dos 40 anos de idade, cuja média foi de 58.3anos.

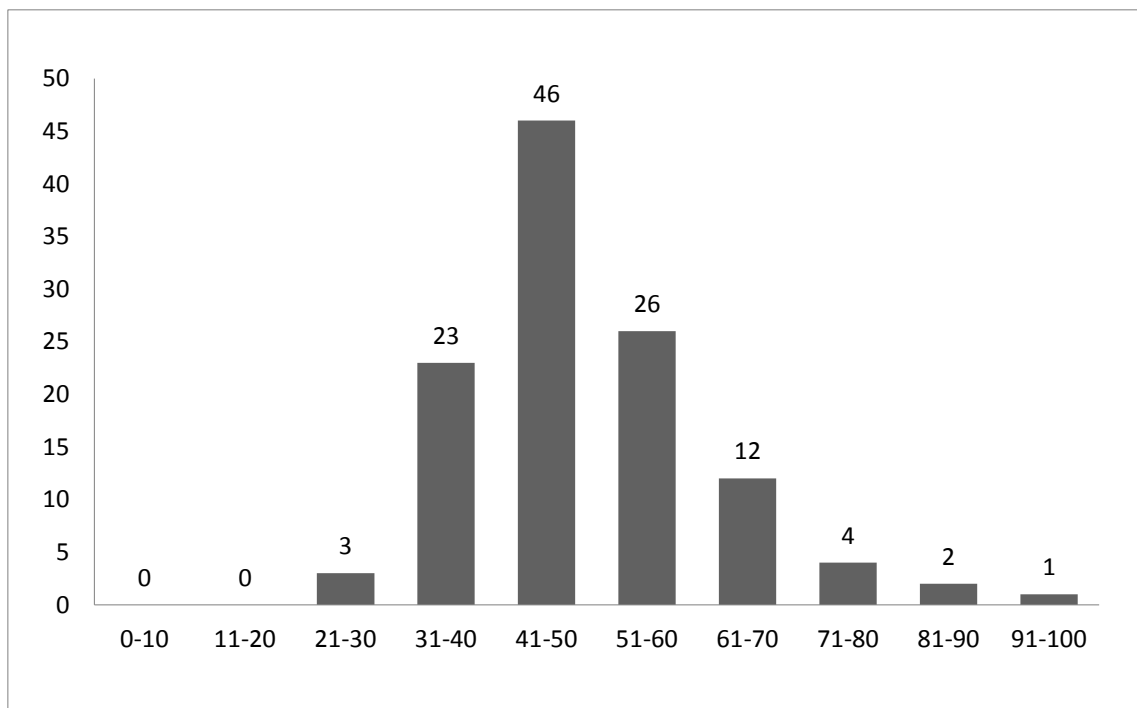


Gráfico 1– Distribuição dos pacientes estudados a faixa etária.

A maioria dos pacientes residia na zona rural 78 (67%) e 39 (33%) pacientes eram estabelecidos na zona urbana.

Variável	Número de Casos	Porcentagem
Residência Rural	78	67%
Residência Urbana	39	33%

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes de acordo com a residência.

Na Tabela 4, verificam-se os tipos histológicos encontrados na amostra, sendo o carcinoma epidermóide prevalente em 89.74% dentre os casos diagnosticados.

Tipo Histológico	Número	Porcentagem
Carcinoma Espinocelular	105	89,74%
Adenocarcinoma	07	5,98%
Sarcoma	03	2,56%
Carcinoma adenomatóide cístico	02	1,71%

Tabela 4 – Relação de pacientes estudados e tipo histológico.

Em relação à localização anatômica, os resultados foram: Orofaringe 33,33%, soalho bucal 16,24%, lábios 11,11%, gengiva 8,55%, tonsilas 6,84%, região jugal 5,98%, Área retro molar 5,13% e Palato 3,42%. O predomínio de 49% da amostra situava-se na língua e soalho bucal.

