

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCOMAXILOFACIAL**

KAREN CORRÊA DE OLIVEIRA

**ESTUDO RETROSPECTIVO DA PREVALÊNCIA DE CÂNCER BUCAL
NO PLANALTO MÉDIO GAÚCHO**

Porto Alegre

2013

KAREN CORRÊA DE OLIVEIRA

**ESTUDO RETROSPECTIVO DA PREVALÊNCIA DE CÂNCER BUCAL
NO PLANALTO MÉDIO GAÚCHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos obrigatórios para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, na área de concentração em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

Orientador: Prof. Dr. João Batista Blessmann Weber

Porto Alegre

2013

Dedico este trabalho aos meus pais
Ronaldo e Dirlei,
por todo o amor, dedicação e suporte
ao longo de minha vida e pelo incentivo
à minha educação e formação profissional.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. João Batista Blessmann Weber, por tornar possível a realização deste trabalho, aceitando o desafio de orientá-lo. Agradeço imensamente pela disponibilidade, pelos ensinamentos, pela constante dedicação e disposição em repassar seus conhecimentos.

Ao Prof. Dr. José Antônio Poli Figueiredo, coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, pela solicitude em atender aos alunos e pela competência e extremo profissionalismo com que conduz seu trabalho.

Ao colega e amigo, Prof. Me. Alexandre Basualdo, pelo apoio constante e por suas valiosas colaborações em todas as etapas do trabalho.

À Prof. Dra. Ana Maria Spohr, pelo auxílio, disposição em ajudar e pelas suas orientações.

Ao Prof. Dr. Rogério Miranda Pagnoncelli, pela co-orientação deste trabalho.

Ao Hospital São Vicente de Paulo pela oportunidade de realizar este trabalho dispondo do seu material e instalações.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação em Odontologia da PUCRS pela disponibilidade, educação e eficiência em atender aos alunos.

Aos meus pais, Ronaldo e Dirlei, que possibilitaram a realização deste sonho.

Ao meu irmão Cassius Corrêa de Oliveira, por estar sempre ao meu lado.

E, enfim, a todos que de alguma forma contribuíram na execução desse trabalho que marca minha vida profissional e pessoal.

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo realizar um levantamento epidemiológico dos casos de câncer bucal em pacientes atendidos no Serviço de Oncologia do Hospital São Vicente de Paulo – HSVP (Passo Fundo - RS - Brasil) no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2009. Realizou-se uma pesquisa a partir da análise retrospectiva dos prontuários de pacientes com diagnóstico de câncer bucal, na qual foram avaliados os fatores: gênero, idade e raça dos pacientes, além da localização anatômica das lesões na boca e seu estadiamento clínico. Os fatores de risco tabagismo e etilismo também foram avaliados, além da escolaridade e ocupação dos pacientes. Durante o período estudado, 307 pacientes foram admitidos com câncer bucal no HSVP. Observou-se que 87,9% dos casos eram do sexo masculino, 92,5% eram da raça branca, com idade média de 58,36 anos e que a sexta década de vida foi a mais afetada com 36,2% dos pacientes acometidos. A localização anatômica preferencial foi a língua (46%), e o tipo histológico mais frequente foi o carcinoma de células escamosas, representando 93,5% dos casos. A maioria das lesões encontrava-se em estágio IVa (32,6%) e o tratamento mais frequente foi a excisão cirúrgica (51,1%). A maioria dos pacientes apresentava baixa escolaridade (63,5%) e eram trabalhadores rurais (33,6%). Os fatores etiológicos tabagismo e etilismo foram encontrados em 73,3% e 67,4% dos pacientes, respectivamente. Conclui-se, portanto, que o conhecimento desses dados é essencial para obter um perfil dos pacientes portadores de câncer bucal na região, possibilitando a identificação dos fatores de risco e a prevenção das lesões, viabilizando a redução do número de novos casos e o diagnóstico e tratamento precoce da doença.

Palavras-chave¹: Câncer Bucal. Epidemiologia. Neoplasias bucais.

¹ Descritores em Ciências da Saúde (DeCS); disponível em <http://decs.bvs.br/>

ABSTRACT

The present study aimed to perform an epidemiological survey of oral cancer cases occurred in patients treated in São Vicente de Paulo Hospital (HSVP) Oncology Department (Passo Fundo – RS – Brazil) from January 1999 to December 2009. A research was performed by retrospective analysis of patients with a diagnosis of oral cancer evaluating gender, age and race of these patients, the location of mouth injuries and their clinical staging. The risk factors smoking and alcoholism, education level and occupation were also evaluated. During the study period, 307 patients were admitted with oral cancer in the HSVP. It was observed that 87,9% were male, 92,5% were caucasian, average age of 58,36 years old and 6th decade of life was more affected with 36,2% of patients. The more frequent anatomical location was the tongue (46%), and the histological type was the squamous cell carcinoma (93,5%). A majority of lesions was classified as stage IVa (32,6%) and surgery was the most performed treatment (51,1%). Most patients was low education level (63,5%) and farmer (33,6%). Smoking and alcohol consumption were found in 73,3% and 67,4% patients, respectively. Thus, it is concluded that the knowledge of these data is essential to get an oral cancer patients profile in our State, allowing identification of the risk factors and injuries' prevention, reducing the number of new cases and the early diagnosis and treatment of this disease.

Key words²: Oral cancer. Epidemiology. Mouth Neoplasms

² Medical Subject Headings (MeSH), disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos pacientes por gênero durante o período estudado (1999 – 2009)	36
Tabela 2	Idade média, Mediana, Idade mínima e máxima durante o período estudado (1999 – 2009)	36
Tabela 3	Distribuição dos pacientes por grupo de idade durante o período estudado (1999 – 2009)	37
Tabela 4	Distribuição dos pacientes por etnia durante o período estudado (1999 – 2009)	37
Tabela 5	Distribuição dos pacientes por escolaridade durante o período estudado (1999 – 2009)	38
Tabela 6	Distribuição dos pacientes por ocupação durante o período estudado (1999 – 2009)	39
Tabela 7	Distribuição dos pacientes por região durante o período estudado (1999 – 2009)	40
Tabela 8	Distribuição por localização topográfica do tumor durante o período estudado (1999 – 2009)	40
Tabela 9	Distribuição por tipo histológico do tumor durante o período estudado (1999 – 2009)	41
Tabela 10	Distribuição quanto ao estadiamento do tumor durante o período estudado (1999 – 2009)	42
Tabela 11	Distribuição quanto ao tratamento realizado durante o período estudado (1999 – 2009)	43
Tabela 12	Distribuição quanto às razões para ausência de tratamento durante o período estudado (1999 – 2009)	44
Tabela 13	Distribuição quanto ao estado da doença ao final do tratamento no hospital durante o período estudado (1999 – 2009)	44
Tabela 14	Distribuição quanto ao hábito etilista durante o período estudado (1999 – 2009)	45
Tabela 15	Distribuição quanto ao hábito tabagista durante o período estudado (1999 – 2009)	45

Tabela 16	Distribuição quanto aos fatores de risco associados ao câncer bucal durante o período estudado (1999 – 2009)	46
-----------	--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição por localização topográfica do tumor durante o período estudado (1999 – 2009)	40
Gráfico 2	Distribuição por tipo histológico do tumor durante o período estudado (1999 – 2009)	41
Gráfico 3	Distribuição quanto aos fatores de risco associados ao câncer bucal	46

LISTA DE ABREVIATURAS

HSVP	Hospital São Vicente de Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	14
	2.1 - Gerais.....	14
	2.2 - Específicos.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	31
	4.1 - Considerações Éticas	31
	4.2 - Delineamento do Estudo	31
	4.3 - Local da Pesquisa	31
	4.4 - Seleção da Amostra	32
	4.5 - Metodologia	33
	4.6 - Análise Estatística	35
5	RESULTADOS	36
6	DISCUSSÃO	47
7	CONCLUSÕES	55
	REFERÊNCIAS	56
	ANEXOS	63
	APÊNDICE	66

1 INTRODUÇÃO

O câncer no Brasil é um problema de saúde pública e encontra-se entre as duas primeiras causas de óbito na maioria das regiões do país. Seu perfil epidemiológico tem se alterado nos últimos anos, projetando um aumento na taxa de mortalidade (SOARES, 2005).

Aproximadamente 10% dos tumores malignos que acometem os seres humanos estão localizados na boca, sendo o câncer bucal o sexto tipo de câncer mais incidente no mundo (MONTORO et al., 2008; BIAZEVIC et al., 2006; LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009).

No Brasil, a incidência do câncer bucal é considerada uma das mais altas do mundo, sendo o quinto câncer mais comum em homens e o 7° em mulheres (MONTORO et al., 2008; MARQUES et al., 2008; BORGES et al., 2009; BRENER et al., 2007), com cerca de 14 mil novos casos da doença e mais de 6 mil mortes registradas anualmente devido a este tipo de lesão (INCA, 2012).

A região Sul e o estado do Rio Grande do Sul atingem as maiores taxas de incidência de câncer bucal no país (VOLKWEIS et al., 2010).

No estado do Rio Grande do Sul, a estimativa para o ano de 2012 é de 630 novos casos de câncer bucal para cada 100.000 homens e 190 casos novos para cada 100.000 mulheres (INCA, 2012).

Devido à incerteza quanto à evolução do câncer bucal, os pesquisadores têm procurado fatores que possam influenciar no prognóstico. Dados estatísticos são essenciais aos programas de vigilância em saúde pública, pois permitem estimar a magnitude relativa dos problemas de saúde na população, facilitando o estabelecimento de prioridades em ações preventivas e terapêuticas (ARAÚJO FILHO, 2009; BRENER et al., 2007).

Estudos epidemiológicos realizados através da análise retrospectiva e descritiva de prontuários de pacientes permitem avaliar o estadiamento clínico no momento do diagnóstico, estabelecer prognóstico e relacionar possíveis associações entre etiologia, patologia e terapêutica proposta.

Sabe-se que, quando as neoplasias malignas não são detectadas precocemente, acabam por elevar a taxa de morbi-mortalidade e diminuir as chances de cura. Em virtude disso, este trabalho justifica-se pela necessidade de dados mais atuais sobre incidência e prevalência do câncer bucal que chegam ao Serviço de Oncologia do Hospital São Vicente de Paulo (Passo Fundo – RS), a fim de incrementar formas de atendimento mais ágeis e eficientes que possam estar atendendo o município-sede e toda a região de influência e alcance deste hospital.

2 OBJETIVOS

2.1 Gerais

Determinar a prevalência de câncer bucal em pacientes atendidos no Serviço de Oncologia do Hospital São Vicente de Paulo – HSVP (Passo Fundo - RS - Brasil) no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2009.

2.2 Específicos

Realizar um levantamento de dados epidemiológicos do câncer bucal em pacientes da região norte do estado do Rio Grande do Sul.

Verificar se há semelhança com dados publicados em outras regiões do estado e do país.

Analisar o perfil (gênero, idade, ocupação e escolaridade) dos pacientes acometidos por câncer bucal da região norte do estado do Rio Grande do Sul.

Avaliar os tipos histológicos de câncer bucal que mais acometem essa população e a localização topográfica destas lesões.

Investigar os fatores etiológicos (tabagismo, etilismo) associados às lesões malignas bucais dos pacientes atendidos no HSVP.

