

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA**

**HELENITA ALMEIDA MAMERI**

**RELAÇÃO ENTRE O TABAGISMO E O ETILISMO E O CARCINOMA DE  
CÉLULAS ESCAMOSAS NA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO EM  
PACIENTES USUÁRIOS DO SUS NO ESPÍRITO SANTO**

**VITÓRIA  
2015**

HELENITA ALMEIDA MAMERI

**RELAÇÃO ENTRE O TABAGISMO E O ETILISMO E O CARCINOMA DE  
CÉLULAS ESCAMOSAS NA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO EM  
PACIENTES USUÁRIOS DO SUS NO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica junto à Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Clínica Odontológica.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raquel Baroni de Carvalho

VITÓRIA  
2015

HELENITA ALMEIDA MAMERI

**RELAÇÃO ENTRE O TABAGISMO E O ETILISMO E O CARCINOMA DE  
CÉLULAS ESCAMOSAS NA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO EM  
PACIENTES USUÁRIOS DO SUS NO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica junto à Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Clínica Odontológica.

Aprovada em 09 de Outubro de 2015.

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raquel Baroni de Carvalho  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Karina Tonini dos Santos Pacheco  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Costa Amorim  
Universidade Federal do Espírito Santo

Dedico este trabalho aos meus pais, Justino Mameri e Helenita Almeida Mameri, pelos exemplos de honestidade, responsabilidade, dedicação aos filhos e por não terem medido esforços para proporcionarem as melhores condições para a minha formação.

Dedico ao meu amado filho, Sérgio, pela alegria, amor e estímulo que me proporciona, tornando minha vida mais completa e feliz. Minha razão de viver.

Dedico ao meu querido companheiro, João, pelo apoio, paciência e por incentivar meu crescimento pessoal e profissional, e por minimizar minhas angústias e incertezas.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as necessidades.

À minha família, a qual amo muito, pelo carinho, paciência, apoio, incentivo, amor e dedicação, para que pudesse cumprir mais uma etapa de minha vida. Vocês são meu “porto-seguro”.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raquel Baroni de Carvalho, professora associada do Departamento de Medicina Social (UFES), por acreditar em mim e me mostrar o caminho da ciência; pelo incentivo constante, paciência e apoio.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Selva Maria Gonçalves Guerra, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica (UFES), pelo apoio e incentivo constante.

Ao Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto, professor adjunto do Departamento de Medicina Social (UFES), pela oportunidade de tê-lo como professor, sabendo transmitir tão bem seu ensinamento e pela ajuda na análise estatística: minha sincera admiração.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Karina Tonini dos Santos Pacheco, pela paciência e por mostrar-se sempre prestativa quando precisei de suas orientações. Obrigada pela sua amizade.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Costa Amorim por participar da Banca Examinadora e do maravilhoso trabalho efetuado no Hospital Santa Rita (AFECC).

Ao Dr. José Roberto Vasconcelos Podestá, coordenador do Programa de Prevenção e Detecção Precoce de Câncer de Boca, do Hospital Santa Rita de

Cássia/SESA-ES, pelo apoio constante em todas as minhas dificuldades durante a montagem do banco de dados.

Ao meu filho, Sérgio, pela paciência ao me orientar na digitação deste trabalho.

À Caroline, sobrinha querida, por todo carinho dedicado a mim nesta trajetória.

À Dr<sup>a</sup>. Solange Amigo Guimarães, Dentista do Hospital Santa Rita de Cássia/SESA-ES, pela amizade e companheirismo que mostrou por ter atendido meus pacientes quando precisei estar ausente e por ter me ajudado a fazer as biópsias dos pacientes diagnosticados no Hospital Santa Rita.

À Adenir, técnica de Enfermagem, pelo carinho, dedicação e amor aos pacientes e a mim em todos os momentos.

À Katia Cirlene Gomes Viana, Analista do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Santa Rita de Cássia/SESA-ES, pelo imenso apoio durante todo período do estudo.

À Dr<sup>a</sup>. Katrini Martinelli, Mestre em Saúde Coletiva (UFES), pela amizade e pela importante colaboração na análise estatística do estudo.

À Sarah Vervloet Soares, Mestre em Letras (UFES), pelo dedicado trabalho de ordenamento e revisão do texto.

À Regina Lúcia Sales, secretária do Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica, da Universidade Federal do Espírito Santo, pela grande contribuição na realização deste trabalho.

Aos colegas de turma, por dividirem seus saberes, suas alegrias e expectativas.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Aos pacientes que, mesmo com tanto sofrimento físico e emocional, participaram da pesquisa. Obrigada por cada ensinamento de vida e superação que tenho com cada um de vocês.

A todos que sofrem e estão sós, dai sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporcione apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração.

Madre Teresa de Calcutá

## RESUMO

MAMERI, H. A. Universidade Federal do Espírito Santo, outubro de 2015. **Relação entre o tabagismo e o etilismo e o carcinoma de células escamosas na região de cabeça e pescoço em pacientes usuários do SUS no Espírito Santo.** Orientadora: Raquel Baroni de Carvalho.

A prevalência do câncer de cabeça e pescoço (cavidade bucal, faringe e laringe) tem aumentado no Brasil na última década, sendo o carcinoma de células escamosas o mais comum. Seu tratamento pode causar severas sequelas funcionais e estéticas, com um impacto significativo na qualidade de vida e saúde psicológica desses pacientes. **Objetivo:** Associar os hábitos de vida de indivíduos com o desenvolvimento do carcinoma espinocelular (CEC) de cabeça e pescoço (cavidade bucal, faringe e laringe). **Metodologia:** estudo retrospectivo com pacientes portadores do câncer. Pesquisa realizada em dois hospitais públicos de referência na cidade de Vitória, Espírito Santo, Brasil, no período de novembro de 2011 a novembro de 2013. São incluídos no estudo 97 pacientes portadores de CEC de cabeça e pescoço, em que 51 casos são em cavidade bucal e lábio, 24 em orofaringe, 3 em hipofaringe, 16 em laringe, 2 nasais e 1 paciente com sítio desconhecido. Utilizou-se a técnica de entrevista com registro em formulário, a fim de obter dados sociodemográficos; hábitos de tabagismo e etilismo (no momento do diagnóstico e após seis meses); hábitos de higiene bucal e tratamento principal. A análise estatística foi descritiva, teste de Qui-quadrado e Exato de Fischer. **Resultados:** o desenvolvimento das neoplasias está associado a fatores de risco ambientais e de estilo de vida. Houve associação estatisticamente significativa entre o hábito de fumar e o estadiamento dos tumores (0,039) e com o tratamento principal (0,036). De um total de 97 pacientes, 34 vieram a óbito como causa o CEC de cabeça e pescoço (35,1%). **Conclusão:** Confirmando o tabagismo e o etilismo como fatores de risco para o CEC de cabeça e pescoço, compreendeu-se que quanto maior o tempo de exposição a esses riscos e sua quantidade habitual, há maior propensão ao desenvolvimento do carcinoma de cabeça e pescoço. Isso é importante também na medida em que os gastos com a saúde e no setor público tornam-se elevados. Então, mudanças de hábitos de vida como abstinência do fumo e do álcool são os melhores métodos de prevenção da doença, já que são os principais fatores de risco.

**Palavras-chave:** Câncer de Cabeça e Pescoço. Carcinoma Epidermoide. Tabagismo. Etilismo.

## ABSTRACT

MAMERI, H. A. Universidade Federal do Espírito Santo, october, 2015. **Relationship between the smoking and drinking and squamous cell carcinoma of the head and neck in the SUS users patient in the Espírito Santo.** Mastermind: Raquel Baroni de Carvalho.

The prevalence of head and neck cancer (oral cavity, pharynx and larynx) has increased in Brazil in the last decade, with the squamous cell carcinoma as the most common. The treatment may cause severe functional and aesthetic sequels, with a significant impact on quality of life and psychological health of these patients. **Objectives:** This study aimed to relate the habits of individuals with the development of squamous cell carcinoma (SCC) of the head and neck. **Methods:** retrospective study of patients with cancer. Survey conducted in two public hospitals of reference in the city of Vitória, Espírito Santo, Brazil, from November 2011 to November 2013. The study include 97 patients with SCC of the head and neck, in which 51 in oral cavity and lip, 24 in the oropharynx, 3 in the hypopharynx, 16 in the larynx, 2 in the nasal area and 1 patient with unknown tumoral site. Patients were interviewed about sociodemographic data; smoking habits and alcohol consumption (at diagnosis and after six months); oral hygiene habits and primary treatment. The statistical analysis was descriptive, chi-square test and Fisher Exact. **Results:** The development of malignancies is associated with environmental risk factors and lifestyle. There was a statistically significant association between smoking and staging of tumors (0.039) and the main treatment (0.036). From a total of 97 patients, 34 had been caused by the CEC head and neck (35.1%). **Conclusion:** Confirming smoking and alcohol consumption as risk factors for SCC of the head and neck, it was understood that the longer the duration of exposure to these risks and their usual amount, there is a greater chance for development of head and neck carcinoma. It is also important because spending on treatments become expensive. So, lifestyle changes such as abstinence from tobacco and alcohol are the best methods of preventing the disease, since they are the main risk factors.

**Keywords:** Cancer Head and Neck. Squamous cell carcinoma. Smoking. Alcohol consumption.

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa das variáveis pessoais dos pacientes em tratamento de câncer de cabeça e pescoço. Vitória-ES, 2015.....  | 44 |
| Tabela 2 - Tabela 2- Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas ao hábito de fumar (no primeiro contato com os pacientes diagnosticados) dos pacientes acometidos por câncer de cabeça e pescoço. Vitória-ES, 2015..... | 46 |
| Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Vitória-ES, 2015. ....   | 48 |
| Tabela 4 - Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas e hábito de fumar após seis meses do diagnóstico inicial dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Vitória-ES, 2015. ....    | 49 |
| Tabela 5 - Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas aos hábitos de higiene bucal dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Vitória-ES, 2015.....  | 50 |
| Tabela 6 - Frequência absoluta e relativa das variáveis clínicas (TNM) relacionadas ao tratamento dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Vitória-ES, 2015.....  | 51 |
| Tabela 7 - Testes de Associação entre o estadiamento do câncer e variáveis do estudo. Vitória-ES, 2015.....  | 53 |
| Tabela 8 - Testes de Associação entre o tipo de tratamento principal de câncer e variáveis do estudo. Vitória-ES, 2015. ....   | 54 |
| Tabela 9 - Testes de Associação entre o estado final (1º tratamento) do câncer e variáveis do estudo. Vitória-ES, 2015. ....   | 55 |

## LISTA DE SIGLAS

ACCamargo - Antônio Cândido de Camargo

Afecc – Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer

AJCC - American Joint Committee on Cancer

CEC - Carcinoma Espinocelular

CIAS - Centro de Atenção Integrada à Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

INCA - Instituto Nacional do Câncer

OMS - Organização Mundial da Saúde

HPV - Papiloma Vírus Humano

HUCAM - Hospital Antônio Cassiano de Moraes

IARC - Agência Internacional de Pesquisas sobre o Câncer

INHANCE - Consórcio Internacional de Epidemiologia de Câncer de Cabeça e Pescoço.

InterCHANGE - Rede mundial de Pesquisa sobre Câncer de Cabeça e Pescoço

RAP - Risco Atribuível Populacional

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

TPM - Tumores Primários Múltiplos

UNIMED - União dos médicos

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>14</b> |
| <b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....   | <b>17</b> |
| 2.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO .....  | 17        |
| 2.2 ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO .....   | 20        |
| 2.3 PATOGÊNESE E ESTADIAMENTO.....   | 30        |
| 2.4 TRATAMENTO .....   | 34        |
| 2.5 ESTILO DE VIDA.....  | 36        |
| <b>3 OBJETIVOS</b> .....   | <b>38</b> |
| 3.1 OBJETIVO GERAL .....   | 38        |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....   | 38        |
| <b>4 METODOLOGIA</b> .....   | <b>39</b> |
| <b>5 RESULTADOS</b> .....  | <b>43</b> |
| <b>6 DISCUSSÃO</b> .....   | <b>57</b> |
| <b>7 CONCLUSÃO</b> .....   | <b>66</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>68</b> |
| <b>APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa</b> .....  | <b>73</b> |
| <b>APÊNDICE B – Carta à Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC)</b> .....  | <b>78</b> |
| <b>APÊNDICE C – Cartilha</b> .....   | <b>79</b> |
| <b>ANEXO 1–Termo de consentimento livre e esclarecedor para controles</b> .  | <b>81</b> |
| <b>ANEXO 2–Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CIAS UNIMED/VITÓRIA) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</b><br>..... | <b>85</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer está incluso no rol de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) de natureza crônica, degenerativa e que pode acometer ambos os sexos. A doença é caracterizada por um crescimento desordenado de células atípicas, muitas vezes espalhando-se para outras regiões do corpo (metástase), principalmente quando o diagnóstico e o tratamento forem tardios. Nestes casos, o câncer ou neoplasias malignas podem causar alta incidência de incapacitação e morte (MOYSES; MICHALUARTE, 2008).

O câncer, principalmente o de cabeça e pescoço, vem aumentando sua incidência, prevalência e mortalidade no mundo, inclusive no Brasil. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), em 2030, a taxa global será de 21,4 milhões de novos casos de câncer e 13,2 milhões de mortes por essa doença. No Brasil, a estimativa para o ano de 2014 foi aproximadamente de 576 mil novos casos de câncer. Desses, espera-se que 11.280 casos sejam de câncer na cavidade bucal em homens e 4.010 em mulheres. Já para a neoplasia de laringe, são estimados 6.870 novos casos em homens e 770 novos casos em mulheres. Para o Espírito Santo, estima-se 6.840 novos casos de câncer para o ano de 2014, sendo 290 novos casos correspondentes à cavidade bucal de homens e 160 novos casos em mulheres. Também são esperados para o câncer de laringe 160 novos casos em homens e menos de 15 novos casos em mulheres (BRASIL, 2013).

Devido a estes dados epidemiológicos, ao impacto socioeconômico e a fatores devastadores na qualidade de vida destes pacientes quando descoberto tardiamente, sabe-se hoje que o câncer de cabeça e pescoço se tornou um problema de saúde pública no Brasil (BOING; ANTUNES, 2011).

Os estadiamentos avançados do câncer de cabeça e pescoço estão relacionados a sintomas bastante acentuados, como dor severa, alterações na deglutição, desnutrição e alterações nos mecanismos de proteção das vias aéreas, acarretando a intervenção por uma equipe multidisciplinar, o que envolve a utilização de métodos complexos de diagnósticos, tratamento e

reabilitação desses pacientes (CHEN; VOKES, 2008). O tratamento pode, além de deixar de ser curativo, ser mutilante e influenciar no tempo e qualidade de vida desses pacientes, gerando alto custo em assistência oncológica (LAMBERT *et al.*, 2011; MACIEL *et al.*, 2012).

O Carcinoma Espinocelular (CEC) é uma neoplasia maligna com origem no epitélio de revestimento e é o tipo histológico mais comum de neoplasias em laringe, hipofaringe, boca e orofaringe (VINEIS *et al.*, 2004). Os fatores de risco ligados a este câncer incluem história familiar (NEGRI *et al.*, 2009), fatores ambientais e/ou ligados ao trabalho (SIEMIATYCKI *et al.*, 2004) e aos hábitos de vida, como alcoolismo, tabagismo (HASHIBE *et al.*, 2009), sexo oral (FAKHRY *et al.*, 2008), dieta pobre em verduras e frutas (SAPKOTA *et al.*, 2008), má higiene bucal (ROSENQUIST *et al.*, 2005), classe social (CONWAY *et al.*, 2008) e massa corpórea (KREIMER *et al.*, 2006).

São considerados fatores de risco aqueles que estão diretamente relacionados aos determinantes sociais de saúde, que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, os quais influenciam a ocorrência de problemas de saúde. É possível dizer que esses determinantes são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Há, na literatura, uma diversidade de estudos, como os de Lambert *et al.* (2011), Galbiatti (2013), Siemiatycki *et al.* (2004), Hashibe *et al.* (2009), Carvalho (2003), Seroli, Rapoport (2009), entre outros, que analisaram os fatores de risco para carcinoma espinocelular em cabeça e pescoço individualmente. Conhecer os hábitos dessa população, como o tabagismo e/ou etilismo, higiene bucal no momento do diagnóstico e seis meses após o diagnóstico, escolaridade, idade, procedência, conduta terapêutica e óbitos, podem permitir melhores condutas clínicas e sociais no acompanhamento oncológico desses pacientes, como, por exemplo, orientar gestores no planejamento de novas Políticas Públicas de Saúde.

Este trabalho foi desenvolvido no Hospital Antônio Cassiano de Moraes (HUCAM-Público Federal) e no Hospital Santa Rita de Cássia (Afec -

Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer - Filantrópico) e partiu de um estudo longitudinal de casos da pesquisa intitulada “Estudo de Câncer de Cabeça e Pescoço no Brasil”, vinculados à rede mundial de pesquisa sobre o Câncer de Cabeça e Pescoço (InterCHANGE), financiada pela Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer (IARC), com sede em Lyon, França, e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O estudo selecionou pacientes recém-diagnosticados no Programa de Prevenção e Detecção Precoce de Câncer de Boca do Hospital Santa Rita de Cássia e no Ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HUCAM, localizados em Vitória, Espírito Santo, Brasil, ou que chegaram com confirmação histopatológica para câncer de boca, faringe e laringe para o tratamento primário em um destes locais, no período de novembro de 2011 a novembro de 2013.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O perfil epidemiológico das neoplasias no Brasil faz com que o tema conquiste maior espaço nas agendas políticas e técnicas de todas as esferas de governo. O conhecimento sobre a direção desse agravo permite estabelecer prioridades e recursos direcionados para modificação positiva desse cenário na população brasileira (BRASIL, 2013).

Desse modo, este trabalho pretende contribuir para o enriquecimento das pesquisas relativas ao desenvolvimento de carcinoma espinocelular de câncer de cabeça e pescoço (cavidade bucal, faringe e laringe). Isso porque, de acordo com Rothenberg e Ellisen (2012), o Carcinoma Espinocelular (CEC) de cabeça e pescoço é o sexto câncer mais comum em todo o mundo, afetando 600.000 novos pacientes a cada ano, com alto índice de morbidade e mortalidade. Destes, como se percebe na pesquisa de Lambert *et al.* (2011), as neoplasias que surgem na mucosa de revestimento da boca, hipofaringe e orofaringe são as mais comuns. Segundo Lambert *et al.* (2011), mais de 90% destas neoplasias são carcinoma de células escamosas, ou espinocelular.

Em estudo retrospectivo realizado na Austrália, Smith *et al.* (2008) afirmam que o sítio mais acometido no que diz respeito ao câncer de cabeça e pescoço é a boca e, tradicionalmente, era uma doença de homens, mas esse padrão vem se modificando, com diminuição da incidência em homens e aumento em mulheres.

Lambert *et al.* (2011) relatam a epidemiologia descritiva e causal dos carcinomas espinocelulares, mostrando que o CEC na cavidade oral e orofaringe são muitas vezes diagnosticados em um estágio tardio, levando a um prognóstico sombrio. Devido a este atraso no diagnóstico, o tratamento

pode deixar sequelas estéticas e funcionais com impacto psicológico e na qualidade de vida do paciente.

Uma menor incidência destas neoplasias é propiciada com práticas preventivas evitando o tabagismo, fazendo uso limitado do álcool, não se expondo a produtos do tabaco e outros agentes carcinogênicos, detecção precoce de infecção por HPV, manter a saúde oral, bons hábitos alimentares e controle do stress. Variações temporais na incidência destes tumores estão relacionadas a variações de fatores causais, como a exposições ao Papiloma Vírus Humano (GALBIATTI,2013; LAMBERT *et al.*, 2011).

A idade média que acomete o câncer de cabeça e pescoço é aproximadamente a sétima década de vida. Ainda assim, tem aumentado o número de adultos entre 20 e 30 anos que desenvolvem o câncer, principalmente na língua (SILVERMAN, 2001). Seroli, Rapoport (2009) afirmam, quanto ao gênero, que o predomínio é de homens. Abdo *et al.* (2002) com relação ao estado civil, constatam que a maioria dos pacientes é casada e faz parte dos grupos de trabalhadores de baixa renda. Já com relação à procedência, de 154 pacientes, 124 eram da região urbana e 30 da região rural.

Sommerfeld *et al.* (2012) concluíram, em seu artigo, que o câncer de cabeça e pescoço tem impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes devido ao diagnóstico tardio – o que leva a tratamentos agressivos e invasivos – confirma a recorrência tumoral em pacientes casados em maior porcentagem em detrimento dos solteiros, viúvos e divorciados. Assim como Abdo *et al.* (2002), em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte, cujo trabalho também constata a maior incidência de pacientes casados ou com união estável.

