

Artigo de Investigação Médica

Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO: FATORES EPIDEMIOLÓGICOS NUM RASTREIO OPORTUNÍSTICO A NÍVEL NACIONAL

Francisco Manuel Santos Coelho

Orientadora:

Dr.^a Ana Filipa Martins Ferreira Castro

Porto, 2017

Cancro de cabeça e pescoço: fatores epidemiológicos num rastreio oportunístico a nível nacional

Estudo epidemiológico descritivo de indivíduos submetidos voluntariamente a um rastreio oportunístico realizado a nível nacional, para deteção de lesões precoces suspeitas de cancro da cavidade oral.

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

AUTOR: Francisco Manuel Santos Coelho
6º ano do Mestrado Integrado em Medicina
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
N.º de aluno: 200901785
franciscomscoelho@hotmail.com

ORIENTADOR: Dr.^a Ana Filipa Martins Ferreira Castro
Investigadora e Oncologista do Centro Hospitalar Universitário do Porto
Presidente do Grupo de Estudos do Cancro de Cabeça e Pescoço
Professora Convidada de Medicina II do MIM do ICBAS/CHUP

Porto, 2017

RESUMO

INTRODUÇÃO: Em Portugal não existem estudos epidemiológicos e demográficos sobre indivíduos com alterações suspeitas de cancro de cabeça e pescoço, particularmente lesões potencialmente malignas na cavidade oral. Os objetivos desta análise passam por descrever aspetos epidemiológicos e demográficos de indivíduos que apresentam alterações suspeitas na cavidade oral, identificar fatores de risco para o desenvolvimento de cancro e avaliar a pertinência da implementação de um rastreio nos indivíduos de maior risco.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo epidemiológico descritivo dos indivíduos submetidos voluntariamente a um rastreio oportunístico efetuado nas várias cidades onde terminaram as etapas da Volta a Portugal em Bicicleta de 2016 [N=1044]. As variáveis analisadas foram idade à data do rastreio, género, distrito de residência, hábitos tabágicos e alcoólicos e existência ou não de lesões suspeitas na cavidade oral.

RESULTADOS: Dos 1044 indivíduos, 118 foram sinalizados, visto apresentarem achados semiológicos localizados à cabeça e pescoço. Destes, 39,0% foram referenciados a consultas especializadas, 6,8% já estavam a ser vigiados e os restantes 54,2% não cumpriram critérios para referência. Os 118 sinalizados eram constituídos por 73 homens e 45 mulheres, com idade mediana à data do rastreio de 59 anos (σ 13,027); 89,0% tinham idade igual ou superior a 40 anos. Verificaram-se hábitos alcoólicos em 72,9% destes indivíduos e 34,7% tinham história tabágica. A tétrede de risco (género masculino, idade igual ou superior a 40 anos, hábitos tabágicos e consumo alcoólico) estava presente em 16,1%. As regiões do país com mais indivíduos sinalizados foram o Centro, Lisboa e Vale do Tejo e o Norte. No subgrupo dos sinalizados por lesões potencialmente malignas da cavidade oral, os achados mais frequentes foram leucoplasia (14,4%), lesões traumáticas (13,6%) e condiloma (5,1%).

DISCUSSÃO: Os dados epidemiológicos analisados estão quase todos de acordo com a literatura nacional e internacional disponível, com exceção dos hábitos tabágicos, presentes na maioria dos doentes diagnosticados com cancro de cabeça e pescoço, mas que, no presente estudo, se verificam apenas em 34,7% dos indivíduos sinalizados.

CONCLUSÕES: Este estudo corrobora que alguns fatores epidemiológicos e demográficos são potencialmente de risco para o desenvolvimento de cancro de cabeça e pescoço (em particular, cancro oral). Para além disso, caracteriza uma franja da população portuguesa que pode beneficiar de um maior grau de vigilância, de campanhas de sensibilização/informação ou mesmo de rastreio.

PALAVRAS-CHAVE: Cancro de cabeça e pescoço; cancro da cavidade oral; fatores de risco; fatores biodemográficos; epidemiologia; rastreio; Portugal

ABSTRACT

INTRODUCTION: In Portugal, there are no epidemiological nor demographic studies about individuals who have suspected head and neck cancer lesions, particularly potentially malignant lesions in the oral cavity. The goals of this analysis are to describe the epidemiological and demographical aspects of people who have oral suspected lesions, to identify risk factors for cancer development and to evaluate the relevance of the implementation of screening in the most at-risk individuals.

MATERIAL AND METHODS: Descriptive epidemiological study of the individuals voluntarily submitted to an opportunistic screening carried out in the various cities where the stages of *Volta a Portugal em Bicicleta 2016* were completed [N=1044]. The analyzed variables were age at the time of screening, gender, district of residence, tobacco and alcohol consumption and the existence or not of suspected lesions in the oral cavity.

RESULTS: Of the 1044 individuals, 118 were signalized for presenting head and neck semiological findings, of which 39,0% were referenced to specialized consultations, 6,8% were already being monitored and the remaining 54,2% did not meet criteria for referral. The 118 signalized individuals were composed by 73 men and 45 women, with median age at the time of screening of 59 years old (σ 13,027); 89,0% were 40 years old or more. There was alcoholic consumption in 72,9% of these individuals and 34,7% of them had smoking history. The risk tetrad (male gender, 40 years old or more, tobacco and alcohol consumption) was found in 16,1%. The regions of the country with more signalized individuals were the Center, Lisbon and *Tejo* Valley and the North. In the subset of signalized individuals by potentially malignant lesions in oral cavity, the most common findings were leukoplakia (14,4%), traumatic injuries (13,6%) and condyloma (5,1%).

DISCUSSION: Analyzed epidemiological data are almost all in agreement with the available national and international literature, apart from the smoking habits present in the majority of the patients diagnosed with head and neck cancer, but in the present study they occurred only in 34,7% of the signalized individuals.

CONCLUSIONS: This study corroborates that some epidemiological and demographic factors are potentially hazardous for the development of head and neck cancer (particularly, oral cancer). Additionally, it characterizes a part of the Portuguese population that can benefit from more surveillance, awareness/information campaigns or even screening.

