

Perfil epidemiológico das neoplasias orais malignas no município de São Paulo, Brasil

Ellen Fortes de OLIVEIRA^a, Olga Maria Panhoca da SILVA^b,

Isaac Tobias BLACHMAN^c, Marcio Ricardo Barros PIO^d

^a*Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Federal do Piauí*

^b*Pós-doutora pelo Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, USP,
01246-904 São Paulo - SP*

^c*Mestre em Distúrbios de Comunicação Humanas, Otorrinolaringologia,
Estomatologia, UNIFESP, 04023-900 São Paulo - SP*

^d*Médico graduado pela Universidade Federal do Piauí, residente em Otorrinolaringologia
no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo*

Oliveira EF, Silva OMP, Blachman IT, Pio MRB. Epidemiologic oral cancer profile in São Paulo city, Brazil. Rev Odontol UNESP. 2005; 34(4): 141-47.

Resumo: O câncer oral é um problema de saúde pública crescente nos dias atuais, sendo o Brasil o 8º colocado na estimativa de casos novos para o ano de 2003 e, mesmo assim, não apresenta uma política de saúde condizente com sua situação. Este estudo consiste em uma pesquisa descritiva e retrospectiva utilizando todos os casos de câncer oral incidentes no município de São Paulo nos anos de 1997, 1998 e 1999, considerando distribuição morfológica, gênero (sexo), idade e localização anatômica, seguindo as normas da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia da Organização Mundial da Saúde (CID-O). O câncer oral é subdividido segundo a localização em regiões anatômicas e, no presente estudo, consideraremos os sítios: lábio, língua e boca. As neoplasias malignas nos três anos investigados totalizam 2.638 casos, havendo maior incidência das neoplasias de células escamosas; porém, outros tipos morfológicos também foram observados com relevância, como adenomas e adenocarcinomas, neoplasias mucoepidermóides presentes em 6% das mulheres e as neoplasias epiteliais em 7% dos homens. Houve predominância do sexo masculino, atingindo idades precoces (1 - 4 anos) e mostrando maior incidência a partir do grupo etário de 35 a 39 anos; o sítio mais atingido foi a boca, seguida pela língua e lábio. Foi observado que 332 casos de neoplasias não apresentavam especificação do tipo morfológico, demonstrando a falta de suporte para o diagnóstico e o tratamento de câncer no município de São Paulo e, conseqüentemente, no Brasil. Diante dessa realidade alarmante, é necessária uma mudança na atitude dos serviços voltados para o diagnóstico histopatológico com a utilização de métodos simples, porém eficazes, que permitam obter informações indispensáveis para a condução dos casos, a prevenção da doença e o esclarecimento dos pacientes.

Palavras-chave: *Neoplasias bucais; incidência; estudos retrospectivos; fatores sexuais; classificação internacional de doenças.*

Abstract: The oral cancer is an increasing public health problem nowadays, and Brazil is in the 8th position in the estimative of the new cases for the year 2003, however it doesn't present a project of health according to its situation. This study consists in a descriptive and retrospective research using all the cases of oral cancer occurred in the city of São Paulo in 1997, 1998 and 1999, considering the morphologic distribution, sex, age and anatomical localization and follow the Classificação Internacional de Doenças para Oncologia da Organização Mundial da Saúde's (CID-O) rules. The oral cancer is subdivided according to the localization in anatomical parts. In the actual study we will consider the parts: lip, tongue and mouth. Malignant neoplasms totalize 2,638 cases, there is a bigger incidence in the scamous cells carcinoma, but others morphological types were observed with relevance, for example: adenomas and adenocarcinomas,

mucoepidermoides neoplasm present in 6% of women and the epithelial neoplasm in 7% of men. There was predominance for the masculine sex, reaching premature ages from 1 to 4 years old and showing bigger incidence from the group 38-39 years. Mouth is the place more affected followed for tongue and lip. It was observed that 332 neoplasm cases don't present description of the morphological type, showing the lack of support to cancer diagnostic and treatment in Sao Paulo city and consequently in Brazil. Based on this alarming reality it's necessary a change of attitude about histological diagnostic services, using simple methods, however efficacious, that allow clear and necessary informations to the patients for the cases' conduction, prevention and patients' explanation.

