CÂNCER DA BOCA

**INCIDÊNCIA E MORTALIDADE EM RESIDENTES NO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, PERÍODO 1969 - 1971**

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA À FACULDADE DE
SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE
SÃO PAULO - 1977**

MUNIRA SAMARA

TRABALHO REALIZADO

com apoio do REGISTRO DE CÂNCER DE SÃO PAULO, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo;

com auxílio financeiro (bolsa) da COORDENAÇÃO DO APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES) - Processo nº 003603/74.

À

minha mãe

AGRADECIMENTOS,

- ao Dr. José Maria Pacheco de Souza, orientador desta tese, pela dedicação e colaboração na solução de vários problemas;
- ao Dr. Antônio Pedro Mirra, diretor do Registro de Câncer de São Paulo, pela irrestrita colaboração no fornecimento dos dados;
- ao Prof. Dr. José Barbosa, que tão generosamente soube dar de seu tempo para oferecer informações, sugestões e críticas;
- à Marilda Pinto Alves Madeira, responsável pelo serviço de arquivo do Registro de Câncer de São Paulo, pela dedicação e presteza na verificação dos dados;
- à Dra. Sabina Léa Davidson Gotlieb, pela revisão do texto final;
- ao Dr. Edmur Flávio Pastorelo, pelo apoio e incentivo;
- à Daisy Pires Noronha, pela cuidadosa revisão bibliográfica;
- ao Fernão Dias de Lima, pelo auxílio no serviço de computação;

- ao Luiz Carlos Firmino e Elza Barbosa Maia, pelo aprimorado trabalho de datilografia,
- ao Ubirajara Batista e Vani Samara, pela excelente colaboração prestada na execução das figuras,
- ao Antônio Marchini, pela cuidadosa impressão das figuras coloridas,
- ao meu cunhado Roberto, pelo esmerado serviço gráfico,
- às minhas irmãs, a minha gratidão pelas condições proporcionadas para a realização deste trabalho.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	7
OBJETIVOS	21
MATERIAL E MÉTODOS	24
RESULTADOS E COMENTÁRIOS	32
- Aspectos Gerais da Incidência e da Mortalidade.	32
- Incidência e Mortalidade Segundo as Localizações	37
- Metástase	51
- Nacionalidade	51
- Aspectos Histopatológicos	54
- Incidência e Mortalidade Segundo as Sublocalizações	56
- Sobrevida	63
- Considerações Gerais	66
CONCLUSÕES	69
RESUMO	74
SUMMARY	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas representam um grupo de doenças com ocorrência em todas as raças e idades¹⁹, sendo causa de um número estimado de 2 milhões de mortes por ano no mundo³⁷.

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, Áustria, França, Itália e Inglaterra¹⁰, constituindo para alguns autores^{21, 35} problemas de Saúde Pública.

HELLER e colaboradores, citados por ROBBINS³², afirmam a importância do câncer como causa de morbidade e mortalidade (TABELAS 1 e 2).

Nos Estados Unidos, o câncer é a segunda causa de morte, sendo precedido somente pelas doenças cardiovasculares^{19, 32}. Em 1970, foram estimados 603.000 casos novos diagnosticados e 330.730 óbitos¹⁹, o que corresponde apro-

TABELA 1 - COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA, POR 100.000 HABITANTES, DE CÂNCER (todas as localizações) EM ALGUMAS REGIÕES GEOGRÁFICAS, SEGUNDO SEXO, PADRONIZADOS PELA POPULAÇÃO MUNDIAL, ANOS PRÓXIMOS A 1970.

R E G I Õ E S	S E X O	
	masculino	feminino
British Columbia (Canadá)	372,2	326,8
Bulawayo (Rodésia - África)	355,8	148,3
Genebra (Suíça)	303,0	229,7
Newfoundland (Canadá)	294,1	217,6
Liverpool (Inglaterra)	290,4	211,1
Finlândia	274,5	188,5
Alameda* (Estados Unidos) - brancos..	277,7	267,8
- negros...	329,5	222,1

FONTE: WATERHOUSE, J. et al., ed.⁴⁴

* Exclui o câncer da pele - código 173, CID.

TABELA 2 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE, POR 100.000 HABITANTES, POR CÂNCER (todas as localizações) EM ALGUMAS REGIÕES GEOGRÁFICAS, SEGUNDO SEXO, 1966-1967.

R E G I Õ E S	S E X O	
	masculino	feminino
Áustria	283,2	243,0
Bélgica	266,6	211,6
Escócia	262,9	204,0
Inglaterra e Gales	251,7	202,0
República Federal Alemã	239,6	221,8
França	232,8	182,2
Dinamarca	222,9	206,8

FONTE: SEGI, M., KURIHARA, M.³⁶

ximadamente a 1.650 casos novos e 900 óbitos por dia. Dados semelhantes foram relatados por outros autores^{1, 32, 34, 37}.

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

Em São Paulo e Ribeirão Preto, no período 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 16,2 e 17,6% para os homens e, 22,5 e 17,8% para as mulheres¹⁸.

No município de São Paulo, em 1969, ocorreram 5.469 óbitos por câncer. Em 1970 e 1971 o número de residentes que morreram tendo como causa básica o câncer foi, respectivamente, 4.695 e 5.056, valores que correspondem aos seguintes coeficientes de mortalidade: 79,8 e 82,3 por 100.000 habitantes e à seguinte mortalidade proporcional: 10,4 e 10,3%*¹⁵.

* SÃO PAULO (estado). Departamento de Estatística
ficação dos óbitos segundo sexo e grupo etário
pio de São Paulo, 1969, 1970 e 1971 (dados).

Em João Pessoa, no ano de 1975, o coeficiente de incidência foi 71,06 e o de mortalidade foi 41,45 por 100.000 habitantes²⁹.

Estudos realizados têm mostrado um aumento progressivo tanto na incidência como na mortalidade por câncer, segundo HELLER e colaboradores, citados por ROBBINS³².

Nos Estados Unidos, o aumento da mortalidade pode ser observado a partir dos dados do Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar dos Estados Unidos da América (TABELA 3)³²; na França, através dos dados da seção do câncer do Instituto Nacional da Saúde e de Investigação Médica (FIGURA 1)¹¹ e no município de São Paulo, pelos dados do Departamento de Estatística do Estado de São Paulo (TABELA 4)³⁰.

TABELA 3 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE
POR CÂNCER POR 100.000 HABITANTES,
ESTADOS UNIDOS, PERÍODO 1900-1960*.

ANO	COEFICIENTE
1900	6,40
1910	7,62
1920	8,34
1930	9,74
1940	12,03
1950	13,98
1960	14,69

FONTE: Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar dos Estados Unidos³².

* Foi feita a reformulação desta tabela de porcentagem por 1.000.000 de população para coeficiente por 100.000 habitantes.

FIGURA 1 - TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR CÂNCER NA FRANÇA

FONTE: DENOIX¹¹

TABELA 4 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE POR CÂNCER, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO SEXO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1900-1970 (tabulação do atestado de óbito por local de ocorrência).

ANO	S E X O		TOTAL
	masculino	feminino	
1900	24,1	20,7	22,5
1910	37,9	38,6	38,2
1920	60,6	48,4	54,6
1930	64,3	66,2	65,2
1940	87,1	77,3	82,2
1950	100,7	84,4	92,5
1960	113,5	93,0	103,1
1970*	86,9	73,0	79,8

FONTE: Departamento de Estatística do Estado de São Paulo³⁰.

* Tabulação do atestado de óbito por local de residência.

BRESLOW⁷ atribui o aumento da mortalidade por câncer a vários fatores, tais como: aumento da vida média; novas técnicas de diagnóstico; maior educação sanitária do povo; inclusão de novos tipos de neoplasias malignas, tecidos linfáticos e hematopoéticos, na Classificação Internacional das Doenças e Causas de Morte; aumento real na mortalidade por câncer devido ao aparecimento de múltiplos fatores cancerígenos ligados à civilização e à industrialização crescente.

Para LEVIN e colaboradores¹⁹, o câncer apresenta uma marcada diferença na ocorrência, segundo a localização anatômica e o tipo histológico, dentro da população humana.

O câncer da boca não foge aos conceitos aceitos de variação da incidência e da mortalidade segundo sexo, idade, raça, regiões geográficas (TABELA 5), condições ambientais e suas localizações na boca.

Estudo realizado no Centro Médico da Universidade da Califórnia em São Francisco, no período de 1962-64³⁷, 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 soalho da boca (17,2%), gengiva (3,4%) e bochecha e palato com 2,9%.

TABELA 5 - COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA BRUTO E PADRONIZADO (população mundial) DO CÂNCER DA B O C A POR 100.000 HABITANTES EM ALGUMAS REGIÕES GEOGRÁFICAS, SEGUNDO SEXO, EM TORNO DE 1970.

REGIÕES	COEFICIENTES SEXO	BRUTO		MUNDIAL	
		mas c.	fem.	mas c.	fem.
Newfoundland (Canadá)		24,6	1,4	29,9	1,6
Bombaim (Índia)		10,4	4,8	19,6	8,9
Alameda (EE.UU)	- brancos...	11,8	5,3	10,7	4,0
	- negros....	6,1	2,1	6,9	2,4
Bulawayo (Rodésia - África)..		1,3	0,0	4,5	0,0
Suécia		6,8	2,4	4,4	1,2
Nova Zelândia	- Maori	0,4	0,2	1,1	0,3
	- Não Maori ..	6,1	2,0	5,9	1,4

FONTE: WATERHOUSE, J. et al., ed.⁴⁴

Nas TABELAS 6 e 7, observamos que a incidência do câncer bucal, segundo as localizações anatômicas, varia tam bém quanto ao sexo, raça e região geográfica.

TABELA 6 - COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA BRUTO E PADRONIZADO (população mundial) POR 100.000 HOMENS EM ALGUMAS REGIÕES GEOGRÁFICAS, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA, EM TORNO DE 1970.

REGIÕES	LOCALIZ. COEF.	LÁBIO(140)*		LÍNGUA(141)*		DEMAIS PARTES DA BOCA(142)*	
		bruto	mundial	bruto	mundial	bruto	mundial
Newfoundland		22,5	27,1	0,9	1,2	1,2	1,6
Bombaim		0,2	0,3	6,3	12,6	3,9	6,7
Alameda -brancos...		4,5	4,0	3,3	3,0	4,0	3,7
-negros.....		0,5	0,6	2,0	2,2	3,6	4,1
Bulawayo		0,2	0,1	0,2	0,3	0,9	4,1
Suécia		4,2	2,7	0,9	0,6	1,7	1,1
N. Zelândia							
- Maori		0,0	0,0	0,2	0,3	0,2	0,8
- Não Maori		3,0	2,9	1,6	1,6	1,5	1,4

FONT E: WATERHOUSE, J. et al., ed.⁴⁴

* Entre parênteses o código segundo o CID²⁴.

TABELA 7 - COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA BRUTO E PADRONIZADO (população mundial) POR 100.000 MULHERES EM ALGUMAS REGIÕES GEOGRÁFICAS, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA, EM TORNO DE 1970.

REGIÕES	LOCALIZ. COEF.	LÁBIO(140)*		LÍNGUA(141)*		DEMAIS PARTES DA BOCA(142)*	
		bruto	mundial	bruto	mundial	bruto	mundial
Newfoundland		0,7	0,8	0,3	0,4	0,4	0,4
Bombaim		0,2	0,4	1,6	3,1	3,0	5,4
Alameda -brancos...		0,5	0,2	2,0	1,6	2,8	2,2
-negros.....		0,0	0,0	0,7	0,8	1,4	1,6
Bulawayo		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Suécia		0,4	0,2	0,8	0,4	1,2	0,6
N. Zelândia							
- Maori		0,0	0,0	0,2	0,3	0,0	0,0
- Não Maori		0,4	0,3	0,6	0,4	1,0	0,7

FONT E: WATERHOUSE, J. et al., ed.⁴⁴

* Entre parênteses o código segundo o CID²⁴.

Nos Estados Unidos, aproximadamente 2,5% dos ôbitos por câncer são devido ao câncer da boca, ou seja, 7.500 ôbitos por ano^{8, 32, 34, 37}, em relação à incidência das neoplasias malignas, 4 a 5% são devido à localização bucal, correspondendo a um número aproximado de 25.000 casos novos por ano^{4, 8, 20, 32, 34, 37}. Segundo CUTLER e YOUNG⁹, o coeficiente de incidência do câncer bucal nos Estados Unidos, no período de 1969-71 (padronizado pela população do país em 1950), foi 6,2 por 100.000 habitantes.

Na França, segundo DENOIX¹¹, em 1968 a mortalidade proporcional do câncer da boca e do faringe em relação ao total dos ôbitos por todas as localizações do câncer foi 5,8% para os homens e 0,9% para as mulheres.

