

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE COLETIVA**

EDENY APARECIDA TERRA LOYOLA

**INIQUIDADES NO PERFIL DE PORTADORES DE CÂNCER BUCAL
ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA
EM CURITIBA-PR, NOS ANOS DE 1999 A 2008**

CURITIBA

2010

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE COLETIVA**

EDENY APARECIDA TERRA LOYOLA

**INIQUIDADES NO PERFIL DE PORTADORES DE CÂNCER BUCAL
ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA
EM CURITIBA-PR, NOS ANOS DE 1999 A 2008**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de concentração em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Simone Tetu Moysés

Coorientadora: Prof^a Dr^a. Beatriz Helena S. França

CURITIBA

2010



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

TERMO DE APROVAÇÃO

EDENY APARECIDA TERRA LOYOLA

**INIQUIDADES NO PERFIL DE PORTADORES DE CÂNCER BUCAL ATENDIDOS
EM UM CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA EM CURITIBA-PR,
NOS ANOS DE 1999 A 2008**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do Título de Mestre em Odontologia, Área de Concentração em **Saúde Coletiva**.

Orientador(a):

Profª Drª Simone Tetu Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

Profª Drª Maria Gabriela Haye Biazevic
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, FOUSSP

Profª Drª Beatriz Helena Sottile França
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

Curitiba, 30 de novembro de 2010.

Quem morre?

Morre lentamente quem não viaja, quem não lê,
quem não ouve música, quem não encontra graça em si mesmo.

Morre lentamente quem destrói o seu amor-próprio,
quem não se deixa ajudar.

Morre lentamente quem se transforma em escravo do hábito,
repetindo todos os dias os mesmos trajetos,
quem não muda de marca, não se arrisca a vestir
uma nova cor ou não conversa com quem não conhece.

Morre lentamente quem faz da televisão o seu guru.
Morre lentamente quem evita uma paixão, quem prefere
o negro sobre o branco e os pontos sobre os “is” em
detrimento de um redemoinho de emoções justamente as
que resgatam o brilho dos olhos, sorrisos dos bocejos,
corações aos tropeços e sentimentos.

Morre lentamente quem não vira a mesa quando está
infeliz com seu trabalho, quem não arrisca o certo
pelo incerto para ir atrás de um sonho, quem não se
permite pelo menos uma vez na vida fugir
dos conselhos sensatos.

Morre lentamente, quem passa os dias queixando-se da
sua má sorte ou da chuva incessante.

Morre lentamente, quem abandona um projeto antes de
iniciá-lo, não pergunta sobre o assunto que
desconhece ou não responde quando lhe indagam sobre
algo que sabe.

Evitemos a morte em doses suaves, recordando sempre
que estar vivo exige um esforço muito maior que o
simples fato de respirar.

Somente a perseverança fará com que conquistemos um
estágio esplêndido de felicidade.

Pablo Neruda.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de crescimento pessoal e realização de um sonho;

Ao meu esposo Marco Aurélio, pelo apoio, por estar sempre presente e pelas palavras de ânimo;

Aos meus filhos, Vinicius e Leonardo, principalmente pela compreensão e respeito pela minha ausência no convívio familiar;

À minha mãe, pela vida e por todos os ensinamentos (*in memoriam*);

Ao meu pai pelos ensinamentos e pelo exemplo de vida;

Aos meus irmãos, pela compreensão das minhas escolhas profissionais;

À professora Simone Tetu Moysés, pelo acolhimento, dedicação e sabedoria com que sempre me orientou;

À professora Beatriz França, pela amizade e pelos valiosos ensinamentos;

Ao professor Júlio Bisinelli, pelo apoio e orientação nessa jornada;

Ao professor Samuel, pelas lições em saúde coletiva, sempre tão esclarecedoras;

Ao Max, pelo auxílio precioso na elaboração dos mapas;

À equipe da Secretaria Municipal de Campo Largo, pelo apoio e confiança em mim depositados;

Aos meus amigos de mestrado os quais tive oportunidade de conhecer e de aprender a amar cada um, pelos bons momentos;

A todos que, de alguma forma, colaboraram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Objetivo: Analisar as iniquidades no perfil de portadores de câncer bucal atendidos no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Hospital Erasto Gaertner (HEG), no período entre 1999 e 2008. **Método:** estudo quantitativo, com delineamento transversal, em banco de dados, com prontuários de 1.434 pessoas portadoras de câncer bucal. Foram incluídas pessoas cuja doença se enquadrava no Código Internacional de Doenças (CID - 10ª ed.) na classificação de neoplasias bucais: C00, C01, C02, C03, C04, C05 e C06. A variável de desfecho foi o estadiamento da doença no momento da admissão hospitalar. Os dados foram sistematizados e submetidos à análise de distribuição de frequências e correlação, utilizando os testes não paramétricos U Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. **Resultados:** Da população estudada, 82,2% eram do gênero masculino, 93% brancos, com idade média de 58 anos. A maioria (63,2%) era residente em Curitiba e sua região metropolitana, sendo os demais provenientes do interior do Estado do Paraná e noroeste do Estado de Santa Catarina. 37,5% dos casos foram registrados com estadiamento III e IV. Iniquidades em relação ao estadiamento da doença foram observadas quanto a sexo ($p=0,001$), renda familiar ($p=0,00$), topografia da lesão ($p=0,00$), sobrevivida ($p=0,001$) e fatores de risco associados ($p=0,00$). **Conclusões:** Os resultados indicam uma polarização na distribuição da doença câncer bucal, atingindo grupos mais vulneráveis. Há necessidade de qualificação de serviços de atenção básica à saúde que apoiem estratégias de promoção da saúde, prevenção específica e atendimento em estágios iniciais da doença câncer bucal.

Palavras-chave: Câncer bucal, epidemiologia, saúde coletiva, nível socioeconômico

ABSTRACT

Objective: To analyze oral cancer inequalities on patients assisted at the High Complexity Oncology Center (CACON) in the Erasto Gaertner Hospital (HEG) during the time period between 1999 and 2008. **Method:** quantitative, with a cross-in database with records of 1,434 people suffering from oral cancer. The records included were from people whose disease falls within the International Classification of Diseases (ICD – 10) classification of oral cancer: C00, C01, C02, C03, C04, C05 and C06. The outcome endpoint was the staging of the illness at the moment of hospital admittance. The data was systematized and analyzed by frequency distribution and correlation, using the non-parametric tests U Mann-Whitney and Kruskal-Wallis. **Results:** The studied population encompassed 82.2% male, 93% caucasian, mean age of 58 years. The majority (63.2%) lived in Curitiba and its metropolitan area, and the remainder lived in other locations within the State of Parana and the northwestern region of the State of Santa Catarina. 37.5% of cases were registered with stages III and IV. Inequalities in relation to disease stage were observed by gender ($p = 0.001$), family income ($p = 0.00$), topography of the lesion ($p = 0.00$), survival rate ($p = 0.001$) and associated risk factors ($p = 0.00$). **Conclusions:** The results indicated a polarization in the distribution of oral cancer, reaching the most vulnerable groups. There is a need of qualified primary health care service strategies that support health promotion, prevention and specific treatment in early stages of oral cancer disease.