Keywords: *Mouth neoplasms; incidence; retrospective studies; sex factors; international classification of diseases.*

Introdução

Durante o século XX, muitas modificações demográficas e econômicas ocorreram no Brasil, com conseqüências marcantes nas taxas de incidência, prevalência e mortalidade de diversas doenças. Houve uma diminuição relativa de contingentes populacionais nas faixas etárias mais jovens devido à queda da natalidade após os anos 70, a ampliação da população nas faixas etárias mais idosas como reflexo do aumento da esperança de vida ao nascer e queda da mortalidade infantil e na infância. Esse processo é conhecido como transição demográfica e é acompanhado pela transição epidemiológica, ou seja, novos padrões de mortalidade e morbidade da população. A transição epidemiológica está relacionada a fatores sociais, econômicos e demográficos. Países que conseguiram atingir níveis de desenvolvimento mais elevados caminham para o declínio das doenças infecciosas e parasitárias, um aumento da sobrevivência em direção às idades mais avançadas e aumento das mortes por doenças não transmissíveis, mais precisamente as crônicas-degenerativas e, entre estas, os tumores¹.

Os tumores são a terceira causa de morte no Brasil, representando 10,2% dos óbitos em 1990 e 10,9% em 1994. Representam 107.950 óbitos por ano e um coeficiente de mortalidade, por sexo, de 80,2 em 100.000 homens e de 67,1 em 100.000 mulheres².

Conforme dados do INCA³, os tumores de boca figuram como a sétima forma de neoplasia mais freqüente no Brasil. Em todo o mundo, ocorrem cerca de 210 mil casos novos por ano⁴. No Brasil estimou-se, para o ano de 2003, um total de 10.635 casos novos de câncer oral (segundo localização primária). Semelhante a outras neoplasias malignas, acomete principalmente pessoas acima de 40 anos de idade, e a média do diagnóstico é aos 63 anos de idade⁵. Há uma enorme variação, entre os países, na incidência das neoplasias malignas orais, variando de uma taxa de 1% a 2% de todos os tumores malignos no Japão, acima de 40% no Sri-Lanka e próximo aos 50% na Índia⁴. Em razão da grande variação de taxas, a doença deve ser

encarada de acordo com as características sócio-culturais da população, o nível de acesso e a tecnologia dos serviços de saúde. Incorporados à cultura, podem ser observados os maiores fatores de risco para o câncer oral, sendo eles o uso de tabaco e o abuso no consumo de bebidas alcoólicas. A dieta rica em produtos carcinogênicos e pobre em frutas e vegetais predispõe ao câncer de boca, porém outros fatores de risco como infecções por vírus, status sócio-econômico e predisposição genética também podem ser considerados importantes⁶.

Costuma-se enfatizar a prevalência dos cânceres de boca em homens idosos, sendo relatado principalmente o carcinoma de células escamosas ou carcinoma espinocelular. São também relatadas taxas de incidência de câncer de boca em torno de 90% a 99%, sem que tenham sido citados os levantamentos com bases populacionais e locais para essa informação. Assim a diversidade real dos tipos morfológicos de câncer oral não é realmente considerada, o que dificulta o diagnóstico preciso desses tumores em crianças, jovens e mulheres⁷.

Ante a diversidade de informações, decidiu-se, então, elaborar este trabalho a fim de alertar a comunidade odontológica sobre o perfil real do câncer oral na região da cidade de São Paulo.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é estudar a incidência do câncer oral no município de São Paulo, no período de 1997 a 1999, levando em consideração a distribuição por sexo, idade, tipo morfológico e localização anatômica de ocorrência, traçando um perfil do padrão de incidência da doença.

Material e método

O universo de estudo considerado foi constituído de todos os casos de câncer reportados ao Serviço de Registro de Câncer de São Paulo (RCSP) no triênio 1997 - 1999. Esse

período foi escolhido por ser o triênio com registros de dados completos e mais recentes disponíveis para a pesquisa*.

