



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

BIANCA MENDES HÓSTIO

**CÂNCER ORAL E DESORDENS COM POTENCIAL DE MALIGNIZAÇÃO:
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA**

**CAMPINA GRANDE-PB
2017**

BIANCA MENDES HÓSTIO

**CÂNCER ORAL E DESORDENS COM POTENCIAL DE MALIGNIZAÇÃO:
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharelado em odontologia, sob a orientação da Profa. Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes.

**CAMPINA GRANDE-PB
2017**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

H873c Hóstio, Bianca Mendes.

Câncer oral e desordens com potencial de malignização
[manuscrito] : análise epidemiológica e clínica / Bianca Mendes
Hóstio. - 2017.
38 p. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas
e da Saúde, 2017.

"Orientação: Profa. Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes,
Departamento de Odontologia".

1. Epidemiologia. 2. Câncer oral. 3. Mucosa oral. 4. Saúde
bucal. I. Título.

21. ed. CDD 616.994 2


BIANCA MENDES HÓSTIO

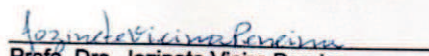
CÂNCER ORAL E DESORDENS COM POTENCIAL DE MALIGNIZAÇÃO:
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA

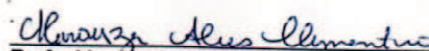
Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharelado em odontologia, sob a orientação da Profa. Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes.

Aprovado em: 11/04/2017.

BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Profá. Dra. Jozinete Vieira Pereira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Profa. Ma. Marayza Alves Clementino
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais, pela paciência, por sempre estarem presentes, por não medirem esforços para que minha educação fosse a melhor possível, e por serem exemplos para mim,
DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter traçado meu caminho da melhor maneira para que eu pudesse chegar até esse momento da minha vida e por ter proporcionado momentos incríveis com pessoas maravilhasas ao longo do curso.

Ao meu pai, **Manoel Hóstio Filho**, por ter me garantido a melhor educação, por ter me aconselhado e me guiado durante toda minha vida estudantil.

A minha mãe, **Eudénice Mendes Hóstio**, minha grande incentivadora e defensora, por não ter saído do meu lado em momento algum, pelo amor e enorme paciência.

As minhas irmãs, **Luanna Mayara e Mylena Mendes Hóstio**, por estarem sempre presentes, torcerem pelo meu sucesso e por serem a certeza de que nunca estarei só.

À professora **Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes**, por ter me acolhido como orientanda, pela confiança, tempo empregado e orientação impecável.

Aos meus familiares, em especial meus avós, **Manoel Braz** (*in memoriam*), **Severina Inácia, Serverino Mendes e Lindaura Pereira**; e minhas tias, **Vera Lúcia das Neves e Eurenildes Mendes**, por estarem sempre presentes e por serem preciosas fontes de ensinamento.

A minha dupla de clínica, **Diego Filipe Bezerra Silva**, por ter sido o melhor durante esses anos, pelas ajudas, dicas, encorajamentos ao longo do curso, por ter me escolhido mesmo sem me conhecer, ter escutado meus desabafos, medos e inseguranças e ter tido a paciência de estar comigo até o final.

A minha amiga, **Thayná Pinto da Costa Luna**, por ter encarado comigo a grande responsabilidade de fazer cada passo desse projeto e por ter tornado esse trabalho uma tarefa mais fácil com sua companhia, conselhos e risadas.

A um dos grandes talentos da minha turma de graduação, **Ítalo Macedo Bernardino**, além de ter sido um presidente de sala exemplo, também pela incrível ajuda no decorrer da elaboração da pesquisa. Você foi peça importante e imprescindível!

Aos meus professores, pela imensa contribuição na minha vida profissional, pelos ensinamentos passados, experiências trocadas e pela grande maioria serem exemplos de mestres e doutores. Continuem motivando se alunos e aumentando o nível da Odontologia em nosso país.

Ao meu grande incentivador, **Tiago de Oliveira Lira**, pela paciência, carinho, companherismo e apoio incondicional.

As minhas amigas e grandes presentes desses anos de universidade, **Cinthy Sarmiento, Mariana Moura, Priscilla Guimarães, Arella Muniz, Laíza Rocha**. Muito obrigada pelos momentos compartilhados, pela companhia e por ter feito a minha graduação mais leve.

“Que Deus, que nos dá essa esperança, encha vocês de alegria e de paz, por meio da fé que vocês têm nele, a fim de que a esperança de vocês aumente pelo poder do Espírito Santo. ”

Romanos 15:13 Bíblia

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCPM	Desordem com Potencial de Malignização
LINCCO	Liga Interdisciplinar de Combate ao Câncer Oral
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
CO	Câncer Oral
CCE	Carcinoma de Células Escamosas
SUS	Sistema Único de Saúde
HPV	Papiloma Vírus Humano
QAC	Queilite actínica
ERI	Eritroplasia
LEU	Leucoplasia
CMU	Carcinoma mucoepidermoide
CAC	Carcinoma adenoide cístico
CAV	Carcinoma verrucoso
CMI	Carcinoma mioepitelial
MMD	Melanoma maligno desmoplásico
LAS	Lábio superior
LAI	Lábio inferior
GRA	Gengiva ou rebordo alveolar
PAL	Palato
ASS	Assoalho oral
MJU	Mucosa jugal
LIN	Língua
COL	Comissura labial
RP	Razão de prevalência
IC	Intervalo de confiança
OMS	Organização Mundial de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos participantes de acordo com as características sociodemográficas, econômicas, relato de tabagismo e etilismo.....	16
Tabela 2	Distribuição dos participantes de acordo com o diagnóstico e localização da lesão, alterações nas cadeias linfáticas e relato de antecedentes familiares para lesões malignas.....	17
Tabela 3	Tabulação cruzada entre o diagnóstico e localização das lesões com potencial de malignização e lesões malignas.....	18
Tabela 4	Análise comparativa entre o tipo de lesão e as características sociodemográficas, econômicas, relato de tabagismo e etilismo.....	18
Tabela 5	Análise de regressão de Poisson univariada e multivariada para a ocorrência de lesões malignas de acordo com os fatores investigados.....	20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 METODOLOGIA	13
2.1 Delineamento do Estudo	13
2.2 Posicionamento Ético da Pesquisa	13
2.3 Local de Realização do Estudo	13
2.4 População de Estudo	13
2.5 Critérios de Elegibilidade	14
2.6 Estudo Piloto	14
2.7 Coleta de Dados	14
2.8 Análise de Dados	14
3 RESULTADOS	15
4 DISCUSSÃO	21
5 CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICE A – FICHA PARA COLETA DE DADOS	
ANEXO A – PRONTUÁRIOS DA CLÍNICA DA LINCCO	
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	

CÂNCER ORAL E DESORDENS COM POTENCIAL DE MALIGNIZAÇÃO: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA

Bianca Mendes Hóstio*

RESUMO

O estudo analisou epidemiológica e clinicamente prontuários de pacientes portadores de câncer oral e desordens com potencial de malignização. Foi um estudo transversal, exploratório, feito por meio da técnica da observação indireta. Utilizou-se prontuários preenchidos, entre 2005 e 2016, de pacientes atendidos em uma Clínica de Prevenção e Diagnóstico Precoce de Câncer Oral. Analisou-se 631 prontuários: 37 apresentaram câncer oral e 85, desordens com potencial de malignização. Análises estatísticas descritivas, bivariadas e multivariadas por meio da regressão de Poisson foram realizadas. A maioria era do sexo masculino (60,7%), na 5ª (22,0%) e 6ª (23,7%) décadas de vida, branco (58,6%), trabalhador assalariado (47,0%), sem escolaridade (56,2%) e com baixa renda (58,5%). O relato de tabagismo e etilismo foram, respectivamente, 27,0% e 27,9%. As lesões mais prevalentes foram a queilite actínica (48,4%) e o Carcinoma de Células Escamosas (CCE) (23,8%). A região anatômica mais afetada correspondeu ao lábio inferior (45,1%). Os casos de queilite Actínica foram mais comuns na região de lábio inferior (81,4%), e os de CCE acometeram principalmente a região de língua (44,8%) e assoalho oral (20,7%). Entre as pessoas tabagistas, a frequência de câncer oral foi significativamente maior (54,5%). Concluiu-se que a maioria dos pacientes eram homens, na 5ª ou 6ª década de vida, branco, trabalhador assalariado, sem escolaridade e com baixa renda. Queilite actínica e CCE foram as lesões mais prevalentes, e a região mais afetada correspondeu ao lábio inferior. A queilite Actínica foi mais comum em lábio inferior e CCE em língua e assoalho oral. Constatou-se que o fator associado à ocorrência de câncer oral foi o tabagismo. Por fim, os resultados demonstraram a importância no diagnóstico precoce de DCPM a fim de evitar que o paciente desenvolva futuramente um câncer oral.