Key-words: Oral cancer, epidemiology, collective health, socio-economic level

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
HEG	Hospital Erasto Gaertner
INCA	Instituto Nacional do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TNM	Classificação de Tumores Malignos

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 – Mapa de distribuição geográfica dos locais de procedência dos casos de câncer bucal atendidos no CACON, no período de 1999 a 2008.....31
- Figura 2 - Mapa da distribuição da produção de fumo (2005/2006) no Estado do Paraná relacionado com o mapa de distribuição geográfica dos locais de procedência dos casos de câncer bucal atendidos no CACON, no período de 1999 a 2008.....33
- Figura 3 – Mapa de distribuição geográfica dos CACONs localizados nos Estados do Paraná e Santa Catarina, relacionados aos casos registrados de câncer bucal.....35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estadiamento do Câncer na data da admissão hospitalar, no período entre 1999 a 2008 no HEG.....	32
Tabela 2 – Correlação entre o estadiamento da lesão e as variáveis que apresentaram significância estatística.....	33

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
ARTIGO	
1 INTRODUÇÃO	12
2 MÉTODO.....	15
3 RESULTADOS	17
3.1 Perfil da população estudada	18
3.2 Características de distribuição e tratamento do câncer.....	19
3.3 Fatores de risco associados	20
3.4 Correlação entre o estadiamento da lesão e variáveis selecionadas	20
4 DISCUSSÃO	21
5 CONCLUSÃO.....	29
6 REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	39
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL ERASTO GAERTNER	44
ANEXO B – CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES	46
ANEXO C – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA PRETENDIDA	48

**INIQUIDADES NO PERFIL DE PORTADORES DE CÂNCER BUCAL
ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA
EM CURITIBA-PR, NOS ANOS DE 1999 A 2008**

**INEQUALITIES ON THE PROFILE OF ORAL CANCER PATIENTS
ASSISTED AT A HIGH COMPLEXITY ONCOLOGY CENTER IN CURITIBA-
PARANÁ, FROM 1999 TO 2008.**

**Edeny Aparecida Terra Loyola¹
Simone Tetu Moysés²**

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônico-degenerativa e um grave e crescente problema de saúde pública, constituindo-se na segunda maior causa de morte no país. As estimativas globais e nacionais mostram um incremento na prevalência da doença e a enfermidade atinge proporções mundiais^{18,35,37}, apresentando altos índices de mortalidade, com forte tendência de crescimento. Segundo o World Cancer Report³⁷ lançado pela Organização Mundial da Saúde, em 2030 os números alcançarão as cifras de 20 a 26 milhões de novos casos e de 13 a 17 milhões de óbitos no mundo.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós Graduação em Odontologia-Área de Concentração em Saúde Coletiva. Rua Prof. Brasília Ovídio da Costa, 83. Portão – CEP 80320-100. Curitiba – Pr.
e-mail: edenyloyola@hotmail.com Fone: (41) 3342-7276

² Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós Graduação em Odontologia-Área de Concentração em Saúde Coletiva. Rua Imaculada Conceição, 1155. Prado Velho – CEP 80215-901. Curitiba – Pr.
e-mail: simone.moyses@pucpr.br

Correspondência:

Edeny Aparecida Terra Loyola

Rua Prof. Brasília Ovídio da Costa, 83. Portão – CEP 80320-100. Curitiba – Pr.

e-mail: edenyloyola@hotmail.com Fone: (41) 3342-7276

Em 2008, foram realizados 12 milhões de novos diagnósticos e a doença foi responsável por 7,6 milhões de óbitos, ou seja, 13% de todos os óbitos ocorridos mundialmente nesse período. A carga do câncer está projetada para aumentar e estima-se que em 2020, o número de casos novos anuais seja da ordem de 15 milhões, com 60% ocorrendo em países de médio e baixo desenvolvimento³⁷.

As malignidades bucais configuram-se como o sexto tipo de neoplasia no Brasil (excetuando-se os casos de pele não melanoma) e a previsão é que ocorram 10.330 novos casos de câncer bucal para homens e 3.790 para mulheres, totalizando 14.120 novos casos entre 2009 e 2010¹⁸. O câncer de boca ocupa também a sexta posição em ocorrência mundial, porém permanece em terceiro lugar em países em desenvolvimento¹¹.

Narvai e Frazão²⁷, comparando a gravidade da patologia com outras enfermidades cujas lesões se localizam na cavidade bucal, destacam que o câncer apresenta uma singularidade: mata. Afirmam, portanto, que essa doença requer máxima urgência resolutiva. No contexto brasileiro, 83% dos pacientes encontram-se em sua fase avançada no momento do diagnóstico. Apesar de a maioria das lesões se iniciarem no epitélio e a boca ser considerada um sítio anatômico de fácil visualização, estudos têm reafirmado que o reconhecimento das lesões de câncer bucal, devido às suas características de localização e ausência de sintomatologia, podem não ser tão facilmente reconhecidas, tanto pelo profissional como pelo paciente^{13, 16}. Como consequência, uma grande parcela dessas lesões que são diagnosticadas em estágios avançados da doença apresenta prognóstico desfavorável.

A literatura disponível considera que a etiologia é multifatorial, porém, evidencia que a enfermidade é diretamente ligada ao tabagismo, alcoolismo e a associação entre ambos^{23, 25}. Outros fatores associados envolvem traumas mecânicos e causas biológicas como, por exemplo, o vírus HPV²⁸.

Ampliando a discussão sobre a causalidade da doença, documentos do Instituto Nacional do Câncer (INCA) afirmam que “o risco de câncer numa determinada população possui não só relação com as características biológicas e comportamentais dos indivíduos que a compõem, mas, também, com as condições sociais, ambientais, políticas e econômicas que os rodeiam”¹⁹.

Uma recente revisão sistemática da literatura³⁶ sobre fatores de risco associados ao desenvolvimento de câncer bucal aponta a condição socioeconômica, educação formal, ocupação e renda como fatores de risco. Destaca, ainda, que a baixa condição socioeconômica permanece associada ao risco para câncer bucal, mesmo ajustando a análise para potenciais fatores comportamentais de confusão.

Os dados nacionais têm evidenciado o aumento da prevalência de alguns tipos de câncer associados ao melhor nível socioeconômico por um lado, como o câncer de mama, cólon e reto e, por outro, taxas de incidência elevada de outros tipos de tumores, geralmente associados à pobreza, entre eles as neoplasias bucais¹⁸.