Segundo ZALDIVAR⁴⁷, no Chile, em 1960, o número de mortes por câncer da boca constituiu uma pequena parcela do total de ôbitos por câncer em geral (0,46%) e o coeficiente de mortalidade foi de 0,46 por 100.000 habitantes.

A incidência do câncer da boca é considerada alta em certas regiões da Índia, onde o hábito de mascar pedaços de betel com tabaco é muito comum^{17, 19, 26, 43}. Segundo WAHI⁴³, no Hospital do Câncer de Bombaim houve 47% de casos de câncer bucal em relação a todos os casos de câncer; no Hospital do Câncer de Calcutá esta proporção foi de 35% e no de Madras foi igual a 34%. Para MUIR e KIRK²³, 1960, "no sul da Índia e entre indianos desta região resi-

dentes no sudeste da Ásia, o câncer oral tem sido um problema de importância". A mortalidade, em Bombaim, está ao redor de 31% em relação aos óbitos por câncer em geral, enquanto em Madras, essa porcentagem aumenta para 52%¹⁴.

Ao longo da costa marítima da Nova Guiné, onde o hábito de mascar a fruta da palmeira areca é comum, segundo observações realizadas por ATKINSON², em 1964, a incidência do câncer da boca é maior que a observada nos Estados Unidos mas menor que a observada na Índia.

Em 1970, no Estado do Rio Grande do Sul, o coeficiente de mortalidade por câncer da boca e do faringe foi 1,4 por 100.000 habitantes e no município de Porto Alegre foi 2,7. A mortalidade proporcional em relação ao total de óbitos por todos os tumores malignos foi 2,2% no Estado do Rio Grande do Sul e 2,6% no município de Porto Alegre³¹.

Segundo dados do Departamento de Estatística do Estado de São Paulo*, a mortalidade proporcional por câncer da boca é aproximadamente 2% em relação à mortalidade por câncer em geral (1,8% em 1970 e 1,7% em 1971), no município de São Paulo.

* SÃO PAULO (estado). Departamento de Estatística. Classificação dos óbitos segundo sexo e grupo etário. Município de São Paulo, 1970 e 1971 (dados não publicados).

DOLL¹² chama a atenção para o fato de que tem sido mostrado que a variação de incidência entre países é devida em maior parte a fatores ambientais.

O câncer bucal é mais freqüente nos homens que nas mulheres^{20, 34, 37, 40}, variando a relação masc./fem. segundo regiões geográficas e raças (TABELA 5). Observa-se que os valores da predominância masculina permanecem entre os limites de 2 a 4,5 vezes maior excluindo, no entanto, Newfoundland, onde o homem tem um risco bem maior, 18,7, valor este devido ao câncer do lábio, cuja predominância é 33,9 vezes maior (TABELAS 6 e 7).

Segundo SILVERMAN³⁷, nos Estados Unidos a relação de 4:1 para os homens está diminuindo para 2:1. No Terceiro Levantamento Nacional de Câncer, realizado no período de 1969-71 naquele país, a taxa de incidência obtida para o câncer da boca foi 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 negra⁹. Em Alameda, na Califórnia, no período 1969-1973, a predominância masculina foi 2,7:1 e 2,9:1 nas populações branca e negra, respectivamente (TABELAS 6 e 7).

No município de São Paulo, o coeficiente de mortalidade por câncer oral, em 1970, foi 2,6 por 100.000 habitantes no sexo masculino e 0,3, no feminino, dando a rela

ção masc./fem. 8,7:1. A mortalidade proporcional, em relação ao total de óbitos por câncer, foi, para os homens, igual a 2,9% e igual a 0,5% para as mulheres* ¹⁵.

O câncer bucal é uma doença da meia idade, mais de 90% dos casos ocorrendo em pessoas acima de 45 anos de idade^{4, 14, 20, 37, 38}, sendo a idade média 60 anos aproximadamente^{37, 38}. Segundo PETO, citado por DOLL¹², "o aumento progressivo na incidência do câncer com a idade (ou mais provavelmente com a duração da exposição) não implica, necessariamente, que a suscetibilidade da população seja homogênea".

Entre os tipos histológicos de câncer oral, o carcinoma espinocelular é o mais freqüente, atingindo aproximadamente 95% dos casos^{4, 14, 16, 32, 38, 45}.

Para COPELAND⁸, as neoplasias malignas da cabeça e pescoço representam um grupo de difícil tratamento e para o qual não tem havido suficiente progresso na prevenção ou cura da doença. No presente, o controle do câncer reside no diagnóstico precoce e no tratamento pronto e adequado. BAKER³ e SANDLER³³ afirmam que o câncer oral no seu estágio inicial (lesão localizada) se tratado adequadamen-

* SÃO PAULO (estado). Departamento de Estatística. Classificação dos óbitos segundo sexo e grupo etário. Município de São Paulo, 1970 (dados não publicados).

te pode ser curado. SANDLER diz, ainda, ser possível melhorar as porcentagens de sobrevida com o diagnóstico das lesões primárias. Segundo BACKER, quando a lesão aumenta, invadindo tecidos vizinhos, estendendo-se aos gânglios linfáticos do pescoço, a possibilidade de cura torna-se remota. KAHN e colaboradores, citados por VIEGAS⁴², afirmam que o pequeno êxito no tratamento dos casos de câncer da boca é devido ao diagnóstico tardio. PINTO²⁸, dentre os 3.319 casos de câncer da boca, do período 1953-1970, levantados no Hospital Antônio Cândido de Camargo de São Paulo, encontrou 8,4% com lesões iniciais que, segundo a classificação da União Internacional Contra o Câncer (1968), correspondem ao estadiamento $T_1N_0M_0$ e, 91,6% com lesões avançadas, estadiamento maior que $T_1N_0M_0$, evidenciando que a detecção precoce do câncer permanece precária. Segundo BARBOSA⁴, COPELAND⁸ e SILVERMAN³⁷, a proporção de pacientes que atingem uma sobrevida de 5 anos é menor do que 30%.

OBJETIVOS

O presente trabalho, do tipo descritivo, é uma contribuição para o estudo epidemiológico do câncer da boca, com base na população de residentes do município de São Paulo, no período 1969-1971, utilizando os dados do Registro de Câncer de São Paulo.

- TEM COMO OBJETIVO GERAL:

apresentar aspectos da incidência e da mortalidade de câncer da boca, em residentes do município de São Paulo, no período 1969-1971.

- TEM COMO OBJETIVOS ESPECÍFICOS PRIMÁRIOS:

obter valores de incidência e de mortalidade de câncer da boca, em residentes do município de São Paulo, no período 1969-1971, segundo:

- a) sexo e idade;
- b) sexo e localização.

• TEM COMO OBJETIVOS ESPECÍFICOS SECUNDÁRIOS:

- a) verificar a porcentagem de informação sobre a existência ou não de metástase;
- b) verificar a porcentagem de casos e óbitos segundo a nacionalidade do paciente e comparar com dados do Censo de 1970;
- c) verificar o tipo histológico mais freqüente;
- d) comparar a incidência e mortalidade das sublocalizações, apresentando as mais freqüentes;
- e) estimar o limite superior da taxa de sobrevivência de um ano.

MATERIAL E MÉTODOS

Para consecução dos objetivos específicos primários usaram-se as seguintes fórmulas básicas:

- COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA =

$$\frac{\text{nº de casos novos encontrados na população de referência}}{\text{tamanho da população de referência}} \times 100.000$$
- COEFICIENTE DE MORTALIDADE =

$$\frac{\text{nº de óbitos na população de referência}}{\text{tamanho da população de referência}} \times 100.000$$

Tais estatísticas foram calculadas na base "por 100.000 habitantes" e correspondem à média do período de 1969-1971, a não ser quando especificado de outra forma. Quando necessário, foi feita padronização, tendo as populações africana, mundial, européia e mundial truncada como padrão⁴⁴.

As fontes e formas de obtenção dos dados necessários aos cálculos são descritos a seguir.

A população residente no município de São Paulo em 1º de julho de 1970 foi estimada por GOTLIEB¹⁵ através de interpolação das populações totais apresentadas pelos Censos de 1960 e 1970. A estimativa total foi de 5.881.575 habitantes. GOTLIEB calculou a estrutura da população por sexo e idade, partindo da pressuposição de que ela deveria apresentar a mesma composição percentual do Censo de 1970 (TABELA 8).

O Registro de Câncer de São Paulo é uma entidade central oficial reconhecida pelo Ministério da Saúde que coleta informações de todos os novos casos de câncer diagnosticados nos centros colaboradores, sediados no município de São Paulo. As suas atividades foram iniciadas em 01/01/1969 e tem como fonte dos dados: hospitais gerais e especializados, clínicas médicas particulares e governamentais, abrigos para velhos, laboratórios de anatomia patológica, serviço de controle de entorpecentes, serviços de verificação de óbitos e o Departamento de Estatística da Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo. As diversas informações sobre cada caso novo são registradas em uma ficha de notificação, individual, que é arquivada, permitindo acesso para vários tipos de estudos (ANEXO 1).

As fichas selecionadas para o presente trabalho satisfizeram simultaneamente os seguintes critérios:

TABELA 8 - ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO, RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, EM 01/07/1970.

GRUPO ETÁRIO	SEXO		TOTAL
	masculino	feminino	
0 - 4	326.768	317.911	644.679
5 - 9	334.692	328.305	662.997
10 - 14	300.761	304.389	605.150
15 - 19	275.881	308.332	584.213
20 - 24	298.175	307.409	605.584
25 - 29	256.425	258.680	515.105
30 - 34	225.343	228.486	453.829
35 - 39	199.436	203.471	402.907
40 - 44	182.523	185.507	368.030
45 - 49	138.689	143.313	282.002
50 - 54	105.660	115.341	221.001
55 - 59	83.668	93.312	176.980
60 - 64	64.066	73.869	137.935
65 - 69	43.796	52.697	96.493
70 - 74	27.285	34.896	62.181
75 - 79	13.211	18.772	31.983
80 e +	11.483	19.023	30.506
TOTAL ...	2.887.862	2.993.713	5.881.575

FONTE: GOTTLIEB, S.L.D.¹⁵.

a) para caso novo de câncer da boca:

1. sede primária do câncer: boca;
2. residência: município de São Paulo;
3. data da 1a. consulta: 1969 ou 1970 ou 1971.

b) para óbito por câncer da boca:

1. sede primária do câncer: boca;
2. residência: município de São Paulo;
3. data do óbito: 1969 ou 1970 ou 1971.

De cada uma das fichas selecionadas foram utilizadas as seguintes variáveis:

nacionalidade;
 sexo;
 idade;
 localização e sublocalização do tumor;
 tipo histológico;
 informação sobre a existência de metástase;
 data da primeira consulta;
 data do óbito.

As delimitações da boca e sua estrutura anatômica, consideradas para o presente estudo, seguem informações obtidas nos trabalhos de ACKERMAN e REGATO¹, BARBOSA⁵ e PELTON²⁷. Os limites, esquematizados na FIGURA 2, são:

ANTERIOR - vermelhões dos lábios que separam a mucosa labial da pele (a pele foi excluída do estudo);

FIGURA 2 - REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DOS LIMITES DA BOCA

POSTERIOR - 1) istmo da garganta, passagem da boca para o orofaringe, que segundo ABOULKEE e RENE¹, citados por BARBOSA⁵, corresponde a arcada em ogiva formada pelas bordas livres dos pilares anteriores e borda livre da úvula;

2) V lingual que limita a boca do orofaringe. Os dois terços anteriores ao V lingual pertencem à boca e o terço posterior, ou seja, a base da língua, é anatomicamente situada no orofaringe^{1, 5}. Mas como a Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito, 8a. Revisão²⁴, não separa as partes da língua para a codificação, a base da língua foi considerada como parte do estudo quanto a localização do tumor na boca;

SUPERIOR - abóbada palatina: palato duro e mole;

INFERIOR - soalho da boca.

As localizações das neoplasias malignas na boca, foram codificadas segundo os grupos de três dígitos da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito (CID), 8a. Revisão²⁴, sendo: lábio; língua; gengiva; soalho da boca; outras partes da boca e das não especificadas; e osso, maxilares superior e inferior (mandíbula) (ANEXO 2). Não são incluídos o câncer da pele dos lábios, das glândulas salivares e os linfomas. Não foi encontrado nenhum caso ou óbito por câncer no maxilar superior e por esta razão, neste estudo será referida apenas a localização do câncer na mandíbula. Usou-se ainda a codificação com quatro dígitos para sublocalizações.

O tipo histológico foi codificado segundo o Manual de Nomenclatura e Codificação de Tumores (M.N.C.T.), 1968²⁵ (ANEXO 3).

Os dados foram revisados, codificados e transferidos para uma folha mestra (ANEXO 4) e cartões IBM, para apuração eletrônica e manual.