Este trabalho segue as especificações da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O)⁸. Sendo assim, a denominação dos tumores, a localização anatômica dos tumores e a codificação têm base para comparação internacional.

Foram eleitas para este estudo, dentre os cânceres orais, três regiões anatômicas: lábio, língua e boca, enfatizando-se que o que se denominou “oral” é para descrever os tumores localizados nas três regiões e que a localização “boca” exclui as regiões lábios e língua e inclui gengiva, palato, mucosa, assoalho da boca, vestíbulo, área retromolar e boca não especificada. Esses tumores estão catalogados na CID-O, no grupo compreendido entre C0 e C6⁹.

Para melhor detalhar o tumor, a CID-O inicia-se pela letra “M” e descreve o câncer oral sob códigos de cinco dígitos, de 8000/0 a 9989/1. Os quatro primeiros dígitos indicam o tipo morfológico específico e o quinto dígito, após a barra (/), é um código de comportamento biológico, indicando se o tumor é benigno (/0); incerto se maligno ou benigno, “*boderline*”, baixo potencial de malignidade (/1); carcinoma *in situ*, intra-epitelial, não-infiltrativo, não-invasivo (/2); maligno, localização primária (/3); maligno, localização metastática (/6); ou maligno, incerto se primário ou metastático (/9). Geralmente essa definição não é usada em registros de câncer. A gradação histológica ou diferenciação para linfomas ou leucemias é distinta⁸.

Estudaram-se todos os casos incidentes no período, mas alguns casos não apresentavam descrição do tipo morfológico do tumor. Os tipos morfológicos de câncer foram apresentados segundo a CID-O⁸. Nos casos em que não existe a descrição do tipo de tumor ou quando a descrição não especifica detalhadamente o tumor para que este seja corretamente classificado, a classificação passa a ser em grupos gerais e descritos como **sem outra especificação ou definição morfológica – SOE** (CID-O). Essas lacunas ocorrem devido à falta de preenchimento correto dos dados pelos serviços, impossibilitando a informação para o Registro de Câncer*.

O Registro de Câncer de São Paulo (RCSP) - Registro de Câncer de Base Populacional - está integrado ao Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e foi implantado em 1969, baseando-se em informações coletadas de forma ativa e utilizando uma ficha padronizada pela OMS, contando com arquivos dos casos de câncer do município de São Paulo de 338 fontes de informação para os anos aqui considerados, entre hospitais gerais, especializados e de câncer, clínicas gerais e de prevenção de câncer, serviços de radioterapia, quimioterapia e de oncologia, casas de repouso, laboratórios

de patologia e citologia, e serviços de autópsia. O RCSP considera ter 100% de informação sobre casos novos no município*.

A área de abrangência do serviço de registro de câncer do município de São Paulo compreende 1.509 Km², tendo uma população estimada (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2004), para 1997 em 9.887.614 habitantes; para 1998, em 9.927.868 habitantes e, para 1999, em 9.968.485 habitantes. O RCSP cataloga o caso de câncer e não o paciente com câncer, de modo que, se uma mesma pessoa tem mais de uma neoplasia maligna, os tumores são registrados separadamente. Os dados disponibilizados pelo RCSP já vêm classificados*.

Este estudo considerou as seguintes variáveis: localização anatômica da lesão, tipo histológico ou morfologia da lesão, ano do registro, gênero e idade da pessoa portadora do tumor na data do registro. Utilizou-se, para o cálculo de incidência por gênero, a composição porcentual do censo do ano de 2000 – feminino 52,3% e masculino 47,7% (IBGE, 2004).

Resultado

Para o triênio de 1997 a 1999 e localização anatômica considerada, foram encontrados 2.638 casos novos, sendo 1.946 para o gênero masculino e 692 para o feminino (Tabela 1), podendo-se obter um coeficiente de incidência anual de 26,6 por 100.000 habitantes, sendo 41,1 para os homens e 13,3 para as mulheres.