Vários estudos demonstram que o espaço geográfico onde o indivíduo vive também exerce influência no processo de adoecimento, pois ele é indicador da condição de vida das pessoas, mostrando a complexidade da organização social de uma comunidade, urbana ou rural^{6,28}. Isto é comprovado

onde há polarização da doença em áreas menos favorecidas economicamente ou ainda em lugares onde o progresso tecnológico e a expectativa de vida são maiores. O reconhecimento das iniquidades sociais pode, portanto, ampliar a compreensão do processo de adoecimento e aperfeiçoar as estratégias de enfrentamento da doença. Desta maneira, esforços para este enfrentamento exigem investigações científicas nas quais, além dos fatores de risco convencionais, condições socioeconômicas e demográficas possam estar entre as variáveis elencadas nos desenhos de estudo. O controle da doença continua sendo um desafio e o maior conhecimento da sua causalidade pode evitar milhões de óbitos.

A proposição desta pesquisa foi analisar as iniquidades no perfil de portadores de câncer bucal atendidos no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Hospital Erasto Gaertner (HEG), no período entre 1999 e 2008. Para isso foram analisados aspectos socioeconômicos e demográficos, distribuição e tratamento da doença, fatores de risco biológicos e comportamentais, bem como a distribuição espacial da doença associados.

2. MÉTODO

Este estudo quantitativo, com delineamento transversal, envolveu uma população de 1.434 pessoas com câncer bucal, tratados no CACON (Hospital Erasto Gaertner) em Curitiba- PR, no período entre 1999 e 2008. Elegeu-se esse hospital por ser a instituição importante referência para o tratamento de câncer na região Sul do país.

Os dados foram coletados dos registros eletrônicos dos pacientes, complementados com fichas de admissão hospitalar.

Foram incluídas pessoas cuja doença se enquadrava no Código Internacional de Doenças¹⁰ na classificação de neoplasias bucais: C00, C01, C02, C03, C04, C05 e C06.

A variável de desfecho foi o estadiamento da doença no momento da admissão hospitalar. Essa variável seguiu a classificação de tumores malignos TNM⁶.

As variáveis independentes de interesse foram agregadas em três grupos: 1- perfil socioeconômico e demográfico: gênero, idade, cor da pele (classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE), local de moradia (cidade de origem e código de endereçamento postal – CEP), ocupação (Classificação Brasileira de Ocupações – CBO)⁹, escolaridade e renda familiar; 2- Distribuição e tratamento da doença: topografia da lesão, origem do encaminhamento (Sistema Único de Saúde - SUS, não SUS, particular), tratamento feito na instituição (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, associação de tratamentos, outros), complexidade do tratamento, data de admissão no hospital, data de óbito, e sobrevida em meses; 3- Fatores de risco associados: tabagismo, etilismo e histórico familiar.

A informação sobre a sobrevida foi obtida para uma amostra de 557 dos casos, pois muitos pacientes não continuaram o acompanhamento após alta clínica. Para essa variável o parâmetro utilizado foi a contagem em meses da data do início do tratamento até a data da última consulta hospitalar, para pacientes vivos, ou a data do óbito.

Os dados obtidos foram sistematizados e compuseram um banco de dados, o qual foi submetido à análise de frequências e correlações entre as variáveis. Visando comparar diferenças nos escores médios da variável estadiamento, segundo as demais variáveis, utilizou-se o teste não paramétrico U Mann-Whitney. Quando o número de grupos era maior que dois, o teste não paramétrico de Kruscal-Wallis foi o escolhido.

Mapas ilustrativos foram utilizados para explorar a distribuição espacial dos locais de procedência da população estudada, bem como a concentração dos casos registrados.

O projeto recebeu parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Erasto Gaertner sob o número 1.955, em 22/12/2009.

3. RESULTADOS

Foram incluídas informações de 1.434 pessoas com câncer bucal atendidas no CACON, no período de 1999 a 2008.

A distribuição da frequência anual dos casos de câncer bucal revelou que os anos de 2001 e 2002 apresentaram as maiores taxas de ocorrência da doença, com 154 e 164 casos, respectivamente. Após estabilização, um aumento foi registrado no ano de 2008, com 150 casos. As taxas de incidência de câncer bucal para 100.000 habitantes, estimada com referência à população do Estado do Paraná⁷, para os anos de 1999 e 2008 foram de 1,10 e 1,41, respectivamente. Estes dados evidenciam o crescimento proporcional dos casos da doença na população.

3.1. Perfil da População Estudada

Do total da amostra estudada, verificou-se que 82,2% eram do gênero masculino, numa relação homem/mulher de 5:1. As pessoas brancas compuseram 93,0% da população. A média de idade foi de 58 anos, variando de 6 a 96 anos (desvio padrão 12.5).

Iniquidades importantes foram observadas na distribuição dos casos em relação ao nível de educação formal. A maioria (61,6%) relatou ter cursado o ensino fundamental, comparado com 4,3% de pessoas que cursaram o ensino superior. Do total de 861 casos registrados, 81,8 % recebiam até 5 salários mínimos. Apenas 17,8% relataram receber acima de 5 salários mínimos.

Residiam em Curitiba e na sua região metropolitana 63,2% da população. Os demais eram provenientes principalmente da região centro-sul do Paraná e do noroeste de Santa Catarina. A figura 1 apresenta a distribuição geográfica dos locais de procedência das pessoas atendidas na instituição pesquisada.

Iniquidades foram observadas relacionadas à função laboral das pessoas: as mais acometidas pela doença exerciam atividades que não necessitam de formação especializada. Utilizando-se a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO– Grandes Grupos)⁹, predominaram as atividades ligadas ao comércio (30,1%), seguidas de atividades da agropecuária, florestal e pesca (20,6%), e trabalhadores de serviços gerais (16,3%). Em contrapartida, pessoas que ocupavam cargos executivos (1,6%), profissionais de nível superior (2,9%) e de nível técnico (4,3%), perfizeram um total de 8,8%.

A maior parte das pessoas que foram encaminhadas para o hospital (64,7%) já havia iniciado o tratamento em outras instituições. A porta de entrada utilizada para o acesso aos serviços de saúde para 90,3% das pessoas foi o Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2.Características de Distribuição e Tratamento do Câncer

A Tabela 1 apresenta a distribuição de frequência do estadiamento da lesão quando a pessoa foi admitida no Hospital.

Somente 5 pessoas procuraram atendimento com a doença ainda em estágio inicial, *in situ*. Destaca-se a categoria de estadiamento IV, com 25,9%.

As regiões topográficas da boca mais atingidas foram a língua, com 34%, lábios, com 25,3% e assoalho de boca, com 15,2%.

Não foi realizado nenhum tratamento em 18% dos pacientes, tratamento isolado em 53,8% e associação de mais de um tipo de tratamento em 28,2%.

A sobrevida média, a partir da admissão hospitalar, foi de 14,8 meses (mínimo 0, máximo 126, desvio padrão 17,8).

3.3. Fatores de risco associados

Do total dos prontuários onde constava informação sobre histórico familiar (n= 528), em 19% dos casos houve associação entre história pregressa de câncer na família com o câncer atual.

Para a amostra total de 1434 casos, o tabagismo foi relatado em 73,2% e o alcoolismo em 50,6% dos indivíduos.

3.4. Correlações entre estadiamento da lesão e variáveis selecionadas

A Tabela 2 apresenta os resultados da correlação entre o estadiamento da lesão e as variáveis que apresentaram significância estatística. Para esta análise, foram excluídos os prontuários onde não constava a classificação de estadiamento da lesão.