KEYWORDS: Head and neck cancer; oral cancer; risk factors; biodemographic factors; epidemiology; screening; Portugal

ÍNDICE

Resumo	iii
Abstract	iv
Índice	v
Lista de Siglas	vi
Introdução	1
Cancro de Cabeça e Pescoço	1
Rastreio e Diagnóstico Precoce	2
Objetivos do Estudo	3
Material e Métodos	4
Recolha de Dados.....	4
Grupo de Estudo	4
Parâmetros a Avaliar	4
Estatística.....	4
Resultados	5
Caracterização da Amostra	5
Achados Semiológicos	5
Fatores de Risco para CCP/CCO	5
Discussão	7
Conclusões	9
Referências Bibliográficas	10
Anexos	12
Tabelas	14
Gráficos.....	17

LISTA DE SIGLAS

CCO – Cancro da Cavidade Oral

CCP – Cancro de Cabeça e Pescoço

CHUP – Centro Hospitalar Universitário do Porto

DGS – Direção-Geral da Saúde

GECCP – Grupo de Estudos de Cancro de Cabeça e Pescoço

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

LPCC-NRN – Núcleo da Região Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro

MIM – Mestrado Integrado em Medicina

NUTS II – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (nível II)

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

PIPCO – Programa de Intervenção Precoce no Cancro Oral

RORENO – Registo Oncológico Regional do Norte

UE – União Europeia

UMEMD – Unidade Móvel de Estomatologia e Medicina Dentária

VEB – Vírus *Epstein-Barr*

VPH – Vírus do Papiloma Humano

INTRODUÇÃO

CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO

O cancro de cabeça e pescoço (CCP) constitui uma entidade que pertence ao grupo dos 6 tumores malignos mais prevalentes em todo o mundo, com um valor estimado de 900.000 novos casos diagnosticados anualmente à escala mundial (10% do total de tumores malignos).¹⁻⁵ Esta patologia compromete várias áreas anatómicas que constituem as vias aerodigestivas superiores: cavidade oral (lábio, língua, gengiva, pavimento da boca, glândulas salivares e outros não especificados), faringe nas suas três porções (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe), laringe, nariz e seios perinasais.^{2,4,6,7} É importante não esquecer também os casos em que o acometimento pela doença ocorre ao nível da pele.²

Geralmente, estas neoplasias desenvolvem-se a partir das células escamosas que revestem as mucosas da cabeça e/ou do pescoço, daí que cerca de 90% seja classificada como carcinoma de células escamosas (ou epidermoide ou espinocelular, sinónimos).^{4,8-10}

Apesar de, em Portugal, a taxa de mortalidade por tumores malignos ser baixa quando comparada com a média da UE, a verdade é que os tumores malignos da cavidade oral (os mais comuns de entre os CCP) matam mais no nosso país. Por sua vez, as taxas de sobrevivência aos 5 anos são muito baixas e, de um modo geral, mais favoráveis ao género feminino.^{1,2} Quando o diagnóstico é feito em estadios avançados (III e IV), o prognóstico é pior, com taxas de sobrevivência aos 5 anos de 30-50%; quando detetados em estadio I (inicial), as taxas sobem para os 80%.¹⁰ Todos estes dados sugerem que muitos diagnósticos de CCP são feitos já em estadios avançados, sobretudo em indivíduos no género masculino.^{1,2,10}

São diversos os sinais e sintomas que se podem associar ao CCP, uma vez que este pode afetar diferentes áreas anatomofisiológicas. Alguns exemplos são: lesões orais diversas, dor, lesões na pele, dispneia, disfagia, odinofagia, rouquidão, perda de peso, fadiga e adenopatias cervicais.^{1,8,11}

Em relação às lesões orais – particularmente relevantes quando se fala em cancro da cavidade oral (CCO) – estas podem ser classificadas em três tipos: benignas; potencialmente malignas; malignas.¹² Dentro das lesões potencialmente malignas, existem diversas que importa conhecer e das quais se destacam a leucoplasia, a eritroplasia, a eritroleucoplasia, a queilite actínica, o líquen plano e a fibrose submucosa oral.^{10,12,13} Uma nota também para as lesões traumáticas (como as de mordedura ou as causadas por placas dentárias mal-adaptadas) que, se detetadas tardiamente, podem evoluir desfavoravelmente para patologia maligna.¹²

Segundo o Registo Oncológico Nacional publicado em 2010, os tumores malignos da cavidade oral e faringe apresentaram uma incidência de 1244/100.000 habitantes para o género masculino e de 358/100.000 habitantes para o género feminino.¹⁴ Portanto, num rácio de 2-5:1, dependendo da localização do tumor, os homens são mais afetados por esta patologia, que contribui para 4% das mortes nesse grupo, contra 1% nas mulheres.^{1,3,8} No entanto, a incidência no género feminino tem aumentado, muito provavelmente devido ao aumento dos seus hábitos tabágicos.^{2,11}

O diagnóstico é mais frequente em caucasianos³ e em indivíduos com mais de 40-50 anos. Quando surge em jovens, muitas vezes associa-se a défices imunitários e/ou a infeção pelo vírus do papiloma humano (VPH).^{2,3,8,15,16} O baixo estatuto socioeconómico e educacional parece também ser um fator de pior prognóstico.^{4,16,17}

Em 30-80% dos casos, os CCP, muito em particular os CCO, resultam da progressão de lesões potencialmente malignas. Este risco é mais acentuado em mulheres, sobretudo quando estão presentes lesões displásicas.^{1,16}

Uma história clínica completa, com especial atenção aos fatores de risco, revela-se essencial, uma vez que muitos cancros podem ser prevenidos com a evicção da exposição a fatores de risco comuns.¹⁸ Quando há suspeita de CCP, em particular de CCO, hábitos alcoólicos, hábitos tabágicos e higiene oral devem ser mandatoriamente avaliados, em conjunto com dados como a idade e o género.^{9,11,19}

Particularmente em relação ao tabaco, cerca de 85% dos doentes com CCP são ou já foram fumadores² e o risco de CCO é 5-9 vezes maior em fumadores do que em não fumadores.¹¹ Já o consumo elevado de álcool aumenta 3-9 vezes o risco de desenvolvimento de CCO.¹¹ Salientar ainda que, para além de serem fatores de risco independentes, o seu consumo conjunto tem também um efeito nefasto sinérgico^{1,3,8,9}, que tem particular impacto no surgimento de cancros na cavidade oral, na orofaringe, na hipofaringe e na laringe.⁴

Atualmente, a infeção pelo VPH, particularmente pelas estirpes 16 e 18, é considerada um importante fator etiológico para tumores na orofaringe, sobretudo em indivíduos jovens e não fumadores.^{4,8,11,16} O vírus *Epstein-Barr* (VEB), por sua vez, tem sido associado a tumores na nasofaringe.^{4,8} A infeção por fungos como a *Candida albicans* pode também ter um papel importante na transformação maligna de leucoplasias em CCO.¹⁰

A má higiene oral, a irritação mecânica e as desordens alimentares são outros fatores a ter em conta quando se fala em CCP.^{4,13,16} A exposição solar, por sua vez, seja ocupacional ou motivada pelo estilo de vida, assume um papel particularmente preponderante no cancro do lábio. Muitas vezes, antes do carcinoma, o indivíduo apresentava já uma queilite actínica – lesão potencialmente maligna resultante dessa exposição desprotegida.¹⁶

RASTREIO E DIAGNÓSTICO PRECOCE

Em Portugal, o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas tem colaborado com o Programa Nacional de Saúde Oral na organização de um programa de diagnóstico precoce^{2,6}, uma vez que se tem constatado que tal é fundamental em termos prognósticos.^{11,17}

O diagnóstico precoce relaciona-se com melhores *outcomes* finais para os doentes. Nesse sentido, os estudos epidemiológicos são de extrema importância, uma vez que sugerem novas orientações para as práticas de saúde.^{1,9} Ainda não existem em Portugal estudos epidemiológicos com indivíduos que apresentem alterações suspeitas de CCP, particularmente lesões potencialmente malignas ao nível da cavidade oral.^{4,17} Muitos dos estudos existentes no nosso país focam-se em indivíduos já com diagnóstico de CCP/CCO, não tendo um carácter preventivo nem análise de risco prévio tão eficazes.