Identificar o estadiamento clínico no momento do diagnóstico bem como o tratamento indicado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Câncer é uma palavra genérica que serve para designar neoplasia maligna (SOARES, 2005). Define-se neoplasia como um crescimento novo, independente e desordenado de tecido, não coordenado aos tecidos normais, sem ter um propósito fisiológico e que, potencialmente, é capaz de proliferação ilimitada e que não regride depois de removido o estímulo que produziu a lesão (SHAFER et al., 1987; SAILER e PAJAROLA, 2000). Esta capacidade de se dividir de forma autônoma e se libertar dos controles de crescimento é a principal característica das células neoplásicas malignas. Essas células, à medida que crescem, produzem massas que deformam, comprimem ou destroem o órgão do qual se originam (MONTENEGRO e BRITO, 1992; ROBBINS et al, 1994; ARAÚJO FILHO, 2009).

Compreende-se como câncer de boca o grupo de tumores classificados pela CID-10 como: neoplasia maligna da gengiva, neoplasia maligna do assoalho da boca, neoplasia maligna do palato, neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca (INCA, 2012).

O estudo dos tumores da cavidade bucal e estruturas adjacentes constitui uma fase importante da Odontologia, em virtude do papel que o Cirurgião-Dentista representa no diagnóstico e no tratamento destas lesões. Embora os tumores compreendam apenas uma minoria das condições patológicas observadas pelo Cirurgião-Dentista, são de grande significado, uma vez que têm a capacidade potencial de por em risco a saúde e a longevidade do paciente (SHAFER et al., 1987).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer de boca e orofaringe são as neoplasias de cabeça e pescoço mais frequentes, com cerca de 390.000 novos casos por ano, sendo o sexto tipo de câncer mais comum no mundo

(MONTORO et al., 2008; BIAZEVIC et al., 2006; LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009).

Estimam-se 9.990 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 4.180 em mulheres, para o Brasil, no ano de 2012. Esses valores correspondem a um risco estimado de 10 casos novos a cada 100 mil homens e 4 a cada 100 mil mulheres (INCA, 2012). É a mais alta incidência na América Latina (MARQUES et al., 2008; LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009), mas com grandes variações por regiões demográficas do país (ANDREOTTI, 2006), sendo que as regiões de maior incidência são o Sul e o Sudeste (MONTORO et al., 2008).

No Rio Grande do Sul, os dados mostram uma estimativa de 630 novos casos de câncer bucal para cada 100.000 homens e 190 casos novos para cada 100.000 mulheres (INCA, 2012). A região Sul e o estado do Rio Grande do Sul atingem as maiores taxas de incidência de câncer bucal no país (VOLKWEIS et al., 2010).

A cidade de Porto Alegre, capital do estado, destaca-se mundialmente pelas altas taxas, que são de 8,3 para cada 100.00 homens e 1,4 para cada 100.000 mulheres (MACIEL et al., 2012)

A designação comum de “câncer de boca e orofaringe” refere-se a uma categoria abrangente de localização de neoplasias com diferentes etiologias e perfis histológicos, embora majoritariamente se refira ao carcinoma epidermóide, também denominado carcinoma de células escamosas e carcinoma espinocelular (BIAZEVIC et al., 2006; LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009; EPSTEIN et al., 2008; BRENER et al., 2007; TEIXEIRA et al., 2009).

Dos tumores de boca, 95% são carcinomas de células escamosas e os outros 5% correspondem a sarcomas, linfomas, tumores de glândulas salivares e os melanomas em mucosa (MONTORO et al., 2008; GENDEN et al., 2010; NEVILLE et

al., 2002; BRENER et al., 2007; INCA, 2012; SOARES et al., 2005; DEDIVITIS et al., 2004).

O carcinoma de células escamosas pode ocorrer em qualquer localização da boca, sendo os locais mais acometidos a língua, o lábio inferior e o assoalho bucal (DURAZZO et al., 2005; CARLI et al., 2009).

Durazzo et al. (2005), em um estudo avaliando o perfil epidemiológico de 374 pacientes portadores de câncer bucal atendidos no Serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – SP – Brasil, verificaram que a maioria destes tumores localizava-se na língua (32,4%) e assoalho bucal (23,5%), enquanto que 16,3% localizava-se no lábio inferior.

O carcinoma de células escamosas é mais freqüente em homens brancos entre a 5ª e a 6ª décadas de vida (DEDIVITIS et al., 2004; DURAZZO et al., 2005; CARLI et al., 2009), sendo que a sua incidência no gênero masculino é duas vezes e meia maior que no gênero feminino (INCA, 2012). Durazzo et al. (2005) afirmam que caucasianos correspondem a mais de 80% dos pacientes acometidos por câncer bucal.

Um estudo retrospectivo de Teixeira et al. (2009) realizado em Fortaleza – CE – Brasil, avaliou 225 pacientes apresentando lesões de câncer bucal, onde 69,2% eram do sexo masculino, em uma relação homem/mulher de 2,2:1. A média de idade dos indivíduos foi de 63 anos.

A etiologia do câncer bucal é multifatorial, integrando fatores endógenos, como a predisposição genética e fatores exógenos, ambientais e comportamentais, de cuja integração pode resultar a manifestação do agravo (sinergismo) (NEVILLE et al., 2002; BIAZEVIC et al., 2006; LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009; CARLI et al., 2009; BORGES et al., 2009).

Agentes etiológicos suspeitos incluem fumo, abuso de drogas, fatores ambientais e papiloma vírus humano (HPV) (GENDEN et al., 2010; MESSADI et al., 2009; EPSTEIN, 2008), além da exposição excessiva à luz ultravioleta, esta para carcinoma de lábio (REZENDE et al., 2008; MELO et al., 2010).

O tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas são amplamente reconhecidos como fatores de risco para o câncer bucal (MARQUES et al., 2008; BIAZEVIC et al., 2006; VOLKWEIS et al., 2010; BORGES et al., 2009; SANTOS et al., 2010), havendo uma relação diretamente proporcional com a quantidade e tempo de exposição (MORSE et al. 2007; REZENDE et al., 2008; RAO et al., 2010). Indivíduos que fumam mais de 20 cigarros por dia e consomem mais de 100 g de álcool diariamente tem um risco aumentado de desenvolvimento de câncer bucal, mas pacientes que são ex-fumantes há mais de 10 anos têm um risco reduzido em comparação aos pacientes fumantes ativos (LI et al., 2011; KRUSE et al., 2010)

Um estudo epidemiológico de Losi-Guembarovski et al. (2009) realizado em três hospitais do Estado do Paraná, avaliou 91 pacientes com carcinoma bucal, verificou que destes, 85 indivíduos (93,4%) eram fumantes e 70 (76,9%) consumiam álcool regularmente.

A higiene bucal precária e a escovação irregular parecem causar risco adicional e têm sido associados com o câncer bucal (MARQUES et al., 2008; SHAMAMI et al., 2011), bem como processos traumáticos como a ação de próteses mal ajustadas e a presença de dentes fraturados (REZENDE et al., 2008).

De acordo com Marques et al. (2008), o sangramento gengival, a falta de cuidados odontológicos e o uso regular de enxaguatórios bucais foram fatores associados com o câncer bucal, independentemente do tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, conforme um estudo de caso-controle realizado por estes autores com 309 casos de carcinoma de células escamosas em boca e faringe.

A exposição simultânea ao álcool e ao fumo é associada com um maior risco de câncer bucal, devido ao fato de estas substâncias mostrarem um efeito sinérgico (SCHEIDT et al., 2012; KRUSE, 2010; JABER, 2010; MORSE et al., 2007). Já a associação entre tabagismo, consumo de álcool e má condição bucal aumenta, significativamente, o risco de desenvolvimento de câncer (GENDEN et al., 2010; MELO et al., 2010; EPSTEIN et al., 2008; BORGES et al., 2008). O risco de câncer bucal em indivíduos do gênero masculino, com essas três características, foi 7,7 vezes maior do que daqueles sem nenhuma delas (REZENDE et al., 2008).

Carcinomas bucais em não fumantes e não etilistas ocorrem, geralmente, em mulheres e em pacientes com extremos de idade (HARRIS et al, 2010; KRUSE et al., 2010; SCHEIDT et al., 2012). De acordo com um estudo de Dahlstrom et al. (2008), 45% destes pacientes relataram exposição à fumaça de cigarro e 36% relataram exposição ocupacional à toxinas carcinogênicas. Além disso, mais da metade dos pacientes não fumantes e não etilistas eram portadores do HPV. Harris et al. (2010) afirmam que há uma aumento na incidência de carcinoma bucal em pacientes que não fumam e não ingerem álcool, e tais tumores nestes pacientes estão localizados preferencialmente na língua.

Tverdal et al. (2011) em um estudo com 389.624 pacientes na Noruega a fim de verificar o efeito do consumo de café no desenvolvimento de câncer bucal não encontraram relação entre o hábito e o aparecimento da doença.

Estudos prévios encontraram relação entre câncer da cavidade bucal e da faringe e o exercício de determinadas ocupações como, por exemplo, pescadores e agricultores, pintores, açougueiros, pedreiros e condutores de veículos a motor, encanadores e trabalhadores da construção civil. Exposições ocupacionais a substâncias químicas específicas como formaldeído, fenoxi-herbicidas e dioxinas também foram apontadas como relacionadas às neoplasias de cavidade bucal e

faringe (ANDREOTTI et al., 2006). De acordo com um estudo caso-controle realizado por estes mesmos autores em 2006, incluindo 325 casos e 468 controles para avaliação da associação de exposições ocupacionais e câncer bucal na Região Metropolitana de São Paulo – SP – Brasil, trabalhadores de oficinas mecânicas e profissão de mecânico de automóveis revelaram risco aumentado para câncer bucal e de orofaringe, sendo que exposições prolongadas aumentaram o risco.

O baixo nível sócio-econômico e educacional dos indivíduos também parece ter relação com o desenvolvimento do câncer bucal. Isto se deve ao fato de estes pacientes terem menos acesso a serviços de saúde e menos informação e educação sobre cuidados de saúde bucal (ANDREOTTI et al., 2006; BUELVAS e AGUDELO, 2011). Segundo um estudo retrospectivo de Melo et al. (2010), onde os autores avaliaram 101 prontuários de pacientes portadores de câncer de boca atendidos em um Centro Oncológico de Alta Complexidade em Juiz de Fora – MG – Brasil, a maioria dos indivíduos (33,9%) tinha a escolaridade concentrada no Ensino Fundamental.

A prevalência do envolvimento ósseo mandibular pelo carcinoma de células escamosas é de 12 a 56%. O envolvimento mandibular, nestes casos, ocorre principalmente devido à infiltração direta da mandíbula pelo tumor (PANDEY et al., 2007; GENDEN et al., 2010).

O comportamento do carcinoma de células escamosas é bastante agressivo, geralmente infiltrando os tecidos adjacentes e vasos linfáticos, produzindo metástase cervical precoce (DEDIVITIS et al., 2004; TEIXEIRA et al., 2009; PAIVA, 2009).

Apesar de todos os avanços no diagnóstico e, principalmente, na terapêutica, o câncer da cavidade bucal continua com um prognóstico desfavorável, com altas taxas de mortalidade (MONTORO et al., 2008).

