

Manutenção do tabagismo e etilismo em pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço: influência do tipo de tratamento oncológico empregado

FÁBIO ROBERTO PINTO¹, LEANDRO LUONGO DE MATOS², WAGNER GUMZ SEGUNDO³, CHRISTIANA MARIA RIBEIRO SALLES VANNI⁴, DENISE SANTOS ROSA⁵, JOSSI LEDO KANDA⁶

¹ Doutorado em Ciências; Cirurgião de Cabeça e Pescoço do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo — ICESP/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — FMUSP e da Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP

² Mestrado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC; Médico-residente da Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP

³ Médico-residente da Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP

⁴ Doutoranda em Ciências pela FMUSP; Médica-assistente da Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP

⁵ Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP

⁶ Doutorado em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo — UNIFESP; Professora regente da Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP

RESUMO

Objetivo: Avaliar a taxa de manutenção do tabagismo e etilismo em pacientes tratados por carcinoma epidermoide da cabeça e pescoço e comparar o resultado observado com a modalidade do tratamento oncológico empregado. **Métodos:** Foram incluídos 110 pacientes tratados por carcinoma epidermoide das vias aereodigestivas altas, divididos em grupo cirúrgico, tratado com cirurgia, e grupo clínico, tratado com quimioterapia e/ou radioterapia. Os pacientes foram entrevistados a fim de determinar se houve manutenção dos hábitos após o tratamento. Comparou-se a taxa de manutenção dos hábitos com a modalidade de tratamento empregada. Testou-se também a relação entre o *status* oncológico dos pacientes com as taxas de tabagismo e etilismo encontradas. **Resultados:** Entre os tabagistas, 35% mantiveram este hábito após o tratamento. No grupo clínico, houve um percentual significativamente maior de pacientes que mantiveram o tabagismo com relação ao grupo cirúrgico (58,3% x 25%; $p = 0,004$). Entre os etilistas, 16,6% continuaram a ingerir bebidas alcoólicas, percentagem que também se mostrou maior no grupo clínico (23,8% x 13,3%), porém sem diferença estatisticamente significativa. O *status* oncológico dos pacientes não apresentou relação com a manutenção dos hábitos estudados. **Conclusão:** São altas as taxas de manutenção de tabagismo e etilismo após o tratamento do carcinoma epidermoide de cabeça e pescoço, especialmente se considerarmos o tabagismo nos pacientes tratados com quimioterapia e/ou radioterapia. Uma abordagem multidisciplinar mais efetiva é necessária com vista a obter melhores taxas de abandono do tabaco e do álcool, especialmente no grupo de pacientes submetidos a tratamentos não cirúrgicos.

Unitermos: Tabagismo; abandono do uso de tabaco; etanol; neoplasias de cabeça e pescoço; resultado de tratamento.

SUMMARY

Tobacco and alcohol use after head and neck cancer treatment: influence of the type of oncological treatment employed

Objective: To assess the cigarette smoking and alcohol intake maintenance rate in patients treated for head and neck squamous cell carcinoma and to compare the observed outcome with the type of oncological treatment employed. **Methods:** One hundred and ten patients treated for high aero-digestive tract squamous cell carcinoma were included and divided into a surgical group, treated with a surgery, and a medical group, treated with chemotherapy and/or radiation. The patients were interviewed to determine whether or not they had persisted with the smoking and drinking behavior after treatment. The habit maintenance rate was compared with the treatment modality employed. The relationship between the oncological status of the patients and the cigarette smoking and alcohol intake rates found was also tested. **Results:** Among smokers, 35% maintained the habit after treatment. The medical group had a significantly higher percentage of patients maintaining smoking compared with the surgical group (58.3% vs 25.0%; $p = 0.004$). Among alcohol users, 16.6% kept drinking alcoholic beverages, with a percentage also shown higher for the medical group (23.8% vs 13.3%), but with no statistically significant difference. The oncological status of patients was not related to the maintenance of the habits studied. **Conclusion:** Smoking and alcoholism maintenance rates are high after head and neck squamous cell carcinoma is treated, especially if we consider smoking in patients treated with chemotherapy and/or radiation. A more effective multidisciplinary approach is required in order to obtain better rates of tobacco and alcohol quitting, especially in patients undergoing non-surgical treatments.

Keywords: Smoking; smoking cessation; ethanol; head and neck neoplasms; treatment outcome.

Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina do ABC – Hospital de Ensino Padre Anchieta, Santo André, SP

Artigo recebido: 04/09/2010
Aceito para publicação: 27/12/2010

Correspondência para:

Fábio Roberto Pinto
Rua Carlos Tiago Pereira, 520
São Paulo - SP
CEP: 04150-080
Tel: (11) 5058-5738;
Fax: (11) 5058-6830
pintofr@uol.com.br

Conflito de interesses: Não há.

INTRODUÇÃO

O tabagismo e o etilismo são fatores de risco bastante conhecidos para o desenvolvimento do carcinoma epidermoide (CEC) da cabeça e do pescoço. Dentre os pacientes tratados por esse tipo de afecção, aproximadamente 20% a 50% continuam fumando após o término do tratamento^{1,2}. Alguns autores relacionam o tabagismo e o etilismo pós-tratamento do CEC de cabeça e pescoço com menores escores nos questionários de qualidade de vida, além de menor sobrevida global³⁻⁷. Aarstad *et al.*⁸ demonstraram que os níveis de tabagismo estão associados a pior qualidade de vida nos pacientes tratados com sucesso por CEC de cabeça e pescoço, e que aqueles pacientes que lidam psicologicamente com seu antecedente de tratamento oncológico através da ingestão de bebidas alcoólicas (*drinking to cope*) também têm piores resultados nos questionários de qualidade de vida.

Segundo alguns autores, a manutenção do tabagismo após tratamento está altamente relacionada à manutenção do etilismo e ambos os hábitos relacionam-se com menores índices de massa corpórea dos pacientes tratados⁹. A continuidade do uso do tabaco aumenta o risco de recidiva e de 2º tumor primário^{10,11}, reduz a eficácia do tratamento radioterápico, exacerba ou prolonga complicações secundárias ao tratamento do câncer de cabeça e pescoço como mucosite e xerostomia, além de comprometer a função pulmonar e a cicatrização¹². O elevado consumo de álcool também se relaciona com maiores índices de recidiva e desenvolvimento de segundo tumor primário¹³.

Recentemente, muitos pacientes portadores de CEC de cabeça e pescoço têm sido submetidos a tratamentos não cirúrgicos, particularmente radioterapia e quimioterapia concomitantes, com o intuito de preservar os órgãos afetados pelo tumor primário. Tal opção terapêutica tem sido utilizada com maior frequência para os tumores localizados na laringe e na orofaringe, com bons resultados oncológicos, comparáveis aos resultados do tratamento convencional, ou seja, cirurgia e radioterapia adjuvante. Na literatura consultada, encontramos apenas um trabalho no qual os autores estudaram a relação entre a cessação do tabagismo e a modalidade do tratamento empregada¹⁴. Nesse estudo, Garces *et al.*¹⁴ demonstraram em um grupo de pacientes tratados por CEC de cabeça e pescoço localizados em diversos sítios que aqueles tratados com radioterapia exclusiva apresentaram menores taxas de abandono do tabaco do que os que foram submetidos à cirurgia como parte do tratamento inicial da doença. No entanto, os autores não discriminam quantos pacientes foram submetidos à laringectomia total no grupo cirúrgico, o que reduz o impacto do resultado apresentado, sem, no entanto, invalidá-lo.

Dessa forma, com o número crescente de pacientes portadores de CEC de cabeça e pescoço que vêm sendo submetidos inicialmente a tratamentos não cirúrgicos, é

mister questionar se as taxas de manutenção de tabagismo e etilismo nesse grupo de pacientes são as mesmas daquelas observadas nos pacientes tratados cirurgicamente. Se realmente for comprovada uma diferença significativa de abandono dos fatores de risco entre as modalidades terapêuticas existentes, será necessário adequar as estratégias para cessação do tabagismo e do etilismo de acordo com o tipo de tratamento oncológico empregado. Assim, o objetivo deste trabalho é avaliar a taxa de manutenção do tabagismo e etilismo em pacientes tratados por carcinoma epidermoide da cabeça e do pescoço e determinar se a modalidade do tratamento empregado pode ter impacto no resultado observado. Buscou-se também determinar se a manutenção dos hábitos de risco apresenta relação com o *status* oncológico pós-tratamento.