A incidência de câncer oral, segundo idades e de acordo com a localização anatômica de ocorrência da neoplasia, é ilustrada na Figura 1.

Considerando-se a localização lábio, podemos observar casos a partir de 30 anos, aumento da incidência a partir dos 40, estabilização desse porcentual até os 74 anos e novamente aumento a partir dos 75. Em língua, houve registro de casos novos em grupos etários de menos idade, como 15-19 e 20-24 anos, predominando a incidência a partir de 40-44 anos em todos as idades consideradas.

Os tumores mostram uma maior incidência a partir do grupo etário de 35 a 39 anos, mas verificou-se que os tumores localizados na boca estão presentes nos grupos etários de crianças e jovens, havendo quatro casos no grupo de 1 a 4 anos, em que apenas 1, no ano de 1999, teve como especificação carcinoma de células escamosas.

Quando considerada a distribuição porcentual dos casos segundo a localização anatômica, é possível verificar que, de 1 a 14 anos, a localização anatômica é restrita à região boca. A ocorrência dos casos em língua tem início aos 15 anos, aumentando até os 30 anos e, a partir dessa idade, se obtém uma média de 39,5% de casos para essa

*Mirra AP. (Registro de Câncer de São Paulo) Comunicação pessoal, 2004.

Tabela 1. Distribuição dos casos segundo localização anatômica e gênero, triênio 1997-1999

Sexo	Variáveis	Lábio	Língua	Boca	Total
Masculino	Casos do triênio	231	797	918	1946
	Média anual	77	265,6	306	648,6
	Coeficiente por 100.000 habitantes	4,9	16,8	19,4	41,1
Feminino	Casos do triênio	82	257	353	692
	Média anual	27,3	85,6	117,6	230,6
	Coeficiente por 100.000 habitantes	1,6	4,9	6,8	13,3
Total	Casos do triênio	313	1054	1271	2638
	Média anual	104,3	351,3	423,6	879,3
	Coeficiente por 100.000 habitantes	3,2	10,6	12,8	26,6

Fonte: Registro de Câncer de São Paulo.

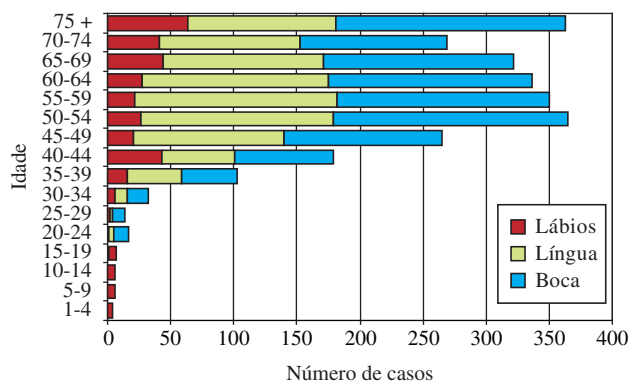


Figura 1. Número de casos de câncer oral segundo faixas etárias e localização anatômica para o triênio 1997/1999. Fonte: Registro de Câncer de São Paulo.

localização. O câncer de lábio aparece aos 20 anos e se mostra com incidência máxima de 24% para a idade de 40 a 44 anos e com média de incidência a partir dos 30 anos de 13,4% (Figura 2).

Segundo a codificação da CID-O, foram observados 36 tipos morfológicos de câncer oral com os códigos de 8000/3 a 9680/3. Verificou-se que 332 casos de neoplasias não apresentaram especificação, isto é, não foram descritos histologicamente, correspondendo ao código 800 Neoplasias, SOE (8000.3 Neoplasia maligna, 8001.3 Células tumorais malignas) e retratando 4,1% dos tumores em lábio, 14,3% em língua e 13,2% em boca. Quanto ao gênero, o masculino apresentou 12,5% indefinidos; 13,6% em língua e 3,9% em lábio, e, para o gênero feminino, não se identificou o tipo morfológico de 15% dos tumores de boca, sendo 16,7% outros em língua e 4,9% em lábio.