Considerando a mortalidade, Teixeira et al. (2009) afirmam que o câncer de cavidade oral ocupa o nono lugar entre os outros tumores malignos, correspondendo a 2,8% das mortes por câncer no Brasil. As regiões sul e sudeste apresentam as mais altas taxas de mortalidade por câncer orofaríngeo do país (BOING et al., 2006; MACIEL et al., 2012; BORGES et al., 2009)

A taxa de sobrevida quando de câncer bucal é a menor entre os cânceres (MESSADI et al., 2009; RAO et al., 2010). Estima-se que 81% dos pacientes com carcinoma de células escamosas da cavidade bucal sobreviverão por pelo menos 1 ano após o diagnóstico, enquanto a taxa de sobrevida após 5 anos para todos os estágios deste tumor é de aproximadamente 50% (EPSTEIN et al., 2008; RAO et al., 2010; LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009).

Em contraste com outros cânceres, essa taxa não melhorou nos últimos 50 anos devido, principalmente, ao diagnóstico em estágio tardio, geralmente em estádios 3 e 4, com metástases e linfonodos envolvidos (MESSADI et al., 2009; EPSTEIN et al., 2008).

Montoro et al. (2008), em uma análise retrospectiva de 45 prontuários de pacientes com carcinoma de células escamosas, entre os anos de 2001 e 2005, com o objetivo de avaliar os fatores prognósticos no carcinoma de cavidade oral, perceberam que a sobrevida dos pacientes foi de 39% em 5 anos, sendo que a sobrevida foi menor em pacientes com metástase cervical.

Clínicos podem aumentar as taxas de sobrevida se uma lesão cancerosa for detectada em estágio precoce, ou se uma lesão precursora (displasia) for descoberta e tratada antes da progressão maligna (MESSADI et al., 2009). Segundo Morse et al. (2007), a displasia epitelial representa uma fase relativamente tardia no processo de carcinogênese bucal.

As lesões precursoras do câncer são alterações teciduais que podem assumir o caráter de tumor maligno a qualquer tempo, embora possam permanecer estáveis por um período considerável (SILVEIRA et al., 2009)

As lesões pré-malignas da cavidade bucal incluem leucoplasia, eritroplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa, fibrose submucosa bucal, líquen plano e queilite actínica (NEVILLE et al., 2002; EPSTEIN et al., 2008; THOMSON e HAMADAH, 2007; MORSE ET AL. 2007; PULINO et al., 2011; SILVEIRA et al., 2009), sendo que, aproximadamente 20% das leucoplasias sofrem transformação maligna e se desenvolvem em lesões de câncer (RAO et al., 2010; LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009; GENDEN et al., 2010), sendo a lesão cancerizável mais frequente da cavidade bucal, correspondendo a 70% dos casos, segundo estudo retrospectivo realizado por SILVEIRA et al. (2009) para avaliar lesões orais com potencial de malignização. Neste mesmo estudo, Silveira et al. (2009) analisaram 205 casos e encontraram uma associação significativa entre transformação maligna e lesões, sendo que a eritroplasia apresentou uma taxa de malignização superior à da leucoplasia.

Há estudos que sugerem que o consumo de álcool está relacionado ao aumento do risco de desenvolvimento destas lesões potencialmente malignas (LI et al., 2011)

De acordo com Melo et al. (2010), as taxas de sobrevida podem atingir 70% a 90% quando as lesões ainda forem pequenas e bem localizadas.

Além disso, doenças em estágio avançado requerem terapias mais agressivas, empregando tratamentos combinados que podem resultar em aumento da morbidade e dos custos da terapia, com reduzida qualidade de vida (EPSTEIN et al., 2008), pois são frequentemente associadas com dificuldades na alimentação, comprometimento da fala e angústia psicológica geral (RAO et al., 2010; SILVEIRA

et al, 2010). Segundo Andrade et al. (2006), em um estudo para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer bucal no Brasil, a dificuldade de mastigação foi a maior queixa dos pacientes, sendo que lesões maiores e com lesões em regiões posteriores da boca apresentaram indicadores de pior qualidade de vida.

O exame visual continua sendo o padrão ouro na detecção precoce das alterações epiteliais. Os critérios para suspeita de uma leucoplasia bucal ou carcinoma de células escamosas incluem mudanças na textura da superfície (granular, verrucosa), perda da integridade da superfície (irregularidade), cor (vermelho, vermelho-branco), tamanho, desvios de contorno, mobilidade de estruturas intra ou extra-bucais e localização (assoalho de boca, borda ventral ou póstero-lateral da língua) (MESSADI et al., 2009; EPSTEIN et al., 2008).

Um dos maiores problemas inerentes ao diagnóstico do câncer bucal é que a inspeção visual frequentemente não consegue diferenciar entre lesões displásicas e/ou estágios iniciais de câncer daquelas que não são (MEHROTRA et al, 2011).

Cirurgiões dentistas e outros profissionais de saúde têm um importante papel na detecção precoce do câncer bucal e das lesões potencialmente malignas, bem como na prevenção do desenvolvimento destas lesões, além de promover um melhor prognóstico para os pacientes diagnosticados com câncer bucal (PULINO et al., 2011)

Messadi et al.(2009) afirmam que, embora o exame básico para o diagnóstico precoce do câncer bucal requer somente 90 segundos de exame tátil e visual, muito poucos profissionais, Cirurgiões-Dentistas em particular, estão realizando estes exames. Percebe-se que a grande maioria dos cânceres de boca é diagnosticada tardiamente (REZENDE et al., 2008; SANTOS et al., 2010; MELO et al., 2010; LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009; BOING et al., 2006), sendo que, no Brasil, o

diagnóstico destas lesões é realizado mais tardiamente que em países desenvolvidos (ANDREOTTI et al., 2006).

A necessidade de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal pelos profissionais de saúde é um problema mundial (MESSADI et al., 2009; GENDEN et al., 2010; CARRERA TORRES et al., 2011).

De acordo com Soares et al. (2005), embora a cavidade bucal seja facilmente acessível ao exame visual, os cânceres diagnosticados apresentam mais de 2cm e envolvimento de linfonodo regional, na maioria dos casos.

O diagnóstico tardio relaciona-se à dificuldade de acesso ao profissional de saúde e à inabilidade de alguns Médicos e Cirurgiões-Dentistas no reconhecimento dos sinais e sintomas relacionados à detecção do câncer de boca e faringe (MELO et al., 2010; TEIXEIRA et al., 2009).

Segundo Santos et al. (2009), o diagnóstico em estágio avançado pode ser devido ao fato de a lesão maligna se apresentar assintomática e com aparência inofensiva em seu estágio inicial, dessa forma não sendo valorizada pelo indivíduo e nem pelo profissional de saúde.

Alvarenga et al. (2012) realizaram um estudo avaliando o conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto ao câncer bucal e verificaram que há desconhecimento de parte dos profissionais quanto à sintomatologia, localização preferencial e fatores de risco ao câncer bucal. Neste mesmo estudo, apenas 10% dos odontólogos entrevistados relataram ter confiança para realizar diagnóstico em caso de câncer bucal.

Santos et al. (2010), em um estudo prospectivo, de caráter exploratório, com abordagem quantitativa em 74 pacientes com carcinoma de células escamosas em um hospital do estado de Alagoas, concluíram que o número de pacientes com câncer bucal que procura o Médico generalista é maior do que o número que

procura o Médico especialista ou o Cirurgião-Dentista, geralmente profissionais que não reconhecem os sinais e os sintomas do câncer e conseqüentemente, atrasando o encaminhamento terapêutico dos indivíduos.

Segundo um estudo de Dedivitis et al. (2004), no qual os autores avaliaram 43 casos de carcinoma de células escamosas de boca e 25 de orofaringe em dois hospitais da cidade de Santos – SP – Brasil, os médicos são os profissionais que mais encaminham pacientes com câncer bucal para tratamento, sendo que os dentistas são responsáveis pelo encaminhamento de apenas 10% dos pacientes.

Além do diagnóstico tardio, o paciente com câncer bucal ainda sofre uma defasagem de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, estimando-se esse período em torno de 84 dias (VOLKWEIS et al., 2010).

Santos et al. (2009), afirma que o número de casos em condições avançadas pode ter várias justificativas: o medo por parte do paciente de descobrir que é portador de câncer e por esse motivo, a protelação na busca por serviços; as dificuldades de diagnóstico das lesões por parte dos profissionais de saúde; a ausência de campanhas de esclarecimento eficientes capazes de sensibilizar a população e a deficiência no acesso e na qualidade dos serviços que são oferecidos à população.

Sobre esta última, Souza et al. (2011) realizaram um estudo descritivo em 575 clínicas odontológicas privadas e públicas avaliando o atraso no agendamento de exames odontológicos em casos suspeitos de câncer bucal na cidade de São Paulo – SP – Brasil, e concluíram que o atendimento odontológico para estes pacientes foi acessível, tanto no serviço público quanto privado.

Segundo Rezende et al. (2008), o exame clínico cuidadoso da boca deve ser realizado em todas as consultas, mesmo que a queixa principal não se concentre nessa topografia.

A Sociedade Americana de Câncer recomenda o exame para cânceres de cabeça e pescoço, incluindo câncer bucal, a cada 3 anos, em pessoas assintomáticas, na idade entre 20 e 40 anos e, anualmente, em pacientes assintomáticos com mais de 40 anos de idade. Fumantes e etilistas, que são considerados de alto risco, deveriam ser examinados a cada ano, independentemente da sua idade (MESSADI et al., 2009).

É um consenso geral que o estágio clínico na hora do diagnóstico é o fator mais importante da recorrência e da morte em pacientes com câncer de cabeça e pescoço (ALMEIDA et al., 2011; MESSADI et al., 2009). O tratamento de cânceres em estágios mais avançados tem piores resultados em termos de sobrevida, função e estética quando comparado com o resultado obtido em tratamentos realizados nos estágios iniciais da doença (DURAZZO et al. 2005)

Há um número de fatores de prognóstico que determinam a sobrevida dos pacientes e influenciam as decisões de tratamento (GENDEN et al., 2010; ALMEIDA et al., 2011).

De acordo com Almeida et al. (2011), fatores como a idade, localização e espessura do tumor podem ser indicadores prognósticos do câncer bucal. Segundo estes autores, pacientes mais jovens têm uma sobrevida menor à de pacientes com mais idade; a localização determina a acessibilidade ao tratamento cirúrgico além da proximidade a estruturas que possam disseminar a lesão; e a espessura determina a agressividade do tumor pela penetração em tecidos adjacentes e seu comprometimento, além de afirmarem que boa parte dos pacientes que apresentam tumores mais espessos já possuem micrometástases.

O sistema de estadiamento clínico de tumores TNM tem sido a classificação adotada para caracterizar os tumores, propor a terapia mais adequada e estimar a sobrevida dos pacientes. As informações obtidas através dos exames clínico e de

imagem são utilizadas para estabelecer o estágio clínico (cTNM). Caso o paciente seja submetido à cirurgia, determina-se o estágio patológico (pTNM) mediante o exame histopatológico do tumor e dos linfonodos regionais (LOURENÇO et al., 2007). A padronização das informações é fundamental para possibilitar a troca de informações e experiências, proporcionando o estabelecimento de protocolos aplicáveis a determinados grupos de pacientes (ALMEIDA et al., 2011).

Com este intuito, a *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) e a *International Union Against Cancer* (UICC), propuseram a criação deste sistema TNM, no qual o estadiamento é baseado em três fatores principais: o tamanho do tumor primário (estádio T), envolvimento regional de linfonodos (estádio N) e presença ou ausência de metástases à distância (estádio M) (Quadros 1 e 2).