Obteve-se um total de 1.078 casos novos, bem como de 314 óbitos.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

ASPECTOS GERAIS DA INCIDÊNCIA E DA MORTALIDADE

No município de São Paulo, no período 1969-1971, a incidência do câncer da boca foi 10,17 por 100.000 homens e 2,19 por 100.000 mulheres, correspondendo a 881 casos novos do sexo masculino e 197 do sexo feminino.

Para o ano de 1969 foi possível verificar a incidência proporcional do câncer da boca em relação a todas as outras localizações. No sexo masculino foi 7,1% e no sexo feminino foi 1,4%, sendo 4,2% no conjunto.

A FIGURA 3 e as TABELAS 11 e 12 apresentam as regiões do globo com as maiores e as menores incidências conhecidas para os sexos masculino e feminino, segundo os registros de câncer em funcionamento⁴⁴, tendo a população mundial como padrão. Pode-se notar que São Paulo ocupa posição intermediária, em ambos os sexos.

FIGURA 3 - COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA DO CÂNCER DA BOCA, POR 100.000 HABITANTES, PADRONIZADOS PELA POPULAÇÃO MUNDIAL, SEGUNDO SEXO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 E ALGUMAS REGIÕES, ANOS PRÓXIMOS A 1970.

FONTE: WATERHOUSE, J. et al., ed.⁴⁴, exceto São Paulo.

A FIGURA 4 (tabela 1 do anexo 5) mostra o comportamento das curvas de incidência, masculina e feminina, que permitem visualizar um aumento progressivo, bem marcado, a partir da adolescência. Os coeficientes de incidência masculinos específicos para cada grupo etário de 5 anos, foram sempre mais altos que os femininos. As idades médias foram 57 anos para os homens e 60 anos para as mulheres.

A predominância no sexo masculino foi observada não somente no conjunto, mas também em todas as localizações. A incidência foi 4,6 vezes maior no geral, com as seguintes variações segundo as localizações: lábio - 4,3; língua - 5,9; gengiva - 2,6; soalho da boca - 9,9; outras partes da boca e das não especificadas - 3,9; mandíbula - 1,7; outras partes da boca e das não especificadas incluindo gengiva - 3,3 vezes maior.

Tais valores podem ser comparados com o resultado de 100 hospitais de diferentes partes dos Estados Unidos, no período 1955-1964⁴¹; naquele estudo a incidência masculina foi 3,9 vezes maior, com as seguintes variações: lábio - 13,2; língua - 3,0; soalho da boca - 3,6; outras partes da boca e das não especificadas, incluindo gengiva - 2,1 vezes maior.

Para WYNDER⁴⁶, a maior predominância masculina é do câncer do lábio e do soalho da boca, guardando a propor

FIGURA 4 - COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA E MORTALIDADE DE CANCER NA BOCA, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO O SEXO E GRUPO ETÁRIO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969 - 71.

ção de 3:1 ou menos em favor do homem para as localizações da gengiva, mucosa bucal e língua. Na Suécia, segundo o mesmo autor, os cânceres da gengiva, mucosa bucal e língua ocorrem em proporções quase iguais em ambos os sexos.

Analisando os dados, percebemos ser a predominância no sexo masculino comum, apresentando, no entanto, graus de variação de uma região geográfica a outra.

Os coeficientes de mortalidade encontrados no município de São Paulo, no período 1969-1971, foram 3,22 por 100.000 homens e 0,39 por 100.000 mulheres, correspondendo a 279 e 35 óbitos, respectivamente. Dados do Departamento de Estatística do Estado de São Paulo* permitem calcular a mortalidade proporcional, 2,9% e 0,5% de todos os óbitos por câncer.

A FIGURA 4 (tabela 2 do anexo 5) mostra que as curvas de mortalidade são paralelas às de incidência, com a curva do sexo masculino mais próxima à de incidência do que a do sexo feminino em relação à respectiva de incidência, ambas começando um pouco mais tarde. Isto sugere valores de letalidade praticamente constantes através das idades e resultados mais favoráveis no sexo feminino. As i-

* SÃO PAULO (estado). Departamento de Estatística. Classificação dos óbitos segundo sexo e grupo etário. Município de São Paulo, 1969-1971 (dados não publicados).

dades médias foram 58 anos para os homens e 63 anos para as mulheres, valores que comparados aos da incidência reforçam o raciocínio acima.

O coeficiente de mortalidade masculino foi 8,3 vezes maior do que o feminino, predominância esta mantida em todas as localizações: lábio - 9,3; língua - 10,2; gengiva - 2,9; soalho da boca - 20,3; outras partes da boca e das não especificadas - 7,1; mandíbula - 2,0 vezes maior.

INCIDÊNCIA E MORTALIDADE SEGUNDO AS LOCALIZAÇÕES

A distribuição proporcional das localizações entre os 881 casos novos diagnosticados no sexo masculino e 197 no feminino está nas TABELAS 9 e 10.

Entre os 6.741 e 1.731 casos novos masculino e feminino, respectivamente, diagnosticados em 100 hospitais dos Estados Unidos⁴¹, a distribuição proporcional das localizações foi a seguinte: SEXO MASCULINO - lábio 35,6%, língua 28,4%, soalho da boca 17,2% e outras partes da boca e gengiva 18,8%; SEXO FEMININO - lábio 10,5%, língua 36,9%, soalho da boca 18,6% e outras partes da boca e gengiva 34,0%.

TABELA 9 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DE CÂNCER DA BOCA, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 - SEXO MASCULINO.

LOCALIZAÇÃO	INCIDÊNCIA		MORTALIDADE	
	nº	%	nº	%
Lábio	300	34,1	24	8,6
Língua	260	29,5	115	41,2
Gengiva	47	5,3	17	6,1
Soalho da boca	103	11,7	53	19,0
Outras partes da boca e das não especificadas	167	19,0	68	24,4
Mandíbula	4	0,4	2	0,7
TOTAL	881	100,0	279	100,0
Outras partes da boca e das não especificadas e gengiva	214	24,3	85	30,5

TABELA 10 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DE CÂNCER DA BOCA, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 - SEXO FEMININO.

LOCALIZAÇÃO	INCIDÊNCIA		MORTALIDADE	
	nº	%	nº	%
Lábio	73	37,1	3	8,6
Língua	46	23,4	12	34,3
Gengiva	19	9,6	6	17,1
Soalho da boca	11	5,6	3	8,6
Outras partes da boca e das não especificadas	45	22,8	10	28,6
Mandíbula	3	1,5	1	2,8
TOTAL	197	100,0	35	100,0
Outras partes da boca e das não especificadas e gengiva	64	32,4	16	45,7

Para GAYFORD e HASKELL¹⁴ a maioria das neoplasias orais ocorre no lábio (25 a 30%) e na língua (20%), a porcentagem restante está distribuída entre a bochecha, soalho da boca, gengiva e palato.

ACKERMAN e REGATO¹ afirmam que, excluindo o câncer do lábio inferior, o carcinoma da língua constitui o maior grupo simples dos tumores malignos da boca e citam Wookey e colaboradores, que encontraram o câncer lingual na porcentagem de 40,8.

Comparando os dados, notamos que as proporções dos casos masculinos em São Paulo não diferiram muito dos dados citados nos outros estudos, observação esta não extensiva aos casos femininos. As localizações mais frequentes do câncer da boca foram lábio e língua que, em conjunto, totalizaram 63,6% para os homens e 60,5% para as mulheres.

A distribuição proporcional das localizações entre os 279 óbitos masculinos e 35 femininos está nas TABELAS 9 e 10.

A comparação dos valores de incidência e mortalidade permite visualizar que as proporções de mortalidade, em ambos os sexos, foram maiores que as respectivas de incidência, excluindo câncer do lábio, no qual a incidência foi maior, 4,0 a 4,3 vezes mais. Observa-se também que,

enquanto na incidência, os cânceres do lábio e da língua predominaram, na mortalidade os maiores valores foram dos cânceres da língua e de outras partes da boca e das não especificadas.

Segundo dados da American Cancer Society³⁹, nos Estados Unidos, em 1967, a distribuição proporcional dos 2.450 óbitos masculinos e 900 femininos por câncer oral foi: SEXO MASCULINO - lábio 4,1%, língua 49,0%, soalho da boca 16,3% e outras partes da boca e gengiva 30,6%; SEXO FEMININO - lábio 2,8%, língua 47,2%, soalho da boca 11,1% e outras partes da boca e gengiva 38,9%. Resultados que ~~pode-se~~ considerar próximos aos de São Paulo.

Os comportamentos da incidência e da mortalidade para cada localização, segundo os grupos etários, podem ser observados nas FIGURAS 5 a 8 (tabelas 3 a 8 e 10 a 15 do anexo 5). Devido à diluição dos casos e dos óbitos, decidiu-se agrupar as idades em faixas de 20 anos, o que permitiu uma melhor visão da distribuição percentual entre as localizações da boca (FIGURAS 9 a 12). Assim, no sexo masculino, observa-se que a incidência do câncer do lábio predominou praticamente em todos os grupos etários, se bem que nos grupos de 40-59 e 60-79 anos, o câncer da língua tenha apresentado valores muito próximos; na mortalidade os maiores valores ficaram entre os tumores malignos do soalho da boca, língua e outras partes da boca e das não especificadas. No sexo feminino, tanto a incidência como a mor

Fig. 5 – COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DO CÂNCER DA BOCA, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO GRUPO ETÁRIO E LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969–1971. SEXO MASCULINO.

Fig. 6 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE DO CÂNCER DA BOCA, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO GRUPO ETÁRIO E LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969–1971. SEXO MASCULINO.

Fig. 7 – COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DO CÂNCER DA BOCA, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO GRUPO ETÁRIO E LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969–1971. SEXO FEMININO.

Fig. 8 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE DO CÂNCER DA BOCA, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO GRUPO ETÁRIO E LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969–1971. SEXO FEMININO.

FIGURA 9 - INCIDÊNCIA PROPORCIONAL DO CÂNCER DA BOCA NO GRUPO ETÁRIO SEGUNDO LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 - SEXO MASCULINO.

FIGURA 10 - MORTALIDADE PROPORCIONAL DO CÂNCER DA BOCA NO GRUPO ETÁRIO SEGUNDO LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 - SEXO MASCULINO.

FIGURA 11 - INCIDÊNCIA PROPORCIONAL DO CÂNCER DA BOCA NO GRUPO ETÁRIO SEGUNDO LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 - SEXO FEMININO.

OBS.: em cada grupo etário a soma é 100,0 %.

* grupo etário com número de casos menor que 10.

FIGURA 12 - MORTALIDADE PROPORCIONAL DO CÂNCER DA BOCA NO GRUPO ETÁRIO SEGUNDO LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 - SEXO FEMININO.

talidade tiveram seus valores divididos entre as localizações devido ao pequeno número das ocorrências e, somente nos grupos de 40-59 e 60-79 anos, o número de casos novos foi mais representativo, podendo-se observar a predominância maior do câncer do lábio seguido do da língua.

É interessante ressaltar que, tanto na incidência como na mortalidade, o homem foi o mais atingido em qualquer idade. No agrupamento das idades em faixas de 20 anos, verifica-se que esta predominância, segundo a localização do tumor, foi diferente para cada grupo etário. A comparação dos dados permite observar que as maiores proporções apresentadas pela razão homem/mulher na incidência, corresponderam a uma faixa etária que precedia às maiores na mortalidade. Assim, na incidência do câncer da língua, a maior razão foi 16,0 vezes no grupo de 20-39 anos e na mortalidade foi 21,3 no grupo de 40-59 anos (TABELAS 3 a 8 e 10 a 15 do ANEXO 5).

As TABELAS 11 e 12 permitem comparar certos resultados de incidência com aqueles obtidos para determinadas regiões do globo, já apresentadas na FIGURA 3. Assim, é possível visualizar diferenças quanto às localizações bem como quanto às regiões, o que leva a supor a existência de causas inerentes às regiões ou às raças, principalmente costumes e condições ambientais.

TABELA 11 - COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA DO CÂNCER DA BOCA, POR 100.000 HABITANTES, PADRONIZADOS PELA POPULAÇÃO MUNDIAL, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO DO TUMOR E MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 E ALGUMAS REGIÕES - SEXO MASCULINO.

REGIÕES \ LOCALIZAÇÃO DO TUMOR	LÁBIO	LÍNGUA	GENGIVA, SOA LHO E OUTRAS PARTES DA BOCA	TOTAL
Newfoundland (Canadá)	27,1	1,2	1,6	29,9
Bombaim (Índia)	0,3	12,6	6,7	19,6
SÃO PAULO	4,8	4,4	5,5	14,7
Bulawayo (Rodésia)	0,1	0,3	4,1	4,5
Miyagi (Japão)	0,3	0,7	0,4	1,4

FONTE: WATERHOUSE, J. et al., ed.⁴⁴, exceto São Paulo.