MÉTODOS

O protocolo descrito a seguir trata-se de um estudo do tipo transversal que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da nossa instituição e está de acordo com os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foram incluídos no estudo pacientes portadores de carcinoma epidermoide do trato aereodigestivo superior submetidos a tratamento oncológico com intenção curativa com término há pelo menos 3 meses do momento de sua inclusão no protocolo. Os pacientes foram selecionados aleatoriamente na rotina ambulatorial do serviço durante 2 meses, na medida em que compareciam aos retornos agendados. Não houve qualquer tipo de consulta prévia aos dados dos prontuários que pudesse comprometer a aleatoriedade da seleção da casuística. Os pacientes foram entrevistados a fim de determinar se houve manutenção dos hábitos de tabagismo e/ou etilismo após o tratamento. Todos os pacientes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido antes de serem entrevistados. A entrevista foi realizada sempre pelo mesmo profissional da equipe médica que assistia o paciente (F.R.P.). Na entrevista perguntava-se, de maneira objetiva, se o paciente estava ou não em abstinência do tabaco e do álcool etílico e, em caso positivo, por quanto tempo. Definiu-se como manutenção dos hábitos as situações em que o paciente nunca abandonou o fumo e/ou o álcool ou retomou esses hábitos após um período de abstinência. Foi considerado abandono dos hábitos quando o paciente estava há pelo menos 30 dias da data da entrevista sem fumar ou ingerir bebidas alcoólicas. Essa definição baseou-se em dados publicados na literatura¹⁵. É importante salientar que, em nosso serviço, os pacientes tratados por CEC do trato aereodigestivo superior são orientados sobre a relação do tabagismo e do etilismo com sua doença de base e aconselhados a abandonar esses hábitos. Via de regra, não é instituída intervenção medicamentosa com objetivo de promover a abstenção do tabagismo e/ou do etilismo nesses pacientes.

Os dados referentes à doença tratada e aos hábitos dos pacientes anteriormente ao diagnóstico do câncer foram obtidos a partir das informações registradas nos prontuários. A partir da descrição contida nos prontuários, todos os tumores foram re-estadiados segundo a classificação TNM da *Union Internationale Contre le Cancer - UICC 6ª edição - 2002*. O *status* oncológico foi obtido a partir da avaliação clínica realizada durante a consulta médica que precedeu a entrevista. Foram então anotados em ficha padronizada os seguintes dados:

1. Idade (na época do diagnóstico) e sexo do paciente.
2. Sítio do tumor primário e seu estadiamento (estádios clínicos I a IV).
3. Tipo de tratamento (cirúrgico ou não cirúrgico).
4. Presença de tabagismo e etilismo antes do tratamento (SIM ou NÃO).
5. Manutenção de tabagismo e etilismo após o tratamento (SIM ou NÃO).
6. *Status* oncológico: vivo sem doença ou vivo com doença.
7. Tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e a entrevista (estratificado em quatro categorias para permitir a análise: 3 a 12 meses; 12 a 24 meses; 24 a 36 meses; maior que 36 meses).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Portadores de tumores de rinofaringe ou lábio, pois nessas localizações outros fatores de risco estão envolvidos;
- Pacientes tratados com intenção paliativa.

Os pacientes foram divididos em dois grupos, sendo o grupo cirúrgico tratado inicialmente com cirurgia (independentemente se algum tratamento adjuvante foi ministrado), e o grupo clínico tratado inicialmente com quimioterapia e/ou radioterapia (independentemente se alguma cirurgia de resgate ocorreu no seguimento). Comparou-se a taxa de manutenção dos hábitos em estudo com a modalidade de tratamento empregada (clínico ou cirúrgico) através do teste qui-quadrado. Testou-se também a relação entre o *status* oncológico dos pacientes (vivo sem doença ou vivo com doença) com as taxas de tabagismo e etilismo encontradas. Considerou-se significância estatística quando $p < 0,05$ (erro α).

RESULTADOS

Foram selecionados durante os 2 meses de estudo 110 pacientes que preencheram os critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo. Destes, 94 eram do sexo masculino e a média de idade de $57,2 \pm 10,2$ anos na época do diagnóstico. A maioria dos pacientes apresentava doença em estádios avançados (estádios III e IV), sendo os sítios mais frequentes boca, orofaringe e laringe (Gráficos 1 e 2). Ao diagnóstico, 80 pacientes eram tabagistas, 66 etilistas e 61 eram tabagistas e etilistas. A maioria dos doentes não

Gráfico 1 – Sítio primário ao diagnóstico. Percentagem e números absolutos.