É importante destacar que o Papiloma Vírus Humano (HPV) é um vírus de DNA de cadeia dupla que infecta as células basais da mucosa epitelial. O HPV pode ser um fator de risco independente para os tumores de cabeça e pescoço, sendo detectado em cerca de 31% dos tumores de orofaringe (mais prevalente nas amígdalas), 17% de laringe e 16% de cavidade oral, de acordo com o estudo de Ragin e Taioli (2008).

O CEC foi o tipo histológico mais encontrado no trato aerodigestivo superior. Estes estudos realizados pelo IARC mostram a evidência epidemiológica da carcinogenicidade do fumo. Lype *et al.* (2001) mostram que o tabagismo e o etilismo talvez não sejam os responsáveis pela incidência de CEC na população jovem, podendo ser uma neoplasia com etiologia e progressão clínica distinta da que ocorre em pacientes mais velhos. Além da infecção por alguns tipos de HPV, estudos genéticos têm sido feitos para elucidar a influência de fatores intrínsecos envolvidos na patogênese destes tumores.

Kreimer *et al.* (2005) afirmam que, apesar da taxa de mortalidade por câncer de boca e faringe apresentarem um declínio na população masculina na maioria dos países, em mulheres esse comportamento ainda não pode ser observado, uma vez que o início do uso do tabaco pelas mulheres foi posterior ao dos homens. Contudo, as taxas de incidência de CEC em regiões relacionadas à infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), como amígdala, base da língua e orofaringe, aumentam entre adultos jovens em ambos os sexos. Parte desse aumento pode ser atribuída a sexo oral desprotegido.

A mortalidade por câncer de boca representa 1% da mortalidade por câncer e a sua frequência, nos últimos 20 anos, vem aumentando em mulheres devido ao crescente consumo de tabaco neste grupo (BÓRQUEZ *et al.*, 2011).

Em relação à sobrevida, Honorato *et al.* (2009), em análise de câncer de boca, afirmam que os pacientes dos estádios iniciais apresentaram maior sobrevida, assim como aqueles submetidos apenas à cirurgia como forma de tratamento e os que não apresentaram linfonodos acometidos ao diagnóstico. Tumores localizados em palato duro e mucosa jugal apresentaram pior prognóstico. Foram fatores preditivos independentes de melhor sobrevida os tumores T1 ou T2 ( $p=0,001$ ), sem acometimento de linfonodos ( $p=0,012$ ) e não localizados em mucosa jugal ( $p=0,021$ ).

De acordo com Carvalho *et al.* (2004), em estudo feito no Hospital Antônio Cândido de Camargo (AC Camargo), em São Paulo, Brasil, com 3267 pacientes tratados por mais de 44 anos (entre 1953 e 1997), a taxa de sobrevida para o CEC de boca e orofaringe, em 5 anos, ainda é inferior a 50%,

mesmo utilizando todas abordagens possíveis de tratamento, o que corresponde a um alto índice de mortalidade.

Amar *et al.* (2005) concluíram que o sítio primário, estadiamento inicial, local da recidiva, sobrevida livre de doença e os cuidados paliativos não influenciaram a sobrevida após a recidiva. Já em relação à sobrevida após recidiva não resgatável, os autores percebem que é similar ao relatado para os pacientes não tratados. Os cuidados paliativos não aumentaram a sobrevida destes pacientes.

Pacientes com CEC de cabeça e pescoço estão em maior risco de tumores primários múltiplos (TPM) do que pacientes com outros cânceres primários. Isso se potencializa ao associar tabaco e/ou consumo de bebidas alcoólicas, visto no trabalho de Dikshit *et al.* (2005), em cuja pesquisa acompanhou 876 pacientes do sexo masculino com carcinoma de laringe/hipofaringe em cinco centros do sul da Europa, entre 1979 e 1982, quando observaram que 145 pacientes desenvolveram TPM com uma taxa média anual de 2,1%. Além disso, foi concluído que o consumo de frutas cítricas é um fator protetor para TPM. Apesar destas afirmações, os próprios autores relatam a falta de dados (consumo de tabaco, álcool e outras exposições) para análise da incidência durante o intervalo entre o aparecimento do primeiro e segundo tumores primários.

## 2.2 ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO

Os tumores da mucosa de revestimento da região de cabeça e pescoço desenvolvem-se a partir de lesões cancerizáveis, como a eritroplasia, leucoeritroplasia, leucoplasias e papilomas. O desenvolvimento destas neoplasias está associado a fatores de risco ambientais e de estilo de vida (LAMBERT *et al.*, 2011).

De acordo com Hashibe *et al.* (2009), Castellsagué *et al.* (2004) e Vineis *et al.* (2003), CEC da cavidade bucal tem como principais fatores de risco o

tabagismo e o etilismo. O tabaco possui um efeito carcinogênico direto sobre o epitélio da cavidade bucal e o hábito de fumar e beber estabelece um sinergismo entre esses dois fatores de risco, aumentando 30 vezes o risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer. O fumo é responsável por 42% dos óbitos por essa neoplasia. Já o etilismo pesado corresponde a, aproximadamente, 16% dos óbitos (BRASIL, 2013). Outros estudos na literatura mostram que mais de 90% dos pacientes com câncer bucal são tabagistas e etilistas concomitantemente (IDE *et al.*, 2008; AGUILAR *et al.*, 2006). Outros fatores de risco para o CEC de cabeça e pescoço seriam higiene bucal precária (MARQUES *et al.*, 2008), HPV (FAKHRY *et al.*, 2008), genética (CHOI; MYERS, 2008), alimentação (KREIMER *et al.*, 2006).

Uma revisão de literatura realizada por Galbiatti (2013), com o objetivo de estudar os fatores de risco, causas, tratamento e medidas preventivas do câncer de cabeça e pescoço, demonstrou que tabagismo e etilismo ainda são os principais fatores de risco para estas neoplasias, e, quando usados em conjunto, possuem efeitos aditivos. Infecção por HPV, dieta, higiene oral, história familiar, índice de massa corporal baixo, alta exposição à luz ultravioleta, formação de placa dental, condições médicas pré-existentes e atividades ocupacionais podem influenciar no desenvolvimento de câncer na região de cabeça e pescoço.

Um estudo feito por Hashibe *et al.* (2009), pelo Consórcio Internacional de Epidemiologia de Câncer de Cabeça e Pescoço (INHANCE), com o objetivo de verificar a interação entre o tabaco e o consumo de álcool e o risco de câncer de cabeça e pescoço, agrupou os dados de 18 estudos caso-controle. A maioria dos estudos era caso-controle de base hospitalar e os controles eram pareados em relação à idade, sexo, centro de estudo, hospital, raça/etnia. Entrevistas individuais foram realizadas em todos os estudos, com exceção para o estudo de Iowa, Estados Unidos, em que os questionários foram autoadministrados. Todos os questionários dos estudos individuais foram recolhidos pelo IARC, para comparar os dados recolhidos e as perguntas entre os estudos. Indivíduos com câncer em glândulas salivares maiores ou cavidade nasal, orelha e seios paranasais foram excluídos da análise, devido a possuírem etiologia, desenvolvimento e características histopatológicas

diferenciadas. Os dados para análise incluíram 11.221 casos de câncer de cabeça e pescoço e 16.168 controles destes estudos. Houve 2.993 casos de câncer bucal e cavidade orofaríngea, 4.040 casos de hipofaringe (faringe), 917 casos de cavidade bucal e faringe com localizações não específicas, 2.965 casos de laringe e 306 casos de câncer de cabeça e pescoço não especificado. A análise foi focada em câncer de cavidade bucal, faringe e laringe. Cerca de oitenta e seis por cento dos casos foram CEC. Três estudos não coletaram dados sobre a histologia do tumor. Havia uma porcentagem mais elevada de homens entre os casos em comparação aos controles. Os casos tinham níveis de educação mais baixos que os controles. O risco atribuível populacional (RAP) para o tabaco e o álcool, sozinhos e sobrepostos, foi de 72% para o câncer de cabeça e pescoço, dos quais 4% foram para o álcool somente, 33% foi para o tabaco sozinho e 35% foram para a sobreposição entre o tabaco e o álcool. O PAR para o câncer de laringe foi 89%, cavidade oral foi 64% e para a faringe foi intermediário entre cavidade oral e laringe. Os indivíduos mais jovens também tiveram uma menor proporção de casos que bebiam ou fumavam. Possivelmente, outros fatores de risco como susceptibilidade genética, infecção pelo HPV e fatores nutricionais são fatores de risco mais importantes para estes grupos, embora os trabalhos existentes ainda sejam escassos para esclarecer estes assuntos.

Segundo Hashibe *et al.* (2007), no seu trabalho feito a partir de 15 estudos internacionais de caso-controle, que incluiu 10.244 casos e 15.227 controles, mostraram que ocorre um efeito multiplicativo entre tabaco e o álcool no câncer de cabeça e pescoço, especialmente para o câncer de boca e faringe.

Para o CEC de laringe, portanto, o tabaco também é o principal fator de risco, sendo potencializado ao ser associado ao álcool. Outros fatores são: histórico familiar, má alimentação, situação socioeconômica desfavorável, inflamação crônica da laringe causada pelo refluxo gastroesofágico, HPV, exposição a produtos químicos, pó de madeira e fuligem (BRASIL, 2013). Com a interrupção do tabagismo, o risco para o desenvolvimento do CEC de cabeça e pescoço diminui com o passar dos anos, entretanto esse declínio não atinge os níveis de risco associados a indivíduos que nunca foram tabagistas (BOSETTI *et al.*, 2008).

O efeito dos diferentes tipos de tabaco e bebidas alcoólicas na carcinogênese ainda permanece controverso, visto em estudo multicêntrico caso-controle de base hospitalar, com 375 pacientes diagnosticados com câncer de cavidade oral ou orofaringe de tipos histológicos não específicos (93,4% CEC), e 375 controles pareados e analisados por meio de regressão logística multivariada, feito por Castellsagué *et al.* (2004), na Espanha, onde há uma população exposta a bebidas alcoólicas e tabaco variados. Foram analisados os efeitos, independente dos tipos de cigarro e de bebidas alcoólicas e destes em conjunto na carcinogênese. Verificaram que tanto o tabagismo como o etilismo se mostraram fortemente associados à carcinogênese numa relação dose-dependente quanto à característica de exposição à quantidade, tempo de exposição e de interrupção do hábito. O uso de tabaco preto teve um efeito carcinogênico maior independente da quantidade e duração do tabagismo, apesar da diferença ser estatisticamente significativa somente em relação à quantidade e duração do hábito. O mesmo ocorreu com bebidas destiladas em relação ao vinho ou cerveja. Foi visto também que ficar sem fumar de 1 a 3 anos diminuía significativamente o risco ao câncer. Com 17 anos sem fumar, o risco do aparecimento da doença equiparava-se com indivíduos que nunca fumaram. Em relação ao etilismo, foi visto que a concentração de álcool é um fator de risco para o CEC, independente da quantidade total consumida. Mesmo os indivíduos que consomem pouco álcool, a diferença foi significativa em relação aos que nunca beberam. Acrescenta-se a isso um dado de Ide *et al.* (2008), em que se comprova que quem bebia mais de 46g de etanol por dia apresentava três vezes mais risco de câncer oral e de faringe. Em relação ao etilismo, independente da quantidade ingerida ou duração do hábito, os consumidores de bebidas destiladas mostraram-se 2 e 3 vezes mais propensos ao desenvolvimento do câncer do que os que usavam apenas vinho ou cerveja.

Para muitos tipos de cânceres, a história familiar está diretamente relacionada ao seu desenvolvimento (PETO; HOULSTON, 2001). Nos CECs de cabeça e pescoço, em estudo feito por Negri *et al.* (2009), concluiu-se que este risco aumentou para indivíduos que utilizavam ou tinham utilizado o tabaco. Notaram também somente em parentes de primeiro grau, sendo maior o risco

em irmão, em vez de pai, e a associação foi maior em casos de carcinomas espinocelulares em hipofaringe e laringe.

Um estudo realizado na Suécia por Rosenquist (2005) com 128 pacientes diagnosticados com câncer de boca e orofaringe no período de setembro de 2000 a janeiro de 2004 sem diagnóstico de câncer anterior (exceto câncer de pele), e 396 controles sem câncer, identificados do registro da população sueca e pareados por idade, sexo e município, teve o objetivo de avaliar diferentes fatores de risco potenciais para estes tipos de câncer como higiene bucal, saúde bucal, lesões da mucosa bucal, uso de álcool e tabaco, infecção por vírus e alguns fatores de estilo de vida. Também avaliou a influência destes fatores sobre a recorrência ou a ocorrência de um novo segundo tumor primário de CEC. Concordaram em participar do estudo 320 controles. Casos e controles foram submetidos a uma entrevista padronizada, exames orais idênticos incluindo radiografias panorâmicas e amostragem celular para análise de HPV. Os pacientes e os controles foram acompanhados por um período médio de 22 meses (variação 0-36).

Os autores relatam que, na análise multivariada média, fatores de risco como falta de higiene oral, mais de 5 dentes cariados e mais de 20 dentes ausentes, e as próteses totais defeituosas ou mal adaptadas, foram identificados para desenvolvimento de CEC. Assim, o atendimento odontológico regular reduz o risco de CEC. Os casos relataram um maior consumo de álcool do que os controles. Mais de 350g de álcool por semana e 11-20 cigarros por dia foram fatores de risco de dose-dependentes. Os resultados mostraram uma tendência de as mulheres terem um risco maior do que os homens, em determinado nível de consumo de tabaco. Houve uma relação significativa entre o papilomavírus humano (HPV) de alto risco e CEC. Quarenta e sete dos casos (36%) eram infectados por HPV de alto risco e sete (5,3%) eram infectados por HPV de baixo risco nas amostras coletadas da cavidade oral. Os valores correspondentes para os controles foram três (0,94%) e treze (4,1%), respectivamente. Os tipos de HPV de alto risco encontrados na cavidade oral foram os mesmos tipos, tal como observado no câncer do colo do útero.

Ainda em Rosenquist (2005), o estágio do tumor foi associado ao aumento de recorrência, ou de segundo tumor primário de CEC, e morte por doenças intercorrentes. Pacientes infectados pelo HPV de alto risco tiveram quase três vezes maior índice de recorrência e/ou segundo tumor primário, mas aparentemente tiveram índice menor de morte por intercorrências. Os pacientes com carcinoma de amígdala apresentaram maior índice de recorrência em relação a outros sítios. O alto consumo de álcool foi associado à recorrência de CEC / segundo tumor primário. Não houve aumento de recorrência / segundo tumor primário relacionado ao tabagismo, mas uma associação entre tabagismo e morte por intercorrências. Entre outros possíveis fatores de risco estudados, a infecção por HPV de alto risco parece ser o mais forte. Atendimento odontológico regular é uma medida preventiva para CEC nestas regiões.

Segundo Chuang *et al.* (2008), uma das razões para falta de melhora na sobrevida global é o desenvolvimento de segundo câncer primário, que ocorre com mais frequência no CEC de cabeça e pescoço, do que em pacientes com cânceres em outros sítios, levando a um pior prognóstico.

Uma associação entre o HPV e o risco de TPM entre os pacientes com carcinoma espinocelular (CEC) de orofaringe foi descrita em uma série retrospectiva de 90 pacientes realizados entre 1990 e 1999, tratados cirurgicamente com ou sem radioterapia adjuvante, no Instituto Nacional do Câncer de Milão, na Itália. Mostrou que CEC de orofaringe, quando há integração com HPV, possuem um comportamento biológico distinto, resultando em melhor prognóstico. Mas ainda há dúvidas, o que contribui para a diminuição de recidivas e aparecimento de segundos tumores primários. Estes fatores devem ser considerados no momento do tratamento destes tumores (LICITRA *et al.*, 2006).

Outros resultados consistentes foram verificados após uma análise de dados de Registros de Câncer, realizado em Pittsburgh, Estados Unidos, com uma amostra de 2.618 mulheres (com idades entre 19-97 anos e média de 55 anos) que tiveram um primeiro diagnóstico de câncer do colo do útero entre 1973 e 2002 e que desenvolveram um segundo câncer primário (mínimo de um mês

subsequente), sugerem o HPV como uma etiologia comum de infecção para os tumores primários múltiplos em faringe. Esse padrão permaneceu com mulheres que não foram submetidas ao tratamento radioterápico para o primeiro câncer. Contudo, existe uma limitação dos dados desses registros, já que há evidências sugerindo que o comportamento sexual pode estar associado à aquisição do HPV na mucosa oral, mas a via de transmissão ainda é incerta e a não havia informações sobre o comportamento sexual dessas pacientes (RAGIN; TAIOLI, 2008).

Sobral, Almeida, Fontes (2014), em uma revisão sistemática sobre HPV, realizada nas bases de dados eletrônicas (LILACS, MEDLINE, PubMed e SciELO) que incluiu estudos publicados entre janeiro de 2000 até fevereiro de 2014 na línguas Portuguesa, Inglesa e Espanhola, ressaltam a necessidade de estudos que consideram o HPV como agente causal do carcinoma epidermoide bucal, uma vez que os diversos carcinógenos, quando atuam em concomitância, impedem que o fator causal seja preciso.

É um estudo prospectivo de Fakhry *et al.* (2008) que avaliou a resposta terapêutica e sobrevida entre 96 pacientes com estágio III e IV de CEC da orofaringe ou laringe sugerem um papel importante na sobrevida destes pacientes quando infectados pelo HPV, sendo que os autores afirmam que 40% a 60% de pacientes com câncer de orofaringe HPV positivos (HPV 16, 33,35) possuem características clínicas e moleculares distintas influenciando no prognóstico destes pacientes. Geralmente, são pacientes que respondem melhor à quimioterapia de indução e à radio/quimioterapia concomitantes, com menos metástases à distância e menor progressão local ou regional. Entretanto, os mesmos autores afirmam que ainda são escassos os estudos de associação com a avaliação simultânea da exposição do fumo, álcool, HPV, fatores genéticos e modalidades terapêuticas nessa população.

Um estudo caso-controle de base hospitalar feito por Marques *et al.* (2008), realizado entre 1998 e 2002 na área metropolitana de São Paulo, incluindo 309 pacientes com CEC de boca e orofaringe e 468 controles, pareados com os casos por sexo e idade, nível educacional, tabagismo, etilismo, verificou que sangramento gengival está associado com câncer de boca e orofaringe, mas o

uso de prótese não se associou ao câncer de boca. O uso diário de enxaguatórios bucais apresentou uma associação mais intensa com tumores de laringe, mas não tanto com tumores de boca.

Especificamente para câncer de boca e orofaringe, os estudos de Carvalho (2003) e Galbially (2013) acrescentam como importante fator de risco a higiene bucal precária, sendo que componentes sociais e ambientais podem interferir no risco, estágio da doença no momento do diagnóstico, no tratamento e na sobrevida.

Em um estudo prospectivo com o objetivo de avaliar o estado de saúde bucal em função do número de higiene dos dentes, o uso de prótese dental e lesões bucais concomitantes em pacientes com câncer bucal primário, anteriormente ao tratamento antineoplásico, foi realizado por Seroli, Rapoport (2009). Em 51% dos casos, os dentes se apresentavam cariados, lacerados, quebrados ou com bordas cortantes e traumáticas; 52,94% eram desdentados parciais; 41,18% desdentados totais, mostrando o precário estado de saúde bucal no momento do diagnóstico do câncer e antes de qualquer tratamento antineoplásico. Assim, os pacientes com CEC bucal são, na maioria, desdentados parciais ou totais, totalizando 94,12% no trabalho de Seroli, Rapoport (2009), e destes, 35% eram portadores de próteses dentais.

Mesmo não havendo consenso na literatura em relação à higiene bucal e a gênese do CEC da cavidade bucal, na presença de processos inflamatórios, trauma e infecção, ela deve ser considerada um fator predisponente, já que estes fatores são considerados como possíveis fatores de risco para outros tipos de neoplasias (HOLMES *et al.*,2009). Dentre os traumas, destacam-se próteses mal ajustadas e dentes fraturados. Estes ocorrem principalmente na língua, região gengivo-jugal e palato (CAMARGO *et al.*,2001).

Rezende *et al.* (2008), em um estudo caso-controle, encontraram presença de bolsas periodontais acima de 6mm em 76% dos casos avaliados, enquanto no grupo controle,10% apresentavam esse mesmo grau de doença. Em relação ao número de escovações dentárias diárias, 100% em portadores de câncer e 92% em controles, realizavam até duas escovações dia. O uso de enxaguatório

e fio de dental não foi abordado por não ter sido utilizado na população estudada como acessórios de higiene bucal.