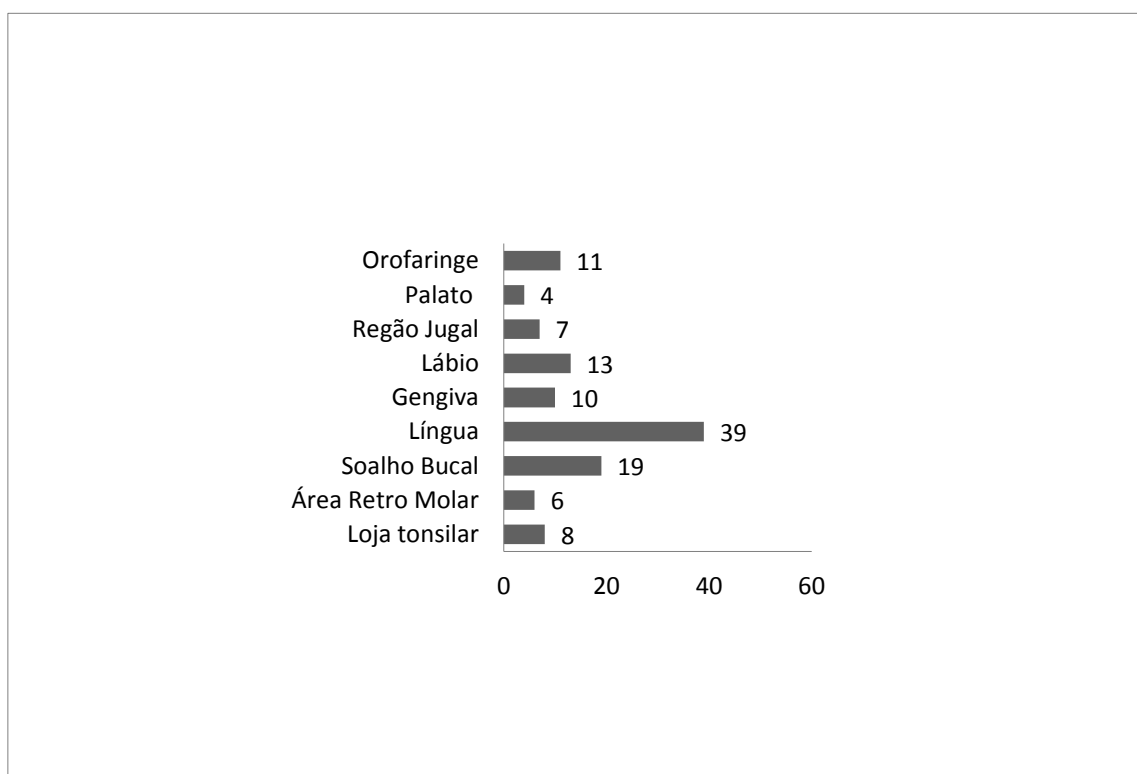


Gráfico 2 – Distribuição das lesões quanto a localização anatômica.

As relações de exposição aos fatores de risco do hábito de fumar e consumir bebidas alcoólicas são expostas na tabela 5. O hábito de fumar foi encontrado em 82,9% dos casos como fator de risco. O etilismo e o hábito de fumar foram citados por aproximadamente 50% dos prontuários avaliados.

Tipo Histológico	Número	Porcentagem
Fumantes	97	83%
Etilismo	53	45,3%
Nenhum	16	13,7%

Tabela 5 – Relação entre pacientes estudados e fatores de risco.

Foi observado no estudo que 77% da amostra apresentavam-se nos Estádios II e III. Dezesete pacientes encontravam-se no estágio I, trinta e três pacientes no estágio II, cinquenta e sete pacientes no estágio III e dez pacientes encontravam-se no estágio IV.

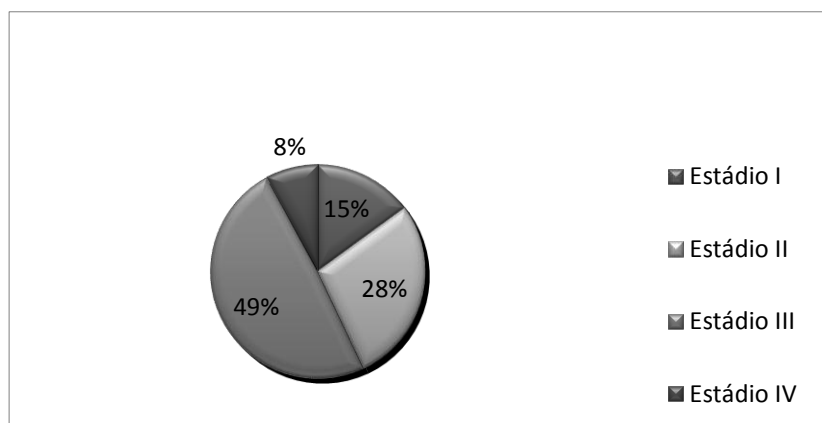


Gráfico 3 – Relação de pacientes estudados e estádios da doença.

Os tipos de encaminhamentos foram realizados por médicos em 64 (54,7%) pacientes, cirurgiões-dentistas 47(40,2%) e apenas seis (5,1%) pacientes por outras vias.

Tipo de encaminhamento	Número	Porcentagem
Médico	64	54,7%
Cirurgião-Dentista	47	40,2%
Outros	06	5,1%

Tabela 6 – Relação entre pacientes estudados e tipos de encaminhamentos.

Os dados obtidos em relação ao tratamento foram: 09 (7,7%) pacientes foram submetidos a radioterapia, 61 (52,13%) foram submetidos a quimioterapia, 06 (5,13%) foram submetidos a cirurgia, 36 (30,77%) foram submetidos a cirurgia e radioterapia e 05 (4,27%) foram submetidos a cirurgia, radioterapia e quimioterapia.

