

**UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO**

**LUANA SOARES KUZE**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE  
PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM  
CARCINOMA EPIDERMÓIDE ORAL EM  
PASSO FUNDO E REGIÃO.**

**Passo Fundo**

**2012**



**LUANA SOARES KUZE**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE  
PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM  
CARCINOMA EPIDERMÓIDE ORAL EM  
PASSO FUNDO E REGIÃO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da UPF, para obtenção do título de Mestre em Odontologia – Área de Concentração em Clínica Odontológica, sob orientação do prof. Dr. Mateus Ericson Flores.

**Passo Fundo**

**2012**





CIP – Catalogação na Publicação

---

- K97p    Kuze, Luana Soares  
        Perfil epidemiológico de pacientes diagnosticados  
        com carcinoma epidermóide oral em Passo Fundo e  
        região / Luana Soares Kuze. – 2012.  
        92 p. : il. ; 21 cm.
- Dissertação (Mestrado em Odontologia) –  
        Universidade de Passo Fundo, 2012.  
        Orientação: Prof. Dr. Mateus Ericson Flores.
1. Câncer bucal. 2. Carcinoma de células escamosas.  
        3. Epidemiologia. I. Flores, Mateus Ericson, orientador.  
        II. Título.

CDU: 616.31-006

---

Catalogação: Bibliotecária Fernanda Spíndola - CRB 10/2122

## **BIOGRAFIA DO AUTOR**

Luana Soares Kuze, nascida dia 04 de maio de 1985 em Esmeralda-RS.

Graduada Cirurgiã-Dentista pela UNINGÁ - Maringá-PR (2005).

Especialista em Saúde Pública com ênfase no Programa de Saúde da Família – FAFIPA - Paranavaí-PR (2010).

Cirurgiã-Dentista da Estratégia de Saúde da Família da Prefeitura municipal de Pinhal da Serra-RS (desde 2007).

Professora do curso de Auxiliar de Saúde Bucal pela Associação Brasileira de Odontologia – ABO - regional de Vacaria-RS (desde 2011).

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela infinita bondade e pelo presente mais grandioso que poderia ter me concedido, a vida, e nela a oportunidade de aprender e conviver com pessoas tão especiais como minha família, meus amigos, e os demais que por ela estão passando e deixando sua marca.

Agradeço a minha mãe, Edilene do Carmo Soares Barboza, ao meu irmão, Leandro, a minha avó, Corina, por estarem aqui e pelo apoio, carinho e incentivo em todos os momentos vivenciados durante a realização do mestrado, pois sempre acreditaram em mim e na profissão que escolhi. E em especial ao meu esposo Tadeu Junior Silveira pela paciência, dedicação e compreensão que teve comigo durante esse período.

Ao meu orientador, Professor Dr. Mateus Ericson Flores, agradeço de forma especial, pela sua brilhante orientação, dedicação, incentivo, paciência, pelo acompanhamento competente e exigente, pelo olhar crítico em minhas construções, mas que muito me influenciaram e foram essenciais nesta etapa de minha formação.

Ao professor Dr. Adriano Pasqualotti, estaticista responsável pelas análises utilizadas nesta pesquisa, muito obrigado pela gentil colaboração e disponibilidade dispensada a este trabalho.

Aos professores deste programa, que de maneira dinâmica fizeram-me refletir sobre a função de ser uma educadora e também a aprender a criticar e ser criticada, construir e reconstruir meus conhecimentos e principalmente continuar acreditando que ser educadora é estar em constante aprendizado.



A acadêmica Manuela Moura de Bortoli que muito se empenhou auxiliando na coleta de dados desta pesquisa.

Ao professor Dr. Ferdinando de Conto, que gentilmente viabilizou junto ao Hospital São Vicente de Paulo, a elaboração desta dissertação.

A Vicentina Roman Pires, funcionária responsável pelo setor dos prontuários do Hospital São Vicente de Paulo utilizados nesta pesquisa, o nosso muito obrigado pelo apoio disponibilidade e comprometimento que nos foi ofertado para que fosse possível a coleta dos dados.

Aos colegas do mestrado pela amizade e incentivo, pelas leituras dialogadas, pelas críticas, alegrias, parcerias nos estudos, enfim, por todos os momentos que vivenciamos juntos.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Pinhal da Serra, pela compreensão, pelo carinho e que gentilmente viabilizaram a conciliação do trabalho na secretaria com o curso de mestrado e aos colegas que muito me apoiaram e souberam compreender as minhas ausências.

À Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, às Secretarias de Saúde dos municípios referentes a cada paciente integrante desta pesquisa, aos cartórios de registro civil que gentilmente nos forneceram dados importantíssimos para a conclusão deste estudo, o nosso muito obrigado.

Aos amigos, agradeço a compreensão em minha ausência, nos momentos alegres e às vezes nem tanto assim, mas tinham a certeza que estava em busca de meus ideais. Agradeço também, a todos que colaboraram de alguma forma, ou que acreditaram em meu trabalho.

## SUMÁRIO

<b>SUMÁRIO.....</b>	<b>x</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>xi</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS .....</b>	<b>xii</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS .....</b>	<b>xiii</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>23</b>
<b>3 PROPOSIÇÃO .....</b>	<b>32</b>
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>33</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>35</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>43</b>
<b>7 CONCLUSÕES .....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>59</b>
<b>ARTIGO A SER SUBMETIDO .....</b>	<b>64</b>

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Resumo esquemático do grupamento por estádios do carcinoma (INCA , 2004). .....27

Tabela 2. Distribuição completa dos casos por estadiamento, gênero, óbitos e sobrevida. ....38

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. Histograma da distribuição da frequência de idade dos pacientes acometidos pelo carcinoma. ....36
- Gráfico 2. Histograma da frequência da sobrevida global dos pacientes que foram a óbito em decorrência do câncer. ....39
- Gráfico 3. Gráfico com intervalo e média da sobrevida dos pacientes que foram a óbito segundo o estadiamento.....41
- Gráfico 4. Gráfico com intervalo e média de sobrevida dos pacientes que foram a óbito, segundo o tratamento recebido.....42
- Gráfico 5. Gráfico com o intervalo e a média da sobrevida dos pacientes que foram a óbito segundo a localização topográfica da lesão no diagnóstico.....43

## LISTA DE ABREVIATURAS

UPF: Universidade de Passo Fundo

Dr.: Doutor

RS: Rio Grande do Sul

UNINGÁ: Faculdade Ingá

PR: Paraná

FAFIPA: Faculdade Estadual de Ciências e Letras de Paranaíba

ABO: Associação Brasileira de Odontologia

INCA: Instituto Nacional do Câncer

et al.: abreviatura de et alii, que significa “e outros”.

%: porcentagem

TNM: gradação clínica do carcinoma, onde T (tamanho do tumor em centímetros), N (invasão de linfonodos) e M (presença de metástase à distância).

Cm: centímetro

Mm: milímetro

>: maior que

<: menor que

T1: lesão menor que dois centímetros de diâmetro

T2: lesão maior que dois centímetros de diâmetro e menor que quatro

T3: lesão maior que quatro centímetros de diâmetro

T4a: lesão que envolve mais que quatro centímetros de diâmetro invade cortical óssea, nervo alveolar inferior, assoalho da boca, pele, músculos profundos extrínsecos da língua ou seios maxilares

T4b: lesão que envolve mais que quatro centímetros de diâmetro, invadem o espaço mastigador, lâminas pterigóides, base do crânio ou artéria carótida externa

N1: linfonodo envolvido homolateralmente, único e menor que três centímetros

N2 (a): linfonodo envolvido homolateralmente, único maior que três centímetros e menor que seis

N2 (b): linfonodos envolvidos homolateralmente, múltiplos, menores que seis centímetros

N2 (c): linfonodos envolvidos bilateralmente, contralateral menor que seis centímetros

N3: linfonodos maiores que seis centímetros

M0: ausência de metástase à distância

M1: presença de metástase à distância

Tis: tumor in situ

HPV: papiloma vírus humano

CID-10: código internacional de doenças versão 10.

UF: unidade federal

SUS: Sistema Único de Saúde

R\$: reais

HSVP: Hospital São Vicente de Paulo

SIM: Sistema de Informação de Mortalidade

Estádio 0: tumor in situ, sem comprometimento de linfonodos e sem a presença de metástase à distância.

Estádio I: lesão menor que dois centímetros de diâmetro, sem o comprometimento de linfonodos e sem presença de metástase à distância

Estádio II: lesão maior que dois centímetros de diâmetro e menor que quatro, sem o comprometimento de linfonodos e sem a presença de metástase.

Estádio III: lesão até quatro centímetros de diâmetro com o comprometimento de linfonodos unilateralmente menor que três centímetros.

Estádio IV: agrupamento de todos os estádios IV (a,b e c)

Estádio IVa: lesão maior que quatro centímetros de diâmetro com invasão pertinente até ao T4(a) e comprometimento de linfonodos unilateralmente até seis centímetros.

Estádio IVb: lesão maior que quatro centímetros de diâmetro com invasão pertinente até o T4b e qualquer tipo de comprometimento em linfonodos

Estádio IVc: lesão com qualquer tamanho, invasão de linfonodos e presença de metástase à distância.

SPSS: Software Statistical Package for the Social Sciences

n: número

M:H: proporção de Homens e Mulheres

p: nível descritivo estatístico par algum teste de hipóteses.

Radio/Quimio: Radioterapia ou Quimioterapia

x: versus

# **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM CARCINOMA EPIDERMÓIDE ORAL EM PASSO FUNDO E REGIÃO.**

Luana Soares Kuze<sup>1</sup>

## **RESUMO**

O objetivo desta pesquisa foi avaliar o perfil epidemiológico, o tratamento e a sobrevida dos pacientes diagnosticados com carcinoma epidermóide oral no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo-RS, que é referência na região norte do estado do Rio Grande do Sul. Foi realizado um estudo observacional retrospectivo, analisando os prontuários dos pacientes com o diagnóstico dessa patologia no período entre 1993 a 2008, no banco de dados deste hospital. Os dados coletados foram analisados. Dos 303 prontuários analisados, a maioria eram homens (88,4%), leucodermas (93,4%), com maior faixa etária entre 51 a 60 anos (37,0%). A associação de álcool e tabaco foi observada em 84,7% dos pacientes. O local mais afetado foi a língua (45,5%), mas não houve diferença para as demais regiões em relação a sobrevida ( $p=0,201$ ). A maioria dos casos foi diagnosticada em estágio tardio III e IV (77,2%), com uma sobrevida de 17,83 meses, mostrando grande diferença para os estádios I e II (46,23 meses e  $p=0,003$ ). Embora o



maior sobrevida, não foi observada a significância estatística deste com relação aos demais tratamentos ( $p=0,185$ ). Observou-se que 68,6% ( $n=208$ ) foram a óbito. Conclui-se o diagnóstico tardio diminuiu significativamente a expectativa de vida dos pacientes (2,5x); que o tratamento executado e o local inicial da lesão não tiveram influencia significativa na sobrevida.

*Palavras-chave: câncer de boca; carcinoma de células escamosas; análise da sobrevida.*

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS  
DIAGNOSED WITH ORAL SQUAMOUS CELL  
CARCINOMA STEP IN THE REGION AND FUND.

**ABSTRACT**

Oral squamous cell carcinoma is a disease in most cases diagnosed in advanced stages which directly influences the prognosis of the case. The aim of this study was to evaluate the epidemiological, treatment and survival of patients diagnosed with oral squamous cell carcinoma at the Hospital São Vicente de Paulo of Passo Fundo-RS, which is a reference in the northern state of Rio Grande do Sul. Retrospective observational study was reformed, examining the records of patients diagnosed with this condition during the period from 1993 to 2008. Out of the 303 records analyzed, the majority were men (88.4%), caucasian (93.4%) with age racing from 51 to 60 years (37.0%). The association of alcohol and tobacco was observed in 84.7% of patients with cancer. The most affected site was the tongue (45.5%), but no difference was for the other regions in relation to survival ( $p = 0.201$ ). Most cases observed were diagnosed in late stage III and IV (77.2%), with a survival of 17.83 months, showing difference

for stages I and II (46.23 months,  $p = 0.003$ ). Although surgical treatment has been the most performed (55.9%) and showed the no statistical survival, there was highest significance of this with the other treatments ( $p = 0.185$ ). It was observed that 68.6% ( $n = 208$ ) of patients died. It is the late diagnosis significantly decreased the life expectancy of patients (2.5 x), that the treatment performed and the initial location of the lesion had no significant influence on survival.

Key words: Oral cancer; squamous cell carcinoma; Survival analysis;

# 1 INTRODUÇÃO

Aproximadamente 10% dos tumores malignos que ocorrem no corpo humano estão localizados na boca (PINHEIRO, 1998), sendo esse o sexto tipo de câncer mais incidente no mundo (SYRJANEN, 2005). Excluindo-se o câncer de pele, o câncer bucal pode ser considerado o mais comum da região de cabeça e pescoço (COSTA et al., 2002; DEDIVITIS et al., 2004). O carcinoma epidermóide é uma patologia que corresponde à cerca de 90% dos tumores malignos da cavidade oral (INCA, 2008). Determinadas áreas são mais frequentemente envolvidas como língua, assoalho de boca, mucosa alveolar, palato e mucosa bucal, porém essas lesões podem aparecer em quaisquer localizações da cavidade bucal (SHAFER et al., 1979). A causa do carcinoma epitelial de células escamosas é multifatorial. Não há um agente ou fator carcinogênico isolado, claramente definido ou aceito, mas tanto fatores extrínsecos (raios solares, tabaco, álcool entre outros) quanto intrínsecos (predisposição genética, susceptibilidade) podem estar em atividade. É provável que mais de um fator seja necessário para produzir a malignidade das lesões (NEVILLE et al., 2004).