T	Tumor Primário
Tx	Tumor primário não pode ser avaliado
T0	Não há evidência de tumor primário
T1	Tumor menor que 2 cm nos maiores eixos
T2	Tumor entre 2 e 4 cm nos maiores eixos
T3	Tumor maior que 4 cm nos maiores eixos
T4	Tumor que invade estruturas adjacentes (ex: ossos, músculos)
N	Linfonodos Regionais
Nx	Linfonodos não podem ser avaliados
N0	Não há metástases regionais
N1	LN menor que 3 cm ipsilateral
N2a	LN entre 3 - 6 cm único e ipsilateral
N2b	LN múltiplos ipsilaterais menores que 6 cm
N2c	LN contralateral ou bilateral menores que 6 cm
N3	LN único ou múltiplos maior que 6 cm

M	Metástase à distância
Mx	Metástase à distância não pode ser avaliada
M0	Ausência de metástase à distância
M1	Presença de metástase à distância

Quadro 1 – Sistema TNM de Estadiamento

Fonte: AJCC (<http://www.cancerstaging.org>); UICC (<http://www.uicc.org>)

Estadiamento Clínico:

Estadio I	T1	N0	M0
Estadio II	T2	N0	M0
Estadio III	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
Estadio IVa	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	Qualquer T	N2	M0
Estadio IVb	Qualquer T	N3	M0
Estadio IVc	Qualquer T	Qualquer N	M1

Quadro 2 – Estadiamento Clínico

Fonte: Rapoport et al., 2001

De acordo com o INCA (2012), o prognóstico de pacientes com câncer de cavidade bucal depende da área da cavidade bucal comprometida e do estadiamento do sistema TNM. As lesões situadas nas porções mais anteriores e as lesões iniciais (I-II) têm um prognóstico melhor em comparação com as lesões avançadas (III - IV), como pode-se observar no quadro 3.

Sítio primário	Sobrevida em cinco anos Percentual / Estádio			
	I	II	III	IV
Língua – bucal	35-85	26-77	10-50	0-26
Assoalho da boca	58-75	40-64	21-43	0-15
Borda gengival	73	41	17	0-10
Mucosa jugal	77-83	44-65	20-27	0-18
Área retromolar	70	57,8	46,5	0-10
Palato duro	60-80	40-60	20-40	0-30

Quadro 3 - Sobrevida em relação ao estadiamento

Fonte: INCA (<http://www.inca.gov.br>)

A presença de linfonodos metastáticos é um dos aspectos mais significativos no prognóstico do câncer bucal. A presença de metástases linfonodais acarreta redução de aproximadamente 50% da sobrevida e o prognóstico é significativamente pior na presença de três ou mais linfonodos metastáticos. Embora o estadiamento TNM seja o principal indicador prognóstico em uso, estudos sugerem que a avaliação da densidade linfonodal pode ser utilizada para discriminar melhor prognóstico destes pacientes, surgindo como um sistema de estadiamento alternativo para predizer a sobrevida após a cirurgia por câncer (AMAR et al., 2012).

Objetivando verificar se existe relação entre o estadiamento clínico e a graduação histopatológica do carcinoma de células escamosas, Coaracy et al. (2008) analisaram 90 casos de pacientes portadores da referida lesão em São Luís – MA – Brasil e concluíram que não houve associação significativa entre o estadiamento clínico TNM e a graduação histológica de malignidade.

O padrão ouro para a confirmação do diagnóstico do câncer bucal permanece sendo a biópsia do tecido com avaliação patológica (MESSADI et al., 2009).

Pesquisadores têm tentado encontrar alternativas para a biópsia tradicional, entre elas o corante azul de toluidina, o kit para biópsia Oral CDx, ViziLite, diagnósticos salivares e vários dispositivos de imagem como o Veloscope e sistemas de imagem óptica multispectro (GENDEN et al., 2010; MEHROTRA et al., 2011; RAHMAN et al., 2010; ANURADHAK e SANKARANARAYANAN, 2012; CARRERA TORRES et al., 2011).

Segundo Messadi et al. (2009), nenhuma destas alternativas mostrou equivalência ou mostrou-se superior ao exame clínico.

Paiva et al. (2011) afirmam que a combinação dos exames clínico e por imagem é essencial para a detecção de linfonodos metastáticos e, dessa forma, estabelecer o prognóstico. Segundo os mesmos autores, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética são os métodos mais significantes de diagnóstico por imagem de cânceres de cabeça e pescoço, sendo que a ressonância magnética é o exame por imagem que promove melhor visualização de detalhes em tecidos moles com a vantagem de não causar nenhum risco biológico para o paciente.

O tratamento de pacientes com câncer bucal depende de sua localização, tamanho do tumor, envolvimento de linfonodos e idade do paciente (PULINO et al., 2011)

Quando em estágio inicial, o carcinoma superficial da cavidade bucal pode ser tratado com excelente taxa de cura com radioterapia ou excisão cirúrgica da lesão. Todavia, a escolha da terapia é frequentemente baseada em alguns fatores, como a preferência do paciente, qualidade de vida, custo, conveniência e colaboração do paciente (BRENER et al., 2007).

Cirurgia, com ou sem reconstrução, associada com radioterapia, pré ou pós-operatória, é frequentemente utilizada para doenças avançadas (RAPOPORT et al., 2001, DEDIVITIS et al., 2004).

Teixeira et al. (2009) em um estudo epidemiológico descritivo realizado em um hospital em Fortaleza – CE – Brasil, pesquisaram 225 casos de câncer bucal e observaram que o tratamento mais realizado foi a cirurgia associada a radioterapia, correspondendo a 127 casos (57,2%) e 95 pacientes (42,8%) foram tratados apenas com excisão cirúrgica.

Além destas modalidades, a quimioterapia intra-arterial também constitui-se em um tratamento adjuvante para as lesões mais avançadas de câncer bucal (GENDEN et al., 2010). Tumores que invadem os ossos maxilares podem ser tratados com ressecção cirúrgica marginal ou segmentar, dependendo do grau de invasão (RAPOPORT et al., 2001).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Considerações Éticas

Esta pesquisa teve sua execução aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/PUCRS (parecer nº 180.153) em 20 de dezembro de 2012 (Anexo 1).

4.2 Delineamento do Estudo

Estudo epidemiológico transversal, fundamentado na análise retrospectiva e descritiva de prontuários de pacientes, com abordagem quantitativa dos dados.

4.3 Local da Pesquisa

Passo Fundo é uma cidade brasileira do estado do Rio Grande do Sul, mesorregião do Noroeste Rio-grandense e microrregião de Passo Fundo. É sede de um município com 783,4 km² (IBGE, 2010). A estimativa do IBGE de população do ano de 2012 é de cerca de aproximadamente 200.000 habitantes (IBGE, 2010). Considerada a "Capital do Planalto Médio", Passo Fundo é uma das maiores cidades do Rio Grande do Sul.

Considerada polo em saúde, conta com um dos mais modernos centros médicos do sul do Brasil. O Hospital São Vicente de Paulo (HSVP; Passo Fundo –

RS – Brasil) conta com o terceiro maior e mais moderno centro de radiologia e radioterapia do sul do país, sendo este hospital também, o maior do interior gaúcho.

O Centro Oncológico do Hospital São Vicente de Paulo oferece, em um único local, serviços de radioterapia, cirurgia, diagnóstico e estrutura de apoio a pacientes com câncer em toda a região. A unidade destaca-se pela alta tecnologia de seus equipamentos e equipe multiprofissional. O Serviço é referência para a região do Planalto Médio Gaúcho, sendo pactuado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com todos os municípios da região da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (6ª CRS/RS): Água Santa, Almirante Tamandaré, Alto Alegre, André da Rocha, Barracão, Cacique Doble, Camargo, Campos Borges, Capão Bonito do Sul, Carazinho, Casca, Ciríaco, Coqueiros do Sul, Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Espumoso, Gentil, Ibiaçá, Ibiraiaras, Ibirapuitã, Lagoa dos Três Cantos, Lagoa Vermelha, Lagoão, Machadinho, Marau, Mato Castelhana, Maximiliano de Almeida, Montauri, Mormaço, Muliterno, Não-Me-Toque, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Paim Filho, Passo Fundo, Pontão, Sananduva, Santa Cecília do Sul, Santo Antônio do Palma, Santo Antônio do Planalto, São Domingos do Sul, São Expedito do Sul, São João da Urtiga, São José do Ouro, Serafina Corrêa, Sertão, Soledade, Tapejara, Tapera, Tio Hugo, Tunas, Tupanci do Sul, Vanini, Victor Graeff, Vila Lângaro e Vila Maria.

4.4 Seleção da Amostra

Foram analisados 307 prontuários de pacientes portadores de câncer bucal, atendidos pelo Serviço de Oncologia do HSVP no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2009.

4.5 Metodologia

As informações foram coletadas dos prontuários de pacientes do Serviço de Oncologia do HSVP através de um formulário próprio (Anexo 2), pelo pesquisador.

Os prontuários selecionados para compor o estudo seguiram a seguinte condição: os pacientes deveriam ter sido atendidos pelo Serviço de Oncologia do HSVP durante o período de janeiro de 1999 a dezembro de 2009.

Para avaliação dos dados propusemos os seguintes critérios:

1. Idade – pacientes foram divididos em faixas etárias por décadas e subdivididos em grupos: com idades abaixo de 30 anos e superior a 80 anos.
2. Gênero – pacientes considerados do gênero feminino e masculino.
3. Etnia – pacientes foram divididos nas raças: branca, preta, amarela, parda e indígena.
4. Procedência: refere-se ao município de origem do paciente, de acordo com a tabela do Código de Municípios do IBGE.
5. Ocupação – refere-se à atividade profissional do indivíduo, de acordo com a tabela da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).
6. Grau de instrução – pacientes foram classificados quanto ao nível de escolaridade em: analfabeto, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau completo e nível superior.
7. Localização topográfica do tumor – consideraram-se as localizações da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e que se referem, respectivamente, a:
 - a. Lábio – C00 – lábio superior e lábio inferior, correspondendo à face interna, face externa (vermelhão) e comissura labial.

- b. Língua – C01 e C02 – dorso, ventre e borda.
 - c. Gengiva – C03 – gengiva superior e gengiva inferior, correspondendo à mucosa alveolar (rebordo).
 - d. Assoalho – C04 – espaço de repouso da língua, que fica em contato com o ventre lingual
 - e. Palato – C05 – palato duro, palato mole e úvula.
 - f. Outros – C06 – outras regiões da cavidade bucal, como mucosa jugal, vestibulo bucal superior e inferior e trígono retromolar.
8. Tipo histológico do tumor – consideraram-se a classificação morfológica da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O) e que se referem, respectivamente, a:
- a. Neoplasias sem outra especificação – 8000 a 8009.
 - b. Neoplasias epiteliais – 8010 a 8790.
 - c. Neoplasias do tecido conjuntivo – 8800 a 9370.
 - d. Neoplasias do sistema nervoso – 9380 a 9589.
 - e. Neoplasias hematológicas (leucemias, linfomas e desordens relacionadas) – 9590 a 9999.
9. Estadiamento – refere-se à extensão loco-regional e/ou sistêmica do tumor. Foram classificados em Estádios de I a IV conforme a classificação TNM da *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* e da *International Union Against Cancer (UICC)*.
10. Tratamento proposto – pacientes foram classificados quanto ao tipo de tratamento recebido no hospital: nenhum tratamento, cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia, transplante de medula óssea, imunoterapia e outros tratamentos.