Na literatura, há poucos estudos em relação a desigualdades socioeconômicas e câncer bucal. Um exemplo é a revisão sistemática e metanálise de estudos caso-controles foi feita por Conway *et al.* (2008), com o objetivo de avaliar quantitativamente a associação entre o nível socioeconômico e o risco de incidência de câncer oral. As meta-análises foram realizadas após ajustes de nível socioeconômico, idade, sexo, localização geográfica, tempo do estudo e estilo de vida. Tendo em vista pessoas com baixo nível de escolaridade, com baixa classe social do trabalho ou com baixa renda, o risco de desenvolver câncer bucal apresentou-se maior. Análises de subgrupos mostraram que o baixo nível socioeconômico foi significativamente associado ao aumento do risco de câncer oral em todos os estudos.

Uma revisão sistemática feita por Boing, Antunes (2011), com publicações feitas ao longo de 38 anos, mostrou que há uma relação entre piores condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço. Escolaridade e educação foram os indicadores mais empregados. Sapkota *et al.* (2008) explicam que outros fatores implicados na carcinogênese de cabeça e pescoço são os dietéticos, como o consumo de frutas e vegetais, leite e derivados e redução de conservas, que juntamente com a prevenção do tabaco e álcool podem contribuir para uma menor incidência desta doença como mostram os autores, em estudo multicêntrico de base hospitalar tipo caso-controle com 948 casos de CEC em trato aerodigestivo superior (cavidade oral, faringe, laringe e esôfago) e 1228 controles realizado na América Central e Oriental. Conforme Mehrotra *et al.* (2006), as vitaminas A e C são descritas como protetoras na neoplasia oral, enquanto a carne e pimenta são fatores de risco.

Siemiatycki *et al.* (2004), em uma revisão de 83 volumes de monografias do IARC sobre cancerígenos ocupacionais no período de 1972 a 2003, relataram a existência de 880 substâncias entre cancerígenas humanas confirmadas, e como possivelmente cancerígenas, dentre elas, muitos cancerígenos ocupacionais. O ambiente do trabalho tem sido muito investigado em relação a estas substâncias, apesar de convivermos com crescente lista de agentes

cancerígenos no ambiente em geral e em produtos alimentícios com concentrações mais elevadas que no ambiente de trabalho. Como exemplo, temos as refinarias de níquel, que podem ser fator de risco para câncer nasal, dependendo das circunstâncias particulares do processo industrial, como a matéria prima, impurezas e medidas preventivas. Tabaco, luz solar e medicamentos imunossupressores não são considerados exposições ocupacionais, mas há trabalhadores cujas ocupações os colocam em contato com estes agentes.

Por outro lado, Kreimer *et al.* (2006) vai afirmar que, nos itens alimentares protetores de câncer bucal, estão inclusos peixe, cenouras, legumes, verduras cruas, maçãs e peras, frutas cítricas e sucos de frutas. Em relação ao câncer bucal, o mesmo autor concluiu que, embora a obesidade ou alto índice de massa corporal (IMC) seja comumente associado ao aumento do risco de câncer em vários locais, o resultado é inverso. Segundo o IARC, dados dessa natureza foram considerados "inadequados" para chegar a conclusões sobre o risco de câncer bucal associado com IMC, por causa da escassez de estudos disponíveis.

Como já foi dito, a idade também predispõe ao câncer bucal. Dentre os pacientes diagnosticados com este câncer, 90% têm idade superior a 45 anos, da quinta até a oitava década de vida. Isso acontece por causa das alterações biológicas celulares causadas por longa exposição dos fatores poluentes ambientais, hábitos como fumar e beber e má alimentação (com substâncias químicas nocivas, por exemplo). Todos esses fatores afetam a estabilidade homeostática que produzem o controle de proliferação e morte das células epiteliais. Raramente era visto em pessoas jovens, mas atualmente o número de casos em adultos com idade entre 20 e 30 anos vem aumentando (SILVERMAN, 2001).

Segundo Lype *et al.* (2001), existe uma proporção significativa (quase 40%) de pacientes jovens não-tabagistas e/ou não-etilistas portadores desta tumoração, justificando a necessidade de maior investigação dos fatores de risco nesta população. Nessa faixa etária jovem (abaixo de 35 anos), os fatores que podem contribuir para o aparecimento do câncer bucal são: deficiência

imunológica (WANEBO *et al.*, 1975); fatores genéticos (SARNA *et al.*, 1975); fatores dietéticos (SAPKOTA *et al.*, 2008); e herpes simples e HPV (FAKHRY *et al.*, 2008). Geralmente, nestes pacientes, a doença mostra-se de curso agressivo e prognóstico sombrio (SARKARIA; HARARE, 1994), mas, segundo o estudo de Lype *et al.* (2001), o que mais influencia no prognóstico é o estadiamento do tumor no momento do diagnóstico, e, em seu estudo, 66,3% dos pacientes apresentavam-se no estadio III e IV.

A exposição à radiação solar e à radiação ionizante predispõe o desenvolvimento do CEC de lábio, irritação crônica, e atividades ocupacionais em refinarias de níquel, marcenarias e trabalhadores em minas de asbestos também levam a um maior risco à CEC cabeça e pescoço. Por fim, o diagnóstico diferencial de CEC de cabeça e pescoço deve ser feito nas ulcerações persistentes, eritroplasias, leucoplasias, eritroleucoplasias, principalmente em locais de maior risco, como soalho de boca e língua (GALBIALTTI, 2013).

### 2.3 PATOGÊNESE E ESTADIAMENTO

O Câncer é o resultado de alterações específicas na informação genética que levam a distúrbios fisiológicos entre a sobrevivência de uma célula e os sinais para sua morte. Essas alterações podem ocorrer em genes reguladores do crescimento celular, da apoptose, da migração e adesão celulares; na ativação de genes promotores da sobrevivência celular (protooncogenes) ou na inativação de genes indutores de morte celular (genes supressores de tumor). O CEC de cabeça e pescoço possui uma progressão através de estágios patológicos bem definidos, iniciando com hiperplasia de mucosa, displasia, carcinoma *in situ*, carcinoma invasor e metástases (MOYSES; MICHALUARTE, 2008).

Um estudo realizado por Vineis *et al.* (2004), junto a um Grupo de Trabalho do IARC, no qual se revisou as evidências de carcinogênese causada pelo tabaco

constatada pela Monografia 38, de 1986, do IARC, reafirmaram que o tabaco é um carcinógeno ativo em vários órgãos nos seres humanos, inclusive no trato aerodigestivo superior, incluindo cavidade bucal, faringe, laringe e esôfago. A partir das pesquisas, em 2002, incluíram ainda seios nasais e nasofaringe, uma vez que possuíam evidências suficientes para essa conclusão.

O conceito de carcinogênese de campo é importante para compreender a patogênese do câncer de cabeça e pescoço. A carcinogênese de campo reconhece que carcinógenos como tabaco, álcool e infecções virais são tóxicos não só em um sítio específico do trato aerodigestivo superior, mas ao longo de toda a mucosa exposta. Lesões cancerizáveis, podem se desenvolver em qualquer ponto de exposição da mucosa e progredir para carcinoma invasivo. Embora um sítio anatômico específico possa ser caracterizado como maligno e outro como normal ou com lesões cancerizáveis, pacientes com câncer de cabeça e pescoço correm risco de desenvolver malignidades secundárias após o tratamento ou estas podem estar presentes no momento do diagnóstico, com múltiplas áreas de anormalidade (CHEN; VOKES, 2008).

Em uma análise conjunta de 13 registros de câncer, realizada na Europa, Canadá, Austrália e Singapura, com 99.257 pacientes que foram diagnosticados com câncer primário de cabeça e pescoço, entre 1943 e 2000, com o objetivo de avaliar o risco de um segundo tumor primário por subsítio, concluiu-se que esse tipo de câncer teve o maior número de segundos tumores primários. Além disso, o câncer de pulmão e de esôfago foram constatados como os mais predominantes segundos tumores primários dessa região. Outro fato curioso exposto neste artigo foi a ocorrência de um excesso de risco para desenvolver segundos tumores primários em pacientes diagnosticados com câncer linfopoiético há 10 anos. Foi avaliado também se o segundo tumor primário era causado por fatores de risco comuns ou pelo tratamento, e foi concluído que os mesmos estavam associados ao consumo de tabaco ou álcool (CHUANG *et al.*, 2008).

O trabalho de Choi e Myers (2008) teve como objetivo verificar as implicações da patogênese molecular do CEC no seu tratamento. Observaram que a predisposição genética individual somada com exposição crônica a

carcinógenos como tabaco, álcool, vírus oncogênicos e, inclusive, inflamação no local podem alterar genes individuais, assim como grandes porções do material genético, incluindo os cromossomos, levando ao desenvolvimento de lesões cancerizáveis e subsequentemente ao carcinoma invasor. Essas alterações genéticas incluem a ativação de oncogenes por mutações ou ampliações que promovem a proliferação e sobrevivência celular, bem como a inativação de genes supressores tumorais envolvidos na inibição da proliferação celular.

Ainda Choi e Myers (2008), constatam que neoplasmas surgem de alterações genéticas em proto-oncogenes e em genes supressores de tumores, sendo a inativação do gene p16 muito comum em tumores de cabeça e pescoço em fase inicial. A ampliação do oncogene ciclina D1, quando encontrada, é associada a doenças avançadas. A mutação do p53 também é encontrada em grande maioria dos tumores encontrados nesta região.

Forastieri, Koch e Trotta (2001) enfatizaram a importância da biologia molecular no diagnóstico precoce, sistemas de estadiamento precisos, monitoramento desses pacientes, e, sobretudo, na evolução do tratamento de pacientes com tumores cabeça e pescoço, principalmente no aparecimento de futuras terapias e tratamentos sistêmicos.

O estadiamento dos cânceres localizados na cabeça e pescoço é definido pelo American Joint Committee on Cancer (AJCC) e segue a classificação TNM, a qual é de suma importância para o planejamento do tratamento do tumor, uma vez que descreve e registra a extensão anatômica da doença. Índices T1 a T3 representam um tamanho crescente do tumor primário, enquanto T4 indica invasão de uma estrutura adicional, como ossos, cartilagem ou pele. O N representa o envolvimento de linfonodos cervicais, sendo classificado como: N1, N2, N3, baseando-se no número, tamanho e localização dos linfonodos envolvidos. Esta classificação não é utilizada para tumores de nasofaringe, onde é considerada a localização do nodo (GREENE *et al.*, 2002). Assim, compreende-se a classificação: TX - tumor primário, não pode ser avaliado; T0 - sem evidência de lesão; Tis - carcinoma "*in situ*"; T1 - tumor com 2 cm ou menos na sua maior dimensão; T2 - tumor com mais de 2 cm e até 4 cm na

sua maior dimensão; T3 - tumor com mais de 4 cm na sua maior dimensão; NX - linfonodos regionais, não podem ser avaliados; N0 - ausência de metástases em linfonodos regionais; N1 - metástases em um único linfonodo ipsilateral, com 3 cm ou menos na sua maior dimensão; N2 - metástases em um único linfonodo ipsilateral, com mais de 3 cm e menos de 6 cm em sua maior dimensão (N2a); ou em múltiplos linfonodos ipsilaterais, nenhum com mais de 6 cm na sua maior dimensão (N2b); ou em linfonodos bilaterais ou contralaterais nenhum com mais de 6 cm em sua maior dimensão (N2c); N3 - metástases em linfonodos com mais de 6 cm na sua maior dimensão.

Clinicamente, o câncer de cabeça e pescoço pode ser classificado em três grupos principais: doença inicial (estádios I e II), que se caracteriza pela presença de pequenas lesões primárias, T1 e T2 sem envolvimento clinicamente detectável de linfonodo, sendo considerados tumores no órgão de origem; doença locorregionalmente avançada (estádios III e IV), caracterizada pela presença de grandes tumores primários que podem ou não ser extirpáveis e, possivelmente, por um envolvimento clínico significativo do linfonodo na ausência de metástases distantes detectáveis, doença recorrente ou metastática, caracterizada pela recidiva tumoral local ou regional após a cirurgia ou radioterapia, bem como pela identificação de metástases distantes do sítio primário (GREENE *et al.*, 2002).

Segundo Papac (1984), a AJCC contém alterações importantes introduzidas nas classificações de estadiamento. Notavelmente, inclui uma descrição dos tumores avançados (estadio IV, subdividido em IVa ou doença extirpável avançada e IVb ou doença não extirpável avançada) da doença metastática (estadio IVc). Afirmam que o câncer de cabeça e pescoço geralmente é uma doença local e regional, mesmo em pacientes com doença em estágio clinicamente avançado, é raro encontrar metástases à distância no momento do diagnóstico.

Smith *et al.* (2008) analisaram 200 pacientes com CEC oral, dentre estes, 85% dos diagnosticados como estadio I sobreviveram em 5 anos. Noventa por cento dos estádios II sobreviveram em 5 anos, 82% no estadio III e 42% no IV. Um acompanhamento continuado ou revisão da recorrência local ou regional ou

metástases a distância é enfatizado para detectar precocemente e maximizar as opções de tratamento e prognóstico. Isso é importante porque nem todos os pacientes com um estadió inicial da doença passam por um esvaziamento cervical de rotina. Além disso, há um atraso no tratamento de recorrência regional, reduzindo a sobrevida.

## 2.4 TRATAMENTO

O tratamento primário para o câncer de cabeça e pescoço varia de acordo com a localização anatômica e estágio da doença. Para a maioria dos tipos de câncer diagnosticados em estágios iniciais, a ressecção cirúrgica é a principal modalidade de tratamento, ou radioterapia dependendo do sítio tumoral, o que condiz com Lung *et al.* (2007) e Pinto *et al.* (2011). Em pacientes com doença locoregional subsequente (tumores avançados), pode ser utilizado uma terapia alternativa (radioterapia, radioterapia mais quimioterapia ou quimioterapia). De acordo com a localização e estadiamento do tumor, a primeira escolha de tratamento são radio e quimioterapia concomitantes ao objetivo de preservação de órgãos e sua fisiologia. A radioterapia e quimioterapia concomitantes também são utilizadas como adjuvante em pacientes de alto risco de recorrência tumoral (pacientes com dois ou mais nódulos positivos regionais, extensão extracapsular da doença, e margens positivas de ressecção). Pinto *et al.* (2011) ressaltam ainda que radio e quimioterapia concomitantes tem sido mais utilizadas para tratamento de tumores em laringe e orofaringe, com resultados semelhantes ao tratamento convencional (cirurgia e radioterapia adjuvante).

A quimioterapia de indução ou neoadjuvante antes da cirurgia, radioterapia ou tratamento radio-quimioterápico podem resultar numa redução tumoral em até 90% dos pacientes, além de diminuir a incidência de metástases à distância. Porém, devido à toxicidade da quimioterapia de indução, poucas vezes ela é indicada (CHEN; VOKES, 2008).

CARVALHO *et al.* (2004), em tumores de cavidade oral e orofaringe, observaram que a ressecção cirúrgica, mesmo agressiva, combinada à radioterapia, levou a um aumento de 14,5% na taxa de sobrevivência dos pacientes, mesmo após o ajuste para idade, sexo, estadiamento clínico e local do tumor. Entretanto, para certos sítios anatômicos (amígdalas, base de língua e assoalho bucal), no intuito de preservação de órgãos, bem como para todos os cânceres de boca e orofaringe avançados, a radioterapia é usada, isolada ou combinada à quimioterapia em pacientes de alto risco de recorrência do tumor.

Pinto *et al.* (2011), em um estudo tipo transversal, objetivando avaliar a taxa de manutenção do tabagismo e etilismo em pacientes com CEC de cabeça e pescoço e comparar seus resultados com a modalidade de tratamento que foram submetidos, concluíram que são altas as taxas de manutenção destes hábitos, principalmente em relação ao tabagismo em pacientes que receberam tratamento clínico (58,3%), mas neste estudo o status oncológico dos pacientes não se mostrou relacionar com a manutenção e/ou recorrência do hábito do tabagismo e etilismo.

Quando o paciente não tem mais possibilidades de cura, mudamos o foco do tratamento de curativo para tratamento paliativo, sendo mais importante o controle da dor, e apoio aos problemas psicológicos, sociais e espirituais. O tratamento e cuidados paliativos são voltados ao controle sintomático, não é um tratamento alternativo e sim acompanha a evolução da doença. Geralmente, são de baixa complexidade, mas com profissionais com conhecimentos e habilidades técnicas atendendo a critérios científicos. Os tratamentos paliativos envolvem geralmente higiene, alimentação, curativos, osteotomias e atenção principalmente com analgesia (MOYSES; MICHALUARTE, 2008).

## 2.5 ESTILO DE VIDA

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o Estilo de Vida “é o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício. Eles têm importantes implicações para a saúde e são frequentemente objeto de investigações epidemiológicas” (PORTES, 2011). Os hábitos dos indivíduos são, portanto, fundamentais para o estudo do desenvolvimento do carcinoma de células escamosas. Como se sabe, associação dos hábitos de beber e fumar multiplica a chance de uma pessoa saudável desenvolver algum tipo de câncer de cabeça e pescoço (HASHIBE *et al.*, 2009).

Este trabalho mostra que a frequência absoluta e relativa quanto aos hábitos de fumar e de ingerir bebidas alcoólicas são alarmantes. Os dados de nossa pesquisa confirmam ainda que há maior aparecimento do CEC de cabeça e pescoço nos grupos populacionais menos privilegiados, como lavradores e agricultores. Quanto à saúde bucal, pode-se perceber que há uma incapacidade de ajustar variáveis relativas do presente trabalho, mas a escovação irregular, a prótese dentária e o uso de enxaguantes bucais têm sido associadas ao câncer oral em não-fumantes e não-etilistas. Já no que diz respeito ao Índice de Massa Corporal, não há muitas pesquisas que o abordam, mas, de acordo com Hashibe *et al.* (2009), o alto índice de massa corporal (IMC) é um fator de risco para o desenvolvimento de CEC de cabeça e pescoço. Assim, ao fazermos uma associação entre o estadiamento do câncer e variáveis do estudo, corrobora-se com Hashibe *et al.* (2009), pois o Índice de Massa Corporal foi marginalmente significativo.

Continuar com os hábitos tabagistas e etilistas após o tratamento pode ocasionar tanto recidivas tumorais quanto o aparecimento de um segundo tumor primário. A duração e a dosagem desses hábitos também influenciam no tipo de tratamento realizado, uma vez que pessoas que ainda fumavam no momento do diagnóstico tiveram, por meio de um dado estatisticamente significativo deste trabalho, dois ou três tipos de tratamento, mostrando maior

agressividade. Além disso, como mostram Hashibe *et al.* (2009), a interação de tabaco e álcool é expressiva quanto ao risco de câncer de cavidade oral e de faringe. Os mesmos autores constatam que os não-usuários de álcool poderiam ter prevenido o câncer se não fossem fumantes, enquanto os não-fumantes somente possuíam maior risco quando eram usuários massivos do álcool (três ou mais doses por dia) (HASHIBE *et al.*, 2007). Também aqueles cuja faixa etária é menor ou igual a 45 anos apresentaram em número considerado elevado em relação a índices de estudos anteriores.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Relacionar o tabagismo e o etilismo de pacientes atendidos em dois centros de referência públicos da cidade de Vitória, Espírito Santo, Brasil (Hospital Santa Rita de Cássia e Hospital Antônio Cassiano de Moraes - HUCAM), no período de novembro de 2011 a novembro de 2013, com o desenvolvimento de carcinoma espinocelular de câncer de cabeça e pescoço por meio de dados de um questionário adaptado da InterCHANGE, Sistema de Informação de Mortalidade e do Sistema de Registro Hospitalar do Hospital Santa Rita de Cássia.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e de comportamento em casos de pacientes acometidos por câncer de cabeça e pescoço;
- Avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e de comportamento com o estadiamento clínico, o tratamento principal e o estado da doença ao final do primeiro tratamento dos pacientes.

## 4 METODOLOGIA

O Programa de Prevenção e Detecção Precoce de Câncer de Boca do Hospital Santa Rita, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo é um dos polos de pesquisa da InterCHANGE (rede mundial de pesquisa sobre câncer de cabeça e pescoço) no Brasil, financiado pela Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer (IARC), com sede em Lyon, França, e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O InterCHANGE possui um amplo estudo descritivo da pesquisa intitulada “Estudo de Câncer de Cabeça e Pescoço no Brasil” e também desenvolve atividades fundamentais para a mudança do quadro epidemiológico do câncer na América Latina. Os polos de pesquisas epidemiológicas em câncer de cabeça e pescoço, no Brasil, cadastrados pelo InterCHANGE, fazem parte do Consórcio Epidemiológico Internacional de Câncer de Cabeça e Pescoço (INHANCE). O estudo do InterCHANGE em Vitória-ES foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CIAS Unimed/Vitória) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), com registro Nº 16.525, em 16 de novembro de 2011 (Anexo 2).

