ATUALPA GIRÃO RABELO

CÂNCER DA BOCA: INCIDÊNCIA E MORTALIDADE EM
RESIDENTES NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO,
PERÍODO 1969-1971

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À FACUL-
DADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVER-
SIDADE DE SÃO PAULO, DEPARTAMEN-
TO DE EPIDEMIOLOGIA, PARA A OB-
TENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE.

SÃO PAULO

1979

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

À MARIA LUIZA BRANCO RABELO, esposa
e amiga e a meus filhos:

CARLOS HENRIQUE,
CAMILA TEREZA e
RENATA CECÍLIA
minha dedicação.

À

minha

mãe

NENEN RABELO

À memória de meu pai
MANOEL DUQUE RABELO,
de meus irmãos
ÂNGELA E AFRÂNIO RABELO e
de minha filha
FABIOLA THEREZA.

AGRADECIMENTOS

- AO PROFESSOR ASSISTENTE-DOUTOR EDMUNDO JUAREZ, orientador deste trabalho.
- AO DOUTOR ANTONIO PEDRO MIRRA, Diretor do Registro de Câncer de São Paulo.
- AO PROFESSOR TITULAR DOUTOR ALFREDO REIS VIEGAS, Departamento de Prática de Saúde Pública da FSP/USP.
- AO PROFESSOR TITULAR DOUTOR RUY LAURENTI, do Departamento de Epidemiologia da FSP/USP.
- AO PROFESSOR ASSISTENTE_DOUTOR JOSÉ MARIA PACHECO DE SOUZA.
- À DAISY PIRES NORONHA.
- AO FERNÃO DIAS DE LIMA.
- À SENHORA ANA ANGEL.
- À SENHORA MARILDA PINTO ALVES MADEIRA.
- AO ANTONIO ALVES ANDRADE.

I N D I C E

	pg.
1 - INTRODUÇÃO	01
2 - OBJETIVOS	09
3 - MATERIAL E MÉTODOS	10
4 - RESULTADOS E COMENTÁRIOS	14
4.1 Aspectos Gerais da Incidência e da Mortalidade Segundo às Localizações e Sublocalizações Anatômicas	14
4.1.1 Câncer de Lábio	31
4.1.2 Câncer de Língua	33
4.1.3 Câncer de Gengiva	35
4.1.4 Câncer de Assoalho	37
4.1.5 Câncer de Outras Partes da Boca e das não Especi- ficadas	38
4.1.6 Ossos Maxilares	40
4.2 Metástase	41
4.3 Aspectos Histopatológicos	42
4.4 Nacionalidade	42
5 - RECOMENDAÇÕES	45
6 - CONCLUSÕES	48
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
8 - ANEXOS	

R E S U M O

Este estudo epidemiológico do Câncer da Boca refere-se aos municípios da Grande São Paulo, excluído o município de São Paulo, no período de 1969-1971. Fundamenta-se em informações colhidas no Registro de Câncer da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, onde dentre 44.140 fichas de notificação de câncer, 238 referem-se a câncer bucal em residentes nesses municípios. Sendo 194 casos no sexo masculino com 43 óbitos e 44 casos no sexo feminino com 9 óbitos. Os coeficientes de incidência de câncer bucal nos sexos masculino e feminino foram respectivamente, 5.71 por 100.000 homens e 2.19 por 100.000 mulheres. Os coeficientes de mortalidade foram de 1.27 para o sexo masculino e de 0.28 para o sexo feminino. A localização anatômica mais frequente no sexo masculino foi o lábio e no sexo feminino a língua. O tipo histológico mais frequente foi o Carcinoma Espinocelular.

S U M M A R Y

This epidemiological study of cancer of ^{the} mouth was conducted in the counties of the Greater São Paulo, excluded the Capital, from 1969 to 1971. It is based on information taken from the cancer files of the São Paulo University School of Public Health, where from 44,140 index cards reporting mouth cancer, 238 refer to mouth cancer in residents of those countries. Of these, 194 occurred in the male population resulting in 43 deaths and 44 in the female population of which 9 ended in death. The incidence rates of cancer of the mouth in the male and the female populations were respectively 5.71 per 100,000 and 2.19 per 100,000. The death rates were also respectively 1.27 and 0.28. The region most frequently affected in the male population was the lip and in the female population the tongue. The most frequent histological type was the Spinocellular Carcinoma.

1 - INTRODUÇÃO

LEVIN²⁵ e SILVERMAN⁵¹ sustentam que as neoplasias malignas representam um grupo de doenças com ocorrência em todas as raças e idade, sendo causa de um número de 2 milhões de mortes por ano no mundo.

O câncer, bem como as doenças cardiovasculares, para JUNQUEIRA²², é o responsável pela maior porcentagem de mortes em países desenvolvidos. Na América do Sul, aproximadamente 60% dos pacientes com câncer estão num estágio avançado na ocasião da primeira consulta, consistindo no maior problema lidar com o câncer já neste estágio.

As doenças cardiovasculares e o câncer ocupam atualmente os primeiros lugares como causas de morte em regiões como Canadá, Estados Unidos da América, Uruguai, Hong Kong, Japão, Austria, França, Itália e Inglaterra, constituindo para alguns autores, problemas de Saúde Pública (BRESLOW), citado por SAMARA⁴⁵.

GRANDE¹⁹, relata que nos Estados Unidos da América, o câncer é a segunda causa de morte, precedidos somente pelas doenças cardiovasculares. Em 1970, foram estimados em 603.000 casos novos diagnosticados e 330.000 óbitos¹⁹, o que corresponde aproximadamente a 1.650 casos novos e 900 óbitos por dia. Dados semelhantes foram citados por outros autores^{1, 42, 43, 52}.

O número de casos novos de câncer, segundo DENOIX¹¹ na França, está ao redor de 175.000 por ano, com coeficiente de morbidade superior a 350/100.000 habitantes e o número provável de mortes, em 1968, foi cerca de 120.000 sendo o coeficiente de mortalidade, 240/100.000 habitantes.

GRANDE¹⁹, relata que o coeficiente de morbidade por 100.000 habitantes foi de 149.6 no Recife (PE), em 1968; de 302.6 em Connecticut (USA), em 1964; de 168.2 em Porto Rico, em 1968.

Há investigações¹⁰ que mostram ser a incidência em alguns lugares mais alta que em países desenvolvidos: a taxa de 100.000 homens foi de 253 em Cali (Colombia) e 225 no Estado de New York (USA), sendo as cifras nas mulheres 313 e 215, respectivamente.

LAURENTI²⁴, disse que em São Paulo e Ribeirão Preto no período de 1962-1964, o risco de morrer por câncer, na idade de 15 a 74 anos foi de 102.6 e 137.6 por 100.000 homens e 95.9 e 87.1 por 100.000 mulheres, respectivamente; a mortalidade proporcional foi de 16,2 e 17,6% para os homens e, 22,5 e 17,8% para as mulheres.

Em Recife (PE), a mortalidade por câncer está gradativamente aumentando. Há 15 anos seu coeficiente era de 66.2, vindo a ultrapassar a curva de mortalidade por tuberculose. Em 1969 atingiu seu coeficiente de 70.6. As doenças transmissíveis ainda predominam, ocupando o 2º lugar as doenças do aparelho circulatório e já assume o câncer a 3a. posição entre as principais causas de morte. Em Recife (PE), em 1968, das 10 localizações de câncer mais frequente no homem, o câncer da cavidade bucal aparece em 5º lugar, enquanto que as mulheres aparece em 10º lugar¹⁹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde²⁰, na Amê-rica Latina os coeficientes de mortalidade por 100.000 habitan-tes oscilam entre 13.5 (Republica Dominicana) a 180.8 (Uruguai). Em 16 países o câncer já figura entre as quatro primeiras cau-sas de morte; neles a mortalidade proporcional (percentual de mortes por câncer em relação ao total de óbitos) varia de 2,2 a 20,4%. Estudo recentemente executado em dez grandes centros ur-banos da América Latina¹⁹, mostra que entre os 15 e 74 anos de idade, 8,4 a 27,5% das mortes nos homens são devidas a tumores malignos oscilando estas cifras entre 17,8 a 31% nas mulheres.

O câncer tem aparecido em 21 partes importantes do corpo humano. Cada uma destas, com uma taxa de mortalidade de mais de 1/100.000 habitantes por ano (E.U.A.). O câncer de cin-co dessas partes provoca quase a metade de todas as mortes. Den-tre elas, está a cavidade bucal²¹.

Devido a grande ocorrência do câncer da cavidade bucal no mundo, em países desenvolvidos ou não, foram efetuados

diversos estudos nas mais variadas regiões, por inúmeros autores. Entre eles é bastante comum o cruzamento de informações para fins comparativos e estudos realizados isoladamente em determinados lugares. De maneira geral, pode-se notar, dependendo da região geográfica, raça, idade, etc., um pequeno aumento na ocorrência do câncer bucal nas mulheres e uma diminuição nos homens, sendo que há regiões onde este tipo de doença tem aumentado, tanto nos homens como nas mulheres, prevalecendo um risco maior para os homens^{2,3}.

Em Porto Rico, durante o ano de 1975, das localizações do câncer mais frequentes no homem, o câncer da cavidade bucal aparece em 4º lugar, enquanto que nas mulheres aparece em 13º lugar^{2,3}.