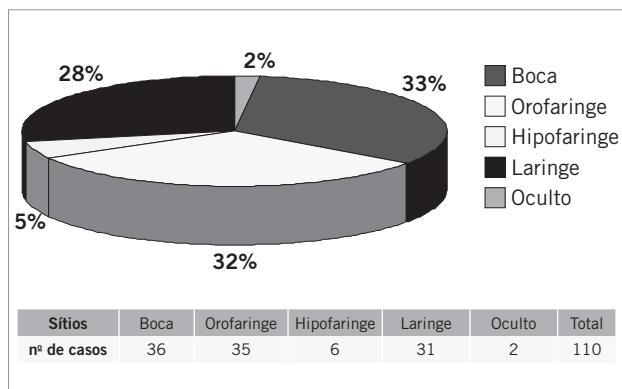
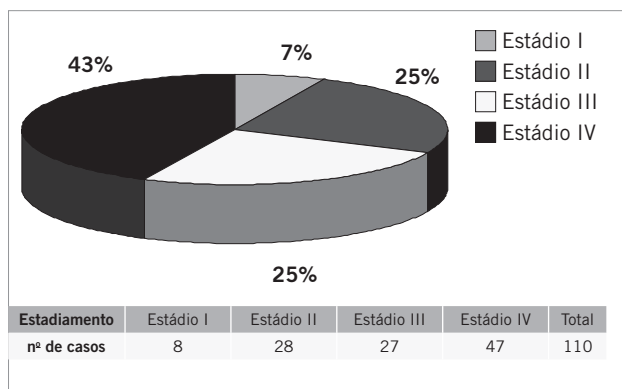


Gráfico 2 – Estadiamento ao diagnóstico. Percentagem e números absolutos.



tabagistas ou não etilistas no momento do diagnóstico do câncer apresentava pelo menos um desses hábitos em seus antecedentes. Comparando os grupos de modalidade tratamento (cirúrgico *versus* clínico) observou-se homogeneidade das amostras no que tange à idade dos pacientes, estadiamento clínico do tumor, tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e a entrevista (Tabela 1).

Entre os pacientes tabagistas, 35% mantiveram esse hábito após o tratamento. Comparando as modalidades de tratamento, no grupo clínico houve um percentual significativamente maior de pacientes que mantiveram o tabagismo com relação ao grupo cirúrgico ($58,3\% \times 25\%$; $p = 0,004$ - teste qui-quadrado; Tabela 2). Entre os 56 pacientes tabagistas do grupo cirúrgico, 12 (21,4%) foram submetidos à laringectomia total e o restante a outros tipos de cirurgia. Excluindo os pacientes submetidos à laringectomia total em função da dificuldade mecânica que essa operação representa para o ato de fumar, e comparando as taxas de tabagismo pós-tratamento nos grupos cirúrgico e clínico, novamente encontrou-se uma porcentagem significativamente maior de pacientes que mantêm o uso do tabaco no grupo submetido a tratamento clínico ($58,3\% \times 27,3\%$; $p = 0,012$ - teste qui-quadrado; Tabela 3). Entre os pacientes submetidos à laringectomia total, apenas dois pacientes (16,6%) mantiveram o tabagismo.

Tabela 1 – Comparação dos grupos de modalidade de tratamento quanto à idade dos pacientes, estadiamento clínico do tumor, tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e a entrevista

Variável analisada	Tratamento		Significância
	Cirúrgico	Clínico	
Idade	57,3 ± 10,3 anos	56,8 ± 10,1 anos	p = 0,801 (t Student)
Estadiamento			
I	8,6%	3,4%	p = 0,156 (qui-quadrado)
II	29,6%	13,8%	
III	24,7%	24,1%	
IV	37,1%	58,7%	
Tempo da entrevista			
3 - 12 meses	14,8	27,6%	p = 0,454 (qui-quadrado)
12 - 24 meses	29,6	20,7%	
24 - 36 meses	27,2	24,1%	
> 36 meses	28,4	27,6%	

Tabela 2 – Tabagismo total - grupo clínico x grupo cirúrgico. Números absolutos e percentagem

