

Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte

The profile of patients with oral squamous cell carcinoma under treatment in Mário Penna Hospital in Belo Horizonte, Brazil

Evandro Neves Abdo,¹ Arnaldo de Almeida Garrocho² e Maria Cássia Ferreira de Aguiar³

Resumo

Foram entrevistados 154 pacientes, sendo 124 do sexo masculino (80,5%) e 30 do sexo feminino (19,5%), em tratamento de carcinoma epidermóide bucal (CE), excluindo-se o de lábio, no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. A relação homem/mulher foi de 4,1:1. Os pacientes iniciaram o hábito de fumar numa média de idade de 14,2 anos e começaram a beber aos 17,6 anos em média. A média de idade para o sexo masculino foi de 55,7 anos e para o sexo feminino de 65,7 anos. Encontramos uma alta prevalência de analfabetos (44,8%), 80,5% provenientes de áreas urbanas, 58,9% de pacientes vivendo com no máximo 1 salário mínimo, uma maior prevalência entre pacientes leucodérmicos (55,2%). Os resultados acusaram 79,3% de fumantes, 48,1% de etilistas. Os dados evidenciaram uma maior prevalência da lesão no assoalho bucal (27,9%), seguido da língua (22,1%) e região retromolar (15,6%). **Palavras-chave:** neoplasias bucais; carcinoma epidermóide; epidemiologia.

Abstract

With the objective of assessing the epidemiological profile of patients with oral squamous cell carcinoma, interviews were conducted with 154 patients under treatment at Mário Penna Hospital in Belo Horizonte, Brazil. Patients with labial carcinoma were excluded. Most patients were male (80.5%), the mean age was 57.7 for men, and 65.7 for women. The male to female ratio for oral cancer was 4.1:1. The mean age to beginning of the addiction to smoking was 14.6 years, and to drinking, 17.6 years of age. The majority came from urban areas (80.5%), 55.2% were white, 44.8% were illiterate, and 58.9% lived on a minimum wage. Seventy nine point to three percent (79.3%) were active smokers and 48.1% were alcohol users. The mouth floor was the most site localization of the carcinoma (27.9%), followed by the tongue (22.1%) and the retromolar region (15.6%).

Key words: mouth neoplasms; squamous cell carcinoma; epidemiology.

¹Mestre em Estomatologia. Prof. Assistente da Faculdade de Odontologia da UFMG. *Enviar correspondência para E.N.A.* Faculdade de Odontologia da UFMG, Av. Presidente Antônio Carlos 6627; 31270-901 Pampulha, BH - Brasil. *E-mail:* enabdo@bol.com.br

²Mestre em Patologia Bucal. Prof. Titular da Faculdade de Odontologia da UFMG.

³Doutora em Patologia Bucal. Profa. Adjunta da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Recebido em novembro de 2001.

INTRODUÇÃO

O carcinoma epidermóide (CE) corresponde a cerca de 90% dos tumores malignos da boca.^{1,2} O objetivo do trabalho foi determinar o perfil do paciente em tratamento de carcinoma epidermóide da cavidade bucal (CE), no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte, obtendo-se assim as características regionalizadas dessa população.

No Brasil, as projeções para o ano 2000 estimaram 10.890 novos casos de câncer bucal e 3.077 óbitos dele decorrentes. A incidência no país, por 100.000 habitantes, é de 10,9 para homens e de 3,05 para mulheres.³ O câncer bucal representa de 7% a 12,8% de todos os cânceres entre os homens, e de 2,0% a 6,0% entre as mulheres.⁴

Embora haja um aumento na incidência entre as mulheres, os estudos mostram uma marcada prevalência para o sexo masculino.⁵⁻¹¹

A raça branca tem sido relacionada com uma maior freqüência na incidência do CE bucal.^{5,13} Nos países onde há uma maior miscigenação racial observa-se uma distribuição mais homogênea com relação à raça.¹²⁻¹⁵