Uma das vertentes mais importantes da Medicina assenta, precisamente, na prevenção da doença e é no âmbito da prevenção secundária que surgem os rastreios, procedimentos que permitem detetar doenças em fase subclínica, favorecendo uma intervenção precoce e, idealmente, reduzindo a morbimortalidade associada.^{11,16,20} Existem dois tipos de rastreio: os populacionais e os oportunísticos. Os primeiros são, geralmente, mais eficazes, uma vez que são mais organizados e monitorizados (implicam a definição da população-alvo, a sua convocação e a capacidade de diagnosticar, tratar e vigiar os doentes que forem identificados).²⁰ Os segundos, apesar de potencialmente geradores de maior iatrogenia, são também muito importantes²⁰, uma vez que permitem estudar franjas da população que apresentam determinados fatores de risco, servindo como ponto de partida para estudos epidemiológicos.¹⁷

Tendo em conta que o CCP é muitas vezes detetado em estadios já avançados, a existência de um rastreio poderia ajudar na deteção precoce de lesões, permitindo uma intervenção terapêutica mais antecipada e, expectavelmente, mais benéfica para o doente.^{9,11,17} Por exemplo, em indivíduos com lesão suspeita na cavidade oral, o rastreio pode ser feito, na generalidade dos casos, de forma bastante direta, uma vez que a maioria das estruturas acometidas são de fácil acesso^{9,11,16} com material tão simples quanto uma espátula (ou um espelho dentário), compressas, luvas e uma luz adequada.^{11,17} Apesar de ainda não haver evidência científica de que este tipo de avaliação visual reduza a taxa de mortalidade por CCO,

a verdade é que cada vez mais autores sugerem que esta pode mesmo ser uma importante estratégia de prevenção secundária da doença. ¹⁶

Nas últimas décadas, o diagnóstico precoce de algumas neoplasias malignas sofreu um grande avanço (nomeadamente nos cancros da mama, do colo do útero e colorretal), o que não aconteceu com o CCP. ^{11,16} Apesar de não existir em Portugal nenhum rastreio populacional implementado dirigido para este tipo de cancro, foram já criadas, pelo menos, duas parcerias que visam colmatar parcialmente esta falha, mas que se aplicam apenas aos CCO:

i. O Núcleo Regional do Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC-NRN) e a Associação Portuguesa de Medicina Dentária Hospitalar criaram uma Unidade Móvel de Estomatologia e Medicina Dentária (UMEMD), cujo objetivo é o diagnóstico precoce do cancro oral. A UMEMD permite a realização de consultas gratuitas no edifício da LPCC-NRN e em autarquias que o solicitem. ²¹ Constitui uma forma de rastreio oportunístico.

ii. A Direção-Geral da Saúde (DGS), por sua vez, associou-se à Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) para criar o Programa de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPICO). ²² Este programa, cujo início data de 1 de março de 2014, visa a atribuição de cheques-diagnóstico a indivíduos com maior risco potencial de desenvolver CCO (sobretudo se tiverem mais de 40 anos, história tabágica e/ou hábitos alcoólicos) e que apresentem uma lesão suspeita. ^{22,23} Devido a este último requisito, o PIPICO não se considera uma forma de rastreio, mas sim de diagnóstico.

OBJETIVOS DO ESTUDO

Os objetivos principais deste estudo são:

- i. descrever aspetos epidemiológicos e demográficos de indivíduos que apresentem alterações suspeitas de CCP, particularmente ao nível da cavidade oral;
- ii. identificar fatores de risco, fatores predisponentes e fatores protetores para CCP/CCO;
- iii. levantar questões acerca da pertinência ou não da implementação de um rastreio de base populacional para diagnóstico precoce de CCP/CCO;
- iv. comparar os resultados do estudo com a literatura nacional e internacional.

MATERIAL E MÉTODOS

RECOLHA DE DADOS

Os dados analisados neste estudo foram colhidos no âmbito de um rastreio oportunístico levado a cabo pelo Grupo de Estudos de Cancro de Cabeça e Pescoço (GECCP), entre os dias 26 de julho e 7 de agosto de 2016, durante a Volta a Portugal em Bicicleta, nas várias cidades em que as etapas terminaram (à exceção de Viseu, no dia 1 de agosto).

Para o efeito, foi elaborado um inquérito (ver **Anexo 1**) no qual foram registados dados biodemográficos e clínicos relativos a cada indivíduo que decidiu participar no estudo de forma voluntária. Esse inquérito foi devidamente autorizado por cada participante. Para além disso, foi feito um rastreio da cavidade oral com exame objetivo, para pesquisar lesões suspeitas e/ou com potencial malignidade para o desenvolvimento de CCO.

Não houve qualquer tipo de (pré-)seleção dos indivíduos que participaram no rastreio por parte das equipas médicas envolvidas.

GRUPO DE ESTUDO

Um total de 1044 indivíduos participaram voluntariamente no estudo, tendo sido todos incluídos na análise [N=1044]. A amostra analisada corresponde a um grupo heterogéneo, com idades compreendidas entre os 10 e os 89 anos (à data de realização do rastreio).

PARÂMETROS A AVALIAR

Para esta análise, foram registadas diversas variáveis: dados biodemográficos dos participantes; hábitos que podem constituir fatores de risco para CCP/CCO; dados clínicos, incluindo achados semiológicos detetados no exame objetivo da cavidade oral.

Foi registada a idade à data do rastreio, o género e o local de residência. Os indivíduos foram também questionados acerca dos seus hábitos tabágicos (fumador [ex-fumador ou fumador atual]; não fumador) e dos seus hábitos alcoólicos (consumidor [bebidas brancas e/ou vinho e/ou cerveja e/ou consumo social]; não consumidor). Em termos de informação clínica, foram registados todos os sintomas/sinais/queixas relevantes no âmbito do CCP/CCO (tipologia, descrição, data de início), bem como a presença/ausência de lesões e sua localização. Nos casos em que se identificaram lesões potencialmente suspeitas, os indivíduos foram referenciados para uma consulta no hospital mais próximo da sua área de residência e que esteja indicado, se tal se mostrar necessário, para realização de tratamento destas neoplasias.

Para além de tudo isto, constam também desta análise todas as datas e cidades em que foi efetuada a colheita dos dados.