O presente estudo trata-se de um recorte da Pesquisa do InterCHANGE, bem como análise de dados secundários (data da ocorrência, possíveis óbitos, causa base do óbito e status oncológico) do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação em Saúde do Registro Hospitalar de Câncer (SIS-RHC) do INCA alimentado pelo Registro Hospitalar do Câncer (RHC) do Hospital Santa Rita de Cássia (Afecc, Vitória, ES), sendo portanto um estudo descritivo.

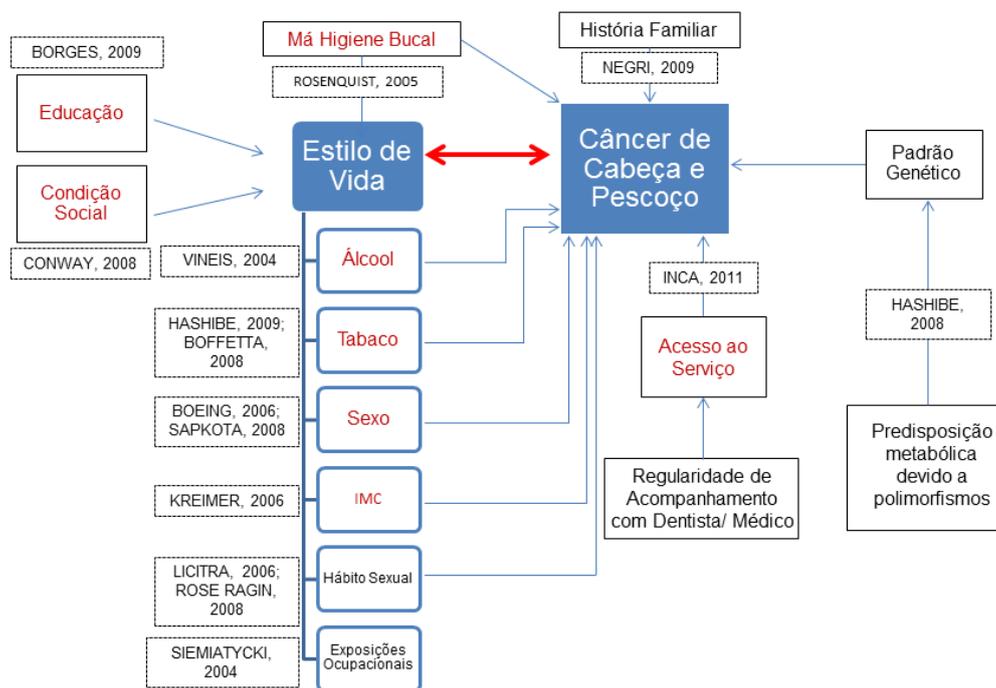
Assim, neste estudo, participaram 97 pacientes do InterCHANGE Vitória-ES recém-diagnosticados no Programa de Prevenção e Detecção Precoce de Câncer de Boca do Hospital Santa Rita de Cássia e no Ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes, ou que chegaram com confirmação histopatológica para câncer de boca, faringe e laringe para o tratamento primário em um destes hospitais, no período de novembro de 2011 a novembro de 2013.

Os critérios de inclusão utilizados foram de pacientes com diagnóstico de tumor em mucosa na região de cabeça e pescoço que não estavam em tratamento antineoplásico. Os critérios de exclusão foram de pacientes que já tinham iniciado o tratamento antineoplásico (cirurgia, radioterapia, quimioterapia); pessoas pertencentes a grupos especiais, como índios e crianças, bem como os pacientes que recusaram a participar da pesquisa; pacientes do projeto InterCHANGE com questionários com não completude de dados; pacientes com recidiva tumoral; pessoas acometida por tumores linfáticos, por carcinomas de tireoide, glandulares e tumor pele de lábio; e indivíduos que apresentaram condições sistêmicas debilitantes que impeçam sua participação no estudo.

As entrevistas foram realizadas seguindo um roteiro adaptado de um instrumento de pesquisa da InterCHANGE, que é utilizado nas pesquisas mundiais do referido grupo (APÊNDICE A). As entrevistas foram realizadas por acadêmicos de graduação da área de ciências da saúde inseridos no projeto como colaboradores, treinados para o preenchimento do instrumento de pesquisa.

É importante ressaltar que todos os pacientes que participaram do estudo eram do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo quando tinham sido encaminhados pelo Setor Privado, muito embora o Hospital Santa Rita de Cássia/Afecc seja uma instituição filantrópica que atende todas as camadas sociais advindas do SUS, por convênios ou particular.

As informações obtidas foram armazenadas e analisadas pelo programa SPSS (Pacote Estatístico Para Ciências Sociais, versão 17.0), sendo o nível de significância estatística estabelecido para todas as análises de 5% ( $p < 0,05$ ). Foi feita uma estatística descritiva do banco de dados incluindo informações sobre dados sociodemográficos dos pacientes em estudo, hábitos de fumar e etilismo no momento do diagnóstico e após seis meses de tratamento, hábitos de higiene bucal no momento do diagnóstico, estadiamento e outras variáveis relacionadas ao tratamento e mortalidade desses pacientes. Quanto às variáveis relacionadas ao estilo de vida, verificar Modelo Teórico abaixo.



**Figura 1 - Modelo Teórico de variáveis relacionadas ao desenvolvimento do Carcinoma de Cabeça e Pescoço**

Este trabalho focalizou as variáveis relacionadas ao tabagismo e ao etilismo. Isso se dá porque principalmente tais hábitos inseridos ao estilo de vida de um indivíduo torna-o preocupante no que diz respeito ao aparecimento de muitos cânceres, como o Carcinoma de Cabeça e Pescoço. Variáveis qualitativas nominais e categóricas foram analisadas empregando-se o teste qui-quadrado e o teste Exato de Fisher. As variáveis incluem Índice de Massa corporal, se fumou regularmente, consumo de cigarro, número de cigarros/por quantos anos, se fuma ou fumou, se ingere ou ingeriu bebidas alcoólicas, consumo de álcool, consumo de bebida, consumo antes do meio-dia, consumo total de bebida [gr/semana], hábitos, estadiamento.

Neste estudo, uma cartilha educativa foi elaborada com a finalidade de promoção de saúde, como um meio de tecnologia educacional. A promoção de saúde contribui para melhorar as condições de saúde e qualidade de vida de

um indivíduo. Neste caso, a cartilha é uma forma de orientar e prevenir a população no que diz respeito ao Carcinoma Espinocelular, isso porque se trata de um câncer com prevenção mais simplificada – sem meios complexos de diagnóstico –, estando mais relacionado ao estilo de vida adotado pelas pessoas.

O conteúdo da cartilha foi elaborado a partir desta pesquisa, tendo em vista alguns tópicos que se mostraram mais relevantes, como os fatores de risco do câncer de boca, faringe e laringe, o autoexame e consultas periódicas ao dentista. Além disso, o vocabulário utilizado foi escolhido segundo o critério de atingir o maior número de pessoas. As imagens foram retiradas de acervo do Programa de Prevenção e Detecção Precoce de Câncer de Boca do HSR/ SESA -ES, quando se tratam de lesões, e as demais pesquisadas em *websites* disponíveis na internet.

## 5 RESULTADOS

Podem ser encontrados na Tabela 1 dados relativos à frequência absoluta e relativa das variáveis pessoais dos pacientes em tratamento de câncer de cabeça e pescoço. Dos 97 pacientes entrevistados, 82 eram do sexo masculino (84,5%) e 15 do sexo feminino (15,5%). A predominância de idade encontrada foi de 51 a 60 anos (38,1%), enquanto 75,2% dos casos tinham baixo nível de escolaridade (analfabetos e Ensino Fundamental incompleto). O sítio de predominância ocorreu na cavidade bucal e lábio, com 52,6% dos casos. 55,9% possuíam peso normal quando descobriram a doença. 44,4% dos pacientes eram casados e 61,9% não souberam informar se tinham histórico familiar de câncer. 55,7% dos pacientes foram encaminhados pelo SUS. A maioria dos casos era de lavradores/agricultores.

É importante ressaltar que algumas variáveis não totalizam 100%, como a informação que diz respeito ao histórico familiar e a quantidade de doses de bebidas alcoólicas ingeridas, devido à ausência de informações nos prontuários.

**Tabela 1** - Frequência absoluta e relativa das variáveis pessoais dos pacientes em tratamento de câncer de cabeça e pescoço. Vitória-ES, 2015.

| Variáveis  | N=97 | %    |
|--|------|------|
| <b>Sexo</b>  |      |      |
| Feminino   | 15   | 15,5 |
| Masculino  | 82   | 84,5 |
| <b>Escolaridade</b>  |      |      |
| Analfabeto   | 20   | 20,6 |
| Fundamental Incompleto                                       | 53   | 54,6 |
| Fundamental Completo   | 08   | 8,2  |
| Ensino Médio Completo  | 11   | 11,3 |
| Ensino Superior Completo                                     | 05   | 5,2  |
| <b>Localização do Tumor</b>                                  |      |      |
| Cavidade bucal e lábio                                       | 51   | 52,6 |
| Orofaringe   | 24   | 24,7 |
| Hipofaringe  | 03   | 3,1  |
| Laringe  | 16   | 16,5 |
| Nasal  | 02   | 2,1  |
| <b>Idade</b>   |      |      |
| Menor ou igual a 45 anos                                     | 13   | 13,4 |
| 46 a 50 anos   | 05   | 5,2  |
| 51 a 60 anos   | 37   | 38,1 |
| 61 a 70 anos   | 26   | 26,8 |
| 71 ou mais anos  | 16   | 16,5 |
| <b>Índice de Massa Corporal (2 anos antes da doença)*</b>    |      |      |
| Baixo  | 04   | 4,3  |
| Peso normal  | 61   | 65,6 |
| Alto   | 28   | 30,1 |
| <b>Índice de Massa Corporal (quando descobriu a doença)*</b> |      |      |
| Baixo  | 14   | 15,1 |
| Peso normal  | 52   | 55,9 |
| Alto   | 27   | 29,0 |
| <b>Estado conjugal</b>                                       |      |      |
| Solteiro   | 24   | 24,8 |
| Casado   | 43   | 44,4 |
| Viúvo  | 11   | 11,3 |
| Separado judicialmente                                       | 11   | 11,3 |
| União consensual   | 08   | 8,2  |
| <b>Histórico familiar de câncer*</b>                         |      |      |
| Sim  | 01   | 1,0  |
| Não  | 34   | 35,1 |
| Sem informação   | 60   | 61,9 |
| <b>Origem do encaminhamento</b>                              |      |      |
| Sistema Único de Saúde                                       | 54   | 55,7 |
| Fora do Sistema Único de Saúde                               | 15   | 15,5 |
| Sem informação   | 26   | 26,8 |
| <b>Ocupação</b>  |      |      |
| Lavrador/Agricultor  | 22   | 22,7 |
| Aposentado   | 13   | 13,4 |
| Pedreiro   | 12   | 12,4 |
| Do lar   | 09   | 9,3  |
| Outros   | 41   | 42,2 |
| <b>Procedência</b>   |      |      |
| Região metropolitana da Grande Vitória                       | 47   | 48,5 |
| Interior   | 50   | 51,5 |

\*Essas variáveis não totalizam 100% devido à ausência de informação nos prontuários.

A Tabela 2 contém os dados de frequência absoluta e relativa quanto aos hábitos de fumar, no momento do diagnóstico: 87,6% eram tabagistas, 51,8% afirmaram que fumaram por mais de 40 anos, 12,4% nunca fumaram e 52,6% ainda fumam regularmente. Também é importante observar que 43,8% fumaram ou fumavam até o momento de 20 a 40 cigarros ao dia, e que a quantidade de pacientes que pararam de fumar porque estavam doentes é igual àquela dos que não pararam (50%). Após seis meses do diagnóstico inicial, 57,4% pararam de fumar, 96,4% fumavam até 20 cigarros, enquanto 65,4% afirmaram que tentaram parar de fumar desde o diagnóstico.

**Tabela 2** - Tabela 2- Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas ao hábito de fumar (no primeiro contato com os pacientes diagnosticados) dos pacientes acometidos por câncer de cabeça e pescoço. Vitória-ES, 2015.

| Variáveis  | N=97 | %    |
|--|------|------|
| <b>Fumou regularmente (mínimo 1 ano)</b>                                       |      |      |
| Não, nunca   | 12   | 12,4 |
| Somente no passado   | 34   | 35,1 |
| Sim, ainda   | 51   | 52,6 |
| <b>Consumo de cigarro</b>  |      |      |
| Tabagista  | 85   | 87,6 |
| Nunca fumou  | 12   | 12,4 |
| <b>Número de cigarros que já fumou no passado e fuma atualmente* (ao dia)</b>  |      |      |
| Nunca fumou  | 12   | 12,5 |
| Até 20   | 36   | 37,5 |
| De 20 a 40   | 42   | 43,8 |
| Mais de 40   | 6    | 6,3  |
| <b>Quantidade de anos que fuma ou fumou*</b>                                   |      |      |
| Até 20   | 8    | 9,6  |
| De 20 a 40   | 32   | 38,6 |
| Mais de 40   | 43   | 51,8 |
| Não sabe   | 02   | 2,4  |
| <b>Parou de fumar porque estava doente (somente os que fumaram no passado)</b> |      |      |
| Sim  | 17   | 50,0 |
| Não  | 17   | 50,0 |
| <b>Variáveis sobre fumo após seis meses do diagnóstico inicial</b>             |      |      |
| <b>Fumou qualquer tipo de cigarro no mês passado#</b>                          |      |      |
| Sim  | 28   | 29,8 |
| Não  | 54   | 57,4 |
| Nunca fumou  | 12   | 12,8 |
| <b>Quantidade de cigarros</b>  |      |      |
| Até 20   | 27   | 96,4 |
| 20 a 40  | 01   | 3,6  |
| <b>Tentou parar de fumar desde o diagnóstico</b>                               |      |      |
| Sim  | 17   | 65,4 |
| Não  | 09   | 34,6 |

\*Essas variáveis não totalizam 100% devido à ausência de informação nos prontuários, uma vez que a tabela foi feita com dados secundários que, algumas vezes, estavam incompletos.

#Dois pacientes faleceram durante os seis primeiros meses de tratamento.

Já na Tabela 3 encontramos que 86,6% eram etilistas no momento do diagnóstico e 64,6% faziam o consumo de álcool diariamente, sendo que 49,4% consumiam bebida antes do meio-dia diariamente. Além disso, 76,2% ingeriam a quantidade maior ou igual a 14 doses de cachaça por semana; 50% ingeriam mais ou exatamente 14 doses de vinho por semana; e 53,1% equivalem à quantidade de cerveja ingerida em maior ou igual a 14 doses por semana. Dentre os valores relativos à maior quantidade de cachaça já ingerida

em um dia, destaca-se 64,2% daqueles que ingeriram de 1 a menos de 3 garrafas. Com isso, o consumo total de bebida para 74,7% dos pacientes é maior ou igual à quantidade de 210g por semana. A Tabela mostra ainda que somente 14,4% pararam de fumar porque estavam doentes.

Na Tabela 4, vê-se que, após seis meses de diagnóstico inicial, 62,1% dos pacientes pararam de beber. Dos que continuaram a beber, 47,8% o faziam diariamente e o mesmo número tinha preferência pela cachaça. 55,9% pararam de consumir bebidas alcoólicas porque estavam doentes. Além disso, 84,5% das pessoas fumavam e bebiam concomitantemente quando descobriram a doença. Mas, após seis meses, retornando para a revisão, 57,7% desses casos já não fumavam nem bebiam.

**Tabela 3** - Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Vitória-ES, 2015.

| Variáveis  | N=97 | %    |
|--|------|------|
| <b>Ingere ou ingeriu bebidas alcoólicas</b>                                      |      |      |
| Sim  | 46   | 47,4 |
| Somente no passado   | 38   | 39,2 |
| Não, nunca   | 13   | 13,4 |
| <b>Consumo de álcool</b>   |      |      |
| Etilista   | 84   | 86,6 |
| Nunca bebeu  | 13   | 13,4 |
| <b>Quantidade de vezes por semana consome ou consumia bebida*</b>                |      |      |
| Nunca  | 13   | 13,5 |
| 1 a 2 vezes/semana   | 10   | 10,4 |
| 3 a 5 vezes/semana   | 11   | 11,3 |
| Diariamente  | 62   | 64,6 |
| <b>Quantidade de vezes por semana consome/consumia bebida antes do meio-dia*</b> |      |      |
| Nunca bebeu antes do meio dia  | 17   | 20,5 |
| 1 a 2 vezes/semana   | 16   | 19,3 |
| 3 a 5 vezes/semana   | 09   | 10,8 |
| Diariamente  | 41   | 49,4 |
| <b>Dose de cachaça por semana*</b>   |      |      |
| >0 a <7 dose/semana  | 11   | 17,5 |
| 7 a <14 dose/semana  | 04   | 6,3  |
| ≥14 doses/semana   | 48   | 76,2 |
| <b>Copo de vinho por semana*</b>   |      |      |
| >0 a <7 copo/semana  | 02   | 33,3 |
| 7 a <14 copo/semana  | 01   | 16,7 |
| ≥14 copo/semana  | 03   | 50,0 |
| <b>Copo de cerveja por semana*</b>   |      |      |
| >0 a <7 copo/semana  | 09   | 28,1 |
| 7 a <14 copo/semana  | 06   | 18,8 |
| ≥14 copo/semana  | 17   | 53,1 |
| <b>Consumo total de bebida (gramas/semana)*</b>                                  |      |      |
| >0 a <35 g/sem   | 02   | 2,4  |
| 35 a <105g/sem   | 14   | 16,9 |
| 105 a <210 g/sem   | 05   | 6,0  |
| ≥210g/sem  | 62   | 74,7 |
| <b>Maior quantidade de cachaça que já bebeu em um dia *</b>                      |      |      |
| >0 a <1garrafa   | 11   | 16,4 |
| 1 a <3 garrafas  | 43   | 64,2 |
| ≥3 garrafas  | 13   | 19,4 |
| <b>Parou porque estava doente</b>  |      |      |
| Sim  | 14   | 14,4 |
| Não  | 24   | 24,7 |
| Não se aplica  | 59   | 60,8 |

\*Essas variáveis não totalizam 100% devido à ausência de informação nos prontuários, uma vez que a tabela foi feita com dados secundários que, algumas vezes, estavam incompletos.

**Tabela 4** - Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas e hábito de fumar após seis meses do diagnóstico inicial dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Vitória-ES, 2015.

| Variáveis  | N=97 | %    |
|--|------|------|
| <b>Bebe uísque, cerveja, vinho ou cachaça#</b>   |      |      |
| Sim  | 23   | 24,2 |
| Não  | 59   | 62,1 |
| Nunca bebeu  | 13   | 13,7 |
| <b>Para os que continuaram a beber<br/>(Quantidade de vezes por semana)</b>                                |      |      |
| 1 a 2 vezes/semana   | 09   | 39,1 |
| 3 a 5 vezes/semana   | 03   | 13,0 |
| Diariamente  | 11   | 47,8 |
| <b>Tipo de bebida principal</b>  |      |      |
| Cachaça  | 11   | 47,8 |
| Cerveja  | 08   | 34,8 |
| Vinho  | 03   | 13,0 |
| Várias bebidas   | 01   | 4,3  |
| <b>Para aqueles que pararam de beber<br/>(Consumo rotineiro mínimo 1 ano)</b>                              |      |      |
| Sim  | 59   | 62,1 |
| Não, nunca beberam   | 13   | 13,7 |
| <b>Tempo do término do consumo<br/>(Após a descoberta da doença)</b>                                       |      |      |
| >3 e <10 anos  | 09   | 15,5 |
| Mais de 10 anos  | 14   | 24,1 |
| <b>Para os que pararam de consumir<br/>(Término do consumo porque estava doente)</b>                       |      |      |
| Sim  | 33   | 55,9 |
| Não  | 26   | 44,1 |
| <b>Fumo e bebida juntos<br/>(Se a pessoa fumava ou bebia quando descobriu a doença)</b>                    |      |      |
| Fuma e bebe  | 82   | 84,5 |
| Fuma   | 03   | 3,1  |
| Bebe   | 02   | 2,1  |
| Nenhum   | 10   | 10,3 |
| <b>Após seis meses que descobriu a doença<br/>(Se a pessoa fumava ou bebia quando voltou para revisão)</b> |      |      |
| Fuma e bebe  | 13   | 13,4 |
| Fuma   | 15   | 15,5 |
| Bebe   | 10   | 10,3 |
| Nenhum   | 56   | 57,7 |

#Duas pessoas morreram antes da revisão e uma ficou sem responder.

Quanto à Tabela 5, podemos visualizar que, apesar de 34% dos pacientes afirmarem que escovam os dentes três vezes ao dia, 66,7% afirmam que usam prótese total, 56,7% afirmam o uso de prótese removível e 11,3% eram edêntulos. Também 7,2% nunca faziam escovação dentária. Dos que faziam

escovação, 86% afirmaram utilizar creme dental e 97,9% não utilizavam enxaguante bucal. Por último, 81,4% não tinham sangramento gengival.