A Tabela 1 mostra a incidência de câncer bucal em homens e mulheres de Porto Rico no decorrer de 1950 a 1975.

TABELA 1 - INCIDÊNCIA DE CÂNCER NA CAVIDADE BUCAL, POR SEXO, EM PORTO RICO (POR 100.000 h)

A N O	S E X O	
	MASCULINO	FEMININO
1950/1952	8.1	4.1
1960/1962	8.4	3.8
1970/1972	9.1	2.7
1975	8.1	2.9

Em Gujarat, na Índia, 57.518 trabalhadores de mais de 35 anos de idade tiveram examinadas as lesões orais. Após um intervalo de 2 anos, 43.654 trabalhadores foram reexaminados. Foram efetuados biópsias de 9.395 lesões na 1ª fase e 3.828 na 2ª fase. No exame inicial foram diagnosticados 29 casos de câncer bucal, representando uma taxa de prevalência de 50/100.000 habitantes. Após 2 anos foram diagnosticados 22 novos cânceres bucais, representando uma taxa de incidência de 25/100.000 habitantes por ano. Mais de 90% dos casos consistia de carcinomas escamosos, com a maior parte das lesões ocorrendo na língua e na orofaringe. Do total de trabalhadores, 95% das pessoas eram homens²⁶.

MALAOWALA²⁶, informa que na Índia, o câncer oral é uma das malignidades mais frequentes. A variação de ocorrência é de 11 a 52% de todos os cânceres diagnosticados, registrando-se a maior ocorrência em Madras (1964). Nessa região, o câncer oral é o 2º tipo de câncer mais comum, precedido pelo câncer do cervix, sendo que mais de 90% dos cânceres e pré-cânceres estão localizados na mucosa bucal, seguida pela gengiva; a língua é a parte menos afetada⁴⁷. Já em Bombaim (1968-1972) a língua era a mais atingida, seguida pelo lábio e glândulas salivares²⁸. Ali, a taxa de ocorrência estava ao redor de 47% em 1962; 46% em 1969²⁶.

Segundo a American Cancer Society², na cidade de Nova York, em 1970, 1.500 pessoas morreram de câncer bucal. A maior incidência é nos homens, mas nas mulheres a taxa de ocorrência está aumentando rapidamente. A tendência de mortalidade por câncer bucal, nessa cidade, aumentou entre 1950 e 1962².

TABELA 2 - MORTALIDADE POR CÂNCER BUCAL, NO PERÍODO DE 1950-1962 EM NEW YORK (POR 100.000 HABITANTES)

A N O	S E X O	
	MASCULINO	FEMININO
1950/1952	4.6	1.2
1960/1962	4.7	1.3

FONTE: American Cancer Society²

Entre 1951 e 1962, as mortes causadas pelo câncer bucal aumentaram cerca de 40% a mais do que o aumento da população^{2, 29, 33}.

Estudo realizado no Centro Médico da Universidade da Califórnia, em São Francisco, no período de 1962-64, por SILVERMAN⁵¹, mostrou haver variação na incidência do câncer oral segundo as suas localizações, dominando o câncer do lábio com 35,7% e da língua com 33,3% sendo seguido pelo assoalho da boca (17,2%), gengiva (3,4%) bochecha e palato com 2,9%.

Segundo SILVERMAN⁵¹, nos Estados Unidos a relação de 4:1 para os homens está diminuindo para 2:1. No Terceiro Levantamento Nacional do Câncer, realizado no período de 1969-1971 naquele país, a taxa de incidência obtida para o câncer da boca foi de 10.3 para os homens e 2.9 para as mulheres (população branca) e 7.2 para os homens e 2.9 para as mulheres (população negra), dando a relação 3.6:1 para os homens na população branca e 2.5:1, na população negra.

Encontrou em Alameda, na Califórnia, no período 1969-73, a predominância masculina foi 2.7:1 e 2.9:1 nas populações branca e negra, respectivamente^{5 5}

Em Malta, a taxa de ocorrência do câncer da boca é relativamente baixa 6.2. Dentre os cânceres orais, o do lábio é o mais frequente (55,9%). Com exceção dos tumores nas glândulas salivares, as malignidades da cavidade bucal são raramente encontradas em menores de 45 anos. Assim, a taxa de incidência dos tumores nos lábios, de modo geral, é de 12.9 por 100.000 habitantes, mas entre os maiores de 45 anos passa para 44.2 por 100.000 pessoas. Um estudo realizado nessa ilha, no período de 1969 a 1972, revela os seguintes dados, considerando-se apenas os maiores de 45 anos de idade, em 100.000 pessoas^{5 2}.

TABELA 3 - INCIDÊNCIA DE CÂNCER BUCAL, EM MALTA, POR SEXO, 1969/1972, POR 100.000 HABITANTES

PARTE AFETADA	S E X O	
	MASCULINO	FEMININO
Lábio	12.9	0.5
Língua	1.0	0.6
Glândulas salivares	1.2	1.5
Boca	2.2	0.8

FONTE: SULTANA^{5 2}

No Brasil, de acordo com amostras obtidas pela Divisão Nacional de Câncer, a ocorrência de câncer bucal é bem mais elevada do que se poderia ou deveria esperar²⁸.

Em 1970, no estado do Rio Grande do Sul, o coeficiente de mortalidade por câncer da boca e da faringe foi de 1.4 por 100.000 habitantes e no município de Porto Alegre foi de 2.7. A mortalidade proporcional em relação ao total de óbitos por tumores malignos foi de 2.2 no Estado do Rio Grande do Sul e 2.6 no município de Porto Alegre⁴¹.

Em Recife (PE), a incidência é de 6.9 por 100.000 homens e 3.3 por 100.000 mulheres³⁷. No município de São Paulo, SAMARA⁴⁵ encontrou uma incidência de 10.17 por 100.000 homens e 2.19 por 100.000 mulheres.

O Registro de Câncer de São Paulo³⁸, mostra que a maior ocorrência de casos em diferentes localizações anatômicas está entre os homens, (exceto nas glândulas salivares).

2 - OBJETIVO

O nosso levantamento de dados no Registro de Câncer da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, visa estudar alguns aspectos epidemiológicos do câncer da boca na população de residentes nos Municípios da Grande São Paulo, no período 1969-1971, exceto o Município de São Paulo.

Serão observadas as variáveis: morbidade e mortalidade por localização e sublocalização anatômica, tipo histológico do tumor, presença de metástase, idade e sexo e nacionalidade.

3 - MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo baseia-se em 238 fichas de notificação de tumores malignos da cavidade bucal, levantadas entre as 44.140 fichas existentes no Registro de Câncer da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, relativas à população residente nos municípios da Grande São Paulo, no período de 1969 a 1971.

A Grande São Paulo (G.S.P.), foi criada pelas Leis Complementares Federais nº 14/73 e 20/74. Seu sistema de planejamento e administração foi instituído pela Lei Complementar Estadual nº 94/74 e regulamentado pelos decretos estaduais nº 6.111 de 05/05/1975 e nº 6.315 de 19/06/1975.

Compoem a Grande São Paulo os municípios de Arujá, Barueri, Biritiba-Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embū, Embū-Guaçū, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapecirica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Juquitiba, Mairipo

rã, Mauã, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poã, Ribeirão Pires, Salesópolis, Santa Isabel, Santana do Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo, Suzano e Tubarão da Serra.

Para fins de cálculo estatístico utilizou-se a população da Grande São Paulo do Censo Demográfico de São Paulo de 1970, vol. 1.

TABELA 4 - POPULAÇÃO DE RESIDENTES NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO, 1970.

FAIXA ETÁRIA	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
0 - 9	303.567	296.283	599.850
10 - 19	241.860	238.968	480.828
20 - 29	203.915	192.527	396.442
30 - 39	160.755	145.871	306.626
40 - 49	110.097	98.840	208.937
50 - 59	61.507	58.152	119.659
60 - 69	32.538	32.811	65.349
70 e +	15.170	17.380	32.550
Ignorada	2.637	2.237	4.874
TOTAL	1.132.046	1.083.069	2.215.115

FONTE: Fundação IBGE,^{1 3}

GRANDE SÃO PAULO
MUNICÍPIOS COMPONENTES

O Registro de Câncer da Universidade de São Paulo iniciou suas atividades em 01/01/1979. Desde então, reúne e organiza dados provenientes de várias fontes: hospitais gerais e especializados, serviços governamentais, laboratórios anátomo-patológicos, serviços de verificação de óbitos, abrigos a velhos, serviço de controle de entorpecentes e o Departamento de Estatísticas da Secretaria da Economia e Planejamento do Estado de São Paulo, canalizando informações, através de uma ficha de notificação, ao Registro de Câncer de São Paulo, possibilitando coletar informações de todos os novos casos de câncer diagnosticados ou com óbitos confirmados.

Os casos de câncer diagnosticados e óbitos correspondentes são notificados ao Registro de Câncer por tais entidades através de uma ficha padronizada de notificação (ANEXO I).

Para codificar as fichas de notificação individual usamos grupos de três dígitos da classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos (CID, 8a. Revisão) e quatro dígitos para as sublocalizações (ANEXO II). O tipo histológico das neoplasias da boca foi codificado baseado no manual de nomenclatura e codificação (M.N.C.T.) de 1968 (ANEXO III). A apuração foi realizada com o uso de processamento eletrônico.