ESTATÍSTICA

Com os dados colhidos, foi feita uma análise estatística descritiva para caracterização da população em estudo. Essa análise foi efetuada através do programa *Excel 2016*[®].

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na amostra em estudo, foram incluídos participantes voluntários no rastreio que se realizou em 10 diferentes cidades de Portugal continental, nas quais terminaram as várias etapas da Volta a Portugal em Bicicleta 2016. No total, foram incluídos 1044 indivíduos [N=1044], tendo sido 138 rastreados em Oliveira de Azeméis, 91 em Braga, 53 em Fafe, 71 em Macedo de Cavaleiros, 126 em Mondim de Basto, 88 na Guarda, 71 em Castelo Branco, 88 em Arruda dos Vinhos, 136 em Setúbal e 182 em Lisboa (ver **Gráfico 1**).

A idade mediana da amostra total à data do rastreio foi de 54 anos (σ 14,770 [10;89]), sendo que 79,7% [N=832] dos indivíduos apresentavam uma idade igual ou superior a 40 anos (ver **Gráfico 2**).

A maioria dos indivíduos rastreados eram do género masculino, numa percentagem de 57,9% [N=604] do total.

Em relação aos distritos de residência, 141 indivíduos eram de Aveiro, 2 de Beja, 130 de Braga, 50 de Bragança, 62 de Castelo Branco, 11 de Coimbra, 4 de Évora, 7 de Faro, 63 da Guarda, 18 de Leiria, 212 de Lisboa, 1 de Portalegre, 127 do Porto, 12 de Santarém, 118 de Setúbal, 4 de Viana do Castelo, 33 de Vila Real, 6 de Viseu e 5 da Região Autónoma dos Açores (distritos não especificados). Para além destes, foram ainda rastreados 24 imigrantes e 14 indivíduos cujo distrito não foi registado no inquérito (ver **Gráfico 3**).

De entre os participantes, 33,9% [N=354] apresentavam hábitos tabágicos, sendo que, destes, 35,3% [N=125] são atualmente fumadores e os restantes 64,7% [N=229] ex-fumadores (ver **Gráfico 4**).

Dos inquiridos, 66,9% [N=698] consomem álcool regularmente. Destes, 379 referem um consumo social (39,6%), 355 consomem vinho (37,1%), 150 consomem cerveja (15,7%) e 72 referem consumo de bebidas brancas (7,5%). Como se percebe, alguns destes casos são de indivíduos que apresentam mais do que um tipo de consumo em simultâneo (ver **Tabela I**).

ACHADOS SEMIOLÓGICOS

À data do rastreio, 11,3% dos indivíduos [N=118] apresentavam sinais e/ou sintomas localizados à cabeça e pescoço (indivíduos que, no presente estudo, serão referidos como “sinalizados”). Destes, 39,0% [N=46] foram referenciados, dado o elevado grau de suspeição das lesões encontradas – um deles por apresentar bócio significativo (apesar de este sintoma não ser considerado no âmbito do CCP), 6,8% [N=8] estavam já a ser vigiados e os restantes 54,2% [N=64] não foram referenciados, uma vez que, apesar de apresentarem queixas, não se confirmaram lesões aparentemente suspeitas (ver **Gráfico 5**).

Cada achado semiológico identificado neste rastreio foi depois classificado como “suspeito de lesão potencialmente maligna da cavidade oral” ou “não suspeito de lesão potencialmente maligna da cavidade oral”. No primeiro subgrupo, os três mais frequentes foram leucoplasia em 14,4% dos sinalizados [N=17], lesões traumáticas em 13,6% [N=16] e condiloma em 5,1% [N=6]. No segundo subgrupo, os achados mais comuns foram angiomas, cáries e disfagia, cada um deles presente em 4,2% dos sinalizados [N=5].

FATORES DE RISCO PARA CCP/CCO

Analisando em detalhe o grupo dos indivíduos sinalizados [N=118], verificou-se que a idade mediana à data do rastreio foi de 59 anos (σ 13,027 [12;85]), sendo que 89,0% [N=105] tinham idade igual ou superior a 40 anos.

Neste grupo, 61,9% [N=73] dos indivíduos eram do género masculino. Num rácio de aproximadamente 1,62:1, os homens apresentavam mais sinais/sintomas do que as mulheres.

Em relação aos hábitos tabágicos, estavam presentes em 34,7% [N=41] dos sinalizados sendo que, destes, 53,7% [N=22] eram ex-fumadores e os restantes 46,3% [N=19] são atualmente fumadores.

De referir ainda que 72,9% [N=86] dos indivíduos com sinais/sintomas eram consumidores de bebidas alcoólicas.

Tendo em conta a Introdução deste trabalho, percebe-se que existem fatores que, coexistindo num mesmo indivíduo, concorrem para um maior risco do desenvolvimento de CCP/CCO, nomeadamente a tétrede género masculino, idade igual ou superior a 40 anos, hábitos tabágicos e hábitos alcoólicos. Esta tétrede estava presente em 17,8% dos indivíduos rastreados [N=186]. Destes, 16,1% [N=30] foram sinalizados, sendo que, dentro deste grupo, 40,0% [N=12] foram indicados para referência ou estavam já a ser vigiados clinicamente.

Relativamente aos locais de residência – e fazendo um agrupamento dos distritos segundo o nível II da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS II) – verificou-se que era no Centro que se encontrava a maioria (43,2% [N=51]), seguindo-se Lisboa e Vale do Tejo com 30,5% [N=36] e depois o Norte com 22,0% [N=26]. Residentes no Arquipélago dos Açores foram 2 (1,7%); no Alentejo, existia apenas 1 (0,8%). A unidade territorial do Algarve não apresentou, neste estudo, nenhum indivíduo com achados suspeitos de CCP/CCO. A referir ainda, 0,8% [N=1] de indivíduos sinalizados residentes fora do país e também 0,8% [N=1] cuja região de residência não foi especificada. Nas **Tabelas II e III** é possível consultar a distribuição dos sinalizados por distrito e por NUTS II, respetivamente.

DISCUSSÃO

No presente estudo, o grupo de indivíduos sinalizados apresentava uma **idade** mediana de 59 anos (σ 13,027 [12;85]), sendo que 89,0% destes tinha idade igual ou superior a 40 anos, dados que vão ao encontro da generalidade dos estudos feitos sobre o tema.^{2-4,8,15}

Tendo em conta o método de recolha de dados utilizado, a avaliação das idades foi, nalguns casos, difícil e pouco precisa. Foram vários os colaboradores que constituíram as equipas que aplicaram os inquéritos e registaram as respostas e, devido a esse facto, os registos foram feitos de forma muito variável: nalguns casos, a data de nascimento completa (tal como preconizado no inquérito), noutros apenas o ano de nascimento, noutros ainda apenas a idade. Após reunião, e no sentido de uniformizar o mais possível os dados para análise estatística, decidiu-se por consenso que quando estava registada apenas a idade ou o ano de nascimento, se assumiria 1 de janeiro como dia e mês de nascimento, respetivamente.

