



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CAMPUS I BODOCONGÓ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

RODRIGO TOSCANO DE BRITO

PERFIL DE PACIENTES E FATORES RELACIONADOS AO
ESTADIAMENTO DO CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS ORAL

CAMPINA GRANDE-PB

2013

RODRIGO TOSCANO DE BRITO

**PERFIL DE PACIENTES E FATORES RELACIONADOS AO
ESTADIAMENTO DO CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS ORAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Curso de Graduação em Odontologia da
Universidade Estadual da Paraíba em
cumprimento às exigências para a obtenção
do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edja Maria Melo de Brito Costa

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Flávia Granville-Garcia

CAMPINA GRANDE-PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

B862p

Brito, Rodrigo Toscano de.

Perfil de pacientes e fatores relacionados ao estadiamento do carcinoma de células escamosas oral [manuscrito] / Rodrigo Toscano de Brito. – 2013.

48 f.: il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profa. Dra. Edja Maria Melo de Brito Costa, Departamento de Odontologia”.

“Co-Orientação: Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia, Departamento de Odontologia.”

1. Neoplasia bucal. 2. Saúde bucal. 3. Carcinoma de células escamosas. I. Título.

21. ed. CDD 616.31

RODRIGO TOSCANO DE BRITO

**PERFIL DE PACIENTES E FATORES RELACIONADOS AO
ESTADIAMENTO DO CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS ORAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em 04/09/13

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Edja Maria Melo de Brito Costa

(Orientadora)



Prof.ª Dr.ª Daliana Queiroga de Castro Gomes

(1ª Examinadora)



Prof. Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka

(2ª Examinador)

DEDICATÓRIA

A DEUS, razão da vida.

Aos meus pais, **Roderico e Adriana**, verdadeiro amor, presente em todas as horas.

Aos meus irmãos, **Roderico Filho, Ana Carolina, José Neto e Lucas**, pessoas amadas
que tenho a honra de tê-las ao meu lado.

À **Vovó Tetê**, pelo amor e admiração que tenho.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS** pai eterno, por guiar minha vida nos princípios da fé, humildade, sabedoria e esperança, presenteando-me com mais esta conquista.

Aos meus pais **Roderico e Adriana**, meus ídolos, exemplo de amor, companheirismo, dedicação e por acreditarem nos meus sonhos, me apoiando incondicionalmente em todos os momentos, fazendo-me concretizar o amanhã.

Aos meus irmãos **Oico, Aninha, Netinho e Luquinhas**, por fazerem parte de minha vida de forma tão sublime e especial.

A **vovô Galdino** e a **vovó Carminha** (in memoriam), por alicerçarem minha formação com muito amor, até minha adolescência.

À **vovó Tetê**, minha avó materna, por tudo que significa no meu viver.

A minha noiva **Leane Lima**, por fazer parte de minha vida com tanto amor e dedicação.

Aos meus **Tios e Primos**, por tudo que contribuíram para essa conquista.

Ao meu grande mestre e amigo Prof. Ms. **Tony Santos Peixoto**, por me fazer participar de momentos de intenso aprendizado, através da oportunidade em acompanhá-lo na sua rotina laboral e por todas orientações incansáveis no dia-a-dia, momentos esses fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

À Prof.^a Dr.^a **Edja Maria Melo de Brito Costa**, pela dedicação e presteza que empreendeu como orientadora do meu TCC, abdicando das suas tarefas cotidianas.

À Prof.^a Dr.^a **Ana Flávia Granville-Garcia**, pessoa especial, **professora** por todo empenho ao me apoiar no desenvolvimento das tarefas acadêmicas.

Ao Prof. Dr. **Cassiano Francisco Weege Nonaka** e à Prof.^a Dr.^a **Daliana Queiroga de Castro Gomes**, pela honrosa aceitação de participar de minha banca e poder contribuir no nosso trabalho.

A todos os professores do **Curso de Odontologia** por me transmitirem conhecimentos que me levaram à porta do exercício profissional.

Ao meu companheiro de clínica e amigo pessoal **Jefferson Wagner**, por partilhar momentos inesquecíveis de muito aprendizado e não fugir nas situações adversas.

A **Jaffton Régis**, pessoa admirável, amigo para sempre.

A **Maria Eduarda Sampaio** por conceder-me confiança e sua singela amizade.

Aos demais **colegas de turma** por navegarem comigo no oceano do saber.

A **todos os funcionários** do departamento de odontologia, por todo esforço empreendido e contribuição, fundamental para minha formação.

**“O SENHOR é meu pastor, nada me faltará.”
Salmos 23:1**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 METODOLOGIA.....	13
2.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	13
2.2 COLETA DE DADOS	13
2.3 VARIÁVEIS.....	13
2.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	15
2.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	16
3 RESULTADOS	17
4 DISCUSSÃO	21
5 CONCLUSÃO.....	24
6 REFERÊNCIAS	25
APÊNDICE A – FICHA CLÍNICA INDIVIDUAL	28
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO SETOR DO HOSPITAL	30
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	31
ANEXO C – NORMAS DA REVISTA	32

RESUMO

Introdução: O Carcinoma de Células Escamosas (CCE) apresenta-se como a neoplasia maligna mais comum da cavidade bucal, ocorrendo em cerca de 90% dos casos, sendo a maioria diagnosticada tardiamente. **Objetivo:** Identificar o perfil dos pacientes com diagnóstico de CCE e, os fatores associados ao estadiamento clínico da doença. **Método:** Foi um estudo transversal com amostra censitária de 293 prontuários de pacientes portadores de CCE atendidos em um Centro de Referência em Oncologia do município de Campina Grande (PB), no período de 2000 a 2006. Realizou-se estatística descritiva e inferencial, através da Regressão Robusta de Poisson ($\alpha=5\%$). **Resultados:** O sexo masculino (56,6%), não brancos (49,0%) e a faixa etária entre 60 e 79 (54,5%) foram os mais afetados pela neoplasia; a língua (35,1%) e o palato (21,5%) foram os sítios mais acometidos; a maioria possuía hábito de tabagismo (37,6%), e 60,2% apresentavam estágio avançado da doença. O estadiamento clínico não foi associado ao sexo, idade, cor da pele e hábitos de beber e/ou fumar. **Conclusão:** Observou-se uma maior ocorrência de CCE em homens, em pacientes com idade mais avançada, de cor não branca e que possuíam hábitos de tabagismo. O estadiamento não foi associado às variáveis analisadas.

Palavras-chave: Carcinoma de células escamosas; cavidade bucal; estadiamento do câncer.

ABSTRACT

Introduction: Squamous Cell Carcinoma (SCC) is presented as the most common malignant neoplasm of the oral cavity, occurring in about 90% of cases, the majority being diagnosed late. **Objective:** To identify the profile of patients diagnosed with SCC and the factors associated with the clinical stage of the disease. **Method:** The study was a cross-sectional with census sample of 293 medical records of patients with SCC treated at a Reference Center for Oncology of Campina Grande (PB) in the period 2000-2006. It was conducted descriptive and inferential statistics through the Robust Poisson Regression ($\alpha = 5\%$). **Results:** The males (56.6%), non-white (49.0%) and aged between 60 and 79 (54.5%) individuals were the most affected by neoplasia, tongue (35.1%) and palate (21.5%) were the most affected sites, the majority had the habit of smoking (37.6%) and 60.2% had advanced disease. Clinical staging was not associated with gender, age, skin color and habits of drinking and / or smoking. **Conclusion:** There was a higher incidence of SCC in men, in patients with older age, non-white and who had habits of smoking. The staging was not associated with analysed variables.