Palavras-Chave: Epidemiologia. Câncer Oral. Mucosa Oral. Saúde Bucal.

1 INTRODUÇÃO

A palavra câncer é utilizada para simbolizar um grupo de mais de 100 doenças, englobando neoplasias malignas de diferentes localizações. Desde 2003 é a 2ª maior causa de morte dos brasileiros, com 17% dos óbitos registrados por causas conhecidas. São 26 neoplasias malignas estudadas, sendo o câncer oral (CO) o 15º em incidência no mundo (BRASIL, 2010). A partir da Epidemiologia, obteve-se o

* Aluna de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: biancamendeshostio@outlook.com

conhecimento de que o câncer oral é uma doença de alta incidência no mundo, considerada como problema de saúde pública e, que a prevenção e o diagnóstico precoce constituem as melhores formas de reverter esse quadro (MARTINS et al, 2008, FURTADO et al, 2012). Estimaram-se, para o Brasil no ano de 2016, 11.140 casos de câncer da cavidade oral em homens e 4.350 em mulheres. Tais valores equivalem a um risco estimado de 11,27 casos novos a cada 100 mil homens e 4,21 a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2016).

O Carcinoma de Células Escamosas (CCE) representa 95% dos casos de CO que ocorrem na mucosa oral e, 8% das que acometem o sexo masculino no Brasil (MARTINS et al, 2008). Apenas 15% dos casos ocorrem com diagnóstico nos estágios iniciais da doença e, aproximadamente, 50% dos pacientes já chegam aos centros de tratamento com metástases no momento do diagnóstico (MARTINS et al, 2008). Este fato reforça a importância da identificação das Desordens com Potencial de Malignização (DCPM) com a finalidade de aumentar os índices de diagnósticos de lesões ainda iniciais (MARTINS et al, 2008).

Hábitos nocivos como etilismo, tabagismo, exposição frequente ao sol, além de infecções orais por HPV (Papiloma vírus humano), por exemplo, são fatores predisponentes ao CO. Andrade, Santos e Oliveira (2015) realizaram um estudo constituído por 381 pacientes atendidos no Centro de Referência de Lesões Bucais, que pertence à Universidade Estadual de Feira de Santana e objetivou conhecer a associação entre fatores como idade, sexo, cor da pele, ocupação, nível de escolaridade, situação conjugal, local de residência, tabagismo, etilismo e o câncer de boca e concluíram que tabagismo e etilismo são os fatores mais importantes para o desenvolvimento do desta doença.

É importante destacar também que as DCPM têm a capacidade de progredir para um câncer oral, dependendo dos estímulos que recebem, porém não há previsão de tempo nem confirmação de que esse processo ocorrerá (FLORÊNCIO; SILVA; SILVA, 2011). Dentre elas, destacam-se a leucoplasia, eritroplasia, queilite actínica e fibrose submucosa (SILVEIRA et al, 2009). Esta última ocorre principalmente na Índia e nos países do sudeste asiático (AHMAD; ALI; ALI;

CHAUBEY, 2006). Maia et al (2016) realizaram um estudo, que verificou a incidência das DCPM no serviço de Diagnóstico Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Dos 340 pacientes 31,2% apresentaram DCPM, a maioria era do sexo masculino, entre 51-60 anos de idade e da cor branca. A lesão mais frequente foi a queilite actínica e o localizaçã o mais acometido foi o lábio inferior. Foi constatada a correlaçã o entre a ocorrênci a de eritroplasia, leucoplasia e eritroleucoplasia com o hábito de fumar, e entre a queilite actínica com a exposiçã o solar. A eritroleucoplasia foi a lesã o que demonstrou maior grau de malignizaçã o neste estudo.

A leucoplasia é a DCPM mais prevalente da cavidade oral e pode ser definida segundo a Organizaçã o Mundial de Saúde (OMS), como placa predominantemente branca, nã o removível à raspagem e que nã o pode ser classificada clínic a ou patologicamente como outra doenç a (WARNAKULASURIYA et al, 2007). Já a eritroplasia é uma lesã o rara, caracterizada como uma mancha vermelha que nã o pode ser clínic a ou patologicamente diagnosticada como qualquer outra condiçã o (VAN DER WAAL, 2010). A queilite actínica pode ser causada pela exposiçã o crônic a a radiaçã o solar, que frequentemente acomete o lábio inferior de pessoas de pele clara e na idade adulta. (LUIZA et al, 2015). Estudos relatam que a taxa de transformaçã o maligna da leucoplasia, eritroplasia e queilite actínica sã o de um a 5%, 14% a 50% e 16,9%, respectivamente. (VAN DER WAAL, 2010, WOO et al, 2014, CALCAIANU et al, 2015).

Considerando a importânci a dos estudos epidemiolôgic os, do diagnôstic o precoce para o CO e a constataçã o de sua elevada incidênci a no Brasil, o presente estudo objetivou fazer uma análise epidemiolôgic a e clínic a do cânc er oral e das desordens com potencial de malignizaçã o, por meio de prontuários preenchidos entre 2005 e 2016, de pacientes atendidos na clínic a da Liga Interdisciplinar de Combate ao Cânc er Oral (LINCCO), da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

2 METODOLOGIA

2.1 Delineamento do Estudo

Tratou-se de um estudo transversal, exploratório, feito por meio da técnica da observação indireta, utilizando dados secundários.

2.2 Posicionamento Ético da Pesquisa

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UEPB e aprovado (Anexo B). Consta anexado em cada prontuário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pacientes durante o atendimento na LINCCO como anuência para a participação dos mesmos em pesquisas científicas (Anexo C).

2.3 Local de Realização do Estudo

A pesquisa foi realizada na clínica da LINCCO no Departamento de Odontologia da UEPB, no município de Campina Grande, localizado no interior do estado da Paraíba. Esta clínica destaca-se desde 2005, por oferecer, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento, preservação de lesões que acometem a cavidade oral e o complexo maxilomandibular e auxiliar na orientação, educação, pesquisa e intercâmbio com outros centros. Com isso, desempenha papel importante na população de Campina Grande e municípios circunvizinhos. O programa atende aos indivíduos que procuram a clínica para tratamento e incentiva métodos promocionais e preventivos de saúde que viabilizam a diminuição de incidência e/ou evolução de determinadas lesões.

2.4 População de Estudo

O universo foi compreendido por 631 prontuários de pacientes atendidos na clínica da LINCCO, e a amostra foi composta por 122 prontuários de pacientes que apresentaram câncer oral ou desordens com potencial de malignização.

2.5 Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos, neste estudo, os prontuários registrados entre o primeiro semestre de 2005 e o primeiro semestre de 2016. Foram excluídos os prontuários que não possuíam laudo histopatológico, quando esse fosse necessário para confirmação do diagnóstico final; não apresentavam informações consistentes/compreensíveis.