Relativamente ao **género**, verificou-se que os indivíduos sinalizados são maioritariamente homens (61,9%), num rácio de 1,62:1. *Silveira et al.*, em dois estudos publicados em 2012, demonstravam também a tendência de uma maior afeção de homens pelo CCP, embora com rácios maiores, na ordem dos 2-5:1.^{1,3} Já os dados do RORENO de 2010 indicam um rácio de 1,2:1 que, embora ligeiramente inferior ao deste estudo, confirma a mesma tendência.^{14,24}

Em relação aos **hábitos tabágicos**, no presente estudo constatou-se que 34,7% dos indivíduos sinalizados eram consumidores; destes, 46,3% eram fumadores e os restantes 53,7% ex-fumadores. Estes dados são discordantes da maioria dos estudos consultados, que apontam para uma franja maior de indivíduos diagnosticados com CCP e consumidores de tabaco. Por exemplo, *Correia S.* em 2013 indicava que 85% dos indivíduos com CCP são ou já foram fumadores² e *Estêvão et al.* apontavam para uma percentagem na mesma ordem (81%).⁴ Para além disso, nesta publicação, 70% dos doentes eram fumadores e 11% ex-fumadores⁴, havendo também aqui uma inversão percentual em relação aos resultados obtidos no presente estudo.

Verificou-se, ainda, que 72,9% dos rastreados sinalizados consumia **álcool** regularmente. A maioria dos estudos consultados indica a ingestão excessiva de álcool como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de CCP.^{3,8,9,11} *Estêvão et al.*, numa publicação em 2016, verificaram também que 91,2% dos doentes com CCP da sua amostra eram consumidores regulares de bebidas alcoólicas, 45,1% dos quais consumidores excessivos (>40g/dia).⁴

O guia *“Intervenção Precoce no Cancro Oral”* especifica que indivíduos do sexo masculino, com idade igual ou superior a 40 anos, fumadores e consumidores imoderados de álcool têm um risco comprovadamente maior de desenvolver CCO¹¹, o que vai ao encontro dos dados obtidos no presente estudo, em que esta **tétrade** está presente em 17,8% dos participantes sendo que, destes, 16,1% já apresentam achados suspeitos da patologia.

De salientar ainda que, à semelhança do que aconteceu com as idades, também os registos dos hábitos tabágicos e, sobretudo, dos hábitos alcoólicos nos inquéritos apresentavam uma grande variabilidade. Para além disso, a classificação feita para o consumo de álcool não foi a ideal, uma vez que constava de uma avaliação qualitativa (tipo de bebidas consumidas) e não quantitativa (em g/dia), como acontece em vários estudos consultados. No entanto, é importante referir que o ambiente de aplicação dos inquéritos não era o mais favorável para esse tipo de registo, uma vez que tal seria mais demorado e mais difícil de conseguir. Este poderá e deverá ser um ponto a melhorar em trabalhos futuros, procurando uma forma ajustada de questionar acerca da quantidade de álcool ingerida, a par do tipo de bebidas.

Para além dos fatores de risco estudados nesta análise, teria sido pertinente questionar/registar outros que, segundo a bibliografia, são também importantes, como por exemplo, o biótipo cutâneo, a frequência de exposição solar ou o nível socioeconómico.^{4,16,17}

Em relação aos **achados semiológicos** do presente estudo, importa referir que o mais frequente foi a leucoplasia (em 14,4% dos indivíduos sinalizados), tal como acontece na maioria das publicações sobre lesões com potencial de malignização em CCO.^{10,13}

O presente estudo incluiu na amostra indivíduos residentes em várias **regiões do país** e não só. Dos sinalizados, verificou-se que a maioria era residente na região Centro (43,2%), apontando-se esta como a unidade territorial em que os habitantes parecem ter maior risco potencial de desenvolver CCO, seguindo-se a região de Lisboa e Vale do Tejo (30,5%) e o Norte do país (22,0%). No entanto, analisando os resultados, percebe-se que existe uma discrepância significativa em termos de distribuição dos participantes no estudo e, conseqüentemente, dos indivíduos sinalizados pelas várias NUTS II (ver **Gráfico 6**), havendo pouca representatividade do Alentejo, do Algarve e das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores quando em comparação com as restantes, pelo que, partindo apenas destes dados, não é correto fazer extrapolações acerca de que regiões constituem maior ou menor risco de desenvolver CCO. Ainda assim, comparando os dados obtidos com os publicados em 2010 pelo RORENO, verifica-se que as três regiões com mais casos registados de CCP são também o Centro, Lisboa e Vale do Tejo e o Norte do país, mas pela ordem inversa (ver **Tabela IV**).¹⁴

O diagnóstico precoce de CCP/CCO tem sido apontado como o meio mais efetivo para aumentar a sobrevivência e diminuir a morbimortalidade associada a esta patologia.^{16,17} Tendo em conta a facilidade de acesso à cavidade oral, o exame objetivo da mesma (bem como de outras estruturas anatómicas que possam ser locais de desenvolvimento de outros tipos de CCP) é uma estratégia relativamente simples para fazer esse despiste de alterações ou lesões potencialmente malignas.^{9-11,17} O presente estudo vem demonstrar isso mesmo, dada a ação de rastreio que foi levada a cabo e que permitiu a obtenção dos dados. Apesar da referida facilidade de acesso, a verdade é que são poucos os utentes e profissionais de saúde que realmente fazem esta avaliação.^{16,17} Os primeiros essencialmente devido à desinformação (nomeadamente acerca dos fatores de risco e das lesões que podem sofrer transformação maligna), à não realização de autoexame e à ausência de um hábito regular de recorrer a serviços de saúde.¹⁷ Os segundos porque não estão suficientemente sensibilizados para a problemática, tal como demonstram alguns estudos.^{16,17} Há, portanto, uma necessidade evidente de educação contínua da população, de forma a reduzir as barreiras associadas ao diagnóstico precoce. Por um lado, é importante aumentar o *empowerment* e o conhecimento dos utentes acerca da patologia, por outro, há que promover mudanças de atitude por parte dos profissionais de saúde, de forma a que informem mais e melhor os utentes e a que realizem o exame objetivo da cavidade oral mais frequentemente na consulta, sobretudo aos indivíduos com risco mais elevado.^{11,16,17}

Os tumores de cabeça e pescoço, muito em particular os localizados na cavidade oral, são um importante problema de saúde pública, uma vez que acarretam um grande impacto individual, comunitário, económico e hospitalar. Para além disso, tendo em conta que a prevenção e o diagnóstico precoces podem ser promovidos com relativa facilidade, a alta taxa de mortalidade que apresentam torna-se um problema ainda mais grave.^{9,10,17} Já se conhecem as dificuldades em implementar políticas públicas que, por exemplo, se dirijam à cessação tabágica ou à consciencialização para um consumo moderado de álcool, no entanto, inclusive no que aos CCP/CCO diz respeito, elas continuam a revelar-se essenciais, dado o risco que estes hábitos constituem para o desenvolvimento da doença.¹⁶ Fundamenta-se, assim, a necessidade de procurar estratégias que, no seu todo, minimizem os atrasos na deteção, as sequelas do tratamento e o impacto na qualidade de vida dos doentes.