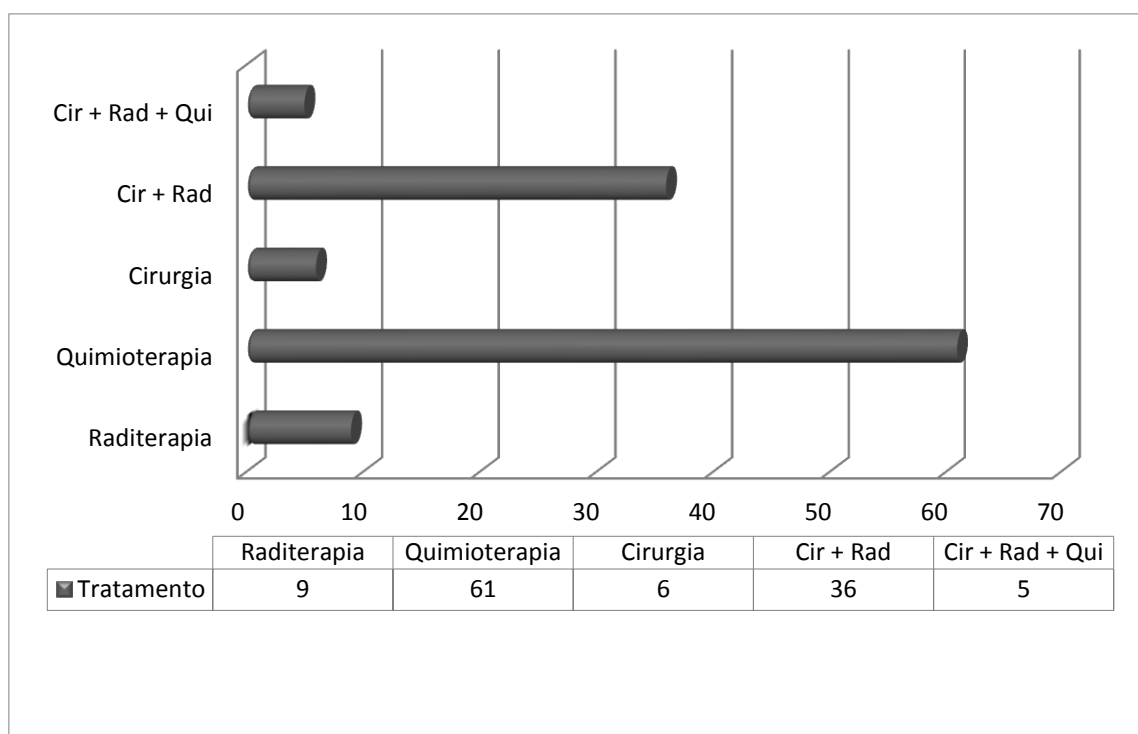


Gráfico 4 – Relação entre pacientes estudados e tipos de tratamentos realizados.

13. DISCUSSÃO

O prontuário, historicamente denominado como do médico e atualmente denominado como do paciente, é o documento em que devem estar registrados todos os episódios de atendimento ao paciente no serviço, de qualquer natureza e tipo de profissional (Bechara, 2003). Constitui-se num elemento fundamental ao bom atendimento, um instrumento de educação permanente e de pesquisa, entre outras

finalidades, de gerenciamento hospitalar (Hossne, 1992). Estes arquivos devem ser sempre preenchidos de forma legível e acondicionados adequadamente visando a sua preservação. Porém, esta realidade não foi encontrada nesta pesquisa. A preocupação dos profissionais de saúde com a qualidade do prontuário médico é recente, mas sua importância na avaliação da qualidade da assistência tem sido cada vez mais reconhecida em inúmeros trabalhos (Código de Ética Médica, 1988). Nesta pesquisa foram encontradas falhas em relação ao preenchimento das fichas administrativas (prontuários) dos pacientes atendidos no ICON – Instituto Conquistense de Oncologia. Haviam prontuários ilegíveis, rasurados, incompletos, sem o histórico da doença e outros deteriorados. É um grande desafio fazer pesquisas baseadas em prontuários nestas circunstâncias. O surgimento dos prontuários eletrônicos tem sido aplicado em hospitais e clínicas mundialmente com eficiência em rapidez - o usuário é capaz de entrar e recuperar o dados rapidamente, familiaridade - o registro eletrônico possui uma interface gráfica que é familiar ao usuário, flexibilidade - permite personalização do estilo de documentação, facilitando o acesso a informações necessárias para todos os tipos e categorias profissionais, melhora o fluxo de trabalho - aumenta a efetividade e melhora a documentação - mais clareza e legibilidade (IOM, 1997). Desta forma, é esperado que em pesquisas de prontuários eletrônicos consiga-se mais fidelidade na coletas de dados.

Distintos autores denominam genericamente o câncer de cavidade bucal e faringe apenas como câncer de boca. As diferentes localizações anatômicas de tumores na cavidade bucal apresentam associações particulares a fatores de risco específicos (Franceschi *et al.*, 2000). Porém, poucos autores os diferenciam claramente ou excluem os cânceres de lábio externo, de glândulas salivares e nasofaringe, que apresentam distinções histopatológicas e etiológicas em relação aos demais tumores de boca e faringe (Blot *et al.*, 1996; La Vecchia *et al.*, 1997; Franceschi *et al.*, 2000). Pela contigüidade anatômica com o trato digestivo alto e dificuldades na identificação da localização do tumor primário, os erros de classificação podem afetar em torno de 6% determinados conjuntos de casos de cânceres da cavidade bucal e faringe (Franceschi *et al.*, 2000). Neste estudo proposto houve a inclusão do lábio como câncer de boca pela também aceitação da maioria dos autores em pesquisas semelhantes e entendendo que o lábio está mais associado ao câncer de boca do que o câncer de pele, independentemente

do fator predisponente ser a exposição solar destoando das prevalências do tabagismo e etilismo.

Encontrou-se um predomínio do gênero masculino, o que corrobora com muitos estudos já existentes na literatura que também evidenciaram uma maior incidência deste tipo de neoplasia em homens. (Gervásio., *et al* 2001; Dedivitis., *et al*, 2004; Gillison, 2007; Perez., *et al* 2007; Rossi., *et al* 2007). O gênero masculino se expõe aos fatores considerados de risco mais precocemente, de forma mais constante, em maior tempo; além de não buscarem auxílio médico-odontológico quando comparado ao gênero feminino. Esta situação foi observada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2009; onde a não adesão às medidas de saúde integral por parte dos homens leva ao aumento da incidência de doenças e de mortalidade neste gênero. Números do Ministério da Saúde mostram que, do total de mortes de homens na faixa etária de 20 a 59 anos é de 68%. Ou seja, a cada três adultos que morrem no Brasil, aproximadamente dois são homens. Revela-se ainda que, embora a expectativa de vida dos homens tenha aumentado de 63,20 para 68,92 anos de 1991 para 2007, ela ainda se mantém 7,6 anos abaixo da média das mulheres. Foi encontrada nesta pesquisa, uma maior relação entre homens (87,18%) e mulheres (12,82%) - 6:1, que são resultados semelhantes aos relatados em estudo retrospectivo realizado em Belo Horizonte, com 82,7% casos do gênero masculino (Gervásio *et al.*, 2001) e, também, em outro estudo realizado em São Paulo, Paraná e Goiás, com 87,1% participantes do gênero masculino (Pintos *et al.*, 1998). Todavia maiores, quando comparados aos achados de Carvalho *et al.*, 2001 e Miller., *et al* 2003 que foi de 4:1 e uma relação ainda menor 3:1 foi encontrada em outras regiões do Brasil e do mundo. (Blot *et al.*,1996; Franco 1997; Franceschi *et al.*, 2000; Wunsch-Filho e Camargo, 2001). Estes diferentes índices demonstram as variações epidemiológicas de uma região para outra mesmo em apenas num país. Apesar de haver um predomínio do gênero masculino, tem-se notado que nas últimas décadas está havendo um aumento de novos casos de câncer em mulheres, possivelmente devido às mudanças nos hábitos sociais através de maior exposição a fatores predisponentes ao desenvolvimento do câncer e à maior procura por atendimento médico-odontológico especializado, favorecendo assim o diagnóstico da doença. (Amorim., *et al* 2003; Durazzo., *et al* 2005)