Keywords: Squamous cell carcinoma; oral cavity; cancer staging.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma enfermidade crônica degenerativa que apresenta um crescimento desordenado de células, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo.¹ É considerado importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo.²

Na cavidade bucal, as neoplasias malignas estão entre os dez tipos de câncer mais frequentes na população brasileira e sexta maior causa de câncer em todo o mundo.^{3,4} Dentre elas destaca-se o carcinoma de células escamosas (CCE) que é a neoplasia maligna mais comum, presente em aproximadamente 90% dos casos e em cerca de 38% dos tumores de cabeça e pescoço, podendo ser denominado como carcinoma espinocelular (CEC), carcinoma epidermoide e carcinoma escamocelular, considerada uma neoplasia maligna que se origina no epitélio pavimentoso estratificado.⁵⁻⁷ Esta patologia é mais frequente em homens entre a 5ª e 7ª décadas de vida, sendo a língua o sítio anatômico mais acometido.⁷⁻¹³

A etiologia do CCE oral (CCEO) é multifatorial e ainda não foi esclarecida completamente.^{1,4} Considera-se o tabagismo e o alcoolismo como os principais fatores etiopatogênicos e sua associação pode aumentar o risco de desenvolver um câncer.^{4,8,14,15} A literatura demonstra também a ocorrência de CCE bucal em pacientes que não são fumantes e nem alcoolistas.^{6,15,16} Nestes casos, a etiopatogenia tem sido relacionada ao papilomavírus humano (HPV), deficiências nutricionais, hereditariedade e luz solar (apenas para os casos de CCE do vermelhão do lábio).^{3,5,7,15}

Apesar da cavidade bucal poder ser facilmente examinada e a existência de lesões com potencial de malignidade ou malignas poder ser detectadas em estágios

iniciais, a maioria dos casos de câncer são detectados tardiamente.⁴ Entretanto, quanto mais precoce for a detecção de uma lesão maligna, maior a possibilidade de sobrevivência do paciente e de melhorara na sua qualidade de vida.⁷

Dessa forma, o presente estudo tem o objetivo de identificar o perfil dos pacientes com diagnóstico de carcinoma de células escamosas oral, atendidos em um Centro de Referência em Oncologia, e os fatores associados ao estadiamento clínico da doença, em um período de sete anos, na cidade de Campina Grande-PB.

2 METODOLOGIA

Foi um estudo do tipo transversal, descritivo e analítico, com amostra censitária, aninhado em um estudo de sobrevida global e acumulada de pacientes com CCE oral (no período de cinco anos). Foram analisados 293 prontuários de pacientes atendidos em um Centro de Referência em Oncologia (Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba- FAP), na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil, no período de 2000 a 2006.

2.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

O estudo teve os seguintes critérios de inclusão: os pacientes deveriam ter sido diagnosticados com CCE oral na FAP, no período de 2000 a 2006 e constar no prontuário o laudo do exame histopatológico.

2.2 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizada uma ficha clínica individual (Apêndice A), elaborada especificamente para a pesquisa. Os dados obtidos dos prontuários dos pacientes foram devidamente registrados, incluindo o perfil sociodemográfico, características da lesão e o estadiamento clínico.

2.3 VARIÁVEIS

Foi considerada variável dependente a presença de CCE oral com diagnóstico definido por meio de exame histopatológico.

Como variáveis independentes destacaram-se:

- a) Localização da lesão: lábio, gengiva, assoalho bucal, língua, mucosa jugal, região retromolar, palato duro e palato mole;
- b) Estadiamento clínico (TNM): foi considerado o estadiamento TNM, recomendado pela American Joint Committee on Cancer (AJCC) de 2002 ¹⁷, onde T é o tamanho do tumor (TX: tumor primário não avaliável; T0: ausência de evidência de doença; Tis: carcinoma in situ; T1: tumor menor ou igual a 2 cm na maior dimensão; T2: tumor maior que 2 cm e menor ou igual a 4 cm na maior dimensão; T3: tumor maior que 4 cm e menor ou igual a 6 cm na maior dimensão; T4: invasão de estruturas adjacentes (como o osso, infiltração profunda da musculatura extrínseca da língua, seio maxilar, pele, invasão de espaço mastigador, placas pterigóideas, base de crânio ou artéria carótida interna), N corresponde a presença de linfonodo regional acometido pelo tumor (NX: linfonodos regionais não avaliáveis; N0: sem metástases linfáticas; N1: metástase num único linfonodo, menor ou igual a 3 cm na maior dimensão; N2: metástase num único linfonodo maior que 3 cm e menor ou igual a 6 cm na maior dimensão; metástases múltiplas em linfonodos, porém nenhuma maior que 6 cm na maior dimensão; metástases bilaterais ou contralaterais em linfonodos, porém nenhuma maior que 6 cm de diâmetro na maior dimensão; N3: metástase em linfonodo maior que 6 cm de diâmetro na maior dimensão) e M presença ou não de metástases à distância (MX: metástases a distância não avaliáveis; M0: sem metástases à distância; M1: presença de metástase à distância);
- c) Estádio clínico: foram utilizados os agrupamentos de estádios determinados pela AJCC de 2002 ¹⁷, divididos em Estádio I (T1, N0 e M0), Estádio II (T2, N0, M0), Estádio III (T3, N0 e M0; T1, T2 ou T3 com N1 e M0) e Estádio IV (T4,

qualquer N e M0; qualquer T, N2 ou N3 e M0; ou qualquer T, qualquer N e M1);

O estágio clínico inicial ou diagnóstico precoce foi aplicado aos casos em que os tumores apresentavam estágio I e II e, estágio clínico avançado ou diagnóstico tardio quando apresentavam estágio III e IV, ambos no momento do diagnóstico, conforme dados presentes nos prontuários, tendo em vista que, quanto maior a classificação do estadiamento, pior o prognóstico.¹⁷

- d) Fatores sócio-demográficos: incluíram o sexo, idade e cor da pele;
- e) Hábitos: foram considerados os hábitos associados à etiopatogenia do câncer bucal, tabagismo, etilismo e sua associação;

2.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente estatísticas descritivas simples foram realizadas para caracterizar a amostra. A análise de regressão de Poisson bivariada com variância robusta foi utilizada para determinar as associações entre as variáveis independentes (sexo, idade, cor da pele e hábitos) e o estadiamento clínico das lesões ($p < 0,05$). Modelos de regressão multivariada de Poisson para frente foram construídos com variáveis tendo alcançado um valor de $p < 0,20$ na análise bivariada, bem como variáveis consideradas determinantes epidemiológicos. A organização dos dados e as análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows, version 18.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

2.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo realizado com a devida autorização do responsável pelo setor do hospital (Anexo A) e recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (Brasil), com o processo sob número 0223.0.133.000-11 (Anexo B), seguindo os princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96.

3 RESULTADOS:

Foram perdidos 14 (4,8%) prontuários que faziam parte da amostra por não possuírem cópia do laudo histopatológico que comprovasse o diagnóstico de CCE oral.

Do total de 279 casos estudados na presente pesquisa, 158 (56,6%) correspondiam a indivíduos do sexo masculino e 121 (43,4%) a indivíduos do sexo feminino, proporcionando uma relação homem/mulher de 2/1,5, com média de idade de 65 anos para os homens e 71 anos para as mulheres, sendo mais acometidos aqueles na faixa etária entre 60 e 79 anos, com 152 casos (54,5%). A menor idade foi de 27 anos e a maior correspondeu a 94 anos, apresentando uma média geral de 67 anos. A cor predominante foi a não branca, com 137 casos (49,0%) (Tabela 1).

Na Tabela 1 pode-se observar, ainda, em relação aos hábitos no momento do diagnóstico, uma maior frequência de tabagistas (105 / 37,6%), seguidos dos que faziam a associação do tabaco com álcool (36,5%).

Tabela 01. Distribuição do número de casos de CCE oral em relação ao sexo, idade, cor da pele e hábitos de tabagismo e etilismo.

VARIÁVEL	Nº TOTAL	% TOTAL
Sexo		
Masculino	158	56,6
Feminino	121	43,4
Total	279	100
Idade		
27-59	72	25,9
60-94	206	74,1
Total	278	100
Cor da pele		
Branca	122	43,7
Não Branca	149	53,4
Sem Informação	08	2,9
Total	279	100
Hábitos		
Tabagismo	105	37,6
Etilismo	04	1,4
Ambos	102	36,5
Nenhum	16	5,7
Sem Informação	52	18,6
Total	279	100

A Tabela 2 apresenta a distribuição do CCE oral por sítio anatômico e localização, destacando-se a língua como a região mais afetada com 98 casos (35,1%).