Desconsiderando as neoplasias sem outra especificação (SOE), pode-se verificar os tipos morfológicos particulares definidos em 2.306 casos. Os casos de carcinoma de células

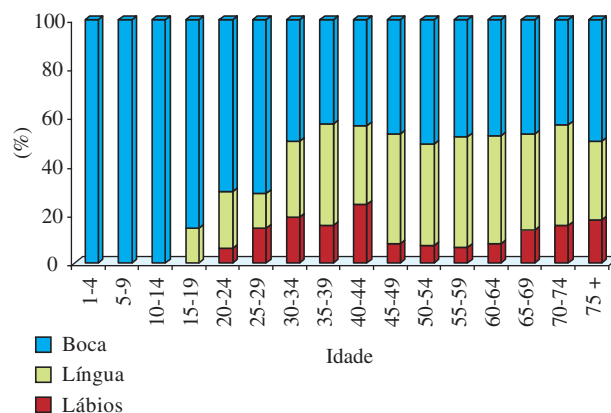


Figura 2. Distribuição percentual dos casos de câncer segundo faixas etárias e localização anatômica. Fonte: Registro de Câncer de São Paulo.

escamosas totalizaram no período estudado 2.073 casos. Seguem-se outras neoplasias: epiteliais, glandulares, mucoepidermóides. Todos os outros tipos não alcançam 1% de incidência, conforme Tabela 2.

Para o lábio (Tabela 2), predominam em ordem decrescente, segundo o tipo morfológico: Neoplasias de células escamosas (Carcinoma de células escamosas, SOE) em 96%, seguida pelas Neoplasias epiteliais (Carcinoma, SOE) em 2%, Adenomas e adenocarcinomas (Adenocarcinoma, SOE) em 1% e em 0,3% as neoplasias mucoepidermóides (Carcinoma mucoepidermóide), as de células acinosas (Carcinoma de células acinares) e os nevos e melanomas (Melanoma maligno, SOE).

Quanto aos tumores de língua (Tabela 2), também predominam os de células escamosas (carcinoma de células escamosas, SOE) em 93,4%, seguidos pelas Neoplasias epiteliais (Carcinoma, SOE) em 4,8% e Adenomas e adenocarcinomas (Adenocarcinoma, SOE) em 0,7%. As neoplasias

Tabela 2. Distribuição dos tipos morfológicos das neoplasias orais segundo gênero e localização anatômica para o triênio 1997 a 1999

Tipo morfológico	Masculino						Feminino						Ambos os sexos						Todas as localizações	
	Lábio		Língua		Boca		Lábio		Língua		Boca		Lábio		Língua		Boca		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Neoplasias Epiteliais, SOE	5	2,2	28	4,1	38	4,7	1	1,28	15	7,0	19	6,3	6	2,0	43	4,8	57	5,2	106	4,6
Neopl. de Células escamosas	214	96,4	649	94,2	712	88,7	74	94,9	194	90,6	230	76,7	288	96,0	843	93,4	942	85,4	2073	89,9
Adenomas e Adenocarcinomas	2	0,9	4	0,6	19	2,4	1	1,3	2	0,9	22	7,3	3	1,0	6	0,7	41	3,7	50	2,2
Neopl. Mucoepidemoides	1	0,5	3	0,4	10	1,2	-	-	-	-	18	6,0	1	0,3	3	0,3	28	2,5	32	1,4
Neopl. císticas, mucinosas e serosas	-	0,0	-	0,0	1	0,1	-	0,0	-	0,0	1	0,3	-	0,0	-	0,0	2	0,2	2	0,1
Neopl. de células acinosas	-	0,0	-	0,0	-	0,0	1	1,3	-	0,0	2	0,7	1	0,3	-	0,0	2	0,2	3	0,1
Nevos e melanomas	-	0,0	-	0,0	3	0,4	1	1,3	-	0,0	2	0,7	1	0,3	-	0,0	5	0,4	6	0,3
Tumores e sarcomas de partes moles	-	0,0	-	0,0	3	0,4	-	0,0	-	0,0	2	0,7	-	0,0	-	0,0	5	0,4	5	0,2
Neopl. fibromatosas	-	0,0	1	0,1	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	1	0,1	-	0,0	1	0,0
Neopl. miomatosas	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	1	0,5	-	0,0	-	0,0	1	0,1	-	0,0	1	0,0
Neopl. complexas mistas do estroma	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	2	0,7	-	0,0	-	0,0	2	0,2	2	0,1
Neopl. de células germinativas	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	1	0,5	-	0,0	-	0,0	1	0,1	-	0,0	1	0,0
Tumores de vasos sanguíneos	-	0,0	1	0,2	8	1,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	1	0,1	8	0,7	9	0,4
Tumores da bainha nervosa	-	0,0	-	0,0	1	0,1	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	1	0,1	1	0,0
Linfoma maligno, SOE ou difuso	-	0,0	2	0,3	4	0,5	-	0,0	1	0,5	1	0,3	-	0,0	3	0,3	5	0,4	8	0,3
Linfoma maligno tipo especificado, difuso ou SOE	-	0,0	1	0,2	4	0,5	-	0,0	-	0,0	1	0,3	-	0,0	1	0,1	5	0,4	6	0,3
Total	222	100	689	100	803	100	78	100	214	100	300	100	300	100,0	903	100,0	1103	100,0	2306	100,0