Neste trabalho as referências aos municípios da Grande São Paulo exclui o município de São Paulo.

4 - RESULTADOS E COMENTÁRIOS

4.1 Aspectos Gerais da Incidência e da Mortalidade Segundo as Localizações e Sublocalizações Anatômicas

Os municípios da G.S.P., no período de 1969-1971, apresentaram incidência de câncer da boca de 5,71 por 100.000 homens e de 1,27 por 100.000 mulheres. O sexo masculino apresentou-se com 194 casos novos e o sexo feminino com 44. No mesmo período, o município de São Paulo apresentou, segundo SAMARA⁴⁵, incidência de câncer de boca de 10,17 por 100.000 homens e 2,19 por 100.000 mulheres. Tabela 5 e Gráficos 1 e 2.

TABELA 5 - COEFICIENTES DE MORBIDADE E MORTALIDADE, SEGUNDO SEXO E IDADE, POR 100.000 HAB., NOS MUNICÍPIOS DA G. S.P., NO PERÍODO 1969-1971.

IDADE	SEXO	CASOS				ÓBITOS			
		MASC.		FEM.		MASC.		FEM.	
		Nº	COEF.	Nº	COEF.	Nº	COEF.	Nº	COEF.
0 - 9		6	0.60	2	0.23	-	-	-	-
10 - 19		4	0.55	-	-	-	-	-	-
20 - 29		16	2.62	2	0.35	2	0.33	1	0.17
30 - 39		37	7.67	9	2.06	2	0.41	1	0.22
40 - 49		62	18.77	8	2.70	10	3.03	4	1.35
50 - 59		39	21.14	8	4.59	15	8.13	2	1.14
60 - 69		28	28.68	15	15.24	11	11.27	1	1.01
70 e +		2	4.39	-	-	3	6.59	-	-
TOTAL		194	5.71	44	1.35	43	1.27	9	0.28

GRÁFICO 1 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DO CÂNCER DA BOCA, POR 100.000 hab., SEGUNDO SEXO, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO E NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 1969-1971.

FONTE: 1 - SAMARA, M.⁴⁵

GRÁFICO 2 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE DE CÂNCER DA BOCA POR 100.000 hab., SEGUNDO SEXO, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO E NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 1969-1971.

FONTE: 1 - SAMARA, M.⁴⁵

Os coeficientes de morbidade e mortalidade segundo a localização anatômica do tumor, por 100.000 hab. do sexo masculino apresentou-se na seguinte ordem decrescente de coeficiente, conforme a Tabela 6. Lábio, língua, outras partes, assoalho, gengiva e mandíbula. Para o sexo feminino a ordem respectiva foi língua, assoalho, gengiva e lábio, outras partes e mandíbula.

TABELA 6 - COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA E MORTALIDADE, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DO TUMOR, POR 100.000 HABITANTES, NOS MUNICÍPIOS DA G.S.P., NO PERÍODO 1969-1971.

LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DO TUMOR	COEF. SEXO	INCIDÊNCIA		MORTALIDADE	
		MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
Lábio		2.30	0.31	0.15	0.03
Língua		1.68	0.37	0.59	0.09
Gengiva		0.35	0.18	0.15	0.03
Assoalho		0.67	0.09	0.24	0.03
Outras partes		0.68	0.40	0.12	0.09
Mandíbula		0.03	0.06	0.03	-

A figura 1, evidencia o comportamento das curvas de incidência e mortalidade, nos sexos masculino e feminino, permitindo observar um aumento real, a partir dos 40 anos.

O Câncer da Boca, nos municípios da G.S.P., conforme Gráfico e Tabela 7, por localização anatômica do tumor, no sexo masculino, obedece a seguinte ordem, percentual: Lábio 40,2%, Língua 29,4%, Outras partes 11,8%, Assoalho 11,8%, Gengiva 6,3% e Mandíbula 0,5%.

SAMARA^{4 5}, no seu estudo no município de São Paulo, encontrou no sexo masculino a mesma sequência de localização anatômica com os percentuais a seguir: Lábio 34,1%, Língua 29,5%, Outras partes 19,0%, Assoalho 11,7%, Gengiva 5,3% e Mandíbula 0,4%.

TORLONI & BRUMINI^{5 3}, para as cinco Grandes Regiões do Brasil, anos após ao período 69-71, apresenta uma ordem diversa a dos municípios da G.S.P. e São Paulo para o sexo masculino. Língua 31,9%, Outras partes 26,9%, Lábio 26,6%, Assoalho 9,2% e Gengiva 5,4%.

Nos Gráficos 4 e 5, podemos visualizar a incidência e mortalidade proporcional de câncer da boca, segundo localização anatômica do tumor, no sexo masculino e idade.

Quanto ao sexo feminino, Gráfico 6, o câncer da boca, nos municípios da Grande São Paulo, por localização anatômica, obedece a seguinte ordem percentual: língua 27,3%, lábio 22,8%, gengiva 13,6%, assoalho 6,8%, outras partes 25,0% e mandíbula 4,5%.

Para SAMARA^{4 5}, no município de São Paulo, tal sequência não se verificou no sexo feminino. Lábio 37,1%, Outras partes 22,8%, Gengiva 9,6%, Assoalho 5,6%, Mandíbu-

TORLONI & BRUMINI⁵³, para o sexo feminino, nas grandes regiões do Brasil, apresenta resultados por localização anatômica do tumor, diferentes ao dos estudos da Grande São Paulo, e município de São Paulo. Outras partes 34,2%, língua 25,3%, lábio 23,4%, gengiva 10,0% e assoalho 7,1%.

Nos Gráficos 7 e 8, podemos visualizar a incidência e mortalidade proporcional de câncer de boca, segundo localização anatômica do tumor, no sexo feminino, por faixa etária mais atingida.

A Tabela 8, mostra os coeficientes de morbidade por sexo, nos municípios da Grande São Paulo.

As Tabelas 9 e 10, demonstram a distribuição do número e percentual dos tumores malignos e dos óbitos por sexo nos municípios da Grande São Paulo. As Tabelas 11 a 14 mostram a incidência e mortalidade proporcional por faixa etária e sexo, segundo localização anatômica do tumor, nos municípios da Grande São Paulo.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DOS TUMORES MALIGNOS DA BÔCA, SEGUNDO SEXO E LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO E SÃO PAULO, 1969-1971, E NO BRASIL, 1975

LOCALIZAÇÃO	REGIÕES BRASIL (1)					SÃO PAULO (2)					GRANDE SÃO PAULO					
	SEXO	MASC.		FEM.		TOTAL	MASC.		FEM.		TOTAL	MASC.		FEM.		TOTAL
		Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%		Nº	%			
Lábio	528	26,6	141	23,4	669	300	34,1	73	37,1	373	78	40,2	10	22,8	88	
Língua	632	31,9	152	25,3	784	260	29,5	46	23,4	306	57	29,4	12	26,1	69	
Gengiva	106	5,4	60	10,0	166	47	5,3	19	9,6	66	12	6,3	6	13,6	18	
Assoalho	182	9,2	43	7,1	225	103	11,7	11	5,6	114	23	11,8	3	6,8	24	
Outras partes da boca e não espe- cificada	535	26,9	206	34,2	741	167	19,0	45	22,8	212	23	11,8	11	25,0	36	
Mandíbula	-	-	-	-	-	4	0,4	3	1,5	7	1	0,5	2	4,5	3	
TOTAL	1.983	100,0	602	100,0	2.585	881	100,0	197	100,0	1.078	194	100,0	4	100,0	238	

FONTE: 1-TORLONI & BRUMINI^{5 3}

2-SAMARA^{4 5}

TABELA 8 - NÚMERO DE CASOS E RESPECTIVOS COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA POR 100.000 HABITANTES, EM AMBOS OS SEXOS, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, NO PERÍODO 1969-1971

MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO	SEXO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		Nº	INCIDÊNCIA	Nº	INCIDÊNCIA	Nº	INCIDÊNCIA
ARUJÁ	-	-	-	-	-	-	-
BARUERI	2	3.43	1	1.81	3	2.62	
BIRITIBA-MIRIM	-	-	-	-	-	-	-
CAIEIRAS	1	3.92	-	-	1	2.14	
CARAPICUIBA	4	4.72	1	1.25	5	2.98	
CAJAMAR	-	-	1	6.72	1	3.21	
COTIA	7	14.48	2	4.50	9	9.49	
DIADEMA	5	4.09	4	3.48	9	3.78	
EMBU	-	-	-	-	-	-	-
EMBU-GUAÇU	1	6.16	1	6.83	2	6.49	
FERRAZ DE VASCONCELOS	-	-	-	-	-	-	-
FRANCISCO MORATO	1	5.71	-	-	1	2.96	
FRANCO DA ROCHA	2	3.36	-	-	2	1.83	
GUARAREMA	1	4.92	-	-	1	2.63	
GUARULHOS	20	5.54	2	0.57	22	3.05	
ITAPECERICA DA SERRA	-	-	-	-	-	-	-
ITAPEVI	1	2.37	-	-	1	1.20	
ITAQUACETUBA	1	2.24	-	-	1	1.14	
JANDIRA	-	-	-	-	-	-	-
JUQUITIVA	-	-	-	-	-	-	-
MAIRIPORÃ	-	-	-	-	-	-	-
MAUA	6	3.86	-	-	6	1.96	
MOGI DAS CRUZES	9	4.24	4	1.95	13	3.09	
OSASCO	25	5.79	8	1.91	33	3.85	
POÁ	2	4.06	1	2.08	3	3.07	
PIRAPORA DO BOM JESUS	-	-	-	-	-	-	-
RIO GRANDE DA SERRA	-	-	1	8.41	1	3.96	
RIBEIRÃO PIRES	1	2.24	2	4.70	3	3.47	
SALESOPOLIS	-	-	-	-	-	-	-
SANTANA DO PARNAÍBA	-	-	-	-	-	-	-
SANTA ISABEL	1	3.77	-	-	1	2.92	
SANTO ANDRÉ	42	6.61	4	0.64	46	3.63	
SÃO BERNARDO	21	6.71	3	1.03	24	3.87	
SÃO CAETANO	34	14.03	6	2.69	40	8.81	
SUZANO	4	4.70	1	1.22	5	2.96	
TABOÃO DA SERRA	3	4.84	2	3.28	5	4.06	
TOTAL		194	5.71	44	1.35	238	3.58