TABELA 12 - COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA DO CÂNCER DA BOCA, POR 100.000 HABITANTES, PADRONIZADOS PELA POPULAÇÃO MUNDIAL, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO DO TUMOR E MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 E ALGUMAS REGIÕES - SEXO FEMININO.

REGIÕES \ LOCALIZAÇÃO DO TUMOR	LÁBIO	LÍNGUA	GENGIVA, SOA LHO E OUTRAS PARTES DA BOCA	TOTAL
Newfoundland (Canadá)	0,8	0,4	0,4	1,6
Bombaim (Índia)	0,4	3,1	5,4	8,9
SÃO PAULO	1,0	0,7	1,1	2,8
Bulawayo (Rodésia)	0,0	0,0	0,0	0,0
Miyagi (Japão)	0,0	0,6	0,3	0,9

FONTE: WATERHOUSE, J. et al., ed.⁴⁴, exceto São Paulo.

METÁSTASE

Como era de se esperar, os resultados referentes à mortalidade indicaram porcentagens maiores de metástase. Houve informação sobre metástase em 4,7% dos casos e 7,6% dos óbitos (TABELAS 13 e 14). Para BARBOSA⁵, conforme a localização e as dimensões do neoplasma, as metástases são encontradas numa porcentagem que varia de 20 a 80%, maior, portanto, que o presente resultado. Uma das possíveis razões da discrepância pode ser a possibilidade da adenopatia tumoral passar despercebida no exame clínico, fato citado por BARBOSA e colaboradores⁶, que dizem haver "discordâncias entre achados clínicos e histopatológicos. Em primeiro lugar porque nem sempre os resultados dos dois exames se superpuseram quanto à positividade ou negatividade dos nódulos comprometidos...".

NACIONALIDADE

As TABELAS 15 e 16 mostram a distribuição dos dados de incidência e mortalidade e a população residente no município de São Paulo em 1970¹³, segundo nacionalidade. Comparando os dados, pode-se verificar que as proporções de estrangeiros na incidência e mortalidade são maiores do que em relação à população residente. Isto poderá ser de-

TABELA 13 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS DO CÂNCER DA BOCA, SEGUNDO INFORMAÇÃO SOBRE A EXISTÊNCIA DE METÁSTASE E LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

METÁSTASE \ LOCALIZAÇÃO	LÁBIO		LÍNGUA		GENGIVA		SOALHO DA BOCA		OUTRAS PARTES DA BOCA E DAS NÃO ESPECIFICADAS		MANDÍBULA		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	4	1,1	25	8,2	4	6,1	8	7,0	10	4,7	-	-	51	4,7
Não	369	98,9	281	91,8	62	93,9	106	93,0	202	95,3	7	100,0	1027	95,3
TOTAL	373	100,0	306	100,0	66	100,0	114	100,0	212	100,0	7	100,0	1078	100,0

TABELA 14 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE ÓBITOS DO CÂNCER DA BOCA, SEGUNDO INFORMAÇÃO SOBRE A EXISTÊNCIA DE METÁSTASE E LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

METÁSTASE \ LOCALIZAÇÃO	LÁBIO		LÍNGUA		GENGIVA		SOALHO DA BOCA		OUTRAS PARTES DA BOCA E DAS NÃO ESPECIFICADAS		MANDÍBULA		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	3	11,1	10	7,9	2	8,7	3	5,4	6	7,7	-	-	24	7,6
Não	24	88,9	117	92,1	21	91,3	53	94,6	72	92,3	3	100,0	290	92,4
TOTAL	27	100,0	127	100,0	23	100,0	56	100,0	78	100,0	3	100,0	314	100,0

TABELA 15 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E DE ÓBITOS DE CÂNCER DA BOCA, DA POPULAÇÃO RESIDENTE, SEGUNDO NACIONALIDADE, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 - SEXO MASCULINO.

NACIONALIDADE	CASOS		ÓBITOS		POPULAÇÃO *	
	nº	%	nº	%	nº	%
Brasileiros ..	635	72,1	226	81,3	2.691.247	92,5
Estrangeiros..	149	16,9	52	18,7	218.398**	7,5
Ignorado	97	11,0	-	-	-	-
TOTAL	881	100,0	278	100,0	2.909.645	100,0

FONTE: FUNDAÇÃO IBGE¹³, exceto para os casos e óbitos.

* Censo de 1970.

** "Estrangeiro" na população corresponde a estrangeiros mais brasileiros naturalizados.

TABELA 16 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E DE ÓBITOS DE CÂNCER DA BOCA, DA POPULAÇÃO RESIDENTE, SEGUNDO NACIONALIDADE, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 - SEXO FEMININO.

NACIONALIDADE	CASOS		ÓBITOS		POPULAÇÃO *	
	nº	%	nº	%	nº	%
Brasileiros ..	159	80,7	24	66,7	2.814.824	93,4
Estrangeiros..	16	8,1	11	30,5	200.146**	6,6
Ignorado	22	11,2	1	2,8	-	-
TOTAL	197	100,0	36	100,0	3.014.970	100,0

FONTE: FUNDAÇÃO IBGE¹³, exceto para os casos e óbitos.

* Censo de 1970.

** "Estrangeiro" na população corresponde a estrangeiros mais brasileiros naturalizados.

vido ao comportamento diferencial no diagnóstico, dado a uma maior procura da atenção médica por parte dos estrangeiiros, ou devido a uma maior possibilidade de adquirir a doença em relação aos brasileiros, por razões diversas, tais como alcançar idades mais avançadas ou maior suscetibilidade.

ASPECTOS HISTOPATOLÓGICOS

Dos 1.078 casos, 960 (89,1%) e dos 314 óbitos, 251 (79,9%), tiveram seu tipo histológico identificado. A respectiva distribuição está na TABELA 17. Os carcinomas (tumores do epitélio de revestimento) compuseram 97,8% dos casos e 97,2% dos óbitos; os tumores malignos do epitélio glandular, 1,1% e 1,6%; e os sarcomas (tumores não epiteliais) 1,1 e 1,2%, respectivamente.

Os resultados do levantamento presente são bastante semelhantes aos da literatura. Assim, segundo SPOUGE³⁸, KERR e ASH¹⁶, o carcinoma espinocelular é o tipo histológico mais comum entre os neoplasmas malignos bucais, sendo responsável por 90 a 95% dos casos^{4, 14, 32, 45}. Para WOOD⁴⁵, do ponto de vista do patologista, os mais importantes das neoplasias malignas bucais são os carcinomas espinocelulares, adenocarcinomas das glândulas salivares menores e mucosas, tumores malignos do tecido mesodérmico do

TABELA 17 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DE CÂNCER DA BOCA, SEGUNDO TIPO HISTOLÓGICO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

TIPO HISTOLÓGICO	CASOS		ÓBITOS	
	nº	%	nº	%
Neoplasias malignas	4	0,4	2	0,8
Carcinoma intra epitelial "in situ"..	2	0,2	-	-
Carcinoma	46	4,8	16	6,4
Papiloma com sinais de transformação.	6	0,7	-	-
Carcinoma epidermóide "in situ"	3	0,3	-	-
Carcinoma espinocelular	875	91,2	225	89,6
Melanoma maligno	1	0,1	-	-
Carcinoma de células intermediárias..	1	0,1	-	-
Carcinoma baso-espinocelular	-	-	1	0,4
Adenocarcinoma	5	0,5	3	1,2
Carcinoma adenóide cístico	3	0,3	-	-
Carcinoma glandular sólido	-	-	1	0,4
Carcinoma mucoepidermóide	2	0,2	-	-
Tumor misto maligno, tipo glândula salivar	1	0,1	-	-
Sarcoma	2	0,2	1	0,4
Fibrossarcoma	1	0,1	-	-
Mixossarcoma	1	0,1	-	-
Leiomiossarcoma	1	0,1	-	-
Hemangiossarcoma	-	-	1	0,4
Osteossarcoma	3	0,3	1	0,4
Sarcoma de células gigantes do osso..	2	0,2	-	-
Sarcoma de Ewing	1	0,1	-	-
T O T A L	960	100,0	251	100,0

osso e os tumores mistos. BARBOSA⁵ encontrou o carcinoma espinocelular em 83% dos casos, seguido do adenocarcinoma e tumores mistos de glândulas salivares, tendo sido os sarcomas pouco frequentes na boca.

Pormenores da distribuição do tipo histológico de acordo com a localização e sublocalização do tumor na boca podem ser observados nas TABELAS 16 a 27 do ANEXO 5.

INCIDÊNCIA E MORTALIDADE SEGUNDO AS SUBLOCALIZAÇÕES

A incidência dos tumores bucais em cada uma das sublocalizações quando comparada com a mortalidade coincide, em ambos os sexos, quanto à maior proporção (TABELAS 18 a 25). Além deste fato, há a se considerar ainda, o baixo grau de informação para algumas sublocalizações.

- LÁBIO

Entre os tumores malignos labiais o câncer do lábio inferior foi a sublocalização mais frequente; as mulheres, todavia, apresentaram uma proporção maior na incidência do câncer do lábio superior, ou seja, 2,9 vezes mais para o lábio inferior em contraposição aos 8,4 para os homens. Esse fato foi observado por ACKERMAN e REGATO¹, segundo suas observações, parece haver entre as mulheres uma

maior proporção de carcinoma do lábio superior em relação ao carcinoma do lábio inferior.

- LÍNGUA

A frequência maior coube a parte não especificada da língua e talvez isso se deva a não preocupação por parte dos médicos em identificar a sublocalização ou a dificuldade em separar as partes da língua no diagnóstico. Considerando somente os dados referentes à base e à porção móvel, observamos uma maior ocorrência do câncer da base da língua entre os homens e da porção móvel entre as mulheres.

Para ACKERMAN e REGATO¹, o câncer da base da língua é menos freqüente que da porção móvel. Segundo MARTIN, 33% dos casos ocorrem na base da língua e 47,8%, para MELVIN, ambos citados por BARBOSA⁵. ACKERMAN e REGATO¹ informam que Marcial em Porto Rico, Paymaster e Shroff e Khanolkar na Índia, encontraram proporções reversas, o câncer da base da língua foi mais freqüente que os dois terços anteriores. O uso do tabaco, o alcoolismo e o fator nutricional parecem ter um papel importante na etiologia¹. Segundo ZEGARELLI e colaboradores⁴⁸, na Índia, o câncer dos dois terços anteriores da língua foi mais comum entre os pacientes que não tinham o hábito de usar tabaco.

TABELA 18 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DO CÂNCER DO LÁBIO, SEGUNDO SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 - SEXO MASCULINO.

SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR	CASOS		ÓBITOS	
	nº	%	nº	%
Lábio superior	26	8,7	1	4,2
Lábio inferior	220	73,3	15	62,5
Ambos os lábios	1	0,3	-	-
Não especificado ...	53	17,7	8	33,3
T O T A L	300	100,0	24	100,0

TABELA 19 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DO CÂNCER DO LÁBIO, SEGUNDO SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 - SEXO FEMININO.

SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR	CASOS		ÓBITOS	
	nº	%	nº	%
Lábio superior	16	21,9	1	33,3
Lábio inferior	47	64,4	1	33,3
Ambos os lábios	-	-	-	-
Não especificado ...	10	13,7	1	33,3
T O T A L	73	100,0	3	99,9

TABELA 20 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DO CÂNCER DA LÍNGUA, SEGUNDO SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 - SEXO MASCULINO.

SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR	CASOS		ÓBITOS	
	nº	%	nº	%
Base	51	19,6	28	24,3
Face dorsal	6	2,3	3	2,6
Bordas e ponta	26	10,0	9	7,8
Face ventral	1	0,4	1	0,9
Parte não especificada	176	67,7	74	64,4
T O T A L	260	100,0	115	100,0

TABELA 21 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DO CÂNCER DA LÍNGUA, SEGUNDO SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 - SEXO FEMININO.

SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR	CASOS		ÓBITOS	
	nº	%	nº	%
Base	3	6,5	2	16,7
Face dorsal	1	2,2	1	8,3
Bordas e ponta	4	8,7	1	8,3
Face ventral	-	-	-	-
Parte não especificada	38	82,6	8	66,7
T O T A L	46	100,0	12	100,0

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

SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR	CASOS		ÓBITOS	
	nº	%	nº	%
Gengiva superior	4	8,5	3	17,6
Gengiva inferior	23	48,9	9	53,0
Não especificada	20	42,6	5	29,4
T O T A L	47	100,0	17	100,0

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

SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR	CASOS		ÓBITOS	
	nº	%	nº	%
Gengiva superior	4	21,1	1	16,7
Gengiva inferior	5	26,3	2	33,3
Não especificada	10	52,6	3	50,0
T O T A L	19	100,0	6	100,0

TABELA 24 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DO CÂNCER DE OUTRAS PARTES DA BOCA E DAS NÃO ESPECIFICADAS, SEGUNDO SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 - SEXO MASCULINO.

SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR	CASOS		ÓBITOS	
	nº	%	nº	%
Mucosa bucal	81	48,5	31	45,6
Palato (duro) (mole)	60	35,9	20	29,4
Outras partes especificadas (û-vula)	5	3,0	1	1,5
Parte não especificada	21	12,6	16	23,5
T O T A L	167	100,0	68	100,0

TABELA 25 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS E ÓBITOS DO CÂNCER DE OUTRAS PARTES DA BOCA E DAS NÃO ESPECIFICADAS, SEGUNDO SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971 - SEXO FEMININO.

SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR	CASOS		ÓBITOS	
	nº	%	nº	%
Mucosa bucal	14	31,1	2	20,0
Palato (duro) (mole)	25	55,6	5	50,0
Outras partes especificadas (û-vula)	1	2,2	-	-
Parte não especificada	5	11,1	3	30,0
T O T A L	45	100,0	10	100,0

- GENGIVA

A sublocalização mais freqüente entre os tumores malignos gengivais foi do câncer da gengiva inferior, embora, as mulheres tenham apresentado maior proporção do câncer da gengiva superior, ou seja, 1,2 vezes maior para a gengiva inferior, enquanto que entre os homens esta proporção foi 5,8 vezes maior. Wilkins e Vogler, citados por ACKERMAN e REGATO¹, mencionam a proporção de 4:1 para a gengiva inferior.

- OUTRAS PARTES DA BOCA E DAS NÃO ESPECIFICADAS

O câncer de outras partes da boca e das não especificadas engloba as seguintes sublocalizações: mucosa bucal da área retromolar, bochecha interna, comissura bucal, sulcos bucais (superior e inferior) e vestíbulo da boca; palato; úvula; e partes não especificadas da boca. Tanto na incidência como na mortalidade a maior ocorrência foi do câncer da mucosa bucal entre os homens e do palato entre as mulheres.

- OSSOS MAXILARES

O número de casos e de óbitos dos tumores malignos dos ossos maxilares foi muito pequeno (menos de 10) e atingiu somente a mandíbula. Os sarcomas constituíram o

tipo histológico predominante. Segundo SPOUGE³⁸ e ROBBINS³², os tumores malignos dos ossos maxilares não são comuns, acometendo com maior frequência os maxilares inferiores.

SOBREVIDA

A sobrevida do paciente de câncer depende tanto da dimensão e localização do tumor, como do diagnóstico, se na fase inicial ou avançada. O estudo de sobrevida implica no seguimento do doente e serve como estimativa da letalidade.

A letalidade dos casos novos foi estudada seguindo-se, por um ano, cada um dos pacientes das coortes de 1969 e 1970 e seguindo-se, por dois anos, os da coorte de 1969 (TABELAS 26 e 27). Observa-se que as letalidades de um e dois anos foram, respectivamente, 2,6 e 3,4 vezes maiores no sexo masculino, correspondendo a uma taxa de sobrevivência máxima, no período de um ano, de 76,8% para os homens e 91,2% para as mulheres e, no período de dois anos, 68,2% e 89,0%. Comparando-se os dados de letalidade no primeiro e segundo ano da coorte de 1969 verifica-se que, tanto para os homens como para as mulheres, a letalidade no segundo ano foi menos de 50% daquela do primeiro ano.

TABELA 26 - LETALIDADE EM UM ANO E SOBREVIVÊNCIA MÁXIMA NO FIM DO PERÍODO DE CÂNCER DA BOCA, SEGUNDO SEXO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, COORTES 1969 e 1970.

SEXO MASCULINO

TEMPO, EM ANOS, ENTRE DIAGNÓSTICO E ÓBITO	Nº DE CASOS DIAGNÓSTICOS NO PERÍODO	Nº DE ÓBITOS DURANTE O PERÍODO	LETALIDADE NO PERÍODO	SOBREVIVÊNCIA A PARTIR DO DIAGNÓSTICO ATÉ O FIM DO PERÍODO
0	613 471	142	23,2%	76,8%

SEXO FEMININO

TEMPO, EM ANOS, ENTRE DIAGNÓSTICO E ÓBITO	Nº DE CASOS DIAGNÓSTICOS NO PERÍODO	Nº DE ÓBITOS DURANTE O PERÍODO	LETALIDADE NO PERÍODO	SOBREVIVÊNCIA A PARTIR DO DIAGNÓSTICO ATÉ O FIM DO PERÍODO
0	137 125	12	8,8%	91,2%

TABELA 27 - LETALIDADE EM DOIS ANOS E SOBREVIVÊNCIA MÁXIMA NO FIM DO PERÍODO DE CÂNCER DA BOCA, SEGUNDO SEXO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, COORTE 1969.

SEXO MASCULINO

TEMPO, EM ANOS, ENTRE DIAGNÓSTICO E ÓBITO	Nº DE CASOS DIAGNÓSTICOS NO PERÍODO	Nº DE ÓBITOS DURANTE O PERÍODO	LETALIDADE NO PERÍODO	SOBREVIVÊNCIA A PARTIR DO DIAGNÓSTICO ATÉ O FIM DO PERÍODO
0	334	80	24,0%	76,0%
1	254	26	10,2%	68,2%
	228			

SEXO FEMININO

TEMPO, EM ANOS, ENTRE DIAGNÓSTICO E ÓBITO	Nº DE CASOS DIAGNÓSTICOS NO PERÍODO	Nº DE ÓBITOS DURANTE O PERÍODO	LETALIDADE NO PERÍODO	SOBREVIVÊNCIA A PARTIR DO DIAGNÓSTICO ATÉ O FIM DO PERÍODO
0	73	6	8,2%	91,8%
1	67	2	3,0%	89,0%
	65			

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A análise dos resultados permitiu verificar que no município de São Paulo, no período de 1969-1971, a incidência do câncer da boca foi similar aos resultados de outros autores, que são: predominância maior no sexo masculino e nas idades avançadas.

A observação das curvas de incidência e mortalidade, a diferença entre as idades médias de incidência e mortalidade em ambos os sexos e a comparação das razões homem/mulher, segundo idade e localização do tumor na boca, sugerem valores de letalidade praticamente constantes através das idades e resultados mais favoráveis para o sexo feminino.

Diante das discordâncias dos resultados referentes às metástases, recomenda-se a realização de pesquisas futuras no sentido de um conhecimento maior das metástases passíveis de exames clínicos e histopatológicos.

Quanto à nacionalidade do paciente, observou-se ser a proporção de estrangeiros maior tanto na incidência como na mortalidade em relação à população residente. Como as razões de tal fato não foram consideradas neste estudo, por ser do tipo descritivo, deixamos em aberto as hipó

teses de que a proporção de estrangeiros é maior devido ou a uma maior procura da atenção médica ou a uma possibilidade maior de adquirir a doença por alcançarem idades mais a vançadas ou por uma maior suscetibilidade.

CONCLUSÕES

- 1) Os coeficientes de incidência e mortalidade de câncer da boca dos residentes no município de São Paulo, no período de 1969-1971, mostram que os homens foram os mais atingidos em todos os grupos etários e que houve um aumento contínuo com a idade, em ambos os sexos. Os coeficientes de incidência e mortalidade específicos segundo sexo e idade, por 100.000 habitantes, são seguintes:

IDADE \ SEXO	COEF.		INCIDÊNCIA		MORTALIDADE	
	SEXO		masc.	fem.	masc.	fem.
0 - 4			-	-	-	-
5 - 9			-	0,10	-	-
10 - 14			-	-	-	-
15 - 19			0,60	-	-	-
20 - 24			0,67	0,33	0,11	-
25 - 29			0,91	0,26	-	-
30 - 34			3,55	0,73	1,04	0,15
35 - 39			6,52	0,98	1,84	0,16
40 - 44			13,70	2,16	4,20	0,18
45 - 49			26,44	3,02	8,89	0,70
50 - 54			32,18	6,94	12,93	1,16
55 - 59			51,39	6,43	16,33	1,79
60 - 64			51,51	11,28	14,57	1,80
65 - 69			62,41	15,81	25,88	3,16
70 - 74			103,84	25,79	34,21	3,82
75 - 79			108,50	12,43	42,89	1,78
80 e +			89,99	26,28	31,93	10,51
TOTAL			10,17	2,19	3,22	0,39

- 2) Os maiores coeficientes de incidência observados foram dos cânceres do lábio e da língua, em ambos os sexos. Os maiores coeficientes de mortalidade observados foram dos cânceres da língua e de outras partes da boca e das não especificadas. Os coeficientes de incidência e mortalidade segundo sexo e localização do tumor, por 100.000 habitantes, são os seguintes:

LOCALIZA- ÇÃO DO TUMOR	COEFICIENTES		INCIDÊNCIA		MORTALIDADE	
	SEXO		masc.	fem.	masc.	fem.
Lábio			3,46	0,81	0,28	0,03
Língua			3,00	0,51	1,33	0,13
Gengiva			0,54	0,21	0,20	0,07
Soalho da boca			1,19	0,12	0,61	0,03
Outras partes da boca e das não especi ficadas..			1,93	0,50	0,78	0,11
Mandíbula			0,05	0,03	0,02	0,01

- 3) Houve informações de existência de metástase em 4,7% dos casos e em 7,6% dos óbitos.
- 4) A distribuição de incidência e mortalidade observada segundo nacionalidade foi diferente da distribuição por nacionalidade no Censo.
- 5) O carcinoma espinocelular foi o tipo histológico mais frequente (91,2% dos casos e 89,6% dos óbitos); o segun

do mais freqüente foi o carcinoma, com 4,8% dos casos e 6,4% dos óbitos.

- 6) As sublocalizações mais freqüentes na incidência e mortalidade foram as seguintes:

LÁBIO - no sexo masculino o câncer do lábio inferior foi a sublocalização mais freqüente, 73,3% dos casos e 64,4% dos óbitos; no sexo feminino, o câncer do lábio inferior correspondeu a 62,5% dos casos e, devido ao número pequeno de óbitos, não foi possível verificar qual a sublocalização mais freqüente;

LÍNGUA - a predominância maior do câncer da língua correspondeu à parte não especificada com porcentagens superiores a 60% dos casos e dos óbitos, em ambos os sexos;

GENGIVA - no sexo masculino o câncer da gengiva inferior foi a sublocalização mais freqüente, 48,9% dos casos e 53,0% dos óbitos; no sexo feminino, a não especificada correspondeu a 52,6% dos casos e 50,0% dos óbitos;

OUTRAS PARTES DA BOCA E DAS NÃO ESPECIFICADAS - no sexo masculino o câncer da mucosa bucal foi o mais freqüente (48,5% dos casos e 45,6% dos óbitos) e no sexo feminino o câncer do palato predominou com 55,6 e 50,0% dos casos e óbitos, respectivamente;

OSSOS MAXILARES - (não foi registrado nenhum caso ou óbito no maxilar superior) todos os casos e óbitos registrados foram de câncer na mandíbula.

- 7) A estimativa do limite superior da taxa de sobrevivência no período de um ano foi 76,8% para os homens e 91,2% para as mulheres.

RESUMO

Foi feito um estudo epidemiológico, do tipo descritivo, com objetivo de conhecer a incidência e a mortalidade de câncer de boca em residentes no município de São Paulo, no período 1969-1971. Para tanto, foram utilizadas informações do Registro de Câncer de São Paulo, mediante seleção dos casos e óbitos, segundo critérios pré-estabelecidos, num total de 1.078 e 314, respectivamente.

Os coeficientes de incidência foram 10,17 por 100.000 homens e 2,19 por 100.000 mulheres e os de mortalidade, 3,22 e 0,39, respectivamente.

Foram calculados coeficientes específicos de incidência e mortalidade por grupos etários segundo sexo e localização do tumor. Verificou-se que as idades avançadas foram as mais atingidas. Na incidência, os tumores malignos mais frequentes foram do lábio (3,46 por 100.000 homens e 0,81 por 100.000 mulheres) e da língua (3,00 por 100.000 homens e 0,51 por 100.000 mulheres); na mortalidade, os tumores malignos da língua (1,33 por 100.000 homens e 0,13 por 100.000 mulheres) e de outras partes da boca e das não especificadas (0,78 por 100.000 homens e 0,11 por 100.000 mulheres).

A existência de metástase foi informada em 4,7% dos casos e em 7,6% dos óbitos. A distribuição de incidên

cia e mortalidade observada segundo nacionalidade foi diferente da distribuição por nacionalidade no Censo de 1970. O tipo histológico mais freqüente foi o carcinoma espinocelular com 91,2% dos casos e 89,6% dos óbitos.