Fonte: Registro de Câncer de São Paulo.

mucoepidermóides e o linfoma maligno tipo especificado seguem com o mesmo porcentual de 0,3% e, em último lugar, também juntos, com 0,1%, as neoplasias fibromatosas (Fibrossarcoma, SOE), miomatosas (Leiomiomasarcoma, SOE), de células germinativas (Carcinoma embrionário, SOE), tumores de vasos sanguíneos (Sarcoma de Kaposi) e linfoma maligno tipo especificado, difuso ou SOE (Linfoma linfoplasmocitário).

Em boca, conforme a Tabela 2, aparecem em ordem decrescente: neoplasias de células escamosas (carcinoma de células escamosas, SOE) em 85,4%, seguidas pelas neoplasias epiteliais (Carcinoma, SOE) em 5,2%, os adenomas e adenocarcinomas em 3,7%, destacando-se também dois subtipos, Adenocarcinoma, SOE (10 casos) e Carcinoma adenóide cístico (9 casos). Em seguida as neoplasias mucoepidermóides (Carcinoma mucoepidermóide) em 2,5%. Em quinto lugar, os tumores de vasos sanguíneos (Sarcoma de Kaposi) em 0,7% e, em sexto, em 0,4% dos casos: nevos e melanomas (melanoma maligno, SOE), tumores e sarcomas de partes moles (Sarcoma, SOE), linfoma maligno, SOE ou difuso (Linfoma maligno não-Hodgkin, SOE) e linfoma maligno tipo especificado, difuso ou SOE (Linfoma maligno de células grandes, difuso, SOE). Em sétima colocação, as neoplasias císticas, mucinosas e serosas; as neoplasias de células acinosas e as neoplasias complexas mistas do estroma em 0,2%, em último lugar, os tumores de bainha nervosa, em apenas um caso, representando 0,1%. Neste sítio vimos praticamente uma equivalência entre os diferentes anos e uma maior diversidade de tipos morfológicos quando comparado com os sítios lábio e língua. Observando a distribuição segundo tipo morfológico, localização anatômica e gênero, pode-se notar que as neoplasias de células escamosas (Tabela 2) representam 89,9% incluindo todos os sítios, sendo, para o gênero masculino, em lábio 96,4% dos tipos, para língua 94,2% e para boca 88,7%. Para o gênero feminino, os tipos morfológicos encontrados representam 94,9% dos de lábio, 90,6% de língua e 76,7% dos tipos encontrados na boca. Obteve-se um coeficiente de tumores orais de células escamosas de 20,88 por 100.000 habitantes, sendo 33,25 para o gênero masculino e 9,59 para o feminino.