Esta patologia apresenta-se clinicamente de forma variada, podendo ser exofítica quando mostrar uma superfície irregular, fungiforme, papilar ou verrucosa, e uma cor que pode ser normal,

vermelha ou branca, dependendo da quantidade de ceratina produzida e da vascularização. Podem também ser endofítica quando se caracterizar por uma área central ulcerada, de forma irregular e deprimida, com uma borda circundante hipertrófica de mucosa normal, vermelha ou branca (NEVILLE et al., 2002).

A partir da constatação de que o câncer bucal é um problema de saúde pública, é importante o conhecimento de sua magnitude no Brasil, no tocante a distribuição geográfica com estratificações por idade e gênero, como base de apoio ao seu controle (ANJOS-HORA et al., 2003). A divulgação de dados estatísticos é necessária tanto para o conhecimento do quadro nacional como para estimular os profissionais da área da saúde a atuarem na prevenção e diagnóstico do câncer bucal (ONOFRE et al., 1999).

Levando-se em conta o crescimento e envelhecimento da população, assim como a industrialização e a urbanização, agravados pela cobertura inadequada dos serviços de saúde, é evidente a necessidade de mudar a estratégia de controle das doenças não transmissíveis, combinando ações preventivas de promoção e proteção à saúde a medidas diagnósticas, especialmente aquelas de diagnóstico precoce e terapêuticas (LOPES et al., 1994).

O estadiamento clínico e a localização do tumor, assim como a gradação histopatológica de malignidade demonstram serem importantes indicadores de prognóstico do carcinoma de células escamosas de boca. A localização anatômica da lesão deve ser considerada como um bom indicador, já que os tumores apresentam comportamentos diferentes dependendo da sua localização quanto mais vascularizada a região maior

a chance de disseminação por metástase. (COSTA et al., 2002; PINDBORG & SMITH, 1997).

O tratamento dos tumores depende, de modo geral, da localização, do estadiamento clínico, da gradação histopatológica e das condições físicas do paciente, sendo realizado através de três modalidades: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, de maneira individualizada ou em associação.

A sobrevida dos pacientes acometidos pelo carcinoma epidermóide oral pode ser aumentada quando as lesões são diagnosticadas em estádios menos avançados. Por isso, acredita-se que detectar o câncer de boca em estágio precoce é o meio mais efetivo de reduzir a morbidade, complexidade e magnitude do tratamento (LOCKHART et al., 1998; KOWALSKI et al., 2005)

Esta pesquisa tem como propósito avaliar o perfil epidemiológico e a sobrevida de pacientes que foram acometidos por carcinoma epidermóide oral e submetidos ao tratamento oncológico no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo no período de 1993 a 2008.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer – INCA de 2008, o câncer de boca está entre os dez tipos de câncer mais frequentes no Brasil e a estimativa de incidência para 2012 aponta 14.170 novos casos deste tipo de tumor, sendo o quinto mais freqüente entre os homens (com 9990 casos estimados) e o sexto entre as mulheres (com 4180 casos estimados). Esses valores correspondem a cerca de 10 casos novos a cada 100.000 homens e 4 a cada 100.000 mulheres. Uma estimativa mundial apontou que ocorreriam cerca de 264.000 casos novos e 128.000 óbitos para o ano de 2008. As mais altas taxas de incidência foram observadas em populações da Melanésia, Centro-Sul Asiático, Europa Oriental e Central, África e América Central (INCA, 2012).

As taxas de incidência e mortalidade para o carcinoma de células escamosas bucais variam de um país para outro. Essas variações ocorrem pelas diferenças de hábitos, características socioeconômicas, expectativa de vida, fatores ambientais, raça, educação preventiva e qualidade da assistência médica nas diversas regiões (BRENER et al., 2007). Muitas vezes a avaliação do carcinoma oral torna-se difícil, pois se enfrenta o desconhecimento e a falta de recursos dos profissionais de saúde, atrasando o diagnóstico e o tratamento, além de piorar o prognóstico (INCA, 2008).

## **2.1. INCIDÊNCIA E SÍTIOS AFETADOS**

A maior incidência do carcinoma epidermóide, ocorre na faixa etária acima dos 45 anos, com uma prevalência maior no sexo masculino e em pessoas de raça branca (CARVALHO et al., 2001; ABDO et al., 2002; MACHADO et al., 2003; OLIVEIRA et al., 2006; BRENER et al., 2007; DAHER et al., 2008). Segundo a literatura encontrada (CARVALHO et al., 2001; ABDO et al., 2002; SOUZA et al., 1996; KADEMANI et al., 2005; BELL et al., 2007; BRENER et al., 2007), a localização mais comum é a língua, seguido pelo assoalho bucal e lábio. O câncer de língua, em particular, mostrou uma menor sobrevida, embora não significativa, que outras regiões anatômicas da cavidade oral por estar relacionada com fatores anatômicos, tais como a proximidade do tumor com o osso, a densidade de linfócitos na região e a acessibilidade do tumor para inspeção (BELL et al., 2007).

## **2.2 ETIOLOGIA**

Com relação aos fatores de risco, estes são associados ao tabaco, álcool, luz solar (câncer labial) e hábitos alimentares têm sido relacionados ao desenvolvimento do câncer de boca (CARVALHO et al., 2001; ABDO et al., 2002; KADEMANI et al., 2005; BRENER et al., 2007). No Brasil o carcinoma oral é mais associado ao tabaco (sob a forma de cigarro para fumar) e à bebida alcoólica, enquanto na Índia haveria uma forte relação com o fumo mascado (HAMADA et al., 1991). Para enfatizar a importância da participação do tabaco e do álcool no desenvolvimento do câncer bucal, Miller et al. 2003, verificando estes



hábitos encontraram 92,2% de fumantes e 81,2% de etilistas com câncer de boca. O efeito simultâneo do álcool e do tabaco pode aumentar em até 100 vezes o risco de se desenvolver um câncer bucal (NEVILLE & DAY, 2002).

O etanol provoca aumento da permeabilidade das células da mucosa aos agentes carcinógenos contidos no tabaco, assim como entre as nitrosaminas e hidrocarbonetos, pela agressão celular produzida pelos metabólitos de etanol (aldeídos), deficiências nutricionais ou diminuição dos mecanismos locais de defesa.(RIBEIRO, 2000) O estudo do álcool na gênese do CCE mostra que ele atua tanto como fator de risco independente ou como fator sinérgico com o fumo. O metabolismo dos xenobióticos (biotransformação) realizado pelas enzimas citocromo P450 e o processo de ativação metabólica na carcinogênese oral (bioativação) são descritos amplamente em modelos experimentais, podendo levar a danos no DNA e em proteínas, tendo como consequência mutações e, em seguida, a formação de neoplasias malignas de cavidade oral (FERREIRA et al., 2007).

### **2.3. ESTADIAMENTO**

O sistema de estadiamento clínico TNM permite avaliar as características fundamentais do carcinoma bucal: extensão local, disseminação regional e metástase à distância. A classificação por esse sistema dependeria de três características: tamanho do tumor em centímetros (T); acometimento dos linfonodos e sua extensão (N); e presença ou não de metástases distantes (M). Quanto maior a classificação do estadiamento, pior o prognóstico segundo Kademani et

al., 2005 e Bell et al., 2007. Os autores afirmam também que o fator mais importante para determinação da severidade da doença é o estágio que ela se encontra. A presença clínica de linfonodos é um importante fator para o prognóstico clínico. Uma vez ocorrida metástase regional os cinco anos de sobrevivência para pacientes com carcinoma oral decresce para a metade se comparados a pacientes com a doença no estágio inicial. Estádio I (lesões menores ou iguais a 2 cm de diâmetro) e II (lesões maiores que 2 cm e menores que 4 cm de diâmetro e sem metástase presente) estão associadas com um risco de metástases regionais de 10% e 30% respectivamente, enquanto que estágio III (lesões maiores que 4 cm de diâmetro e sem metástase presente) e IV (maiores que 4 cm de diâmetro e com metástases regionais ou a distância presentes) têm um significativo aumento de risco de doenças na região do pescoço. O tamanho do tumor, o comprometimento de linfonodos e a presença de metástase são classificados da seguinte forma:

**T1** < 2 cm;

**T2** > 2 até 4 cm;

**T3** > 4 cm;

**T4a** *Lábio*: invade cortical óssea, nervo alveolar inferior, assoalho da boca, pele. *Cavidade oral*: invade cortical óssea, músculos profundos extrínsecos da língua, seios maxilares, pele;

**T4b** Espaço mastigador, lâminas pterigóides, base do crânio, artéria carótida interna;

**N1** Homolateral, único, < 3 cm;

**N2 (a)** Homolateral, único, > 3 até 6 cm;

**(b)** Homolateral, múltiplo, < 6 cm;

(c) Bilateral, contralateral, < 6 cm;

**N3** > 6 cm;

**M0**- ausência de metástase;

**M1**- presença de metástase.

O instituto nacional do câncer mostra ainda em um resumo esquemático a classificação clínica dos tumores (Tabela 1).

Grupamento por Estádios			
Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio I	T1	N0	M0
Estádio II	T2	N0	M0
Estádio III	T1, T2	N1	M0
Estádio IVA	T1,T2,T3,T4a	N0, N1, N2	M0
Estádio IVB	Qualquer T, T4b	N3, qualquer N	M0
Estádio IVC	Qualquer T	Qualquer N	Qualquer M

Tabela 1. *Resumo esquemático do grupamento por estádios do carcinoma (INCA , 2004)*

## 2.4. TRATAMENTO, SEGUIMENTO E SOBREVIDA

O tratamento do câncer oral é guiado pelo estágio clínico da doença e consiste em ampla excisão cirúrgica ou radioterapia, ou uma combinação de cirurgia e radioterapia. A localização do tumor pode influenciar o plano de tratamento. Para os carcinomas intra-orais menores, apenas uma modalidade de tratamento é indicado, sendo que a cirurgia deve permanecer como terapia de escolha (NEVILLE et al., 2004; KADEMANI et al., 2005; BRENER et al., 2007). A cirurgia radical do câncer de boca evoluiu com a incorporação de técnicas de reconstrução imediata, que permitiu largas ressecções e uma melhor

recuperação do paciente. As deformidades, porém, ainda são grandes e o prognóstico dos casos é intermediário. A quimioterapia associada à radioterapia é empregada nos casos mais avançados, ou seja, quando a cirurgia não é possível. O prognóstico, nestes casos, é extremamente grave, tendo em vista a impossibilidade de se controlar totalmente as lesões extensas, com os tratamentos aplicados (INCA, 2008).

A radioterapia deve ser escolhida como modalidade terapêutica quando o paciente não apresentar condições clínicas para ser submetido à cirurgia, por estar em estágios mais desenvolvidos da doença ou ainda quando o paciente não aceitar possíveis defeitos que esta pode deixar (KADEMANI et al., 2005; BRENER et al., 2007). Todos os pacientes com carcinoma oral avançado necessitam fazer radioterapia antes ou depois da cirurgia, sendo que, se feita no pré-operatório os riscos de complicações na cirurgia aumentam (NEVILLE et al., 2002). Segundo Henk (1997), a radioterapia é um dos tratamentos mais indicados porém apresenta como um dos efeitos colaterais a xerostomia, além de dor, desconforto, dificuldade na fala e deglutição, bem como um aumento no risco de cárie dental (GUCHELAAR et al., 1997).

O prognóstico para sobrevivência do câncer bucal depende do estágio do tumor (NEVILLE et al., 2002). Um estudo de Lockhart et al., 1998, analisou que o índice de sobrevida em cinco anos é baixo e não apresentou grandes alterações nas últimas três décadas, apesar dos avanços na terapia. O câncer de boca tem uma taxa de 50% de sobrevida em cinco anos ou menos. Esta taxa pode ser aumentada quando as lesões são diagnosticadas em estádios menos avançados. A taxa de sobrevida global em cinco anos foi de apenas 24%, próxima à encontrada para negros americanos com essa doença (27,6%) (NAKAYAMAN et al.,

1999). Assim como em outros estudos (FRANCO et al., 1993; WUNSCH-FILHO, 2002) as lesões linguais tiveram as piores taxas de sobrevida. Além disso, apresentaram a maior discrepância com relação à incidência de metástases regionais em comparação com outros trabalhos (WOOLGAR, 1999; CARVALHO et al., 2004). Segundo Okada et al. (2003), mesmo nas lesões primárias em estágio I e II do carcinoma epidermóide oral podem ocorrer metástases regionais em linfonodos, e na literatura existem outros estudos evidenciando a ocorrência de gânglios cervicais patologicamente positivos em pacientes sem evidências clínicas da doença (LYDIATT et al., 1993; HICKS et al., 1998).

O tamanho da lesão e a presença de linfonodos já foram considerados ineficazes como fatores prognósticos para pacientes com doença em estágio inicial (VENERONI et al., 1997), entretanto, estudos avaliaram que quando possui tanto pacientes em estágio inicial quanto em estágio avançado a presença de linfonodos acometidos está fortemente associada a uma redução da sobrevida para aproximadamente 50% (PREUSS et al., 2007).

Muitas vezes a avaliação do carcinoma oral torna-se difícil, pois se enfrenta o desconhecimento e a falta de recursos dos profissionais de saúde, atrasando o diagnóstico e o tratamento, além de piorar o prognóstico (INCA, 2008). De acordo com Kademani et al.(2005) e Bell et al. (2007) o fator mais importante para determinação da severidade da doença é o estágio que ela se encontra e isso acaba influenciando no prognóstico da mesma e assim influenciando diretamente na sobrevida do paciente.