Para auxiliar nesta educação em saúde, é mandatário estar a par da mais recente evidência científica sobre o tema. Nesse sentido, os estudos epidemiológicos são muito importantes, uma vez que descrevem o estado de saúde da população, informam sobre fatores de risco e favorecem maiores ganhos em saúde, quer para o indivíduo (aumentando a sobrevivência e a qualidade de vida), quer para o sistema de saúde (diminuindo os custos e aumentando a eficiência dos cuidados). Por outro lado, esses mesmos estudos são também necessários para suportar a eficácia das ações de diagnóstico precoce.^{4,16,17}

CONCLUSÕES

O presente estudo corrobora que alguns fatores epidemiológicos e demográficos são potencialmente de risco para o desenvolvimento de CCP (em particular, CCO).

Para além disso, sugere a existência uma franja da população portuguesa que beneficiaria particularmente de um maior grau de vigilância, de campanhas de sensibilização/informação ou até mesmo da implementação de um rastreio para deteção precoce de CCP/CCO: indivíduos do sexo masculino, com idade igual ou superior a 40 anos, sobretudo se forem consumidores de álcool em excesso e com hábitos tabágicos concomitantes. As regiões do Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Norte parecem ser particularmente afetadas pela patologia. Este rastreio não acarretaria custos elevados uma vez que, para além de um profissional de saúde capacitado, apenas seria necessária uma espátula (ou espelho de dentista), uma luz adequada, compressas e material de proteção (luvas). Para além disso, segundo a bibliografia nacional e internacional, a sua implementação poderia representar um grande benefício em termos de saúde, uma vez que permitiria detetar mais doentes em estadios precoces da doença, reduzindo significativamente a taxa de mortalidade, aumentando muito a sobrevivência e reduzindo os custos associados aos cuidados de saúde.

Conclui-se, ainda, que é essencial apostar na sensibilização e formação dos profissionais de saúde para a temática do CCP/CCO, sobretudo ao nível dos cuidados de saúde primários, que são, muitas vezes, o primeiro contacto do indivíduo com o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silveira, A. *et al.*; **Oncologia de Cabeça e Pescoço: enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**; *Rev. Bras. Epidemiol.*; 15, 38-48 (2012)
2. Correia, S. F.; **Reabilitação do Doente Oncológico da Cabeça e Pescoço - Considerandos Clínicos e Protocolos de Atuação**; Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras; (2013)
3. Silveira, A., Sequeira, T. & Oliveira, M. C.; **Epidemiologia da Patologia Oncológica de Cabeça & Pescoço: os números nacionais e internacionais**; *APASD*; 1 (2012)
4. Estêvão, R., Santos, T., Ferreira, A., Machado, A. & Fernandes, J.; **Características Epidemiológicas e Demográficas dos Doentes Portadores de Tumores da Cabeça e Pescoço no Norte de Portugal: Impacto na Sobrevida**; *Rev. Científica da Ordem dos Médicos*; 597-604 (2016)
5. Mota, T. R. T. B.; **Tempo de Espera desde o Diagnóstico ao Tratamento dos Cancros da Cabeça e Pescoço e o seu Impacto na Sobrevida Global - Estudo retrospectivo de doentes diagnosticados e tratados em quatro instituições do Norte de Portugal no ano de 2012**; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto; (2016)
6. Direção-Geral da Saúde; **Portugal: Doenças Oncológicas em Números - 2013**; *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*; (2013)
7. Ragin, C. C. R., Modugno, F. & Gollin, S. M.; **The Epidemiology and Risk Factors of Head and Neck Cancer: a Focus on Human Papillomavirus**; *Crit. Rev. Oral Biol. Med.*; 86(2), 104-114 (2007)
8. National Cancer Institute; **Head and Neck Cancers**; disponível em <https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/head-neck-fact-sheet> (Acedido pela última vez a 3 de fevereiro de 2017)
9. Campana, I. G. & Goiato, M. C.; **Tumores de Cabeça e Pescoço: Epidemiologia, Fatores de Risco, Diagnóstico e Tratamento**; *Rev. Odontológica Araçatuba*; 34, 20-26 (2013)
10. Ramos, R. T. *et al.*; **Leucoplasia Oral: Conceitos e Repercussões Clínicas**; *Rev. Bras. Odontol.*; 74, 51 (2017)
11. Direção-Geral da Saúde, Ordem dos Médicos Dentistas; **Intervenção Precoce no Cancro Oral - Guia para Profissionais de Saúde**; (2014)
12. Castro, A. F.; **Abordagem Inicial dos Carcinomas de Cabeça e Pescoço (Comunicação Oral)**; Centro Hospitalar do Porto; (2016)
13. Silveira, É. 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**; *J. Bras. Patol. e Med. Lab.*; 45, 233-238 (2009)
14. RORENO; **Registo Oncológico Nacional 2010**; Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil - EPE; (2010)
15. Silva, A. M. A. R.; **A Radioterapia em Patologia Oncológica de Cabeça e Pescoço: Impacto na Qualidade de Vida e na Saúde Oral**; Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade Fernando Pessoa; (2012)

16. Torres-Pereira, C. C., Angelim-Dias, A., Melo, N. S., Lemos Jr, C. A. & Oliveira, E. M. F.; **Strategies for management of oral cancer in primary and secondary healthcare services**; *Cad. Saúde Pública*; 28, 30-39 (2012)
17. Silva, B. L. R., Neto, M. S. S., França, D. C. C. & Aguiar, S. M. H. C. Á.; **Participants profile of the permanent program of prevention and early diagnosis of oral diseases, with emphasis on oral cancer, in the city of Cuiabá-MT**; *Arch. Heal. Investig.*; 6 (2017)
18. World Health Organization; **Cancer Prevention**; disponível em <http://www.who.int/cancer/prevention/en/> (Acedido pela última vez a 1 de maio de 2017)
19. Lewin, F. *et al.*; **Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck: a population-based case-referent study in Sweden**; *Cancer*, 82, 1367-75 (1998)
20. Direção-Geral da Saúde; **Relatório 2014 - Avaliação e Monitorização dos Rastreios Oncológicos Organizados de Base Populacional de Portugal Continental**; *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*; 1–6 (2015)
21. Liga Portuguesa Contra o Cancro; **Diagnóstico de Lesões da Cavidade Oral - Rastreio e Diagnóstico Precoce**; disponível em: <https://www.ligacontracancro.pt/servicos/detalhe/url/diagnostico-de-lesoes-da-cavidade-oral/> (Acedido pela última vez a 8 de fevereiro de 2017)
22. Ordem dos Médicos Dentistas; **Cancro oral: cheques diagnóstico PIPCO**; disponível em: <https://www.omd.pt/noticias/2015/09/cancro-saude-oral> (Acedido pela última vez a 8 de fevereiro de 2017)
23. Ordem dos Médicos Dentistas; **Programa de Intervenção Precoce do Cancro Oral: emissão de cheques-diagnóstico**; disponível em: <https://www.omd.pt/noticias/2016/02/contra-cancro-diagnostico> (Acedido pela última vez a 8 de fevereiro de 2017)
24. RORENO; **Registo Oncológico Regional do Norte 2010**; Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil - EPE; (2010)