A literatura indica que a faixa etária mais atingida é dos 50 aos 70 anos. (Funk., *et al* 2002, Perez., *et al* 2007, Alvarenga., *et al* 2008) Todavia, foi verificada a

ocorrência de câncer de boca e orofaringe em indivíduos menores que esta média. Segundo Macfarlane *et al.* em 1994, aponta a faixa etária de 41 a 50 anos como a mais atingida. Estes dados são semelhantes aos encontrados nos trabalhos de Escovich., *et al* 1999, Durazzo., *et al* 2001 e Durazzo., *et al* 2005. Porém, mesmo com o surgimento do câncer de boca e orofaringe em faixas etárias mais jovens a média de idade sofreu pouca alteração. Neste trabalho foi de 58,3, enquanto foi observado 57,8 anos por Pereira., *et al* 2003, 58 anos por Durazzo., *et al* 2001.

Neste trabalho a maioria dos pacientes residia na zona rural 78 (67%) e 39 (33%) pacientes eram estabelecidos na zona urbana. Segundo pesquisa realizada por Pereira (2003), foram encontrados dados divergentes na residência urbana 64,29% e rural 34,47%. Desta forma pode-se observar nestes estudos antagônicos que existe o aparecimento do câncer de boca e orofaringe tanto em áreas rurais quanto urbanas. Nas duas situações existe a exposição aos fatores de risco com suas particularidades. As diferenças se encontram nos níveis de consciência de exposição aos fatores predisponentes e acesso à assistência médico-odontológica.

O tipo histológico mais frequente de câncer de boca e orofaringe encontrado em 91,2% da nossa amostra foi o carcinoma epidermóide, o que já foi extensivamente comprovado pela literatura dados muito semelhantes. (Line *et al.*, 1995; Neville *et al.*, 1995; Nofre *et al.*, 1997; Howell *et al.*, 2003). Na literatura pesquisada não houve nenhum outro tipo histológico com maior prevalência

Ao contrário do gênero, a raça não parece ser um fator determinante para o câncer de boca e orofaringe, embora tenha sido observada no Brasil uma maior predileção da doença pela raça branca (Franco *et al.* 1993; Kowalski *et al.* 1994; Souza *et al.*, 1996, Pintos *et al.* 1998 Camarini, 1999; Abdo, 2001; Gervásio *et al.* 2001, Durazzo., *et al* 2005). Todavia, esta predileção por indivíduos de pele clara parece refletir muito mais uma tendência populacional do que se relacionar com a doença em si, porém somente com os avanços da biologia molecular é que poderemos afirmar se a raça é, ou não, um fator de risco em relação ao câncer de boca e orofaringe. Foi observada neste estudo uma discordância em relação à predileção vista na literatura, sendo da amostra composta por indivíduos com características raciais do tipo faiodermas 63 (53,9%), seguido de melanodermas 45 (38,4%) e leucodermas 09 (7,7%). Isto pode ser explicado pelo maior número de faiodermas e melanodermas habitantes

nesta região, além de serem as raças com menor nível socioeconômico, portanto mais expostas aos fatores predisponentes quanto comparados aos leucodermas.

Aproximadamente 80% das neoplasias estão relacionadas, direta ou indiretamente, a agentes extrínsecos ou ambientais que envolvem hábitos alimentares, hábitos sociais e exposição a poluentes (Higginson, 1993, Boffetta *et al.*, 2003). A literatura é singular ao atribuir ao tabaco elevado risco no desenvolvimento do câncer bucal e orofaríngeo. Nesta pesquisa o hábito de fumar foi encontrado em 82,9% dos casos como fator de risco, já o etilismo foi de 45,3% da amostra. Estudos revelam que a maioria dos pacientes portadores de câncer bucal apresenta história de fumo com efeito dose-resposta com relação ao tempo e a quantidade de tabaco consumida (Francheschi, 1990). Além disso, a potencialização dos efeitos do tabaco através da associação com o consumo de bebida alcoólica vem sendo demonstrada (Blot *et al.*, 1988). Segundo Carlini-Marlatt (2002) o consumo per capita de álcool sofreu um aumento de 74% entre as décadas de 70 e 90 e a prevalência no consumo de bebidas alcoólicas era de 25 % para homens e 6% para mulheres. Tendo em vista tais correlações, verifica-se que o desenvolvimento da maioria das lesões cancerosas poderia ser impedido por modificações simples de hábitos alimentares e sociais. Desse modo, cerca de 70 % dos tumores de boca e orofaringe poderiam ser evitados, apenas abandonando-se o hábito de fumar. A associação do tabagismo com o etilismo é predominante, sendo constatada em praticamente três quartos dos pacientes (Johnston *et al.*, 1997, Bundgaard *et al.*, 1994, Dedivitis *et al.*, 2004). Entretanto, nesta pesquisa a associação do etilismo e o hábito de fumar foram encontrados em uma menor proporção, aproximadamente 50% dos prontuários avaliados.