A faixa etária de maior prevalência está entre 50 e 70 anos, com uma média de idade menor entre os homens. Trabalhos mostram a preocupação com a crescente ocorrência do CE bucal em pacientes com idade abaixo de 40 anos.^{5,9,10,12,14,16-18}

Com relação à procedência e ao estado civil, tem se constatado em vários locais do Brasil que a maioria dos pacientes é casada e reside em zonas rurais.^{8,12,13}

O consumo de fumo, sob as suas mais diversas formas, tanto no Brasil como em outros países, está associado ao aumento do risco para o CE bucal em relação aos não fumantes.^{2,7,8,11,12,19-21,24}

O início do vício em idade precoce e um longo tempo de exposição ao fumo têm sido constantemente relatados em artigos científicos.^{2,20,32}

A interrupção do hábito de fumar reduz o risco ao CE, ficando próximo ao daqueles pacientes que nunca fumaram, após um período de 10 a 20 anos.^{12,20,21,24}

O etanol não tem sido reconhecido como carcinogênico em animais de laboratório,

porém o álcool tem sido associado ao desenvolvimento do CE bucal, podendo este hábito ser um potencializador para outros fatores etiológicos.^{5,11,12,21,25,26}

O consumo associado de álcool e fumo é responsável por um aumento do risco de CE bucal, sendo maior que a soma do risco de cada fator.^{2,12,21,26}

Embora com relação à localização do tumor primário a maioria dos artigos cite a língua como o sítio de maior prevalência após o lábio,^{12,15} alguns autores encontraram uma maior prevalência no assoalho bucal, ou valores muito próximos para a incidência na língua e no assoalho bucal.^{8,16,18,19,31,32}

A maioria dos portadores de CE bucal tem baixa renda e grau de instrução precário. No Brasil, a prevalência de analfabetos entre os portadores de CE bucal tem variado de 28% a 74%^{2,12,21,26} e a renda mensal oscilado entre 83 e 128 dólares, de acordo com a época e o local a pesquisa.^{7,12,15}

MATERIAL E MÉTODO

A amostra foi baseada em estudo-piloto, aplicando as fórmulas para cálculo por estimativa de proporções numa população finita, sendo $\alpha=0,05$ e $d=0,05$. Entrevistaram-se 154 pacientes em tratamento de CE bucal no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. As entrevistas foram realizadas no período entre 29/11/00 a 27/04/01. Excluíram-se os casos de lábio pois estão sujeitos a fatores de risco próprios. Foram coletados os dados referentes à idade, sexo, procedência, raça, estado civil, grau de instrução, renda mensal, profissão, uso de fumo e bebida alcoólica, localização do tumor primário. Os sítios foram registrados conforme a Classificação Internacional de Doenças-10ª edição (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS)³⁴ a saber: língua (CID.C02), gengiva (CID.C03), assoalho bucal (CID.C04), palato duro (CID.C05-0), mucosa bucal (CID.C06), retromolar (CID.C06-2). O local da lesão foi determinado pelo cirurgião responsável pelo paciente. Só consideramos como ex-fumantes e ex-etilistas aqueles pacientes que abandonaram o vício há mais de 2 anos.^{19,26} Foram considerados como analfabetos os pacientes que cursaram até a 2ª série

primária. Como renda mensal foram considerados os ganhos de salários, pensões, aposentadorias e rendimentos de autônomo, com base no salário mínimo. As profissões foram agrupadas baseadas na Classificação Brasileira de Ocupações do IBGE.³³ Foram entrevistados apenas os pacientes que puderam prestar informações por si mesmos. Os dados foram analisados por estatística descritiva através do programa *Minitab-11 for Windows*. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP-UFMG).

RESULTADOS

Dos 154 pacientes entrevistados 124 eram do sexo masculino (80,5%) e 30 do sexo feminino (19,5%) com uma proporção de 4,1:1. A média de idade encontrada foi de 55,7 anos para o sexo masculino e 65,8 para o sexo feminino, com uma variação de 31 a 89 anos. A distribuição por faixa etária é mostrada na Tabela 1.