Na distribuição da doença por gênero, houve correlação estatisticamente significativa ($p = 0,001$) com o estadiamento da lesão, demonstrando que os homens foram admitidos no hospital em estadiamentos mais avançados da doença, comparados com as mulheres. Não houve correlação estatística significativa entre o estadiamento da doença e a cor da pele ($p= 0,16$). A análise mais apurada dos escores sugere, porém, que os negros, assim como os pardos, foram admitidos na instituição em estadiamentos mais avançados, comparados com a população de brancos.

A análise da renda familiar apresentou correlação estatisticamente significativa com o estadiamento ($p= 0,00$). O gradiente do escore médio observado sugere que quanto menor a renda, maior a severidade da doença no momento da admissão hospitalar.

Pessoas com câncer labial apresentaram estadiamento mais inicial da doença no momento da admissão no hospital. Por outro lado, as lesões de base da língua foram classificadas em estadiamentos mais severos da classificação de tumores malignos - TNM⁶.

Houve correlação estatística do estadiamento do câncer bucal com a sobrevida ($p=0,001$), ou seja, quanto maior o estadiamento, menor a sobrevida.

A associação do consumo de álcool e tabaco, ou os dois fatores isolados apresentaram correlação estatística significativa com o estadiamento da doença e a agregação desses fatores de risco estava associada aos estadiamentos mais adiantados da doença.

4. DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou iniquidades na distribuição de casos de câncer bucal relacionados a fatores socioeconômicos e demográficos, comportamentos de risco e severidade das lesões.

Ao analisar o perfil dos portadores de câncer bucal na população estudada, observou-se a polarização da doença em um grupo específico de pessoas mais vulneráveis associada ao contexto social desfavorável em que viviam. Quando iniciaram o tratamento hospitalar, já se encontravam em fase adiantada da doença, necessitando de terapia agressiva e invasora, ou mesmo em condições que inviabilizavam o controle terapêutico da doença.

Por tratar-se de uma pesquisa em base de dados secundária de pessoas atendidas em um centro de referência oncológica, este estudo pode

apresentar limitações. Os registros, entretanto, foram coletados em extenso número de prontuários e em um período de dez anos, o que proporciona maior confiabilidade aos resultados obtidos.

No período pesquisado, apesar de haver registro de leve declínio na carga da doença em determinados anos, observou-se tendência de aumento da taxa de incidência no ano de 2008. Permanece, portanto, a hipótese de que os fatores de risco ainda continuam atuando de maneira decisiva para a manutenção da doença. Outros autores também observaram a tendência de incremento na incidência de câncer bucal em grandes períodos de tempo^{18,36,37}. O estudo de Biazevick *et al.*³, analisando a variação da incidência do câncer no município de São Paulo por mais de vinte anos, registrou a tendência de crescimento na mortalidade. Os autores destacam que a carga de determinada doença pode fornecer indicações importantes sobre modificação dos fatores de risco. Sugerem a necessidade de implantar medidas visando à antecipação do diagnóstico e introdução dos recursos terapêuticos disponíveis.

O perfil caracterizado por homens brancos, acima dos 50 anos e baixa escolaridade, atuando em profissões que não exigem especialização, sugere maior vulnerabilidade à doença. Devido à colonização prioritariamente por imigrantes europeus na região Sul do Brasil, a população de brancos é maioria, perfazendo 71,3% no Estado do Paraná, e 85,7% no Estado de Santa Catarina¹⁷. Esses dados podem explicar o motivo da amostra ser composta por maioria branca. Entretanto, iniquidades no perfil da severidade da doença foram claras, uma vez que pretos e pardos apresentaram maior proporção de lesões em estadiamento mais avançado da doença na admissão hospitalar. As iniquidades em relação à raça também foram observadas em pesquisa

realizada no Texas, nos Estados Unidos²⁴ sobre disparidades raciais, idade e tipo de tratamento. Afro-americanos tiveram menor sobrevida quando comparados aos brancos.

A associação do câncer bucal com o gênero masculino é amplamente reconhecida na literatura^{1,12,19} o que origina um questionamento: qual fator ou fatores estão abrigados nessa lógica? O fato de a doença ser mais prevalente e severa nos homens que nas mulheres, bem como a busca de atenção pelos homens já em estágios avançados da doença, pode ser porque as mulheres demonstram ser mais atentas às suas sensações e percepções que os homens²⁰. Pode-se suspeitar, no entanto, que a vulnerabilidade vai além da questão do gênero, sendo esta somente uma faceta de um problema de complexidade maior, já que os homens estão mais expostos aos fatores de risco. Considerando a relação de 5 homens para cada mulher acometida pelo câncer bucal, o presente estudo mostra evidência clara da iniquidade de gênero na distribuição da doença.

O presente estudo apontou grande percentual de pessoas com no máximo oito anos de estudo, o que pode indicar que a pouca educação formal leva a um reconhecimento tardio das lesões da doença e busca da atenção em saúde, por desconhecimento dos agravos à própria saúde. Tal associação foi reforçada por Silva *et al.*³⁴ quando avaliaram os fatores relacionados ao atraso no diagnóstico de câncer de boca e orofaringe em Juiz de Fora, no Estado de Minas Gerais.

A análise da ocupação das pessoas evidencia que grande parte exerce funções que não exigem trabalho especializado e cuja renda familiar não

excede a cinco salários mínimos. As categorias profissionais mais encontradas nesta pesquisa foram as vinculadas ao comércio, à agropecuária, pesca e florestal, trabalhadores de serviços gerais e da produção industrial. Especial atenção pode ser dada a atividades nas quais os trabalhadores ficam mais diretamente expostos à luz solar, como aqueles ligados à agropecuária, pesca e florestal¹⁹.

A ocupação das pessoas também foi tema de estudo na Dinamarca²¹, onde se explorou a relação entre o trabalho ao ar livre e os riscos de câncer não melanoma, melanoma e câncer de lábio entre os assalariados do sexo masculino. Os resultados mostraram que os trabalhadores com mais de 10 anos de atividades expostos ao sol têm risco aumentado para o câncer labial.

Estudo realizado em São Paulo⁴ que analisou a associação entre condições socioeconômicas, consumo de tabaco, álcool e câncer de cabeça e pescoço, observou também que pessoas com baixa escolaridade e ocupação relacionada com trabalhos manuais tinham maior risco de desenvolver a doença.

Oliveira *et al*²⁸, analisando as características sociodemográficas da mortalidade por câncer de boca na cidade de Bauru, no Estado de São Paulo, no período de 1991 a 2001, mapearam a distribuição espacial do câncer bucal, demonstrando que a maioria dos casos se encontra próxima aos bairros mais antigos e menos abastados da cidade. Concluíram com isso que o reconhecimento das iniquidades socioespaciais pode reduzir a incidência e mortalidade do câncer bucal por meio do direcionamento de estratégias de

prevenção e uso de tecnologias adequadas para tratamento de grupos mais vulneráveis.