11. Hábitos – comportamentos considerados de risco para o desenvolvimento de câncer bucal: tabagismo e etilismo

Os dados coletados foram armazenados em uma planilha eletrônica (Microsoft Excel 2000 para Windows, Microsoft Inc.[®], EUA), e estão apresentados nos resultados em forma de gráficos e tabelas.

4.6 Análise Estatística

Foi realizada a estatística descritiva com interpretação isolada das variáveis do estudo, onde se utilizou o programa SPSS[®] (IBM Software, EUA) para o cruzamento dos dados e definição de percentuais.

5 RESULTADOS

Foram avaliados 307 prontuários de pacientes acometidos por câncer bucal, nos quais observaram-se os seguintes resultados:

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes por gênero durante o período estudado (1999 – 2009)

Gênero	n (%)
Masculino	270 (87,9%)
Feminino	37 (12,1%)
Total	307 (100%)

Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Tabela 2 – Idade média, Mediana, Idade mínima e máxima durante o período estudado (1999 – 2009)

Idades	Anos
Média	58,36
Mediana	57
Mínima	14
Máxima	85

Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes por grupo de idade durante o período estudado (1999 – 2009)

Idade	n (%)
≤ 30 anos	3 (1%)
31 – 40	13 (4,2%)
41 – 50	60 (19,5%)
51 – 60	111 (36,2%)
61 – 70	72 (23,5%)
71 – 80	39 (12,7%)
> 80 anos	9 (2,9%)
Total	307 (100%)

Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes por etnia durante o período estudado (1999 – 2009)

Raça	n (%)
Branca	284 (92,5%)
Preta	5 (1,62%)
Amarela	2 (0,7%)
Parda	16 (5,2%)
Total	307 (100%)

Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes por escolaridade durante o período estudado (1999 – 2009)

Escolaridade	n	%
Analfabeto	14	4.6
1° grau incompleto	195	63.5
1° grau completo	29	9.4
2° grau completo	28	9.1
Nível superior	13	4.2
Sem informação	28	9.1
Total	307	100.0

Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes por ocupação durante o período estudado (1999 – 2009)

Ocupação	n	%
Professor	6	2.0
Religioso	1	0.3
Engenheiro	2	0.7
Técnico	3	1.0
Contador, Caixa	1	0.3
Comerciante, Vendedor	22	7.2
Corretor	1	0.3
Faxineiro, Servente	18	5.8
Policia, Vigia	10	3.2
Produtor agropecuário	1	0.3
Agricultor	103	33.6
Mineiro	1	0.3
Metalúrgico, Siderúrgico	4	1.3
Terapeuta	1	0.3
Cozinheiro	2	0.6
Costureiro	1	0.3
Estatístico, Analista de sistemas	2	0.6
Marceneiro	5	1.6
Torneiro	1	0.3
Mecânico	11	3.6
Eletricista	5	1.6
Encanador	1	0.3
Borracheiro	3	1.0
Gráfico	1	0.3
Pintor	4	1.3
Pedreiro, Carpinteiro, Marceneiro	22	7.1
Operador de máquina	4	1.3
Motorista	20	6.5
Não se aplica	1	0.3
Sem informação	55	17.9
Total	307	100.0

Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Tabela 7 – Distribuição dos pacientes por região durante o período estudado (1999 – 2009)

Municípios	n	%
Passo Fundo – RS	80	26,1
Outros municípios da região	220	71,6
Municípios de outros estados	7	2,3
Total	307	100.0

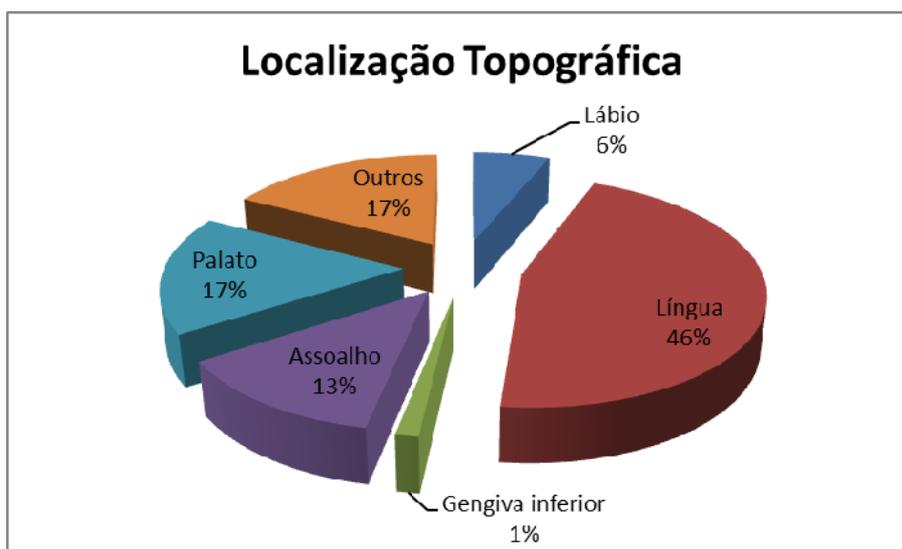
Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Tabela 8 – Distribuição por localização topográfica do tumor durante o período estudado (1999 – 2009)

Localização	n	%
Lábio	19	6,2
Língua	140	45,6
Gengiva inferior	4	1,3
Assoalho	39	12,7
Palato	52	17
Outros	53	17,2
Total	307	100

Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Gráfico 1 – Distribuição por localização topográfica do tumor durante o período estudado (1999 – 2009)



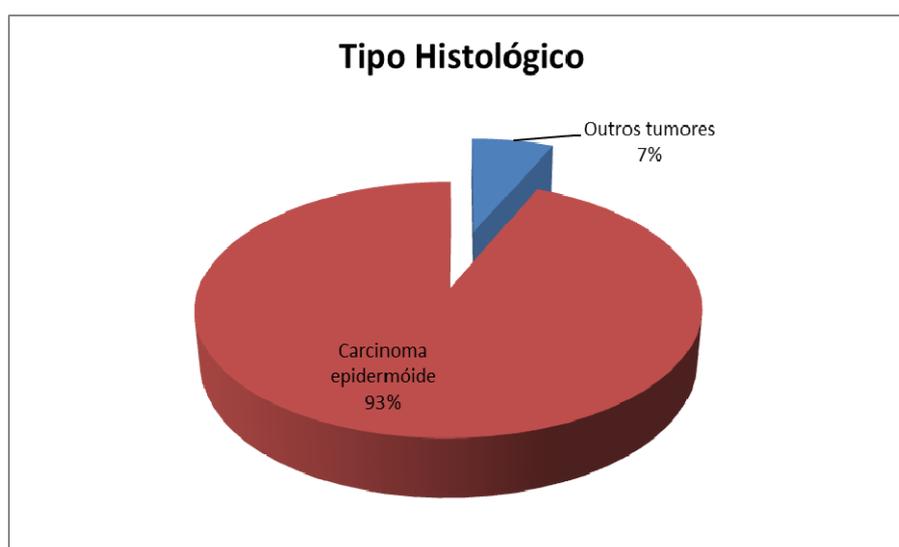
Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Tabela 9 – Distribuição por tipo histológico do tumor durante o período estudado (1999 – 2009)

Tipo Histológico	n	%
Carcinoma in situ (carcinoma intra-epitelial)	5	1.6
Carcinoma (tumor epitelial maligno)	2	0.7
Carcinoma indiferenciado	2	0.7
Carcinoma fusocelular	1	0.3
Carcinoma epidermóide (espinocelular, escamocelular)	287	93.5
Adenocarcinoma	1	0.3
Carcinoma adenoide cístico	2	0.7
Carcinoma mucoepidermóide	4	1.3
Linfoma não-Hodgkin	2	0.7
Linfoma maligno plasmocitário	1	0.3
Total	307	100.0

Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Gráfico 2 – Distribuição por tipo histológico do tumor durante o período estudado (1999 – 2009)



Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Tabela 10 – Distribuição quanto ao estadiamento do tumor durante o período estudado (1999 – 2009)

Estadio	n	%
0	2	0.7
I	29	9.4
II	20	6.5
III	47	15.3
IVa	100	32.6
IVb	22	7.2
IVc	4	1.3
Não se aplica	1	0.3
Sem informação	82	26.7
Total	307	100.0

Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Tabela 11 – Distribuição quanto ao tratamento realizado durante o período estudado (1999 – 2009)

Tratamento	n	%
Nenhum	47	15.3
Cirurgia	157	51.1
Radioterapia	26	8.5
Quimioterapia	5	1.6
Outros	3	1.0
Cirurgia + Radioterapia	20	6.5
Cirurgia + Quimioterapia	4	1.3
Radioterapia + Cirurgia	3	1.0
Radioterapia + Quimioterapia	7	2.3
Radioterapia + Outros	1	0.3
Quimioterapia + Radioterapia	17	5.5
Quimioterapia + Outros	2	0.7
Outros + Cirurgia	1	0.3
Outros + Radioterapia	1	0.3
Cirurgia + Radioterapia + Quimioterapia	2	0.7
Cirurgia + Quimioterapia + Radioterapia	6	2.0
Radioterapia + Quimioterapia + Cirurgia	1	0.3
Quimioterapia + Cirurgia + Radioterapia	1	0.3
Cirurgia + Radiot + Quimiot + Outros	1	0.3
Cirurgia + Quimiot + Radiot + Outros	1	0.3
Quimiot + Radiot + Cirurgia + Outros	1	0.3
Total	307	100.0

Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Tabela 12 – Distribuição quanto às razões para ausência de tratamento durante o período estudado
(1999 – 2009)

Principal razão para não realização de tratamento no hospital	n	%
Recusa do tratamento	7	2.3
Doença avançada, falta de condições clínicas	3	1.0
Outras doenças associadas	2	0.7
Abandono do tratamento	2	0.7
Óbito	16	5.2
Outras	17	5.5
Não se aplica	260	84.6
Total	307	100.0

Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Tabela 13 – Distribuição quanto ao estado da doença ao final do tratamento no hospital durante o período estudado (1999 – 2009)

Estado da doença	n	%
Remissão completa	168	54.7
Remissão parcial	4	1.3
Doença estável	57	18.6
Doença em progressão	7	2.3
Fora de possibilidade terapêutica	4	1.3
Óbito	19	6.2
Não se aplica	48	15.6
Total	307	100.0

Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Tabela 14 – Distribuição quanto ao hábito etilista durante o período estudado (1999 – 2009)

Alcoolismo	n	%
Sim	207	67.4
Não	35	11.4
Não se aplica	1	0.3
Sem Informação	64	20.8
Total	307	100.0

Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Tabela 15 – Distribuição quanto ao hábito tabagista durante o período estudado (1999 – 2009)

Tabagismo	n	%
Sim	225	73.3
Não	24	7.8
Não se aplica	1	0.3
Sem Informação	57	18.6
Total	307	100.0