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DOS TUMORES MALIGNOS E DOS ÓBITOS, NO SEXO MASCULINO, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, NO PERÍODO DE 1969-1971

LOCALIZAÇÃO	INCIDÊNCIA		MORTALIDADE	
	Nº	%	Nº	%
Lábio	78	40,2	5	11,6
Língua	57	29,4	20	46,5
Gengiva	12	6,3	5	11,6
Assoalho	23	11,8	8	18,6
Outras partes	23	11,8	4	9,3
Mandíbula	1	0,5	1	2,4
TOTAL	194	100,0	43	100,0

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DOS TUMORES MALIGNOS E DOS ÓBITOS, NO SEXO FEMININO, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, NO PERÍODO DE 1969-1971

LOCALIZAÇÃO	INCIDÊNCIA		MORTALIDADE	
	Nº	%	Nº	%
Lábio	10	22,8	1	11,2
Língua	12	27,3	3	33,3
Gengiva	6	13,6	1	11,1
Assoalho	3	6,8	1	11,1
Outras partes	11	25,0	3	33,3
Mandíbula	2	4,5	-	-
TOTAL	44	100,0	9	100,0

TABELA 11 - INCIDÊNCIA PROPORCIONAL POR FAIXA ETÁRIA, NO SEXO MASCULINO, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, NO PERÍODO, 1969-1971

FAIXA ETÁRIA	0 - 19		20 - 39		40 - 69		70 e +	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
INCIDÊNCIA								
Lábio	4	80,0	9	40,9	64	38,8	1	50,0
Língua	1	20,0	6	27,3	50	30,3	-	-
Gengiva	-	-	2	9,1	10	6,1	-	-
Assoalho	-	-	2	9,1	21	12,7	-	-
Outras partes	-	-	3	13,6	19	11,5	1	50,0
Mandíbula	-	-	-	-	1	0,6	-	-
TOTAL	5	100,0	22	100,0	165	100,0	2	100,0

TABELA 12 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR FAIXA ETÁRIA, NO SEXO MASCULINO, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, NO PERÍODO 1969-1971

FAIXA ETÁRIA	0 - 19		20 - 39		40 - 69		70 e +	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MORTALIDADE								
Lábio	1	100,0	1	3,0	3	37,7	-	-
Língua	-	-	19	57,6	1	12,5	-	-
Gengiva	-	-	4	12,1	1	12,5	-	-
Assoalho	-	-	7	21,2	1	12,5	-	-
Outras partes	-	-	2	6,1	1	12,5	1	100,0
Mandíbula	-	-	-	-	1	0,7	-	-
TOTAL	1	100,0	33	100,0	8	100,0	1	100,0

TABELA 13 - INCIDÊNCIA PROPORCIONAL POR FAIXA ETÁRIA, NO SEXO FEMININO, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, NO PERÍODO, 1969-1971

FAIXA ETÁRIA	0 - 19		20 - 39		40 - 69		70 e +	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
INCIDÊNCIA								
Lábio	1	50,0	2	18,2	7	22,5	-	-
Língua	1 m	50,0	4	36,4	7	22,5	-	-
Gengiva	-	-	2	18,2	4	12,9	-	-
Assoelho	-	-	3	27,2	3	9,7	-	-
Outras partes	-	-	-	-	8	25,8	-	-
Mandíbula	-	-	-	-	2	6,6	-	-
TOTAL	2	100,0	11	100,0	31	100,0	-	-

TABELA 14 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR FAIXA ETÁRIA, NO SEXO FEMININO, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, NO PERÍODO 1969-1971

FAIXA ETÁRIA	0 - 19		20 - 39		40 - 69		70 e +	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MORTALIDADE								
Lábio	-	-	-	-	1	14,3	-	-
Língua	-	-	-	-	3	42,8	1	50,0
Gengiva	-	-	-	-	1	14,3	-	-
Assoelho	-	-	-	-	2	28,6	-	-
Outras partes	-	-	-	-	-	-	1	50,0
Mandíbula	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	-	-	7	100,0	2	100,0

FIGURA I — COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA E MORTALIDADE DO CÂNCER DA BOCA, POR 100.000 hab., SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO NO PERÍODO DE 1969-1971.

GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DO CÂNCER DA BOCA, NO SEXO MASCULINO, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 1969-1971 E NO BRASIL 1975.

FONTE. 1- SAMARA, M.⁴⁵
2- TORLONI, H. & BRUMINI⁵³

GRÁFICO 4 - INCIDÊNCIA PROPORCIONAL DO CÂNCER DA BOCA, NO SEXO MASCULINO, POR GRUPO ETÁRIO, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, NO PERÍODO DE 1969-1971.

GRÁFICO 5 - MORTALIDADE PROPORCIONAL DO CÂNCER DA BOCA, NO SEXO MASCULINO, POR GRUPO ETÁRIO, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, NO PERÍODO DE 1969-1971.

GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DO CÂNCER DA BOCA, NO SEXO FEMININO, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 1969-1971 E NO BRASIL 1975.

FONTE: 1-SAMARA, M.⁴⁵
2-TORLONI, H. & BRUMINI⁵³

GRÁFICO 7-INCIDÊNCIA PROPORCIONAL DO CÂNCER DA BOCA, NO SEXO FEMININO, POR GRUPO ETÁRIO, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, NO PERÍODO DE 1969-1971.

GRÁFICO 8 - MORTALIDADE PROPORCIONAL DO CÂNCER DA BOCA, NO SEXO FEMININO, POR GRUPO ETÁRIO, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, NO PERÍODO DE 1969-1971.

4.1.1 Câncer do Lábio

Nos municípios da Grande São Paulo verificou-se que 88,6% do câncer de lábio são no sexo masculino, enquanto 11,4% são no feminino. TORLONI & BRUMINI⁵³ nas grandes regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro Sul, Sudeste e Sul) observam um percentual elevado do câncer de lábio no sexo masculino 73,3%, sendo o do sexo feminino de 64,4%. SAMARA⁴⁵ apresenta dados em proporções quase idênticas aos de TORLONI & BRUMINI⁵³ com relação ao município de São Paulo.

TABELA 15 - NÚMERO E PERCENTAGEM DE CASOS DO CÂNCER DO LÁBIO , SEGUNDO SEXO, POR LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO E SÃO PAULO, NO PERÍODO 1969-1971 E NAS GRANDES REGIÕES DO BRASIL, 1975

REGIÕES	SEXO CASOS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grandes regiões do Brasil (1)		528	78,9	141	21,1	669	100,0
Município de São Paulo (2)		300	80,4	73	19,6	373	100,0
Municípios da G.S.P.		78	88,6	10	11,4	88	100,0

FONTE: 1- TORLONI & BRUMINI⁵³

2- SAMARA⁴⁵

Por sublocalização do tumor, o lábio inferior apresenta maior incidência e mortalidade proporcional em ambos os sexos nos casos registrados na Grande São Paulo. Tabelas 16 e 17. SAMARA^{4 5} observou que no município de São Paulo a incidência proporcional foi maior no lábio inferior, com 80,8% no sexo masculino e 50% no feminino. Quanto à mortalidade proporcional o lábio inferior, no sexo masculino foi de 62,5% e as demais sublocalizações do lábio 33,3%, no feminino.

TABELA 16 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DO CÂNCER DO LÁBIO, SEGUNDO SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, SEXO MASCULINO, 1969-1971

SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR	CASOS		ÓBITOS	
	Nº	%	Nº	%
Lábio superior	1	1,3	1	20,0
Lábio inferior	63	80,8	2	40,0
Não especificados	14	17,9	2	40,0
TOTAL	78	100,0	5	100,0

TABELA 17 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DO CÂNCER DO LÁBIO, SEGUNDO SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, SEXO FEMININO, 1969-1971

SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR	CASOS		ÓBITOS	
	Nº	%	Nº	%
Lábio superior	1	10,0	-	-
Lábio inferior	5	50,0	1	100,0
Não especificados	4	40,0	-	-
TOTAL	10	100,0	1	100,0

4.1.2 Câncer da Língua

Dos 784 casos de câncer da língua registrados nas grandes regiões brasileiras, TORLONI & BRUMINI⁵³ identificaram que 80,6% são no sexo masculino e 19,4% no feminino. Os dados obtidos para a Grande São Paulo, bem como os de SAMARA⁴⁵ para o município de São Paulo, são próximos aos da pesquisa de TORLONI & BRUMINI⁵³.