As sublocalizações mais freqüentes dentro de cada localização do tumor na boca foram: lábio inferior no sexo masculino (73,3% dos casos e 64,4% dos óbitos) e no sexo feminino (62,5% dos casos); parte não especificada da língua com proporções maiores de 60,0% dos casos e óbitos, em ambos os sexos; gengiva inferior no sexo masculino (48,9% dos casos e 53,0% dos óbitos) e a não especificada no sexo feminino (52,6% dos casos e 50,0% dos óbitos); mucosa bucal no sexo masculino (48,5% dos casos e 45,6% dos óbitos) e o palato no sexo feminino (55,6% dos casos e 50,0% dos óbitos); e somente o câncer da mandíbula em ambos os sexos.

Os limites superiores das taxas de sobrevivência de um ano foram estimados em 76,8% e 91,2% para homens e mulheres, respectivamente.

in 7,6% of the deaths. The distribution of cancer cases and deaths according to the country origin the persons affected was different from the distribution of nationalities revealed by the census of the population of the city of São Paulo for 1970. The most frequent histological type was that of epidermoid carcinoma with 91,2% of the cases and 89,6% of the deaths.

The most common subsites in each tumour located in the mouth were: lower lip in both men (73,3% of the cases and 64,4% of the deaths) and women (62,5% of the cases); unspecified areas of the tongue in both men and women with incidence and death ratio higher than 60,0%; lower gum in men (48,9% of the cases and 53,0% of the deaths) and unspecified areas of the gum in women (52,6% of the cases and 50,0% of the deaths); buccal mucosa in men (48,5% of the cases and 45,6% of the deaths) and the palate in women (55,6% of the cases and 50,0% of the deaths); just the lower jaw bone in both men and women.

The upper limits for a survival period of one year were estimated at 76,8% and 91,2% respectively for men and women.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACKERMAN, L.V. & REGATO, J.A. - *Cancer: diagnosis, treatment, and prognosis*. 4th ed. St. Louis, Mosby, 1970.
2. ATKINSON, L. et al, apud ROWE, N.H. - Epidemiological concepts relative to cancer of the oral cavity. *Missouri Medicine*, p. 660-68, 679, Aug. 1968 [separata].
3. BAKER, H.W. - apud PINTO, D.S.²⁸.
4. BARBOSA, J. & FONSECA, E.P. - *Câncer bucal: diagnóstico, tratamento, reabilitação*. [Brasília] Divisão Nacional de Câncer do Ministério da Saúde, s.d.
5. BARBOSA, J.F. - *Câncer da boca*. 2a. ed., São Paulo, Sarvier, 1968.
6. BARBOSA, J.F. et al. - apud PINTO, D.S.²⁸.
7. BRESLOW, L. - apud SCHMID, A.W.³⁵.
8. COPELAND, M.M. - Summary of the conference. In: INTER-PROFESSIONAL SYMPOSIUM ON ORAL CANCER, 1966. Washington, D.C., Public Health Service. Cancer Control Program, p. 103-104. (PHS Publ. 1806).

9. CUTLER, S.J. & YOUNG, J.L. - Demographic patterns of cancer incidence in the United States. In: FRAUMENI Jr., J.F. - *Persons at high risk of cancer: an approach to cancer etiology and control*. New York, Academic Press, 1975. p. 307-343.
10. DEMOGRAPHIC YEARBOOK. (United Nations) - New York, 1974.
11. DENOIX, P. - *Cancer 20*. Barcelona, Editorial Espaxs, 1973.
12. DOLL, R. - Epidemiology of cancer: current perspectives. *Am. J. Epidemiol.*, 104(4): 396-404, 1976.
13. FUNDAÇÃO IBGE - *Censo demográfico: São Paulo*. Rio de Janeiro, 1970. v. 1, pt. 2 (8º Recenseamento Geral, 1970).
14. GAYFORD, J.J. & HASKELL, R. - *Clinical oral medicine*. London, Staples Press, 1971.
15. GOTLIEB, S.L.D. - *Mortalidade diferencial por causas*. São Paulo, 1970: *tábuas de vida de múltiplo decremento*. São Paulo, 1977 [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública, USP].
16. KERR, D.A. & ASH, M.M. - *An introduction to general and oral pathology for hygienists*. 3th ed., Philadelphia, Lea & Febiger, 1971.
17. KHANOLKAR, V.R. - apud WYNDER, E.L. et al.⁴⁰.
18. LAURENTI, R. - *Epidemiologia das neoplasias malignas: estudos de mortalidade*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP, s.d. [mimeografado].

19. LEVIN, L.D. et al. - *Cancer rates risks*. Washington, D.C., Public Health Service. National Institute of Health, 1974. (DHEW Publ., (NIH) 75-691).
20. LUCAS, R.B. - *Pathology of tumours of the oral tissues*. London, J. & A. Churchill, 1964.
21. MIRRA, A.P. et al. - Estudo epidemiológico de câncer de mama numa área de alta paridade. São Paulo, Brasil, *Rev. Ass. méd. bras.*, 18(9): 357-64, 1972.
22. MOORE, C. - Education and oral cancer. In: INTERPROFESSIONAL SYMPOSIUM ORAL CANCER, 1966. Washington, D.C., Public Health Service, Cancer Control Program, p. 83-92. (PHS Publ., 1806).
23. MUIR, C.S. & KIRK, R. - Betel, tobacco and cancer of the mouth. *Brit. J. Cancer*, 14: 597-608, 1960.
24. 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).
25. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - *Manual de nomenclatura e codificação de tumores: 1968*. Washington, D.C., 1972. (Publ. cient., 241).
26. ORR, I.M. apud LILIENTFELD, A.M. et al. - *Cancer epidemiology: methods of study*. Baltimore, Md, The Johns Hopkins Press, 1967.
27. PELTON, W.J. et al. - *The epidemiology of oral health*. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1969.
28. PINTO, D.S. - *Câncer bucal - Aspectos da localização topográfica, de estadiamento e de evolução frente às*

condutas terapêuticas. Análise de 3319 casos com "follow-up" mínimo de 5 anos. Rio Grande do Sul, 1976 [Tese de Docência Livre - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul].

29. REGISTRO DE CÂNCER DA PARAÍBA - *Incidência de câncer no município de João Pessoa, no ano de 1975. João Pessoa, 1975.*
30. REGISTRO DE CÂNCER DE SÃO PAULO - *Inquérito Piloto 1963-1965. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP, 1971.*
31. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. *Estatísticas de saúde: mortalidade 1970-75. Porto Alegre, 1977 v. 1.*
32. ROBBINS, S.L. - *Patologia. 2a. ed., Rio de Janeiro, Ed. Guanabara-Koogan, 1969.*
33. SANDLER, H.G. - apud PINTO, D.S.²⁸.
34. SARNAT, B.G. & SCHOUR, I. - *Câncer da face e da boca. Rio de Janeiro, Ed. Científica, 1956.*
35. SCHMID, A.W. - Estudos sobre a mortalidade por várias causas no município de São Paulo. V. Neoplasmas malignos. *Arq. Fac. Hig. S. Paulo, 13:371-88, 1959.*
36. SEGI, M. & KURIHARA, M. - *Cancer mortality for selected sites in 24 countries; n° 6 (1966-1967). Nagoya, Japan Cancer Society, 1972.*
37. SILVERMAN Jr., S. & GALANTE, M. - *Oral cancer. São Francisco, San Francisco Medical Center, 1966.*
38. SPOUGE, J.D. - *Oral pathology. St. Louis, Mosby, 1973.*

39. STATISTICS on cancer. *CA - A cancer journal for clinicians*, 17: 34-43, 1967 [separata].
40. STEIN, J.J. et al. - Management of bone in the patient before, during, and after treatment for oral cancer. In: ORAL care for oral cancer patients; report of a Conference. Washington, D.C., Public Health Service. p. 19-27 (PHS Publ. 1958).
41. UNITED STATES. National Cancer Institute. End results in cancer; report nº 4. Bethesda, Md, 1972. (DHEW Publ. (NIH) 73-272).
42. VIEGAS, A.R. - *Aspectos preventivos: doenças periodontais, 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).
43. WAHI, P.N. et al. - apud ROWE, N.H. - Epidemiological concepts relative to cancer of the oral cavity. *Missouri Medicine*, p. 660-668, 679, Aug., 1968. [Separata].
44. WATERHOUSE, J. et al., ed. - *Cancer incidence in five continents*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1976. v. 3 (IARC Scient. publ., 15).
45. WOOD, D.A. - Role of the medical pathologist in oral cancer. In: INTERPROFESSIONAL SYMPOSIUM ON ORAL CANCER, 1966. Washington, D.C., Public Health Service. Cancer Control Program, p. 27-30 (PHS Publ. 1806).
46. WYNDER, E.D. et al. - A study of etiological factors in cancer of the mouth. *Cancer*, 10: 1300-23, 1957.

47. ZALDIVAR, R. - Geographic pathology of oral, esophageal, gastric, and intestinal cancer in Chile. *Z. Krebsforsch*, 75: 1-13, 1970.
48. ZEGARELLI, E.V. et al. - Maintaining the oral and general health of the oral cancer patient (part one). In: ORAL care for oral cancer patients; report of a Conference. Washington, D.C., Public Health Service, p. 41-56 (PHS Publ. 1958).

ANEXOS

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 CÂNCER

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)

INF.	M.º DO S. J.					ÓBITO		LOCAL DE ÓBITO	NOMENCLATURA					LOCALIDADE			HOSPITAL			PROCEDÊNCIA			
						MÊS	ANO																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

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

141.2 Das bordas e da ponta da língua

Papilas (linguais): foliadas
fungiformes
lenticulares

141.3 Da face ventral da língua

Frênulo 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)
gingiva (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

Sulcos bucais (superior) (inferior)

Vestíbulo da boca

145.1 Do palato (duro) (mole)

Abōbada palatina (ou céu da boca)

145.8 De outras partes especificadas

σνυλα

145.9 De parte não especificada

Cavidade bucal SAI

170 TUMOR MALIGNO DOS OSSOS

INCLUI: cartilagem (da): articulação
articular
periósteo

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

Mandibula (inferior).

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

Embolo 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

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

Cancróide

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)

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

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 glândula 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

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.

[illegible]

TABELA 1 - NÚMERO DE CASOS E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DO CÂNCER DA BOCA, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO; COEFICIENTE PADRONIZADO PELAS POPULAÇÕES AFRICANA, MUNDIAL, EUROPEIA E MUNDIAL TRUNCADA. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
IDADE		nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
0 - 4		-	-	-	-	-	-
5 - 9		-	-	1	0,10	1	0,05
10 - 14		-	-	-	-	-	-
15 - 19		5	0,60	-	-	5	0,29
20 - 24		6	0,67	3	0,33	9	0,50
25 - 29		7	0,91	2	0,26	9	0,58
30 - 34		24	3,55	5	0,73	29	2,13
35 - 39		39	6,52	6	0,98	45	3,72
40 - 44		75	13,70	12	2,16	87	7,88
45 - 49		110	26,44	13	3,02	123	14,54
50 - 54		102	32,18	24	6,94	126	19,00
55 - 59		129	51,39	18	6,43	147	27,69
60 - 64		99	51,51	25	11,28	124	29,97
65 - 69		82	62,41	25	15,81	107	36,96
70 - 74		85	103,84	27	25,79	112	60,04
75 - 79		43	108,50	7	12,43	50	52,11
80 e +		31	89,99	15	26,28	46	50,26
Ignorada		44	-	14	-	58	-
TOTAL ..		881	10,17	197	2,19	1.078	6,11
POPULAÇÃO PADRÃO	africana		8,92		1,68		5,06
	mundial		14,77		2,92		8,39
	européia		21,00		4,16		11,85
	truncada		27,52		4,61		15,55

TABELA 2 - NÚMERO DE ÓBITOS E COEFICIENTE DE MORTALIDADE DO
CÂNCER DA BOCA, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO
SEXO E GRUPO ETÁRIO. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO,
1969-1971.