Tabela 02. Distribuição do CCE oral por sítio anatômico.

SÍTIO ANATÔMICO	Nº TOTAL	% TOTAL
Assoalho Bucal	40	14,3
Gengiva Inferior	7	2,5
Gengiva Superior	6	2,2
Lábio Inferior	35	12,5
Lábio Superior	0	0,0
Língua	98	35,1
Mucosa Jugal	15	5,4
Palato Duro	24	8,6
Palato Mole	36	12,9
Região Retromolar	18	6,5
Total	279	100

Em relação às características clínicas do tumor, observa-se na Tabela 03 que 145 (52%) foram classificados como T1 e T2, 134 (48%) ocasionaram metástase em linfonodo locorregional (N1 e N2) e em apenas 1 caso ocorreu comprovação de metástase à distância. A maioria dos pacientes, no momento do diagnóstico, estava com estágio clínico avançado, tendo em vista que 116 (41,6%) estavam em Estádio III e 52 (18,6) em Estádio IV.

Tabela 03. Tamanho do tumor primário, envolvimento dos linfonodos regionais e metástase à distância.

VARIÁVEL	Nº TOTAL	% TOTAL
Tamanho do tumor (T)		
1 e 2	145	52,0
3 e 4	98	35,1
Sem Informação	36	12,9
Total	279	100
Presença de linfonodos (N)		
0	104	37,3
1 e 2	134	48,0
3	5	1,8
Sem Informação	36	12,9
Total	279	100
Presença de Metástase (M)		
0	188	67,4
1	1	0,4
X	54	19,4
Sem Informação	36	12,9
Total	279	100
Estadiamento		
Estádio I	37	13,3
Estádio II	44	15,8
Estádio III	116	41,6
Estádio IV	52	18,6
Sem Informação	30	10,8
Total	279	100

Na análise bivariada, as seguintes variáveis foram associadas ao estadiamento clínico: sexo, idade, cor e hábitos. Nenhuma dessas variáveis permaneceu no modelo final da regressão múltipla de Poisson (Tabela 4).

Tabela 04. Modelos bivariado e multivariado da regressão de Poisson para estadiamento clínico e as variáveis sexo, idade, cor da pele e hábitos.

VARIÁVEL	ESTADIAMENTO		BIVARIADA		MULTIVARIADA	
	I e II	III e IV	RP		RP	
	n(%)	n(%)	p-value ⁽¹⁾	(95% IC)	p-value ⁽¹⁾	(95% IC)
SEXO						
Masculino	40 (28,0)	103 (72,0)	0,084	1,175 (0,979-1,410)	0,516	1,050 (0,907-1,216)
Feminino	41 (38,7)	65 (61,3)		1,00		1,00
IDADE						
27-59	15 (22,7)	51 (77,3)	0,034	1,202 (1,014-1,425)	0,103	1,120 (0,977-1,283)
60-94	65 (35,7)	117 (64,3)		1,00		1,00
COR						
Branca	43 (40,6)	63 (59,4)	0,032	1,00	0,320	1,00
Não branca	37 (27,0)	100 (73,0)		1,228 (1,018-1,481)		1,075 (0,932-1,240)
HÁBITOS						
Tabagismo	36 (36,4)	63 (63,6)	0,299	1,379 (0,752-2,527)	0,452	1,120 (0,834-1,504)
Etilismo	1 (33,3)	2 (66,7)	0,468	1,444 (0,535-3,897)	0,705	1,108 (0,650-1,889)
Ambos	26 (28,0)	67 (72,0)	0,146	1,561 (0,856-2,846)	0,426	1,133 (0,832-1,543)
Nenhum	7 (53,8)	6 (46,2)		1,00		1,00

4 DISCUSSÃO

O carcinoma de células escamosas é uma neoplasia maligna responsável por cerca de 90 a 95% das lesões na cavidade bucal, representando esta, a quinta localização de maior incidência em homens e a sétima em mulheres.^{6,18}

O presente estudo identificou uma relação homem/mulher de 2/1,5 sendo os homens um pouco mais afetados pelo CCE oral, pois os mesmos consomem mais álcool e são fumantes crônicos quando comparados às mulheres.⁴ A maioria dos estudos apresenta uma maior diferença na referida proporção em relação à ocorrência do CCE na cavidade oral.^{3,8,19,20} A discreta diferença encontrada nesta pesquisa provavelmente ocorre devido a mudança do comportamento feminino ao longo do tempo através do aumento do consumo de álcool e tabaco.^{7,21}

A faixa etária apresetou uma média geral de 67 anos, sendo 65 anos para os homens e 75 anos para as mulheres e a mais acometida foi entre 60 e 79 anos. Ocorreu um pequeno número de casos em pacientes jovens, com idade igual ou inferior a 45 anos, representando apenas 6,1%, corroborando a literatura.^{3,10,19,21,22} Os casos em jovens são menos frequentes devido ao período de exposição mais curto aos fatores de risco, como o álcool e tabaco, quando comparados aos pacientes mais velhos²².

Quanto à cor da pele, ocorreu um predomínio dos classificados como não brancos (53,4%) em relação aos brancos (43,7%), concordando com os achados na literatura¹¹, porém discordando dos resultados apresentados por outros autores.^{8,23,24} O acometimento de determinada cor/raça varia de acordo com a metodologia aplicada no estudo e a região onde o mesmo foi realizado⁶.

Em relação aos hábitos de tabagismo e etilismo, constatou-se 105 (37,6%) casos de tabagismo, associação de ambos em 36,5% e nenhum hábito em 5,7% dos casos. A

combinação do álcool com o tabaco é um fator de risco significativo para ocorrência do câncer bucal. Pacientes sem hábito de consumo de tabaco possuem tumores com uma frequência mais baixa de alterações genéticas.¹⁵

A língua foi o sítio anatômico mais acometido com 35,13% dos casos, seguida pelo palato (21,50%), assoalho bucal (14,34%) e lábio (12,54%). Estes resultados confirmam achados prévios que consideram a língua como o sítio anatômico de maior prevalência.^{8,9,11-13,25-28}

Neste estudo, 65,5% dos pacientes tiveram um diagnóstico tardio (estádio III e IV) e 32,5% um diagnóstico precoce (estádio I e II). Estes resultados são semelhantes aos encontrados na literatura.^{3,4,6,8,11,12,24} Existe um grande número de pacientes com lesões em estádios avançados, provavelmente porque as lesões iniciais são assintomáticas e também pelas inúmeras dificuldades de natureza social e desconhecimento acerca da doença.¹¹

Não se observou a associação entre sexo, idade, cor da pele e hábitos de tabagismo e etilismo com o estadiamento clínico da lesão no momento da procura de tratamento, devido, possivelmente, ao fato do estadiamento clínico não depender destas variáveis, concordando com um estudo, onde constatou a falta de relação das variáveis idade, gênero, consumo de tabaco e álcool com o diagnóstico tardio do CCE oral.¹²

O estágio clínico avançado da lesão, no momento do diagnóstico, pode estar relacionado à demora do paciente na procura ao atendimento, provavelmente pela dor estar ausente ou ser mínima durante a fase inicial do crescimento da lesão, desconhecimento acerca da doença, o medo do diagnóstico, dificuldades socioeconômicas; além da falta de conhecimento de alguns profissionais de saúde no que diz respeito aos aspectos clínicos que correspondem a tal patologia, gerando um retardo no diagnóstico ou fazendo-o de forma indevida.^{11,15,29,30}

Apesar da limitação metodológica, uma vez que nem todos os prontuários consultados havia o preenchimento correto das informações (viés de informação), os resultados deste estudo demonstram que o diagnóstico tardio do CCE oral é uma realidade. Desta forma, há a necessidade da implementação de políticas públicas que possibilitem a realização de campanhas preventivas periódicas, além de maior esclarecimento da população sobre o câncer bucal e a importância do diagnóstico precoce. Além disso, investimentos devem ser direcionados para a qualificação dos profissionais de saúde, tornando-os aptos a identificar e intervir ou encaminhar o paciente a um centro de referência.