TABELA 18 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS DO CÂNCER DA LÍNGUA SEGUNDO SEXO, POR LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO E SÃO PAULO, 1969-1971 E NAS GRANDES REGIÕES DO BRASIL, 1975

REGIÕES	SEXO CASOS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grandes Regiões do Brasil(1)		632	80,6	152	19,4	784	100,0
Município de São Paulo(4)		260	84,9	46	15,1	306	100,0
Municípios da G.S.P.		57	82,6	12	17,4	69	100,0

FONTE: 1- TORLONI & BRUMINI⁵³

2- SAMARA⁴⁵

Nos municípios da Grande São Paulo, os casos de câncer da língua nas sublocalizações parte não especificada e base, tiveram maior incidência e mortalidade proporcional, em ambos os sexos. Tabelas 19 e 20.

SAMARA^{4 5} em seu estudo verificou que a incidência proporcional no sexo masculino foi de 67,7% na sublocalização parte não especificada e base com 19,6% e no feminino 82,6 e 6,5%, respectivamente. A mortalidade proporcional no sexo masculino foi na parte não especificada de 64,4% e 24,3% na base. No feminino 66,7 e 16,7%, respectivamente.

TABELA 19 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DO CÂNCER DA LÍNGUA, SEGUNDO SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, SEXO MASCULINO, 1969-1971

SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR	CASOS		ÓBITOS	
	Nº	%	Nº	%
Base	12	21,1	4	20,0
Bordas e pontas	5	8,8	3	15,0
Não especificados	40	70,1	13	65,0
TOTAL	57	100,0	20	100,0

TABELA 20 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DO CÂNCER DA LINGUA, SEGUNDO SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, SEXO FEMININO, 1969-1971

SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR	CASOS		ÓBITOS	
	Nº	%	Nº	%
Base	1	8,3	-	-
Bordas e pontas	-	-	-	-
Não especificados	11	91,7	3	100,0
TOTAL	12	100,0	3	100,0

4.1.3 Câncer da Gengiva

O câncer de gengiva, nos casos registrados na G. S.P., foi maior no sexo masculino. Os dados obtidos acompanham de perto os registrados por TORLONI & BRUMINI^{5 3} para as grandes regiões brasileiras e por SAMARA^{4 5}, para o município de São Paulo.

TABELA 21 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS DO CÂNCER DA GENGIVA, SEGUNDO SEXO, POR LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO E SÃO PAULO, 1969-1971 E NAS GRANDES REGIÕES DO BRASIL, 1975

REGIÕES	SEXO CASOS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grandes regiões do Brasil(1)		106	63,9	60	36,1	166	100,0
Município de São Paulo (2)		47	71,2	19	28,8	66	100,0
Municípios da G.S.P.		12	66,7	6	33,3	18	100,0

FONTE: 1- TORLONI & BRUMINI^{5 3}

2- SAMARA^{4 5}

Por sublocalização anatômica do tumor, a gengiva inferior apresenta-se com a incidência proporcional maior em ambos os sexos, na Grande São Paulo. Tabelas 16 e 17. SAMARA^{4 5} observou que 48,8% da incidência proporcional foi da gengiva inferior para o sexo masculino e 52,6% da sublocalização gengiva não especificada no feminino. A mortalidade proporcional, no sexo masculino foi 80% na gengiva inferior e 100% na sublocalização não especificada no feminino. SAMARA^{4 5} verificou que a mortalidade proporcional na gengiva inferior no sexo masculino foi de 53% e 50% na sublocalização não especificada no feminino.

TABELA 22 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DO CÂNCER DE GENGIVA, SEGUNDO SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, SEXO MASCULINO, 1969-1971

SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR	CASOS		ÓBITOS	
	Nº	%	Nº	%
Gengiva superior	3	25,0	1	20,0
Gengiva inferior	6	50,0	4	80,0
Não especificado	3	25,0	-	-
TOTAL	12	100,0	5	100,0

TABELA 23 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DO CÂNCER DE GENGIVA, SEGUNDO SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, SEXO FEMININO, 1969-1971

SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR	CASOS		ÓBITOS	
	Nº	%	Nº	%
Gengiva superior	-	-	-	-
Gengiva inferior	3	50,0	-	-
Não especificado	3	50,0	1	100,0
TOTAL	6	100,0	1	100,0

4.1.4 Assoalho da Bôca

Dentre residentes dos municípios da Grande São Paulo a porcentagem de câncer no assoalho foi 88,5% no sexo masculino e 11,5% no feminino. SAMARA^{4 5} encontrou 90,4% no sexo masculino e 9,6% no feminino. TORLONI & BRUMINI^{5 3} nas grandes regiões do Brasil identificam 80,9% para o sexo masculino e 19,1% para o feminino, em 1975.

TABELA 24 - NÚMERO E PERCENTAGEM DE CASOS DO CÂNCER DO ASSOALHO, SEGUNDO SEXO, POR LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO E SÃO PAULO, 1969-1971 e GRANDES REGIÕES DO BRASIL, 1975

REGIÕES	SEXO CASOS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grandes regiões do Brasil(1)		182	80,9	43	19,1	225	100,0
Município de São Paulo(2)		103	90,4	11	9,6	114	100,0
Municípios da G.S.P.		23	88,5	3	11,5	26	100,0

FONTE: 1- TORLONI & BRUMINI^{5 3}

2- SAMARA^{4 5}

Quanto à mortalidade na localização assoalho da bôca podemos observar nas Tabelas 19 e 20; no município de São Paulo^{4 5}, verificou-se que a mortalidade proporcional por câncer de assoalho foi de 90,4% no sexo masculino e 9,6% no feminino.

TABELA 25 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DO CÂNCER DO ASSOALHO, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, SEXO MASCULINO, 1969-1971

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR	CASOS		ÓBITOS	
	Nº	%	Nº	%
Assoalho	23	100,0	8	100,0
TOTAL	23	100,0	8	100,0

TABELA 26 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DO CÂNCER DO ASSOALHO, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, SEXO FEMININO, 1969-1971

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR	CASOS		ÓBITOS	
	Nº	%	Nº	%
Assoalho	3	100,0	1	100,0
TOTAL	3	100,0	1	100,0

4.1.5 Outras Partes da Bôca e das não Especificadas

Nos municípios da Grande São Paulo o percentual dos tumores das outras partes da bôca e das não especificadas foi 63,9% para o sexo masculino e 36,1% para o feminino, no período de 1969-1971. No município de São Paulo, o percentual de câncer das outras partes da bôca e das não especificadas foi de 78,2% para o sexo masculino e 21,8% para o feminino, no mesmo período.

TORLONI & BRUMINI⁵³ analisando dados de câncer nas grandes regiões do Brasil encontrou quase o mesmo percentual de 72,2% para o sexo masculino e 27,8% para o feminino, em 1975. Tabela 27.

TABELA 27 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS DO CÂNCER DAS OUTRAS PARTES DA BOCA E DAS NÃO ESPECIFICADAS, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO E SÃO PAULO, 1969-1971 E NAS GRANDES REGIÕES DO BRASIL, 1975

REGIÕES	SEXO CASOS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grandes regiões do Brasil(1)		535	72,2	206	27,8	741	100,0
Município de São Paulo(2)		167	78,8	45	21,2	212	100,0
Municípios da G.S.P.		23	63,9	13	36,1	24	100,0

FONTE: 1- TORLONI & BRUMINI⁵³

2- SAMARA⁴⁵

Quanto à mortalidade proporcional, no município de São Paulo⁴⁵, no sexo masculino, na localização anatômica outras partes da boca e das não especificadas, verificou-se que por sublocalização do tumor na mucosa bucal 45,6%, palato duro e mole 29,4%, úvula 1,5% parte não especificada 23,5% enquanto que no sexo feminino na mucosa bucal 20%, palato duro e mole 50%, e parte não especificada 30%. Na Grande São Paulo observamos que a mortalidade proporcional na parte não especificada a sublocalização outras partes da boca foi 57,1% no masculino e 42,9% no sexo feminino.

4.1.6 Ossos Maxilares

Podemos comparar apenas os municípios da G.S.P. e o município de São Paulo nesta localização. Dos sete (7) casos identificados no município de São Paulo^{4,5} 57,1% dos casos são do sexo masculino e 42,9% do feminino. Nos municípios da Grande São Paulo, dos 3 casos encontrados 33,3% são do sexo masculino e 66,7% do feminino, no mesmo período.(Tabela 28).

TABELA 28 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS DO CÂNCER DA MANDÍBULA, NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO E SÃO PAULO, 1969-1971 E NAS GRANDES REGIÕES DO BRASIL

REGIÕES	SEXO CASOS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grandes regiões do Brasil		-	-	-	-	-	-
Município de São Paulo(1)		4	57,1	3	42,9	7	100,0
Municípios da G.S.P.		1	33,3	2	66,7	3	100,0

FONTE: 1- SAMARA^{4,5}

Quanto à mortalidade nos municípios da Grande São Paulo verificamos apenas um óbito no sexo masculino. No município de São Paulo^{4,5} 2 óbitos para o sexo masculino e 1 no feminino, na localização mandíbula, sendo 66,7% e 33,7%, respectivamente.