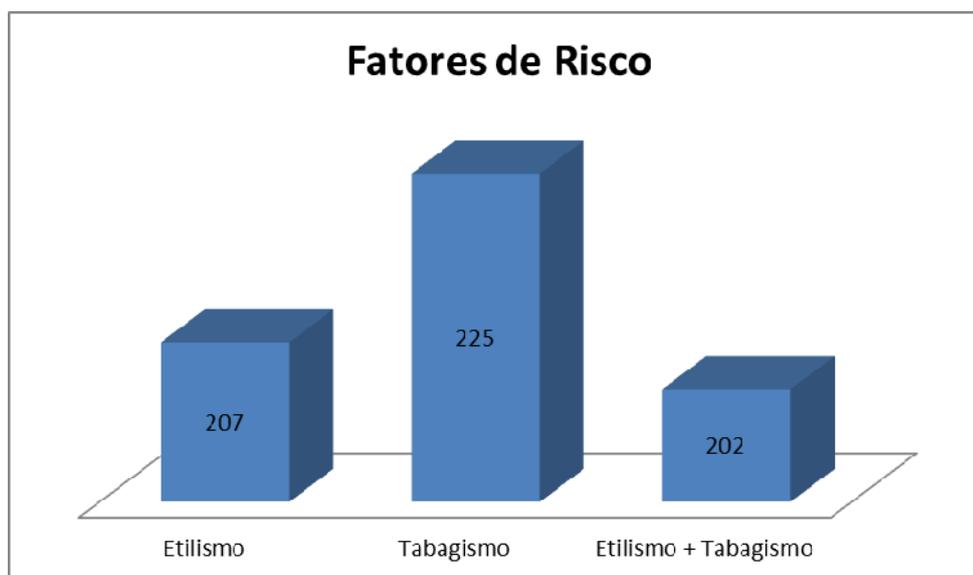
Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Tabela 16 – Distribuição quanto aos fatores de risco associados ao câncer bucal durante o período estudado
(1999 – 2009)

ALCOOLISMO	TABAGISMO			Total
	Sim	Não	Não se aplica	Sim
Sim	202	4	0	206
Não	15	20	0	35
Não se aplica	0	0	1	1
Total	217	24	1	242

Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

Gráfico 3 – Distribuição quanto aos fatores de risco associados ao câncer bucal



Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)

6 DISCUSSÃO

O câncer bucal representa um sério problema de saúde em quase todos os países do mundo e também no Brasil, principalmente pelas elevadas taxas de morbidade e mortalidade, sendo considerado o sexto tipo de câncer mais incidente no mundo (MELO et al., 2010; SANTOS et al., 2010).

O estabelecimento de um perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por esta doença é de suma importância para o planejamento e execução de programas de saúde para a população.

Os resultados do presente estudo revelaram que a amostra analisada constituiu-se predominantemente de homens. Dos 307 casos diagnosticados como câncer bucal, 270 (87,9%) pacientes eram do gênero masculino e 37 (12,1%) do gênero feminino. Estes dados mostram-se de acordo com a literatura, que reconhece serem os homens mais propensos ao câncer bucal (INCA, 2012; DEDIVITIS et al., 2004; CARLI et al., 2009). Porém, a maioria dos autores encontrou uma relação homem/mulher menor do que neste estudo. Durazzo et al. (2005) encontraram 68,2% dos casos em homens e Teixeira et al. (2009) verificaram 69,2% de pacientes do sexo masculino. Santos et al. (2010) observou que 70,3% da amostra de seu estudo era constituída por homens. Segundo Maciel et al. (2012), os homens são mais acometidos devido a uma maior exposição aos fatores de risco, como o etilismo e o tabagismo.

A média de idade dos pacientes com câncer bucal foi de 58,36 anos, sendo que o paciente mais jovem que apresentou a doença tinha 14 anos e o mais idoso 85 anos. Esta média é semelhante à encontrada por Losi-Guembarovski et al. (2009), que obteve média de idade de 58,62 anos em seu estudo. Estudos de

Coaracy et al. (2008) e Melo et al. (2010) encontraram idade média de 63,54 anos e 56,5 anos, respectivamente.

Na distribuição dos pacientes por faixa etária, observou-se um maior acometimento durante a sexta década de vida (36,2%). Dedivitis et al. (2004) encontraram a faixa etária de 60 a 69 anos como a mais frequente, e nos estudos de Andreotti et al. (2006) prevaleceu a faixa etária de 51 a 59 anos (35,1%), resultado semelhante a este estudo.

No que se refere à etnia, verificou-se um maior acometimento nos pacientes leucodermas (92,5%), representando 284 dos 307 pacientes, discordando dos resultados obtidos por Maciel et al. (2012) e de Santos et al. (2009), nos quais houve predomínio de pessoas pardas e negras, representando, respectivamente, 47% e 69,19% da amostra estudada. Pulino et al. (2011) e Durazzo et al. (2005) encontraram resultados semelhantes a este estudo, observando predominância da raça branca com percentuais de 82% e 80,6% de caucasianos. No presente estudo, os pacientes de origem asiática foram os menos acometidos, responsáveis por apenas 0,7% dos casos da amostra. Segundo Santos et al. (2009), a prevalência por um segmento racial tem relação com o grau de miscigenação em cada região, tornando difícil a comparação de resultados.

A escolaridade dos pacientes deste estudo concentrou-se preponderantemente no ensino fundamental, sendo que a maioria dos indivíduos (63,5%) não havia concluído o 1º grau de escolaridade e somente 4,2% possuíam nível superior. Contudo, cabe ressaltar que 9,1% dos prontuários estavam incompletos quanto à variável escolaridade. Estes dados assemelham-se aos achados de Melo et al. (2010) que encontraram em seu estudo um predomínio de pacientes com o 1º grau incompleto (33,9%) e também de Santos et al. (2009), que verificaram 46,56% dos indivíduos com nível fundamental incompleto. Segundo

Santos et al. (2009), o alto índice de pacientes com baixo nível de escolaridade pode ser explicado em função do estudo se ater à demanda hospitalar da rede SUS. Segundo Buelvas e Agudelo (2011), o baixo nível sócio-econômico e educacional dos indivíduos pode ter relação com o desenvolvimento do câncer bucal devido ao fato de estes pacientes terem menos acesso a serviços de saúde e menos informação e educação sobre cuidados de saúde bucal

Já considerando a ocupação, percebeu-se que grande parte da amostra era formada por trabalhadores rurais (33,6%). É importante salientar que na atividade rural os indivíduos estão em constante exposição ao sol e em contato com substâncias carcinogênicas, o que contribui para o desenvolvimento do câncer (ANDREOTTI et al., 2006). Resultados semelhantes foram encontrados por Borges et al. (2008) em um estudo que verificou que 36% dos pacientes portadores de câncer bucal tinham como ocupação o trabalho no campo. Santos et al. (2010) também encontrou um índice de 39,2% de trabalhadores rurais. O Rio Grande do Sul é um estado que tem sua economia baseada na agricultura e pecuária, possuindo um grande contingente de trabalhadores rurais.

Ao analisar a procedência dos casos de câncer bucal, verificou-se que o número de pacientes admitidos no HSVP foi de 307 pacientes, sendo que 80 pacientes (26,1%) eram oriundos da cidade de Passo Fundo e 220 pacientes (71,6%) de cidades da região. Sete pacientes (2,3%) eram provenientes de outros estados. Esses resultados mostram a importância dos serviços do HSVP para a população e confirmam a cidade de Passo Fundo como referência regional de serviços de média e alta complexidade.

A maioria dos estudos sobre prevalência de câncer bucal ressalta a importância da localização do tumor sobre o prognóstico dos pacientes. Segundo Carli et al. (2009), a vascularização sanguínea e linfática nas diferentes localizações

anatômicas pode influenciar tanto a evolução do tumor quanto a sobrevida dos pacientes. Tumores localizados em língua e assoalho bucal podem mais facilmente disseminar ocasionando o desenvolvimento de metástases regionais, enquanto que lesões situadas em gengiva e lábio mais raramente estão associadas a metástases. De acordo com Teixeira et al. (2009), aquelas duas localizações demandam um tratamento mais difícil e um pior prognóstico. Os resultados do presente estudo demonstraram que o sítio anatômico mais acometido foi a língua, representando 46% dos casos, seguido pelo palato (17%) e outras áreas (17,2%) como trígono retromolar, vestibulo bucal e mucosa jugal. Tais resultados são coincidentes com estudos de Coaracy et al. (2008), Santos et al. (2010) e Losi-Guembarovski et al. (2009), onde se evidenciou o predomínio da língua como a localização mais frequentemente atingida.

O tipo histológico mais prevalente foi o carcinoma de células escamosas, representando 93,5% dos casos de câncer de boca, em consonância com os estudos de Durazzo et al. (2005) e de Santos et al. (2010) que constataram um índice de 90,3% e 100%, respectivamente, para o carcinoma de células escamosas sobre todas as lesões malignas de cavidade bucal. Borges et al. (2008) verificou que 72,7% dos casos analisados em seu estudo correspondiam ao carcinoma de células escamosas.

Quanto ao estadiamento dos tumores, foi possível observar uma grande maioria de pacientes com tumores em estágio clínico avançado, sendo que 100 pacientes encontravam-se no estágio IVa (32,6%) e 47 pacientes no estágio III (15,3%). Em 82 prontuários (26,7%) o preenchimento desta informação estava incompleto. Este resultado é coincidente com o de alguns autores como Santos et al. (2010), que encontraram 78,4% pacientes em estadio III e IV; e também estudos de Durazzo et al. (2005), que observou 39,6% dos casos em estadio IV. Já um estudo

de Coaracy et al. (2008) revelou que 53,33% dos casos analisados foram classificados como estágio I, caracterizando doença precoce. No presente estudo, este índice foi de apenas 9,4%, o que demonstra o diagnóstico tardio da doença. Segundo Santos et al. (2009), o grande número de casos em condições avançadas pode ter várias justificativas: as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, o medo por parte do paciente de descobrir-se portador de câncer e por conta disso, a protelação na busca por serviços, as dificuldades de diagnóstico das lesões por parte dos cirurgiões-dentistas e dos médicos, a ausência de campanhas de esclarecimento sobre a doença e o desconhecimento dos sinais e sintomas do câncer bucal pelos pacientes, além da falta de serviços de atenção básica para a doença em estágio inicial.

Existem basicamente três modalidades de tratamento para as neoplasias malignas bucais: cirurgia, radioterapia, e quimioterapia (PULINO et al., 2011). Dos pacientes que receberam tratamento no HSVP, a maioria deles, representando 157 pacientes (51,1%), foi submetida a tratamento cirúrgico isolado, 26 pacientes (8,5%) realizaram somente tratamento radioterápico, 20 pacientes (6,5%) foram tratados com cirurgia associada à radioterapia e 17 (5,5%), radioterapia associada à quimioterapia. Observou-se também, que 47 pacientes (15,3%) não receberam nenhum tipo de tratamento. Estes resultados encontram-se em discordância com um estudo de Losi-Guembarovski et al. (2009), no qual 43,2% dos pacientes analisados receberam tratamento cirúrgico associado ao radioterápico; discordando também de Santos et al. (2009), que verificou em um estudo que 47,68% realizaram somente a radioterapia como terapêutica para o câncer bucal.

Segundo autores como Losi-Guembarovski et al. (2009) e Pulino et al. (2011), o tratamento do câncer bucal é orientado de acordo com o estágio clínico e patológico, além de sua localização. Quando em estágio inicial, o carcinoma

superficial da cavidade bucal pode ser tratado com excelente taxa de cura com radioterapia ou excisão cirúrgica da lesão. No presente estudo verificou-se predomínio de lesões nos estádios III e IV, sendo que a maioria destes pacientes recebeu apenas tratamento cirúrgico, o que entra em discordância com a literatura de que estádios avançados requerem tratamento mais agressivo. Todavia, a escolha da terapia é frequentemente baseada em alguns fatores, como a preferência do paciente, qualidade de vida, custo, conveniência e colaboração do paciente (BRENER et al., 2007).