5 CONCLUSÃO

Os dados da presente pesquisa demonstraram uma maior ocorrência de CCE oral em homens, pacientes com idade mais avançada, de raça não branca e que possuíam hábitos de tabagismo. O estadiamento clínico não foi associado ao sexo, idade, cor da pele e hábitos de tabagismo e/ou etilismo.

6 REFERÊNCIAS

1. Borges DML, Sena MF, Ferreira MAF, Roncalli AG. Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(2): 321-7.
2. Guerra, MR; Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol*. 2005; 51(3): 227-34.
3. Teixeira AKM, Almeida MEL, Holanda ME, Sousa FB, Almeida PC. Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. *Rev Bras Cancerol*. 2009; 55(3): 229-36.
4. Fronie A, Bunget A, Afrem E, Preotescu LL, Puscu DC, Streba L et al. Squamous cell carcinoma of the oral cavity: clinical and pathological aspects. *Rom J Morphol Embryol*. 2013; 54(2): 343-8.
5. Daniel FI, Granato R; Grando, LJ; Fabro SML. Carcinoma de células escamosas em rebordo alveolar inferior: diagnóstico e tratamento odontológico de suporte. *Bras Patol Med Lab*. 2006; 42(4): 279-283.
6. Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Rev Bras Cancerol*. 2007; 53(1): 63-9.
7. Albuquerque R, Esteves R, López-López J, Estrugo-Devesa A, Chimenos-Kustner E. Carcinoma escamoso do bordo lingual. *Rev Port de Estom, Med Dent e Cir Maxilof*. 2008; 49(3): 141-4.
8. Perez RS, Freitas SM, Dedivitis RA, Rapoport A, Denardin OVP, Sobrinho JA. Estudo Epidemiológico do Carcinoma Espinocelular da Boca e Orofaringe. *Arq. Int. Otorrinolaringol*. 2007; 11(3): 271-7.
9. Montoro JRMC, Hicz HA, Souza L, Livingstone D, Melo DH, Tiveron RC et al. Fatores prognósticos no carcinoma espinocelular de cavidade oral. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008; 74(6): 861-6.

10. Conceição LD, Magrin T, Gomes APN, Araújo LMA. Estudo retrospectivo de biópsias em língua – aspectos epidemiológicos. RFO. 2010; 15(1): 11-9.
11. Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. Braz J Otorhinolaryngol. 2010; 76(4): 416-22.
12. Seoane-Romero JM, Vázquez-Mahía I, Seoane J, Varela-Centelles P, Tomás I et al. Factors related to late stage diagnosis of oral squamous cell carcinoma. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012; 17(1): 35-40.
13. Biron VL, O'Connell DA, Seikaly H. The impact of clinical versus pathological staging in oral cavity carcinoma-a multi-institutional analysis of survival. J Otolaryng - Head and Neck Sugery. 2013; 42(28): 1-4.
14. Spara L, Spara P, Costa AG. Achados epidemiológicos de câncer da cavidade oral em hospital de referência avaliados no período de 1980-2003. Odontol Clín.-Científ. 2005; 4 (3): 177-83.
15. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilo facial. 3ª ed. São Paulo (SP): Elsevier; 2009.
16. Kruse AL, Bredell M, Gratz KW. Oral squamous cell carcinoma in non-smoking and non-drinking patients. Head e Neck Oncol. 2010; 2(24): 1-3.
17. AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER. In: Cancer staging Handbook from the AJCC Cancer Staging Manual, 6th ed . p 27-98. Philadelphia :Springer, 2002.
18. Bagan J, Sarrion G, Jimenez Y. Oral cancer: clinical features. Oral Oncol. 2010; 46(4): 414-7.
19. Silva PSL, Leão VML, Scarpel RD. Caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em hospital de referência na cidade de Salvador-BA. Rev CEFAC. 2009; 11(3): 441-7.
20. Lima MA, Filho PRSM, Silva LCF, Piva MR, Santos TS. Perfil dos pacientes portadores de neoplasias malignas orais em uma população brasileira. Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac. 2010; 10(4): 93-102.

21. Monti LM, França DCC, Castro AL, Soubhia ANP, Aguiar SMHCA. Carcinoma escamoso oral: análise retrospectiva de 185 casos. *Rev Odontol Araçatuba*. 2010; 31(1): 34-7.
22. Udeabor SE, Rana M, Wegener G, Gellrich NC, Eckardt A. Squamous cell carcinoma of the oral cavity and the oropharynx in patients less than 40 years of age: a 20-year analysis. *Head e Neck Oncol*. 2012; 4(28): 1-7.
23. Chedid HM, Franzi AS, Dedivitis RA, Andrade Sobrinho J, Fatores prognósticos em pacientes com carcinoma espinocelular de cavidade oral e orofaringe submetidos à cirurgia de resgate. *Rev Col Bras Cir*. 2008; 35(1): 14-7.
24. Mosele JC, Stangler LP, Trentin MS, Silva SO, Carli JP. Levantamento epidemiológico dos casos de carcinoma epidermóide da cavidade bucal registrados no serviço de diagnóstico histopatológico do instituto de ciências biológicas da Universidade de Passo Fundo/RS. *Rev Odonto*. 2008; 32: 18-24.
25. Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004; 70(1): 35-40.
26. Costa ALL, Araújo Júnior RF, Ramos CCF. Correlação entre a classificação clínica TNM e as características histológicas de malignidade do carcinoma epidermóide oral. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005; 71(2): 181-7.
27. Oliveira LGS, Silva JAS, Melo MFB, Brasileiro BF. Prevalência das lesões bucais cancerosas e cancerizáveis em pacientes ambulatoriais atendidos no FBHC de 2006 a 2007. *Odontol Clin-Cient*. 2010; 9(2): 145-50.
28. Butt FMA, Chindia ML, Rana F. Oral squamous cell carcinoma in human immunodeficiency virus positive patients: clinicopathological audit. *J Laryngol Otol*. 2012; 126: 276-8.
29. Pinheiro SMS, Cardoso JP, Prado FO. Conhecimentos e diagnóstico em câncer bucal entre profissionais de odontologia de Jequié, Bahia. *Rev Bras Cancerol*. 2010; 56(2): 195-205.
30. Tucci R, Borges FT, Castro PHS, Aburad A, Carvalhosa AA. Avaliação de 14 casos de carcinoma epidermóide de boca com diagnóstico tardio. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010; 7(2): 231-8.

APÊNDICE A – FICHA CLÍNICA INDIVIDUAL**Ficha Clínica**

Número do prontuário:

Data do Laudo:

Data do Prontuário:

Data 1º Procedimento:

Nome:

Sexo

- 0. Masculino
- 1. Feminino

Idade:

Cor da pele

- 0. Leucoderma (Branca)
- 1. Faioderma (Parda)
- 2. Xantoderma (Parda)
- 3. Melanoderma (Negra)
- 4. Eritroderma (Vermelha)

Hábitos deletérios de consumo

- 0. Tabagismo
- 1. Etilismo
- 2. Ambos
- 3. Nenhum
- 4. Sem informação

Localização do tumor primário

- 0. Lábio sup.
- 1. Lábio inf.
- 2. Mucosa jugal
- 3. Gengiva sup.
- 4. Gengiva inf.
- 5. Língua
- 6. Palato duro
- 7. Palato mole

8. Região retro-molar
9. Assoalho bucal

Diagnóstico final:

Tumor “in situ”

0. Sim
1. Não

Classificação TNM

T: X (); is (); 1 (); 2 (); 3 (); 4 ()

N: X (); 0 (); 1 (); 2 (); 3 ()

M: X (); 0 (); 1 ()

Estadiamento

0. I
1. II
2. III
3. IV

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO SETOR DO HOSPITAL



Fundação Assistencial da Paraíba – FAP

C.G.C. 08.841.421/0001-57 – Inscrição Estadual, ISENTA
Av. Dr. Francisco Pinto, s/n – Bodocongó – CEP: 58109-783
Campina Grande – PB - Telefone/fax: (83) 2102-0300

Campina Grande, 24 de maio de 2011.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o mestrando *TONY SANTOS PEIXOTO*, CPF 466.978.454-49, cirurgião Bucomaxilo facial desta Instituição, a realizar coleta de dados em nosso arquivo referente a Câncer Bucal para fins de pesquisa.