2.6 Estudo Piloto

Anteriormente à coleta de dados, foi executado um estudo piloto objetivando testar a metodologia proposta; verificar a aplicabilidade das fichas e a padronização da forma de interpretar as informações disponíveis nos prontuários. Dois pesquisadores foram calibrados para executar com precisão tal tarefa e realizaram a coleta de dados, composta por 20 prontuários escolhidos aleatoriamente. A partir disso, foram feitas modificações para melhor adaptação à proposta do estudo. Os prontuários incluídos no estudo piloto não foram incluídos na amostra.

2.7 Coleta de Dados

A coleta de dados desenvolveu-se em única etapa, por meio do preenchimento de fichas exclusivamente elaboradas para tal (Apêndice A), com intuito de abranger as variáveis pré-estabelecidas, baseando-se nos prontuários da clínica da LINCCO (Anexo A).

2.8 Análise de Dados

Inicialmente, realizou-se a análise estatística descritiva objetivando caracterizar a amostra. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais de todas as variáveis investigadas. Em seguida, empregou-se o teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher quando apropriado para identificar possíveis associações entre a variável dependente (tipo de lesão) e as variáveis independentes (características sociodemográficas, econômicas, relato de tabagismo

e etilismo). Posteriormente, análises de regressão de Poisson univariada e multivariada foram conduzidas para determinar os fatores associados à ocorrência de câncer oral. Variáveis independentes com $p < 0,20$ ou que possuíam relevância epidemiológica foram incorporadas na análise multivariada. Apenas as variáveis com $p < 0,05$ permaneceram no modelo final. A razão de prevalência não ajustada (RP) foi calculada para a análise univariada, e a RP ajustada foi calculada para a análise multivariada. Para averiguar a validade do modelo, foram realizados o *Omnibus test* e análise de resíduos (HAIR et al, 2009). Todas as suposições do modelo foram satisfeitas. Todas as análises foram feitas usando o *software* IBM SPSS Statistics versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

3 RESULTADOS

Durante o período analisado, entre os anos de 2005 e 2016, dos prontuários avaliados 19,3% ($n = 122$) possuíam algum tipo de CO ou DCPM. A Tabela 1 mostra a distribuição dos participantes de acordo com as características sociodemográficas, econômicas, relato de tabagismo e etilismo. A maioria era do sexo masculino (60,7%); na quinta (22,0%) ou sexta (23,7%) década de vida; branco (58,6%); trabalhador assalariado (47,0%); sem escolaridade (56,2%) e com baixa renda (58,5%). O relato de tabagismo e etilismo foram, respectivamente, 27,0% e 27,9%.

Tabela 1. Distribuição dos participantes de acordo com as características sociodemográficas, econômicas, relato de tabagismo e etilismo.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	48	39,3
Masculino	74	60,7
Faixa etária		
≤ 29 anos	6	5,1
30-39 anos	15	12,7
40-49 anos	16	13,6
50-59 anos	26	22,0
60-69 anos	28	23,7
70-79 anos	20	16,9
≥ 80 anos	7	5,9
Cor autodeclarada		
Branco	58	58,6
Não branco	41	41,4
Ocupação		
Não trabalha	11	11,0
Autônomo	42	42,0
Assalariado	47	47,0
Escolaridade		
Sem escolaridade	41	56,2
≤ 8 anos de estudo	14	19,2
> 8 anos de estudo	18	24,7
Renda familiar		
1 salário mínimo	48	58,5
2 salários mínimos	22	26,8
≥ 3 salários mínimos	12	14,6
Tabagista		
Sim	33	27,0
Não	89	73,0
Ex-tabagista		
Sim	37	30,3
Não	85	69,7
Etilista		
Sim	34	27,9
Não	88	72,1
Ex-etilista		
Sim	8	6,6
Não	114	93,4

Na Tabela 2, destaca-se a distribuição dos participantes de acordo com o diagnóstico e localização da lesão, alterações nas cadeias linfáticas e relato de antecedentes familiares para o CO. A queilite actínica (48,4%) e o CCE (23,8%) foram as lesões mais prevalentes. A região anatômica mais afetada correspondeu ao lábio inferior (45,1%).

Tabela 2. Distribuição dos participantes de acordo com o diagnóstico e localização da lesão, alterações nas cadeias linfáticas e relato de antecedentes familiares para lesões malignas.

Variáveis	n	%
Diagnóstico		
Desordem com potencial de malignização	85	69,7
Câncer Oral	37	30,3
Classificação da lesão		
Queilite actínica	59	48,4
Leucoplasia	23	18,9
Eritroplasia	3	2,5
Carcinoma de Células Escamosas	29	23,8
Carcinoma mucoepidermoide	3	2,5
Carcinoma adenoide cístico	2	1,6
Carcinoma verrucoso	1	0,8
Carcinoma mioepitelial	1	0,8
Melanoma maligno desmoplásico (amelanótico)	1	0,8
Localização da lesão		
Lábio superior	3	2,5
Lábio inferior	55	45,1
Gengiva ou rebordo alveolar	13	10,7
Palato	14	11,5
Assoalho oral	7	5,7
Mucosa jugal	12	9,8
Língua	17	13,9
Comissura labial	1	0,8
Alterações nas cadeias linfáticas		
Sim	2	1,6
Não	120	98,4
Antecedentes familiares (para lesões malignas)		
Sim	9	24,3
Não	28	75,7

Na Tabela 3, observa-se a tabulação cruzada entre o diagnóstico e localização do CO e das DCPM. Os casos de queilite actínica foram mais comuns na região de lábio inferior (81,4%), ao passo que os casos de CCE acometeram principalmente a região de língua (44,8%) e assoalho oral (20,7%).

Tabela 3. Tabulação cruzada entre o diagnóstico e localização das desordens com potencial de malignização e câncer.

Diagnóstico	Localização							
	LAS	LAI	GRA	PAL	ASS	MJU	LIN	COL
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Desordens com potencial de malignização								
QAC	2 (3,4)	48 (81,4)	2 (3,4)	2 (3,4)	0 (0,0)	4 (6,8)	0 (0,0)	1 (1,7)
LEU	1 (4,3)	2 (8,7)	8 (34,8)	2 (8,7)	1 (4,3)	5 (21,7)	4 (17,4)	0 (0,0)
ERI	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (66,7)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Câncer Oral								
CCE	0 (0,0)	4 (13,8)	1 (3,4)	4 (13,8)	6 (20,7)	1 (3,4)	13 (44,8)	0 (0,0)
CMU	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
CAC	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
CAV	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
CMI	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
MMD	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Nota. Desordens com potencial de malignização (QAC = Queilite actínica; ERI = Eritroplasia; LEU = Leucoplasia); Câncer Oral (CCE = Carcinoma de células escamosas; CMU = Carcinoma mucoepidermoide; CAC = Carcinoma adenoide cístico; CAV = Carcinoma verrucoso; CMI = Carcinoma mioepitelial; MMD = Melanoma maligno desmoplásico); Localização da lesão (LAS = Lábio superior; LAI = Lábio inferior; GRA = Gengiva ou rebordo alveolar; PAL = Palato; ASS = Assoalho oral; MJU = Mucosa jugal; LIN = Língua; COL = Comissura labial).

Na Tabela 4, evidenciam-se os resultados da análise comparativa entre o tipo de lesão e as características sociodemográficas, econômicas, relato de tabagismo e etilismo. Diferenças significativas foram observadas de acordo com o hábito de tabagismo ($p < 0,001$). Entre as pessoas tabagistas a frequência de CO foi significativamente maior (54,5%) em comparação com as não tabagistas (21,3%).

Tabela 4. Análise comparativa entre o tipo de lesão e as características sociodemográficas, econômicas, relato de tabagismo e etilismo.