SEXO IDADE	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
0 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-
20 - 24	1	0,11	-	-	1	0,06
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 34	7	1,04	1	0,15	8	0,59
35 - 39	11	1,84	1	0,16	12	0,99
40 - 44	23	4,20	1	0,18	24	2,17
45 - 49	37	8,89	3	0,70	40	4,73
50 - 54	41	12,93	4	1,16	45	6,79
55 - 59	41	16,33	5	1,79	46	8,66
60 - 64	28	14,57	4	1,80	32	7,73
65 - 69	34	25,88	5	3,16	39	13,47
70 - 74	28	34,21	4	3,82	32	17,15
75 - 79	17	42,89	1	1,78	18	18,76
80 e +	11	31,93	6	10,51	17	18,58
TOTAL	279	3,22	35	0,39	314	1,78

TABELA 3 - NÚMERO DE CASOS E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DO CÂNCER DO LÁBIO, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO; COEFICIENTE PADRONIZADO PELAS POPULAÇÕES AFRICANA, MUNDIAL, EUROPÉIA E MUNDIAL TRUNCADA. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO		MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
IDADE		nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
0 - 4		-	-	-	-	-	-
5 - 9		-	-	-	-	-	-
10 - 14		-	-	-	-	-	-
15 - 19		2	0,24	-	-	2	0,11
20 - 24		4	0,45	1	0,11	5	0,28
25 - 29		5	0,65	1	0,13	6	0,39
30 - 34		14	2,07	3	0,44	17	1,25
35 - 39		16	2,67	2	0,33	18	1,49
40 - 44		26	4,75	5	0,90	31	2,81
45 - 49		31	7,45	8	1,86	39	4,61
50 - 54		25	7,89	6	1,73	31	4,68
55 - 59		39	15,54	5	1,79	44	8,29
60 - 64		34	17,69	6	2,71	40	9,67
65 - 69		19	14,46	9	5,69	28	9,67
70 - 74		31	37,87	12	11,46	43	23,05
75 - 79		13	32,80	3	5,33	16	16,68
80 e +		15	43,54	5	8,76	20	21,85
Ignorada		26	-	7	-	33	-
TOTAL ...		300	3,46	73	0,81	373	2,11
POPULAÇÃO PADRÃO	africana		3,03		0,62		1,75
	mundial		4,78		1,04		2,76
	européia		6,82		1,48		3,90
	truncada		8,45		1,45		4,81

TABELA 4 - NÚMERO DE CASOS E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DO CÂNCER DA LÍNGUA, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO; COEFICIENTE PADRONIZADO PELAS POPULAÇÕES AFRICANA, MUNDIAL, EUROPEIA E MUNDIAL TRUNCADA. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO IDADE		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
	0 - 4	-	-	-	-	-	-
	5 - 9	-	-	-	-	-	-
	10 - 14	-	-	-	-	-	-
	15 - 19	1	0,12	-	-	1	0,06
	20 - 24	-	-	-	-	-	-
	25 - 29	-	-	-	-	-	-
	30 - 34	4	0,59	-	-	4	0,29
	35 - 39	10	1,67	1	0,16	11	0,91
	40 - 44	28	5,11	2	0,36	30	2,72
	45 - 49	42	10,09	1	0,23	43	5,08
	50 - 54	29	9,15	8	2,31	37	5,58
	55 - 59	37	14,74	7	2,50	44	8,29
	60 - 64	27	14,05	7	3,16	34	8,22
	65 - 69	32	24,36	7	4,43	39	13,47
	70 - 74	25	30,54	6	5,73	31	16,62
	75 - 79	12	30,28	1	1,78	13	13,55
	80 e +	5	14,51	4	7,01	9	9,83
	Ignorada	8	-	2	-	10	-
TOTAL ..		260	3,00	46	0,51	306	1,73
POPULAÇÃO PADRÃO	africana		2,61		0,38		1,44
	mundial		4,39		0,73		2,45
	européia		6,20		1,08		3,43
	truncada		8,32		1,26		4,68

TABELA 5 - NÚMERO DE CASOS E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DO CÂNCER DA GENGIVA, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO IDADE	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
0 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-
25 - 29	1	0,13	-	-	1	0,06
30 - 34	1	0,15	1	0,15	2	0,15
35 - 39	2	0,33	1	0,16	3	0,25
40 - 44	3	0,55	1	0,18	4	0,36
45 - 49	1	0,24	2	0,47	3	0,35
50 - 54	8	2,52	2	0,58	10	1,51
55 - 59	9	3,59	2	0,71	11	2,07
60 - 64	4	2,08	4	1,80	8	1,93
65 - 69	8	6,09	3	1,90	11	3,80
70 - 74	5	6,11	1	0,96	6	3,22
75 - 79	3	7,57	-	-	3	3,13
80 e +	-	-	-	-	-	-
Ignorada	2	-	2	-	4	-
TOTAL ..	47	0,54	19	0,21	66	0,37

TABELA 6 - NÚMERO DE CASOS E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DO CÂNCER DO SOALHO DA BOCA, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO IDADE	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
0 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-
20 - 24	1	0,11	-	-	1	0,06
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 34	2	0,30	-	-	2	0,15
35 - 39	5	0,84	-	-	5	0,41
40 - 44	5	0,91	-	-	5	0,45
45 - 49	14	3,36	-	-	14	1,65
50 - 54	20	6,31	3	0,87	23	3,47
55 - 59	15	5,98	1	0,36	16	3,01
60 - 64	12	6,24	2	0,90	14	3,38
65 - 69	6	4,57	2	1,27	8	2,76
70 - 74	9	11,00	2	1,91	11	5,90
75 - 79	5	12,62	1	1,78	6	6,25
80 e +	4	11,61	-	-	4	4,37
Ignorada	5	-	-	-	5	-
TOTAL ...	103	1,19	11	0,12	114	0,65

TABELA 7 - NÚMERO DE CASOS E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DO CÂNCER DE OUTRAS PARTES DA BOCA E DAS NÃO ESPECIFICADAS, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO IDADE	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
0 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	1	0,12	-	-	1	0,06
20 - 24	-	-	2	0,22	2	0,11
25 - 29	1	0,13	1	0,13	2	0,13
30 - 34	3	0,44	1	0,15	4	0,29
35 - 39	6	1,00	2	0,33	8	0,66
40 - 44	13	2,37	4	0,72	17	1,54
45 - 49	22	5,29	2	0,47	24	2,84
50 - 54	20	6,31	5	1,44	25	3,77
55 - 59	28	11,16	3	1,07	31	5,84
60 - 64	22	11,45	5	2,26	27	6,52
65 - 69	17	12,94	4	2,53	21	7,25
70 - 74	15	18,33	6	5,73	21	11,26
75 - 79	9	22,71	2	3,55	11	11,46
80 e +	7	20,32	6	10,51	13	14,20
Ignorada	3	-	2	-	5	-
TOTAL ...	167	1,93	45	0,50	212	1,20

TABELA 8 - NÚMERO DE CASOS E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DO CÂNCER DA MANDÍBULA, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO IDADE	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
0 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	1	0,10	1	0,05
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	1	0,12	-	-	1	0,06
20 - 24	1	0,11	-	-	1	0,06
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 34	-	-	-	-	-	-
35 - 39	-	-	-	-	-	-
40 - 44	-	-	-	-	-	-
45 - 49	-	-	-	-	-	-
50 - 54	-	-	-	-	-	-
55 - 59	1	0,40	-	-	1	0,19
60 - 64	-	-	1	0,45	1	0,24
65 - 69	-	-	-	-	-	-
70 - 74	-	-	-	-	-	-
75 - 79	1	2,52	-	-	1	1,04
80 e +	-	-	-	-	-	-
Ignorada	-	-	1	-	1	-
TOTAL ...	4	0,05	3	0,03	7	0,04

TABELA 9 - NÚMERO DE CASOS E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DO CÂNCER DA GENGIVA, DO SOALHO DA BOCA E DE OUTRAS PARTES DA BOCA E DAS NÃO ESPECIFICADAS, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO; COEFICIENTE PADRONIZADO PELAS POPULAÇÕES AFRICANA, MUNDIAL, EUROPEIA E MUNDIAL TRUNCADA. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
IDADE		nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
0 - 4		-	-	-	-	-	-
5 - 9		-	-	-	-	-	-
10 - 14		-	-	-	-	-	-
15 - 19		1	0,12	-	-	1	0,06
20 - 24		1	0,11	2	0,22	3	0,17
25 - 29		2	0,26	1	0,13	3	0,19
30 - 34		6	0,89	2	0,29	8	0,59
35 - 39		13	2,17	3	0,49	16	1,32
40 - 44		21	3,84	5	0,90	26	2,35
45 - 49		37	8,89	4	0,93	41	4,85
50 - 54		48	15,14	10	2,89	58	8,75
55 - 59		52	20,72	6	2,14	58	10,92
60 - 64		38	19,77	11	4,96	49	11,84
65 - 69		31	23,59	9	5,69	40	13,82
70 - 74		29	35,43	9	8,60	38	20,37
75 - 79		17	42,89	3	5,33	20	20,84
80 e +		11	31,93	6	10,51	17	18,58
Ignorada		10	-	4	-	14	-
TOTAL ...		317	3,66	75	0,84	392	2,22
POPULAÇÃO PADRÃO	africana		3,21		0,68		1,86
	mundial		5,50		1,12		3,15
	européia		7,87		1,61		4,44
	truncada		10,55		1,84		6,00

TABELA 10 - NÚMERO DE ÓBITOS E COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO LÁBIO, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO IDADE	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
0 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 34	1	0,15	-	-	1	0,07
35 - 39	-	-	-	-	-	-
40 - 44	1	0,18	-	-	1	0,09
45 - 49	-	-	-	-	-	-
50 - 54	4	1,26	-	-	4	0,60
55 - 59	3	1,20	1	0,36	4	0,75
60 - 64	5	2,60	-	-	5	1,21
65 - 69	3	2,28	1	0,63	4	1,38
70 - 74	1	1,22	-	-	1	0,54
75 - 79	3	7,57	-	-	3	3,13
80 e +	3	8,71	1	1,75	4	4,37
TOTAL ...	24	0,28	3	0,03	27	0,15

TABELA 11 - NÚMERO DE ÓBITOS E COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CÂNCER DA LÍNGUA, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO IDADE	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
0 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 34	2	0,30	-	-	2	0,15
35 - 39	3	0,50	1	0,16	4	0,33
40 - 44	14	2,56	-	-	14	1,27
45 - 49	20	4,81	-	-	20	2,36
50 - 54	12	3,79	2	0,58	14	2,11
55 - 59	16	6,37	1	0,36	17	3,20
60 - 64	10	5,20	1	0,45	11	2,65
65 - 69	17	12,94	2	1,27	19	6,56
70 - 74	12	14,66	3	2,87	15	8,00
75 - 79	8	20,19	1	1,78	9	9,38
80 e +	1	2,90	1	1,75	2	2,19
TOTAL	115	1,33	12	0,13	127	0,72

TABELA 12 - NÚMERO DE ÓBITOS E COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CÂNCER DA GENGIVA, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO IDADE	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
0 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 34	2	0,30	1	0,15	3	0,22
35 - 39	-	-	-	-	-	-
40 - 44	-	-	-	-	-	-
45 - 49	2	0,48	2	0,47	4	0,47
50 - 54	4	1,26	-	-	4	0,60
55 - 59	3	1,20	1	0,36	4	0,75
60 - 64	-	-	1	0,45	1	0,24
65 - 69	4	3,04	1	0,63	5	1,73
70 - 74	1	1,22	-	-	1	0,54
75 - 79	1	2,52	-	-	1	1,04
80 e +	-	-	-	-	-	-
TOTAL	17	0,20	6	0,07	23	0,13

TABELA 13 - NÚMERO DE ÓBITOS E COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO SOALHO DA BOCA, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO IDADE	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
0 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-
20 - 24	1	0,11	-	-	1	0,06
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 34	1	0,15	-	-	1	0,07
35 - 39	4	0,67	-	-	4	0,33
40 - 44	4	0,73	-	-	4	0,36
45 - 49	5	1,20	-	-	5	0,59
50 - 54	12	3,79	2	0,58	14	2,11
55 - 59	7	2,79	-	-	7	1,32
60 - 64	6	3,12	1	0,45	7	1,69
65 - 69	3	2,28	-	-	3	1,04
70 - 74	6	7,33	-	-	6	3,22
75 - 79	2	5,05	-	-	2	2,08
80 e +	2	5,81	-	-	2	2,19
TOTAL	53	0,61	3	0,03	56	0,32

TABELA 14 - NÚMERO DE ÓBITOS E COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE OUTRAS PARTES DA BOCA E DAS NÃO ESPECIFICADAS, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO IDADE	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
0 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 34	1	0,15	-	-	1	0,07
35 - 39	4	0,67	-	-	4	0,33
40 - 44	4	0,73	-	-	4	0,36
45 - 49	10	2,40	1	0,23	11	1,30
50 - 54	8	2,52	-	-	8	1,21
55 - 59	12	4,78	2	0,71	14	2,64
60 - 64	7	3,64	1	0,45	8	1,93
65 - 69	7	5,33	1	0,63	8	2,76
70 - 74	8	9,77	1	0,96	9	4,82
75 - 79	2	5,05	-	-	2	2,08
80 e +	5	14,51	4	7,01	9	9,83
TOTAL	68	0,78	10	0,11	78	0,44

TABELA 15 - NÚMERO DE ÓBITOS E COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CÂNCER DA MANDÍBULA, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO IDADE	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
0 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 34	-	-	-	-	-	-
35 - 39	-	-	-	-	-	-
40 - 44	-	-	1	0,18	1	0,09
45 - 49	-	-	-	-	-	-
50 - 54	1	0,32	-	-	1	0,15
55 - 59	-	-	-	-	-	-
60 - 64	-	-	-	-	-	-
65 - 69	-	-	-	-	-	-
70 - 74	-	-	-	-	-	-
75 - 79	1	2,52	-	-	1	1,04
80 e +	-	-	-	-	-	-
TOTAL	2	0,02	1	0,01	3	0,02