Por isso, acredita-se que detectar o câncer de boca em estágio precoce é o meio mais efetivo de reduzir a morbidade, complexidade e magnitude do tratamento (KOWALSKI et al., 2005). O atraso no diagnóstico do carcinoma epidermóide influencia diretamente na severidade do prognóstico e na redução da expectativa de vida do paciente, sendo de fundamental importância o desenvolvimento de políticas públicas para o diagnóstico precoce e tratamento imediato de lesões já instaladas.

A cavidade oral é um sítio anatômico de fácil acesso para exame, permitindo que cirurgiões-dentistas, médicos generalistas ou o próprio paciente através do auto-exame, possam visualizar diretamente alterações suspeitas de câncer, principalmente nos estágios iniciais, levando ao diagnóstico precoce. No entanto, na maioria dos casos o diagnóstico é feito tardiamente (MILLER et al., 2003).

Percebe-se que as taxas de mortalidade de câncer de boca apresentam uma queda na população masculina na maioria dos países, já em mulheres não foi observada mudança no comportamento, sendo que o início do hábito de fumar nestas foi posterior ao sexo masculino. Porém as taxas de incidência para câncer de boca relacionado a infecções pelo HPV, como amígdala, base da língua e orofaringe aumentaram em adultos jovens em ambos os sexos, parte dessa mudança pode ser atribuída a mudanças no comportamento sexual (INCA, 2012).

A partir da constatação de que o câncer bucal é um problema de saúde pública, é importante o conhecimento de sua magnitude no Brasil, no tocante a distribuição geográfica com estratificações por idade e gênero, como base de apoio ao seu controle (ANJOS-HORA et al., 2003). A divulgação de dados estatísticos é necessária tanto para o

conhecimento do quadro nacional como para estimular os profissionais da área da saúde a atuarem na prevenção e diagnóstico do câncer bucal (ONOFRE et al., 1999).

O valor total por capítulo do CID-10 (Código Internacional de Doenças) segundo Região/UF (Unidade Federal), obtido dos dados de Morbidade Hospitalar do SUS (Sistema Único de Saúde) por local de residência, no período de janeiro de 2001 a fevereiro de 2005, para o tratamento do câncer da região de cabeça e pescoço foi de R\$ 33.771.819,85 para todo o Brasil e de R\$ 4.512.212,64 para o Estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2005). Nas lesões iniciais de câncer de boca, a instituição da terapêutica adequada nos faz obter um rápido e correto tratamento, enquanto que, nas formas clínicas mais avançadas, o tratamento das lesões malignas bucais é relativamente ineficiente e freqüentemente seguido por cirurgias mutiladoras (REIS et al., 1997).

Levando-se em conta o crescimento e envelhecimento da população, assim como a industrialização e a urbanização, agravados pela cobertura inadequada dos serviços de saúde, é evidente a necessidade de mudar a estratégia de controle das doenças não transmissíveis, combinando ações preventivas de promoção e proteção à saúde, a medidas diagnósticas, especialmente aquelas de diagnóstico precoce e terapêuticas (LOPES et al., 1994).

### **3 PROPOSIÇÃO**

O objetivo nesta pesquisa foi traçar o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com carcinoma epidermóide oral, correlacionando a sobrevida destes com o tratamento submetido e o estadiamento em que a patologia se apresentava no momento do diagnóstico.



## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

Inicialmente o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, para que, após aprovado, fossem coletadas e tabuladas em planilha eletrônica as informações do banco de dados do Setor de Oncologia do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) da cidade de Passo Fundo, RS, referentes ao período de 1993 a 2008.

Foram obtidas informações como: sexo, idade, estadiamento do tumor, seguimento, tipo de tratamento, entre outras, porém, em alguns registros essas informações eram incompletas. Dos 327 pacientes contidos na planilha do banco de dados, 203 não tinham dados do seguimento, ou seja, não se sabia o estado atual desse paciente.

Na busca das informações que suprissem a necessidade da atualização dos dados, iniciaram-se contatos com os pacientes por telefone. Quando não foi possível o contato telefônico, buscaram-se informações com a Coordenadoria Regional de Saúde de Passo Fundo, onde foi realizada uma consulta com a Secretaria Estadual e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) que contêm dados a partir do ano de 1996 até 2009. O restante dos dados foram obtidos junto às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios, relatados nos

prontuários, e caso essa informação não fosse conseguida, o contato final era feito com os cartórios de registro civil dos referidos municípios.

Dos 327 pacientes existentes no banco de dados do HSVP, 24 foram excluídos da análise de dados desta pesquisa por razões diversas: de vinte pacientes não se obteve informação alguma; um paciente faleceu no estado de Goiás em decorrência do câncer, mas não foi obtida a informação da data; um registro foi excluído, pois o paciente estava com registro duplo, ou seja, todas as informações eram as mesmas registradas duas vezes; outro paciente cometeu suicídio e outro faleceu vítima de homicídio.

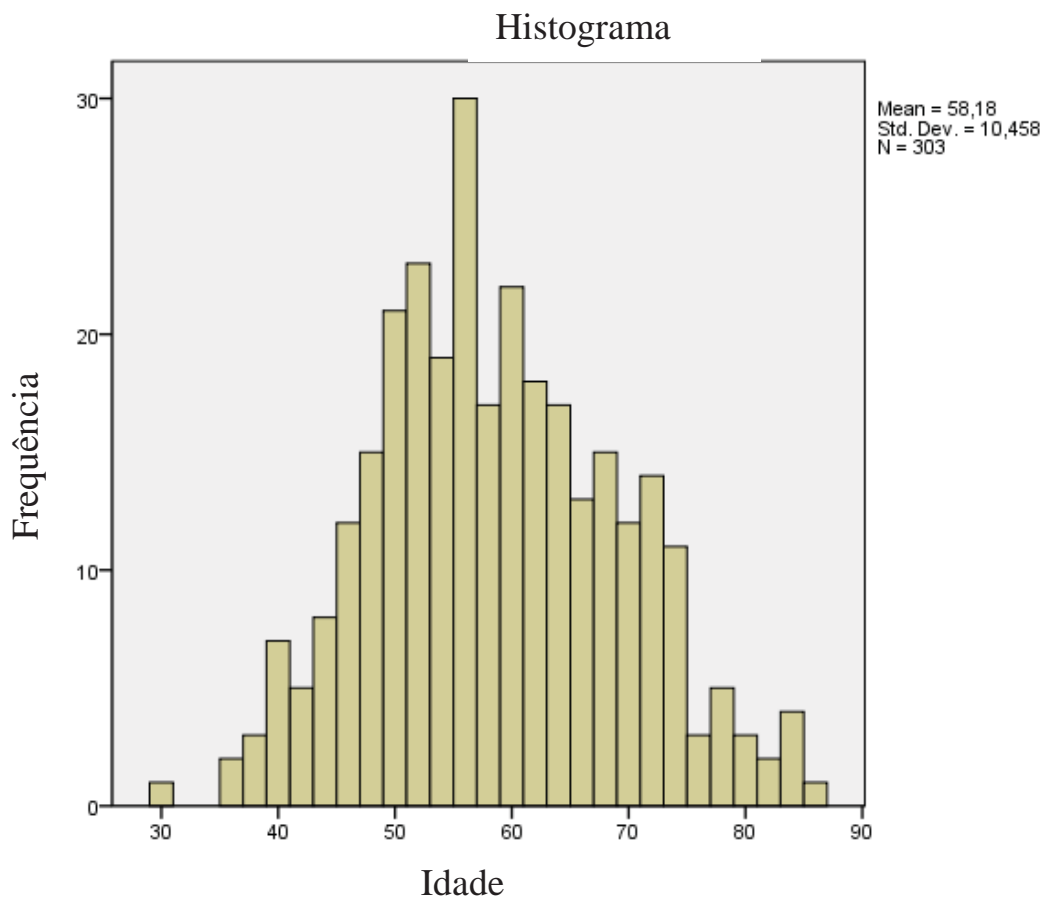
Para fins estatísticos, alguns dados tiveram que ser agrupados como local, estadiamento IV A, B e C, tratamentos combinados, locais de lesões.

Os dados coletados foram analisados pelo programa estatístico SPSS versão 18 utilizando testes paramétricos (correlação de Pearson; Kolmogorov-Smirnov) e não-paramétricos (Kruskal-Wallis; Mann-Whitney; Fischer).

## 5 RESULTADOS

Dos 303 prontuários de pacientes incluídos na análise dos dados desta pesquisa, a grande maioria eram homens 88,4% (n=268) e apenas 11,6% (n=35) eram mulheres, dando uma proporção de 1:7,3 (M:H).

A faixa etária mais acometida pela patologia estudada foi de 51 a 60 anos de idade 37% dos casos (n=111), seguida pela faixa de 61 a 70 anos 25% (n=75). A idade média dos pacientes acometidos pelo carcinoma foi de 58,18 anos, com um intervalo de 30 a 85 anos (Gráfico 1).



*Gráfico 1. Histograma da distribuição da frequência de idade dos pacientes acometidos pelo carcinoma.*

O tabagismo foi informado em 74,6% (n=226) dos prontuários e estava presente nos hábitos de 90,7% (n=205) dos pacientes. O consumo de álcool foi informado por 69,0% (n=209) dos pacientes, sendo destes, 87,1% (n=182) etilistas. A associação de tabaco e álcool foi observada em 84,7% (n=177) pacientes.

Os dados de etnia foram ajustados para fins estatísticos e considerados da seguinte forma: leucodermas 93,4% (n=283) e não leucodermas (melanodermas, feodermas e xantodermas) com 6,6% (n=20)

O grau de instrução dos pacientes foi analisado, e dos 78,5% (n=238) que informaram esse dado apresentaram a seguinte distribuição: primeiro grau 78,6% (n=187), segundo grau 10,9% (n=26), analfabetos 5,9% (n=14), superior 4,6% (n=11).

Dos pacientes que informaram o histórico familiar de câncer (51,5%; n=156), 38,5% (n=60) relataram casos na família, contra 61,5% (n=96) que não apresentaram.

Os pacientes que não receberam diagnóstico de câncer anteriormente somaram 69,3% (n=210), já 22,8% (n=69) pacientes receberam esse diagnóstico, porém não realizaram tratamento e 7,9% (n=24) receberam o diagnóstico e tratamento anteriormente.

A localização topográfica da lesão inicial foi agrupada e considerada os seguintes locais: língua 45,5% (n=138), outros locais não especificados 23,8% (n=72), palato 13,2% (n=40), assoalho da boca 11,9% (n=36), lábio 4,3% (n=13), gengiva 1,3% (n=4).

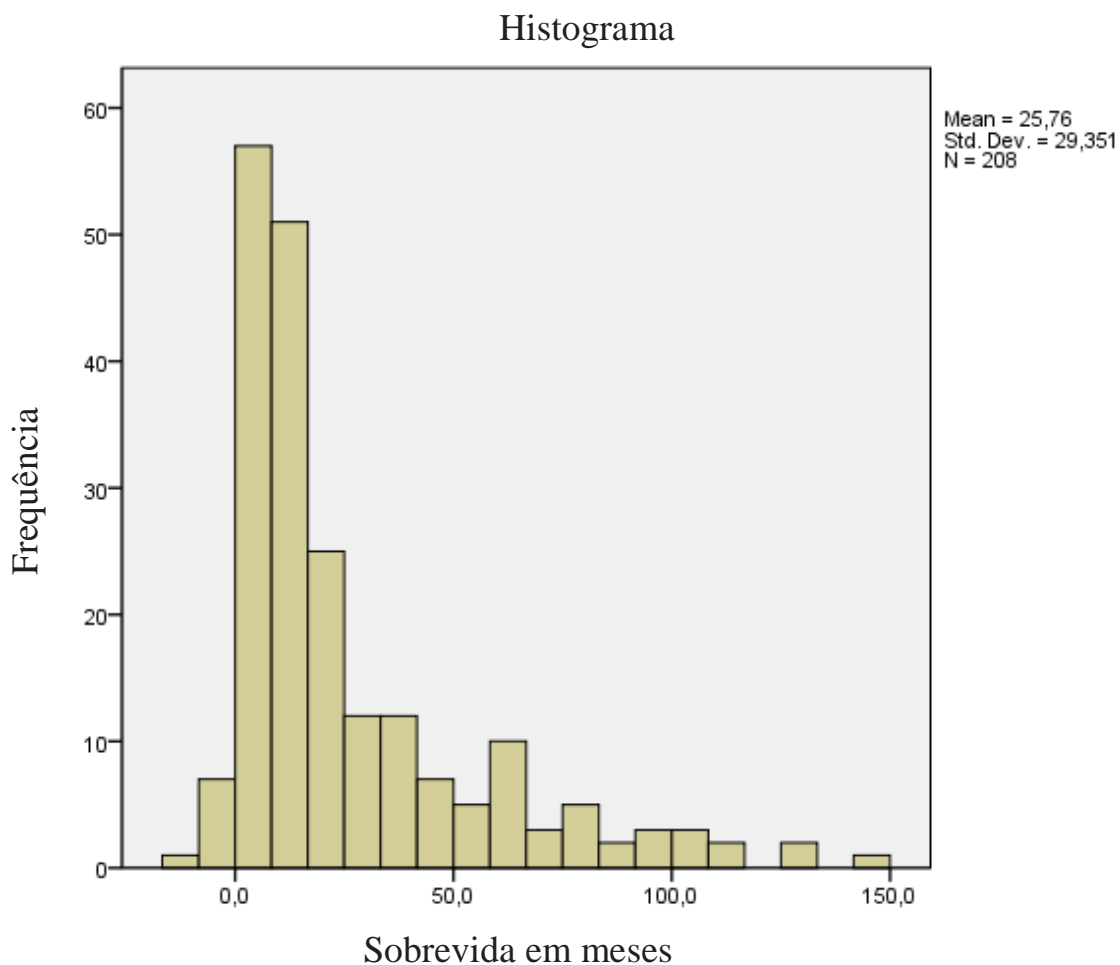
O estadiamento do tumor no momento do diagnóstico foi observado em 65% dos prontuários (n=197). O diagnóstico com estadiamento avançado III e IV foi observado na grande maioria dos casos, com 77,2% (n=152), contra 22,8% (n=45), dos diagnósticos com estadiamentos iniciais I e II. Na tabela 2 pode-se observar a distribuição completa dos casos.