Na Tabela 2, observa-se que há maior incidência de outros tipos morfológicos que não o carcinoma de células escamosas para o sexo feminino e para os tumores que ocorrem na boca. Dentre todos os tipos morfológicos, ocorrem em boca, para as mulheres, 6% de casos de Adenomas e adenocarcinomas, 7% de Neoplasias epiteliais e 6% de mucoepidermóides. Para os homens, com localização em língua, ocorrem neoplasias epiteliais em 7% dos casos e em boca 4,5%. Os tumores de bainha nervosa aparecem somente em homens e em boca, assim como as neoplasias fibromatosas estão presentes apenas em mulheres e na língua, e juntos perfazem um total inferior a 0,5% dos casos.

Discussão

Os tumores malignos orais constituem 4% de todas as doenças neoplásicas, ocupando o 8º lugar entre os cânceres no gênero masculino e o 11º no gênero feminino¹⁰. Segundo Parkin, cerca de 6,4 milhões de casos novos são diagnosticados no mundo, por ano, e o câncer oral representa 10% do total em ambos os gêneros. No Brasil, segundo o INCA, o câncer oral ocupa o 8º lugar na estimativa de casos novos para o ano de 2003 na população geral, possuindo uma estimativa alarmante de óbitos - 9º lugar - entre todos os cânceres no território brasileiro.

O presente estudo traz dados significativos e traça um perfil do câncer oral no município de São Paulo, analisando dados do triênio 1997 a 1999. A incidência do câncer para os sítios lábio, língua e boca teve comportamento variável comparada à relatada na literatura mundial.

Observou-se uma taxa de incidência para câncer em lábio no município de São Paulo de 3,2 por 100.000 habitantes, bem abaixo dos índices mundiais que atingem 12,7 por 100.000 habitantes na América do Norte, 12 por 100.000 habitantes na Europa e 13,5 por 100.000 habitantes na Oceania¹¹. O câncer oral em língua mostrou uma incidência bem mais elevada, em torno de 10,6, do que em países como a Índia e a França, que têm respectivamente taxas de incidência de 6,5 e 8 por 100.000 habitantes por ano¹². A incidência em boca se apresentou mais elevada do que dos países asiáticos, que, segundo a literatura, já é considerada alta: 12,8 no município de São Paulo e 10 por 100.000 habitantes para os países asiáticos¹³.

Neste estudo observou-se que a boca foi o sítio mais acometido pelo câncer oral, dado este que difere do observado na literatura mundial, que relata ser a língua a mais acometida¹¹⁻¹³ pela doença. Obteve-se para a boca a incidência de 47,8% dos casos, seguida pela língua, 39,1%, e lábio, com o menor porcentual, 13,0%.

A maior ocorrência foi verificada no gênero masculino¹⁴, o que se comprova também neste estudo, na porcentagem de 74,3%. Na cidade de São Paulo, a incidência do câncer em crianças menores de 15 anos está crescendo. Números divulgados pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) mostram que, em 1969, ela era de 128,5 para 1 milhão entre os garotos e de 120,9 em 1 milhão entre meninas. Em 1997 e 1998, os números ficaram em 222,5 e 195,1, respectivamente. Esse aumento é devido às maiores quantidade e qualidade dos diagnósticos¹⁵, comprovando-se, por este estudo, que, para o câncer de boca, existem casos registrados a partir de um ano de idade.

Pode-se supor que os diagnósticos e as notificações melhoraram, elevando estatísticas, mas a exposição a fatores de risco também aumentou. O carcinoma espinocelular representa 90% a 95% dos cânceres da cavidade oral^{10,14}, e o que se verificou neste estudo foi que 89,9% das neoplasias orais

representam o carcinoma espinocelular, sendo 1.575 casos para o gênero masculino e 498 para o gênero feminino.