Atenciosamente,

Edna de Azevedo Guedes Figueiredo
Dra. Edna Guedes de Azevedo Figueiredo
Médica Odontológica do CCUP/FAP

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

CAAE: 0223.0.133.000-11

PARECER: **APROVADO (x)**

NÃO APROVADO ()

PENDENTE ()

TÍTULO: ANÁLISE DE SOBREVIVÊNCIA DE PACIENTES COM CÂNCER BUCAL EM CAMPINA GRANDE, PARAÍBA

PESQUISADOR (A)/ORIENTADOR (A): Tony Santos Peixoto

Na apreciação deste projeto, inicialmente constatamos a Folha de Rosto (FR); Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável (TCPR); Termo de Autorização Institucional (TAD); e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), estando tais documentos em conformidade com os padrões recomendados por este Comitê.

No corpo do trabalho verificamos introdução, justificativa, objetivos, revisão bibliográfica, metodologia, cronograma de execução, e referências; havendo coerência e articulação científica entre esses elementos.

Outrossim, salientamos que as informações presentes no corpo do projeto atendem aos aspectos fundamentais da Resolução CNS/196/96 sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. De modo igual, destacamos a receptividade desse projeto com relação às recomendações complementares relacionadas com o sujeito de pesquisa, com o pesquisador e com o Comitê de Ética em Pesquisa, previstas, respectivamente, nos itens: IV.1.f, IV.2.d, III.1.z, V.3 e V.4, da Resolução acima mencionada.

Portanto, tendo por fundamento a Resolução supra, que disciplina a matéria em análise; bem como a partir da RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001, que rege este Comitê de Ética em Pesquisa, entendemos pela aprovação do presente projeto.

Campina Grande, 27 de maio de 2011

Relator 18

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROFESSORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Prof.ª Dra. Dorciléia Pedrosa de A. Melo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO C – NORMAS DA REVISTA

O Brazilian Journal of Otorhinolaryngology (BJORL) aceita o envio das seguintes modalidades de artigos:

Artigos Originais - Artigos originais são definidos como relatórios de trabalho original, e estas contribuições devem ser significativas e válidas. Os leitores devem poder aprender de um artigo geral o que foi firmemente estabelecido e que perguntas significantes permanecem não resolvidas. Especulação deve ser mantida ao mínimo possível.

Artigos de Revisão (Revisão de temas) - Normalmente são publicados artigos de revisão. É esperado que eles cubram literatura existente interessada com um tópico específico. A revisão deve avaliar as bases e validade de opiniões publicadas e deve identificar diferenças de interpretação ou opinião.

Relatos de Caso - Serão publicados só relatos incomuns e especialmente significantes. Será dada prioridade a relatórios e interesse multidisciplinar e/ou prático. Para uma explicação mais detalhada da expectativa editorial do BJORL do formato de um artigo e dos critérios utilizados pelo corpo editorial na sua avaliação, procure o texto "Critérios para elaboração e avaliação de um trabalho científico" no link: <http://www.rborl.org.br/criterios.asp>.

Carta ao Editor - Esta seção tem por objetivo fomentar o debate saudável entre nossos leitores e autores. Os textos submetidos pelo leitor nesta seção serão encaminhados aos autores dos artigos comentados, para que estes respondam às críticas ou elogios. A publicação na revista das Cartas ao Editor será feita a critério do Corpo Editorial e somente quando houver uma resposta do autor.

O texto está dividido em duas partes: quanto ao formato e quanto ao conteúdo.

Quanto ao formato

Extensão e apresentação

O artigo completo (Original e Revisão) não deve exceder 25 laudas de papel tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm), escritas em letra *Times New Roman* de tamanho 12, espaço

duplo entre linhas. Se o revisor considerar pertinente poderá sugerir ao autor a supressão de gráficos e tabelas ou mesmo condensação de texto.

Título e autores

Um bom título permite aos leitores identificar o tema e ajuda aos centros de documentação a catalogar e a classificar o material. O título deverá se limitar ao máximo de dez palavras e seu conteúdo deve descrever de forma concisa e clara o tema do artigo. O uso de títulos demasiado gerais, assim como de abreviaturas e siglas, deve ser evitado. Devem ser citados como autores somente aqueles que participaram efetivamente do trabalho. Um trabalho com mais de 7 autores só deverá ser aceito se o tema for de abrangência multidisciplinar ou de ciências básicas. Inserindo o nome completo de cada autor.

Consideramos salutar que os responsáveis pelo artigo identifiquem a atuação de cada um dos autores na confecção do trabalho. Lembramos que podem e devem ser considerados autores aqueles que cumprem as seguintes tarefas:

1. Concebem e planejam o projeto, assim como analisam e interpretam os dados,
2. Organizam o texto ou revisam criticamente o conteúdo do manuscrito,
3. Dão suporte e aprovação final ao artigo a ser submetido.

Todos os três critérios devem ser atingidos para que o indivíduo possa ser considerado autor ou co-autor. Critérios que não qualificam um indivíduo como autor são os seguintes:

1. Oferecer financiamento ou suporte de pesquisa,
2. Coletar dados para a pesquisa,
3. Dar supervisão geral a um grupo de pesquisa,
4. Ser chefe de serviço ou Titular de Departamento.

Se o indivíduo não se encaixar na figura de autor, mas tiver sua importância para o trabalho final, pode ser lembrado nos agradecimentos finais.

Resumo e palavras-chave (descritores)

Não poderá ser incluída no resumo nenhuma informação não contida no texto. Deve ser escrito em voz impessoal e NÃO deve conter abreviaturas ou referências

bibliográficas. O resumo deve ter a capacidade de ajudar o leitor a se decidir se há interesse em ler o artigo inteiro. Será, juntamente com o título, a única parte do texto que estará disponível na maior parte das bibliotecas e agências de catalogação e indexação, sendo, portanto, o cartão de visitas da pesquisa publicada. Artigos Originais e de Revisão DEVEM ser acompanhados de um resumo em português e outro em inglês de cerca de 200 palavras, com seus tópicos devidamente salientados (estruturado), e indicando claramente:

1. As premissas teóricas e justificativas do estudo (Introdução);
2. Os objetivos do estudo (Objetivo);
3. Método básico utilizado e descrição do artigo - revisão ou original - (Método);
4. Resultados principais e sua interpretação estatística - opcionais para estudos de revisão narrativa - (Resultados) e
5. Conclusões alcançadas (Conclusão).

Após o resumo, três a cinco descritores científicos devem ser inseridos baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings), estes podem ser acessado na página eletrônica da BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), www.bireme.org ou no próprio site do BJORL, no passo 4 da submissão.

Quanto ao conteúdo

Os ARTIGOS ORIGINAIS vem estar no chamado formato IMRDC: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões.

Na Introdução é onde estão o objetivo e a justificativa do trabalho. Nela devem estar presentes as razões e pertinência para a confecção do trabalho, sua importância e abrangência, lacunas, controvérsias e incoerências teóricas e as premissas teóricas ou experiências pessoais que levaram o autor a investigar o assunto. O(s) objetivo(s) deve(m) aparecer como último parágrafo da introdução. No Método espera-se encontrar a descrição da amostra estudada e um detalhamento suficiente do instrumento de investigação. Nos estudos envolvendo seres humanos ou animais deve ser informado o número de protocolo de aprovação do estudo pela Comissão de Ética da instituição onde o mesmo foi realizado.