Em relação à localização anatômica, os resultados foram: Orofaringe 33,33%, soalho bucal 16,24%, lábios 11,11%, gengiva 8,55%, tonsilas 6,84%, região jugal 5,98%, Área retro molar 5,13% e Palato 3,42%. O predomínio de 49% da amostra situava-se na língua e soalho bucal, dados que são coincidentes entre muitos pesquisadires (Brandizzi, 2005, Canto, 2002, Tarvainen, 2004). Outra localização de alta prevalência do carcinoma epidermóide é o lábio inferior, todavia, neste, a exposição à radiação solar parece estar associado como o principal fator de risco (Chidzonga, 2006).

A maior rapidez no diagnóstico do câncer resulta em menor morbidade no tratamento e num melhor prognóstico aos portadores, assim como um adequado tratamento pode resultar em menor mortalidade. Sabe-se que, quando diagnosticados tardiamente, a maioria das neoplasias requer maiores doses de quimioterápicos, radioterapia e cirurgias, elevando o custo do tratamento, além de um aumento no sofrimento dos pacientes por perda de função e mutilação. Por outro lado, se tratados a tempo, muitos pacientes poderão ser devolvidos à sociedade com o mínimo de seqüelas e capazes de adequar-se às exigências do mercado de trabalho e convívio social (Campos, Chagas, Magna, 2007; Kowalski *et al.*, 1994). Os estádios III e IV são os mais encontrados na literatura quando diagnosticados (Fardin *et al.*, 2004). Foi observado no estudo que 77% da amostra apresentavam-se nos Estádios II e III. Dezesete pacientes encontravam-se no estágio I, trinta e três pacientes no estágio II, cinquenta e sete pacientes no estágio III e dez pacientes encontravam-se no estágio IV. Isto denota uma situação positiva em dois aspectos, primeiro de um melhor prognóstico em fases mais iniciais no tratamento e em segundo aspecto que os pacientes possam estar sendo encaminhados ou direcionados ao tratamento de forma mais prematura.

Tumores da cavidade oral, mais acessíveis ao exame clínico, são mais encaminhados por médicos ou cirurgiões-dentistas generalistas. Já lesões de orofaringe, não tão acessíveis, tendem a ser mais encaminhadas por profissionais especializados na área como estomatologista, cirurgião bucomaxilofacial, cabeça e pescoço e otorrinolaringologista. Os tipos de encaminhamentos encontrados neste estudo foram realizados por médicos em 64 (54,7%) pacientes, cirurgiões-dentistas 47(40,2%) e apenas seis (5,1%) pacientes por outras vias. Muitos estudos são enfáticos quanto a pouca atuação do cirurgião-dentista no encaminhamento dos pacientes com câncer de boca e/ou orofaringe os quais questionaram seu nível de conhecimento e foco de atenção para esta patologia (Dedivitis *et al.*, 2004). É importante salientar que o médico tem mais contato com comunidades mais predispostas a fatores de risco quando comparada ao cirurgião-dentista. Além do mais, a assistência odontológica ainda é restrita a um grupo populacional. No estudo em questão, observou-se um número de encaminhamento por parte dos cirurgiões-dentistas discretamente inferior dos daqueles encaminhados por médicos, todavia discordante da literatura. O surgimento do PSF – Programa de Saúde da Família por iniciativa federal em 1994, a inclusão do cirurgião-dentista neste programa em 2001 e ampliação de equipes em zonas rurais e urbanas

podem ser apontados como responsáveis por este significativo índice de encaminhamento por parte dos cirurgiões-dentistas. Kerr (2002) e Loro (1987) ressaltam a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce do câncer de cavidade bucal e o quanto os mesmos são decisivos para um bom prognóstico e sucesso do tratamento. A população exposta aos fatores de risco sem assistência passa a ter equipes multiprofissionais bem próximos, tornando os diagnósticos e encaminhamentos uma realidade. A prevenção, educação da população, treinamento profissional e dos acadêmicos nos cursos de graduação de odontologia e medicina mais adequados podem melhorar o direcionamento destes pacientes a unidades de tratamento.

É um consenso que a modalidade terapêutica para o tratamento do câncer de boca e orofaringe mais empregada é a cirurgia. (Loro, 1987). Em alguns casos, dependendo do estadiamento clínico do tumor, a complexidade do tratamento aumenta, necessitando, além de uma cirurgia radical, a associação com outras modalidades de tratamento, tais como a quimioterapia antineoplásica sistêmica e a radioterapia. (FUNASA, 2001)

As opções terapêuticas ofertadas ao paciente devem visar os maiores índices de sobrevivência, levando-se em consideração sua morbi-mortalidade, as seqüelas funcionais e estéticas, as repercussões no cotidiano e na profissão do paciente e a qualidade de vida. Assim, a questão de ressecabilidade ou não da lesão é somente um dos fatores fundamentais no dilema do cirurgião de cabeça e pescoço (Moncrieff *et al.*, 2009). Os dados obtidos em relação ao tratamento foram: 09 (7,7%) pacientes foram submetidos a radioterapia, 61 (52,13%) foram submetidos a quimioterapia, 06 (5,13%) foram submetidos a cirurgia, 36 (30,77%) foram submetidos a cirurgia e radioterapia e 05 (4,27%) foram submetidos a cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A maioria da amostra foi submetida apenas a quimioterapia, o que vem de encontro ao consenso literário que o tratamento do câncer de boca e orofaríngeo é cirúrgico (Amar *et al.*, 2004; Loro, 1987; Moncrieff *et al.*, 2009; Walvekar *et al.*, 2008). Para o tratamento de casos avançados pode-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, porém apenas a quimioterapia isolada não é efetiva no tratamento do câncer de boca e orofaringe (Wray *et al.*, 1993). A maioria dos indivíduos da pesquisa encontravam-se em estágio III e III, situados como bons candidatos ao tratamento cirúrgico. A dificuldade de acesso a