Variáveis independentes	Diagnóstico			p-valor
	Câncer oral	Desordem com potencial de malignização	Total	
	n (%)	n (%)		
Sexo				0,303 ^(a)
Feminino	12 (25,0)	36 (75,0)	48 (100,0)	
Masculino	25 (33,8)	49 (66,2)	74 (100,0)	
Faixa etária				0,303 ^(b)
≤ 29 anos	1 (16,7)	5 (83,3)	6 (100,0)	
30-39 anos	5 (33,3)	10 (66,7)	15 (100,0)	
40-49 anos	6 (37,5)	10 (62,5)	16 (100,0)	

50-59 anos	4 (15,4)	22 (84,6)	26 (100,0)	
60-69 anos	8 (28,6)	20 (71,4)	28 (100,0)	
70-79 anos	8 (40,0)	12 (60,0)	20 (100,0)	
≥ 80 anos	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (100,0)	
Cor autodeclarada				0,112 ^(a)
Branco	14 (24,1)	44 (75,9)	58 (100,0)	
Não branco	16 (39,0)	25 (61,0)	41 (100,0)	
Ocupação				0,386 ^(b)
Não trabalha	2 (18,2)	9 (81,8)	11 (100,0)	
Autônomo	16 (38,1)	26 (61,9)	42 (100,0)	
Assalariado	13 (27,7)	34 (72,3)	47 (100,0)	
Escolaridade				0,266 ^(b)
Sem escolaridade	10 (24,4)	31 (75,6)	41 (100,0)	
≤ 8 anos de estudo	5 (35,7)	9 (64,3)	14 (100,0)	
> 8 anos de estudo	2 (11,1)	16 (88,9)	18 (100,0)	
Renda familiar				0,103 ^(b)
1 salário mínimo	18 (37,5)	30 (62,5)	48 (100,0)	
2 salários mínimos	5 (22,7)	17 (77,3)	22 (100,0)	
≥ 3 salários mínimos	1 (8,3)	11 (91,7)	12 (100,0)	
Tabagista				< 0,001 ^{(a)*}
Sim	18 (54,5)	15 (45,5)	33 (100,0)	
Não	19 (21,3)	70 (78,7)	89 (100,0)	
Ex-tabagista				0,924 ^(a)
Sim	11 (29,7)	26 (70,3)	37 (100,0)	
Não	26 (30,6)	59 (69,4)	85 (100,0)	
Etilista				0,146 ^(a)
Sim	7 (20,6)	27 (79,4)	34 (100,0)	
Não	30 (34,1)	58 (65,9)	88 (100,0)	
Ex-etilista				0,243 ^(b)
Sim	4 (50,0)	4 (50,0)	8 (100,0)	
Não	33 (28,9)	81 (71,1)	114 (100,0)	

Nota. ^(a) Teste qui-quadrado de Pearson; ^(b) Teste exato de Fisher; * p < 0,05.

Os resultados da análise de regressão de Poisson univariada e multivariada para a ocorrência de lesões malignas de acordo com os fatores investigados. Baseando-se no modelo final de regressão, constatou-se que o fator associado à ocorrência de câncer oral foi o tabagismo. Pessoas que eram tabagistas (RP = 2,56; IC 95% = 1,54-4,24; p < 0,001) foram mais propensas a exibir CO, o que pode ser visto na Tabela 5.

Tabela 5. Análise de regressão de Poisson univariada e multivariada para a ocorrência de lesões malignas de acordo com os fatores investigados.

Variáveis independentes	Análise univariada		Análise multivariada	
	RP Não ajustada (IC 95%)	p-valor	RP Ajustada (IC 95%)	p-valor
Sexo				
Feminino	1,00		-	-
Masculino	1,35 (0,75-2,42)	0,313	-	-
Faixa etária				
≤ 29 anos	1,00		-	-
30-39 anos	2,00 (0,29-13,74)	0,481	-	-
40-49 anos	2,25 (0,34-15,01)	0,402	-	-
50-59 anos	0,92 (0,12-6,84)	0,938	-	-
60-69 anos	1,71 (0,26-11,26)	0,575	-	-
70-79 anos	2,40 (0,37-15,54)	0,358	-	-
≥ 80 anos	3,43 (0,51-22,94)	0,204	-	-
Cor autodeclarada				
Branco	1,00		-	-
Não branco	1,62 (0,89-2,93)	0,114	-	-
Ocupação				
Não trabalha	1,00		-	-
Autônomo	2,10 (0,56-7,78)	0,269	-	-
Assalariado	1,52 (0,40-5,79)	0,538	-	-
Escolaridade				
Sem escolaridade	2,20 (0,53-9,02)	0,276	-	-
≤ 8 anos de estudo	3,21 (0,73-14,17)	0,123	-	-
> 8 anos de estudo	1,00		-	-
Renda familiar				
1 salário mínimo	4,50 (0,67-30,44)	0,123	-	-
2 salários mínimos	2,73 (0,36-20,74)	0,332	-	-
≥ 3 salários mínimos	1,00		-	-
Tabagista				
Sim	2,56 (1,54-4,24)	< 0,001*	2,56 (1,54-4,24)	< 0,001*
Não	1,00		1,00	
Ex-tabagista				
Sim	0,97 (0,54-1,75)	0,925	-	-
Não	1,00		-	-
Etilista				
Sim	0,60 (0,29-1,24)	0,171	-	-
Não	1,00		-	-
Ex-etilista				
Sim	1,73 (0,82-3,66)	0,153	-	-
Não	1,00		-	-

Nota. RP = razão de prevalência; IC = intervalo de confiança; * p < 0,05.

4 DISCUSSÃO

O tabagismo demonstrou estar associado à ocorrência de CO, o que está de acordo com outros estudos (CARVALHO; SOARES; FIGUEIREDO, 2012, CASTILLO et al, 2012, VOLKWEIS et al, 2014, ANDRADE; SANTOS; OLIVEIRA, 2015). Fumar ou mascar tabaco pode acarretar reações oxidativas nos tecidos, iniciando reações que produzem radicais livres nos eventos celulares. Portanto, a presença de oxigênio reativo pode originar dano aos carboidratos, proteínas, lipídios e DNA. O mínimo dano ao DNA pode resultar em mutagênese e em alteração do ciclo celular. Muitos produtos da combustão do tabaco são carcinogênicos, dentre eles os hidrocarbonetos aromáticos polinucleares são predominantes (LEITE; GUERRA; MELO, 2005).

Apesar da aparente facilidade do diagnóstico precoce do câncer oral, ainda hoje, na maioria dos casos, a detecção desta doença é realizada tardiamente. As lesões iniciais são raramente identificadas pela maioria dos profissionais no ato do exame clínico, pois são, em geral, assintomáticas e, conseqüentemente, desvalorizadas (MEIRELES; COSTA, 2006). Os fatos citados mostram a relevância da identificação das DCPM com a finalidade de aumentar os índices de diagnósticos precoces. Essas lesões podem anteceder o CO, apesar de nem todas progredirem para o mesmo. Além disso, merece ser destacado que nem todo câncer de boca origina-se a partir das mesmas (MARTINS et al, 2008).

Nesse sentido, estudos epidemiológicos sobre o câncer oral são imprescindíveis para o conhecimento de modificações nas características padrões da doença e reconhecimento de fatores associados, bem como para estabelecer ações de prevenção, controle e tratamento (CARVALHO; SOARES; FIGUEIREDO, 2012).

O sexo masculino foi o mais acometido neste estudo, prevalecendo entre o CO e DCPM, o que está de acordo com estudo recente previamente realizado (MAIA et al, 2016). Esses dados podem ser devido aos homens não terem o cuidado

necessário com a saúde, contraindo hábitos não saudáveis e ficarem mais expostos a fatores de riscos.