4.2 Metástase

Houve informações insuficientes sobre metástase em casos e óbitos. Em 0,4% dos casos e 9,6% dos óbitos foram os resultados encontrados com afirmativa de metástase.

SAMARA^{4 5}, no município de São Paulo, encontrou 4,7% dos casos e 7,6% dos óbitos com metástase.

BARBOSA⁴, encontra as metástases numa porcentagem que vai de 20 a 80%, conforme a localização e as dimensões do neoplasma.

No nosso trabalho a porcentagem de metástase ficou muito aquém da desse autor. O que nos leva a sugerir a hipótese de que as informações são insuficientes.

4.3 Aspectos Histopatológicos

O carcinoma espinocelular no nosso estudo foi o de maior porcentagem em casos e óbitos, Tabela 23.

Os resultados apresentados por SAMARA^{4 5} são idênticos aos do levantamento da Grande São Paulo.

BARBOSA⁴, encontrou o carcinoma espinocelular em 83% dos casos. Verificamos que o carcinoma espinocelular é o tipo histológico mais comum entre os neoplasmas malignos da boca.

4.4 Nacionalidade

O alto nível educacional e sócio-econômico dos norte americanos parece explicar a baixa incidência de lesões malignas da boca entre eles. Para GARRAFA¹⁷, entre nós, o desconhecimento dos hábitos de higiene bucal, o não comparecimento periódico em consultório odontológico ocasionais por fatores educacionais e econômicos contribuem para que se possa levantar hipótese de que o aspecto sócio-econômico está diretamente relacionado à alta porcentagem destas alterações.

A incidência no sexo masculino, em brasileiros, foi 4.88 e a mortalidade 1.10, e 12.24 e 5.04, respectivamente em estrangeiros. No sexo feminino em brasileiros a incidência foi 1.12 e a mortalidade 0.22 e 6.89 e 1.72, respectivamente em estrangeiros (Tabelas 30 e 31). Verificamos, como SAMARA^{4 5}, que as incidências e mortalidade entre estran-geiros são maiores do que as relativas aos brasileiros.

TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DE CÂNCER DA BOCA, SEGUNDO TIPO HISTOLÓGICO,
NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO E SÃO PAULO, 1969-1971

TIPO HISTOLÓGICO	MUNICÍPIOS CASOS E ÓBITOS	GRANDE SÃO PAULO				SÃO PAULO(1)			
		CASOS		ÓBITOS		CASOS		ÓBITOS	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Neoplasias malignas		1	0,5	1	1,9	4	0,4	2	0,8
Carcinoma		7	3,4	4	7,7	46	4,8	16	6,4
Carcinoma papilífero		1	0,5	-	-	-	-	-	-
Carcinoma espinocelular		186	89,4	46	88,5	875	91,2	225	89,6
Carcinoma basocelular		8	3,9	-	-	-	-	1	0,4
Adenocarcinoma		2	0,9	1	1,9	5	0,5	3	1,2
Carcinoma glandular sólido		2	0,9	-	-	-	-	1	0,4
Fibrosarcoma		1	0,5	-	-	1	0,1	-	-
Outros		-	-	-	-	29	3,0	3	1,2
TOTAL		238	100,0	52	100,0	960	100,0	251	100,0

FONTE: 1- SAMARA^{4 5}

TABELA 30 - NÚMERO DE CASOS E ÓBITOS EM PORCENTAGEM, COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA E MORTALIDADE POR 100.000 HABITANTES, NO SEXO MASCULINO, NA POPULAÇÃO RESIDENTE NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, NO PERÍODO, 1969-1971

NACIONALIDADE	CASOS		ÓBITOS		COEFICIENTES	
	Nº	%	Nº	%	INC.	MORT.
Brasileiros	159	81,9	36	83,7	4.88	1.10
Estrangeiros	17	8,8	7	16,3	12.24	5.04
Ignorados	18	9,3	-	-	-	-
TOTAL	194	100,0	43	100,0	-	-

TABELA 31 - NÚMERO DE CASOS E ÓBITOS EM PORCENTAGEM, COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA E MORTALIDADE POR 100.000 HABITANTES, NO SEXO FEMININO, NA POPULAÇÃO RESIDENTE NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, NO PERÍODO, 1969-1971

NACIONALIDADE	CASOS		ÓBITOS		COEFICIENTES	
	Nº	%	Nº	%	INC.	MORT.
Brasileiros	35	79,5	7	77,8	1.12	0.22
Estrangeiros	8	18,2	2	22,2	6.89	1.72
Ignorados	1	2,3	-	-	-	-
TOTAL	44	100,0	9	100,0	-	-

5 - RECOMENDAÇÕES

Pesquisas epidemiológicas demonstram que a incidência do câncer na boca pode variar de um país para outro, mostrando inclusive variações geográficas distintas de um mesmo país¹⁴.

Os dados estatísticos apresentados por TORLONI⁵³, nos indicam que nas grandes regiões do Brasil, 4 anos após ao nosso estudo, não apresentam quase nenhuma elevação, isto sim, os seus dados equiparam-se aos do estudo dos municípios da Grande São Paulo.

Quanto ao estudo de SAMARA⁴⁵, podemos verificar que se ajusta ao dos municípios da Grande São Paulo.

Para VIEGAS⁵⁴, o câncer oral constitui um dos cinco grandes problemas de odontologia sanitária.

O câncer da boca é um problema de Saúde Pública muito pequeno quando comparado quantitativamente com cáries dentárias e alterações periodontais, doenças mais comuns que atacam

os tecidos bucais¹⁴. Entretanto sua evolução é irreversível quando não lhe são dispensados os cuidados que exige¹⁴. Os profissionais que lutam com a "saúde bucal" devem proporcionar uma atenção para o diagnóstico precoce do câncer bucal⁵⁴.

Os dados apresentados nas grandes regiões do Brasil, no município de São Paulo e nos da Grande São Paulo evidenciam que é preciso aprofundar estudos epidemiológicos sobre o câncer bucal.

Vários autores^{34, 18, 44, 27, 6, 17, 54}, citam a importância do papel do cirurgião dentista na detecção e prevenção do câncer da cavidade bucal.

É na primeira fase, isto é, na descoberta e no diagnóstico do câncer da boca, que o dentista desempenha o papel importante, VIEGAS⁵⁴.

"O dentista que aprender a desconfiar do câncer na boca já estará prestando o melhor que ele pode oferecer"¹⁶, pois examinando diariamente dezenas de cavidades bucais, ocupa posição privilegiada com relação ao diagnóstico precoce do câncer, e o que é mais importante é repetir esses exames periodicamente nas mesmas pessoas.

Não deve ele limitar-se exclusivamente ao exame dos dentes, e sim estender sua observação, fazendo uma inspeção detalhada de toda a cavidade oral, inspeção essa que deverá abranger também a região extra-oral⁸.

É porê^m, natural que a detecção prematura do c^ân-
cer bucal é importante para todos os dentistas porque os melho-
res resultados terapêuticos são obtidos quando o c^ân-
cer é detec-
tado em seu estágio primitivo^{35, 54}.

A omissão do dentista nesse sentido pode custar a
vida do paciente¹⁶, pois o c^ân-
cer bucal, mesmo não sendo o pre-
dominante é frequentemente fatal^{35, 54}.

O Ministério da Saúde, em 1976, lançou um "Progra-
ma Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal
CABUL", frisando que a estrutura administrativa desde que mobi-
lizada adequadamente, permitirá a implementação do programa²⁸.

Sob o ponto de vista epidemiológico, cumpre-nos
recomendar:

- a) motivar as autoridades para a implantação nos Serviços Públi-
cos e Aut^ârquicos do Programa Nacional de Prevenção e Diag-
nóstico Precoce do Câncer Bucal - "CABUL".
- b) preparar cirurgiões dentistas dos Serviços Públicos, Autar-
quias, Clínicas Particulares para a visão preventiva e epide-
miológica do c^ân-
cer da boca.
- c) criar nas comunidades serviços aptos a realizar exames peri^o-
dicos conjuntos, revisão de c^âr-
ies e outros aspectos epide-
miológicos respectivamente.
- d) avaliar se o Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Pre-
coce do Câncer Bucal - "CABUL" foi realmente implantado e
seus objetivos reais atingidos.

6 - CONCLUSÕES

1 - Os coeficientes observados de incidência e mortalidade de câncer bucal em residentes dos municípios da Grande São Paulo, no período 1969-1971, são maiores nas idade de 40 - 69 anos.

2 - Os maiores coeficientes observados de incidência de câncer bucal foram nos lábios e língua, no sexo masculino e língua e assoalho, no feminino.

3 - Os maiores coeficientes observados de mortalidade por câncer bucal foram de câncer de língua em ambos os sexos. Se gue-se o de câncer no lábio, no sexo masculino e em outras partes da boca, no sexo feminino.

4 - A incidência proporcional por localização anatômica foram, no sexo masculino: Lábio 40,2%, Língua 29,4%, Assoalho 11,8%, Gengiva 6,3%, Mandíbula 0,5% e em Outras partes da boca e das não especificadas 11,8%; no sexo feminino: língua 27,3%, lábio 22,8%, gengiva 13,6%, assoalho 6,8%, mandíbula 4,5%, e em outras partes da boca e das não especificadas 25,0%.