Estádio	Masculino		Feminino		Total		Óbito		Sobrevida em meses
	n	%	n	%	N	%	n	%	
<b>I</b>	19	10,7%	6	31,6%	25	12,7%	9	36,0%	36,5
<b>II</b>	19	10,7%	1	5,3%	20	10,2%	12	60,0%	53,6
<b>III</b>	31	17,4%	5	26,3%	36	18,3%	24	66,7%	22,8
<b>IV</b>	109	61,2%	7	36,8%	116	58,9%	91	78,4%	16,6
<b>TOTAL</b>	178	100%	19	100%	197	100%	136	69,0%	

*Tabela 2. Distribuição completa dos casos por estadiamento, gênero, óbitos e sobrevida.*

O tratamento utilizado em cada caso foi descrito em 299 prontuários e mostrou-se distribuído em procedimento cirúrgico (55,9%, n=167), radioterapia (6,0%, n=18), quimioterapia (4,7%, n=14), a combinação destes tipos de tratamentos foi registrada em 19,4% (n=58) dos casos, e nenhum tratamento ocorreu em 14,0% (n=42) dos pacientes.

Com relação ao seguimento observou-se que 68,6% (n=208) foram a óbito e 31,4% (n=95) estavam vivos. Dos 208 pacientes que foram a óbito a média de sobrevida foi de 25,75 meses. Com um intervalo de -10,6 e 149,1 meses (Gráfico 2).



*Gráfico 2. Histograma da frequência da sobrevida global dos pacientes que foram a óbito em decorrência do câncer.*

Nos cruzamentos posteriores as variáveis que não possuíam informações ou classificação foram descartadas para fins estatísticos.

Para avaliar a ação do tratamento em relação ao estadiamento usamos a correlação de Pearson. Foram agrupadas as formas de tratamento radioterapia e quimioterapia, devido ao número de casos para ambos ser pequeno e observou-se que foi significativo ( $p < 0,001$ ) para o estadiamento I e II o uso do tratamento cirúrgico e para o estadiamento IV o uso de terapias combinadas. Já os tratamentos que envolviam

radioterapia e quimioterapia não foi significativo para nenhum tipo de estadiamento.

A remoção cirúrgica do tumor foi realizada em 95,5% (n=43) dos pacientes em estágio I e II. Radioterapia ou quimioterapia em 2,2% (n=1) e tratamentos combinados em 2,2% (n=1). Já em estágios avançados da doença III e IV, o tratamento cirúrgico foi usado em 40,1% (n=61) dos pacientes, a radioterapia ou quimioterapia em 15,1% (n=23) destes, e a combinação de dois ou mais tratamentos em 34,2% (n=52) dos pacientes.

Para fins estatísticos, o local da lesão e o estadiamento foram agrupados em I e II, e III e IV. Foram ainda considerados os locais: língua, soalho de boca, palato e outros locais não especificados. Utilizando-se a correlação de Pearson, observou-se que em estágios III e IV a ocorrência na língua foi maior que os demais sítios, porém não foi observada a diferença estatística (p=0,073).

Também não houve significância estatística (p=0,197) entre tratamento e seguimento através da correlação de Pearson. Sendo que o tratamento utilizado não influencia significativamente no seguimento deste. Isso se deu também entre local da lesão e seguimento (p=0,159).

Quando observamos o estadiamento em relação ao seguimento através do teste de Fischer, verificou-se que nos estágios I e II encontrava-se o maior número de pacientes vivos 39,34% (n=24), e nos estágios III e IV, maior número de mortos 84,56% (n=115), havendo diferença entre os grupos (p<0,001). O risco relativo do paciente diagnosticado em estágio avançado III e IV é de 2,5 vezes maior de ir a óbito, do que quando diagnosticado precocemente nos estágio I e II.



Dos 136 pacientes mortos e que tinham informação do estadiamento, foi realizado o cálculo da sobrevida (Gráfico 3). Nos estádios I e II encontrou-se sobrevida de 46,25 meses, e nos estadiamentos III e IV, de 17,83 meses. Pelo teste de Mann-Whitney observa-se que a diferença foi significativa ( $p=0,003$ ).

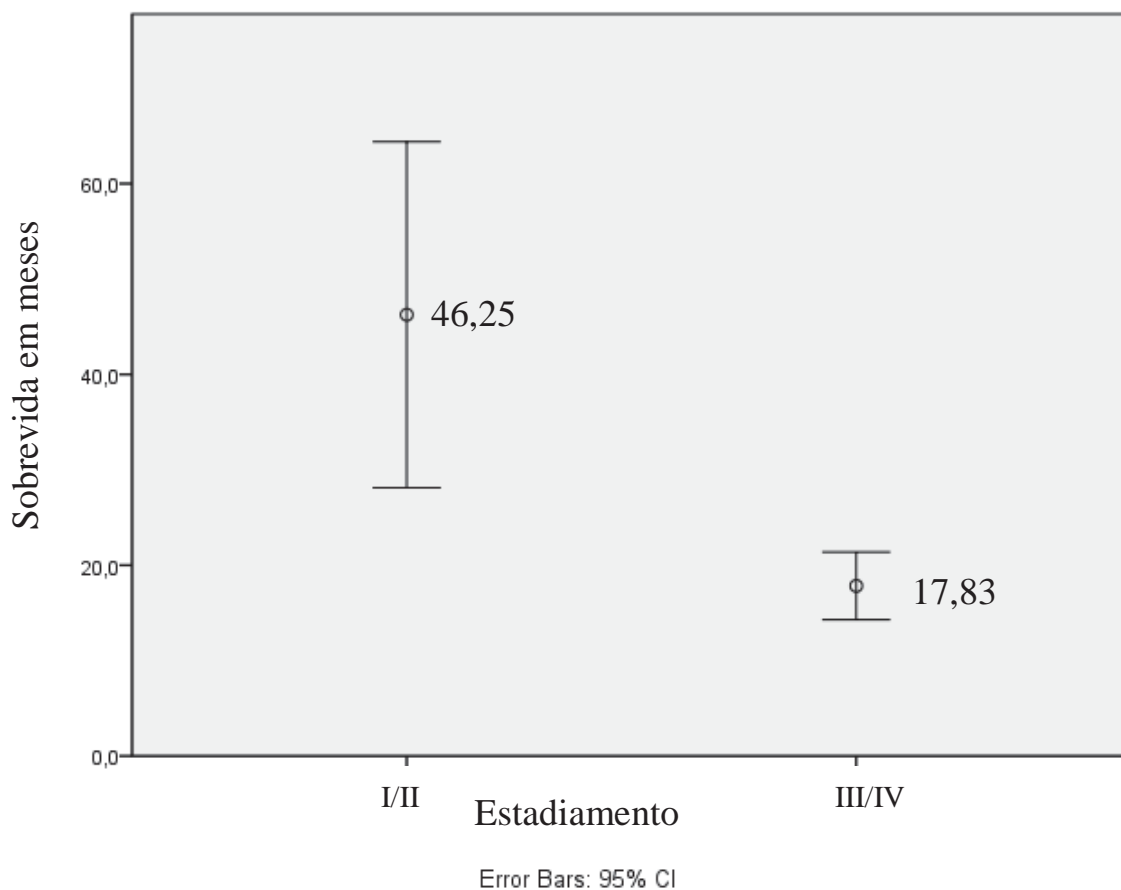


Gráfico 3. Gráfico com intervalo e média da sobrevida dos pacientes que foram a óbito, segundo o estadiamento.

Dos 170 pacientes que receberam tratamento e foram a óbito, a sobrevida após o tratamento cirúrgico foi em média de 33,19 meses. No tratamento com radioterapia ou quimioterapia, a média de sobrevida foi de 21,13 meses. Quando houve uma combinação de dois ou mais tratamentos a sobrevida foi de 15,19 meses (Gráfico 4). No teste

Kruskal-Wallis observou-se não haver significância estatística com relação aos tratamentos e a expectativa de vida dos pacientes ( $p=0,185$ ).

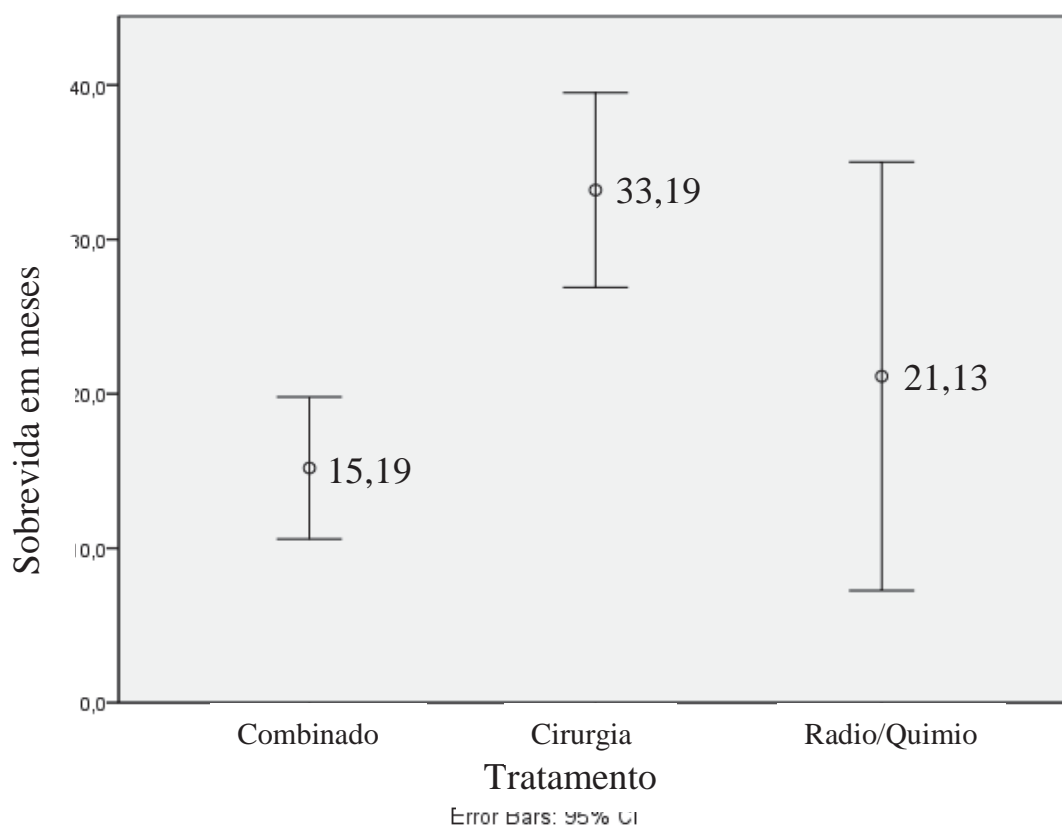
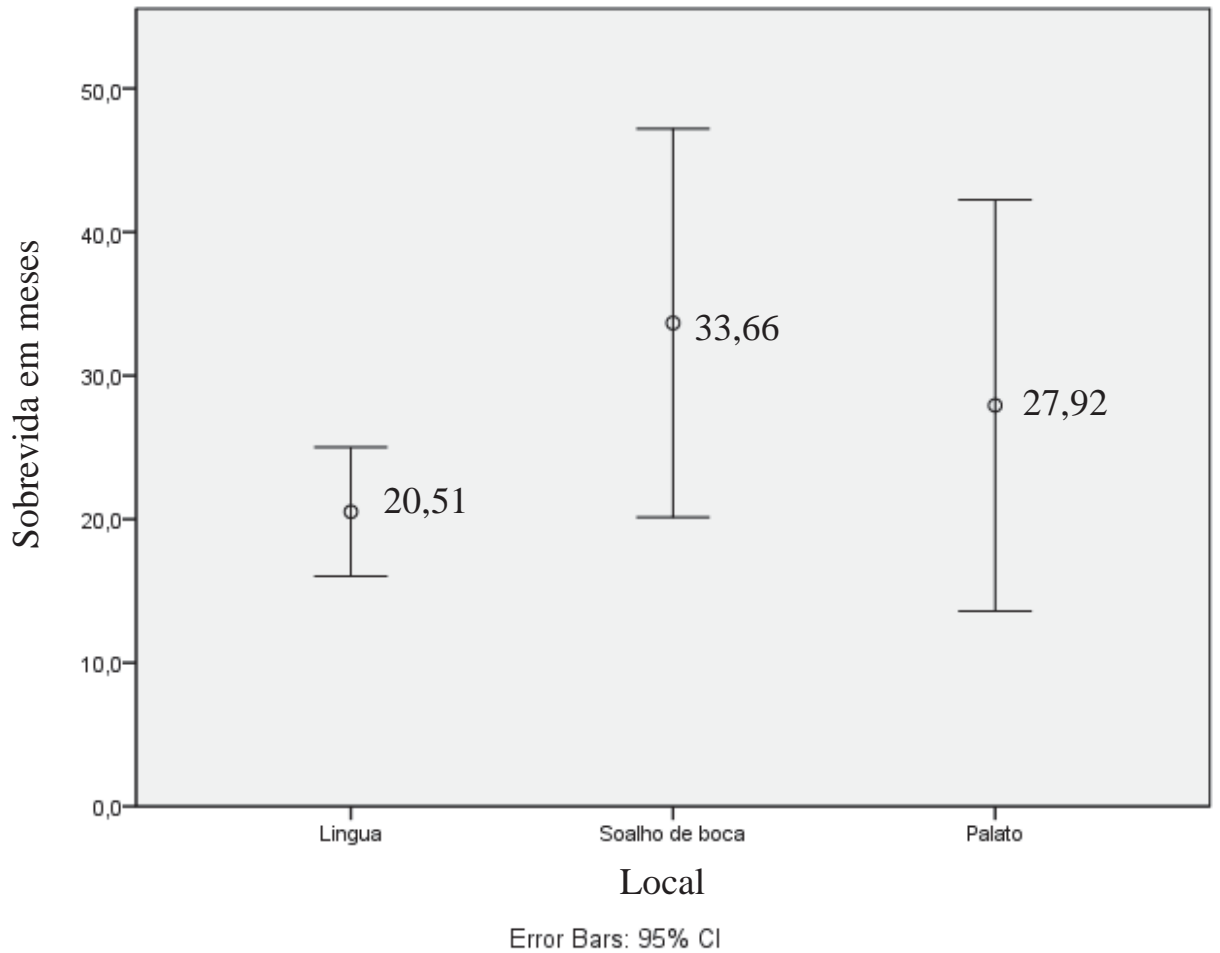


Gráfico 4. Gráfico com intervalo e média de sobrevida dos pacientes que foram a óbito, segundo o tratamento recebido.