ANEXOS

ANEXO 1 – Inquérito utilizado no rastreio



**DIA MUNDIAL DO CANCRO DA CABEÇA E PESCOÇO
VOLTA A PORTUGAL EM BICICLETA**

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/_____ Sexo: Feminino ___ Masculino ___

Morada: _____

Código Postal: _____ Localidade: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Centro de Saúde: _____

Hábitos Tabágicos: Idade início ___ Idade término ___ Cigarros/dia ___

Hábitos Alcoólicos: Bebidas brancas ___ Vinho ___ Cerveja ___ Social ___

Data de Início Sinais/Sintomas: ___/___/_____

Sintoma ou Sinal Inicial: Placa Branca ___ Placa Vermelha ___ Disfonia ___

Disfagia ___ Odinofagia ___ Adenopatia Cervical ___

Outro: _____

Localização da lesão observada: _____

Orientação do doente: Consulta da Instituição ___ Médico assistente ___

Outro: _____

(assinatura/carimbo)

TABELAS

TABELA I – Tipo de consumo alcoólico nos rastreados

Tipo de consumo alcoólico	Número de indivíduos
Bebidas brancas	12
Cerveja	8
Social	308
Vinho	185
Bebidas brancas + Cerveja	2
Bebidas brancas + Social	4
Bebidas brancas + Vinho	4
Cerveja + Social	9
Cerveja + Vinho	64
Vinho + Social	33
Bebidas brancas + Cerveja + Vinho	44
Bebidas brancas + Social + Vinho	2
Cerveja + Social + Vinho	19
Bebidas Brancas + Cerveja + Social + Vinho	4
Total	698

TABELA II – Distribuição dos indivíduos sinalizados por distrito

Distrito	Número de sinalizados	% do total de sinalizados	NUTS II correspondente
Aveiro	18	15,3	Centro
Beja	1	0,8	Alentejo
Braga	11	9,3	Norte
Bragança	2	1,7	Norte
Castelo Branco	6	5,1	Centro
Coimbra	2	1,7	Centro
Évora	0	0	Alentejo
Faro	0	0	Algarve
Guarda	18	15,3	Centro
Leiria	2	1,7	Centro
Lisboa	23	19,5	Lisboa e Vale do Tejo
Portalegre	0	0	Alentejo
Porto	10	8,5	Norte
Santarém	4	3,4	Centro
Setúbal	13	11,0	Lisboa e Vale do Tejo
Viana do Castelo	1	0,8	Norte
Vila Real	2	1,7	Norte
Viseu	1	0,8	Centro
Açores (todos os distritos)	2	1,7	Região Autónoma dos Açores
IMIGRANTE	1	0,8	
NÃO ESPECIFICADO	1	0,8	
Total	118	100	

TABELA III – Distribuição dos indivíduos sinalizados por NUTS II

NUTS II	Número de sinalizados	% do total de sinalizados
Norte	26	22,0
Centro	51	43,2
Lisboa e Vale do Tejo	36	30,5
Alentejo	1	0,8
Algarve	0	0
Região Autónoma dos Açores	2	1,7
Região Autónoma da Madeira	–	–
IMIGRANTE	1	0,8
NÃO ESPECIFICADO	1	0,8
Total	118	100

Nota: No presente estudo, não houve nenhum indivíduo rastreado proveniente da Região Autónoma da Madeira (–). Provenientes do Algarve foram rastreados 7, no entanto, nenhum foi sinalizado (0).

TABELA IV – Número de casos de CCP diagnosticados em 2010 (segundo os dados publicados no ROENO desse ano) ¹⁴

NUTS II	Número de doentes com CCP	Ordem de frequência
Norte	482	1º
Centro	413	3º
Lisboa e Vale do Tejo	446	2º
Alentejo	62	6º
Algarve	77	4º
Região Autónoma dos Açores	69	5º
Região Autónoma da Madeira	53	7º

GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Número de indivíduos rastreados por cidade