equipes de cirurgia oncológica vinculadas ao SUS foi um dos fatores que direcionaram os oncologistas clínicos desta instituição o uso do tratamento quimioterápico desta instituição. Outra fator importante é a decisão dos pacientes em serem submetidos ou não a tratamentos cirurgicos radicais e mutiladores. Porém, uma nova pesquisa visando buscar os resultados destes tratamentos quimioterápicos poderia ser de valia na sobrevivência destes indivíduos em dez anos de estudo. Devido limitações nos prontuários e a falta de registros nos acompanhamentos destes pacientes não foi possível relacionar a efetividade deste tratamento.

14. CONCLUSÕES

O Câncer de boca acometeu mais indivíduos do sexo masculino, apresentando uma incidência ao predomínio pelas 5ª e 6ª décadas de vida e a média de idade foi de 58.3 anos.

Quando devidamente especificada a localização topográfica, a Língua e o soalho bucal foram localizações mais acometidas. O carcinoma epidermóide foi o tipo histológico de maior prevalência.

O perfil epidemiológico do câncer bucal e orofaríngeo no serviço pesquisado é semelhante a outros estudos mesmo com alguns fatores divergentes. Foi evidenciado que os levantamentos epidemiológicos são de fundamental importância para se traçar medidas mais efetivas de combate ao câncer bucal e orofaríngeo.

Os prontuários dos pacientes deveriam ser mais detalhados pelo profissional. Faz-se necessário equipes multiprofissionais presentes e atuantes, pois caso contrário corre-se o risco de tratamentos não condizentes com protocolos científicos.

15. ABSTRACT

The purpose of this essay is to verify the epidemiological profile of mouth and larynx cancer from 2000 to 2009 in the municipal district of Vitória da Conquista-BA. Observing the predominance, kind and localization. It was made an observational, descriptive and retrospective. The data were obtained by medical promptuaries of the reference Center of municipal district in the treatment of cancer called: ICON [Instituto Conquistense de Oncologia, that stands for: Oncology Institute of Vitória da Conquista], from January, 2000 to December, 2009 (10 years). It was observed that, in

concordance with the data in actual literature, in the total of 117 patients, 87.18% male, 12.82% female; 92.5% of the total sample is over the age of 40 year-old; wich average was 58.3 year-old. Histologically the carcinoma epidermodal [cancer of the epithelial tissue] predominated with 91.2% among the diagnostic cases. The results show that the epidemiological profile of mouth and larynx cancer from 2000 to 2009 in the municipal district of Vitória da Conquista-BA increased annually the number of cases. We conclude that prevention actions, precocious diagnosis and the controlo f the disease should be optimized.

KEY WORDS: Epidemiological profile, mouth and larynx cancer, predominance, risk factors.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

Abdo, E. N. Perfil do paciente portador do carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento num hospital vinculado ao Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Odontologia da UFMG, 2001.

Albuquerque MA. Correlação entre os aspectos clínicos e a tomografia computadorizada na avaliação da destruição óssea provocada por neoplasias malignas de boca e orofaringe [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

Alvarenga LM, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, Ruback MJC, Maniglia JV, Goloni-Bertollo EM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. Rev Bras Otorrinolaringol. 2008 jan-fev; 74(1):68-73.

Amar A, Franzi AS, Rapoport A. Tratamento do carcinoma epidermoide de palato mole. Rev Bras Otolaringol. 2004, 70(6):761-4.

Amorim Filho FS, Andrade Sobrinho J, Rapoport A, Carvalho MB, Novo NF, Juliano Y. Estudo de variáveis demográficas, ocupacionais e co-carcinogénicas no carcinoma espinocelular da base de língua nas mulheres. Rev Bras Otorrinolaringol. 2003 jul-ago; 69(4): 472-8.

Bechara SJ. Aspectos Médico-Legais do Trauma Ocular. In: Takahashi W. Traumatismos e urgências oculares. São Paulo: Roca 2003. v.5, p. 241-6. (Série Oftalmologia – USP).

Biazevic MGH, Castellanos RA, Antunes JLF, Crosato EM. Tendência de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:10.

Blot WJ, McLaughlin JK, Devesa SS, Fraumeni Junior JF. Cancers of the oral cavity and pharynx. In: Schottenfeld D, Fraumeni Junior JF. (ed.). *Cancer Epidemiology and Prevention*. New York (NY): Oxford University Press; 1996. p.666-79.

Blot, W.J.; Mclaughlin, J.K.; Winn, D.M.; Austin, D.F.; Greengerg, R.S. Preston-Martin, S.; et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Research*, Philadelphia, 1988, v. 89, p. 1698-1705.

Boffeta, P.; Nyberg, F., Contribution of environmental factors to cancer risk. *Brazilian Medicine Bull*, 2003, v. 68, p. 71-94.

Brandizzi D, Chuchurru JA, Ianfranchi HE, Cabrini rl. Analysis of the epidemiological features of oral cancer in the city of Buenos Aires. *Acta Odontol latinoam*. 2005;18(1):31-5

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. 6a ed. Ana Lúcia Amaral Eisenberg, tradutora. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literature entre o perfil do paciente, estadiamento clinic e tratamento proposto. *Rev Bras Cancerol*. 2007;53(1):63-9.