A média de sobrevida com relação ao local acometido pelo tumor (Gráfico 5) foi de 20,51 meses para a língua, 33,66 meses para o assoalho de boca, 27,92 meses para o palato. Pelo teste de Kruskal-Wallis não houve diferença estatística entre a sobrevida e a localização do tumor ( $p=0,201$ ).



*Gráfico 5. Gráfico com o intervalo e a média da sobrevivência dos pacientes que foram a óbito segundo a localização topográfica da lesão no diagnóstico.*

## 6 DISCUSSÃO

O perfil do paciente acometido por carcinoma epidermóide oral em Passo Fundo e região mostra-se semelhante ao encontrado na literatura, sendo o sexo masculino, sexta década de vida (CARVALHO et al., 2001; BORGES et al., 2008) e os leucodermas (CARVALHO et al., 2001; HONORATO et al., 2009) os mais comumente afetados. Já Anjos Hora et al., (2003) constataram em estudo semelhante, que a média de idade afetada era a sétima década de vida e o gênero masculino também foi o mais afetado. A raça branca foi a mais acometida também no estudo realizado por Carvalho et al. (2001) e a sexta década de vida entre o sexo masculino e a sétima entre o sexo feminino.

O uso de álcool e tabaco já foram mostrados como os dois maiores fatores de risco para o desenvolvimento do carcinoma epidermóide oral (NEVILLE & DAY, 2002) e o uso destes em associação se mostraram mais prevalente nos pacientes analisados por Honorato et al. (2009) (63,75%) do que o uso destes fatores de risco isoladamente e em nossa pesquisa essa associação chega a 84,7%. O estado do Rio Grande do Sul é responsável por 51% de toda a produção de tabaco do país e tem a quinta maior prevalência de câncer de boca do Brasil. A Organização Mundial de Saúde afirma que um terço de toda a população mundial é fumante. Segundo o IBGE (2008),

aproximadamente 25% de pessoas acima de 15 anos relatam esse hábito diário no Brasil. Mesmo com as campanhas de proteção ao indivíduo quanto ao uso do tabaco ainda é grande o número de pessoas que faz esse uso.

A média de sobrevida global dos 208 pacientes que foram a óbito em decorrência do câncer foi de 25,76 meses. Honorato et al. (2009) encontraram uma sobrevida média de 29,4 meses, assemelhando-se com esta. Já Miller et al. (2003) observou uma sobrevida menor 18,1 meses e afirma ainda que a sobrevida está relacionada a fatores geográficos, comportamentais e demográficos.

O estudo de Kademani et al. (2005) afirma que a sobrevida dos pacientes acometidos por esta patologia diminui gradativa e proporcionalmente à medida que a severidade de doença avança, ou seja, quanto maior a severidade, maior o estágio, menor a sobrevida.

O sítio anatômico mais acometido foi a língua assim como em outros estudos (HONORATO et al., 2009; CARVALHO et al., 2001; ANJOS HORA et al., 2003). Embora não tenha sido estatisticamente significativa, pacientes acometidos por essa neoplasia na língua tiveram a pior sobrevida que os demais locais, com 20,5 meses. A localização topográfica da lesão não mostrou influência estatística na sobrevida, assim como o estudo de Kademani et al. (2005) e de Bell et al. (2007).

Embora a cavidade oral seja uma região anatômica de fácil acesso e visualização, muitas lesões ficam despercebidas atrasando o diagnóstico e piorando consequentemente o prognóstico (MILLER et al., 2003).

As lesões em estágio inicial, muitas vezes apresentam-se sem sintomatologia dolorosa, o que pode não ser muitas vezes percebida pelo

paciente levando por esta razão muitas vezes à demora no diagnóstico. O diagnóstico tardio, ou seja, em estágios mais avançado, foi observado na grande maioria dos pacientes deste estudo, em 77,2% de todos os casos o diagnóstico se deu em estágios III e IV muito acima dos casos encontrados por Montoro et al. (2008) que foram 34,8% dos casos, demonstrando dessa forma a demora na identificação e início do tratamento dessa patologia. Quando observamos os pacientes que foram diagnosticados em estágios iniciais da doença, verificou-se uma quantidade maior de pessoas vivas e a sobrevida dos que foram a óbito foi muito superior do que os pacientes diagnosticados em estágios mais tardios. Estes, no entanto, apresentaram 2,5x mais chance de ir a óbito do que quando o diagnóstico é realizado precocemente. O estadiamento em que o tumor se encontra no momento do diagnóstico se mostra um fator muito importante quando observamos a sobrevida dos pacientes. Esse estudo mostra que pacientes com diagnóstico tardio vivem em média 17,8 meses, enquanto que no diagnóstico inicial 46,2 meses. No estudo feito por Honorato et al. (2009) mostrou que os pacientes diagnosticados em estágio I e II de 41,3 meses e em estágios avançados essa sobrevida cai para 25,4 meses, evidenciando a diminuição do tempo de vida do paciente diagnosticado em estágio tardio. Apesar de a cavidade oral ser sítio de fácil acesso para o exame visual, nem sempre isso ocorre, por isso é fundamental que se reforce o estímulo para que a população realize o auto-exame e que os profissionais façam uma avaliação da cavidade bucal como um todo, para que pequenas lesões possam ser diagnosticadas e tratadas precocemente.

O tratamento está intimamente relacionado ao tamanho do tumor, ao estadiamento em que este se encontra, e ao local acometido,

tornando-se mais complexo, quanto mais avançado o grau de invasão e a complexidade do sítio anatômico envolvido. O tratamento de eleição encontrado nesta pesquisa, na grande maioria dos casos, foi o cirúrgico (55,9%), que objetiva a remoção das células afetadas e uma maior possibilidade de eliminação do tumor. Os pacientes que receberam esse tipo de terapia tiveram sobrevida de 33,1 meses, a maior dentre os tipos de tratamento analisados. E o uso de terapias combinadas foi a escolha em pacientes com diagnóstico mais tardio, estando em consenso com a literatura encontrada. Honorato et al. (2009), observaram que 12,7% realizaram o tratamento cirúrgico e que este foi o que propiciou a maior sobrevida (59,4meses). Dos 42 (14%) pacientes que não receberam nenhum tipo de tratamento, acredita-se que esses ou não estavam em condições clínicas de receberem os tratamentos disponíveis ou se recusaram por vontade própria assumindo os riscos provenientes desta decisão.

Kowalski et al. (2005) observaram os fatores associados à metástase de carcinoma de boca e orofaringe e afirmam que os fatores que mais influenciaram foram o estágio clínico em que a doença se encontrava e o uso de tratamento combinado, visto que este é geralmente utilizado em lesões mais avançadas.

Apesar de existirem avanços imensuráveis nas últimas décadas no que se refere à tecnologia do tratamento para o câncer (LOCKHART et al., 1998) a sobrevida dos pacientes depende muito mais do estadiamento da lesão do que do tratamento utilizado isso foi o que observamos nesta pesquisa.

O prognóstico dessa patologia pode se delinear no estadiamento em que ela se encontra no momento do diagnóstico tanto do ponto de vista clínico como de saúde pública.

Diante do fato de muitas informações de relevância clínica e epidemiológica estar faltando nos prontuários analisados, alertamos os profissionais, sobre a importância de reportarem tais informações com a devida precisão, pois só assim esse conhecimento permitirá ações mais efetivas de prevenção e combate ao carcinoma epidermóide oral.

Quando observamos a grande quantidade de pacientes que não tiveram seguimento 203 dos 327 contidos no banco de dados nos trás a realidade do descaso com os registros médicos, sendo que podemos levantar várias hipóteses para esta situação, como por exemplo, falta de tempo, pessoal ou mesmo interesse por parte dos profissionais, o que realmente influencia diretamente os resultados desta e outras pesquisas que possam depender dessas informações. Outro ponto a ser discutido é o quanto o investimento nesses tratamentos para o câncer de boca tem sido eficazes no combate a doença ou seja, precisamos novamente do maior numero de informações nos bancos de dados para que essa avaliação seja precisa.

O estado do Rio Grande do Sul tem o quinto maior índice de desenvolvimento humano do Brasil, 0,832 o que representa o nível de saúde, escolaridade e renda da população. O índice de Gini que demonstra a concentração de renda da população, se apresenta na média (0,500) (IBGE, 2009). Demonstrando uma boa qualidade de vida dessa população. O que deveria repercutir numa maior informação e conseqüentemente acesso aos serviços de saúde, diagnóstico e tratamento.



A pesquisa realizada por Lopes et al. (1994) fez uma análise histórica da situação do câncer no Brasil, demonstrando que as ações de controle da doença sempre foram eminentemente curativas em detrimento das preventivas e de diagnóstico precoce.

## 7 CONCLUSÕES

- O perfil do paciente acometido pelo carcinoma epidermóide oral em Passo Fundo e região é do gênero masculino na sexta década de vida, leucoderma, com baixo grau de instrução, com hábito de tabagismo e etilismo associados.
- Não houve diferença significativa entre os sítios dos carcinomas e o seguimento;
- O tratamento mais comumente utilizado foi o cirúrgico, culminando numa maior sobrevida, mesmo não tendo significância estatística, em relação aos demais tratamentos.
- Pacientes diagnosticados com carcinoma epidermóide em estágios III e IV tiveram 2,5 vezes mais chance de ir a óbito que em estágios I e II.
- O índice de sobrevivência se reduz pela metade quando o diagnóstico é feito tardiamente.
- Quanto mais tardio for o diagnóstico, menor é a expectativa de vida do paciente acometido pelo tumor

## REFERÊNCIAS

ABDO, E .M.; GARROCHO A .A.; AGUIAR, M. C. F. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.48, n.3, p. 357-362, 2002.

ANJOS-HORA, I. A.; PINTO, L. P.; SOUZA, L. B.; FREITAS, R. A. Estudo Epidemiológico do carcinoma epidermóide de boca no estado de Sergipe. *Ciência Odontológica Brasileira*, São José dos Campos, v.6, n.2, p. 41-48, 2003.

BELL, R.; BRYAN, A.; KADEMANI, D.; HOMER, L.; DIERKS, E. J.; POTTER, B. E. Tongue cancer: in there a difference in survival compared with other subsites in the oral cavity? *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, Copenhagen, v.65, n.2, p. 229-236, 2007.

BORGES, D. M. L.; SENA, M. F.; FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G. Mortalidade por câncer de boca e condição socioeconômica no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.321-327, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *TNM: classificação de tumores malignos /traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg*. 6. Ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004, 254p.

BRASIL. Ministério da Saúde – *Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)*, 2005. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tbcgi.exe?sih/cnv/mruf.def>>. Acesso em: 28 abr. 2005.

BRENER, S.; JEUNON, A. F.; BARBOSA, A. A.; GRANDINETTI, H. A. M. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.53, n.1, p.63-69, 2007.

CARVALHO, M. B.; LENZI, J.; LEHN, C. N.; FAVA, A. S.; AMAR, A.; KANDA, J. L.; WALDER, F.; MENEZES, M. B.; FRANZI, A. S.; MAGALHÃES, M. R.; CURIONI, O. A.; MARCEL, R.; SZELIGA, S.; SOBRINHO, J. A.; RAPOPORT, A. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.47, n. 3 p. 208-214, 2001.

CARVALHO, A. L.; SINGH, B.; SPIRO, R. H.; KOWALSKI, L. P.; SHAH, J. P. Cancer of the oral cavity: a comparison between institutions in a developing and a developing nation. *Head Neck*, Chicago, v.26, n.1 p.31-38, 2004.

COSTA, A. L.; PEREIRA, J. C.; NUNES, A. A. F.; ARRUDA, M. D. E. L. Correlação entre a classificação TNM, gradação histológica e localização anatômica em carcinoma epidermóide oral. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, São Paulo, v.16, n.3, p.216-220, 2002.

COSTA, A. L. L.; JUNIOR R. F. A.; RAMOS C. C. F. Correlação entre a classificação clínica TNM e as características histológicas de malignidade do carcinoma epidermóide oral. *Revista brasileira de Otorrinolaringologia*, Rio de Janeiro, v.71, n.2, p.181-187, 2005.

DHAER, G. C. A.; PEREIRA, G. A.; OLIVEIRA, A. C. D.; Características epidemiológicas dos casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período de 1999 – 2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.11, n.4, p. 584-596, 2008.

DEDIVITIS, R. A.; FRANÇA, C. M.; MAFRA, A. C. B.; GUIMARÃES, F. T.; GUIMARÃES, A. V. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, Rio de Janeiro, v.70, n.1, p. 35-40, 2004.