O estágio do ciclo de vida em que o indivíduo está é uma variável extremamente relevante do ponto de vista epidemiológico. No presente estudo, constatou-se que a faixa etária mais acometida foi entre a 5ª e 6ª década de vida assim como foi observado na literatura (SILVEIRA et al, 2009, LEAL; AMARAL; OLIVEIRA, 2014).

A cor autodeclarada mais comum no estudo foi a branca, o que está em consonância com outras pesquisas (SILVEIRA et al, 2009, CARVALHO; SOARES; FIGUEIREDO, 2012, CASTILLO et al, 2012, MAIA et al, 2016). Nos estudos de Oliveira et al (2010) e Leal; Amaral e Oliveira (2014) predominaram pacientes não brancos.

Os dados mostraram que a maioria dos prontuários apresentavam pacientes possuía baixa escolaridade e baixa renda. Tem que se destacar que a clínica na qual foi realizada a pesquisa assiste pacientes com baixa renda, os quais dependem do SUS para serem atendidos e receberem tratamentos. Esses resultados evidenciam o que a população menos favorecida não tem muito acesso à informação e conseqüentemente podem estar mais propensos a serem acometidos por CO e DCPM, adquirindo hábitos que são diretamente ligados aos fatores de risco destas doenças. As ações de prevenção devem considerar também que a população com baixo nível educacional e piores condições socioeconômicas é a que apresentam taxas de prevalência de tabagismo mais altas (WÜNSCH FILHO et al, 2010).

Um estudo realizado no Brasil baseou-se em prontuários de pacientes assistidos no serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Dr. João de Andrade Garcez da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, em Aracaju - SE, no período de junho de 2006 a junho de 2007, visando identificar a prevalência DCPM mostrou uma prevalência de 6,1% de casos de CO e DCPM, sendo que dessas apenas 3,8% eram DCPM (OLIVEIRA et al, 2010). Já em outra pesquisa,

onde foram avaliados os prontuários de pacientes atendidos no serviço de Diagnóstico Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no período de maio de 2012 a julho de 2013, dos pacientes com suspeita de DCPM, a prevalência foi de 31,2% de casos (MAIA et al, 2016). É importante destacar, na comparação apresentada, a linha de tempo de cada estudo, para evidenciar a relevância da presente pesquisa, que avaliou prontuários entre os anos de 2005 e 2016 e obteve uma prevalência de 19,3% de CO e DCPM, enquanto os estudos de Oliveira et al (2010) e Maia et al (2016) realizaram pesquisas com período de tempo de cerca de um ano.

No presente estudo, assim como outros estudos, a região mais acometida foi o lábio inferior (SILVEIRA et al, 2009, MAIA et al, 2013, MAIA et al, 2016). Esse resultado pode ter ocorrido pelo fato de que a lesão mais prevalente do estudo foi a queilite actínica, que acontece com maior frequência no lábio inferior.

A lesão mais prevalente foi a queilite actínica, assim como observado em estudos recentes (MAIA et al, 2013, MAIA et al, 2016). Tal fato pode ser justificável na população alvo do estudo, tendo em vista que a agricultura é a principal atividade econômica da região e leva a população a se expor ao sol durante muitas horas diárias. Este fato não ocorreu nas pesquisas de Silveira et al (2009) e Leal; Amaral e Oliveira (2014), ambos estudos obtiveram como lesões mais prevalentes a Leucoplasia, e Oliveira et al (2010) relataram o CCE.

Em relação ao CO mais comum, prevaleceu o CCE (23,8%), em sexo masculino, entre a 5ª e 6ª década de vida, como localização mais acometida a língua. Esses resultados se repetiram em outros estudos (BARRETO et al., 2006, CARLI et al, 2009, SANTOS et al, 2010, CARVALHO; SOARES; FIGUEIREDO, 2012, CASTILLO et al, 2012, VOLKWEIS et al, 2014). Porém, a única variável que não ficou em conformidade com esses estudos foi em relação à cor autodeclarada, prevalecendo, na presente pesquisa, a cor não branca e nos demais estudos a cor branca (BARRETO et al, 2006, CARLI et al, 2009, CARVALHO; SOARES; FIGUEIREDO, 2012, CASTILLO et al., 2012)

Em relação à predisposição genética, estudos prévios apontaram que a predisposição familiar pode ser fator de risco para CO (GARCÍA GARCÍA; GONZÁLEZ-MOLES, 2005, HIROTA; MIGLIARI; SUGAYA, 2006). Os achados dessa pesquisa foram de apenas 24,3% dos pacientes portadores de CO com casos de câncer na família. Entretanto, esses dados devem ser analisados com cautela, pois, muitas vezes, os pacientes não têm certeza da presença desse fator de risco na família.

Nota-se, por meio desse estudo e da literatura (MAIA et al, 2016, LEAL; AMARAL; OLIVEIRA, 2014, MAIA et al, 2013, OLIVEIRA et al, 2010, SILVEIRA et al, 2009) que a população não se protege de maneira adequada dos principais fatores etiológicos do CO, pois ainda existe a escassez no acesso a informações.

No decorrer do estudo, existiram algumas limitações, entre elas, o fato de se trabalhar com dados secundários, os quais nem sempre apresentam informações completas e, por se tratar de um estudo transversal, não se obteve relação de causa-efeito, mas apenas associações. Além disso, não foi possível investigar o impacto dessas lesões na qualidade de vida dos pacientes, o que pode ser abordado em estudos futuros.

Por outro lado, este se trata de um dos primeiros estudos a serem realizados na região, tendo como fonte de pesquisa uma clínica de grande referência na área e, a partir dos resultados, será possível realizar ações de prevenção e promoção de saúde, subsidiar a implantação de políticas públicas de saúde. Tais resultados permitem também reformular as práticas de assistência a pacientes que necessitem desse tipo de atendimento e avaliar as necessidades dos serviços de saúde.

5 CONCLUSÃO

Com base nos resultados do presente estudo, pode-se concluir que a maioria era do sexo masculino, na 5ª ou 6ª década de vida, branco, trabalhador assalariado, sem escolaridade e com baixa renda. A queilite actínica e o CCE foram as lesões mais prevalentes, e a região anatômica mais afetada correspondeu ao lábio inferior.

Os casos de queilite actínica foram mais comuns na região de lábio inferior e os casos de CCE acometeram principalmente a região de língua e assoalho oral. Por fim, concluiu-se que o fator associado à ocorrência de CO foi o tabagismo e, que os resultados demonstraram a importância no diagnóstico precoce de DCPM a fim de evitar que o paciente desenvolva futuramente um câncer oral.

ORAL CANCER AND DISORDERS WITH POTENTIAL MALIGNIZATION: EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ANALYSIS

ABSTRACT

The study analyzed epidemiologically and clinically medical records of patients with oral cancer and disorders with malignant potential. It was a cross - sectional, exploratory study using the technique of indirect observation. We used complete charts, between 2005 and 2016, of patients seen at a Clinic of Prevention and Early Diagnosis of Oral Cancer. A total of 631 records were analyzed: 37 presented oral cancer and 85, disorders with malignant potential. Descriptive, bivariate and multivariate statistical analyzes using Poisson regression were performed. The majority were male (60.7%), fifth (22.0%) and sixth (23.7%) years of life, white (58.6%), salaried worker (47.0%), Without schooling (56.2%) and with low income (58.5%). The report of smoking and alcohol consumption were, respectively, 27.0% and 27.9%. The most prevalent lesions were Actinic cheilitis (48.4%) and Squamous Cell Carcinoma (SCC) (23.8%). The anatomic region most affected corresponded to the lower lip (45.1%). (81.4%), and those of ECC constituted mainly a language region (44.8%) and oral association (20.7%). Among smokers, a frequency of oral cancer was significantly higher (54.5%). It was concluded that the majority of the patients were men, in the 5th or 6th decade of life, white, salaried worker, without schooling and with low income. Actinic cheilitis and SCC were the most prevalent lesions, and a region most affected corresponded to the lower lip. Actinic cheilitis was more common in lower lip and SCC in tongue and oral floor. It was verified that the factor associated with the occurrence of oral cancer for smoking. Finally, the results demonstrated an earlier non-diagnostic value of MCPD in order to prevent the patient from developing oral cancer in the future.