Bundgaard T, Bentzen SM, Wildt J. The prognostic effect of tobacco and alcohol consumption in intra-oral squamouscell carcinoma. *Eur J Cancer B Oral Oncol*. 1994;30B(5):323-8

Camarini, E. T. Estudo epidemiológico dos carcinomas espinocelulares de boca dos pacientes atendidos nas cidades de Bauru e Jaú, Estado de São Paulo, Brasil. (Tese de Mestrado). Faculdade de Odontologia de Bauru, 1999.

Canto MT, Devesa SS. Oral cavity and pharynx cancer incidence rates in the United States, 1975-1998. *Oral Oncol*. 2002;38(6):610-7.

Carlini, E.A.; Galduróz, J.C.F.; Noto, A.R.; Nappo, A.S. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país—2001. São Paulo: Cromosete, 2002.

Carvalho, M. B. et al. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. *Rev. Ass. Med. Brasil.*, v. 47, n. 3, p. 208-214, 2001.

Chidzonga mm, mahomva l. Squamous cell carcinoma of the oral cavity, maxillary antrum and lip in a Zimbabwean population: a descriptive epidemiological study. *Oral Oncol.* 2006;42(2):184-9.

Código de Ética Médica, artigo 69 Publicação do CREMESP1988.

Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004 jan-fev; 70(1):35-40.

Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe / Clinic and epidemiologic characteristics in the with squamous cell carcinoma of the mouth and oropharynx. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004;70(1):35-40.

Durazzo MD, Araujo CEN, Brandão Neto JS, Potenza AS, Costa P, Takeda F, et al. Clinical and epidemiological features of oral cancer in a medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases. *Clinics.* 2005 aug; 60(4):293-8.

Durazzo MD, Tavares MR, Nabuco ACE, Brandão Neto JS, Matsunaga P, Potenza AS, Silva Filho GB. Perfil dos portadores do câncer da cavidade oral operados de 1994 a 1998: predomínio de doença local avançada e aumento da incidência em mulheres. *Rev Bras Cir Cab Pesc,* 2001; 25:7-10.

Escovich L, Novelli JL. Lesiones canzerizables de lamucosa oral: factores de riesgo. In: Kowalski LP. et al. *Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer Bucal.* São Paulo: Frontis, 1999.

Fardin Marcelo, Rapaport Abrão, Amar Ali, Magalhães Marcos Ribeiro de, Latorre Maria do Rosário Dias de Oliveira. Fatores de risco no prognóstico do câncer de boca. Estudo de 1440 casos. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço* - vol. 33 / nº 1 / jan./fev./mar. 2004

Franceschi SFA, Bidoli E, Herrero R, Muñoz N. Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. *Oral Oncology* 2000; 36: 106-115.

Francheschi, S., et al. Smoking and Drinking in Relation to Cancers of the Oral cavity, Pharynx, Larynx and Esophagus in Northern Italy. *Cancer Research, Philadelphia,* 1990, v. 50, p.6502-6507.

Franco EL, Dib LL, Pinto DS, Lombardo V, Contesini H. Race and Gender Influences on the Survival of Patients with Mouth Cancer. *J. Clin. Epidemiology* 1993; 46 (1): 37-46.

Franco EL. Epidemiology in the Study of Cancer. In: *Encyclopedia of Cancer*. Academic Press, Inc. 1997, pp. 621-641.

Funasa.: *Vigilância Epidemiológica dos Fatores de Risco de Câncer: Utilizando o tabagismo como modelo*. Guia de Vigilância Epidemiológica. Cap. 05, 2001.

Funk GF, Karnell LH, Robinson RA, Zhen WK, Trask DK, Hoffman HT. Presentation, treatment and outcome of oral cavity cancer: a national cancer data base report. *Head Neck* 2002 Feb; 24(2):165-80

Garzino-Demo P, DellAcqua A, Dalmaso P, Fasolis M, La Terra Maggiore GM, Ramieri G, Berrone S, Rampino M, Schena M. Clinicopathological parameters and outcome of 245 patients operated for oral squamous cell carcinoma. *J Craniomaxillofac Surg*. 2006;34(6):344-50.

Gervásio OLAS, Dutra RA, Tartagli SMA, Vasconcelos WA, Barbosa AA, Aguiar MCF. Carcinoma epidermóide de boca: um estudo retrospectivo de 740 casos no Brasil. *Brazil Dental J*. 2001; 12:57-61.

Gervásio OLAS, Dutra RA, Tartaglia SMA, Barbosa AA, Aguiar MCF. Oral Squamous Cell Carcinomas: A Restrospective Study of 740 cases in a Brazilian Population. *Braz. Dent. J*. 2001; 12(1): 57-61.

Gillison ML. Current topics in the epidemiology of oral cavity and oropharyngeal cancers. *Head Neck*. 2007;29(8):779-92.

Higginson, J, Environmental carcinogenesis. *Cancer*, 1993, v. 72, n. 01, p. 971-977.

Hossne WS. Prontuário médico- aspectos éticos. *Rev Ass Med Brasil* 199238(2): 75-9.

Howell, R. E.; Wright, B. A.; Dewar, R. Trends in the incidence of oral cancer in Nova Scotia from 1983 to 1997. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 95, n. 2, p. 205-212, 2003.

INCA. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2009. pp.83.

INSTITUTE OF MEDICINE OF NATIONAL ACADEMIES. *The Computer-Based Patient Record: An Essential Technology for Health Care*. Revised

Edition. IOM: Washington, 1997. Disponível em: <http://www.iom.edu/CMS/3809/22303.aspx>.