**Tabela 5** - Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas aos hábitos de higiene bucal dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Vitória-ES, 2015.

| Variáveis  | N=97 | %    |
|--|------|------|
| <b>Frequência de Escovação Dentária</b>            |      |      |
| Nunca  | 07   | 7,2  |
| Menos de 01 vez por semana                         | 02   | 2,1  |
| 01 a 02 vezes por semana                           | 02   | 2,1  |
| Dia sim, dia não                                   | 01   | 1,0  |
| 01 vez por dia                                     | 11   | 11,3 |
| 02 vezes por dia                                   | 24   | 24,7 |
| 03 vezes por dia                                   | 33   | 34,0 |
| Mais de 03 vezes ao dia                            | 06   | 6,2  |
| Edêntulos  | 11   | 11,3 |
| <b>Material Utilizado na Escovação Dentária*</b>   |      |      |
| Nenhum   | 11   | 12,8 |
| Creme dental                                       | 74   | 86,0 |
| Outros   | 01   | 1,2  |
| <b>Sangramento Gengival na Escovação Dentária*</b> |      |      |
| Não  | 70   | 81,4 |
| Às vezes   | 12   | 14,0 |
| Sempre ou quase sempre                             | 04   | 4,7  |
| <b>Frequência de uso do enxaguante bucal</b>       |      |      |
| Nunca  | 95   | 97,9 |
| Dia sim, dia não                                   | 02   | 2,1  |
| <b>Uso de prótese removível</b>                    |      |      |
| Sim  | 42   | 43,3 |
| Não  | 55   | 56,7 |
| <b>Uso de Prótese Total*</b>                       |      |      |
| Sim  | 28   | 66,7 |
| Não  | 14   | 33,3 |

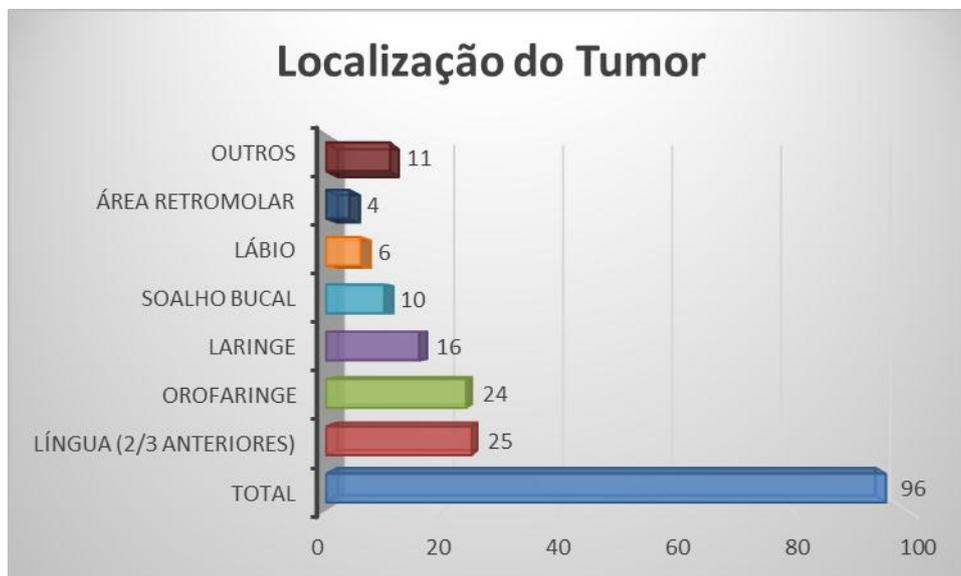
A Tabela 6 informa que a maioria dos pacientes (63,3%) possuía estadiamento III e IV (avançado), trazendo por consequência a submissão de 45,4% a radio mais quimioterapia como tratamento principal, enquanto 7,3% fizeram cirurgia como tratamento adicional. 58,8% estavam sem evidência da lesão ao final do primeiro tratamento, enquanto 36,1% vieram a óbito. Desses, 35,1% tiveram o câncer como causa do óbito.

**Tabela 6** - Frequência absoluta e relativa das variáveis clínicas (TNM) relacionadas ao tratamento dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Vitória-ES, 2015.

| Variáveis   | N=97 | %    |
|---|------|------|
| <b>T - Tamanho do Tumor*</b>                            |      |      |
| 1   | 12   | 12,5 |
| 1a  | 02   | 2,1  |
| 1b  | 02   | 2,1  |
| 2   | 30   | 31,3 |
| 3   | 21   | 21,9 |
| 4   | 3    | 3,1  |
| 4a  | 23   | 24,0 |
| 4b  | 2    | 2,1  |
| TIS   | 1    | 1,0  |
| <b>N - Linfonodos Regionais*</b>                        |      |      |
| 0   | 69   | 71,9 |
| 1   | 18   | 18,8 |
| 2a  | 1    | 1,0  |
| 2b  | 05   | 5,2  |
| 2c  | 01   | 1,0  |
| 3   | 2    | 2,1  |
| <b>M - Metástase a distância*</b>                       |      |      |
| 0 (sem metástase)                                       | 93   | 96,9 |
| X (com metástase)                                       | 03   | 3,1  |
| <b>Estadiamento</b>                                     |      |      |
| I   | 16   | 16,7 |
| II  | 19   | 19,8 |
| III   | 26   | 27,1 |
| IV  | 4    | 4,2  |
| IVA   | 26   | 27,1 |
| IVB   | 05   | 5,2  |
| <b>Tratamento principal</b>                             |      |      |
| Nenhum  | 02   | 2,1  |
| Cirurgia  | 22   | 22,7 |
| Radioterapia  | 11   | 11,3 |
| Cirurgia+Radioterapia                                   | 12   | 12,4 |
| Radioterapia+Quimioterapia                              | 44   | 45,4 |
| Cirurgia+Radioterapia+Quimioterapia                     | 06   | 6,2  |
| Total   | 97   |      |
| <b>Tratamento adicional</b>                             |      |      |
| Não fez tratamento adicional                            | 82   | 84,5 |
| Cirurgia  | 07   | 7,3  |
| Radioterapia  | 01   | 1,0  |
| Quimioterapia   | 05   | 5,2  |
| Cirurgia+Quimioterapia                                  | 01   | 1,0  |
| Radioterapia+Quimioterapia                              | 01   | 1,0  |
| <b>Estado da doença ao final do primeiro tratamento</b> |      |      |
| Sem evidência da doença                                 | 57   | 58,8 |
| Remissão parcial  | 02   | 2,0  |
| Doença em progressão                                    | 03   | 3,1  |
| Óbito   | 35   | 36,1 |
| <b>Óbito por câncer</b>                                 |      |      |
| Vivo  | 62   | 63,9 |
| Sim   | 34   | 35,1 |
| Não   | 1    | 1,0  |

\*Essas variáveis não totalizam 100% devido à ausência de informação nos prontuários, uma vez que a tabela foi feita com dados secundários que, algumas vezes, estavam incompletos.

Na Figura 2 (Localização do Carcinoma Epidermoide em região de cabeça e pescoço), observa-se que a língua e a orofaringe foram os sítios mais predominantes de CEC de cabeça e pescoço.



**FIGURA 2 - Localização do Carcinoma Epidermoide em região de cabeça e pescoço**

Na Tabela 7, pode-se perceber que dos pacientes encontrados com câncer nos estadiamentos mais avançados (III e IV), 62,7% encontrava-se com Índice de Massa Corporal normal. Podemos observar também que 60,7% ainda fumavam regularmente e 90,2% eram etilistas. Além disso, 72,2% consumia quantidade maior ou igual a 210g por semana.

As Tabelas 8 e 9 apresentam associações entre o tipo de tratamento principal de câncer e variáveis do estudo e estado final (1º tratamento) do câncer e variáveis do estudo, respectivamente. Dos pacientes que receberam dois ou três tipos de tratamento, 63,9% tinham Índice de Massa Corporal normal (IMC). E daqueles que receberam apenas um tipo de tratamento, 43,3% tinha IMC normal. 61,3% dos pacientes que tiveram dois ou três tipos de tratamento ainda fumavam. Quanto ao tratamento principal, constata-se na Tabela 8 que 48,1% dos pacientes com tumores avançados fumaram de 20 a 40 anos e que 61,3% dos pacientes que ainda fumam necessitaram de dois ou três tipos tratamento.

Também na Tabela 8 observa-se que 87,1% dos pacientes com tumores avançados eram etilistas.

Além disso, dos 35 pacientes que vieram a óbito, 30 que nunca fumaram e 5 eram tabagistas, de acordo com a Tabela 9. 50% dos pacientes que vieram à óbito bebiam diariamente e 80% desses fumavam e bebiam.

**Tabela 7** - Testes de Associação entre o estadiamento do câncer e variáveis do estudo. Vitória-ES, 2015.

| Variáveis                                   | Estadiamento |      |          |      | X <sup>2</sup> | p-valor   |
|---|--------------|------|----------|------|----------------|-----------|
|   | I e II       |      | III e IV |      |                |           |
|   | n            | %    | n        | %    |                |           |
| <b>Índice de Massa Corporal Atual</b>       |              |      |          |      |                |           |
| Baixo                                       | 05           | 15,2 | 09       | 15,3 | 4,57           | 0,10<br>2 |
| Normal                                      | 14           | 42,4 | 37       | 62,7 |                |           |
| Alto  | 14           | 42,4 | 13       | 22,0 |                |           |
| <b>Fumou regularmente (mínimo 1 ano)</b>    |              |      |          |      |                |           |
| Não, nunca                                  | 06           | 17,1 | 06       | 9,8  | 4,27           | 0,03<br>9 |
| Somente no passado                          | 16           | 45,7 | 18       | 29,5 |                |           |
| Sim, ainda                                  | 13           | 37,1 | 37       | 60,7 |                |           |
| <b>Consumo de cigarro</b>                   |              |      |          |      |                |           |
| Tabagista                                   | 06           | 17,1 | 06       | 9,8  | 1,08<br>6      | 0,34<br>5 |
| Nunca fumou                                 | 29           | 82,9 | 55       | 90,2 |                |           |
| <b>Número de cigarros</b>                   |              |      |          |      |                |           |
| Nunca fumou                                 | 06           | 34,3 | 23       | 38,3 | 1,01<br>2      | 0,31<br>5 |
| Até 20                                      | 12           | 48,6 | 31       | 51,7 |                |           |
| 20 ou mais                                  | 17           | 17,1 | 06       | 10,0 |                |           |
| <b>Por quantos anos, fuma ou fumou</b>      |              |      |          |      |                |           |
| Até 20                                      | 02           | 6,9  | 06       | 11,3 | 1,09<br>3      | 0,57<br>9 |
| De 20 a 40                                  | 10           | 34,5 | 22       | 41,5 |                |           |
| Mais de 40                                  | 17           | 58,6 | 25       | 47,2 |                |           |
| <b>Ingere ou ingeriu bebidas alcoólicas</b> |              |      |          |      |                |           |
| Sim   | 13           | 37,1 | 32       | 52,5 | 2,95<br>9      | 0,22<br>8 |
| Somente no passado                          | 15           | 42,9 | 23       | 37,7 |                |           |
| Não, nunca                                  | 07           | 20,0 | 06       | 9,8  |                |           |
| <b>Consumo de álcool</b>                    |              |      |          |      |                |           |
| Etilista                                    | 28           | 80,0 | 55       | 90,2 | 1,96<br>2      | 0,21<br>7 |
| Nunca bebeu                                 | 07           | 20,0 | 06       | 9,8  |                |           |
| <b>Consumo de bebida</b>                    |              |      |          |      |                |           |
| Nunca                                       | 07           | 20,0 | 06       | 10,0 | 2,24<br>4      | 0,52<br>3 |
| 1 a 2 vezes/semana                          | 04           | 11,4 | 08       | 10,0 |                |           |
| 3 a 5 vezes/semana                          | 03           | 08,6 | 40       | 13,3 |                |           |
| Diariamente                                 | 21           | 60,0 | 06       | 66,7 |                |           |
| <b>Consumo antes do meio-dia</b>            |              |      |          |      |                |           |
| Nunca bebeu antes do meio dia               | 07           | 25,0 | 10       | 18,5 | 3,70<br>2      | 0,29<br>5 |
| 1 a 2 vezes/semana                          | 04           | 14,3 | 12       | 22,2 |                |           |
| 3 a 5 vezes/semana                          | 01           | 3,6  | 08       | 14,8 |                |           |
| Diariamente                                 | 16           | 57,1 | 24       | 44,4 |                |           |
| <b>Consumo total de</b>                     |              |      |          |      | 1,40           | 0,70      |

| <b>bebida (gr/semana)</b> |    |      |    |      | 7    | 4    |
|---------------------------|----|------|----|------|------|------|
| >0 a <35 g/sem            | 01 | 3,6  | 01 | 1,9  |      |      |
| 35 a <105g/sem            | 03 | 10,7 | 11 | 20,4 |      |      |
| 105 a <210 g/sem          | 02 | 7,1  | 03 | 5,6  |      |      |
| >=210g/sem                | 22 | 78,6 | 39 | 72,2 |      |      |
| <b>Hábitos</b>            |    |      |    |      |      |      |
| Fuma e bebe               | 27 | 77,1 | 54 | 88,5 | 2,47 | 0,48 |
| Fuma                      | 02 | 5,7  | 1  | 1,6  | 3    | 0    |
| Bebe                      | 01 | 2,9  | 1  | 1,6  |      |      |
| Nenhum                    | 05 | 14,3 | 5  | 8,2  |      |      |

**Tabela 8** - Testes de Associação entre o tipo de tratamento principal de câncer e variáveis do estudo. Vitória-ES, 2015.

| Variáveis                                    | Tratamento principal |      |              |      | X <sup>2</sup> | p-valor |
|--|----------------------|------|--------------|------|----------------|---------|
|  | Apenas 1 tipo        |      | 2 ou 3 tipos |      |                |         |
|  | n                    | %    | n            | %    |                |         |
| <b>Índice de Massa Corporal Atual</b>        |                      |      |              |      |                |         |
| Baixo  | 04                   | 13,3 | 10           | 16,4 | 5,714          | 0,057   |
| Normal                                       | 13                   | 43,3 | 39           | 63,9 |                |         |
| Alto   | 13                   | 43,3 | 12           | 19,7 |                |         |
| <b>Fumou regularmente (mínimo 1 ano)</b>     |                      |      |              |      |                |         |
| Não, nunca                                   | 04                   | 12,1 | 08           | 12,9 | 6,651          | 0,036   |
| Somente no passado                           | 17                   | 51,5 | 16           | 25,8 |                |         |
| Sim, ainda                                   | 12                   | 36,4 | 38           | 61,3 |                |         |
| <b>Consumo de cigarro</b>                    |                      |      |              |      |                |         |
| Tabagista                                    | 04                   | 12,1 | 08           | 12,9 | 0,012          | 0,913   |
| Nunca fumou                                  | 29                   | 87,9 | 54           | 87,1 |                |         |
| <b>Número de cigarros</b>                    |                      |      |              |      |                |         |
| Nunca fumou                                  | 04                   | 12,1 | 08           | 13,1 | 0,659          | 0,883   |
| Até 20 cigarros                              | 12                   | 36,4 | 22           | 36,1 |                |         |
| 20 a 40 cigarros                             | 14                   | 42,4 | 28           | 45,9 |                |         |
| Mais de 41 cigarros                          | 03                   | 9,1  | 03           | 4,9  |                |         |
| <b>Por quantos anos, fuma ou fumou</b>       |                      |      |              |      |                |         |
| Até 20                                       | 03                   | 10,3 | 05           | 9,6  | 6,210          | 0,045   |
| De 20 a 40                                   | 06                   | 20,7 | 25           | 48,1 |                |         |
| Mais de 40                                   | 20                   | 69,0 | 22           | 42,3 |                |         |
| <b>Ingerir ou ingeriu bebidas alcoólicas</b> |                      |      |              |      |                |         |
| Sim  | 14                   | 42,4 | 31           | 50,0 | 0,497          | 0,780   |
| Somente no passado                           | 14                   | 42,4 | 23           | 37,1 |                |         |
| Não, nunca                                   | 05                   | 15,2 | 08           | 12,9 |                |         |
| <b>Consumo de álcool</b>                     |                      |      |              |      |                |         |
| Etilista                                     | 28                   | 84,8 | 54           | 87,1 | 0,092          | 0,761   |
| Nunca bebeu                                  | 05                   | 15,2 | 08           | 12,9 |                |         |
| <b>Consumo de bebida</b>                     |                      |      |              |      |                |         |
| Nunca  | 05                   | 15,2 | 08           | 13,1 | 1,816          | 0,611   |
| 1 a 2 vezes/semana                           | 04                   | 12,1 | 05           | 8,2  |                |         |
| 3 a 5 vezes/semana                           | 02                   | 6,1  | 09           | 14,8 |                |         |
| Diariamente                                  | 22                   | 66,7 | 39           | 63,9 |                |         |
| <b>Consumo antes do meio-dia</b>             |                      |      |              |      |                |         |
| Nunca bebeu antes do meio dia                | 07                   | 25,0 | 09           | 17,0 | 1,339          | 0,720   |
| 1 a 2 vezes/semana                           | 06                   | 21,4 | 10           | 18,9 |                |         |
| 3 a 5 vezes/semana                           | 02                   | 7,1  | 07           | 13,2 |                |         |

|  |    |      |    |      |       |       |
|--|----|------|----|------|-------|-------|
| Diariamente                                | 13 | 46,4 | 27 | 50,9 |       |       |
| <b>Consumo total de bebida (gr/semana)</b> |    |      |    |      |       |       |
| >0 a <35 g/sem                             | 0  | 0,0  | 01 | 1,9  | 0,971 | 0,808 |
| 35 a <105g/sem                             | 05 | 17,9 | 09 | 17,0 |       |       |
| 105 a <210 g/sem                           | 02 | 7,1  | 02 | 3,8  |       |       |
| >=210g/sem                                 | 21 | 75,0 | 41 | 77,4 |       |       |
| <b>Hábitos</b>                             |    |      |    |      |       |       |
| Fuma e bebe                                | 27 | 81,8 | 53 | 85,5 | 1,688 | 0,640 |
| Fuma                                       | 02 | 6,1  | 01 | 1,6  |       |       |
| Bebe                                       | 01 | 3,0  | 01 | 1,6  |       |       |
| Nenhum                                     | 03 | 9,1  | 07 | 11,3 |       |       |

**Tabela 9** - Testes de Associação entre o estado final (1º tratamento) do câncer e variáveis do estudo. Vitória-ES, 2015.

| Variáveis                                   | Estado da doença ao final do primeiro tratamento |      |       |      | X <sup>2</sup> | p-valor |
|---|--|------|-------|------|----------------|---------|
|   | Sem evidência da doença                          |      | Óbito |      |                |         |
|   | n  | %    | n     | %    |                |         |
| <b>Índice de Massa Corporal Atual</b>       |  |      |       |      |                |         |
| Baixo                                       | 07   | 12,7 | 07    | 21,2 | 3,597          | 0,166   |
| Peso normal                                 | 28   | 50,9 | 20    | 60,6 |                |         |
| Alto  | 20   | 36,4 | 06    | 18,2 |                |         |
| <b>Fumou regularmente (mínimo 1 ano)</b>    |  |      |       |      |                |         |
| Não, nunca                                  | 07   | 12,3 | 05    | 14,3 | 1,311          | 0,519   |
| Somente no passado                          | 23   | 40,4 | 10    | 28,6 |                |         |
| Sim, ainda                                  | 27   | 47,4 | 20    | 57,1 |                |         |
| <b>Consumo de cigarro</b>                   |  |      |       |      |                |         |
| Tabagista                                   | 07   | 12,3 | 05    | 14,3 | 0,077          | 0,782   |
| Nunca fumou                                 | 50   | 87,7 | 30    | 85,7 |                |         |
| <b>Número de cigarros</b>                   |  |      |       |      |                |         |
| Nunca fumou                                 | 07   | 12,3 | 05    | 14,7 | 3,529          | 0,317   |
| Até 20 cigarros                             | 19   | 33,3 | 16    | 47,1 |                |         |
| 20 a 40 cigarros                            | 28   | 49,1 | 10    | 29,4 |                |         |
| Mais de 41 cigarros                         | 03   | 5,3  | 03    | 8,8  |                |         |
| <b>Por quantos anos, fuma ou fumou</b>      |  |      |       |      |                |         |
| Até 20                                      | 03   | 6,0  | 03    | 10,7 | 0,646          | 0,724   |
| De 20 a 40                                  | 19   | 38,0 | 11    | 39,3 |                |         |
| Mais de 40                                  | 28   | 56,0 | 14    | 50,0 |                |         |
| <b>Ingere ou ingeriu bebidas alcoólicas</b> |  |      |       |      |                |         |
| Sim   | 24   | 42,1 | 17    | 48,6 | 1,240          | 0,538   |
| Somente no passado                          | 26   | 45,6 | 12    | 34,3 |                |         |
| Não, nunca                                  | 07   | 12,3 | 06    | 17,1 |                |         |
| <b>Consumo de álcool</b>                    |  |      |       |      |                |         |
| Etilista                                    | 50   | 87,7 | 29    | 82,9 | 0,422          | 0,516   |
| Nunca bebeu                                 | 07   | 12,3 | 06    | 17,1 |                |         |
| <b>Consumo de bebida</b>                    |  |      |       |      |                |         |
| Nunca                                       | 07   | 12,3 | 02    | 5,9  | 1,341          | 0,719   |
| 1 a 2 vezes/semana                          | 06   | 10,5 | 04    | 11,8 |                |         |
| 3 a 5 vezes/semana                          | 37   | 64,9 | 22    | 64,7 |                |         |
| Diariamente                                 | 07   | 12,3 | 06    | 17,6 |                |         |
| <b>Consumo antes do meio-dia</b>            |  |      |       |      |                |         |
| Nunca bebeu antes do meio                   | 12   | 24,0 | 05    | 17,9 | 0,611          | 0,894   |

|  |    |      |    |      |       |       |
|--|----|------|----|------|-------|-------|
| dia  |    |      |    |      |       |       |
| 1 a 2 vezes/semana                         | 09 | 18,0 | 05 | 17,9 |       |       |
| 3 a 5 vezes/semana                         | 05 | 10,0 | 04 | 14,3 |       |       |
| Diariamente                                | 24 | 48,0 | 14 | 50,0 |       |       |
| <b>Consumo total de bebida (gr/semana)</b> |    |      |    |      |       |       |
| >0 a <35 g/sem                             | 01 | 2,0  | 00 | 00   | 1,962 | 0,580 |
| 35 a <105g/sem                             | 08 | 16,0 | 05 | 17,9 |       |       |
| 105 a <210 g/sem                           | 02 | 4,0  | 03 | 10,7 |       |       |
| >=210g/sem                                 | 39 | 78,0 | 20 | 71,4 |       |       |
| <b>Hábitos</b>                             |    |      |    |      |       |       |
| Fuma e bebe                                | 49 | 86,0 | 28 | 80,0 |       |       |
| Fuma                                       | 01 | 1,8  | 02 | 5,7  | 1,273 | 0,736 |
| Bebe                                       | 01 | 1,8  | 01 | 2,9  |       |       |
| Nenhum                                     | 06 | 10,5 | 04 | 11,4 |       |       |

## 6 DISCUSSÃO

Diante do exposto, é necessário que se faça uma análise mais aprofundada entre o estilo de vida dos indivíduos inseridos nesta pesquisa e o câncer de cabeça e pescoço. Nesse sentido, a pesquisa realizada oportunizou o conhecimento de novos dados e também de legitimação dos estudos anteriores. É imprescindível dizer que muitos artigos encontrados sobre o assunto utilizam dados retirados dos bancos disponibilizados por hospitais públicos, o que não permitem controlar possíveis erros decorrentes de sub-registros e digitação.