Tabagismo	Tratamento		Total
	Clínico	Cirúrgico	
Sim	14 (58,3%)	14 (25%)	
Não	10 (41,7%)	42 (75%)	
Total	24 (100%)	56 (100%)	80

p = 0,004 - teste qui-quadrado

Tabela 3 – Tabagismo excluindo as laringectomias totais - grupo clínico x grupo cirúrgico. Números absolutos e percentagem

Tabagismo	Tratamento		Total
	Clínico	Cirúrgico	
Sim	14 (58,3%)	12 (27,3%)	
Não	10 (41,7%)	32 (72,7%)	
Total	24 (100%)	44 (100%)	68

p = 0,012 - teste qui-quadrado

Entre os pacientes etilistas, 16,6% continuaram a ingerir bebidas alcoólicas, percentagem que se mostrou maior no grupo clínico do que no cirúrgico, porém sem diferença estatisticamente significativa (23,8% x 13,3%; p = 0,307 - teste qui-quadrado; Tabela 4). O *status* oncológico dos pacientes no momento da entrevista não apresentou relação com a manutenção dos hábitos estudados (Tabela 5).

Tabela 4 – Etilismo pós-tratamento - grupo clínico x grupo cirúrgico. Números absolutos e percentagem

Etilismo	Tratamento		Total
	Clínico	Cirúrgico	
Sim	5 (23,8%)	6 (13,3%)	
Não	16 (76,2%)	39 (86,7%)	
Total	21 (100%)	45 (100%)	66

p = 0,307 - teste exato de Fischer

Tabela 5 – *Status* oncológico x manutenção ou não do tabagismo e do etilismo

Hábito	<i>Status</i>			Total
	Tabagismo*	Vivo sem Doença	Vivo com Doença	
Sim	24 (34,8%)	4 (36,4%)		
Não	45 (65,2%)	7 (63,6%)		
Total	69 (100%)	11 (100%)		80
Etilismo**				
Sim	8 (14%)	3 (33,3%)		
Não	49 (86%)	6 (66,7%)		
Total	57 (100%)	9 (100%)		66

* p = 0,165 - teste exato de Fisher ** p = 1,000 - teste exato de Fisher

DISCUSSÃO

Apesar dos contínuos esforços governamentais na conscientização da população com relação aos malefícios do tabaco, o índice de tabagismo na população adulta mundial continua alto. No Brasil, estima-se que ¼ da população é dependente de nicotina e sujeita à morbimortalidade causada pelo tabaco¹⁶. O consumo de bebidas alcoólicas, hábito socialmente mais aceito que o tabagismo, é igualmente elevado e seu início ocorre em idade cada vez mais precoce em diversos países^{17,18}. Sabe-se, há muito, que esses hábitos estão relacionados ao desenvolvimento de diversas doenças, particularmente de algumas neoplasias malignas. Com relação ao CEC do trato aereodigestivo superior, o antecedente de tabagismo e/ou etilismo ocorre na quase totalidade dos pacientes diagnosticados. Apesar de alertados sobre o risco aumentado de recidiva e desenvolvimento de outros tumores malignos relacionados à continuidade do uso do tabaco e do álcool^{12,13}, uma percentagem significativa dos pacientes tratados por tumores malignos da cabeça e do pescoço mantém ou retoma esses hábitos após o tratamento^{1,2}. Além disso, tanto o tabagismo quanto

o etilismo persistentes correlacionam-se com agravamento das comorbidades preexistentes e pior qualidade de vida nesse grupo de doentes^{3-5,8}. Nos últimos anos, com o crescente número de casos de CEC de cabeça e pescoço que vêm sendo tratados primariamente com quimioterapia e radioterapia, observou-se em nosso atendimento ambulatorial um número aparentemente crescente de doentes que mantinham ou retomavam o tabagismo e/ou etilismo a despeito das orientações da equipe médica, de enfermagem e psicologia. Essa impressão clínica nos motivou a realizar o presente estudo.