O câncer do lábio apresentou-se com o prognóstico mais favorável na população analisada. Esse fato pode justificar-se porque o lábio é uma região de maior visualização e as lesões labiais são, na maioria das vezes, ulceradas, favorecendo que a procura por tratamento seja na fase mais inicial da doença.

Em estudo de caso – controle com homens jovens no sul da Espanha³⁰, que se propôs a identificar os fatores de risco para o câncer de lábio, foi observada a interação entre a doença e o fenótipo de pele branca e olhos claros, a reação à exposição solar cumulativa e à exposição solar, ao consumo de álcool e de tabaco, bem como o baixo nível educacional. Tais características coincidem com o perfil majoritário da população aqui estudada.

As lesões localizadas na língua foram encontradas em 34,0% das pessoas, ultrapassando a ocorrência de câncer de lábio, o que está de acordo com estudos feitos anteriormente^{3,29,32}. Observou-se que a somatória do câncer de assoalho de boca e o de língua, que totalizou 49,2% dos casos, sugere que as lesões se localizaram mais internamente na boca.

Honorato *et al*¹⁶, analisando a sobrevida global de pacientes diagnosticados com câncer de boca registrados pelo INCA em 1999, ressaltaram que a língua e o assoalho de boca foram as regiões da boca mais acometidos, e tumores em palato duro e mucosa jugal apresentavam pior prognóstico. Reforçam que, apesar de estes sítios serem considerados de fácil visualização, tanto para o exame clínico profissional como para o paciente, as pessoas fizeram sua admissão hospitalar já em estadiamento III ou IV.

Pesquisa qualitativa desenvolvida na Escócia¹³ demonstrou que a descrição dos sintomas da doença relatada pela população estudada variou muito. Este estudo evidencia dificuldades na compreensão e conscientização da população quanto ao câncer bucal e à importância do tratamento precoce. Da mesma forma, a detalhada e criteriosa identificação das lesões potencialmente cancerígenas por parte dos profissionais é destacada como fator importante no controle da doença^{21,27}.

O álcool e o tabaco também estiveram correlacionados com o estadiamento da doença nesse estudo. O alto índice de tabagistas entre os portadores da enfermidade não surpreende, uma vez que o uso do tabaco é considerado como o maior fator isolado de risco para essa patologia.

Estudos como o de Borges *et al.*⁵, analisando os dados de mortalidade por câncer de boca e a condição socioeconômica nas capitais do Brasil, reforçaram a relação entre o estilo de vida e a mortalidade por câncer bucal, argumentando que grupos socialmente desprivilegiados tendem a ter maior contato com os fatores de risco (tabaco e álcool), como também precárias condições de saúde bucal e carências nutricionais. Isto revela a participação não isolada do fumo e álcool do contexto de vida das populações.

Fatores de risco contextuais têm sido sistematicamente considerados como importantes na determinação do câncer bucal^{1,14,24}. Petti e Scully³¹, analisando determinantes sociais para o câncer bucal na Itália, encontraram resultados que sugerem redução na mortalidade pela doença pela modificação de determinantes relacionados ao estilo de vida, melhora na eficiência no sistema de saúde, bem como nas condições socioeconômicas e culturais.

Greenwood *et al.*¹⁴ em um estudo de caso-controle realizado na Inglaterra e no País de Gales, analisando variações regionais onde há uma distinta diferença de prevalência da doença entre a região norte e a região sul, com altas taxas no norte do país, chegaram à conclusão que 66% dos portadores de câncer tinham experimentado o desemprego por longo tempo. Embora houvesse alta proporção dos casos de câncer em pacientes com privações socioeconômicas, não foi comprovada significância estatística, pois os efeitos do alcoolismo e do tabagismo foram considerados fatores confundidores.

Em estudo de base populacional realizado na Dinamarca de 1994 a 2003¹, sobre os efeitos dos fatores socioeconômicos e demográficos na incidência do câncer bucal, de laringe e faringe, concluiu-se que pessoas com carências socioeconômicas, solteiros e com poucos cuidados bucais eram mais suscetíveis à doença.

No presente estudo observou-se, em maior proporção, a afluência de pessoas oriundas de Curitiba e sua região metropolitana, regiões sudeste e central do Paraná, e noroeste de Santa Catarina.

Estudos fazem referência ao espaço geográfico em que o indivíduo vive como fator determinante na história da doença^{26,28}. Barata² destaca que as desigualdades sociais em saúde também podem ser analisadas segundo os espaços geográficos socialmente construídos como indicadores de condição de vida, tomando a complexidade da organização social em seu todo. O contexto de iniquidades próprio dos grandes centros urbanos, como na cidade de Curitiba e região metropolitana, certamente se reproduziu no perfil da população estudada. A concentração de casos registrados na região sudeste

do Estado do Paraná, região tradicionalmente associada à fumicultura (Figura 2), pode ainda sugerir a necessidade de novas investigações que explorem aspectos contextuais importantes associados ao câncer bucal.

A análise da procedência da população pesquisada confirma o hospital como uma importante referência na região sul do país, atendendo uma demanda que abrange uma vasta região geográfica e grande quantidade de pessoas.

O que faz as pessoas saírem do seu local de moradia para procurar atendimento de saúde em um centro maior é, geralmente, a ausência desse serviço perto de sua residência, uma vez que as despesas de locomoção e o incômodo de viajar para outra localidade causam transtornos dos mais variados. Observando a distribuição geográfica dos CACONS, nos Estados do Paraná e Santa Catarina (Figura 3), fica evidente que muitos dos casos atendidos pelo CACON em Curitiba poderiam ter sido mais prontamente atendidos em centros especializados regionais. Torna-se importante, assim, explorar outros aspectos associados à capacidade resolutiva, qualificação, ou mesmo divulgação dos serviços de atenção de alta complexidade em oncologia do SUS na região.

Após mais de duas décadas de implantação do SUS, ainda se pode observar uma tendência de incremento de doenças como o câncer, cujo diagnóstico precoce é vital para um prognóstico favorável. A maioria das pessoas que fez parte dessa pesquisa procurou o hospital com encaminhamento feito pelo SUS e foi admitida na instituição já em estadiamentos avançados da patologia, demandando tratamentos mais