FERREIRA, D. C.; JUNIOR, V. M.; CUNHA, K. S. G.; JANINI, M. E. R.; CURVELO, J. A. R. Enzimas citocromo P450 e sua correlação com os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de boca – um estado da arte. *Revista de Ciências médicas e biológicas*, Salvador, v.6, n.2, p.223-232, 2007.

FRANCO, E. L.; DIB, L. L.; PINTO, D. S.; LOMBARDO, V.; CONTESINI, H. Race and gender influences on the survival of patients with mounth cancer. *Journal of Clinical Epidermiology*, Oxford, v.46, n.1, p.37-46, 1993.

GUCHELAAR, H.; HERMES, A.; MEERWALDT, J. H. Radiation-induced xerostomia: pathophysiology, clinical course and supportive treatmente. *Support Care in Cancer*, Berlin, v.5, n. 4, p.281-288, 1997.

HAMADA, G. S.; BOS, A. J.; KASUGA, H.; HIRAYAMA, T. Comparative epidemiology of oral cancer in Brazil and in India. *Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine*,Tokyo, v.16, n.1, p.63-72, 1991.

HENK, J. M. Controlled trials of synchronous chemotherapy with radiotherapy in head and neck cancer: overview of radiation morbidity. *Journal of Clinical Oncology*, New York, v.9, n.1, p.308-312, 1997.

HICKS, W. L.; NORTH, J. H.; LOREE, T. R.; MAAMOUN, S.; MULLINS, A.; ORNER, J. B.; BAKAMJIAN, V. Y.; SHEDD, D. P. Surgery as a single modality therapy for squamous cell carcinoma of the tongue. *American Journal of Otolaryngology*, New York, v.19, n.1, p.8-24, 1998.

HONORATO, J.; CAMISASCA, D. L.; SILVA, L. E.; DIAS, F. L.; FARIA, P. A. S.; LOURENÇO, S. Q. C. Análise de sobrevida global em pacientes diagnosticados com carcinoma de células escamosas de boca no INCA no ano de 1999. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.12, n.1, p.69-81, 2009.

IBGE. *PNAD 2009*. Disponível em: <  
[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1708](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708)>. Acesso em: 17 abr. 2012.

INCA. *Tabagismo:dados e números*. Disponível em: <  
<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>>. Acesso em: 17 abr. 2012.

INCA. *Estimativa 2008*. Disponível em:  
<<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>>. Acesso em: 07 agost. 2010.

INCA. *Estimativa 2008*. Disponível em:  
<<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012>>. Acesso em: 11 jan. 2012.

KADEMANI, D.; BELL, R. B.; BAGHERI, S.; HOLMGREN, E.; DIERKS, E.; POTTER, B.; HOMER, L. Prognostic factors in intraoral squamous cell carcinoma: The influence of histologic grade. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, Copenhagen, v.63, n.11, p.1599-1605, 2005.

KOWALSKI, L. P.; CARVALHO, A. L.; PRIANTE, A. V. M.; MAGRIN, J. Predictive factors for distant metastasis from oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Oral Oncology*, New York, v. 41, n.5, p. 541-543, 2005.

LOCKHART, P. B.; NORRIS, C. M.; PULLIAM, C. Dental factors in the genesis of squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Oral Oncology*, New York, v.34, n.2, p.133-139, 1998.

LOPES, E.R.; ABREU, E.; REZENDE, M.C.; LAVOR, M.F. Prevenção e controle do câncer no Brasil: ações do Pro-Onco/INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.40, n.2, p.105-110, 1994.

LYDIATT, D. D.; ROBBINS, T. K.; BYERS, R. M.; WOLF, P. F. Treatment of stage I and II oral tongue cancer. *Head Neck*, Chicago, v.15, n.4, p.308-312, 1993.

MACHADO, A. C. P.; TAVARES, P. G.; ANBINDER, A. L.; QUIRINO, M. R. S. Perfil epidemiológico, tratamento e sobrevida de pacientes com câncer bucal em Taubaté e região. *Revista de Biociência*, Taubaté, v.9, n.4, p.65-71, 2003.

MILLER, C. S.; HENRY, R. G.; RAYENS, M. K. Disparities in risk of and survival from oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontics*, St Louis, v.95, n.5, p.570-575, 2003.

MONTORO, J. R. M. C.; MAMEDE, R. C. M.; HICZ, H. A.; SOUZA, L. Fatores prognósticos no Carcinoma Espinocelular de cavidade oral. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v.74, n.6, p.861-866, 2008.

MOROI, H. H.; OKIMOTO, K., TERADA, Y. The effect of oral prosthesis on the quality of life for head and neck cancer patients. *Journal of Oral Rehabilitation*, Oxford, v. 26, n.4, p.265-273, 1999.

NAKAYAMA, A.; OGAWA, A. ; FUKUTA, Y. ; KUDO, K. Relation between lymphatic vessel diameter and clinicopathologic parameters in squamous cell carcinomas of the oral region. *Cancer*, São Paulo, v.86, n.2, p. 200-206, 1999.

NEVILLE, B. W. ; DAY, T. A. Oral cancer and precancerous lesions. *CA : A Cancer Journal for Clinicians*, Atlanta, v.52, n.4, p.195-215, 2002.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M. *Patologia oral e maxilofacial*. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2004. 972p.

ONOFRE, M. A.; SPOSTO, M. R.; SIMÕES, M. E.; SCAF, G.; FERREIRA, L. A.; TURATTI, E. Prevalência de câncer bucal no serviço de medicina bucal da faculdade de Odontologia de Araraquara/UNESP. *Revista Gaucha de Odontologia*, Porto Alegre, v.45, n.2, p.101-104, 1999.

OKADA, Y.; MATAGA, I.; KATAGIRI, M.; ISHII, K. An analysis of cervical lymph nodes metastasis in oral squamous cell carcinoma. Relationship grade of histopathological malignancy and lymph nodes

metastasis. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, Copenhagen, v.32, n.3, p.284-288, 2003.

OLIVEIRA, L. R.; SILVA, A. R.; ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, Rio de Janeiro, v. 42, n.5, p.385-392, 2006.

PINDBORG, J. R. P. A; SMITH, C.J. *Histological typing of cancer and precancer of the oral mucosa*. WHO International Classification of Tumors. 2 ed. Berlin: Springer Verlag, 1997. 87p.

PINHEIRO, G. C. D. *Prevenção do câncer bucal*. Bragança Paulista, SP: Encadernadora Pietro, 1998. 38p.

PREUSS, S. F.; DINH, V.; KLUSSMANN, J. P.; SEMRAU, R.; MUELLER, R. P.; GUNTINAS, L. O. Outcome of multimodal treatment for oropharyngeal carcinoma: a single institution experience. *Oral Oncology*, New York, v.43, n.4, p.402-407, 2007.

REIS, S. R. A.; LIMA, C. R.; MARCHIONNI, A. M. T.; SETUBAL, M. G. Fatores de risco de câncer da cavidade oral e da orofaringe. *Revista de pós graduação*, São Paulo, v. 4, n.2, p.127-132, 1997.

RIBEIRO PINTO, L. F. Differences between isoamyl alcohol and ethanol on the metabolism and DNA ethylation of Nnitrosodiethylamine in the rat. *Toxicology*, Limerick, v.151, n.1/3, p.73-79, 2000.

ROGERS, S. N.; LAHER, S. H.; OVEREND, L.; LOWE, D. Importance-Ratins using the University of Washington quality of life questionnaire in patients treated by primary surgery for oral and oropharyngeal cancer. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, Stuttgart, v.30, n.2, p.125-132, 2002.

SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. *Patologia bucal*. 3.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. 728 p.

SOUZA, A.; STEVAUX, O. M.; SANTOS, G. G.; MARCUCCI, G. Epidemiologia do carcinoma epidermóide da mucosa bucal -



contribuição ao estudo sobre três variáveis: sexo, faixa etária e raça. *Revista Odontológica- UNICID*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 127-34, 1996.

SYRJANEN, S. Human papillomavirus (HPV) in head and neck cancer. *Journal Clinical of Virology*, Amsterdam, v.32, n.1, p.59-66, 2005.

VENERONI, S.; SILVESTRINI, R.; COSTA, A.; SALVATORI, P.; FARANDA, A.; MOLINARI, R. Biological indicators of survival in patients treated by surgery for squamous cell carcinoma of the oral cavity and oropharynx. *Oral Oncology*, New York, v.33, n.6, p.408-413, 1997.

WOOLGAR, J. A. Histological distribution of cervical lymph node metastases from intraoral/oropharyngeal squamous cell carcinomas. *Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, Berlin, v.37, n.3, p.157-180, 1999.

WUNSCH-FILHO, V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncology*, New York, v.38 n.8, p.737-747, 2002.

## APÉNDICES

**APÊNDICE 1. Relação entre tratamento, óbitos e sobrevivida.**

	Total	Vivos		Óbito		Sobrevivida	
		N	%	N	%	N	em meses
Cirurgia	167	59	35,3%	108	64,7%	33,3	
Radioterapia	18	6	33,3%	12	66,7%	10,7	
Quimioterapia	14	3	21,4%	11	78,6%	32,5	
Combinado	58	18	31,0%	40	69,0%	15,3	
Nenhum	42	8	19,0%	34	81,0%	19,9	
Outros	4	0	0,0%	4	100,0%	8,7	
Todos	303	94	31,0%	209	69,0%	25,8	

**APÊNDICE 2. Influencia dos hábitos associados ao perfil do paciente acometido por câncer de boca.**

Hábito	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>TABAGISMO</b>						
fumantes	192	94,6%	13	56,5%	205	90,7%
não fumantes	11	5,4%	10	43,5%	21	9,3%
<b>ÁLCOOL</b>						
etilista	176	93,1%	6	30,0%	182	87,1%
não etilista	13	6,9%	14	70,0%	27	12,9%
<b>TABAGISMO + ÁLCOOL</b>						
associação	171	90,5%	6	30,0%	177	84,7%
não associados	18	9,5%	14	70,0%	32	15,3%

**APÊNDICE 3. Localização topográfica da lesão por gênero e óbitos.**

Localização	Masculino		Feminino		Total		Óbitos	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Lábio inferior externo	12	4,5	1	2,9	13	4,3	2	15,4
Base da língua	92	34,3	8	22,9	100	33,0	80	80,0
Superfície dorsal da língua	4	1,5	0	0	4	1,3	4	100
Borda da língua	20	7,5	4	11,4	24	7,9	12	50,0
Superfície ventral da língua	5	1,9	2	5,7	7	2,3	6	85,7
Língua	2	0,7	2	5,7	4	1,3	3	75,0
Gengiva inferior	3	1,1	1	2,9	4	1,3	1	25,0
Assoalho anterior da boca	3	1,1	0	0	3	1,0	2	66,7
Assoalho lateral da boca	9	3,4	2	5,7	11	3,6	8	72,7
Assoalho da boca	19	7,1	2	5,7	21	6,9	15	71,4
Palato duro	9	3,4	2	5,7	11	3,6	8	72,7
Palato mole	26	9,7	2	5,7	28	9,2	15	53,6
Úvula	1	0,4	0	0	1	0,3	1	100
Mucosa da bochecha	2	0,7	1	2,9	3	1,0	1	33,3
Vestíbulo da boca	35	13,1	4	11,4	39	12,9	35	89,7
Área retromolar	18	6,7	3	8,6	21	6,9	9	42,9
Boca	8	3,0	1	2,9	9	3,0	6	66,7
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>303</b>	<b>100</b>	<b>208</b>	<b>100</b>

**APÊNDICE 4. Dados gerais do perfil relacionados ao gênero.**

Condição	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
<b>ETNIA</b>				
Leucoderma	250	93,3	33	94,3
Melanoderma	4	1,5	0	0,0
Feoderma	12	4,5	2	5,7
Xantoderma	2	0,7	0	0
<b>GRAU DE INSTRUÇÃO</b>				
Analfabeto	10	4,7	4	15,4
1º grau incompleto	150	70,8	15	57,7
1º grau completo	20	9,4	2	7,7
2º grau completo	24	11,3	2	7,7
Nível superior	8	3,8	3	11,5
<b>DIAG E TRAT ANTERIORES</b>				
Sem diag/sem trat	183	68,3	27	77,1
Com diag/sem trat	63	23,5	6	17,1
Com diag/com trat	22	8,2	2	5,7
<b>HISTÓRICO FAMILIAR</b>				
Sim	54	38,8	6	35,3
Não	85	61,2	11	64,7
			24	7,9
			60	38,5
			96	61,5

**APÊNDICE 5. Dados gerais do tratamento, sobrevida e óbitos.**

Localização	Sexo				Total		Óbito		Sobrevida		Tratamento												
	Masculino		Feminino		n	%	n	%	Meses	Vivos	Cir	% Cir	Rad	% Rad	Com	% Com	Qui	% Qui	Nen	% Nen	Out	% Out	
	n	%	n	%																			
	n	%	n	%	n	%	n	%															
Lábio inferior	12	92,3	1	7,7	13	4,0	3	23	42,1	10	11	85	0	0	1	8	0	0	0	0	0	0	0
Base da língua	92	92,0	8	8,0	100	33,0	80	80	19,2	20	25	25	8	8	40	40	10	10	14	14	3	3	
Língua	30	78,9	8	21,1	38	12,5	24	63	24,9	14	24	63	1	3	4	11	0	0	9	24	0	0	
Gengiva inf	4	100	0	0,0	4	1,3	1	25	107,8	3	3	75	0	0	0	0	0	0	1	25	0	0	
Assoalho da boca	32	88,9	4	11,1	36	11,9	26	72	33,7	10	24	67	3	8	4	11	0	0	4	11	1	3	
Palato	35	87,5	5	12,5	40	13,2	24	60	27,9	16	24	60	6	15	7	18	1	3	2	5	0	0	
Vestíbulo	63	87,5	9	12,5	72	23,8	51	71	29,0	21	50	69	0	0	9	13	3	4	10	14	0	0	
Total	268	88	35	12	303	100	209	69	40,6	94	161	53	18	6	65	21	14	5	40	13	4	1	

**Legenda:**

**Cir- tratamento cirúrgico**

**Rad- tratamento com radioterapia**

**Com- combinação de dois ou mais tipos de tratamento**

**Qui- Tratamento com quimioterapia**

**Nen- Nenhum tratamento foi realizado**

**Out- outros tipos de tratamento (não especificados)**

**ARTIGO A SER SUBMETIDO AO CADERNO DE  
SAÚDE PÚBLICA**

---



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS COM CARCINOMA  
EPIDERMÓIDE ORAL EM PASSO FUNDO E  
REGIÃO.**

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS  
DIAGNOSED WITH ORAL SQUAMOUS CELL  
CARCINOMA STEP IN THE REGION AND FUND.