Vale ressaltar que, neste estudo, 332 casos de neoplasias, segundo a CID-O, são malignas, porém sem especificação histológica (SOE), representando 12,6% do total de casos em todos os sítios considerados. Este valor elevado de neoplasias sem outra especificação (SOE) é um reflexo da má organização e da precariedade do sistema de saúde público brasileiro, considerando-se, ainda, que o município mais rico da nação, com 17.571* odontólogos, apresenta uma falha diagnóstica vergonhosa que compromete o tratamento e o prognóstico de nada menos que 12,6% dos pacientes acometidos pelo câncer oral, ou seja, aproximadamente 1 a cada 10 pacientes com diagnóstico de câncer oral não tem o tipo morfológico definido, o que acarreta tratamento inapropriado, uma vez que não é levado em consideração o perfil morfológico do câncer, dado este fundamental para uma correta terapêutica e conseqüente diminuição do número de óbitos.

Conclusão

- O câncer oral é, indubitavelmente, um problema de saúde pública que merece maior atenção nos dias atuais;
- a taxa de incidência para câncer, no município de São Paulo, foi de 3,2 em lábio, 10,6 em língua e 12,8 em boca, por 100.000 habitantes no triênio 1997-1999;
- é alta a quantidade de neoplasias sem outra especificação (SOE) - 332 casos - constatando-se que 4,1% dos tumores de lábio, 14,3% dos de língua e 13,2% dos de boca são malignos, mas sem definição;
- o carcinoma espinocelular é o que possui a maior incidência na população (89,9%), sendo o sítio boca o mais acometido e atingido em idades precoces, observando-se um coeficiente de tumores orais de células escamosas de 20,88 por 100.000 habitantes, sendo 33,25 para o gênero masculino e 9,59 para o feminino;
- outros tipos morfológicos também são encontrados na cavidade oral, como os adenomas e adenocarcinomas, as neoplasias mucoepidermóides, além das neoplasias epiteliais que, em ambos os gêneros, ocupam um total de 6% a 7%, valor bastante significativo em um município com um total de 9.968.485 de habitantes no ano de 1999.

Agradecimento

Agradecemos a colaboração do Serviço de Registro de Câncer de São Paulo.

Referências

1. Medronho RA. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 91-103.
2. Fundação Nacional de Saúde. CENEPI. Mortalidade Brasil 1994. Ministério da Saúde. Brasília; 1997.
3. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa de incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro; 2003.
4. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimate of worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer*. 1999; 80: 827-41.
5. Cantoanto MT, Devesa SS. Oral cavity and pharynx cancer incidence rates in the United States, 1975-1998. *Oral Oncol*. 2002; 38: 610-7.
6. Johnson NW, Warnakulasuriya KAAS. Epidemiology and aetiology of oral cancer in the United Kingdom. *Community Dent Health*. 1993; 10(1): 13-29.
7. Parise Jr. O. Câncer de boca - aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier; 2000.
8. Percy C, Van Holten V, Muir C, editores. Classificação internacional de doenças para oncologia. – CID-O. 2ª ed. São Paulo: USP; 1996.
9. Mirra AP, Latorre MRDO, Veneziano DB, editores. Aspectos epidemiológicos do câncer no município de São Paulo: fatores de risco. São Paulo: Tomgraf; 2003.
10. Araújo Filho VJF, Carlucci JR DD, Sasaki SU, Montague E, Azato FN, Cordeiro AC, et al. Perfil de incidência do câncer oral em um hospital geral em São Paulo. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo*. 1998; 53:110-3.
11. Moore SR, Johnson NW, Pierce AM, Wilson DF. The epidemiology of lip cancer: a review of global incidence and aetiology. *Oral Dis*. 1999; 5: 185-95.
12. Moore SR, Johnson NW, Pierce AM, Wilson DF. The epidemiology of tongue cancer: a review of global incidence. *Oral Dis*. 2000; 6: 75-84.
13. Moore SR, Johnson NW, Pierce AM, Wilson DF. The epidemiology of mouth cancer: a review of global incidence. *Oral Dis*. 2000; 6: 65-74.
14. Almeida OP, Lopes MA. Prevenção das doenças bucais. In: Kriger L. Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 434-46.
15. Mirra AP, Latorre MRDO, Veneziano DB, editores. Incidência, mortalidade e sobrevida do câncer da infância no município de São Paulo. São Paulo: Tomgraf; 2004.

*Disponível em: cosp.org.br/estatisticas/macrozonas.aspx