Foi observado que 16 pacientes (5,2%) foram a óbito antes mesmo de iniciar o tratamento, 7 pacientes (2,3%) recusaram o tratamento proposto e 3 (1%) não foram tratados por estarem com a doença muito avançada, estando sem condições clínicas para o tratamento. Dos pacientes tratados, 54,7% obtiveram a remissão completa da doença, porém 19 pacientes (6,2%) foram a óbito durante o tratamento. Boing et al. (2006) relata que as mais altas taxas de mortalidade por câncer bucal no Brasil são encontradas nas regiões Sul e Sudeste do país, correspondendo a 1,80% do total de morte por cânceres. Maciel et al. (2012) em um estudo que avaliou a morbimortalidade por câncer de boca e faringe em capitais brasileiras verificou 229 óbitos, correspondendo a 11,6% da população analisada, sendo que os maiores números de óbitos foram registrados nas regiões Sul e Sudeste do país. Porto Alegre foi responsável por 6,11% destes óbitos. Segundo Boing et al. (2006), essas divergências regionais se devem à influência de alguns fatores, como o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, exposição a fatores de risco e melhores condições de vida. De acordo com estudo de Biazevic et al. (2006), há uma tendência crescente da mortalidade por câncer bucal a uma taxa anual de 0,72%, onde o câncer de língua é a categoria com mortalidade mais elevada, sendo responsável por um terço desses óbitos.

Em relação aos hábitos de vida, definidos como fatores de risco para o desenvolvimento tumoral na cavidade bucal, como o tabagismo e o etilismo, observou-se que do total de participantes, 225 (73,3%) eram tabagistas e 207 (67,4%) eram etilistas. Resultados semelhantes foram observados em estudos de Dedivitis et al. (2004), no qual 76,8% eram tabagistas e o etilismo foi descrito e, 74% dos prontuários. Melo et al. (2010) em um estudo observou que 67,1% dos pacientes eram fumantes e 49,3% faziam uso frequente de álcool. Um estudo de Losi-Guembarovski et al. (2009) encontrou resultados coincidentes, apresentando 93,4% de pacientes tabagistas e 76,9% de pacientes etilistas.

O tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas são amplamente reconhecidos como fatores de risco para o câncer bucal, sendo que a integração destes dois fatores pode resultar na manifestação do agravo, devido ao fato de estas substâncias mostrarem um efeito sinérgico, aumentando 30 vezes o risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer (INCA, 2012; BIAZEVIC et al., 2006). Os resultados do presente estudo mostraram que dos 307 prontuários analisados, 202 pacientes (65,7%) relatavam a exposição simultânea ao álcool e ao fumo. É importante salientar que apenas 242 prontuários possuíam o preenchimento completo destas informações.

De acordo com o INCA (2012), o fumo é responsável por cerca de 42% dos óbitos por essa neoplasia. Já o etilismo pesado corresponde a, aproximadamente, 16% dos óbitos.

É oportuno ressaltar que o câncer bucal constitui um problema de saúde pública, devido a sua alta mortalidade e pelas possibilidades de diagnóstico precoce, devendo ser encarado como um problema prioritário (MACIEL et al., 2012; TEIXEIRA et al., 2009).

Sabe-se que o melhor meio de combater o câncer bucal é a prevenção, através do diagnóstico precoce e da tentativa de eliminação dos fatores de risco.

A educação em saúde, através de programas que visem à valorização das avaliações periódicas e a importância do exame da cavidade bucal são as maiores armas disponíveis para diminuir a alta ocorrência do câncer bucal em nossa comunidade (REZENDE et al., 2008).

A importância de estudos epidemiológicos é contemplada por Lei dentro do Sistema Único de Saúde (Lei 8080, de 19 de setembro de 1990), a fim de se planejar e executar programas de saúde para a população (VOLKWEIS et al., 2010).

Neste cenário, torna-se fundamental que os recursos e os esforços sejam direcionados no sentido de orientar as estratégias de prevenção e controle de câncer. O estabelecimento de medidas efetivas para o controle do câncer pressupõe informações de qualidade sobre a distribuição de incidência e mortalidade, possibilitando, assim, melhor compreensão sobre a doença e os seus determinantes; formulação de hipóteses causais; avaliação dos avanços tecnológicos aplicados à prevenção e ao tratamento, bem como a efetividade da atenção à saúde. Um sistema de vigilância estruturado fornece informações sobre a magnitude e o impacto do câncer, a efetividade de programas de controle de câncer, bem como a avaliação de seu desempenho. Os registros de câncer (de base populacional e hospitalares) são parte desse sistema de vigilância (INCA, 2012).

7 CONCLUSÕES

Com base nos resultados, podemos concluir que o perfil dos pacientes diagnosticados com câncer bucal no HSVP foi similar em muitos aspectos aos apresentados por outros autores no Brasil. Percebe-se que houve uma preponderância de pacientes do sexo masculino, leucodermas, com média de idade de 58,36 anos e faixa etária acima dos 50 anos.

Os pacientes apresentaram baixo nível de escolaridade e eram em sua maioria trabalhadores rurais, tabagistas e etilistas.

A localização anatômica preferencial foi a língua, e o tipo histológico mais frequente foi o carcinoma de células escamosas. A maioria das lesões encontrava-se em estágio avançado e o tratamento mais realizado foi a excisão cirúrgica.

Os dados sugerem a necessidade de implantação de uma política de prevenção e controle do câncer bucal na região do Planalto Médio gaúcho, viabilizando, dessa forma, a redução do número de novos casos, o diagnóstico precoce e um melhor prognóstico e terapêutica dessas neoplasias.

REFERÊNCIAS

AJCC. American Joint Committee on Cancer. AJCC Cancer Staging Manual. Disponível em <http://www.cancerstaging.org>. Acesso em 15 Maio 2011.

Almeida FCSA et al. Fatores prognósticos no câncer de boca. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2011; 15(4):471-478.

Alvarenga ML et al. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto ao câncer bucal. RFO. 2012; 17(1):31-35.

Amar A et al. The density of metastatic lymph node as prognostic factor in squamous cell carcinoma of the tongue and floor of the mouth. Braz J Otorhinolaryngol. 2012; 78(3):86-90.

Andrade FP et al. Evaluation of the quality of life of patients with oral câncer in Brazil. Braz Oral Res. 2006; 20(4):290-6.

Andreotti M, Rodrigues NA, Cardoso LMN et al. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. Cad. Saúde Pública 2006; 22(3): 543-552.

Anuradhak K, Sankaranarayanan K. Identification of suspicious regions to detect oral cancers at an earlier stage– a literature survey. Int Journal of Advances in Engineering & Technology 2012; 3(1): 84-91.

Araújo Filho JCWP. Nível de formação e comportamento preventivo dos usuários do programa de saúde da família do município de Patos-PB frente ao câncer bucal [dissertação]. João Pessoa: 2009.

Biazevic MGH, Castellanos RA, Antunes JLF, Crosato EMI. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no município de Sao Paulo, Brasil, 1980/2002. Cad. Saúde Pública 2006; 22(10):2105-2114.

Boing AF et al. Mortality from oral and pharyngeal cancer in Brazil: trends and regional patterns, 1979-2002. *Rev Panam Salud Publica*. 2006; 20(1):1-8

Borges DML, Sena MF, Ferreira MAF, Roncalli AG. Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(2):321-327.

Borges FT, Garbin CAS, Carvalhosa AA, Castro PHS, Hidalgo LRC. Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(9):1977-82.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. CBO – Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>. Acesso em 10 janeiro 2013.

Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2007; 53(1): 63-69.

Buelvas AR, Agudelo AA. Gradiente social, envejecimiento y diagnostic tardío del câncer oral. *Salud Pública*. 2011; 29(3):320-328.

Carli ML, Santos SL, Pereira AAC, Hanemann JAC. Características clínicas, epidemiológicas e microscópicas do câncer bucal diagnosticado na Universidade Federal de Alfenas. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2009; 55(3): 205-211

Carrera Torres A et al. Quimioluminiscencia como método de screening de câncer oral. *Av Odontoestomatol*. 2011; 27(6):301-311

Coaracy AEV et al. Correlação entre os dados clínicos e histopatológicos dos casos de carcinoma espinocelular oral do Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello, em São Luís, MA. *J Bras Patol Med Lab*. 2008; 44(1):31-35.

Dahlstrom et al. Squamous cell carcinoma of the head and neck in never smoker-never drinkers: a descriptive epidemiologic study. *Head Neck*. 2008; 30:75-84.

Dedivitis RA et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e faringe. Rev Bras Otorrinolaringol. 2004; 70(1):35-40.

Durazzo MD et al. Clinical and epidemiological features of oral câncer in a medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metástases. Clinics. 2005; 60(4):293-8.

Epstein JB, Gorsky M, Cabay RJ, Day T, Gonsalves W. Screening for and diagnosis of oral premalignant lesions and oropharyngeal squamous cell carcinoma. Can Fam Physician 2008; 54: 870-5

Genden EM, Ferlito A, Silver CE et al. Contemporary management of cancer of the oral cavity. Eur Arch Otorhinolaryngol 2010; 267:1001–1017

Harris SL et al. Never-smokers, never-drinkers: unique clinical subgroup of young patients with head and neck squamous cell cancers. Head Neck. 2010; 32:499-503.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 10 Janeiro 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas das Populações Residentes, em 01.7.2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012>. Acesso em 10 Janeiro 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Divisão territorial do Brasil 2013. Disponível em: http://downloads.ibge.gov.br/downloads_geociencias.htm. Acesso em 10 janeiro 2013.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio Grande do Sul: INCA, 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012>. Acesso em 10 Janeiro 2013.

Jaber, Mohamed A. Oral epithelial dysplasia in non-users of tobacco and alcohol: na analysis of clinicopathologic characteristics and treatment outcome. *Journal of Oral Science*. 2010; 52:13-21.

Kruse AL et al. Oral squamous cell carcinoma in non-smoking and non-drinking patients. *Head & Neck Oncology*. 2010; 2:24

Li L et al. Smoking and drinking in relation to oral potentially malignant disorders in Puerto Rico: a case-control study. *BMC Cancer*. 2011; 11:324

Losi-Guembarovski R, Menezes RP, Polisel F et al. Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(2):393-400.

Lourenço SQC, Schueler AF, Camisasca DR, Lindenblatt RC, Bernardo VG. Classificações histopatológicas para o carcinoma de células escamosas da cavidade oral. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2007; 53(3): 325-333

Maciel SSSV et al. Morbimortalidade por cânceres da boca e faringe em capitais brasileiras. *Revista da AMRIGS*. 2012; 56(1):38-45

Marques LA, Eluf-Neto J, Figueiredo RAO, Góis-Filho JF et al. Oral health, hygiene practices and oral câncer. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(3): 471-9.

Mehrotra R et al. The efficacy of oral brush biopsy with computerassisted analysis in identifying precancerous and cancerous lesions *Head & Neck Oncology* 2011; 3:39.

Melo LC, Silva MC, Bernardo JMP et al.. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. *Rev Gaúcha Odontol* 2010; 58(3): 351-355.

Messadi DV, Wilder-Smith P, Wolinsky L. Improving oral cancer survival: the role of dental providers. *J Calif Dent Assoc* 2009; 37(11): 789–798.

Montenegro AB, Brito N. Patologia Processos Gerais. 48 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.

Montoro JRMC, Hicz HA, Souza L, Livingstone D et al . Fatores prognósticos no carcinoma espinocelular de cavidade oral. Rev Bras Otorrinolaringol 2008; 74(6): 861-6.

Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral & Maxillofacial Pathology. 2.ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

Organização Mundial da Saúde. CID-O Classificação Internacional de Doenças para Oncologia. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2005.

Paiva RR et al. Oral câncer staging established by magnetic resonance imaging. Braz Oral Res. 2011; 25(6):512-8.

Pandey M, Rao LP, Das SR, Mathews A, Chacko EM, Naik BR. Patterns of mandibular invasion in oral squamous cell carcinoma of the mandibular region. World Journal of Surgical Oncology 2007; 5:12.

Pulino BFB et al. Oral câncer: potentially malignant lesions and statistics of diagnosed cases in the municipality of Santo André-SP. J Health Sci Inst. 2011; 29(4):231-4.

Rahman MS et al. Evaluation of a low-cost, portable imaging system for early detection of oral cancer. Head & Neck Oncology 2010; 2:10.

Rao SK, Pavicevic Z, Du Z, Kim JG et al. Pro-inflammatory genes as biomarkers and therapeutic targets in oral squamous cell carcinoma. The Journal of Biological Chemistry 2010; 285(42): 32512–32521.

Rapoport A, Kowalski LP, Herter NT, Brandão LG. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Boca. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Projeto Diretrizes 2001; 1-12.

Rezende CP, Ramos MB, Daguíla CH, Dedivitis RA, Rapoport A. Alterações da saúde bucal em portadores de câncer da boca e orofaringe. Rev Bras Otorrinolaringol 2008; 74(4): 596-600.

Robbins SL, Coltran RS, Kumar V. Patologia Básica. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994.

Sailer HF, Pajarola GF. Cirurgia Bucal. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. Braz J Otorhinolaryngol 2010; 76(4):416-22.

Santos et al. Câncer bucal: amostra populacional do estado de Alagoas em hospital de referência. Braz. J Otorhinolaryngol. 2009; 75(4):524-9.

Scheidt et al. Characteristics of oral squamous cell carcinoma in users or non users of tobacco and alcohol. Rev Odonto Cienc. 2012; 27(1):69-73

Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de Patologia Bucal. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.

Shamami S et al. Periodontal disease and tooth loss as risks for cancer: a systematic review of the literature. Iran J Cancer Prev 2011; 4:189-198.

Silveira AP et al. Patient reported outcomes in head and neck cancer: selecting instruments for quality of life integration in clinical protocols. Head & Neck Oncology 2010; 2:32.

Silveira EJD et al. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. J Bras Patol Med Lab. 2009; 45(3):233-8.

Soares HA. Manual de câncer bucal. 1 ed. São Paulo: CROSP; 2005.

Souza LM et al. Scheduling delay in suspected cases of oral câncer. Rev Bras Epidemiol. 2011; 14(4):642-50.

Teixeira AKM et al. Carcinoma espinocelular da cavidade bucal: um estudo epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Revista Brasileira de Cancerologia. 2009; 55(3):229-236.

Thomson PJ, Hamadah O. Cancerisation within the oral cavity: the use of 'field mapping biopsies' in clinical management. Oral Oncol 2007; 43:20-26

Tverdal A et al. Coffee intake and oral-oesophageal câncer: follow-up of 389 624 norwegian men and women 40-45 years. British Journal of Cancer. 2011; 105:157-161.

UICC. Union for International Cancer Control. TNM Classification. Disponível em <http://www.uicc.org>. Acesso em 15 Maio 2012.

Volkweis MR, Garcia R, Pacheco CA . Estudo retrospectivo sobre as lesões bucais na população atendida em um centro de especialidades odontológicas. Rev Gaúcha Odontol 2010; 58(1): 21-25.

ANEXO 1

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE CÂNCER BUCAL EM UM HOSPITAL DO PLANALTO MÉDIO GAÚCHO: ESTUDO RETROSPECTIVO

Pesquisador: João Batista Blessmann Weber

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11601812.4.0000.5338

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 180.153

Data da Relatoria: 14/12/2012

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa refere-se a um estudo epidemiológico transversal, fundamentado na análise retrospectiva e descritiva de prontuários de pacientes, com abordagem quantitativa dos dados. Será realizado um levantamento dos casos de câncer bucal tratados entre os anos de 1999 a 2009 em um Hospital do Planalto médio gaúcho.

Objetivo da Pesquisa:

- Realizar um levantamento de dados epidemiológicos do câncer bucal em pacientes da região norte do estado do Rio Grande do Sul.
- Verificar se há semelhança com dados publicados em outras regiões do estado e do país. - Analisar o perfil (gênero, idade, ocupação e escolaridade) dos pacientes acometidos por câncer bucal da região norte do estado.
- Avaliar os tipos histológicos de câncer bucal que mais acometem essa população e a localização topográfica destas lesões.
- Investigar os fatores etiológicos (tabagismo, etilismo e má condição bucal) associados às lesões malignas bucais dos pacientes atendidos no HSVP.
- Identificar o estadiamento clínico no momento do diagnóstico bem como o tratamento indicado.
- Avaliar a qualidade de vida dos pacientes acometidos por câncer bucal, durante e após o tratamento.

Endereço: Av.Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)320-3345

Fax: (51)320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

25. Localização de metástase à distância

<input type="text"/>							
<input type="text"/>							

26. Data do início do 1º tratamento no hospital

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

27. Principal razão p/não realização do tratamento no hospital

- 1 Recusa do tratamento
- 2 Doença avançada, falta de condições clínicas
- 3 Outras doenças associadas
- 4 Abandono do tratamento
- 5 Complicações do tratamento
- 6 Óbito
- 7 Outras
- 8 Não se aplica
- 9 Sem informação

28. 1º Tratamento recebido no hospital

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 Nenhum | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2 Cirurgia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3 Radioterapia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 4 Quimioterapia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 5 Hormonioterapia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 6 Transplante de medula óssea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 7 Imunoterapia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 8 Outros | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9 Sem informação | <input type="checkbox"/> |

29. Estado da doença ao final do tratamento no hospital

- 1 Sem evidência da doença (remissão completa)
- 2 Remissão parcial
- 3 Doença estável
- 4 Doença em progressão
- 5 Fora de possibilidade terapêutica
- 6 Óbito
- 8 Não se aplica
- 9 Sem informação

30. Data do óbito

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

31. Causa imediata da morte

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------

32. Causa básica da morte

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------

33. Seguimento

- 1 Sim
- 2 Não

34. Código do Registrador

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

35. Data do preenchimento da ficha

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

36. Estado conjugal atual

- 1 Casado ou união livre
- 2 Solteiro
- 3 Desquitado, separado, divorciado
- 4 Viúvo
- 9 Sem informação

37. Data da triagem

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

38. Histórico familiar de câncer

- 1 Sim
- 2 Não
- 9 Sem informação

39. Alcoolismo

- 1 Sim
- 2 Não
- 8 Não se aplica
- 9 Sem informação

40. Tabagismo

- 1 Sim
- 2 Não
- 8 Não se aplica
- 9 Sem informação

41. Origem do encaminhamento

- 1 SUS
- 2 Não SUS
- 3 Veio por conta própria
- 9 Sem informação

42. Exames relevantes para o diagnóstico e planejamento da terapêutica do tumor

- 1 Exame Clínico e Patologia Clínica
- 2 Exames por Imagem
- 3 Endoscopia e Cirurgia Exploradora
- 4 Anatomia Patológica
- 9 Sem Informação

43. Localização primária provável

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------

44. Lateralidade

- 1 Direita
- 2 Esquerda
- 3 Bilateral
- 8 Não se aplica
- 9 Sem informação

APÊNDICE A

Tabela – Distribuição dos pacientes por município durante o período estudado (1999 – 2009)

Município	n	%
Tapejara – PR	1	0.3
União da Vitória – PR	1	0.3
Itá – SC	2	0.7
Maravilha – SC	1	0.3
Palmitos – SC	1	0.3
Xanxerê – SC	1	0.3
Almirante Tamandaré do Sul – RS	1	0.3
Alpestre – RS	1	0.3
Ametista do Sul – RS	1	0.3
Bossoroca – RS	1	0.3
Campinas do Sul – RS	1	0.3
Campos Borges – RS	1	0.3
Carazinho – RS	16	5.2
Casca – RS	7	2.3
Caseiros – RS	1	0.3
Cerro Largo – RS	1	0.3
Charrua – RS	1	0.3
Colorado – RS	1	0.3
Constantina – RS	4	1.3
Coqueiros do Sul – RS	1	0.3
Coronel Bicaco – RS	1	0.3
Coxilha – RS	2	0.7
Cristal do Sul – RS	1	0.3
Cruz Alta – RS	1	0.3
David Canabarro – RS	2	0.7
Engenho Velho – RS	1	0.3
Erechim – RS	1	0.3
Ernestina – RS	2	0.7

Erval Seco – RS	2	0.7
Espumoso – RS	4	1.3
Fontoura Xavier – RS	1	0.3
Frederico Westphalen – RS	4	1.3
Gaurama – RS	1	0.3
Getúlio Vargas – RS	2	0.7
Gramado dos Loureiros – RS	2	0.7
Guaporé – RS	4	1.3
Ibiraiaras – RS	2	0.7
Ibirubá – RS	2	0.7
Júlio de Castilhos – RS	1	0.3
Lagoa dos Três Cantos – RS	1	0.3
Lagoa Vermelha – RS	19	6.2
Liberato Salzano – RS	1	0.3
Machadinho – RS	1	0.3
Marau – RS	8	2.6
Mato Castelhano – RS	2	0.7
Montauri – RS	1	0.3
Não-Me-Toque – RS	5	1.6
Nonoai – RS	2	0.7
Nova Alvorada – RS	2	0.7
Nova Boa Vista – RS	3	1.0
Paim Filho – RS	2	0.7
Palmeira das Missões – RS	3	1.0
Paraí – RS	1	0.3
Passo Fundo – RS	80	26.1
Pinhal – RS	1	0.3
Pontão – RS	1	0.3
Porto Vera Cruz – RS	1	0.3
Quinze de Novembro – RS	1	0.3
Rodeio Bonito – RS	1	0.3
Ronda Alta – RS	4	1.3
Rondinha – RS	5	1.6
Salto do Jacuí – RS	1	0.3

Sananduva – RS	10	3.3
Santa Bárbara do Sul – RS	1	0.3
Santo Antônio do Palma – RS	2	0.7
Santo Antônio do Planalto – RS	1	0.3
Santo Expedito do Sul – RS	1	0.3
São Domingos do Sul – RS	3	1.0
São João da Urtiga – RS	2	0.7
São Jorge – RS	1	0.3
São José das Missões – RS	1	0.3
São José do Ouro – RS	5	1.6
Sarandi – RS	6	2.0
Seberi – RS	2	0.7
Serafina Corrêa – RS	6	2.0
Sertão – RS	1	0.3
Soledade – RS	7	2.3
Tapejara – RS	7	2.3
Tapera – RS	4	1.3
Tio Hugo – RS	1	0.3
Três Palmeiras – RS	3	1.0
Trindade do Sul – RS	2	0.7
Tunas – RS	1	0.3
Tuparendi – RS	1	0.3
União da Serra – RS	1	0.3
Viadutos – RS	1	0.3
Vicente Dutra – RS	1	0.3
Victor Graeff – RS	3	1.0
Vila Lângaro – RS	1	0.3
Vila Maria – RS	4	1.3
Vista Alegre – RS	1	0.3
Total	307	100.0

Fonte: HSVP (Passo Fundo – RS, 2012)