Quanto às características sociodemográficas, o estudo mostrou predominância de CEC de cabeça e pescoço (cavidade bucal, faringe e laringe) em pacientes do sexo masculino, como se pode visualizar na Tabela 1, indivíduos com menores índices de escolaridade (ensino fundamental incompleto ou, ainda, analfabetos) corroborando com os estudos de Seroli, Rapoport (2009), em que predominam os homens no grupo oncológico. Neste último, no grupo controle houve equivalência entre homens e mulheres. Isso se mostra, provavelmente, devido a maior incidência de tabagistas e etilistas no sexo masculino, embora Smith *et al.* (2008) afirmem que esse quadro esteja modificando-se com o passar do tempo.

A faixa etária com maior número de casos CECs encontrados foi de 51 a 60 anos. Quanto a isso, faz-se concordância com Silverman (2001) e, também, Rezende *et al.* (2008), embora este tenha encontrado maior percentual de pacientes entre 51 a 60 anos. Devido à maioria dos estudos determinarem faixas etárias diferentes e as publicações terem números reduzidos de casos, torna-se difícil a caracterização epidemiológica destes tumores em relação à faixa etária, principalmente em pacientes mais jovens, para os quais verificamos aumento da incidência, como se encontra no estudo de Maciel *et al.* (2012). No presente estudo, aqueles cuja faixa etária é menor ou igual a 45 anos apresentaram em número considerado elevado em relação a índices de estudos anteriores.

Em relação à ocupação profissional, pode-se constatar que a frequência dos CECs de cabeça e pescoço (cavidade bucal, faringe e laringe) foi maior em lavradores ou agricultores, o que faz concordar com Boing, Antunes (2011), cuja análise conclui que há maior razão de chances para grupos populacionais menos privilegiados; e Abdo *et al.* (2002). No entanto, ainda existem poucos estudos que relacionam as desigualdades socioeconômicas ao câncer bucal, como os de Boing, Antunes (2011). Também parece necessário observar a categoria de ocupação profissional que se analisa, como Siemiatycki *et al.* (2004) perceberam em seu trabalho. Os autores relataram muitas substâncias cancerígenas e associaram a isso os cancerígenos ocupacionais. Assim, as refinarias de níquel, por exemplo, podem ser fator de risco para câncer nasal, dependendo das circunstâncias particulares do processo industrial, como a matéria prima, impurezas e medidas preventivas. Como já mencionado, tabaco, luz solar e medicamentos imunossupressores não são considerados exposições ocupacionais, mas há trabalhadores cujas ocupações os colocam em contato com estes agentes, como é o caso dos lavradores e agricultores.

Já a localização primária predominante está na cavidade bucal e no lábio, de acordo com a tabela 1. Quanto à localização em orofaringe, segundo sítio de predominância do CEC constata-se que se aproxima da pesquisa de Pinto *et al.* (2011). Além disso, é possível verificar na figura 1 que a língua foi o sítio mais incidente, aproximando-se dos dados de Seroli, Rapoport (2009).

No que diz respeito ao estado conjugal, como se pode visualizar na Tabela 1, a maioria dos pacientes possuía união estável, incluindo casamento e união consensual, em comparação com pessoas que não possuem parceiros (solteiros, viúvos e separados judicialmente). Essas variáveis aproximam-se dos resultados de Sommerfeld *et al.* (2012). Tais como os dados de Abdo *et al.* (2002), que constata a maioria de pacientes casados. Nesse sentido, essa variável mostrou-se pouco relevante para o presente trabalho, já que tampouco comprova que esses estilos de vida passados ou atuais desses indivíduos sejam fatores de risco ao câncer e, portanto, é mais utilizada em estudos sobre a qualidade de vida, uma vez que os pacientes com apoio familiar apresentam melhor prognóstico do tratamento.

De acordo com o histórico familiar, quando se questiona a ocorrência de parentes com câncer, muitos estavam sem informação e houve pequena relação com a história familiar. Negri *et al.* (2009), em sua pesquisa relativa ao câncer de cabeça e pescoço, observa também que há uma fraca associação entre a história familiar e o câncer relacionado ao tabaco. Por outro lado, o câncer de laringe é aquele que está mais associado ao histórico familiar.

Ainda de acordo com a Tabela 1, a procedência dos pacientes foi maior vinda do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo havendo desconhecimento de parte da informação, devido à porta de entrada ter sido pela radioterapia. É importante dizer que houve pouca diferença entre os pacientes da região metropolitana de Vitória-ES e interior do Estado. Quanto ao encaminhamento do SUS, também se pode averiguar maiores gastos com internações hospitalares, aproximando-se das constatações de Maciel *et al.* (2012).

O estadiamento dos pacientes com CEC de cabeça e pescoço (cavidade bucal, faringe e laringe) foi feito em 96 pacientes devido a um deles não ter a classificação T N M registrada no prontuário. A maioria dos pacientes tinha tumores avançados. Quanto a essa classificação, pode-se perceber que houve negligência no que diz respeito à busca por avaliação médica, tornando o prognóstico mais sombrio, o que também se constata por Smith *et al.* (2008).

É possível verificar, nesta pesquisa, que, apesar de quatro pacientes não se recordarem do próprio peso no período de dois anos anteriores à doença, a maior parte dos pacientes que informaram o peso e a altura tinham o Índice de Massa Corporal (IMC) normal. No que diz respeito a esse ponto, ressalta-se que não há muitas pesquisas que o abordam, mas, de acordo com Hashibe *et al.* (2009), o alto índice de massa corporal (IMC) é um fator de risco para o desenvolvimento de CEC de cabeça e pescoço. Isso se deu por meio da verificação feita por esses autores do IMC 2-5 anos antes do diagnóstico do câncer e 20 ou 30 anos após o diagnóstico. De acordo com a tabela 7, que faz associação entre o estadiamento do câncer e variáveis do estudo, corroborando com Hashibe *et al.* (2009), pode-se compreender que o Índice de Massa Corporal foi marginalmente significativo, com p-valor 0,102, comparando-se o estadiamento inicial (I e II) com o avançado (III e IV). No

estadio avançado, a relação dos pacientes que apresentaram IMC normal e daqueles que apresentaram IMC alto é igual. É possível que isso se dê porque, quando é encontrado no estadio I e II, com o tumor menos desenvolvido, mesmo com o paciente se alimentando normalmente devido à ausência de dor, o consumo calórico do indivíduo é menor. Por outro lado, a maioria dos pacientes com estadio III e IV apresentava IMC normal, em detrimento daqueles com IMC alto. Assim, é provável que esses indivíduos não se alimentavam mais tão bem, perdendo quantidade relativa de peso. Em contrapartida, Kreimer *et al.* (2006), em estudo caso-controle feito em nove países, constata que os casos mais comuns pertenciam à categoria mais baixa do IMC. Comparando com os indivíduos na alta categoria do IMC, indivíduos na categoria de baixo IMC apresentaram quase 3 vezes mais propensão a ter CEC bucal.

Estão apresentados na Tabela 8 os testes de associação entre o tipo de tratamento principal de câncer (LUNG *et al.*, 2007; PINTO *et al.*, 2011) e variáveis do estudo (consumo de cigarro, número de cigarros, consumo de álcool, consumo total de bebida, etc.). A esse respeito, o IMC possui valor marginalmente significativo (com p-valor 0,057), ou seja, não houve diferença entre IMC normal e IMC alto, e uma menor quantidade de pacientes tinha IMC baixo. Com relação aos pacientes que foram submetidos a 2 ou 3 tipos de tratamento, a maioria apresentava IMC normal.

Em relação ao etilismo, que é possível visualizar na tabela 3, um número expressivo e alarmante dos pacientes consumiam ou já tinham consumido álcool, deixando clara sua posição de fator de risco. As variáveis relacionadas ao consumo de bebidas alcólicas não totalizaram 100% devido à subjetividade das questões, com as quais os pacientes intimidavam-se. Geralmente, os familiares destes pacientes alegavam que eles começavam a beber antes do meio-dia. Mesmo assim, verificamos que muitos pacientes bebiam diariamente (apenas um indivíduo se absteve), e o consumo de bebidas destiladas, como a cachaça, é grande. Dos que pararam de beber, poucos relataram que foi devido à doença. Esses resultados confirmam os estudos de Hashibe *et al.* (2009), que apresenta o efeito conjunto entre o tabaco e o álcool como mais do que esperado para a multiplicação do câncer de cabeça e pescoço e os

subsítios de boca e faringe. Segundo Hashibe *et al.* (2009), há uma interação sugerida de tabaco e álcool sobre o risco de câncer de cavidade oral ( $p < 0,01$ ), câncer de faringe ( $p < 0,01$ ), o que não ocorre no câncer de laringe ( $p = 0,63$ ). Os mesmos autores constatam que os não-usuários de álcool poderiam ter prevenido o câncer se não fossem fumantes, enquanto os não-fumantes somente possuíam maior risco quando eram usuários massivos do álcool (três ou mais doses por dia) (HASHIBE *et al.*, 2007).

No início desta pesquisa, quando os 97 pacientes descobriram a doença, quase a totalidade dos pacientes eram etilistas, sendo que a maioria bebia diariamente, o que diverge do estudo de Sapkota *et al.* (2008). Ainda de acordo com a Tabela 3, o valor aproximado da metade consumia bebida antes do meio-dia. Os índices relativos ao consumo semanal são: a maioria consumia maior ou igual quantidade de 14 doses de cachaça; metade consumia maior ou igual quantidade de 14 copos de vinho; um pouco mais da metade dos pacientes consumia maior ou igual quantidade de 14 copos de cerveja. Além disso, a maioria dos pacientes já chegaram a beber a quantidade de 1 a menos que 3 garrafas de cachaça em um dia. Destaca-se ainda que um número ainda maior de pacientes consumiam maior ou igual quantidade de 210g de bebida alcoólica. Em relação à quantidade de bebida, pode-se afirmar que o presente estudo é bastante específico se comparado à pesquisa de Ide *et al.* (2008), os quais constatam em seus estudos que a maioria bebia mais que 46g por dia, utilizando apenas essa quantidade como parâmetro.

No presente estudo, 59 pacientes pararam de beber após seis meses de tratamento, de acordo com a Tabela 4, não considerando 13 pacientes que já não bebiam e dois que vieram a óbito até este momento. 23 pacientes continuaram a beber e, desses, quase a metade o faziam diariamente, sendo que a bebida mais consumida era a cachaça. Dos que pararam de consumir, 33 pessoas pararam porque estavam doentes.

De acordo com Galbiatti (2013), o hábito de fumar tabaco é bem estabelecido como fator de risco dominante para o câncer de cabeça e pescoço e esse risco é correlacionado com a intensidade e duração do hábito de fumar, que é o mesmo que se constata em nosso estudo, de acordo com a Tabela 2. Desse

modo, o atual estudo corrobora com Sapkota *et. al* (2008) no que diz respeito aos entrevistados que nunca fumaram.

De outro modo, em relação à saúde bucal, como é possível visualizar na Tabela 5, dos pacientes com CEC de cabeça e pescoço que participaram da pesquisa, havia número significativo de edêntulos e daqueles que nunca ou pouco escovavam os dentes. Estes foram os resultados que mais sobressaíram em relação à frequência de escovação dentária. Quanto à indagação sobre qual material utilizavam para a escovação e se, em consequência disso, apresentavam sangramento gengival, somente 86 responderam. Quando foram questionados em relação ao uso de prótese removível, a maioria relatou que usava e que, desta, grande parte é de próteses totais. Tais dados demonstram limitações da análise, tornando-a incapaz de ajustar as variáveis relativas à higienização bucal. No entanto, corrobora com Marques *et al.* (2008) ao afirmar que a escovação irregular, a prótese dentária e o uso de enxaguantes bucais têm sido associadas ao câncer oral em não-fumantes e não-etilistas.

Em relação ao tratamento, o mais utilizado consistiu na radioterapia e quimioterapia conjugadas, devido ao estadiamento avançado dos tumores; em seguida, a cirurgia e cirurgia mais radioterapia. Assim como afirmam Forastiere, Koch, Trotta (2001), a quimioterapia concomitante à radioterapia apresenta superioridade ao padrão de tratamento de radioterapia sozinho. Já Lung *et al.* (2007), que utilizaram o tratamento cirúrgico na maioria de seus casos, uma vez que não havia extensão para a base do crânio, mediastino ou espaços vertebrais, enfatizam que esse tratamento é melhor nos primeiros três estágios do câncer, pelo baixo percentual de recidiva e alto índice de sobrevivência. Nestes últimos, de 1072 casos avaliados, a maioria deles foi tratada com cirurgia.

Após seis meses de tratamento, quando seus efeitos colaterais já tinham sido reduzidos, fizemos uma nova avaliação quanto aos hábitos do tabagismo e etilismo. Durante o tratamento e logo após o mesmo, torna-se bastante difícil o hábito de fumar e de beber. A cirurgia é sempre mais agressiva e ampla, mais do que uma lesão benigna. O bloco cirúrgico tem que vir com

margens livres de tumor tanto em profundidade e extensão, levando a um período pós-cirúrgico muito dolorido. Durante a radio ou radio/quimioterapia, os pacientes podem ter efeitos colaterais mais agressivos como dor, mucosites, candidoses, xerostomia, perda do paladar. Estes sintomas também geralmente os impede de fumar e beber, porque a sensibilidade dolorosa aumentaria muito, como afirmam Sommerfeld *et al.* (2012). Neste período, em nossa pesquisa, dois pacientes vieram a óbito e um não compareceu à revisão.

Nesta pesquisa, o tratamento adicional mais realizado foi a cirurgia de resgate, principalmente esvaziamento cervical, de acordo com a Tabela 6. A quimioterapia também foi bastante utilizada, pois em CEC de cabeça e pescoço funciona como um tratamento paliativo, embora Lung *et al.* (2007) tenham afirmado que isso se aplica para sarcomas e linfomas. A ressecção cirúrgica agressiva é a terapia mais importante, sendo que a radio e a quimioterapia proporcionam aumento das funções e preservação dos órgãos.

Como se pode perceber na Tabela 6, após o tratamento principal ou primeiro tratamento, a maior parte dos pacientes estava sem evidência de lesão e um número significativo veio a óbito por câncer e nunca tinham sido tabagistas, de acordo com a Tabela 9. Na mesma Tabela, observou-se que o efeito do tabaco e do álcool concomitantemente aumentou o número de óbito dos pacientes com este perfil. Nesse sentido, tais dados tornam-se alarmantes, assim como constatam Maciel *et al.* (2012), que registrou, de 1.963 internações, 229 óbitos em função do câncer de boca e faringe, ressaltando que seu estudo foi realizado com dados secundários, o que não descarta erros técnicos, principalmente sub-registros em capitais brasileiras menos desenvolvidas.

Como se pode visualizar na Tabela 7, com relação aos pacientes que fumaram regularmente (mínimo 1 ano), é estatisticamente significativa a diferença entre o estadiamento inicial (I e II) e avançado (III e IV), com p-valor 0,039. Isso reafirma o dado de que o cigarro em relação ao desenvolvimento e evolução dos carcinomas nessa região é dose dependente. Dos pacientes com estadio I e II, grande parte fumou somente no passado, enquanto o estadio III e IV, a maioria ainda fumava naquele momento.

Após seis meses de tratamento, conforme a Tabela 4, com exceção de dois óbitos e um paciente não entrevistado, grande parte parou de fumar e de beber com o tratamento. 59 pacientes não bebiam mais uísque, cerveja, vinho ou cachaça. Para os que continuaram a beber, quase a metade o faziam diariamente e a cachaça era a principal bebida. Em relação ao tabagismo, 15 indivíduos continuaram fumando, enquanto 10 indivíduos continuaram com o etilismo (Tabela 4). Em comparação com os dados de Pinto *et al.* (2011), há diferenças significativas entre os nossos resultados, que possuem melhores taxas de abandono do tabaco e do álcool. Isso ocorre devido à abordagem eficaz no que diz respeito ao acompanhamento dos pacientes após o tratamento, para conscientização dos danos quanto à continuidade do consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, tal como ocorre no lócus desta pesquisa, onde há atendimento psicológico e até mesmo encaminhamento psiquiátrico. É essencial que os profissionais que atuam nos tratamentos e prevenções de câncer de cabeça e pescoço compreendam que essas dependências estão relacionadas principalmente a problemas neurológicos, psíquicos e comportamentais e que o abandono desses hábitos não depende apenas da vontade dos pacientes e de seus familiares.

A Tabela 8 mostra que há uma relação estatisticamente significativa para os pacientes e seus hábitos de fumar com os tipos de tratamento, com p-valor 0,036, em que, no que diz respeito aos pacientes submetidos a apenas um tipo de tratamento, a maioria era fumante no passado, ou seja, parava após o tratamento. Quanto àqueles submetidos a dois ou três tipos de tratamento, a maioria ainda fumava após o tratamento, discordando do estudo de Pinto *et al.* (2011), no qual a rejeição ao tabagismo foi maior nos pacientes que tiveram tratamento clínico.

No que tange à quantidade de anos de tabagismo, também é marginalmente significativa, com p-valor 0,045, já que a maioria que fuma ou fumou por mais de 40 anos foi submetida a apenas um tipo de tratamento. Para os pacientes com dois ou três tipos de tratamento, tanto aqueles que fumaram por 20 a 40 anos quanto os que fumam ou fumaram por mais de 40 anos apresentaram índices aproximados e elevados.

Em nossa pesquisa, 35 pacientes vieram a óbito, três pacientes apresentavam doença em progressão e dois apresentavam remissão parcial. Em outro estudo, Bórquez *et al.* (2011) calcularam a sobrevida dos pacientes durante cinco anos após o tratamento durante 10 anos. Quando os autores calculam a sobrevida por estadio, constatam um bom resultado quanto ao estadio I para a sobrevida em 5 e 10 anos (BÓRQUEZ *et al.*, 2011).