O primeiro resultado marcante do nosso trabalho refere-se ao alto índice de pacientes que mantêm o uso do tabaco após o tratamento (35%). Este resultado é comparável aos dados publicados pela literatura^{1,2,12}. Observou-se uma taxa de abandono do tabagismo significativamente maior entre os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico, o que confirmou nossa impressão clínica inicial. Os motivos pelo quais esse grupo de pacientes apresenta maiores índices de abandono do tabaco devem estar relacionados, em um primeiro momento, à dificuldade mecânica ao ato de fumar que a maioria das operações para tratamento do CEC em cabeça e pescoço impõe ao paciente. No entanto, após a recuperação e reabilitação fonoaudiológica do doente, apenas a laringectomia total impede, em parte, a retomada do tabagismo. De fato, Chan *et al.*¹⁵ demonstraram que o sítio do tumor foi o único dado estatisticamente significativo associado à cessação do tabagismo após o diagnóstico: 64,2% dos pacientes com CEC de hipofaringe e laringe pararam de fumar, enquanto apenas 35,8% com CEC de orofaringe ou cavidade oral o fizeram ($p = 0,01$). Assim, excluímos da nossa análise os pacientes submetidos à laringectomia total e procedemos novamente à comparação entre os grupos de tratamento: mais uma vez, no grupo cirúrgico houve uma taxa significativamente maior de abandono do tabagismo. Esse resultado nos faz inferir que outros fatores, além das limitações mecânicas impostas pela cirurgia realizada, colaboram para o maior índice de abandono do cigarro nos pacientes cirurgicamente tratados. É possível que o impacto psicológico do tratamento cirúrgico, além das alterações funcionais e estéticas impostas pela cirurgia oncológica, colabore para a maior taxa de abandono do tabagismo observada no presente estudo.

Em relação ao etilismo, observamos que a taxa de manutenção ou retomada foi menor que o tabagismo, sugerindo que a dependência química e/ou psicológica do álcool pode ser menor que a do tabaco. A comparação entre os grupos de tratamento mostrou resultados semelhantes aos observados para o tabagismo, ou seja, maior índice de abandono do etilismo nos pacientes do grupo cirúrgico, porém sem significância estatística. Não foi necessário excluir da análise nenhum tipo de cirurgia, uma vez que todos os pacientes entrevistados haviam conseguido uma

reabilitação adequada da sua capacidade de deglutição pós-operatória. Apesar de todos os pacientes operados apresentarem deglutição adequada no momento da entrevista, muitos permaneceram várias semanas com dieta exclusiva por sonda enteral no pós-operatório. Com exceção dos casos de laringectomia total, a maioria dos pacientes operados que foram submetidos a traqueostomia temporária e passagem de sonda nasoenteral para alimentação teve sua função respiratória reabilitada antes da função de deglutição, sendo a traqueostomia retirada antes da sonda enteral. Portanto, esses pacientes apresentavam condições de retomar o tabagismo mais precocemente que o etilismo. É possível que essa diferença de tempo de reabilitação das funções respiratória e de deglutição tenha colaborado para o maior índice de abandono do etilismo do que do tabagismo nos pacientes tratados cirurgicamente.

Apesar de diversos autores relatarem um risco aumentado de recidiva da doença e desenvolvimento de novos tumores primários nos pacientes que mantêm ou retomam o tabagismo e/ou etilismo após tratamento do CEC de cabeça e pescoço^{10-12,19-21}, no presente estudo o *status* oncológico dos pacientes não apresentou relação com a manutenção ou retomada desses hábitos. Outro dado importante que merece destaque é que, pelo fato de os grupos de modalidade de tratamento serem homogêneos quanto à idade dos pacientes, estadiamento clínico e tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e a entrevista, os resultados observados não sofreram influência de eventuais variáveis de confusão.

CONCLUSÃO

Em resumo, os resultados do presente estudo demonstraram que, em nosso meio, são altas as taxas de manutenção e/ou recorrência do tabagismo e do etilismo nos pacientes tratados por CEC de cabeça e pescoço, o que denota que apenas o aconselhamento dos pacientes constitui estratégia insuficiente para a cessação desses hábitos. É fundamental que os cirurgiões de cabeça e pescoço, assim como outras especialidades afins, compreendam que a dependência à nicotina e ao álcool etílico está relacionada a complexos mecanismos neurológicos, psíquicos e comportamentais descritos em detalhe pela literatura^{16,22,23}, e que o sucesso na interrupção e abstinência desses hábitos não depende apenas da compreensão e da vontade do paciente e de seus familiares. Medidas mais eficazes visando ao abandono e à não retomada do tabaco e do álcool são necessárias, principalmente para o grupo de pacientes submetidos a tratamentos não cirúrgicos.