A média de idade para o início do uso de fumo e bebidas alcoólicas, foi de 14,2 e 17,6 anos, respectivamente, com variação de 7 a 40 anos.

Com relação à localização encontramos os seguintes valores: assoalho bucal (27,9%), língua (22,2%), região retromolar (15,6%), com envolvimento de mais de um local (14,3%), gengiva (6,5%), mucosa bucal (6,5%), palato duro (5,2%), tumores sincrônicos (1,3%), tumores metacrônicos (0,7%).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes por faixa etária.

Faixa etária (em anos)	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		Nº	%
Menos de 30 anos	-	-	-	-	-	-
De 31 a 40 anos	5	4,0	-	-	5	3,3
De 41 a 50 anos	40	32,3	2	6,7	42	27,3
De 51 a 60 anos	30	24,4	0	0,0	30	19,5
De 61 a 70 anos	20	16,1	8	26,7	28	18,2
Acima de 71 anos	11	8,9	11	36,7	22	14,2
Total	124	100,0	30	100,0	154	100,0

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com relação à faixa etária (Tabela 1) mostram que o CE bucal

manifestou-se predominantemente entre 50 e 70 anos. Acima de 70 anos predominou o sexo feminino, enquanto abaixo dos 50 anos a prevalência maior foi do sexo masculino, não se encontrando nenhuma mulher entre os pacientes abaixo de 40 anos. Estes valores estão de acordo com outros autores,^{1,5,8,13,19,20,35} podendo servir de base para um programa de prevenção e busca da lesão primária na população de risco.

A distribuição racial encontrada (Tabela 2), levou-nos a considerar que a prevalência por um segmento racial tem relação com o grau de miscigenação em cada região. Os valores encontrados em Salvador,⁷ Curitiba,^{12,15} Belo Horizonte¹⁰ e em outros países^{2,13,14,17,18} evidenciam perfis regionalizados. É difícil padronizar um critério único para definir a cor da pele, dificultando a comparação de resultados.

Achamos 81,5% dos pacientes residindo em áreas urbanas (Tabela 2). Essa provável característica regionalizada difere dos achados de outros autores.^{7,12,15} A diferença pode ser por questões regionais e pela urbanização da população observada nos últimos anos, conforme o senso populacional do IBGE-2000²⁸ que encontrou 18,8% de habitantes residindo em zonas rurais. Pode-se supor também que esses pacientes, embora migrando para áreas urbanas, ainda mantenham os hábitos originais.

Outros autores incluíram o câncer de lábio em seus trabalhos e nossa pesquisa não. A exposição à radiação ultravioleta, comum na atividade rural, é determinante como fator de risco para o CE de lábio.

Embora entre os homens a profissão mais freqüente tenha sido a de trabalhadores agropecuários, da pesca e assemelhados (Tabela 2), a distribuição das demais profissões mostrou uma diversidade de atividades tipicamente urbanas.

Com relação ao estado civil, houve uma maior prevalência de indivíduos casados entre os pacientes do sexo masculino, enquanto que entre as mulheres a proporção de casadas e viúvas esteve dentro de patamares semelhantes.

Tabela 2. Dados demográficos dos pacientes.