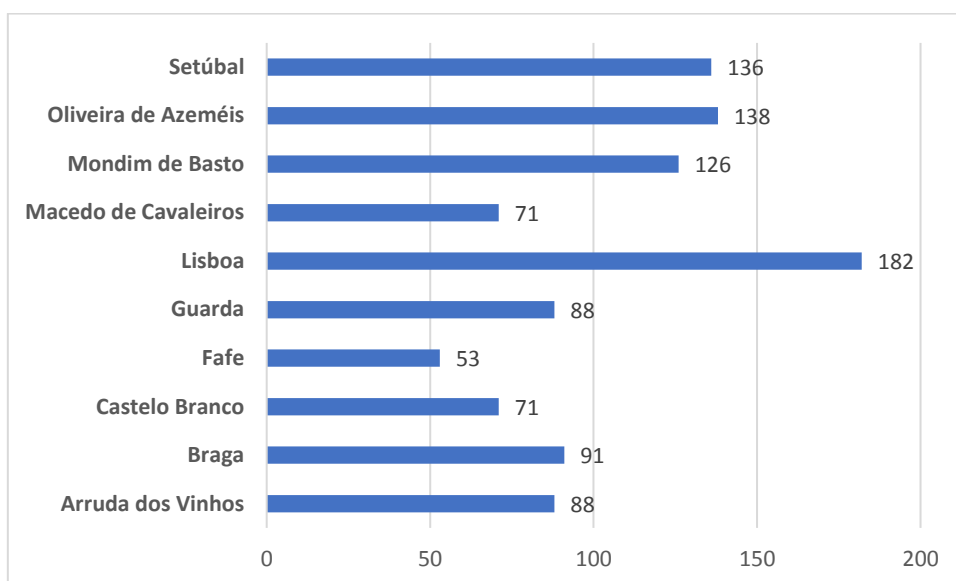


GRÁFICO 2 – Distribuição de idades dos indivíduos rastreados

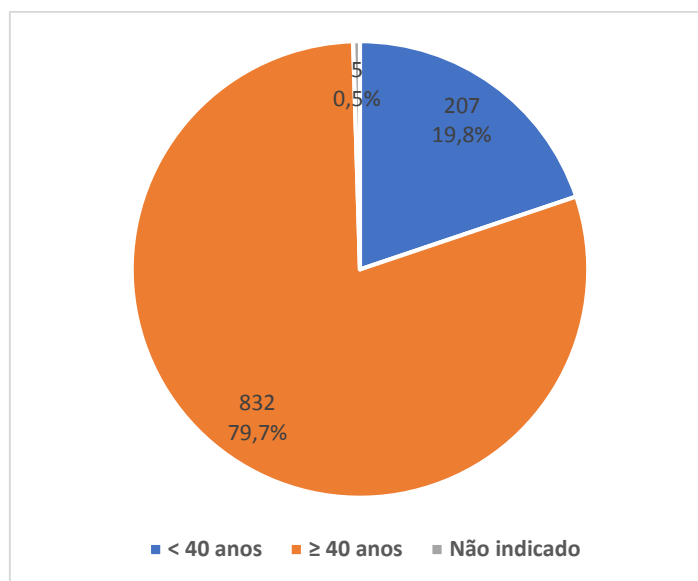


GRÁFICO 3 – Distribuição dos indivíduos rastreados por distrito

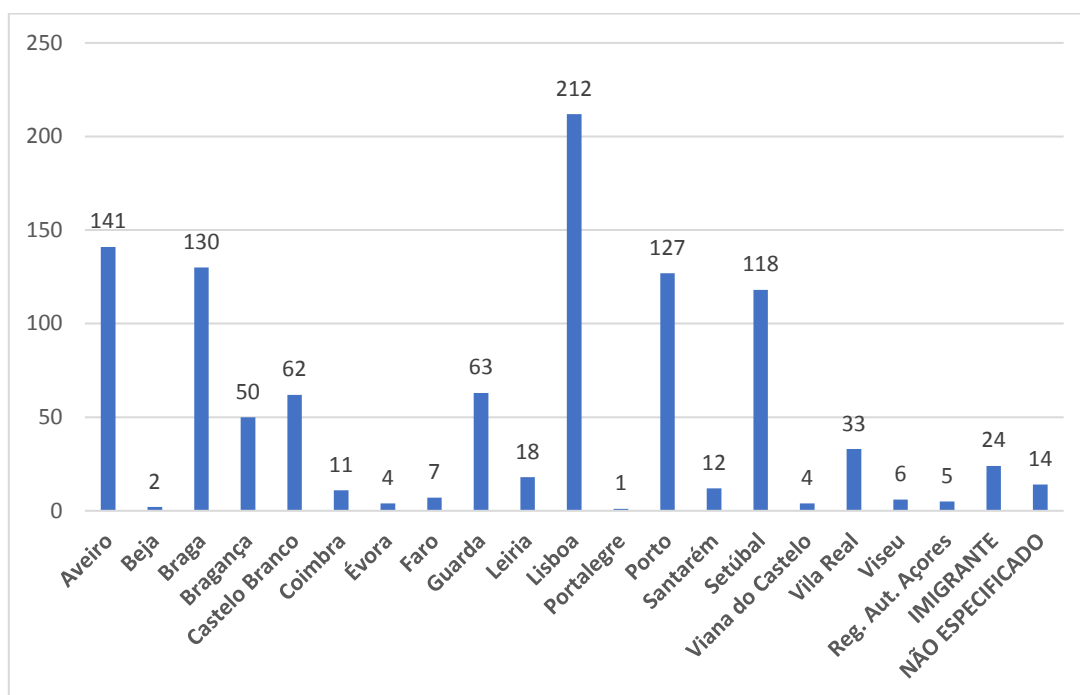


GRÁFICO 4 – Hábitos tabágicos dos indivíduos rastreados

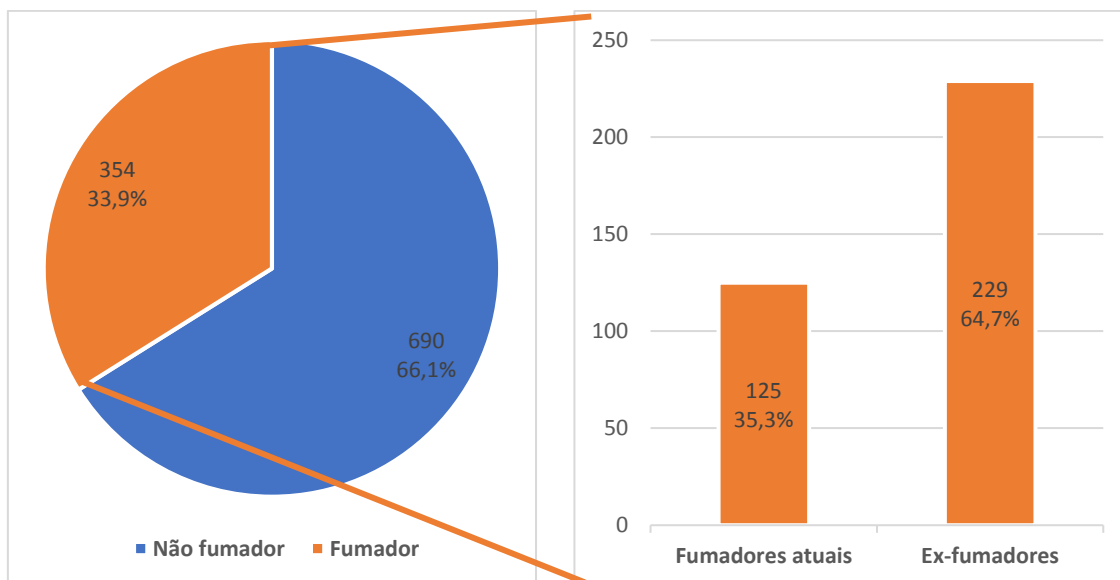


GRÁFICO 5 – Seguimento dos indivíduos sinalizados

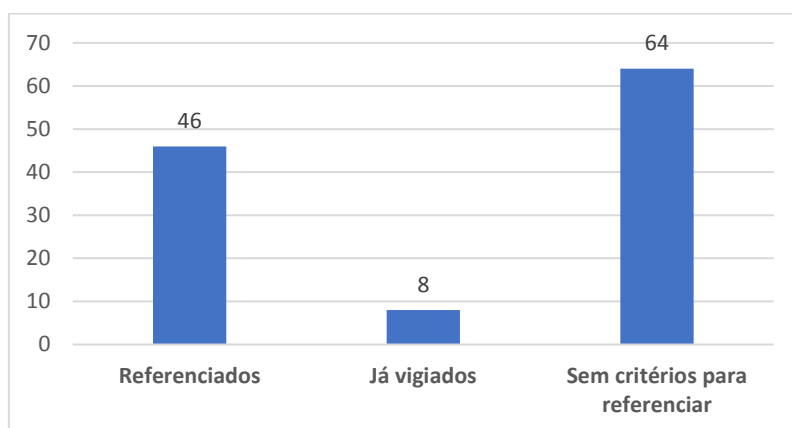


GRÁFICO 6 – Distribuição dos indivíduos rastreados (azul) e dos indivíduos sinalizados (laranja) por NUTS II