Johnston WD, Ballantyne AJ. Prognostic effect of tobacco and alcohol use in patients with oral tongue cancer. *Am J Surg*. 1977; 134(4): 444-7

Kerr AR, Cruz GD. Oral cancer. Practical prevention and early detection for the dental team. *N Y State Dent J*. 2002 Aug-Sep; 68(7): 44-54.

Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, Fava AS et al. Lateness of Diagnosis of Oral and Oropharyngeal Carcinoma: Factors Related to the Tumor, the Patient and Health Professionals. *Oral Oncology* 1994; Vol 30B(3): 167-173.

Lenz M, Greess H, Baum U, Dobritz M, Kersing-Sommerhoff B. Oropharynx, oral cavity, floor of the mouth: CT and MRI. *Eur J Radiol*. 2000; 33(3): 203-15.

Line, S. et al. As alterações gênicas e o desenvolvimento do câncer bucal. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v. 49, n. 1, p. 51-56, jan./fev. 1995.

Loro ROC. Ensino odontológico: Câncer bucal, *Rev Odonto Cienc*, 2(3):61-71, Jun 1987.

Macfarlane GJ, Boyle P, Evstifeeva TV, Robertson C, Scully C. Rising trends of oral cancer mortality among males worldwide: the return of an old public health problem. *Cancer causes and Control* 1994; 5: 259-65.

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.*, v. 95, n. 5, p. 570-575, 2003.

Miyachi I S.; Sassi L.; Baras S.; Tommasi MHM.; Zardo F.; Sugita RK et al. Centro de diagnóstico de lesões bucais: potencial do impacto na epidemiologia do câncer de boca em Curitiba. *Rev Bras Cirurg Implant* 2002; 9 (32):80-5.

Moncrieff M, Sandilla J, Clark J, Clifford A, Shannon K, Gao K, O'Brien C. Outcomes of primary surgical treatment of T1 and T2 carcinoma of the oropharynx. *Laryngoscope*. 2009, 119(2):307-11

Moncrieff M, Sandilla J, Clark J, Clifford A, Shannon K, Gao K, O'Brien C. Outcomes of primary surgical treatment of T1 and T2 carcinoma of the oropharynx. *Laryngoscope*. 2009, 119(2):307-11.

Neville, B. W. et al. *Oral and Maxillofacial Pathology*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1995. p. 295-304.

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

Parise JRO. Câncer de boca. Aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier; 2000.

Pereira A, Cavalcanti MGP, Tossato P, Guida F, Duaiq M, Kuroshi M. Análise de carcinomas epidermóides por meio de radiografia panorâmica e tomografia computadorizada. Pesqui Odontol Bras. 2001;15(4):320-26.

Pereira LA, Sobrinho JA, Rapoport A, Dedivitis RA. Epidemiologia do câncer bucal em Barretos, São Paulo. Rev. Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço - VOL. 31 / Nº 2 / ABR./MAI./JUN. 2003

Pereira Lúcio Antonio, Sobrinho Josias de Andrade, Rapoport Abrão, Dediviti Rogério Aparecido. Epidemiologia do câncer bucal em Barretos, São Paulo. Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço - VOL. 31 / Nº 2 / ABR./MAI./JUN. 2003

Perez RS, Freitas SM, Dedivits RA, Rapoport A, Denardin OVP, Andrade Sobrinho J. Estudo epidemiológico do carcinoma espinocelular da boca e orofaringe. Arq Int Otorrinolaringol. 2007 jul-set; 11(3):271-7.

Pintos J, Franco EL, Kowalski LP, Oliveira BO and Curado MP. Use of wood stoves and risk of cancers of the upper aero-digestive tract: a case-control study. International Epidemiological Association 1998; 27: 936-40.

Pires AB. Diagnóstico do câncer de boca, responsabilidade do cirurgião-dentista. In: 5º Odonto Rio: Rio de Janeiro. Anais do 5º Odonto Rio; 2000.

Rossi V, Tarozzi M, Lodi G, Sardella A, Demarosi F, Carrassi A. Clinical aspect and survival rates in subject with oral cancer: a retrospective cohort study. Minerva Stomatol. 2007; 56(11-12): 591-601.

Souza, A.; Stevaux, O. M.; Santos, G. G.; Marcucci, G. Epidemiologia do carcinoma epidermóide em mucosa bucal – contribuição ao estudo sobre três variáveis: sexo, faixa etária e raça. Revista de Odontologia da UNICID, v. 8, n. 2, p. 127-34, 1996.

Tarvainen I, Suuronen r, lindqvist C, malila N. Is the incidence of oral and pharyngeal cancer increasing in Finland? An epidemiological study of 17,383 cases in 1953-1999. Oral Dis. 2004;10(3):167-72.

Tommasi AF. Diagnóstico em Patologia Bucal. São Paulo: Editora Pancast; 2002. p. 391-447.

Walvekar RR, Li RJ, Gooding WE, Gibson MK, Heron D, Johnson JT, Ferris RL. Role of surgery in limited (T1-2; N0-1) cancers of the oropharynx. *Laryngoscope*. 2008, 118 (12):2129-34.

Worden FP, HA H. Controversies in the management of oropharynx cancer. *J Natl Compr Canc Netw*. 2008, 6(7):707-14.

Wray A, McGuirt WF. Smokeless tobacco usage associated with oral carcinoma. Incidence, treatment, outcome. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 119:929-33.

Wünsch Filho V, Moncau JE. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48:3.

Wünsch-Filho V, Camargo EA. The Burden of Mouth Cancer in Latin America and the Caribbean: Epidemiologic Issues. *Seminars in Oncology*, Vol 28, nº 2, 2001: pp 158-68.

17. ANEXO