CONDIÇÃO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
PROCEDÊNCIA						
Rural	23	18,5	7	23,3	30	19,5
Urbana	101	81,5	23	76,7	124	80,5
COR DA PELE						
Leucodérmicos	67	54,0	18	60,0	85	55,2
Feodérmicos	44	35,5	8	26,7	52	33,8
Melanodérmicos	13	10,5	4	13,3	17	11,0
ESTADO CIVIL						
Casado	77	62,1	13	43,3	90	57,4
Solteiro	24	16,4	2	6,7	26	16,9
Viúvo	10	8,0	15	50,0	25	16,2
Outros	13	10,5	-	-	13	8,5
GRAU DE INSTRUÇÃO						
Analfabeto	52	41,9	17	56,7	69	44,8
Da 3ª a 8ª série	65	52,4	11	36,7	76	49,4
Acima da 8ª série	7	5,7	2	6,6	9	5,8
RENTA MENSAL						
Até 1 salário mínimo	73	58,9	23	76,7	96	62,3
Mais que 1 e até 3 salários mínimos	38	30,6	6	20,0	44	28,6
Acima de 3 salários mínimos	13	10,5	1	3,3	14	9,1
PROFISSÃO						
Trabalhadores agropecuários, pesca e semelhantes	26	20,9	5	16,7	31	20,1
Trabalhadores da construção civil	25	20,2	-	-	25	16,2
Trabalhadores do comércio e semelhantes	16	12,9	1	3,3	17	11,0
Atividades do lar	-	-	23	76,7	23	14,9
Condutores de veículos automotores e semelhantes	11	8,9	-	-	11	7,2
Mecânicos de veículos, máquinas e semelhantes	10	8,0	-	-	10	6,5
Serviços gerais e mão de obra não especificada	13	10,5	-	-	13	8,4
Funcionários públicos	8	6,5	-	-	8	5,2
Metalúrgicos, tomeiros e semelhantes	5	4,8	-	-	5	3,9
Profissões diversas	9	7,3	1	3,3	10	6,5
Total	124	100,0	30	100,0	154	100,0

Os pacientes que estudaram até a 2ª série foram agrupados como analfabetos. A procedência foi determinada pelo local de residência nos últimos 5 anos.

Com relação ao grau de instrução, a literatura mostra valores diferentes em cada região, evidenciando porém um grande número de analfabetos.^{2,7,12,15}

O critério de considerar como analfabetos aqueles indivíduos que cursaram somente até a 2ª série primária, justificou-se uma vez que esses pacientes mostraram-se incapazes de ler o texto de livre consentimento por nós apresentado (Tabela 2).

Observamos uma dificuldade de absorver informações escritas pela população por nós estudada, mesmo entre aqueles que não foram considerados como analfabetos.

Com relação à renda, encontramos 62,3% de pacientes que ganhavam até 1 salário mínimo, cerca de 75 dólares à época em que os dados foram coletados. Comparando esse valor com os citados em outras pesquisas notamos um empobrecimento da população. Nossos achados estão de acordo com a literatura.^{11,25,29}

A literatura mostra um claro envolvimento

do fumo em relação ao CE bucal. Em nossa amostra apenas 6,5% dos pacientes nunca foram expostos ao fumo. Entre os homens, somente um paciente relatou nunca ter fumado. Isso significa uma quase totalidade de pacientes do sexo masculino expostos aos carcinógenos do fumo.

Já entre as mulheres, 30,0% relataram nunca ter fumado, evidenciando que, nesses casos, o CE não pode ser explicado pela exposição aos carcinógenos do fumo. Isso mostra a necessidade de pesquisar-se a prevalência de outros fatores de risco.

A média de idade encontrada para o início do hábito de fumar,¹⁴ 2 anos, está de acordo com outros achados no Brasil.^{22,30} A prevenção do câncer bucal deve começar a ser divulgada entre os jovens na tentativa de diminuir o número de usuários.

Uma característica regional foi observada na maneira de fumar, constatando-se 28,6% de mulheres com o hábito de fumar cachimbo e, que apenas um homem (0,8%) relatou, em nossa amostra, essa forma de fumar (Tabela 3).