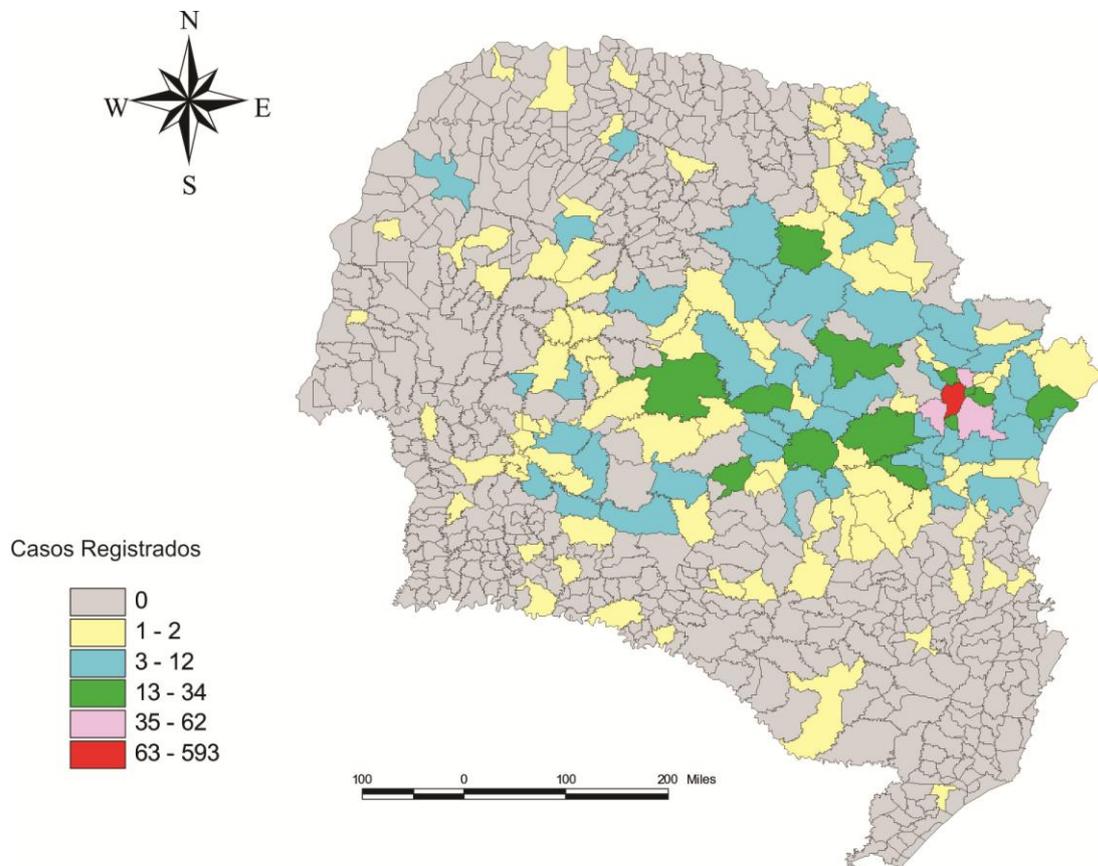
complexos e invasivos, muitas vezes com a combinação de mais de um tipo de tratamento. A identificação da doença e o início da intervenção, ambos tardios, causam prejuízos que vão desde danos biológicos, como sequelas e mutilações, perpassando por desgastes na vida pessoal, familiar e laboral, com o desfecho de baixa sobrevida. Reforça-se, assim, a afirmação feita por Camargo *et al.*⁸ que, em países em desenvolvimento, pessoas estão expostas a uma ampla gama de fatores de risco, a partir das idades mais jovens, e medidas de prevenção primária e políticas de promoção da saúde são necessárias. Portanto, a qualificação da atenção básica, bem como a sensibilização e capacitação de profissionais da área da saúde e população para a promoção da saúde e identificação precoce de lesões parecem ser essenciais para o controle da doença e minimização de seu impacto.

5. CONCLUSÃO

Os resultados indicam uma polarização na distribuição da doença câncer bucal, atingindo grupos mais vulneráveis associados à condição socioeconômica e demográfica em que vivem. Homens brancos, acima dos 50 anos, atuando em profissões que não exigem especialização, com renda familiar de até 5 salários mínimos, com pouca escolaridade, tabagistas e etilistas apresentaram estadiamentos avançados do câncer bucal na admissão hospitalar. É importante, portanto, analisar a complexidade do processo de adoecimento centrado na relação entre a pessoa e seu contexto comunitário, onde vive, trabalha, adocece e morre.

Há necessidade de qualificação de serviços de atenção básica à saúde, que apoiem estratégias de promoção da saúde, prevenção específica e atendimento em estágios iniciais da doença.

Figura 1 – Mapa de distribuição geográfica dos locais de procedência dos casos de câncer bucal atendidos no CACON, no período de 1999 a 2008



Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 1 – Estadiamento do Câncer na data da admissão hospitalar, no período entre 1999 a 2008 no HEG.

Categorias	Frequência	Porcentagem
In situ	5	0,3%
Estadiamento I	196	13,7%
Estadiamento II	178	12,4%
Estadiamento III	167	11,6%
Estadiamento IV	371	25,9%
Não estadiado	517	36,1%
Total	1.434	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

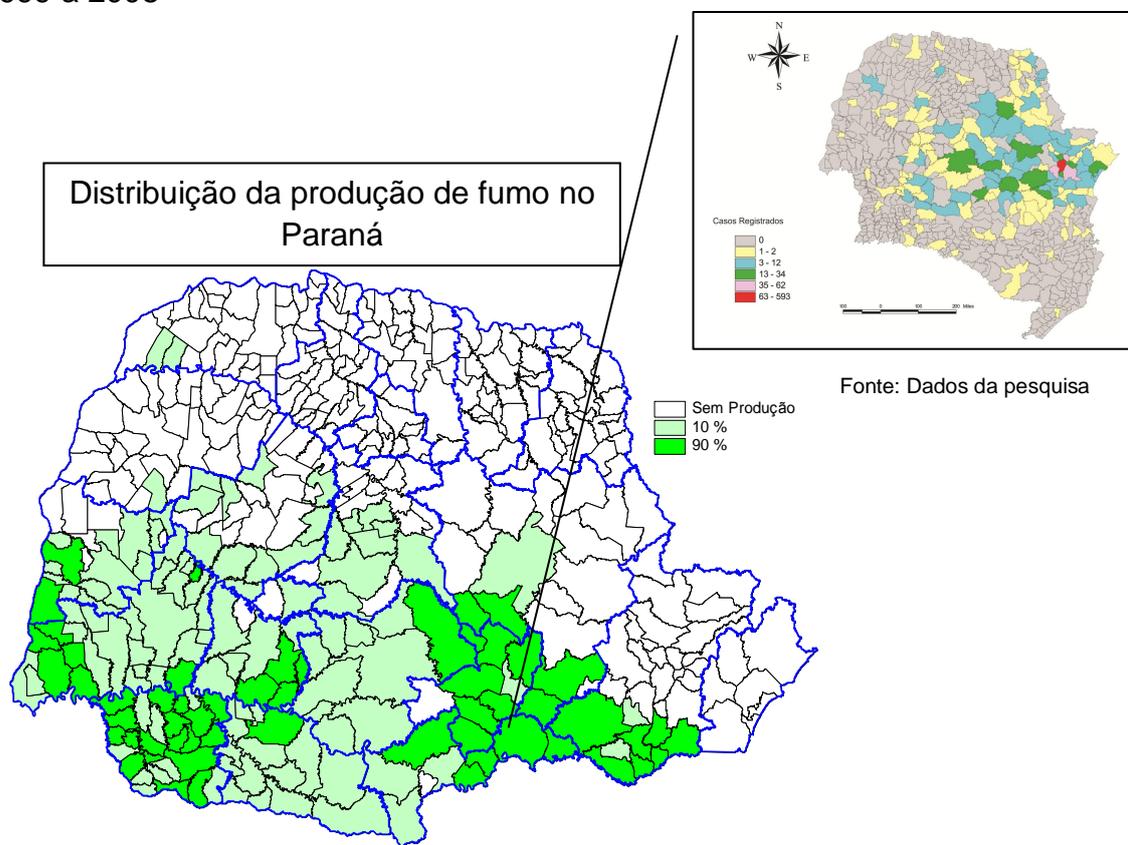
Tabela 2 - Correlação entre o estadiamento da lesão e as variáveis que apresentaram significância estatística.