Keywords: Epidemiology. Oral Cancer. Oral mucosa. Oral Health.

REFERÊNCIAS

- AHMAD, M.S.; ALI, S.A.; ALI, A.S.; CHAUBEY, K.K. Epidemiological and etiological study of oral submucous fibrosis among gutkha chewers of Patna, Bihar, Índia. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**. v.24, n.2, p. 84-9, 2006.
- ANDRADE, J.O.M.; SANTOS, C.A.S.T.; OLIVEIRA, M.C. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.18, n.4, p. 894-905, out./dez., 2015.
- BARRETO, R.C.; DE PAIVA, M.A.F.; SOARES, M.S.M.; PEREIRA, G.A.S. Prevalência de Câncer Bucal nas Mesorregiões Paraibanas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. João Pessoa, v.10, n.1, p. 9-16, 2006.
- BRASIL. Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil 2009**. 98p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2016.
- CALCAIANU, N.; POPESCU, S.A.; DIVEICA, D.; LASCAR, I. Surgical attitude in premalignant lesions and malignant tumors of the lower lip. **Journal of Medicine and Life**. v.8, n.1, p.109–111, 2015.
- CARLI, M.L.; SANTOS, S.L.; PEREIRA, A.A.C.; HANEMANN, J.A.C. Características Clínicas, Epidemiológicas e Microscópicas do Câncer Bucal Diagnosticado na Universidade Federal de Alfenas. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.55, n.3, p.205-211, 2009.
- CARVALHO, S.H.G.; SOARES, M.S.M.; FIGUEIREDO, R.L.Q. Levantamento Epidemiológico dos Casos de Câncer de Boca em um Hospital de Referência em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.12, n.1, p.47-51, jan./mar. 2012.
- CASTILLO, K.A.; PEREIRA, T.T.M.; PAES, G.B.; BARROS, R.M.G. Levantamento Epidemiológico do Câncer Bucal: casuística de 30 anos. **Revista da Faculdade de Odontologia**. Porto Alegre, v. 53, n. 2, p. 19-23, maio/ago., 2012.
- FLORÊNCIO, A.G.; SILVA, A.R.B.L.S.; SILVA, U.H. Prevalência de lesões bucais cancerizáveis diagnosticadas em Pernambuco nas Campanhas do Projeto Asa

Branca segundo gênero e idade. **Odontologia Clínico-Científica**. Recife, v.10, n.2, p.163-166, abr./jun.,2011.

FURTADO, L.G.; PEREIRA, A.C.; FAVARETTO, L.H.D.R.; CARMO, E.D. Características clínico-epidemiológicas de lesões orais diagnosticadas em campanha de prevenção em Jacareí-SP. **Revista Eletrônica da Faculdade de Odontologia da Fmu**. Jacareí, v.1, n.1, 2012.

GARCÍA GARCÍA, V.; GONZÁLEZ-MOLES, M.A.; BASCONES, A.M. Bases moleculares del cáncer oral. Revisión bibliográfica. **Av Odontoestomatol**, v.21, n.6, p. 287-295, 2005.

HAIR, J.F.; BLACK, W.C.; BABIN, J.B.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L. Multivariate Data Analysis. **Upper Saddle River: Prentice-Hall**; 2009.

HIROTA, S.K.; MIGLIARI, D.A.; SUGAYA, N.N. Carcinoma espinocelular oral em paciente jovem – relato de caso e revisão de literatura. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v.81, n.3, p.251-254, 2006.

LEAL, K.L.; AMARAL, M.T.R.; OLIVEIRA, M.C. Levantamento epidemiológico de lesões orais potencialmente malignas em um centro de referência na Bahia. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**. Salvador, v. 13, n. 2, p. 194-203, mai./ago., 2014.

LEITE, A.C.E.; GUERRA, E.N.S.; MELO, N.S. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal. **Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica**. v.1, n.3, p. 31-6, 2005.

LUIZA, M.; SOUSA, D.; LIMA, K.C.; JANINE, E.; LEONARDO, F. Clinicopathological profile and management of 161 cases of actinic cheilitis. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. v.90, n.4, p.505–512, 2015.

MAIA, A.M.O.; CRUZ, C.M.S.B.; LEO, J.C.; CAVALCANTI, U.D.N.T. Diagnóstico precoce de lesões orais potencialmente malignas em dois municípios do Estado de Pernambuco. **Odontologia Clínico-Científica**. v.12, n.1, p.47-51, Recife, jan./mar., 2013.

MAIA, H.C.M.; PINTO, N.A.S.; PEREIRA, J.S.; MEDEIROS, A.M.C.; SILVEIRA, E.J.D.; MIGUEL, M.C.C. Lesões orais potencialmente malignas: correlações clínico-patológicas. **Einstein**, São Paulo. v.4, n.1, p.35-40, jan./março, 2016.

MARIN, H.J.I.; SILVEIRA, M.M.F.; SOUZA, G.F.M.; PEREIRA, J.R.D. Lesões bucais: concordância diagnóstica na Faculdade de Odontologia de Pernambuco. **Odontologia Clínico-Científica**. v. 6, n.4, p.315-18, out./dez., 2007.

MARTINS, M.A.T.; MARQUES, F.G.O.A.; PAVESI, V.C.S.; ROMAO, M.M.A.; LASCALA, C.A.; MARTINS, M.D. Avaliação do conhecimento sobre o câncer bucal entre universitários. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v.37, n.4, p.191-7, 2008.

- MEIRELES, S.S.; COSTA, L.J. Ações Preventivas contra o Câncer Bucal e Perfil da Doença no Estado da Paraíba. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**, v.47, n.2, p.5-8, 2006.
- OLIVEIRA, L.G.S.; SILVA, J.A.S.; MELO, M.F.B.; BRASILEIRO, B.F. Prevalência de lesões orais cancerosas e cancerizáveis em pacientes ambulatoriais atendidos no FBHC de 2006 a 2007. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v.9, n.2, p.145-150, abr./jun., 2010.
- SANTOS, L.C.O.; BATISTA, O.M.; CANGUSSU, M.C.T. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. v.76, n.4, p.416-22, 2010.
- SILVEIRA, E.J.D.; LOPES, M.F.F.; SILVA, L.M.M.; RIBEIRO, B.F.; LIMA K.C.; QUEIROZ, L.M.G. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. v. 45, n. 3, p. 233-238, jun., 2009.
- VAN DER WAAL, I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. **Journal Oral Oncology**, v.45, n.4-5, p.317-23, 2010.
- VOLKWEIS, M.R.; BLOIS, M.C.; ZANIN, R., ZAMBONI, R. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer Bucal em um CEO. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco**. Camaragibe. v.14, n.2, p. 63-70 , abr./jun. 2014.
- WARNAKULASURIYA, S.; JOHNSON, N.W.; VAN DER WAAL, I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v.36, n.10, p.575-580, Nov. 2007.
- WOO, S.B.; GRAMMER, R.L.; LERMAN, M.A. Keratosis of unknown significance and leukoplakia: a preliminary study. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology**. v.118, n.6, p.713-24, 2014.
- WÜNSCH FILHO, V.W.; MIRRAI, A.P.; LÓPEZ, R.V.M.; ANTUNES, L.F. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.13, n.2, p.175-87, 2010.