5 - Mortalidade proporcional por localização anatômica foi, no sexo masculino: língua 46.5%, assoalho 18.6%, lábio 11.6% gengiva 11.6%, outras partes 9.3% e mandíbula 2.4%, no sexo feminino: língua e outras partes 33.3%, lábio 11.2, gengiva e assoalho 11.1%.

6 - As metástases ocorreram em 0,4% dos casos e 9,6% dos óbitos. Ao que parece há falta de informação.

7 - O carcinoma espinocelular foi o tipo histológico mais frequente, ocorrendo em 89,4% dos casos e em 88,5% dos óbitos. O segundo foi o carcinoma basocelular, com 3,9% dos casos e 6.4% dos óbitos.

8 - A proporção de câncer bucal em estrangeiros é maior que a proporção de câncer nos brasileiros.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- ACKERMAN, L.V. & REGATTO, J.A. - Cancer: diagnosis , treatment and prognosis. 4th ed. St. Louis, Mosby, 1970.
- 2- AMERICAN CANCER SOCIETY - Cancer , facts and figures. New York, 1970.
- 3- AZZI, F.P. - O que saber sobre o cancer. Odont.din., 2 (6): 28-30; (7): 28-9, 1968.
- 4- BARBOSA, J.F. - Câncer da boca. 2a. ed., São Paulo , Sarvier, 1968.
- 5- BEISWANGER, R.H. & STENSTROM, K.V. - Carcinoma of the cheek, alveolar process, floor of the mouth and palate. Radiology, 44: 213-216, 1945.
- 6- BELLIZZI, A.M. - Contribuição do cirurgião dentista na detecção precoce do câncer oral. Rev.Farm.Odont., 32 (303): 201-25, 1966.

- 7- BERNIER, J.L.- The prevention of oral cancer. Dent. clin. N. Amer., 16: 747-754, 1972.
- 8- CARVALHO NETTO, A.T.- Câncer da boca, diagnóstico precoce. Rev.Fac.Farm.Odont.Univ.Fed.Juiz de Fora, 1 (1): 84-6, 1968.
- 9- CERQUEIRA CESAR, R.- A região metropolitana da Grande São Paulo e o seu sistema de planejamento e administração. In: SEMINÁRIO SOBRE SITUAÇÃO DE SAÚDE NAS ÁREAS METROPOLITANAS BRASILEIRAS, São Paulo, 1975. Anais. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1976. p.19-28
- 10- CORREA ,P. & LLANOS, G.- Morbidity and mortality from cancer in Cali, Colombia. J.Nat.Cancer Inst., 36: 717-745, 1966.
- 11- DENOIX, P. - Cancer 20. Barcelona, Editorial Espaxs, 1973.
- 12- DUBOS, R.- Hambre, medicina y ambiente. Caracas, Venezuela, Monte Avila Ed., 1968.
- 13- FUNDAÇÃO IBGE- Censo demográfico: São Paulo. Rio de Janeiro, 1970. v.1, pt. 2 (8º Recenseamento Geral, 1970).
- 14- GARRAFA, V.- Epidemiologia do câncer bucal. Ars Cvrandi Odontol., 3: 6-25, dez./jan. 1976/77.

- 15- GARRAFA, V.- Carcinoma bucal X irritação mecânica: revisão do problema. Bol. Inf. Fac. Odont. Diamantina. MG. , 2 (3): 6-16, 1976.
- 16- GARRAFA, V. & PINTO, D. Transformação maligna de lesões produzidas pelo uso de próteses totais superiores com câmara de sucção. Bol. Oncol., 58 : 303-311, 1969.
- 17- GARRAFA, V. & Rosa, L.N.- Câncer da boca no Brasil: um problema de saúde pública. Rev. bras. Cancerol., p. 60-2, jan/fev., 1975. /separata/.
- 18- GARRAFA, V. & ROSA, L.N.- O dentista e o câncer das gengivas. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., 25 (1): 5-9, 1971.
- 19- GRANDE DE ARRUDA, B.K.- A estatística no controle do câncer. Rev. odonto. estomat., 12 (1): 21-7, 1971.
- 20- JARDIM, C. - O cirurgião dentista em face do câncer da cavidade bucal. In: CONGRESSO FLUMINENSE DE ODONTOLOGIA, 19 , Niterói, 1966. Resumos. Niterói, 1966. v.1, p.22.
- 21- JOLY, D.J.- Cancer control. /apresentado ao Seminar on Cancer Registries in Latin America, Cali, Colombia, 1969/

- 22- JUNQUEIRA, A.C.- Management of advanced cancer in Brazil. In: HARRIS, R.J.C. Proceedings of the 9th International Cancer Congress, Tokyo, 1966. London, Springer-Verlag, 1967, p.263-271. (UICC Monograph Series, v. 10).
- 23- JUSSAWALLA, D.J. & JAIN, D.K. - Age-specific incidence rates; India Bombay. In: CANCER incidence in five continents. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1976. v.3, p , 244-247.
- 24- LAURENTI, R.- Epidemiologia das neoplasias malignas : estudos de mortalidade. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP, s.d. /mimeografado/.
- 25- LEVIN, L.D. et al.- Cancer rates risks. Washington , D.C., Public Health Service, 1974. (DHEW Publ., (NIH) 75-691).
- 26- MALAOWALA, A.M. et al. - Oral cancer in 57, 518 industrial workers of Guyarat India: a prevalence and followap study.
- 27- MATALON, V.- The dentist's part in the multi-discipline treatment of head and neck cancer patient. Suan Juan, Porto Rico, Escuela de Odontología UPR,s.d.
- 28- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Câncer.Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal. Brasília, 1976.

- 29- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS- P.S.H. Vital Statistics of the United States, 1965. vol. II- Mortality Analysis and Summary, Wash., D.C. 1961.
- 30- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE- Manual de classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito : 8a. revisão , 1965. Washington, D.C., 1969. (Publ.cient., 190).
- 31- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE- Manual de nomenclatura e codificação de tumores: 1968. Washington, D.C., 1972. (Publ. cient., 241).
- 32- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Las condiciones de Salud em las Americas, 1961-64. Washington, 1966. (Publ.).
- 33- PELTON, W.J. et al.- The epidemiology of oral health. Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1969.p. 42-71.
34. PIMENTA , A.C.- Câncer da boca: diagnóstico precoce. Rev.Ass. paul.cirurg.Dent., 22: 116-8, 1968.
- 35- PINDBORG, J.J.- Epidemiological studies of oral cancer. Int. dent.J., 27 (2): 172-8, 1977.
- 36- REGISTRO DE CÂNCER DA PARAÍBA- Incidência de câncer no município de João Pessoa, no ano de 1975. João Pessoa, 1975 .

- 37- REGISTRO DE CANCER DE PERNAMBUCO: 1967-1968. /apresentado ao 10º Congresso Internacional de Cancer, Houston, 1970/.
- 38- REGISTRO DE CÂNCER DE SÃO PAULO. Incidência do câncer no Município de São Paulo, 1969. São Paulo, 1975.
- 39- REGISTRO DE CÂNCER DE SÃO PAULO - Inquérito Pilo - to 1963-1965. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP, 1971.
- 40- REGISTRO CENTRAL DEL CANCER. Cancer en Puerto Rico 1975. San Juan, 1977.
- 41- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Estatísticas de saúde: mortalidade 1970-75. Porto Alegre, 1977 v.1.
- 42- ROBBINS, S.L.- Patologia. 2a. ed. Rio de Janeiro , Ed. Guanabara Koogan, 1969.
- 43- ROSS, W.L.- The cancer problem. South med. Bull. 54 (22): 9-14, 1966.
- 44- ROSSI, E.P. & HIRSCH, S.A.- A Survey of 4,793 oral lesions with emphasis on neo-plasia and premalignance. J. Amer. dent. Ass., 94: 886-, 1977.

- 45- SAMARA, M.- Cancer da Boca: incidência e mortalidade em residentes no Município de São Paulo, 1969 - 1971. São Paulo, 1977. /Dissertação de Mestrado -Faculdade de Saúde da USP/.
- 46- SARNAT, B.G. & SCHOUR, J.- Câncer da face e da boca. Rio de Janeiro, Ed.Científica, 1956.
- 47- SHANTA, V. & KRISHNAMURTHI, S.- A preliminary report on the epidemiology study of oral cancer in South India. J.Indian dent.Ass. (Special issue): 43-54, 1974.
- 48- SEGI, M.- Graphic presentation of cancer incidence by site and by area and population. Tokyo,National cancer Institute, 1977.
- 49- SEGI, M. & KURIHARA, M. Cancer mortality for selected sites in 24 countries; nº 6 (1966-1967). Nagoya, Japan Cancer Society, 1972.
- 50- SILVA, N. da - Tumores dos tecidos moles da cavidade oral. Rev.port.Estomat., 10: 29-52, jan/mar.1969.
- 51- SILVERMAN Jr., S.& GALANTE, M.- Oral cancer. São Francisco, San Francisco Medical Center, 1966 .

- 52- SULTANA, H.M. & PORTELLI, J.M.- Oral cancer in Malta.
St. Lukes Hosp.Gaz., Guardamangia, 9 (1): 60-4,1974.
- 53- TORLONI, H. & BRUMINI, R.- Registro Nacional de Tu -
mores. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde. Divisão
Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, 1978.
- 54- VIEGAS, A.R.- Aspectos preventivos: doenças periodon-
tais, câncer oral, lábio leporino e goela de lobo ,
radiações, deformidades dento-faciais. São Paulo,
Faculdade de Higiene e Saúde Pública, 1965. (Manual
de Odontologia Sanitária, v.4).
- 55- WATERHOUSE, J. et al., ed. - Cancer incidence in five
continents. Lyon, International Agency for Research
on Cancer, 1976. v. 3 (IARC Scient. publ., 15).