A amostra deve ser bem definida e os critérios de inclusão e exclusão descritos claramente. Também a maneira de seleção e alocação em grupos deve ser esclarecida (pareamento, sorteio, sequenciamento, estratificação, etc).

O Método deve ter coerência com a questão apresentada e deve ser explicitado o desenho do estudo.

Os Resultados devem ser apresentados de forma sintética e clara. Tudo que conste deste item tem que ter sido extraído do método. O uso de gráficos e tabelas deve ser estimulado, assim como análises estatísticas descritivas e comparativas. Na Discussão esperamos que o autor apresente sua experiência pessoal no assunto, explore seus referenciais teóricos e discuta os resultados frente a estas premissas. Também é este o local para expor possíveis dificuldades metodológicas.

As Conclusões devem ser sucintas e se ater ao objetivo proposto. É fundamental que o método e os resultados obtidos por ele sejam suficientes para fundamentar os itens arrolados na conclusão.

Os RELATOS DE CASO devem conter introdução com revisão pertinente que justifique sua importância, seja pela raridade ou impacto clínico, apresentação do caso com riqueza de detalhes visuais e de descrição e comentários finais, com discussão das nuances que façam deste caso um artigo digno de publicação. Não há necessidade de envio de seu resumo.

1. Título - conciso e descritivo com no máximo 100 caracteres.
2. Palavras chave - no máximo 5 e em ordem alfabética.
3. Os textos não poderão ter mais de 5 autores, No caso de mais, uma justificativa deve ser enviada.
4. Corpo do texto estruturado em: Introdução, Apresentação do Caso, Discussão e Comentários Finais.
5. O texto completo, excetuando Título e Referência não deverá ultrapassar 600 palavras.
6. Referência - no máximo 6.
7. Aceitaremos 1 tabela ou figura apenas.

A CARTA AO EDITOR é utilizada para que os leitores da revista possam externar suas opiniões sobre os temas e artigos nela publicados. Sua submissão será através do sistema da internet, assim como qualquer outro artigo, devendo adequar-se à seguinte estruturação:

1. A carta será enviada ao autor do artigo, que terá 6 semanas para respondê-la;
2. A carta e a resposta serão publicadas no mesmo número da revista, e não haverá mais réplicas;
3. As cartas não serão revisadas pelo corpo editorial. Contudo, se apresentarem caráter pessoal ou agressivo, a critério do Editor, poderão ter sua publicação negada.

Referências

São essenciais para identificar as fontes originais dos conceitos, métodos e técnicas a que se faz referência no texto e que provêm de investigações, estudos e experiências anteriores; apoiar os atos e opiniões expressados pelo autor; e proporcionar ao leitor a informação bibliográfica que necessita para consultar as fontes primárias. As referências devem ser pertinentes e atualizadas, serão aceitas no máximo 50 referências para artigos originais e de revisão e 6 referências para artigos de relatos de casos. Todas as referências devem ser citadas no texto com números consecutivos em forma de superíndices, segundo a ordem de sua aparição. No final do artigo estas citações farão parte das referências da seguinte forma:

Artigos de Revistas Científicas

É necessário proporcionar as seguintes informações: autor(es), título do artigo, título abreviado da revista em que este se publica; ano; volume (em números arábicos), número e página inicial e final. Toda a informação se apresenta na língua original do trabalho citado. As abreviaturas dos periódicos devem ser baseadas no "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", disponível pelo site <http://www.icmje.org>. A seguir mostramos alguns exemplos que ilustram o estilo de Vancouver para a elaboração e pontuação de citações bibliográficas. Cabe ressaltar que quando as páginas final e inicial de uma citação estão em uma mesma dezena, centena, milhar etc. não há necessidade de grafar-se números repetidos. Por exemplo, uma referência que se inicia na página 1320 e termina na 1329, deverá constar como 1320-9.

a. De autores individuais

Os sobrenomes e iniciais dos primeiros seis autores e, se mais de 6, segue a expressão "et al.". Exemplos: Kerschner H, Pegues JAM. Productive aging: a quality of life agenda. *J Am Diet Assoc.* 1998; 98(12):1445-8. Bin D, Zhilhui C, Quichang L, Ting

W, Chengyin G, Xingzi W et al. Duracion de la inmunidad lograda con la vacuna antisarampionosa con virus vivos: 15 años de observación em la província de Zhejiang, China. Bol Oficina Sanit Panam. 1992;112(5):381-94.

b. Que constam de várias partes:

Lessa A. I. Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio na cidade do Salvador: II, Fatores de risco, complicações e causas de morte. Arq Brás Cardiol. 1985;44:225-60.

c. De autor cooperativo:

Se constar de vários elementos, mencionar do maior ao menor. Em revistas publicadas por organismos governamentais ou internacionais, pode-se atribuir ao organismo responsável os trabalhos sem autor. Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. Bull Pan Am Health Organ. 1993;27(3):287-95. Organisation Mondiale de la Santé, Groupe de Travail. Déficit en glucose-6-phosphatase déshydrogenase. Bull World Health Organ. 1990;68(1):13-24.

d. Quando sem autor:

Só utilizar se dão detalhes acerca de informes escritos que os leitores possam solicitar e obter. É importante indicar o nome exato da entidade coletiva responsável pelo documento, além de seu título completo, cidade, ano e número. Se possível, informar a fonte do documento. Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994;84:15.

e. Volume com suplemento:

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect. 1994;102 Suppl 1:275-82.

f. Número com suplemento:

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Womens psychological reactions to breast cancer. Semin Oncol. 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

g. Volume com parte

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann Clin Biochem. 1995;32(Pt 3):303-6.

h. Número com parte

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in ageing patients. N Z Med J. 1994;107(986 Pt 1):377-8.

i. Número sem volume

Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. Clin Orthop. 1995;(320):110-4.

j. Sem número ou volume

Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. Curr Opin Gen Surg. 1993:325-33.

k. Paginação em números romano

Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. Hematol Oncol Clin North Am. 1995 Apr;9(2):xi-xii.

l. Tipo de artigo indicado caso necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinsons disease [carta]. Lancet 1996;347:1337. Clement J, De Bock R. Hematological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [resumo]. Kidney Int. 1992;42:1285.

m. Artigo contendo retratação

Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in EL mice [retratação de Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. In: Nat Genet 1994;6:426-31]. Nat Genet. 1995;11:104.

n. Artigo resumido

Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocious IRBP gene expression during mouse development [resumido em Invest Ophthalmol Vis Sci 1994;35:3127]. Invest Ophthalmol Vis Sci. 1994;35:1083-8.

o. Artigo com errata publicada

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair [errata publicada aparece em West J Med 1995;162:278]. West J Med. 1995;162:28-31.

Livros ou outras Monografias***a. De autoria pessoal***

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

b. Editor(es), compilador(es) como autor(es)

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

c. Organização como autora e publicadora

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

d. Capítulo em livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. Em: Laragh JH, Brenner BM, editores. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

e. Anais de conferência

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996. Quando publicado em português: Costa M, Hemodiluição para surdez súbita. Anais do 46th Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia; 2008 Out 23-25; Aracaju, Brasil. São Paulo, Roca; 2009.

f. Apresentação oral publicada

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

g. Relatório técnico ou científico

Elaborado através de apoio/financiamento da empresa XXX: Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Relatório final. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No.: HHSIGOEI69200860.

ou

Elaborado através de apoio/financiamento da empresa XXX: Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCPR282942008. Apoiado pela Agency for Health Care Policy and Research.

h. Dissertação

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderlys access and utilization [dissertação]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

i. Patente

Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Methods for procedures related to the electrophysiology of the heart. US patent 5,529,067. 1995 Jun 25.

Material não publicado

Não se considera referência apropriada os resumos (abstracts) de artigos, os artigos que ainda não tenham sido aceitos para a publicação e os trabalhos ou documentos inéditos que não sejam facilmente acessáveis ao público. Excetuam-se os artigos já aceitos, mas pendentes de publicação e aqueles documentos que, ainda que inéditos, possam encontra-se com facilidade. Nesta categoria encontram-se as teses, alguns documentos de trabalho de organismos internacionais, protocolos de trabalhos científico registrados em comitês de ética e informes apresentados em conferências.

a. No prelo

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996.