O consumo de bebida em nossa pesquisa, mostra uma relação entre o álcool e o CE bucal, estando de acordo com a literatura levantada.^{7,12,19-21,26}

Tabela 3. Dados relativos ao consumo de fumo e

HÁBITO ASSOCIADO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
FUMO						
Fumantes	107	86,3	15	50,0	122	79,3
Ex-fumantes	10	12,0	0	20,0	10	6,5
Nunca fumaram	1	0,8	0	30,0	1	0,5
TIPO DE FUMO						
Cigarro industrializado	72	58,5	7	33,3	79	51,0
Cigarro de palha	43	35,0	8	33,3	51	33,3
Cig. de palha e industrializado	7	5,7	-	-	7	4,0
Cachimbo	1	0,8	0	28,0	1	0,5
ÁLCOOL						
Bebidas	65	52,4	0	30,0	65	42,1
Ex-bebedores	40	30,5	4	13,3	44	28,4
Nunca beberam	10	8,1	17	56,7	27	17,5
TIPO DE BEBIDA						
Cachaça	91	70,8	13	100,0	104	67,0
Cerveja	0	0,0	-	-	0	0,0
Cachaça e cerveja	14	12,3	-	-	14	9,0
Outros	3	2,0	-	-	3	2,0

Entre as mulheres, 56,7% afirmaram nunca ter bebido, sugerindo que o uso de bebidas não justifica mais da metade dos casos de CE. Talvez outros fatores sejam importantes para o sexo feminino, devendo isso ser melhor estudado.

Considerando-se os efeitos residuais do

álcool e do fumo deve-se considerar que mesmo ex-fumantes e ex-etilistas necessitam de um período longo para redução do risco em relação a esses fatores.^{12,15,20,21}

Encontramos uma maior prevalência da lesão no assoalho bucal, com um valor próximo aos encontrados com relação à língua, devido à margem de erro de 5%. Como outros autores^{8,16,18,19,31,32} encontraram valores semelhantes, acreditamos que nossos resultados mostram uma característica regionalizada que merece ser melhor estudada.

Os programas de saúde devem usar formas mais eficazes de divulgação e prevenção do CE bucal. O grande número de analfabetos mostra que cartazes, cartilhas e panfletos não são veículos de divulgação satisfatórios para esse segmento da população. O trabalho de combate ao tabagismo e ao alcoolismo tem que caminhar em conjunto com a melhoria das condições sociais e culturais, necessitando um longo e árduo caminho para reverter-se o quadro de incidência do câncer de boca no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rosa MRD, Falcão AV, Sampaio GS. Epidemiologia do câncer bucal no Estado da Paraíba-Brasil (1978-1993). *Rev Bras Cien Saúde* 1997;1:17-22.
- Leite ICG, Koifman S. Survival analysis in a sample of oral cancer patients at a reference hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Oral Oncol* 1999;34:347-52.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Brasília; 2000. Disponível em: <http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa2000/metodologia>.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Câncer no Brasil: dados dos registros de base hospitalar. Rio de Janeiro: INCA; 1995.
- Blot WJ, Mclanghlin JK, Winn DM, et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res* 1988;48:3282-7.
- Sundefeld ML, Saliba O, Saliba NA. Estudo descritivo da ocorrência do câncer da boca, na população da 9ª região administrativa do Estado de São Paulo. *Rev Odontol UNESP* 1993;22:135-45.
- Reis SRA, Lima CR, Marchionni AMT, Setubal MG. Fatores de risco do câncer da cavidade oral e da orofaringe. I. Fumo, álcool e outros determinantes. *RPG* 1997;4:127-32.
- Araújo Filho VJF, De Carlucci Júnior D, Sasaki SU, et al. Perfil da incidência do câncer oral em um hospital geral em São Paulo. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo* 1998;55:110-3.
- D'costa J, Saranath D, Sanghvi V, Mehta AR. Epstein-Barr virus in tobacco-induced oral cancers and oral lesions in patients from India. *J Oral Pathol Med* 1998;27:78-82.
- Gervázio OLAS, Dutra RA, Tartaglia SNA, Vasconcellos VA, Barbosa AA, Aguiar MCF. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. *Braz Dent J* 2001;2:57-61.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Manual de detecção de lesões suspeitas: câncer de boca. 2a ed. Rio de Janeiro: INCA; 1996.
- Franco EL, Kowalski LP, Oliveira BV, et al. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case-control study. *Int J Cancer* 1989;43:992-1000.
- Oliver AJ, Helfriek JF, Gard D. Primary oral squamous cell carcinoma: a review of 92 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1996;54:949-54.
- Hille JJ, Shear M, Sitas F. Age standardized incidence rates of oral cancer in South Africa, 1988-1991. *J Dent Ass S Afr* 1996;51:771-6.
- Velly AM, Franco EL, Schlecht N, et al. Relationship between dental factors and risk of upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncol* 1998;34:284-91.
- Oliveira BV, Hatschbach SBB, Kato M, Montenegro MF, Toyama OT. Câncer oral: áreas de alto risco. *Ars Curandi Odontol* 1977;4:28-34.
- Bruun JP. Time lapse by diagnosis of oral cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976;42:139-49.
- Pinholt EN, Rindum J, Pindborg JJ. Oral cancer: a retrospective study of 100 Danish cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997;37:77-80.
- Boffetta P, Mashberg A, Winkelmann R, Garfinkel L. Carcinogenic effect of tobacco smoking and alcohol drinking on anatomic sites of the oral cavity and oropharynx. *Int J Cancer* 1992;52:530-3.
- Andre K, Schraub S, Mercier M, Bontemps P. Role of alcohol and tobacco in the aetiology of head and neck cancer: a case-control study in the Doubs Region of France. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1995;31B:301-9.
- Lewin F, Norell SE, Johansson H, et al. Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer* 1998;82: 1367-75.

22. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Falando sobre tabagismo. 2a ed. Rio de Janeiro: INCA; 1995.
23. Garrote LF, Herrero R, Reyes RM, et al. Risk factors for cancer of the oral cavity and oropharynx in Cuba. *Br J Cancer* 2001;85:46-54.
24. Schlecht N, Franco EL, Pintos J, Kowalski LP. Effects of smoking cessation and tobacco type on the risk of cancers of the upper aero-digestive tract in Brazil. *Epidemiology* 1999;10:412-8.
25. Graham S, Dayal H, Rohrer T, et al. Dentition, diet, tobacco in the epidemiology of oral cancer. *J Natl Cancer Inst* 1977;59:1611-8.
26. Moreno-López LA, Esparza-Gómez GC, González-Navarro A, Cerero-Lapiedra MJ, González-Henández MJ, Domínguez-Rojas V. Risk of oral cancer associated with tobacco smoking, alcohol consumption and oral hygiene: a case-control study in Madrid, Spain. *Oral Oncol* 2000;36:170-4.
27. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Câncer no Brasil: dados dos registros de câncer de base populacional. Rio de Janeiro: INCA; 1995. vol. 2.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Brasília; 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatística/população/censo2000/brasil.shtm>
29. Petit E, O'shea R, Greene G Jr. The experience and attitudes of the practitioner. *NY State Dent J* 1976;42:161-7.
30. Mauad EC, Bonetti LMG, Silva CM, Nogueira JL, Mirra AP. Prevalência de tabagismo e seus determinantes em algumas escolas de Barretos - São Paulo em 1996. *Rev Bras Cancerol* 1999;45:41-7.
31. Brugere J, Guenel P, Leclerc A, et al. Differential effects of tobacco and alcohol in cancer of the larynx, pharynx, and mouth. *Cancer* 1986;(2):391-5.
32. Almodovar J, Perez SI, Arruza M, et al. Descriptive epidemiology of head and neck squamous cell carcinoma in Puerto Ricans. *Puerto Rico Health Sci J* 1996;15(4):251-5.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação Brasileira de Ocupações. Brasília; 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/concla/subocup/claocup.shtm>
34. Organização Mundial de Saúde. CID-10. 5a ed. São Paulo: USP; 1997. vol. 1. p.181-7.
35. Santana EDB, Lins Rocha LEF, Oliveira S, et al. Squamous cell carcinoma: a 20 years prevalence and descriptive analyses at the Aristides Maltez Hospital in Salvador - Bahia, Brazil. *Rev Fac Odontol UFBA* 1999;18(1).