Pinto *et al.* (2011) afirmam que é importante questionar se há uma relação entre a cessação do tabagismo e etilismo desses pacientes com a necessidade de realizar tratamento cirúrgico, relacionado ao impacto físico e psicológico que esses pacientes sofrerão em comparação com a quimioterapia e a radioterapia, fazendo com que o receio provoque a renúncia. Percebe-se que, mesmo após o tratamento, muitos ainda continuam com hábitos de tabagismo e etilismo, principalmente em relação aos pacientes que tiveram tratamento não cirúrgico. Disso, podemos concluir que o tratamento que envolve esses pacientes deve ir além da abordagem clínica e cirúrgica, e se torna necessário o trabalho com outros profissionais da área da saúde e da assistência social (PINTO *et al.*, 2011). Para tanto, são gerados muitos gastos, como confirmam Maciel *et al.* (2012), que concluem que os gastos com internações por cânceres de boca e faringe estão relacionados à maior busca de diagnóstico e tratamento da população devido ao acesso de informações da sociedade.

Com isso, na tentativa de intervir nessa condição provocada pelos danos do câncer de boca, faringe e laringe, tanto no indivíduo, quanto no sistema de saúde pública, foi confeccionada uma cartilha educativa (Apêndice C) contendo informações sobre o assunto, a fim de instruir a população e estimular a prevenção. Assim, tendo em vista alguns modelos de cartilhas e manuais, como “Prevenção e diagnóstico precoce: câncer de boca”, do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais; “Manual ilustrado/Câncer de boca: prevenção de diagnóstico precoce”, do Programa de Combate ao Câncer de Boca, de Recife-PE; a cartilha produzida neste trabalho – do Hospital Santa Rita de Cássia/Afecc e do PPGCO/UFES – diferencia-se por dar ênfase à conscientização da importância do estilo de vida no desenvolvimento destas neoplasias, nas suas recidivas e no desenvolvimento de um segundo tumor primário na região de cabeça e pescoço.

## 7 CONCLUSÃO

Este trabalho, fazendo parte de um amplo estudo, ao selecionar pacientes recém-diagnosticados com câncer de boca, faringe e laringe, obteve dados que tornaram possível concluir que o Câncer de Cabeça e Pescoço nesses sítios continua a ser uma doença desfigurante associada a uma alta taxa de mortalidade. É um dos cânceres mais comuns do sexo masculino, principalmente na faixa etária de 51 a 60 anos. Isso ocorre devido o diagnóstico ser mais encontrado nos estadios III e IV, o que está relacionado aos fatores de risco e aos hábitos. Por isso, ressalta-se que mudanças de hábitos de vida como abstinência do fumo e do álcool são os melhores métodos de prevenção da doença, já que estão entre os principais fatores de risco.

Nesse sentido, nossas pesquisas confirmaram o tabagismo e o etilismo como fatores de risco para o CEC de cabeça e pescoço (cavidade bucal, faringe e laringe). Quanto maior o tempo de exposição a esses riscos e sua quantidade habitual, mais avançado vai estar o estadio e, assim, as chances serão maiores para ocorrerem mais de um tipo de tratamento. Isso é importante também na medida em que os gastos com os tratamentos tornam-se elevados.

No estadiamento avançado dos tumores, entendeu-se que o melhor tratamento a ser utilizado é a radio e a quimioterapia conjugadas, por ser menos mutilante e agressivo, propiciando melhor qualidade de vida aos pacientes. Constatou-se que, uma vez que a qualidade de vida dos pacientes diminui significativamente após os tratamentos, aqueles pacientes usuários de próteses são ainda mais prejudicados devido à xerostomia, a perda de estruturas anatômicas, entre outros, dificultando a fonação, deglutição, alimentação etc. Além disso, quanto maior o estadio, menor é a sobrevida do paciente e maior é a quantidade de óbito.

Espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar as políticas públicas a agirem quanto à redução de taxas de mortalidade, a melhora na qualidade de vida dos pacientes e a diminuição dos gastos públicos. Objetivou-se, por último, auxiliar no tratamento e na cura da doença com o mínimo de

complicações possíveis, oferecendo o máximo de qualidade de vida ao paciente. Também se pretende estimular outras pesquisas, para que possam auxiliar cada vez mais a busca pelo diagnóstico precoce do carcinoma espinocelular. Assim, torna-se possível levar mudanças ao serviço de saúde para elaborar estratégias que lidem com os efeitos causados pela doença, bem como priorizar os métodos menos invasivos e tratamentos personalizados.

## REFERÊNCIAS

ABDO, N. E. et al. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. **Rev bras cancerol**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 357-362, 2002.

AGUILAR L. T et al. Prótese, higiene, escolaridade e renda no risco do carcinoma epidermóide bucal: estudo caso-controle. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 26-30, 2006.

AMAR, A. et al. Sobrevida após recidiva intratável do carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço. **Rev Col Bras Cir**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, 267-269, 2005.

BOING, A. F.; ANTUNES, J. L. F. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 615-622, 2011.

BÓRQUEZ, P. M. et al. Sobrevida global y por estadíos de 137 pacientes com cáncerintraoral. Experiencia del Instituto Nacional del Cáncer. **Rev chil cir**, Santiago, v. 63, n. 4, p. 351-355, 2011.

BOSETTI, C. et al. Tobacco smoking, smoking cessation, and cumulative risk of upper aerodigestive tract cancers. **Am j epidemiol**, Baltimore, v. 167, p. 468-73, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014 – Incidência de Câncerno Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>> Acesso em: 12 jun 2013.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 77-93, 2007.

CAMARGO, A. C. K. et al. Lesões traumáticas de mucosa oral. **Rev bras otorrinolaringol**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3, maio-junho, 2001.

CARVALHO, A. L. et al. Trends of oral and oropharyngeal cancer survival over five decades in 3267 patients treated in a single institution. **Oral oncol**, Oxford, v. 40, n. 1, p. 71-76, 2004.

CARVALHO, C. Cresce incidência de câncer da boca no Brasil. **Rev bras odontol**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 36-9, 2003.

CASTELLSAGUÉ, X. et al. The role of type of tobacco and type of alcoholic beverage in oral carcinogenesis. **Int J Cancer**, New York, v. 108, n. 5, p. 741-49, 2004.

CHEN, L. F; VOKES. E. E. **Câncer de cabeça e pescoço**. 2008. Medicina Net. Disponível em: < [http://www.medicinanet.com.br/m/conteudos/acp-medicine/4493/cancer\\_de\\_cabeca\\_e\\_pescoco.htm](http://www.medicinanet.com.br/m/conteudos/acp-medicine/4493/cancer_de_cabeca_e_pescoco.htm)> Acesso em: 12 jun 2013.

CHOI, S; MYERS, J. N. Molecular Pathogenesis of Oral Squamous Cell Carcinoma: Implications for Therapy. **J dent res**, Washington, v. 87, n.1, p.14-32, 2008.

CHUANG, S. C. et al. Risk of second primary cancer among patients with head and neck cancers: A pooled analysis of 13 cancer registries. **Int J Cancer**, New York, v. 123, n. 10, p. 2390-2396, 2008.

CONWAY, D. I. et al. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. **Int J Cancer**, New York, v. 122, n. 12, p. 2811-2819, 2008.

DIKSHIT R. P. et al. Risk factors for the development of second primary tumors among men after laryngeal and hypopharyngeal carcinoma. **Cancer**, New York, v. 103, n. 11, p. 2326-2333, 2005.

FAKHRY, C. et al. Improved survival of patients with human papillomavirus-positive head and neck squamous cell carcinoma in a prospective clinical trial. **J natl cancer inst**, Cary, v. 100, n. 4, p. 261-269, 2008.

FORASTIERE, A.; KOCH, W.; TROTTIA, N. Head and neck cancer. **N Engl J Med**, Boston, v. 345, n. 26, p. 1890-1900, 2001.

GALBIATTI, A. L. S. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. **Braz j otorhinolaryngol**, São Paulo, v. 79, n. 2, p. 239-47, 2013.

GARCIA, M. et al. **Global cancer facts & figures 2007**. p. 1-52, 2007. Disponível em: <<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/globalfactsandfigures2007rev2p.pdf>> Acesso em: Acesso em: 12 jun 2013

GREENE, F. et al. **AJCC Cancer Staging Manual**, Springer-Verlag, New York, ed. 6, 2002.

HASHIBE, M. et al. Alcohol drinking in never users of tobacco and cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) consortium. **J natl cancer inst**, Cary, v. 99, n. 10, p. 777-789, 2007.

HASHIBE, M. et al. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the INHANCE consortium. **Cancer epidemiol biomark prev**, Philadelphia, v. 18, n. 2, p. 541-550, 2009.

HOLMES Jr., L. et al. Is dental care utilization associated with oral cavity cancer in a large sample of community-based United States residents? **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**, Philadelphia, v. 37, n. 2, p. 134-142, 2009.

HONORATO, J. et al. Análise de sobrevida global em pacientes diagnosticados com carcinoma de células escamosas de boca no INCA no ano de 1999. **Rev bras epidemiol**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 69-81, 2009.

IDE, R. et al. Cigarette, smoking, alcohol drinking and oral and pharyngeal cancer mortality in Japan. **Oral dis**, Houndmills, v. 14, n. 4, 314-319, 2008.

KREIMER, A. R. et al. Human papillomavirus types in head and neck squamous cell carcinomas worldwide: a systematic review. **Cancer epidemiol biomark prev**, Philadelphia, v. 14, n. 2, p. 467-475, 2005.

LAMBERT, R. et al. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. **Eur j gastroenterol hepatol**, London, v. 23, n. 8, p. 633-41, 2011.

LICITRA, L. et al. High-risk human papillomavirus affects prognosis in patients with surgically treated oropharyngeal squamous cell carcinoma. **J clin oncol**, New York, v. 24, n. 36, p. 5630-5636, 2006.

LUNG, T. et al. Head and neck cancer, treatment, evolution and post therapeutic survival - Part 2: a decade's results 1993-2002. **J Craniomaxillofac Surg**, New York, v. 35, n. 2, 126-31, 2007.

MACIEL, S. S. S. V. et al. Morbimortalidade por cânceres de boca e faringe em capitais brasileiras. **Rev ANRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 38-45, 2012.

MARQUES, L. A. et al. Oral health, hygiene practices and oral cancer. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 471-479, 2008.

MEHROTRA, R.; YADAV, S. Oral Squamous cell carcinoma: Etiology, pathogenesis and prognostic value of genomic alterations. **Int J Cancer**, New York, v. 43, n. 2, p. 60-66, 2006.

MOYSES, R. A.; MICHALUARTE JUNIOR, P. Alterações genéticas e moleculares no câncer de cabeça e pescoço. In: PARISE, O. **Câncer de cabeça e pescoço: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Âmbito Editores, 2008. p. 11-15.

NEGRI, E. et al. Family history of cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. **Int J Cancer**, New York, v. 124, n. 2, p. 394-401, 2009.

PAPAC, R. J. Distant metastases from head and neck cancer. **Cancer**, New York, v. 53, n. 2, p. 342-345, 1984.

LYPE, E. M. et al. Oral cancer among patients under the age of 35 years. **J Postgrad Med**, Bombay, v. 47, n. 3, p. 171-176, 2001.

PETO, J.; HOULSTON, R. S. Genetics and the common cancers. **Eur J Cancer**, Oxford, v. 37, supp. 8, p. S88-96, 2001.

PINTO, F. R. et al. Manutenção do tabagismo e etilismo em pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço: influência do tipo de tratamento oncológico empregado. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 171-176, 2011.

PORTES, L.A. Estilo de Vida e Qualidade de Vida: semelhanças e diferenças entre os conceitos. **Lifestyle J**, v. 1, n. 1: 8-10, 2011.

PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE: CÂNCER DE BOCA. Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.cromg.org.br/arquivos/cartilhacancer.pdf>. Acesso em: 20 de nov de 2015.

REZENDE, C. P. et al. Alterações da saúde bucal em portadores de câncer da boca e orofaringe. **Rev Bras Otorrinolaringol.**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 4, p. 596-600, 2008.

RAGIN, C. R. C.; TAIOLI, E. Second primary head and neck tumor risk in patients with cervical cancer--SEER data analysis. **Head Neck**, New York, v. 30, n. 1, p. 58-66, 2008.

ROSENQUIST, K. Risk factors in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: a population-based case-control study in southern Sweden. **Swed Dent J Suppl**, Malmo, n. 179, p. 1- 66, 2005.

ROTHENBERG, S. M.; ELLISEN, L. W. The molecular pathogenesis of head and neck squamous cell carcinoma. **J Clin Invest**, New York, v. 122, n. 6, p. 1951-1957, 2012.

SAPKOTA, A. et al. Dietary risk factors for squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract in central and eastern Europe. **Cancer causes control**, Oxford, v. 19, n. 10, p. 1161-1170, 2008.

SARKARIA, J. N.; HARARE, P. M. Oral tongue cancer in young adults less than 40 years of age: rationale for aggressive therapy. **Head Neck**, New York, v. 16, n. 2, 107-111, 1994.

SARNA, G.; TOMASULO, P.; LOTZ, M. J. et al. Multiple neoplasms in 2 siblings with a variant form of Fanconi's Anaemia. **Cancer**, New York, v. 36, n. 3, p. 1029-1033, 1975.

SEROLI, W.; RAPOPORT, A. Avaliação da saúde bucal no diagnóstico de pacientes com câncer bucal. **Rev bras cir cabeça pescoço**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 157-162, 2009.

SIEMIATYCKI, J. et al. Listing Occupational Carcinogens. **Environ health perspect**, Research Triangle Park, v. 112, n. 15, p. 1447-1459, 2004.

SILVERMAN Jr., S. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers: The outcomes, the trends, the challenge. **J am dent assoc**, Chicago, v. 132 (suppl.), p. 7-11, 2011.

SMITH, E. M. et al. Association between p53 and human papillomavirus in head and neck cancer survival. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**, Philadelphia, v. 17, n. 2, p. 421-427, 2008.

SOBRAL, A. P.; ALMEIDA, H. C. R.; FONTES, J. P. S. Correlação do papilomavírus humano com o carcinoma epidermoide bucal: Revisão sistemática. **Rev bras cir traumatol buco-maxilo-fac**, São Paulo, v.14, n. 2, p. 95-102, 2014.

SOMMERFELD, C. E. et al. Qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Rev bras cir cabeça pescoço**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 172-177, 2012.

VIDAL, A. K. de. Manual Prevenção Câncer de Boca. 2 ed. EDUPE: Recife/PE. Disponível em: <http://www.ead.upe.br/cancerdeboca/manual/index.html>. Acesso em: 20 de nov de 2015.

VINEIS, P. et al. Tobacco and cancer: recent epidemiological evidence. **J natl cancer inst**, Cary, v. 96, n. 2, p. 99-106, 2004.

WANEBO, H. J. et al. T-cell deficiency in patients with squamous cell cancer of the head and neck. **Am j surg**, New York, v. 130, n. 4, p. 445-451, 1975.

## APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa

### RELAÇÃO DO ESTILO DE VIDA COM O CÂNCER DE CAVIDADE BUCAL E LARINGE EM INSTITUIÇÕES DO ESPÍRITO SANTO

99 – Não sabe/Não consta no prontuário.

88- Não se aplica.

#### PARTE I – Hábitos e Estilo de Vida

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| FFFFFFFFFFFFFFFFFFFFFFFF. Nome:<br>N° Ficha:<br>_____   |                                     |
| B. Data da Admissão do Hospital (ou visita):  | ____/____/____<br> <br>D / M /<br>A |
| C. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino   | ____                                |
| D. Qual a sua Idade?  | ____ anos                           |
| E. Qual a sua data de nascimento?   | ____/____/____<br> <br>D / M / A    |
| F. Qual seu grau de escolaridade? (0) Analfabeto, (1) Ensino Fundamental Incompleto, (2) Ensino Fundamental Completo (concluiu a 8ª série), (3) Ensino Médio Completo (concluiu 3º colegial), (4) Ensino Superior Completo.   | ____                                |
| Hábito de Fumar:<br>G) Você fuma ou já fumou em média um cigarro, um charuto ou um cachimbo regularmente, durante pelo menos um ano? [Se 'Não, nunca', vá para as questões referentes a hábitos alimentares].<br>(1) Não, nunca (2) Somente no passado ou (3) Sim, ainda. | ____                                |
| Se sim ou somente no passado:<br>H) Normalmente, quantos cigarros/por dia, você fuma ou fumava?   | nº ____                             |
| I) Você fuma ou já fumou charutos? (1) Sim (2) Não  | ____                                |

|   |          |
|---|----------|
| J) Quantos charutos por dia?  | nº  __   |
| K) Idade em que começou a fumar (isto é, fumando na maioria dos dias)?  | __       |
| Somente para ex-fumantes:<br>L) Idade em que parou de fumar?  | __  anos |
| M) Você parou de fumar por que estava doente? (1) Sim (2) Não   | __       |
| N) Se você se lembrar, pode, por favor, me dizer qual era seu peso dois anos atrás?   | __  Kg   |
| O) Se você se lembrar, pode, por favor, me dizer qual era seu peso quando você tinha 30 anos?   | __  Kg   |
| P) Qual é seu peso atual?   | __  Kg   |
| Q) Qual a sua altura?   | __  cm   |
| Consumo de Bebidas:<br>R) Você ingere ou já ingeriu bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Somente no passado (3) Não, nunca.  | __       |
| S) Quantas vezes por semana você consome ou consumia bebidas alcoólicas? 0-7 (0 significa nenhuma vez na maioria das semanas)   | __       |
| T) Quantas vezes por semana você consumiu bebidas alcoólicas antes do meio dia? 0-7 (0 significa nenhuma vez na maioria das semanas)  | __       |
| Para pessoas que consomem bebidas alcoólicas atualmente ou já consumiram no passado:<br>O quanto normalmente você bebe em uma semana?<br>U) Cachaça ou outros destilados (vodca, uísque, tequila, rum, gim).<br> __  doses/semana<br>ou<br> __  garrafas/semana | __  mL   |
| O quanto normalmente você bebe em uma semana?<br>V) Vinho<br> __  taças/semana ou<br> __  garrafas/semana   | __  mL   |
| O quanto normalmente você bebe em uma semana?<br>W) Cerveja   | __  mL   |

|   |          |
|---|----------|
| <p style="text-align: center;"> __  latas/semana<br/>ou<br/> __  garrafas/semana</p>  |          |
| X) Qual foi a maior quantidade de cachaça que você já bebeu em um dia?  __  garrafas  | __  mL   |
| <p>Se você somente consumia bebidas alcoólicas no passado:<br/>Y) Há quantos anos você parou de beber?</p>  | __       |
| Z) Você parou de beber porque estava doente? (1) Sim (2) Não  | __       |
| <p>Saúde Bucal:<br/>A1) Com que frequência você escova seus dentes? (0) Nunca, (1) &lt; que uma vez por semana, (2) 1-2 vezes por semana, (3) Dia sim, dia não, (4) uma vez por dia, (5) duas vezes ao dia, (6) três vezes ao dia, (7) mas de três vezes ao dia, (8) edêntulos (não tem dentes)</p> | __       |
| B1) Que material você usa para escovar os dentes? (1) Nenhum, (2) Creme Dental (pasta de dentes), (3) Outro (especificar)  _____  | __       |
| C1) Suas gengivas sangram quando você escova os dentes? (1) Não; (2) Às vezes; (3) Sempre ou quase sempre   | __       |
| D1) Você usa próteses removíveis ("dentadura", "ponte móvel")? (1) Sim, (2) Não   | __       |
| E1) É uma prótese total (dentadura)? (1) Sim, (2) Não   | __       |
| F1) Com qual idade você começou usar dentaduras?  | __  anos |
| <p>Localização do Tumor Primário:<br/>G1) (1) Lábio<br/>(2) Base de Língua<br/>(3) Outras partes da Língua<br/>(4) Gengiva<br/>(5) Assoalho de Boca<br/>(6) Outras partes da Boca<br/>(7) Orofaringe (amígdalas e orofaringe)<br/>(8) Laringe</p>   | __       |
| H1) Classificação do Tumor Primário:  | _____    |
| <p>Tratamento Realizado:<br/>I1) (1) Somente Cirurgia - remoção do tumor</p>  | __       |

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| (2) Cirurgia + esvaziamento cervical parcial<br>(3) Cirurgia + esvaziamento cervical radical   |                               |
| J1) Data da Cirurgia   | _ _ / _ _ / _ _ <br>D / M / A |
| Tipo de Radioterapia:<br>K1) (1) Radiação Externa, (2) Braquiterapia, (3) Ambos, (4) Desconhecido, (5) Exclusivo RXT, (6) Pré-Operatório, (7) Pós-Operatório, (8) Simultâneo RXT/Quimioterapia | _ _                           |
| L1) Data que iniciou a radioterapia  | _ _ / _ _ / _ _ <br>D / M / A |
| M1) Data em que terminou a radioterapia  | _ _ / _ _ / _ _ <br>D / M / A |
| Tipo de Quimioterapia<br>N1) (1) Adjuvante (2) Neoadjuvante, (3) Outro, (4) Desconhecido.  | _ _                           |
| O1) Data que iniciou a quimioterapia:  | _ _ / _ _ / _ _ <br>D / M / A |
| P1) Data em que terminou a quimioterapia:  | _ _ / _ _ / _ _ <br>D / M / A |

## PARTE II - Hábitos e Estilo de Vida

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Q1 - (normalmente entre 6 a 18 meses após o diagnóstico inicial)<br>R1) Data da segunda Visita | _ _ / _ _ / _ _ <br>D / M / A |
| S1) Você fumou qualquer tipo de cigarro no mês passado?(1) Sim (2) Não                         | _ _                           |
| T1) Se sim (fumou no mês passado), em média, quantos cigarros por dia?                         | _ _                           |
| U1) Você já tentou parar de fumar desde o seu diagnóstico? (1) Sim (2) Não                     | _ _                           |
| V1) Se sim, Quando você parou de fumar?  | _ _ / _ _ <br>M / A           |
| Consumo de Bebida:<br>W1) Você bebe uísque/cerveja/vinho/cachaça? (1)                          | _ _                           |

|  |                              |
|--|------------------------------|
| Sim (2) Não  |                              |
| Se sim, (bebe atualmente).<br>X1) Quantas vezes por semana você consome bebidas alcólicas?   | __  vezes                    |
| Y1) Você bebe principalmente: (1) Cachaça (2) Cerveja (3) Vinho (4) Uísque (5) Vodka (6) Várias Bebidas  | __                           |
| Somente para as pessoas que não consomem bebidas alcólicas:<br>Z1) Você já consumiu bebidas alcólicas, de forma rotineira? (1) Sim (2) Não<br>(isto é, consumiu bebidas alcólicas quase todos os dias, durante pelo menos 1 ano) | __                           |
| A2) Há quantos anos parou de consumir bebidas alcólicas?   | __                           |
| B2) Você parou porque estava doente?  __ <br>(1) Sim (2) Não   | __                           |
| <u>Acompanhamento Clínico F1 (normalmente entre 6 a 18 meses após o diagnóstico):</u><br><br>C2) Estado Vital: (1) Vivo, (2) Morto, (3) Perdido  | __                           |
| D2) Seguimento (acompanhamento)<br>Última data conhecida por estar vivo:   | __ / __ / ____ <br>D / M / A |
| <u>Para todos os pacientes:</u> tratamentos adicionais (segunda linha) após o tratamento inicial até F1:<br><br>E2) Cirurgia. (1) Sim (2) Não  | __                           |
| F2) Radioterapia. (1) Sim (2) Não  | __                           |
| G2) Quimioterapia. (1) Sim (2) Não   | __                           |

**APÊNDICE B – Carta à Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC)**

UNIVERSIADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Vitória, 25 de junho de 2014.