Autores:

KUZE, Luana Soares - Faculdade de Odontologia da Universidade de  
Passo Fundo.

DE CONTO, Ferdinando - Faculdade de Odontologia da Universidade  
de Passo Fundo.

BRANDA, Fabrício Baú - Faculdade de Odontologia da Universidade de  
Passo Fundo.

DE BORTOLI, Manuela Moura - Faculdade de Odontologia da  
Universidade de Passo Fundo.

ROVANI, Gisele - Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo  
Fundo.

PASQUALOTTI, Adriano- Faculdade de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo.

FLORES, Mateus Ericson- Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo.

Endereço para Correspondência: Avenida Luis Pessoa da Silva Netto, 1141, centro, Pinhal da Serra, RS, CEP- 95390-000.

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS COM CARCINOMA  
EPIDERMÓIDE ORAL EM PASSO FUNDO, BRASIL**

Avaliação do perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com carcinoma epidermóide oral no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo. Analisando os prontuários dos pacientes com o diagnóstico dessa patologia no período entre 1993 a 2008. Dos 303 prontuários analisados, a maioria eram homens (88,4%), leucodermas (93,4%), com maior faixa etária entre 51 a 60 anos (37,0%). O local mais afetado foi a língua (45,5%). A maioria dos casos foi diagnosticada em estágio tardio III e IV (77,2%), com uma sobrevida de 17,8 meses, mostrando grande diferença para os estádios I e II (46,2 meses e  $p=0,003$ ). Embora o tratamento cirúrgico tenha sido o mais realizado (55,9%) e apresentado a maior sobrevida, não foi observada a significância estatística deste com relação aos demais tratamentos ( $p=0,185$ ). Observou-se que 68,6% ( $n=208$ ) foram a óbito. Conclui-se o diagnóstico tardio diminuiu significativamente a expectativa de vida dos pacientes

(2,5x); que o tratamento executado e o local inicial da lesão não tiveram influencia significativa na sobrevida.

Palavras-chave: *câncer de boca; carcinoma de células escamosas; análise da sobrevida.*

# **EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS DIAGNOSED WITH ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA IN PASSO FUNDO, BRAZIL**

## **ABSTRACT**

Evaluation epidemiological profile of patients diagnosed with oral squamous cell carcinoma at the Hospital São Vicente de Paulo in Passo Fundo. Examining the records of patients diagnosed with this condition from 1993 to 2008. From the 303 records analyzed, the majority were men (88.4%), Caucasian (93.4%) with higher age range between 51 to 60 years old (37.0%). The most affected site was the tongue (45.5%). Most of the cases were diagnosed in late stage III and IV (77.2%), with survival of 17.8 months, showing great difference for stages I and II (46.2 months, and  $p = 0.003$ ). Although surgical treatment has been mostly performed (55.9%) and presented higher survival rates, its statistical significance relating to other treatments was not evidenced ( $p = 0.185$ ). It was observed that 68.6% ( $n = 208$ ) of patients died. The conclusion was that late diagnosis

significantly decreased life expectancy of patients (2.5 x), and that the treatment performed and the initial site of the lesion had no significant influence on survival.

**Key words:** *oral cancer; squamous cell carcinoma; survival analysis.*

## INTRODUÇÃO

Aproximadamente 10% dos tumores malignos que ocorrem no corpo humano estão localizados na boca<sup>1</sup>, sendo esse o sexto tipo de câncer mais incidente no mundo<sup>2</sup>. Excluindo-se o câncer de pele, o câncer bucal pode ser considerado o mais comum da região de cabeça e pescoço<sup>3,4</sup>. O carcinoma epidermóide é uma patologia que corresponde à cerca de 90% dos tumores malignos da cavidade oral<sup>5</sup>.

A partir da constatação de que o câncer bucal é um problema de saúde pública, é importante o conhecimento de sua magnitude no Brasil, no tocante a distribuição geográfica com estratificações por idade e gênero, como base de apoio ao seu controle<sup>6</sup>. A divulgação de dados estatísticos é necessária tanto para o conhecimento do quadro nacional como para estimular os profissionais da área da saúde a atuarem na prevenção e diagnóstico do câncer bucal<sup>7</sup>.

Levando-se em conta o crescimento e envelhecimento da população, assim como a industrialização e a urbanização, agravados pela cobertura inadequada dos

serviços de saúde, é evidente a necessidade de mudar a estratégia de controle das doenças não transmissíveis, combinando ações preventivas de promoção e proteção à saúde a medidas diagnósticas, especialmente aquelas de diagnóstico precoce e terapêuticas<sup>8</sup>. Esta pesquisa tem como propósito avaliar o perfil e a sobrevida de pacientes que foram acometidos por carcinoma epidermóide oral e submetidos ao tratamento oncológico no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo, Brasil, no período de 1993 a 2008.



## MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo. Após aprovação sob o protocolo (CAAE- numero: 028.0.398.000-11) foram coletados informações dos prontuários junto ao banco de dados do Setor de Oncologia do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) da cidade de Passo Fundo, RS, referentes ao período de 1993 a 2008 e tabulados em planilha eletrônica.

Algumas informações foram prioritárias a outras como: sexo, idade, estadiamento do tumor, seguimento, tipo de tratamento, entre outras, porém, em alguns registros essas informações eram incompletas. Dos 327 pacientes contidos na planilha do banco de dados, 203 não tinham dados do seguimento, ou seja, não se sabia o estado atual desse paciente.

Na busca das informações que suprissem a necessidade da atualização dos dados, iniciaram-se contatos com os pacientes por telefone. Quando esse contato não foi possível, buscaram-se informações com a Coordenadoria Regional de Saúde de Passo Fundo, onde foi realizada uma consulta com a Secretaria Estadual e o Sistema de

Informação de Mortalidade (SIM) que contêm dados a partir do ano de 1996 até 2009. O restante dos dados foram obtidos junto às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios relatados nos prontuários dos pacientes no ato da internação. Caso essa informação não fosse conseguida, o contato final era feito com os cartórios de registro civil dos referidos municípios.

Dos 327 pacientes existentes no banco de dados do HSVP, 24 foram excluídos da análise de dados desta pesquisa por razões diversas: de vinte pacientes não se obteve informação alguma; um paciente faleceu no estado de Goiás em decorrência do câncer, mas não foi obtida a informação da data; um registro foi excluído, pois o paciente estava com registro duplo; outro paciente cometeu suicídio e outro faleceu vítima de homicídio.

Para fins estatísticos, alguns dados tiveram que ser agrupados, como o sítio anatômico da lesão, o estadiamento (IV A, B e C), e a realização de tratamentos combinados (dois ou mais tipos de tratamentos).

Os dados coletados foram analisados pelo programa estatístico SPSS versão 18, utilizando testes paramétricos

(correlação de Pearson; Kolmogorov-Smirnov) e não-paramétricos (Kruskal-Wallis; Mann-Whitney; Fischer).

## RESULTADOS

Dos 303 pacientes incluídos na análise dos dados desta pesquisa, a grande maioria eram homens (88,4%, n=268) e apenas 11,7% (n=35) eram mulheres, dando uma proporção de 1:7,3 (M:H).

A faixa etária mais acometida pela patologia foi de 51 a 60 anos de idade, com 37,0% dos casos (n=111), seguida pela faixa de 61 a 70 anos, com 25,0% (n=75). A idade média dos pacientes acometidos pelo carcinoma foi de 58,1 anos, com um intervalo de 30 a 85 anos (gráfico1).

O tabagismo foi informado em 74,6% (n=226) dos prontuários e estava presente nos hábitos de 90,7% (n=205) dos pacientes. O consumo de álcool foi informado por 69,0% (n=209) dos pacientes, sendo destes, 87,1% (n=182) etilistas. A associação de tabaco e álcool foi observada em 84,7% (n=177) pacientes.

Os dados de etnia foram ajustados para fins estatísticos e considerados da seguinte forma: leucodermas 93,4% (n=283) e não leucodermas (melanodermas, feodermas e xantodermas) com 6,6% (n=20)

O grau de instrução dos pacientes foi analisado, e dos 78,5% (n=238) que informaram esse dado apresentaram a seguinte distribuição: primeiro grau 78,6% (n=187), segundo grau 10,9% (n=26), analfabetos 5,9% (n=14), superior 4,6% (n=11).

Dos pacientes que informaram o histórico familiar de câncer (51,5%; n=156), 38,5% (n=60) relataram casos na família, contra 61,6% (n=96) que não apresentaram.

Os pacientes que não receberam diagnóstico de câncer anteriormente somaram 69,3% (n=210), já 22,8% (n=69) pacientes receberam esse diagnóstico, porém não realizaram tratamento e 7,9% (n=24) receberam o diagnóstico e tratamento anteriormente.

A localização topográfica da lesão inicial foi agrupada e considerada os seguintes locais: língua 45,5% (n=138), outros locais não especificados 23,8% (n=72), palato 13,2% (n=40), assoalho da boca 11,9% (n=36), lábio 4,3% (n=13), gengiva 1,3% (n=4).

O estadiamento do tumor no momento do diagnóstico foi observado em 65,0% dos prontuários (n=197). O diagnóstico com estadiamento avançado III e IV foi observado na grande maioria dos casos, com 77,2%

(n=152), contra 22,8% (n=45), dos diagnósticos com estadiamentos iniciais I e II.

O tratamento utilizado em cada caso foi descrito em 299 prontuários e mostrou-se distribuído em procedimento cirúrgico (55,9%, n=167), radioterapia (6,0%, n=18), quimioterapia (4,7%, n=14), a combinação de dois ou mais tratamentos foi registrada em 19,4% (n=58) dos casos, e nenhum tratamento ocorreu em 14,0% (n=42) dos pacientes.

Com relação ao seguimento observou-se que 68,6% (n=208) foram a óbito e 31,5% (n=95) estavam vivos. Dos 208 pacientes que foram a óbito a média de sobrevida foi de 25,7 meses. Com um intervalo de -10,6 e 149,1 meses (gráfico 2). O valor negativo do intervalo, refere-se a óbitos ocorridos antes do registro do diagnóstico.

Nos cruzamentos posteriores as variáveis que não possuíam informações ou classificação foram descartadas para fins estatísticos.

Para avaliar a ação do tratamento em relação ao estadiamento usamos a correlação de Pearson. Foram agrupadas as formas de tratamento radioterapia e quimioterapia, devido ao número de casos para ambos ser pequeno e observou-se que foi significativo ( $p < 0,001$ ) para o

estadiamento I e II o uso do tratamento cirúrgico e para o estadiamento IV o uso de terapias combinadas.

A remoção cirúrgica do tumor foi realizada em 95,5% (n=43) dos pacientes em estágio I e II. Radioterapia ou quimioterapia em 2,2% (n=1) e tratamentos combinados em 2,3% (n=1). Já em estádios avançados da doença III e IV, o tratamento cirúrgico foi usado em 40,1% (n=61) dos pacientes, a radioterapia ou quimioterapia em 15,1% (n=23) destes, e a combinação de dois ou mais tratamentos em 34,2% (n=52) dos pacientes. Os demais 10,5% (n=16) pacientes foram excluídos pois realizaram outros ou nenhum tipo de tratamento.

Para fins estatísticos, o local da lesão e o estadiamento foram agrupados em I e II, e III e IV. Foram ainda considerados os locais: língua, soalho de boca, palato e outros locais não especificados. Utilizando-se a correlação de Pearson, observou-se que em estágios III e IV a ocorrência na língua foi maior que os demais sítios, porém não foi observada a diferença estatística ( $p=0,073$ ).

Também não houve significância estatística ( $p=0,197$ ) entre tratamento e seguimento através da correlação de Pearson. Sendo que o tratamento utilizado não

influencia significativamente no seguimento deste. Isso se deu também entre local da lesão e seguimento ( $p=0,159$ ).

Quando observamos o estadiamento em relação ao seguimento através do teste de Fischer, verificou-se que nos estádios I e II encontrava-se o maior número de pacientes vivos 39,3% ( $n=24$ ), e nos estágios III e IV, maior número de mortos 84,5% ( $n=115$ ), havendo diferença entre os grupos ( $p<0,001$ ). O risco relativo do paciente diagnosticado em estágio avançado III e IV foi de 2,5 vezes maior de ir a óbito, do que quando diagnosticado precocemente nos estágio I e II.

Dos 136 pacientes mortos e que tinham informação do estadiamento, foi realizado o cálculo da sobrevida (gráfico 3). Nos estádios I e II encontrou-se sobrevida de 46,2 meses, e nos estadiamentos III e IV, de 17,8 meses. Pelo teste de Mann-Whitney observa-se que a diferença foi significativa ( $p=0,003$ ).