Se for absolutamente necessário citar fontes inéditas difíceis de conseguir, pode-se mencionar no texto (entre parênteses) ou como nota de rodapé. A citação no texto far-se-á da seguinte maneira:

"Foi observado¹ que..."

e ao pé da mesma página do artigo colocar-se-á a nota correspondente:

1 Lanos-Cuentas EA, Campos M. Identification and qualification of the risk factors associated with New World cutaneous leishmaniasis. In: International Workshop on control strategies for Leishmaniasis, Ottawa, June 1-4, 1987.

Ou

1 Herrick JB [e outros]. [Carta a Frank R Morton, secretário, Associação Médica de Chicago]. Documentos de Herrick. [1923]. Documentos incluídos na: University of Chicago Special collections, Chicago, Illinois, EUA.

Material eletrônico

a. Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [citado 1996 Jun 5];1(1):[24 telas]. Encontrado em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm> 34. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [monografia em CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

b. Base de dados

Compact library: AIDS [base de dados em CD-ROM atualizada cada 3 meses]. Versão 1,55^a. Boston: Massachusetts Medical Society, Medical Publishing Group; 1980. [1 disco compacto; sistema operacional: IBM PC, OS/2 ou compatível; 640K de memória; MS-DOS 3.0 ou mais recente, extensão Microsoft CD-ROM]

Tabelas

As Tabelas, devem ser apresentadas em formato .doc (Microsoft Word) ou .xls (Microsoft Excel), cujo propósito é agrupar valores em linhas e colunas fáceis de assimilar, devem apresentar-se em uma forma compreensível para o leitor; devem explicar-se por si mesmas e complementar - não duplicar - o texto. Não devem conter demasiada informação estatística, pois acabam incompreensíveis e confusas. Utilize a quantidade exata de linhas e colunas para a montagem da tabela. Linhas e colunas vazias ou mescladas poderão desformatar a tabela, tornando-a incompreensível. Devem ter um título breve, mas completo, de maneira que o leitor possa determinar, sem dificuldade, o que se tabulou; indicar, além disso, lugar, data e fonte da informação. O título deve estar acima da tabela. O cabeçalho de cada coluna deve incluir a unidade de medida e ser o mais breve possível; deve indicar-se claramente a base das medidas relativas (porcentagens, taxas, índices) quando estas são utilizadas. Só se deve deixar em branco as caselas correspondentes a dados que não forem aplicáveis; deve-se usar três pontos quando faltar informação porque não se inseriram observações. As chamadas de notas se farão mediante letras colocadas como expoentes em ordem alfabética: a, b, c etc.

Digite ou imprima cada tabela com espaçamento duplo em uma folha separada de papel. Não submeta tabelas como fotografias. Numere as tabelas consecutivamente na ordem da sua citação no texto. Dê a cada coluna um título curto ou abreviado. Coloque as explicações necessárias em notas de rodapé, não no título. Explique em notas de rodapé todas as abreviações sem padrão que são usadas em cada quadro.

Identifique medidas estatísticas de variações, como desvio padrão e erro padrão da média.

Não use linhas horizontais e verticais internas.

Esteja seguro que cada tabela esteja citada no texto.

Se você usa dados de outra fonte, publicada ou inédita, obtenha permissão e os reconheça completamente.

O uso de muitas tabelas em relação ao comprimento do texto pode produzir dificuldades na diagramação de páginas.

Lembre-se que o *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* aceita artigos com 25 laudas em sua totalidade.

O editor, ao aceitar o artigo, pode recomendar que quadros adicionais que contenham dados importantes mas muito extensos sejam depositadas em um serviço de arquivo, como o Serviço de Publicação Auxiliar Nacional nos Estados Unidos, ou os faça disponíveis para os leitores. Nesta situação, uma declaração apropriada será acrescentada ao texto.

Submeta tais quadros para consideração com o artigo.

Figuras

As ilustrações (gráficos, diagramas, mapas ou fotografias, entre outros) devem ser utilizadas para destacar tendências e comparações de forma clara e exata; serem fáceis de compreender e agregar informação, não duplicá-la. Seus títulos devem ser tão concisos quanto possível, mas ao mesmo tempo muito explícitos, localizado na parte inferior da figura.

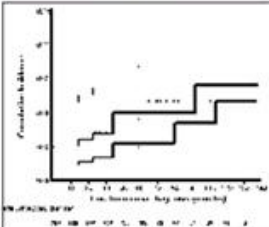
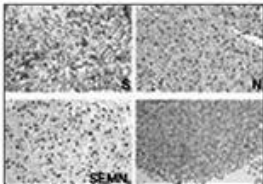
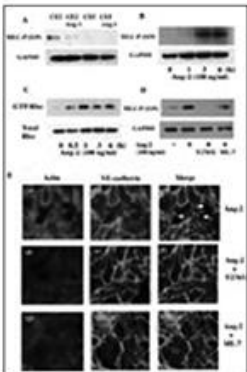
Não se colocam notas ao pé da figura, mas se identifica a fonte se tomada de outra publicação. Havendo espaço, a explicação dos gráficos e mapas deverá ser incluída dentro da própria figura.

Figuras devem ser profissionalmente desenhadas ou fotografadas. Desenhos à mão livre são inaceitáveis. Títulos e explicações detalhadas devem ficar na legenda e não na figura.

Microfotografias devem ter marcadores de escala internos. Símbolos, setas ou cartas usados em microfotografias devem contrastar com o fundo.

Se fotografias das pessoas forem usadas, ou os mesmos não devem ser identificáveis ou suas fotos devem ser acompanhadas de permissão escrita para seu uso e publicação.

As figuras devem ser numeradas consecutivamente de acordo com a ordem na qual elas foram citadas no texto. Se uma figura já foi publicada previamente, deve ser reconhecida a fonte original e submetida a permissão escrita do proprietário protegido por direitos autorais para reproduzir o material. Permissão é requerida independente de autoria ou publicador, com exceção de documentos no domínio público.

Tipo	Exemplo	Formato	Resolução
LineArt (imagens com linhas lineares, normalmente gráficos com texto)		TIF ou JPEG	900 a 1200dpi Largura: 2700px
Halftone (imagens, normalmente fotografias)		TIF ou JPEG	300dpi Largura: 900px
Combo (mistura de gráfico e imagem)		TIF ou JPEG	500 a 900dpi Largura: 2700px

Legendas para Ilustrações

Digite em espaçamento duplo, começando em uma página separada, com numeral árabe que corresponde à ilustração.

Quando usados símbolos, setas, números, ou cartas para identificar partes das ilustrações, identificar e explicar cada um claramente na legenda. Explique a escala interna e identifique o método de coloração das microfotografias.

Unidades de Medida

Medidas de comprimento como altura, peso e volume devem ser informadas em unidades métricas (metro, quilograma, ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser informadas em graus centígrados. As pressões sanguíneas devem ser em milímetros de mercúrio.

Os dados hematológicos e medidas de análise laboratoriais devem aparecer no sistema métrico em termos do Sistema Internacional de Unidades (SI).

Abreviaturas e siglas

Utilizar o menos possível. Na primeira vez que uma abreviatura ou sigla aparece no texto, deve-se escrever o termo completo a que se refere, seguido da sigla ou abreviatura entre parênteses, como no exemplo, Programa Ampliado de Imunização (PAI). Devem ser expressas em português, por exemplo, DP (desvio padrão) e não SD (standard deviation), exceto quando correspondam a entidades de alcance nacional (FBI) ou conhecidas internacionalmente por suas siglas não portuguesas (UNICEF), ou a substâncias químicas cujas siglas inglesas estão estabelecidas como denominação internacional, como GH (hormônio do crescimento), não HC.

Instruções gerais para submissão on-line de manuscritos usando o SGP - Sistema de Gestão de Publicações do BJORL

Os manuscritos deverão ser submetidos em português ou inglês.