À Instituição AFECC- Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer.

Vimos através deste, encaminha a V. Sa, o nosso projeto de pesquisa intitulada **“Análise do estilo de vida, uso de álcool e tabaco em pacientes com câncer de cavidade bucal e laringe em Instituições da Grande Vitória”** para apreciação desta instituição, e posterior emissão do Termo de Consentimento Institucional, para realizarmos a coleta de dados a ser realizada no Programa de Pós – Graduação em Clínica Odontológica, da Universidade Federal do Espírito Santo, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Raquel Baroni de Carvalho.

Ressaltamos ainda, que os dados serão tratados dentro do rigor ético, com fins científicos, sendo resguardado o sigilo das informações e o compartilhamento dos resultados da pesquisa com este órgão/instituição após a sua aprovação.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Raquel Baroni de Carvalho.

Pesquisador(a): Helenita Almeida Mameri

Telefones para contato: (27) 999018767

# APÊNDICE C – Cartilha

**SESA/ Programa de Prevenção e Detecção Precoce de Câncer de boca.**

**Câncer em cavidade bucal, faringe e laringe.**

## O QUE SE DEVE SABER PARA PREVENIR?

PPGCO / HSR / AFECC

Banco de imagens

Material educativo elaborado a partir da dissertação "RELAÇÃO ENTRE O TABAGISMO E O ETILISMO E O CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS NA REGIAO DE CABECA E PESCOGO EM PACIENTES USUÁRIOS DO SUS NO ESPÍRITO SANTO", desenvolvido pela cirurgã dentista Helêntia Almeida Mameri, sob a orientação da Profa. Dra. Raquel Baroni de Carvalho, no Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica.

Designer: Renata Rodrigues Nunes E Silva

Equipe do Programa de Prevenção e Detecção Precoce de Câncer de Boca do HSR/SESA-ES:

- Dra. Helêntia Almeida Mameri
- Dr. José Roberto de Podestá
- Dra. Solange Amigo Guimarães

Referências consultadas:

HASHIBE, M. et al. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the INHANCE consortium. *Cancer epidemiol biomark prev*. Philadelphia, v. 18, n. 2, p. 541-550, 2009.

ROSENQUIST, K. Risk factors in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: a population-based case-control study in southern Sweden. *Swed Dent J Suppl*. Malmö, n. 179, p. 1-66, 2005.

SARKOTA, A. et al. Dietary risk factors for squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract in central and eastern Europe. *Cancer causes control*. Oxford, v. 19, n. 10, p. 1161-1170, 2008.

1. Carcinoma epidermóide; câncer bucal mais comum

2. Leucoplasia e Estomatite Nicotínica

3 e 4. Leucoplasia

5. Leucoeritroplasia

6 e 7. Eritroplasia

8 e 9. Papiloma

Acervo do Programa de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Boca/AFecc/HSR

**Caso observe alguma alteração, procure um cirurgião-dentista que o examinará e fará o diagnóstico correto**

# O que é?

**O CÂNCER É UM TUMOR MALIGNO. QUANDO ACOMETE A REGIÃO DA CAVIDADE BUCAL, FARINGE OU LARINGE GERALMENTE ESTÁ RELACIONADO COM ALGUM HÁBITO NOCIVO A SAÚDE.**

## Fatores de risco

### Não fume.

Este hábito prejudica a sua saúde. O cigarro pode causar câncer em vários órgãos. Ele é o principal causador de câncer na boca, faringe e laringe;

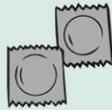


**Evite consumir bebidas alcoólicas** (principalmente cachaça, vodka e whisky);

Vá ao dentista regularmente e faça o autoexame.



Use preservativo, mesmo durante o sexo oral (o HPV, vírus causador de doença sexualmente transmissível pode causar câncer na garganta);



Escove seus dentes e use fio dental regularmente;



Consuma frutas, verduras e legumes e pratique atividade física regularmente;



Evite exposição prolongada ao sol. Use chapéus de aba larga e protetor labial;



Ao entrar em contato com agrotóxicos previna-se usando máscaras protetoras;



Não use próteses ou restaurações que machuquem;

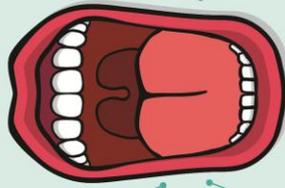


## Conheça-se

REALIZE O AUTO-EXAME MENSALMENTE.

IMPORTANTE: NA FASE INICIAL, GERALMENTE O CÂNCER NÃO CAUSA DOR OU DESCONFORTO

## O que procurar:



MANCHAS VERMELHAS

MANCHAS BRANCAS

"CAROCÕES"

FERRUGAS

AFTAS QUE PERSISTEM POR MAIS DE 15 DIAS.

## Autoexame: examine a sua boca

Diante do espelho, procure em seu rosto algum sinal diferente. Tire dentaduras e pontes antes do exame.



Olhe seus lábios por fora e por dentro até a gengiva e bochechas.



Abra a boca e, com ajuda dos dedos, afaste a bochecha e verifique se há alguma lesão. Repita do outro lado.



Coloque a língua para fora, observe a parte de cima e sua garganta. Pegue a língua com um pano ou gaze, puxe-a para os dois lados e olhe as laterais. Coloque a língua no céu da boca e examine a parte de baixo.

Por fim, examine seu pescoço. Apalpe dos dois lados procurando "carocinhos ou lúgulas".



## **ANEXO 1–Termo de consentimento livre e esclarecedor para controles**

### **INTRODUÇÃO**

Você está sendo convidado a participar de um estudo para investigar fatores ambientais e seus efeitos sobre a saúde das pessoas. O estudo está sendo conduzido pelo **Programa de Prevenção e Detecção Precoce de Câncer de Boca HSRC/SESA (Hospital Santa Rita de Cássia– Secretaria Estadual de Saúde/ES** e pela Agência Internacional para Pesquisa em Câncer. Sua participação neste estudo é voluntária. Você pode se recusar a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento, sem que isso afete o tratamento médico que você está recebendo. Por favor, leia cuidadosamente este formulário de consentimento e esclareça com o coordenador da pesquisa no hospital quaisquer dúvidas que você possa ter sobre o estudo antes de assinar este termo.

### **EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS**

Se você concordar em participar deste estudo, será solicitado que você faça uma entrevista e forneça amostra de sangue. Além disso, nós pediremos sua permissão para coletar informações relevantes do seu prontuário médico. Se você decidir não responder, seja a uma questão específica ou a todas as informações, não sofrerá nenhuma penalidade. Você pode participar da entrevista, mas se recusar a fornecer as amostras biológicas (sangue).

#### **Questionário:**

Um entrevistador virá aplicar o questionário enquanto você estiver no hospital. A entrevista tem a duração de aproximadamente uma hora e consiste de questões relacionadas a hábitos, estilo de vida, ambiente e saúde.

#### **Coleta de sangue e amostras biológicas:**

Será solicitado que você doe uma única amostra de sangue. Uma enfermeira treinada retirará aproximadamente 10 ml de sangue de uma veia do seu braço, da maneira habitual.

## **ANÁLISE DAS AMOSTRAS BIOLÓGICAS**

A amostra de sangue será enviada a laboratórios para análise das características genéticas e celulares. Concordando com este estudo você estará autorizando que esta amostra seja armazenada por um período de 05 anos, podendo ser solicitada prorrogação deste prazo, para ser utilizada em investigações futuras. Toda nova pesquisa a ser realizada utilizando esta amostra deverá ser submetida à nova aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

## **NOTIFICAÇÃO, CUSTO E COMPENSAÇÃO**

A amostra biológica obtida será utilizada apenas para fins de investigação. Qualquer material que não seja imediatamente utilizado permanecerá armazenado. Você tem o direito de saber, a qualquer momento, dos resultados de exames realizados em sua amostra biológica, tendo ou não aplicabilidade clínica. Não haverá nenhum custo financeiro para você participar deste estudo e não há nenhuma compensação ou pagamento pelo preenchimento do questionário e fornecimento das amostras biológicas.

## **DESCONFORTO E RISCOS POTENCIAIS**

Durante a coleta do sangue, você pode sentir um pouco de dor ou apresentar um hematoma (mancha roxa) no braço, no local onde for inserida a agulha. É possível, mas não provável, que você apresente inchaço ou sangramento no local da punção. Pode também ocorrer um mal-estar relacionado a agulhas. É improvável que ocorram danos físicos a partir da coleta de sangue. Se estes danos ocorrerem, você será imediatamente tratado pelos profissionais do hospital.

## **BENEFÍCIOS POTENCIAIS**

Ao participar desta pesquisa, você será orientado sobre hábitos e estilo de vida que poderão contribuir para a prevenção e detecção de câncer de boca através de orientação especializada pelos médicos e cirurgiões-dentistas da equipe. Sua participação é muito importante para o sucesso desta pesquisa e também poderá trazer benefício às gerações futuras.

## **GARANTIA DA CONFIDENCIALIDADE**

Será realizada a codificação de todo material e informação obtida, objetivando garantir o sigilo e o respeito à confidencialidade. As informações serão usadas apenas para fins científicos, em conformidade com a legislação do Brasil. Ninguém, exceto os membros da equipe de pesquisa, terá acesso às suas respostas e aos resultados de testes. Seu empregador (patrão) não terá acesso a quaisquer resultados ou informações que você nos fornecer. As amostras biológicas não serão etiquetadas com o seu nome. Seu nome não será divulgado em nenhum relatório ou trabalho científico.

## **DIREITO A SE RETIRAR DO ESTUDO**

Você pode se recusar a participar e/ou retirar o seu consentimento e interromper a participação a qualquer momento, sem nenhuma penalização ou perda de algum benefício que tenha recebido anteriormente. Se você inicialmente decidir dar seu consentimento para o armazenamento das amostras biológicas para pesquisas futuras, mas depois mudar de ideia e enviar notificação por escrito para o coordenador da pesquisa do Programa de Prevenção e Detecção Precoce de Câncer de Boca HSRC/SESA (Hospital Santa Rita de Cássia– Secretaria Estadual de Saúde/ES, todos os remanescentes das suas amostras biológicas serão então destruídos. A sua decisão sobre esse assunto não afetará o seu tratamento médico ou seu emprego.

## **CERTIFICAÇÃO**

Eu li a explicação sobre o estudo e tive a oportunidade de discutir e esclarecer minhas dúvidas. Ao concordar em participar deste estudo, eu não renuncio a nenhum direito que possa ser relativo ao acesso e divulgação dos meus dados. Eu concordo em participar das partes do estudo onde está assinalado “sim” e recuso-me a participar das partes do estudo onde está assinalado “não”. Declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento.

SIM NÃO Parte do estudo

-----  
Assinatura do Participante Data

-----  
Assinatura da testemunha Data

-----  
Nome do Participante

-----  
Nome da testemunha

Nome e assinatura do Pesquisador

Responsável \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

-----

Nós agradecemos a sua colaboração nesse importante projeto de pesquisa. Se você tiver dúvidas sobre este estudo, você pode telefonar para o Dr. José Roberto Vasconcelos de Podestá; coordenador do Programa de Prevenção e Detecção Precoce de Câncer de Boca HSRC/SESA, no telefone (27) 3334-8383 ou você pode escrever-lhe, no seguinte endereço: Hospital Santa Rita de Cássia -Programa de Prevenção e Detecção Precoce de Câncer de Boca. Av Marechal Campos, s/nº Maruípe-Vitória ES CEP 29041091.

**ANEXO 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CIAS UNIMED/VITÓRIA) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)**



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde

IPAR - Ministério da Saúde  
Registro Número:  
25000. 200759/2011-82  
36111113  
②

Ofício Circular nº. 158/2011/CONEP/CNS/MS

Brasília, 16 de novembro de 2011.

A(o) Senhor(a):

Renata de Bastos Ascenço Soares  
Coordenador (a) do Comitê de Ética em Pesquisa  
Associação de Combate ao Câncer em Goiás - Instituto de Ensino e Pesquisa  
Rua 239, nº 181 - 3º andar - corredor 3B - Setor Universitário  
74.605-070 - Goiânia-GO

Assunto: Encaminhamento de Parecer 681/11. REG.CONEP 16.525.

Senhor (a) Coordenador (a),

CEP - CIAS  
PROTOCOLO: 318/2011  
DATA: 23 NOV 2011

1. Encaminhamos, em anexo, o (s) Parecer (es) nº 681/2011, referente ao Protocolo de Pesquisa Registro CONEP nº 16.525 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, referente(s) a (os) projeto(s) de pesquisa acompanhada(s) por este Comitê.

Atenciosamente,

  
ROZÂNGELA FERNANDES CAMAPUM  
SECRETÁRIA-EXECUTIVA DO  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Cónt. Parecer CONEP nº. 681/2011

**Situação: Protocolo aprovado com recomendação.**

**OBS:** No Brasil, além do centro em tela, está prevista a participação dos seguintes centros: Hospital do Câncer de Barretos/SP (Dr. André Lopes Carvalho/CEP do Hospital Câncer Barretos); Hospital Erasto Gaertner/PR (Dr. Gyl Henrique Albrecht Ramos e Dra. Paola Pedruzzi/CEP do Hospital Erasto Gaertner); Hospital A C Camargo/SP (Dr. Luiz Paulo Kowalski e Dr. Mauro Kasuo Ikeda/CEP do Hospital do Câncer - A C Camargo/SP); Associação de Combate ao Câncer em Goiás/Hospital Araújo Jorge/GO (Dr. José Carlos de Oliveira e Dr. Maria Paula Curado/Comitê de Ética do Hospital Araújo); Departamento de Otorrinolaringologia UFGO Goiânia/GO (Dr. Claudinei Cândido Costa/CEP do HC da UFG); Faculdade de Medicina do ABC/SP (Dra. Jossi Ledo Kanda/CEP NÃO INFORMADO); Liga Norte-Rio-Grandense Contra o Câncer/RN (Dr. Ricardo José Curioso da Silva e Dr. Luis Eduardo Barbalho de Melo /CEP da Liga Norte-Rio-Grandense Contra o Câncer); Instituto do Câncer do Ceará/CE (Dr. Eric Fernandes de Souza/CEP NÃO INFORMADO); FCECON - Fundação Centro Controle de Oncologia/AM (Dr. Marco Antonio Cruz Rocha e Dr. Jeferson Moreira de Medeiros/CEP NÃO INFORMADO); Hospital Heliópolis/SP (Dr. Carlos Neutzling Lehn/CEP NÃO INFORMADO); Hospital Santa Rita/AFECC - Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer/ES (Dr. Jose Roberto Vasconcelos de Podesta/Comitê de Ética em Pesquisa - CIAS); Pontifícia Universidade Católica de Campinas/SP (Dr. José Francisco de Sales Chagas e Dr. Maria Beatriz Nogueira Pascoal/CEP da PUC Campinas); Hospital Universitário/UnB (Dr. Luiz Augusto Nascimento e Dr. Juliano de Padua Nakashima/Comitê de ética em Pesquisa - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde); Instituto Nacional do Câncer - INCA/RJ (Dr. Fernando Luiz Dias, Dr. Roberto Araujo Lima e Dra. Isabella Costa Santos/Comitê de Ética e Pesquisa do INCA); Instituto Brasileiro de Controle do Câncer/SP (Dra. Adriana Sonderman, Dr. André Bandiera de Oliveira Santos e Dr. Fabio Roberto Pinto/CEP do BCC - Instituto Brasileiro de Controle do Câncer); Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP/SP (Dr. Lenine Garcia Brandão/CEP NÃO INFORMADO); Hospital Amaral Carvalho FUNDAÇÃO AMARAL CARVALHO/SP (José Getulio Segalla/Comitê de Ética em Pesquisa Fundação Hospital Amaral Carvalho) e Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP/SP (Prof. Dr. Marcos B. Paiva/Comitê de Ética em Pesquisa).

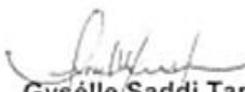
Caso ocorra modificação nessa informação, o CEP do 1º Centro deve ser informado para comunicação à CONEP. O CEP deve enviar cópia dessa comunicação para o pesquisador responsável do seu Centro. Ressalta-se que os centros que não possuem Comitês de Ética em Pesquisa - CEP, devem solicitar a CONEP a indicação de um CEP para a análise do projeto.

**NOTA:** Caso na execução do protocolo, em um determinado Centro, haja parceria de instituições no recrutamento e/ou atendimento de sujeitos de pesquisa, solicita-se ao CEP correspondente que observe cuidadosamente os seguintes aspectos, conforme exigências éticas explicitadas nos itens III.3.i, V.5, VI.2.h, VI.2.i, VI.3.d e VI.3.g da Resolução CNS 196/96 e item IV.1.m da Resolução CNS nº 251/97, com vistas à garantia da assistência ao sujeito da pesquisa, sem prejuízo ao Sistema Único de Saúde:

- 1) formas de recrutamento e referência de sujeitos de pesquisa; se serão pacientes do SUS e ou particulares; em que instituição estão registrados, ou seja, qual instituição assume as responsabilidades inerentes à "Instituição de Pesquisa";
- 2) descrição da infra-estrutura disponível para a realização da pesquisa;
- 3) vínculos do pesquisador;
- 4) anuência assinada pela diretoria técnica de instituições parceiras, para assistência dos sujeitos de pesquisa, quando for o caso, com apresentação de convênios ou outras relações envolvendo pessoas jurídicas;

Ressalta-se que, havendo envolvimento do SUS em parcerias com instituições privadas, a avaliação desse aspecto extrapola as atribuições do Sistema CEPs-CONEP, devendo o pesquisador e o responsável pela instituição buscar a manifestação do Poder Público Correlato (estadual ou municipal), por meio da respectiva Assessoria Jurídica, em cumprimento à Lei Orgânica da Saúde 8080/91.

Brasília, 25 de outubro de 2011.

  
**Gyselle Saddi Tannous**  
 Coordenadora da CONEP/CNS/MS