Dos 170 pacientes que receberam tratamento e foram a óbito, a sobrevida após o tratamento cirúrgico foi em média de 33,2 meses. No tratamento com radioterapia ou quimioterapia, a média de sobrevida foi de 21,1 meses. Quando houve uma combinação de dois ou mais tratamentos



a sobrevida foi de 15,2 meses (gráfico 4). No teste Kruskal-Wallis observou-se não haver significância estatística com relação aos tratamentos e a expectativa de vida dos pacientes ( $p=0,185$ ).

A média de sobrevida com relação ao local acometido pelo tumor (gráfico 5) foi de 20,5 meses para a língua, 33,6 meses para o assoalho de boca, 27,9 meses para o palato. Pelo teste de Kruskal-Wallis não houve diferença estatística entre a sobrevida e a localização do tumor ( $p=0,201$ ).

## DISCUSSÃO

O perfil do paciente acometido por carcinoma epidermóide oral em Passo Fundo e região mostra-se semelhante ao encontrado na literatura, sendo o sexo masculino, sexta década de vida<sup>9,10</sup> e os leucodermas<sup>9,11</sup> os mais comumente afetados. Já em outra pesquisa<sup>6</sup>, constataram em estudo semelhante, que a média de idade afetada era a sétima década de vida e o gênero masculino também foi o mais afetado. A raça branca foi a mais acometida também no estudo realizado<sup>9</sup>, e a sexta década de vida entre o sexo masculino e a sétima entre o sexo feminino.

O uso de álcool e tabaco já foram relatados como os dois maiores fatores de risco para o desenvolvimento do carcinoma epidermóide oral<sup>12,9,15</sup>, e o uso destes em associação, mostrou-se mais prevalente (84,7%), do que os encontrados por Honorato *et al.*<sup>11</sup> (63,75%). O estado do Rio Grande do Sul é responsável por 51% de toda a produção de tabaco do país e tem a quinta maior prevalência de câncer de

boca do Brasil. A Organização Mundial de Saúde afirma que um terço de toda a população mundial é fumante. Segundo o IBGE (2008)<sup>13</sup>, aproximadamente 25% de pessoas acima de 15 anos relatam esse hábito diário no Brasil. Mesmo com as campanhas de proteção ao indivíduo quanto ao uso do tabaco ainda é grande o número de pessoas que faz esse uso.

A média de sobrevida global dos 208 pacientes que foram a óbito em decorrência do câncer foi de 25,7 meses, inferior ao encontrado por Honorato *et al.*<sup>11</sup> (29,4 meses), porém superior a sobrevida identificada por Miller *et al.*<sup>14</sup> (18,1 meses). Essa variação pode estar associada a quantidade de diagnósticos tardios encontrada em cada pesquisa e a fatores geográficos, comportamentais e demográficos.

Outro estudo<sup>15</sup> afirma que a sobrevida dos pacientes acometidos por esta patologia diminui gradativa e proporcionalmente à medida que a severidade de doença avança, ou seja, quanto maior a severidade, maior o estágio, menor a sobrevida.

O sítio anatômico mais acometido foi a língua assim como em outros estudos<sup>11,9,6</sup>. Embora não tenha sido estatisticamente significativa, pacientes acometidos por essa

neoplasia na língua tiveram a pior sobrevida que os demais locais, com 20,5 meses. A localização topográfica da lesão não mostrou influência estatística na sobrevida, assim como o estudo de<sup>15,16</sup>.

Embora a cavidade oral seja uma região anatômica de fácil acesso e visualização, muitas lesões ficam despercebidas atrasando o diagnóstico e piorando consequentemente o prognóstico<sup>14</sup>.

As lesões em estágio inicial, muitas vezes apresentam-se sem sintomatologia dolorosa, o que pode não ser muitas vezes percebida pelo paciente levando por esta razão muitas vezes à demora no diagnóstico. O diagnóstico tardio, ou seja, em estágios mais avançado, foi observado na grande maioria dos pacientes deste estudo, em 77,2% de todos os casos o diagnóstico se deu em estágios III e IV muito acima dos casos encontrados por<sup>17</sup> que foram 34,8% dos casos, demonstrando dessa forma a demora na identificação e início do tratamento dessa patologia. Quando observamos os pacientes que foram diagnosticados em estágios iniciais da doença, verificou-se uma quantidade maior de pessoas vivas e a sobrevida dos que foram a óbito foi muito superior do que os pacientes diagnosticados em

estágios mais tardios. Estes, no entanto, apresentaram 2,5x mais chance de ir a óbito do que quando o diagnóstico é realizado precocemente. O estadiamento em que o tumor se encontra no momento do diagnóstico se mostra um fator muito importante quando observamos a sobrevida dos pacientes. Esse estudo mostra que pacientes com diagnóstico tardio vivem em média 17,8 meses, enquanto que no diagnóstico inicial 46,2 meses. No estudo feito por<sup>11</sup> mostra que os pacientes diagnosticados em estágio I e II de 41,3 meses e em estágios avançados essa sobrevida cai para 25,4 meses, evidenciando a diminuição do tempo de vida do paciente diagnosticado em estágio tardio. Apesar de a cavidade oral ser sítio de fácil acesso para o exame visual, nem sempre isso ocorre, por isso é fundamental que se reforce o estímulo para que a população realize o auto-exame e que os profissionais façam uma avaliação da cavidade bucal como um todo, para que pequenas lesões possam ser diagnosticadas e tratadas precocemente.

O tratamento está intimamente relacionado ao tamanho do tumor, ao estadiamento em que este se encontra, e ao local acometido, tornando-se mais complexo, quanto mais avançado o grau de invasão e a complexidade do sítio

anatômico envolvido. O tratamento de eleição encontrado nesta pesquisa, na grande maioria dos casos, foi o cirúrgico (55,9%), que objetiva a remoção das células afetadas e uma maior possibilidade de eliminação do tumor. Os pacientes que receberam esse tipo de terapia tiveram sobrevida de 33,1 meses, a maior dentre os tipos de tratamento analisados. E o uso de terapias combinadas foi a escolha em pacientes com diagnóstico mais tardio, estando em consenso com a literatura encontrada. <sup>11</sup> observaram que 12,7% realizou o tratamento cirúrgico e que este foi o que propiciou a maior sobrevida (59,4meses).

Kowalski *et al.* <sup>18</sup> observaram os fatores associados à metástase de carcinoma de boca e orofaringe e afirmam que os fatores que mais influenciaram foram o estágio clínico em que a doença se encontrava e o uso de tratamento combinado, visto que este é geralmente utilizado em lesões mais avançadas.

Apesar de existirem avanços imensuráveis nas últimas décadas no que se refere à tecnologia do tratamento para o câncer<sup>19</sup> a sobrevida dos pacientes depende muito mais do estadiamento da lesão do que do tratamento utilizado isso foi o que observamos nesta pesquisa.

O prognóstico dessa patologia pode se delinear no estadiamento em que ela se encontra no momento do diagnóstico tanto do ponto de vista clínico como de saúde pública.

Diante do fato de muitas informações de relevância clínica e epidemiológica estar faltando nos prontuários analisados, alertamos os profissionais, sobre a importância de reportarem tais informações com a devida precisão, pois só assim esse conhecimento permitirá ações mais efetivas de prevenção e combate ao carcinoma epidermóide oral.

Quando observamos a grande quantidade de pacientes que não tiveram seguimento 203 dos 327 contidos no banco de dados nos trás a realidade do descaso com os registros médicos, sendo que podemos levantar várias hipóteses para esta situação, como por exemplo, falta de tempo, pessoal ou mesmo interesse por parte dos profissionais, o que realmente influencia diretamente os resultados desta e outras pesquisas que possam depender dessas informações. Outro ponto a ser discutido é o quanto o investimento nesses tratamentos para o câncer de boca tem sido eficazes no combate a doença, ou seja, precisamos

novamente do maior numero de informações nos bancos de dados para que essa avaliação seja precisa.

O estado do Rio Grande do Sul tem o quinto maior índice de desenvolvimento humano do Brasil, 0,832 o que representa o nível de saúde, escolaridade e renda da população. O índice de Gini que demonstra a concentração de renda da população, se apresenta na média (0,518) (IBGE, 2009)<sup>20</sup>. Demonstrando uma boa qualidade de vida dessa população. O que deveria repercutir numa maior informação e conseqüentemente acesso aos serviços de saúde, diagnóstico e tratamento.

Diante do fato de muitas informações de relevância clínica e epidemiológica estar faltando nos prontuários analisados, alertamos os profissionais, sobre a importância de reportarem tais informações com a devida precisão, pois só assim esse conhecimento permitirá ações mais efetivas de prevenção e combate ao carcinoma epidermóide oral.

A pesquisa realizada por<sup>8</sup> fez uma análise histórica da situação do câncer no Brasil, demonstrando que as ações de controle da doença sempre foram eminentemente curativas em detrimento das preventivas e de diagnóstico precoce.



## CONCLUSÕES

A região de Passo Fundo tem tido o diagnóstico do paciente com carcinoma epidermóide oral com o perfil do gênero masculino na sexta década de vida, leucoderma, com baixo grau de instrução, com hábito de tabagismo e etilismo associados.

A localização do carcinoma epidermóide oral assim como o seguimento não apresentaram diferença significativa;

A cirurgia foi o tratamento de eleição na maioria dos casos, proporcionando uma maior sobrevida do paciente embora não mostrando significância estatística em relação aos demais tipos de tratamento.

Pacientes diagnosticados com carcinoma epidermóide em estágios III e IV tiveram 2,5 vezes mais chance de ir a óbito que em estágios I e II.

O índice de sobrevivência se reduz pela metade quando o diagnóstico é feito tardiamente.

Quanto mais tardio for o diagnóstico, menor é a expectativa de vida do paciente acometido pelo tumor

## REFERÊNCIAS

1- Pinheiro GCD. Prevenção do câncer bucal. Bragança Paulista, SP: Encad Pietro, 1998.

2-Syrjanen S. Human papilomavirus (HPV) in head and neck cancer. J Clin of Virology.2005; 32; 1: 59-66

3-Costa ALL, Pereira JC, Nunes AAF. Arruda MDEL. Correlação entre a classificação TNM, gradação histológica e localização anatômica em carcinoma epidermóide oral. Pesq Odontol Bras 2002; 16(3): 216-0.

4-Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. Rev Bras de Otorrinolaringologia. 2004; 70(1): 35-40.

5-INCA. Estimativa 2008.  
<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008> (Acesso em agosto 2010).

6-Anjos-hora IA, Pinto LP, Souza LB, Freitas RA. Estudo Epidemiológico do carcinoma epidermóide de boca no estado de Sergipe. *Ciência Odontológica Brasileira*. 2003; 6(2): 41-8.

7-Onofre MA, Sposto MR, Simões ME, Scaf G, Ferreira LA, Turatti E. Prevalência de câncer bucal no serviço de medicina bucal da faculdade de Odontologia de Araraquara/UNESP. *Rev Gaucha de Odontologia*. 1999; 45(2): 101-4.

8-Lopes ER, Abreu E, Rezende MC, Lavor MF. Prevenção e controle do câncer no Brasil: ações do Pro-Onco/INCA. [Rev Bras de Cancerologia](#).1994; 40(2): 105-0.

9-Carvalho MB, Lenzi J, Lehn CN, Fava AS, Amar A, Kanda JL, Walder F, Menezes MB, Franzi AS, Magalhães MR, Curioni AO, Marcel R, Szeliga S, Sobrinho JÁ, Rapoport A. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. *Rev da Associação Médica Brasileira*. 2001; 3: 208-4.

10-Borges DML, Sena MF, Ferreira MAF, Roncalli AG. Mortalidade por câncer de boca e condição socioeconômica no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2009; 25(2): 321-7.

11-Honorato J, Camisasca DL, Silva LE, Dias FL, Faria PAS, Lourenço SQC. Análise de sobrevida global em pacientes diagnosticados com carcinoma de células escamosas de boca no INCA no ano de 1999. *Rev Bras de Epidemiologia*. 2009; 12(1): 69-81.

12-Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. *CA. A Cancer J for Clinicians*. 2002 ; 52(4) : 195-215.

13-INCA.Tabagismo: dados e números. <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm> (Acesso em abril 2012).

14-Miller CS, Henry RG, Rayens MK. Disparities in risk of and survival from oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontics*. 2003; 95(5): 570-5.

15-Kademani D, Bell RB, Bagheri S, Holmgren E, Dierks E, Potter B, Homer L. Prognostic factors in intraoral squamous cell carcinoma: The influence of histologic grade. *J of Oral Maxillofacial Surgery*. 2005; 63(11): 1599-05.

16-Bell R, Bryan A, Kademani D, Homer L, Dierks EJ, Potter BE. Tongue cancer: is there a difference in survival compared with other subsites in the oral cavity? *J of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2007; 65(2): 229-6.

17-Montoro JRMC, Mamede RCM, Hicz HA, Souza L. Fatores prognósticos no Carcinoma Espinocelular de cavidade oral. *Rev Bras de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v.74, n.6, p.861-866, 2008.

18-Kowalski LP, Carvalho AL, Priante AVM, Magrin J. Predictive factors for distant metastasis from oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Oral Oncology*. 2005; 41(5): 541-3.

19-Lockhart PB, Norris CM, Pulliam C. Dental factors in the genesis of squamous cell carcinoma of the oral cavity. Oral Oncology. 1998; 34(2): 133-9.

20-IBGE. PNAD 2009.  
[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1708](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708) (Acesso em abril 2012).

## **CSP\_0642/12**

### **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM CARCINOMA EPIDERMÓIDE ORAL EM PASSO FUNDO, BRASIL**

#### Histórico

<b>Evento</b>	<b>Data</b>
Artigo com Secretaria Editorial para verificação de adequação às normas	06/05/2012
Artigo em avaliação pelo Conselho Editorial	14/05/2012
Decisão enviada para o autor	17/05/2012