A submissão on-line deverá ser feita através do endereço do SGP/BJORL na internet: www.bjorl.org.br/sgp. Quando entrar neste link, o sistema irá pedir seu nome de usuário e senha caso já esteja cadastrado. Caso contrário clique no botão "Quero me cadastrar" e faça seu cadastro. Ou ainda, caso tenha esquecido sua senha, use o mecanismo para lembrar sua senha, que gerará um e-mail contendo sua senha. As regras para formatação do artigo encontram-se descritas no link <http://www.bjorl.org.br/portugues/criterios.asp>. Lembramos ainda que nos estudos que envolvam seres humanos ou animais deverá ser informado o número de **protocolo de aprovação** do estudo pela Comissão de Ética da instituição onde o mesmo foi realizado.

O processo de submissão é composto de oito passos, sendo eles:

1º: Informar Classificação

2º: Enviar imagens para o seu artigo

3º: Cadastrar Co-autores

4º: Informar Título e Palavras-chave

5º: Informar Resumo e Comentários

6º: Montar Manuscrito

7º: Copyright (Cessão de Direitos)

8º: (Último passo) Aprovação do Autor (Finalizar submissão)

Após a submissão, o sistema oferece a opção de salvar uma cópia de seu manuscrito em formato PDF para seu controle. A Revista encoraja fortemente que os autores submetam eletronicamente manuscritos preparados em WordPerfect, Microsoft Word ou Pages, pois no passo "Montar Manuscrito", será exibida uma tela que simula o Word, onde é possível "copiar e colar" de qualquer editor de texto, inclusive as tabelas. Imagens e gráficos tem regras próprias, descritas abaixo.

Submissão on-line passo a passo:

A formatação do texto não é necessária, pois será feita automaticamente pelo Sistema SGP, e posteriormente caso seja aprovado, receberá a formatação padrão do BJORL durante a diagramação para impressão. O processo de submissão é composto de 8 passos, sendo eles:

1º Passo: Informar Classificação

Escolhendo entre as opções: Artigo Original, Relato de Caso, Carta ao Editor, Revisão Sistemática e Revisão.

2º Passo: Enviar imagens para o seu artigo

As imagens deverão obrigatoriamente estar em formato JPG, ou TIF. Caso necessite alterar o formato de suas imagens entre na seção DOWNLOADS no SGP em: <http://www.bjorl.org.br/SGP/naveg/downloads.asp> e faça o download de algum dos programas freeware oferecidos para edição de imagens (requer senha de acesso). O sistema envia grupos de até cinco imagens por vez. Para submeter mais de cinco imagens, basta clicar no botão "Enviar mais imagens". Logo após serão exibidas miniaturas das imagens, clique no ícone ao lado da imagem, para editar o título e legenda de cada imagem submetida. Lembre-se sempre de verificar a resolução mínima requerida para cada tipo de imagem, conforme tabela citada anteriormente.

3º Passo: Cadastrar Co-autores

Cadastre, obrigatoriamente cada co-autor, informando nome completo, cargo e titulação. O CPF poderá ser informado posteriormente. A ordem dos co-autores pode ser alterada facilmente usando as "setas" exibidas na tela.

4º Passo: Informar Título e Palavras-chave

Informe o título do trabalho, em português e inglês, e as Palavras-chave (português) e Keywords (inglês). ESTAS PALAVRAS DEVERÃO ESTAR CONTIDAS NO DECS E NO MESH que podem ser encontrados no SGP em todas as telas. Importante: O sistema não aceitará trabalhos duplicados em nome do mesmo autor principal. Caso o mesmo trabalho seja submetido por autores diferentes, a BJORL se reserva o direito de excluir tais trabalhos do sistema.

5º Passo: Informar Resumo e Abstract

O Resumo/Abstract deverá obrigatoriamente conter o máximo de 200 palavras, pois o excedente será cortado automaticamente pelo sistema, e um aviso será exibido ao autor. Deve obrigatoriamente estar estruturado em: Introdução, Objetivo, Método, Resultado e Conclusão. Do contrário o sistema o bloqueará. O autor deverá preencher os campos: Instituição, Nome e endereço para correspondência, Suporte financeiro (Deverá ser provida qualquer informação sobre concessões ou outro apoio financeiro), e a carta ao editor (opcional). Importante: O limite máximo aceito pelo sistema de submissão on-line para os resumos em português e inglês é de 200 palavras. Sendo que o excedente será cortado automaticamente pelo sistema.

6º Passo: Montar Manuscrito

Nesta tela é exibido um simulador do Word, com todas as funcionalidades de formatação de texto necessárias. Para inserir seu texto neste campo, simplesmente selecione todo seu trabalho e copie e cole no campo de montagem do manuscrito (artigo). Somente selecione textos e tabelas, pois as imagens já deverão ter sido enviadas no 2º passo e serão inseridas no final do trabalho automaticamente. **Importante:** Nunca coloque neste campo os nomes de autores, co-autores, ou qualquer outra informação que possa identificar onde o trabalho foi realizado (Instituição, Hospital, etc.). Tal exigência se deve ao fato de o processo de revisão transcorrer em regime de duplo-cego. A não observância deste detalhe fará com que seu trabalho seja devolvido como FORA DE PADRÃO, para que seja corrigido pelo autor, e conseqüentemente atrasará a publicação final, caso seja aprovado.

7º Passo: Copyright (Cessão de Direitos)

Neste passo é exibida a tela com o Termo de Copyright, que deve ser impressa, para que o autor colha as assinaturas, e informe os CPFs de cada co-autor. Em seguida este documento deverá ser enviado para a sede do BJORL pelo correio ou para o FAX: +55 (11) 5053-7512. Antes de imprimir, certifique-se de ter respondido as duas perguntas no final do termo. Importante: O SGP oferece a opção de impressão deste termo de copyright, clicando no link "Gerar termo de copyright".

8º Passo: (Último passo) Aprovação do Autor (Finalizar submissão)

Este é o último passo para completar a submissão do artigo. Nesta tela o autor terá a opção de visualizar seu trabalho no sistema e também pode salvar uma versão em PDF de seu trabalho recém submetido. Importante: O autor deverá clicar no link "**APROVAR MANUSCRITO**" para que seu trabalho seja encaminhado a Secretaria do BJORL para conferência e confirmação.

Procedimentos após a submissão (Notificações via e-mail) - Ao terminar a submissão de seu trabalho, será gerado um e-mail informando se a submissão foi efetuada corretamente, outro e-mail será gerado após conferir se o mesmo está dentro dos padrões. Caso o artigo esteja "Fora de padrão", o autor será avisado por e-mail e poderá corrigi-lo entrando no SGP/BJORL em www.rborl.org.br/sgp.

Os autores poderão acompanhar a tramitação de seu trabalho a qualquer momento pelo SGP/BJORL, através do código de fluxo gerado automaticamente pelo SGP, ou ainda pelo título de seu trabalho. **Importante:** Como o sistema gera e-mails automaticamente conforme seu artigo estiver tramitando, é imprescindível, que o autor **DESABILITE** seus filtros de SPAM em seus respectivos provedores, ou que configurem suas contas de e-mail para **ACEITAR** qualquer mensagem do domínio BJORL.ORG.BR. Para informações sobre como configurar seu filtro de spam entre em contato com seu provedor de acesso.

Diretrizes para elaboração do manuscrito

Caso tenha alguma planilha transforme-a em tabela no Word (ou Wordperfect) e copie-a e cole-a na tela do 8º passo da submissão, e no caso dos gráficos converta-os para o formato de imagem JPG.

A BJORL solicita que os autores arquivem em seu poder as imagens originais, pois caso as imagens submetidas on-line apresentem algum impedimento para impressão, entraremos em contato para que nos envie estes originais.

Aviso: Mantenha seu cadastro (e-mail, endereço, etc.) atualizados, pois nossa comunicação com os autores é exclusivamente por e-mail.

Para maiores informações, acesse:
<http://www.bjorl.org.br/portugues/criterios.asp>