REGISTRO DE CÂNCER DE SÃO PAULO

DIVISÃO NACIONAL DE CÂNCER

SECRETARIAS DA SAÚDE E DA ECONOMIA E PLANEJAMENTO DO ESTADO

SECRETARIA DA HIGIENE E SAÚDE DA PREFEITURA

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 - 1.º andar - Telefones: 81-2131 R. 288 e 282-3886 - São Paulo

INQUÉRITO PERMANENTE SOBRE CANCER

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

N.º do R. G.: DATA DE ÓBITO: LOCAL DE ÓBITO: ☐ H ☐ D ☐ Q NOMENCLATURA:

LOCALIDADE:

HOSPITAL:

NOME DO PACIENTE: N.º REGISTRO HOSPITAL:

ENDEREÇO DO PACIENTE: N.º

PROCEDÊNCIA (citar): CIDADE: ESTADO:

CODIFICAÇÃO (Não preencher)

IM.	M.º BQ D. J.	ÓBITO				LOCAL DE ÓBITO	NOMENCLATURA					LOCALIDADE			HOSPITAL			PROCEDÊNCIA			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

IDADE: SEXO: ☐ M ☐ F COR: ☐ B ☐ P ☐ D ☐ A ESTADO CIVIL: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D ☐ UL

Profissão que exerce (prestar função exata): Religião:

Nacionalidade: Data 1.ª consulta: Tempo de residência:

Sede Primária do Tumor (prestar):

Sede das Metástases (quando o tumor primário é desconhecido) (citar):

MEIOS DIAGNÓSTICOS (Assinalar com um X)

	Clinica	Radiológica	Cirúrgica	Citológica	Histológica	Neuropatológica	Outros
NÃO REALIZADO...							
REALIZADO E POSITIVO...							
REALIZADO E NEGATIVO...							

Histológico (citar tipo): Outros (citar):

Nome do laboratório ou do Anátomo-Pathologista:

CODIFICAÇÃO (Não preencher)

Idade	Sexo	Câncer	Im. perfil	Profissão	Religião	Nacionalidade	Data da 1.ª Consulta		Tempo de Residência	Diagnóstico					Histológico			T.º Mult.
							Mês	Ano										
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41

ANEXO II

LISTA TABULAR DE INCLUSÕES E DE SUBCATEGORIAS DE QUATRO ALGARISMOS DO MANUAL DE CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS, LESÕES E CAUSAS DE ÓBITO, 8a. REVISÃO, 1965.

140 TUMOR MALIGNO DO LÁBIO

INCLUI: frênulo do lábio
mucosa do lábio (interna) (externa)

EXCLUI: o tumor maligno da pele do lábio (172.0, 173.0)

140.0 Do lábio superior

140.1 Do lábio inferior

140.2 De ambos lábios

Lábios SAI

140.9 Do lábio , não especificado

Comissura labial

Lábio SAI

Mucosa do lábio SAI

141 TUMOR MALIGNO DA LÍNGUA

141.0 Da base da língua

141.1 Da face dorsal da língua

Foramen caecum da língua

Papilas: circunvaladas
filiformes
linguais SAI

ANEXO II

141.2 Das bordas e da ponta da língua

Papilas (linguais): foliadas
fungiformes
lenticulares

141.3 Da face ventral da língua

Frêmulos da língua

EXCLUI: o tumor(ou neoplasma) "em folha de livro" que comprometa conjuntamente a face ventral da língua e o assoalho da boca (144)

141.9 De parte não especificada

Câncer lingual

143 TUMOR MALIGNO DA GENGIVA

INCLUI: alvéolo (rebordo ou crista)
gengiva (alveolar) (marginal ou livre)
papila interdental

143.0 Da gengiva superior

143.1 Da gengiva inferior

143.2 De gengiva não especificada

144 TUMOR MALIGNO DO ASSOALHO DA BOCA

145 TUMOR MALIGNO DE OUTRAS PARTES DA BOCA E DAS NÃO ESPECIFICADAS

145.0 Da mucosa bucal

Área retromolar

Bochecha interna

Comissura bucal

ANEXO II.

Sulcos bucais (superior) (inferior)

Vestíbulo da boca

145.1. Do palato (duro) (mole)

Abóbada palatina (ou céu da boca)

145.8 De outras partes especificadas

Úvula

145.9 De parte não especificada

Cavidade bucal SAI

170. TUMOR MALIGNO DOS OSSOS

INCLUI: cartilagem (da): articulação
articular

periosteio

EXCLUI: a medula óssea (201-203)

170.0 Dos ossos do crânio e da face

Osso: maxilar superior ou maxila

EXCLUI: as cartilagens do osso maxilar inferior (170.1)

170.1 Do maxilar inferior

Osso maxilar inferior

Mandíbula (inferior).

ANEXO III

MORFOLOGIA DAS NEOPLASIAS - ÍNDICE NUMÉRICO DO MANUAL DE
NOMENCLATURA E CODIFICAÇÃO DE TUMORES, edição 1968.

800 - 804 NEOPLASIAS

8003 NEOPLASIA MALIGNA

Câncer

Malignidade

Células tumorais malignas

Êmbolo tumoral

8012 CARCINOMA "IN SITU", SOE

Carcinoma intra-epitelial, SOE

8013 CARCINOMA, SOE

Neoplasia epitelial maligna

Epitelioma maligno

Carcinoma de células grandes

Carcinoma recidivante

Carcinoma residual

805 - 806 PAPILOMAS, SOE, E CARCINOMAS PAPILÍFEROS, SOE

8053 CARCINOMA PAPILÍFERO, SOE

Carcinoma papilífero epidermóide

Carcinoma papilífero escamoso

Carcinoma verrucoso

807- 808 -NEOPLASIAS EPIDERMÓIDES

ANEXO III

8072 CARCINOMA ESCAMOSO "IN SITU"

Carcinoma escamocelular, "in situ"

Carcinoma epidermóide, "in situ"

Carcinoma intra-epidérmico, "in situ"

Carcinoma intra-epitelial, "in situ"

Carcinoma intra-epitelial, escamocelular, "in situ"

8073 CARCINOMA ESCAMOCELULAR, SOE

Acantoma maligno

Cancrôide

Carcinoma de células malpighianas

Carcinoma epidermóide, SOE

Carcinoma escamoso

Carcinoma espinocelular

809-811 NEOPLASIAS BASOCELULARES

8093 CARCINOMA BASOCELULAR, SOE (T-173_)

Carcinoma misto baso-escamocelular (ou baso-espinocelular) (T-173_)

812 - 813 PAPILOMAS E CARCINOMAS DE CÉLULAS TRANSICIONAIS

8123 CARCINOMAS DE CÉLULAS TRANSICIONAIS, SOE

(Carcinoma de células intermediárias)

814- 838 ADENOMAS E ADENOCARCINOMAS

8143 ADENOCARCINOMA, SOE

Adenoma maligno

(Carcinoma adenomatoso)

(Carcinoma glandular)

ANEXO III

8203 CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO

Cilindroma, SOE
(Carcinoma cilindromatoso)

8233 CARCINOMA SÓLIDO

(Carcinoma glandular sólido)

843 NEOPLASIAS MUCOEPIDERMÓIDES

8433 CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

872 - 879 NEVOS E MELANOMAS

8723 MELANOMA MALIGNO

Melanocarcinoma
Melanoma, SOE
Nevocarcinoma

880 SARCOMA, SOE

8803 SARCOMA, SOE

Sarcoma fusocelular
Sarcoma gigantocelular (exceto do osso M-9253)
Tumor mesenquimatoso maligno
Sarcoma de pequenas células

Sarcomatose, SOE

881 - 883 TUMORES FIBROMATOSOS

8823 FIBROSSARCOMA, SOE

Fibromixossarcoma

ANEXO III

884 NEOPLASIAS MIXOMATOSAS

8843 MIXOSSARCOMA

(Sarcoma mixoblástico)

889 - 892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS

~~8893~~ LEIOMIOSSARCOMA

Miossarcoma

Angiomiossarcoma

894 - 899 TUMORES MISTOS E COMPOSTOS

8943 TUMOR MISTO MALIGNO

Tumor misto maligno, tipo glândular salivar

912 - 916 TUMOR DE VASOS SANGUÍNEOS

9123 HEMANGIOSSARCOMA

Angiossarcoma

918 - 920 OSTEOMAS E OSTEOSSARCOMAS

9183 OSTEOSSARCOMA, SOE

Sarcoma osteogênico, SOE

Osteocondrossarcoma

Osteossarcoma tipo fibroblástico

Osteofibrossarcoma

Osteossarcoma telangiectásico

ANEXO III

925 TUMORES GIGANTOCELULARES

9253 TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DO OSSO, MALIGNO

Osteoclastoma maligno

Sarcoma de células gigantes do osso

926 OUTROS TUMORES ÓSSEOS

9263 SARCOMA DE EWING

Tumor de Ewing

Sarcoma endotelial do osso

Endotelioma ósseo

999 Ignorado.