TABELA 16 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS DE CÂNCER DO LÁBIO, SEGUNDO SEXO, SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR E TIPO HISTOLÓGICO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO MASCULINO

SUBLOCALIZAÇÃO \ TIPO HISTOLÓGICO	NEOPLASIA MALIGNA		CARCINOMA		CARCINOMA PAPILIFERO		CARCINOMA ESCAMOSO "in situ"		CARCINOMA ESPINOCELULAR		TUMOR MISTO MALIGNO		IGNORADO		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Superior	-	-	1	11,5	-	-	-	-	18	69,2	1	3,9	4	15,4	26	100,0
Inferior	1	0,5	13	5,9	3	1,4	1	0,5	186	84,4	-	-	16	7,3	220	100,0
Ambos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
Ignorada	-	-	1	1,9	3	5,7	1	1,9	42	79,2	-	-	6	11,3	53	100,0
TOTAL	1	0,3	17	5,7	6	2,0	2	0,7	247	82,3	1	0,3	26	8,7	300	100,0

SEXO FEMININO

SUBLOCALIZAÇÃO \ TIPO HISTOLÓGICO	CARCINOMA		CARCINOMA ESPINOCELULAR		IGNORADO		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Superior	3	18,7	10	62,6	3	18,7	16	100,0
Inferior	2	4,3	41	87,2	4	8,5	47	100,0
Ambos	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorada	1	10,0	7	70,0	2	20,0	10	100,0
TOTAL	6	8,2	58	79,5	9	12,3	73	100,0

TABELA 17 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE ÓBITOS DE CÂNCER DO LÁBIO, SEGUNDO SEXO, SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR E TIPO HISTOLÓGICO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

Sub-localização	Sexo	Tipo histológico	MASCULINO						FEMININO					
			CARCINOMA		CARCINOMA		IGNORADO		TOTAL		CARCINOMA		CARCINOMA	
			ESPINOCÉLULAR		MISTO BA- SO-ESCANO CELULAR								ESPINOCÉLULAR	
			nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Superior			1	100,0	-	-	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
Inferior			14	93,3	-	-	1	6,7	15	100,0	1	100,0	-	-
AmboS			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não especifica- do			5	62,5	1	12,5	2	25,0	8	100,0	-	-	1	100,0
TOTAL			20	83,3	1	4,2	3	12,5	24	100,0	1	33,0	2	66,7

TABELA 18 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS DE CÂNCER DA LÍNGUA, SEGUNDO SEXO, SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR E TIPO HISTOLÓGICO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO MASCULINO

SUB- LOCALIZAÇÃO \ TIPO HISTOLÓ- GICO	NEOPLASIA MALIGNA		CARCINOMA "in situ"		CARCINOMA		CARCINOMA ESPINOCE- LULAR		CARCINOMA MUCOEPI- DERMOIDE		IGNORADO		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Base	1	2,0	-	-	1	2,0	44	86,2	-	-	5	9,8	51	100,0
Face dorsal	-	-	-	-	1	16,7	5	83,3	-	-	-	-	6	100,0
Bordas e ponta ..	-	-	-	-	1	3,8	24	92,4	-	-	1	3,8	26	100,0
Face ventral	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
Não especificada.	1	0,6	3	1,7	11	6,2	137	77,8	1	0,6	23	13,1	176	100,0
TOTAL	2	0,8	3	1,1	14	5,4	211	81,2	1	0,4	29	11,1	260	100,0

SEXO FEMININO

SUB- LOCALIZAÇÃO \ TIPO HISTOLÓ- GICO	CARCINOMA ESCAMOSO "in situ"		CARCINOMA ESPINOCE- LULAR		CARCINOMA DAS CELU- LAS TRAN- SICIONAIS		IGNORADO		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Base	-	-	3	100,0	-	-	-	-	3	100,0
Face dorsal	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
Bordas e ponta ..	-	-	4	100,0	-	-	-	-	4	100,0
Face ventral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não especificada.	1	2,6	30	79,0	1	2,6	6	15,8	38	100,0
TOTAL	1	2,2	38	82,6	1	2,2	6	13,0	46	100,0

TABELA 19 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE ÓBITOS DE CÂNCER DA LÍNGUA, SEGUNDO SEXO, SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR E TIPO HISTOLÓGICO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO MASCULINO

SUB- LOCALIZAÇÃO \ TIPO HISTOLÓ- GICO	NEOPLASIA MALIGNA		CARCINOMA		CARCINOMA ESPINOCE- LULAR		ADENOCAR- CINOMA		IGNORADO		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Base	1	3,6	-	-	22	78,6	-	-	5	17,8	28	100,0
Face dorsal	-	-	-	-	3	100,0	-	-	-	-	3	100,0
Bordas e ponta	-	-	-	-	9	100,0	-	-	-	-	9	100,0
Face ventral	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
Não especificada	-	-	7	9,5	49	66,2	1	1,3	17	23,0	74	100,0
TOTAL	1	0,9	7	6,1	84	73,0	1	0,9	22	19,1	115	100,0

SEXO FEMININO

SUB- LOCALIZAÇÃO \ TIPO HISTOLÓ- GICO	CARCINOMA		CARCINOMA ESPINOCE- LULAR		ADENOCAR- CINOMA		CARCINOMA SÓLIDO		IGNORADO		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Base	-	-	1	50,0	-	-	1	50,0	-	-	2	100,0
Face dorsal	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Bordas e ponta	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Face ventral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não especificada ...	1	12,5	4	50,0	1	12,5	-	-	2	25,0	8	100,0
TOTAL	1	8,3	7	58,4	1	8,3	1	8,3	2	16,7	12	100,0

TABELA 20 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS DE CÂNCER DA GENGIVA, SEGUNDO SEXO, SUBLOCALIZAÇÃO E TIPO HISTOLÓGICO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO MASCULINO															
SUB- LOCALIZAÇÃO		TIPO HISTOLÓ- GICO		CARCINOMA		CARCINOMA ESPIVOCE- LULAR		ADENOCAR- CINOMA		SARCOMA		IGNORADO		TOTAL	
				nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Superior		-	-	3	75,0	-	-	1	25,0	-	-	4	100,0		
Inferior		2	8,7	16	69,6	-	-	-	-	5	21,7	23	100,0		
Não especificada		1	5,0	16	80,0	1	5,0	-	-	2	10,0	20	100,0		
TOTAL		3	6,4	35	74,5	1	2,1	1	2,1	7	14,9	47	100,0		

SEXO FEMININO													
SUB- LOCALIZAÇÃO		TIPO HISTOLÓ- GICO		CARCINOMA		CARCINOMA ESPIVOCE- LULAR		FIBROSSAR- COMA		IGNORADO		TOTAL	
				nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Superior		-	-	3	75,0	-	-	1	25,0	4	100,0		
Inferior		-	-	4	80,0	-	-	1	20,0	5	100,0		
Não especificada		1	10,0	6	60,0	1	10,0	2	20,0	10	100,0		
TOTAL		1	5,3	13	68,4	1	5,3	4	21,0	19	100,0		

TABELA 21 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE ÓBITOS DE CÂNCER DA GENGIVA, SEGUNDO SEXO, SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR E TIPO HISTOLÓGICO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SUB- LOCALIZAÇÃO	Sexo Tipo Histológico	MASCULINO								FEMININO							
		CARCINOMA		CARCINOMA ESPINOCE- LULAR		SARCOMA		IGNORADO		TOTAL		CARCINOMA ESPINOCE- LULAR		IGNORADO		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Superior	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-	3	100,0	1	100,0	-	-	1	100,0	
Inferior	2	22,2	5	55,6	-	-	2	22,2	9	100,0	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Não especificada	1	20,0	4	80,0	-	-	-	-	5	100,0	2	66,7	1	33,3	3	100,0	
TOTAL	3	17,6	11	64,7	1	5,9	2	11,8	17	100,0	4	66,7	2	33,3	6	100,0	

TABELA 22 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS DE CÂNCER DO SOALHO DA BOCA, SEGUNDO SEXO E TIPO HISTOLÓGICO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO \ TIPO HISTOLÓGICO		CARCINOMA		CARCINOMA ESPINOCE- LULAR		ADENOCAR- CINOMA		IGNORADO		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino		2	1,9	91	88,4	1	1,0	9	8,7	103	100,0
Feminino		-	-	11	100,0	-	-	-	-	11	100,0

TABELA 23 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE ÓBITOS DE CÂNCER DO SOALHO DA BOCA, SEGUNDO SEXO E TIPO HISTOLÓGICO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO \ TIPO HISTOLÓGICO		CARCINOMA		CARCINOMA ESPINOCE- LULAR		ADENOCAR- CINOMA		HEMANGIOS- SARCOMA		IGNORADO		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino		2	3,8	41	77,3	1	1,9	1	1,9	8	15,1	53	100,0
Feminino		-	-	3	100,0	-	-	-	-	-	-	3	100,0

TABELA 24 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS DE CÂNCER DE OUTRAS PARTES DA BOCA E DAS NÃO ESPECIFICADAS, SEGUNDO SEXO, SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR E TIPO HISTOLÓGICO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO MASCULINO

SUB- LOCALIZAÇÃO \ TIPO HISTOLÓGICO	NEOPLASIA MALIGNA		CARCINOMA		CARCINOMA ESPINOCELULAR		MELANOMA MALIGNO		ADENOCARCINOMA		SARCOMA		IGNORADO		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Mucosa bucal ..	-	-	2	2,5	72	88,9	-	-	1	1,2	1	1,2	5	6,2	81	100,0
Palato	2	3,3	1	1,7	52	86,6	1	1,7	1	1,7	-	-	3	5,0	60	100,0
Outras partes especificadas.	-	-	-	-	5	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	5	100,0
Parte não especificada ...	-	-	-	-	12	57,1	-	-	-	-	-	-	9	42,9	21	100,0
TOTAL	2	1,2	3	1,8	141	84,4	1	0,6	2	1,2	1	0,6	17	10,2	167	100,0

SEXO FEMININO

SUB- LOCALIZAÇÃO \ TIPO HISTOLÓGICO	CARCINOMA ESPINOCELULAR		ADENOCARCINOMA		CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO		CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE		SARCOMA MIXOBLÁSTICO		LEIOMIOS SARCOMA		IGNORADO		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Mucosa bucal ..	9	64,4	-	-	1	7,1	1	7,1	1	7,1	-	-	2	14,3	14	100,0
Palato	17	68,0	1	4,0	2	8,0	-	-	-	-	1	4,0	4	16,0	25	100,0
Outras partes especificadas.	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Parte não especificada	5	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	100,0
TOTAL	32	71,1	1	2,2	3	6,7	1	2,2	1	2,2	1	2,2	6	13,4	45	100,0

TABELA 25 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE ÓBITOS DE CÂNCER DE OUTRAS PARTES DA BOCA E DAS NÃO ESPECIFICADAS, SEGUNDO SEXO, SUBLOCALIZAÇÃO DO TUMOR E TIPO HISTOLÓGICO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SUB- LOCALIZAÇÃO	Sexo Tipo Histológico		MASCULINO								FEMININO							
			CARCINOMA		CARCINOMA ESPINOCE- LULAR		IGNORADO		TOTAL		CARCINOMA ESPINOCE- LULAR		IGNORADO		TOTAL			
			nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Mucosa bucal	-	-	27	87,1	4	12,9	31	100,0	2	100,0	-	-	2	100,0	-	-	-	-
Palato	1	5,0	17	85,0	2	10,0	20	100,0	2	40,0	3	60,0	5	100,0	-	-	-	-
Outras partes espe- cificadas	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Parte não especifi- cada	1	6,2	3	18,8	12	75,0	16	100,0	1	33,3	2	66,7	3	100,0	-	-	-	-
TOTAL	2	2,9	48	70,6	18	26,5	68	100,0	5	50,0	5	50,0	10	100,0	-	-	-	-

TABELA 26 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE CASOS DE CÂNCER DA MANDÍBULA, SEGUNDO SEXO E TIPO HISTOLÓGICO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO \ TIPO HISTOLÓGICO		OSTEOSSARCOMA		TUMOR MALIGNO DE CELULAS GIGANTES DO OSO		SARCOMA DE EWING		IGNORADO		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino		3	75,0	-	-	-	-	1	25,0	4	100,0
Feminino		-	-	2	66,7	1	33,3	-	-	3	100,0

TABELA 27 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE ÓBITOS DE CÂNCER DA MANDÍBULA, SEGUNDO SEXO E TIPO HISTOLÓGICO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1969-1971.

SEXO \ TIPO HISTOLÓGICO		NEOPLASIA MALIGNA		OSTEOSSARCOMA		IGNORADO		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino		1	50,0	-	-	1	50,0	2	100,0
Feminino		-	-	1	100,0	-	-	1	100,0