REFERÊNCIAS

1. Gritz ER, Carr CR, Rapkin D, Abemayor E, Chang LJ, Wong WK *et al.* Predictors of long-term smoking cessation in head and neck cancer patients. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1993;2:261-70.
2. Vander Ark W, DiNardo LJ, Oliver DS. Factors affecting smoking cessation in patients with head and neck cancer. *Laryngoscope* 1997;107:888-92.

3. Duffy SA, Terrell JE, Valenstein M, Ronis DL, Copeland LA, Connors M. Effect of smoking, alcohol, and depression on the quality of life of head and neck cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002;24:140-7.
4. Gritz ER, Carmack CL, de Moor C, Coscarelli A, Shacherer CW, Meyers EG *et al*. First year after head and neck cancer: quality of life. *J Clin Oncol*. 1999;17:352-60.
5. Dikshit RP, Boffetta P, Bouchardy C, Merletti F, Crosignani P, Cuchi T *et al*. Lifestyle habits as prognostic factors in survival of laryngeal and hypopharyngeal cancer: a multicentric European study. *Int J Cancer* 2005;117:992-5.
6. Miller CS, Henry RG, Rayens MK. Disparities in risk of and survival from oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2003;95:570-5.
7. Mayne ST, Cartmel B, Kirsh V, Goodwin WJ Jr. Alcohol and tobacco use prediagnosis and postdiagnosis, and survival in a cohort of patients with early stage cancers of the oral cavity, pharynx, and larynx. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009;18:3368-74.
8. Aarstad AKH, Aarstad HJ, Olofsson J. Quality of life, drinking to cope, alcohol consumption and smoking in successfully treated HN-SCC patients. *Acta Otolaryngol*. 2007;127:1091-8.
9. Duffy SA, Khan MJ, Ronis DL, Fowler K E, Gruber SB, Wolf GT *et al*. Health behaviors of head and neck cancer patients the first year after diagnosis. *Head Neck* 2008;30:93-102.
10. Vladimirov BS, Schiodt M. The effect of quitting smoking on the risk of unfavorable events after surgical treatment of oral potentially malignant lesions. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2009;38:1188-93.
11. Van der Waal I, de Bree R. Second primary tumours in oral cancer. *Oral Oncol*. 2010;46:426-8.
12. Schnoll RA, James C, Malstrom M, Rothman RL, Wang H, Babb J *et al*. Longitudinal predictors of continued tobacco use among patients diagnosed with cancer. *Ann Behav Med*. 2003;25:214-21.
13. Rosenquist K, Wennerberg J, Annertz K, Schildt EB, Hansson BG, Bladström A *et al*. Recurrence in patients with oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: human papillomavirus and other risk factors. *Acta Otolaryngol*. 2007;127:980-7.
14. Garces YI, Schroeder DR, Nirelli LM, Croghan GA, Croghan IT, Foote RL *et al*. Tobacco use outcomes among patients with head and neck carcinoma treated for nicotine dependence: a matched-pair analysis. *Cancer*. 2004;101:116-24.
15. Chan Y, Irish JC, Wood SJ, Sommer DD, Brown DH, Gullane PJ *et al*. Smoking cessation in patients diagnosed with head and neck cancer. *J Otolaryngol*. 2004;33:75-81.
16. Balbani APS, Montovani JC. Methods for smoking cessation and treatment of nicotine dependence. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005;71:820-6.
17. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol use among high school students - Georgia, 2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2009;21;58:885-90.
18. Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Laranjeira R, Caetano R. Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32:242-9.
19. Schwartz LH, Ozsahin M, Zhang GN. **Synchronous and metachronous head and neck carcinomas**. *Cancer* 1994;74:1933-8.
20. Ostroff JS, Jacobsen PB, Moadel AB, Spiro RH, Shah JP, Strong EW *et al*. Prevalence and predictors of continued tobacco use after treatment of patients with head and neck cancer. *Cancer* 1995;75:569-76.
21. Garces YI, Schroeder DR, Nirelli LM, Croghan GA, Croghan IT, Foote RL *et al*. Second primary tumors following tobacco dependence treatments among head and neck cancer patients. *Am J Clin Oncol*. 2007;30:531-9.
22. Emmons KM. Smoking cessation and tobacco control: an overview. *Chest* 1999;116:490S-2S.
23. Heinz A, Beck A, Grüsser SM, Grace AA, Wrase J. Identifying the neural circuitry of alcohol craving and relapse vulnerability. *Addict Biol*. 2009;14:108-18.