Estadiamento	I n (%)	II n (%)	III n (%)	IV n (%)	Escore Médio	Desvio Padrão	P
Sexo¹ (n=917)							
Masculino	4 (80%)	145 (81,5%)	145 (86,8%)	327 (88,1%)	2,7	1,2	0,001
Feminino	1 (20%)	33 (18,5%)	22 (13,2%)	44 (11,9%)	2,8		
Renda familiar² (n= 666)							
Até 1 S.M.	0(0,0%)	30(23,4%)	32(26,9%)	108(38,8%)	3,0	1,2	0,00
Até 2 S.M.	0(0,0%)	20(15,5%)	22(18,5%)	44(15,8%)	2,9	1,2	
Acima de 2 até 5 S.M.	1(33,3%)	48(37,5%)	49(41,2%)	93(33,5%)	2,8	1,2	
+ de 5 S.M.	2(66,7%)	29(22,7%)	16(13,4%)	31(11,2%)	2,4	1,3	
Topografia² (n= 917)							
Lábios	1 (20%)	76 (42,7%)	23 (13,8%)	17 (4,6%)	1,7	0,9	0,001
Base da língua	0 (0,0%)	14 (7,9%)	31 (18,6%)	104 (28,0%)	3,6	0,7	
Outras partes da língua	0 (0,0%)	23 (12,9%)	35 (21,0%)	54 (14,6%)	3,0	1,1	
Gengiva	0 (0,0%)	2 (1,1%)	2 (1,2%)	12 (3,2%)	3,2	1,2	0,001
Assoalho de boca	0 (0,0%)	11 (5,6%)	30 (18,0%)	84 (22,6%)	3,2	1,0	
Palato duro	1 (20%)	13 (7,3%)	30 (18,0%)	43 (11,6%)	3,0	1,0	
Outras partes da boca	3 (60%)	22 (12,4%)	16 (9,6%)	57 (15,4%)	3,1	1,1	
Alcoolismo¹ (n=797)							
Sim	3 (60%)	64 (32,7%)	102 (61,1%)	218 (58,7%)	3,0	1,1	0,000
Não	1 (20%)	108 (55,1%)	35 (21,0%)	99 (26,7%)	2,4	1,3	
Tabagismo¹ (n= 818)							
Sim	3 (60%)	130 (66,3%)	132 (79,0%)	299 (80,6%)	2,9	1,2	0,000
Não	1 (20%)	49 (25,0%)	12 (7,2%)	25 (6,7%)	2,1	1,2	

1 - Teste de U Mann-Whitney ;2- Teste de Kruskal - Wallis

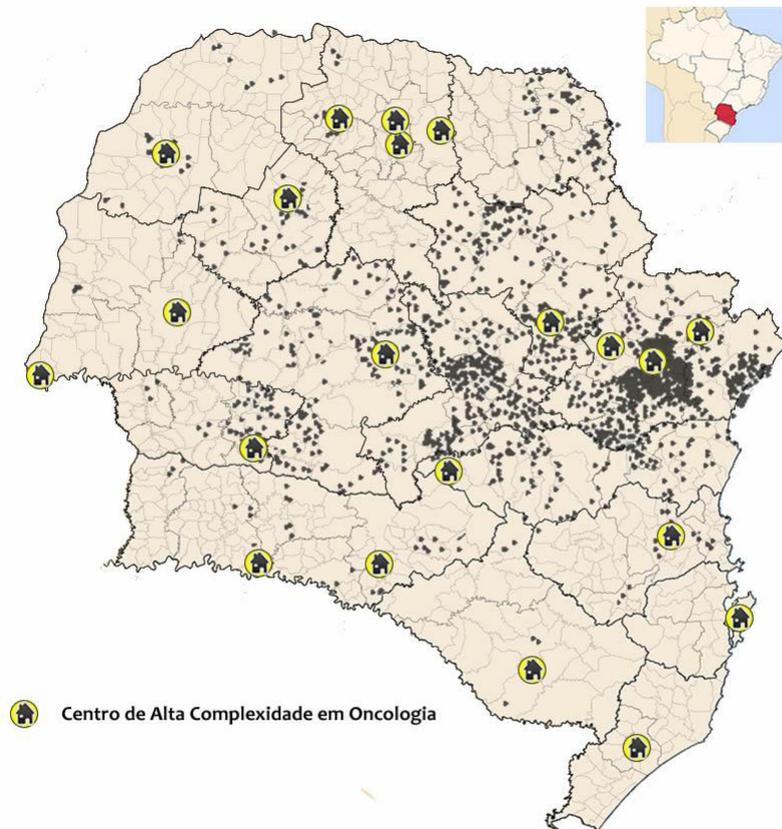
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 2 - Mapa da distribuição da produção de fumo (2005/2006) no Estado do Paraná relacionado com o mapa de distribuição geográfica dos locais de procedência dos casos de câncer bucal atendidos no CACON, no período de 1999 a 2008



Fonte: Secretaria de Estado da Agricultura e Abastecimento do Paraná - Departamento de Economia Rural da Secretaria da Agricultura

Figura 3 – Mapa de distribuição geográfica dos CACONs localizados nos Estados do Paraná e Santa Catarina, relacionados aos casos registrados de câncer bucal.