APÊNDICE A – FICHA PARA COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBD
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

*Ficha para caracterização do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na
clínica da LINCCO da Universidade Estadual da Paraíba.*

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Sexo: () F () M

Cor: () Branco () Não Branco

Idade: _____

Ocupação: () Não trabalha () Autônomo () Assalariado

Escolaridade:

() Não Alfabetizado ()

() Ens. Fundamental ()

() Ens. Médio ()

() Ens. Superior ()

Renda familiar (Salários mínimos):

() 1 () 4

() 2 () + de 4

() 3

2. HÁBITOS

() Tabagista – Tempo _____

() Ex-tabagista

() Elitista

() Ex-elitista – Tempo _____

3. EXAME FÍSICO:

Alterações intrabucais: SIM() NÃO()

Alterações extrabucais: SIM() NÃO()

Alterações nas cadeias linfáticas: SIM() NÃO()

Localização da lesão:

() Lábio superior

() Lábio inferior

() Gengiva ou rebordo alveolar

() Palato duro

() Palato mole

() Assoalho

() Mucosa jugal

() Língua

Diagnóstico: _____

Prognóstico: _____

Antecedentes familiares de câncer para pacientes portadores de LM:

SIM () NÃO ()

ANEXO A – PRONTUÁRIOS DA CLÍNICA DA LINCCO



CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

FICHA CLÍNICA - ESTOMATOLOGIA

1 - ANAMNESE

1 - Identificação do Paciente

NOME:		PRONTUÁRIO Nº:	
CARTÃO DO SUS:	SEXO:	() Masc. () Fem.	
ENDEREÇO:		BAIRRO:	
Nº:	COMP.:	CEP:	
TELEFONE:		TELEFONE COMERCIAL:	
DATA DE NASCIMENTO:		PROFISSÃO:	
IDADE:		COR: () Branco () Não Branco	
NACIONALIDADE:		NATURALIDADE:	
PROCEDÊNCIA:		ESTADO CIVIL:	
ESCOLARIDADE:		CPF:	RG:
RESPONSÁVEL: (< 18 ANOS):			
		CPF:	RG:
EM CASO DE EMERGÊNCIA, AVISAR:		TELEFONE:	

Renda Familiar (salários mínimos): 1 2 3 4 + de 4. Data do exame inicial: ___/___/___

2 - Queixa Principal (Motivo da Consulta):

3 - História da Doença Atual:

4 - História Clínica Bucal:

1. Sangramento gengival?	() Sim () Não
2. Já fez tratamento periodontal?	() Sim () Não Tipo:
3. Já fez tratamento endodôntico?	() Sim () Não Tipo:
4. Apresenta dor em algum dente?	() Sim () Não Quais:
5. Usuário de prótese?	() Sim () Não Há quanto tempo:
6. Usuário de aparelho ortodôntico?	() Sim () Não Há quanto tempo:
7. Costuma escovar a língua?	() Sim () Não
8. Sente mau hálito?	() Sim () Não
9. Já tomou anestesia local para tratar ou extrair dentes?	() Sim () Não
10. Em caso positivo, teve alguma reação?	() Sim () Não

OBS.:

5 - História Médica:

1. No momento está sob tratamento médico?	Sim ___	Não ___
2. Se estiver, há quanto tempo e por quê?		
3. Está tomando algum medicamento no momento?	Sim ___	Não ___
4. Em caso de afirmativo, qual?		
5. Já sofreu alguma doença grave?	Sim ___	Não ___
6. Em caso de afirmativo, qual?		
7. Já fez alguma cirurgia?	Sim ___	Não ___
8. Em caso de afirmativo, qual?		
9. Sente muita sede?	Sim ___	Não ___
10. Urina com muita frequência?	Sim ___	Não ___
11. Quando se fere, as feridas demoram a cicatrizar?	Sim ___	Não ___
12. Tem tosse persistente?	Sim ___	Não ___
13. Alguma vez escarrou sangue?	Sim ___	Não ___
14. Costuma ter febre sem motivo aparente?	Sim ___	Não ___
15. Tem alergia a algum medicamento ou alimento?	Sim ___	Não ___
16. Em caso positivo, a qual?		
17. Tem algum problema no coração?	Sim ___	Não ___
18. Sente o coração bater mais rápido?	Sim ___	Não ___
19. Costuma ter pernas, pés e mãos inchadas?	Sim ___	Não ___
20. Sente falta de ar?	Sim ___	Não ___
21. Já teve alguma DST (Sífilis, Herpes, Gonorréia, Condiloma)?	Sim ___	Não ___
22. Já teve alguma hemorragia?	Sim ___	Não ___
23. Já fez alguma transfusão sanguínea?	Sim ___	Não ___
24. Em caso afirmativo, qual?		
25. Está grávida no momento?	Sim ___	Não ___
26. Utiliza algum método contraceptivo?	Sim ___	Não ___
27. Está amamentando?	Sim ___	Não ___
28. Tem sido assistido(a) por algum médico nos últimos anos?	Sim ___	Não ___
29. Já fez radioterapia ou quimioterapia?	Sim ___	Não ___
30. Já fez algum transplante?	Sim ___	Não ___
31. Já fez hemodiálise?	Sim ___	Não ___
32. Foi hospitalizado(a) nos últimos 5 anos?	Sim ___	Não ___
33. Fez exames laboratoriais (sangue) nos últimos 2 anos?	Sim ___	Não ___
34. Foi atendido(a) por psicólogo ou psiquiatra nos últimos anos?	Sim ___	Não ___

35. Segue atualmente dieta específica?	Sim ___	Não ___
36. Perdeu ou ganhou peso superior a 10 Kg?	Sim ___	Não ___
37. Foi vacinado(a)?	Sim ___	Não ___
38. Se sim, contra o quê?		
39. Tem algum problema que julgue importante e não foi perguntado?	Sim ___	Não ___
41. Em acaso positivo, qual?		

Assinalar entre as patologias abaixo, as que o(a) paciente já foi (ou é) portador(a):

- | | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Asma ou febre do feno |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaca | <input type="checkbox"/> Sinusite |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Sopros cardíaco | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Alteração do ritmo cardíaco | <input type="checkbox"/> Surdez |
| <input type="checkbox"/> Pressão alta | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Pressão baixa | <input type="checkbox"/> Alterações de tireoide |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerose | <input type="checkbox"/> Hepatite |
| <input type="checkbox"/> Trombose | <input type="checkbox"/> Cirrose |
| <input type="checkbox"/> Embolia | <input type="checkbox"/> Patologia Renal |
| <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos | <input type="checkbox"/> Gastrite ou outros problemas gástricos |
| <input type="checkbox"/> Vertigens | <input type="checkbox"/> Doenças nos ossos |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsões) | <input type="checkbox"/> Dificuldade de locomoção |
| <input type="checkbox"/> Doenças psíquicas | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Febre reumática |
| <input type="checkbox"/> Enxaqueca | <input type="checkbox"/> Artrite |
| <input type="checkbox"/> Problemas visuais | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Aids |

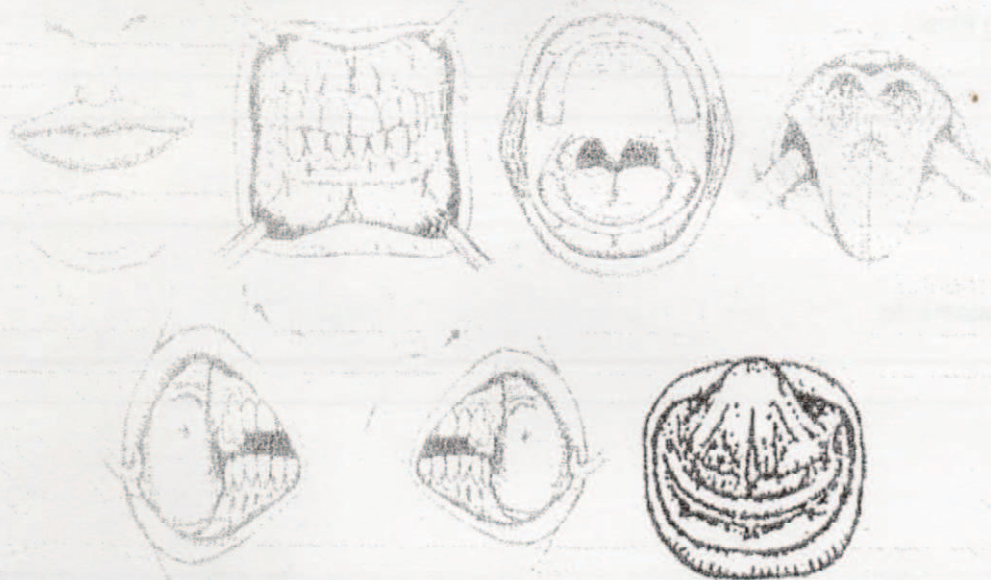
OBS.: Se o paciente teve ou tem outra patologia que não está nesta lista acima, escrever no espaço abaixo:

6. Antecedentes familiares:

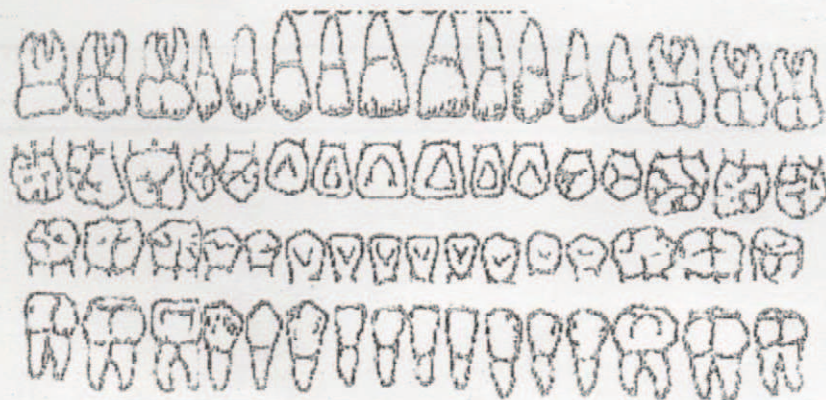
DADOS SOBRE A LESÃO:

Tipo/Forma:	Localização:	Tipo de Crescimento:
Base:	Cor:	Tamanho:
Limites:	Consistência:	Superfície:
Contorno:	Bordas:	Número:

LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DA LESÃO:



ODONTOGRAMA



7. Hábitos:

Onicofagia?	() Sim () Não
Tabagista?	() Sim () Não Há quanto tempo? _____ () Cigarro () Cachimbo () Charuto () Outros: _____
Ex-tabagista?	() Sim () Não Fumou durante quanto tempo? _____ Há quanto tempo deixou de fumar? _____
Etilista?	() Sim () Não () Esporadicamente () Frequentemente () Todos os dias () Todos os finais de semana
Usuário de drogas?	() Sim () Não Qual tipo? _____
Quantas vezes escova os dentes ao dia?	() 0 () 1x () 2x () 3x () 4x ou +
O que utiliza para realizar a higiene bucal?	() Palito () Fio dental () Escova () Dentífrício () Antisséptico () Flúor

II - EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: _____ mmHg Temperatura: _____ °C Pulsos: _____ bat/min.

1. Extrabucal:

Cadeias Linfáticas:

2. Intrabucal (Lábios, Gengiva ou rebordo Alveolar, Palato Duro e Mole, Assoalho, Mucosa Jugal, Língua, Orofaringe)

Observações Complementares:

Hipótese Diagnóstica (Diagnóstico Clínico):

Exames Complementares:

Diagnóstico Final:

Prognóstico:

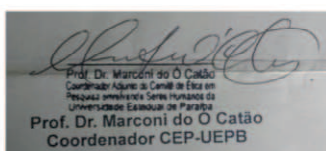
Plano de tratamento:

ALUNOS(AS):

PROFESSOR(A):

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISADOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
PLATAFORMA BRASIL



Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico dos *pacientes* atendidos em clínica de referência em combate ao câncer oral na Paraíba, Brasil
Pesquisador Responsável: Daliana Queiroga de Castro Gomes
Orientandos: Bianca Mendes Hóstio; Thayná Pinto da Costa Luna
CAAE: 66571517.0.0000.5187
SITUAÇÃO DO PROJETO: APROVADO.

Apresentação do Projeto: Projeto intitulado "Perfil epidemiológico dos *pacientes* atendidos em clínica de referência em combate ao câncer oral na Paraíba, Brasil", encaminhado para análise, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com fins à obtenção de parecer favorável ao início das atividades propostas, as quais resultarão em Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia, da Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.

Objetivo Geral da Pesquisa: Realizar um levantamento epidemiológico das lesões orais apresentadas por pacientes atendidos na clínica da LINCCO da UEPB durante o período de 2005 a 2016.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Conforme a RESOLUÇÃO 466/12, do CNS/MS, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos com graus variados. Segundo o pesquisador responsável, no protocolo enviado para a Plataforma Brasil, **Riscos e Benefícios:** "Não existem riscos para os participantes desse estudo, pois a pesquisa será realizada por meio de método retrospectivo, com a revisão de prontuários clínicos, não sendo realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas e/ou sociais dos indivíduos que participam no estudo. O estudo divulgará para a sociedade os benefícios oferecidos pela clínica da LINCCO, consequentemente poderá ampliar a procura pelo atendimento oferecido, favorecendo o aumento do número de diagnósticos precoces, bem como a prevenção e o combate ao câncer oral. Ademais, servirá com fonte científica sobre as alterações orais mais prevalentes em indivíduos de Campina Grande e municípios circunvizinhos, visto que, a universidade é um centro de saúde de referência da região. Posto isso, poderá fomentar a

criação de medidas preventivas e curativas mais específicas e compor os conteúdos programáticos a serem abordados nos cursos de graduação e pós-graduação de Odontologia e da área de saúde.”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa A presente proposta de estudo é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais da área de saúde. O projeto encontra-se completo, sem pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Ao analisar os documentos necessários para a integração do protocolo científico, encontramos a Folha de Rosto, o Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável em cumprir os Termos da Resolução 466/12/CNS/MS, a Declaração de Concordância com Projeto de Pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Termo de Autorização Institucional, O termo de Autorização Institucional para Uso e Coleta de Dados em Arquivos; o Termo de Compromisso para Uso de Dados e Arquivos. Estando tais documentos em harmonia com as exigências preconizadas pela Resolução 466/12/CNS/MS.

Recomendações: Os tópicos do projeto encontram-se bem articulados, havendo toda uma harmonia entre eles.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O projeto atende as exigências protocolares. Diante do exposto, somos pela aprovação. Salvo melhor juízo.

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
ESTOMATOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento, dou pleno consentimento para realização dos exames necessários ao diagnóstico e tratamento das patologias bucais. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e os exames realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, concedo o direito da utilização do meu histórico de antecedentes familiar e pessoal, bem como a retenção e do uso de radiografias, fotografias e resultados de exames clínicos e laboratoriais, além de quaisquer outros documentos e informações contidas neste prontuário, referentes inclusive ao meu estado de saúde bucal e sistêmico, para fins de ensino e divulgação (dentro das normas vigentes), em congressos, jornais, revistas científicas nacionais e internacionais.

Declaro ainda que concordo com a não finalização do meu tratamento e subsequente substituição da minha pessoa, enquanto paciente, por outro indivíduo, que se encontre na lista de espera, para atendimento, mediante a ocorrência de duas faltas, consecutivas ou não, sem justificativa e aviso prévio.

Campina Grande, _____ de _____ de _____

Assinatura do Paciente

RG _____

Assinatura do Responsável

RG _____

Testemunha 1

RG _____

Testemunha 2

RG _____

Digital