Fonte: Dados da pesquisa

Fonte - Localização dos CACONS: INCA, 2010 ²⁰

6. REFERÊNCIAS

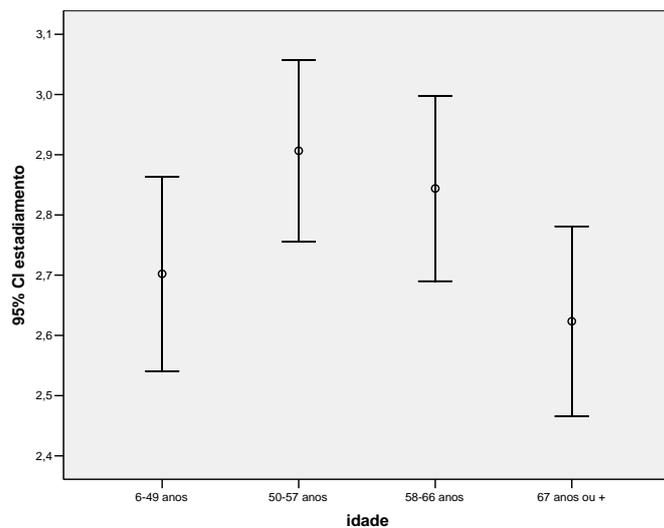
1. Andersen ZJ, Lassen CF, Clemmensen JH. Social inequality and incidence of the survival from cancers of the mouth, pharynx and larynx in a population-based study in Denmark, 1994-2003. *European Journal of Cancer*. 2008; 44: 1950-61
2. Barata RB. Desigualdades Sociais e Saúde In: Campos GWS et al.(Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2006; p. 457-86
3. Biazevick M G H, Castellanos RA, Antunes JLF, Michel-Crosato E. Tendências de Mortalidade por Câncer de Boca e Orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980 /2002. *Cad. de Saúde Pública*. 2006; 22(10): p. 2105-14.
4. Boing AF, Ferreira Antunes JL, de Carvalho MB, de Góis Filho JF, Kowalski LP, et al. How much do smoking and alcohol consumption explain socioeconomic inequalities in head and neck cancer risk? *J Epidemiol Community Health*. 2010.
5. Borges D M L, Sena MF, Ferreira MAF, Roncalli,AG. Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (2): p. 321-27.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer.TNM: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS.Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popPR.def>. Acessado em 1º/11/2010.
8. de Camargo Cancela M, Voti L, Guerra-Yi M, Chapuis F, Mazuir M, Curado MP. Oral cavity cancer in developed and in developing countries: population based incidence. *Head Neck*. 2010; 32(3):357-67.
9. Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em:<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf#6>. Acessado em 08/06/2010.
10. Código Internacional de Doenças (CID). 10ª revisão. 2008 <http://www.medicinanet.com.br/cid10/c.htm>. acessado em 10.04.2010
11. Conway D I, Mahon AD, Smith K, Black R, Robertson G, et al. Components of socioeconomic risk associated with head and neck cancer: A population-based-case-control study in Scotland. *British Journal of oral and Maxillofacial Surgery* .2010; 48: p.11-17
12. Doobaree IU, Landis SH, Linklater KM, El-Hariry I, Möller H, et al. Head and neck cancer in south east England between 1995-1999 and 2000-2004: An estimation of incidence and distribution by site, stage and histological type. *Oral Oncology*. 2009; 45: p.809-14

13. Grant E, Silver K, Bauld L, Day R, Warnakulasuriya S. The experiences of young oral cancer patients in Scotland: symptom recognition and delays in seeking professional help. *Br Dent J*. 2010; 206 (10): 465 - 71
14. Greenwood M, Thompson P J, Lowry RJ, Steen I N Oral Cancer: material deprivation, unemployment and risk factor behavior – an initial study. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2003; 32: p.74-77.
15. Hobdell M H, Oliveira E R, Bautista R, Myburgh NG, Lalloo R, et al. An international comparison of socio-economic status and oral health. *British Dental Journal*. 2003; 194(2): p 91-96.
16. Honorato J, et al. Análise de sobrevivência global em pacientes diagnosticados com carcinoma de células escamosas de boca no INCA, no ano de 1999. *Rev. Bras. Epidemiol.*[online]. 2009. 12(1): 69-81
17. Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE). tabela 8.1- População total e respectiva distribuição percentual, por cor ou raça, segundo as grandes regiões, unidades da federação e regiões metropolitanas. 2009. Disponível em: (http://IBGE.gov.br/home/estatística/população/condicaodevida/indicadores_minimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf). Acessado em 1º/11/2010.
18. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde (Brasil). *Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
19. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde (Brasil). *Situação de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2006.
20. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde (Brasil). Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/apoiogestao/site/home/alta_complexibilidade/hospitais/hospitais_PR
http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/apoiogestao/site/home/alta_complexibilidade/hospitais/hospitais_SC. Acessado em 1º/11/2010.
21. Kenborg L, Jorgensen AD, Budtz-Jorgensen E, Knudsen LE, Hansen J. Occupational exposure to the sun and risk of skin and lip cancer among male wage earners in Denmark: a population- based case-control study. *Cancer Causes Control*.2010;21(8): 1347-55
22. Matos I B; Araújo L A. Práticas Acadêmicas, cirurgias – dentistas, população e câncer bucal. *Revista da ABENO*. 2003; 3 (1) p. 76-81.
23. Ministério da Saúde (Brasil). *Manual de especialidades em saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
24. Moore RJ, Doherty DA, Chamberlain RM, Khuri FR. Racial disparity in survival of patients with squamous cell carcinoma of oral cavity and pharynx. *Ethn Health*. 2001; 6(3-4): 165-77
25. Muwonge R, Ramadas K, Sankila R, Thara S, Thomas G, Vinoda J, et al. Role of tobacco smoking, chewing and alcohol drinking in the risk of oral cancer in Trivandrum, India: A nested case-control design using incident cancer cases. *Oral Oncology*. 2008; 44: p.446-54

26. Moreira R S, Nico L S, Tomita N E. A Relação entre o Espaço e a Saúde Bucal Coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. *Ciência e Saúde Coletiva*.2007;12 (1):p. 275-84.
27. Narvai P C, Frazão P. *Saúde Bucal no Brasil: Muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro :Ed. Fiocruz, p. 37. 2008
28. Oliveira C E, Bernini G F, Miyazaki L C Y, Tomita N E. Características Sociodemográficas da Mortalidade por Câncer de Boca em Bauru, SP, no período de 1991 a 2001: uso de geoprocessamento. *Rev. Bras. Epidemiol*.2008; 11 (2): p.185-95.
29. Oliveira LR, Silva ARS; Zucoloto, S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *J Bras Patol Med Lab*.2006; 42(5) :p. 385-92.
30. Perea-MillaLópez E, Miñarro-Del Moral RM, Martinez-Garcia C, Zanetti R, Rosso S, Serrano S, Aneiros JF, Jimenez- Puente A, Redondo M. Lifestyles, environmental and phenotypic factors associated with lip cancer: a case-control study in southern Spain. *Br J Cancer*. 2003; 88(11): 1702-7
31. Petti S, Scully C. Determinants of oral cancer at the national level: Just a question of smoking and alcohol drinking prevalence? *Odontology*. 2010; 98(2):144-52
32. Santos LC, Cangussu MC, Batista O de M, Santos JP. Oral Cancer: population sample of state of Alagoas at a reference hospital. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009; 75 (4): 524-9
33. Secretaria Estadual de Saúde (Paraná). Centro de Informação e Diagnóstico em Saúde. Divisão de Sistemas de Informação em Saúde. *Atlas de mortalidade por câncer no Paraná 1999 - 2003*. - 1. Ed.; 1reimp. Curitiba: SESA, 52 p. 2006
34. Silva MC, Marques EB, Leite IC, Bernardo JMP. Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico de câncer de boca e orofaringe em Juiz de Fora/ MG. *Revista Brasileira de Cancerologia*.2009; 55:329-35
35. Warnakulasurya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*.2009; 54: p 309-16
36. Warnakulasurya S. Significant oral cancer risk associated with low socioeconomic status. *Evid Based Dent*. 2009; 10 (1): 4-5
37. World Health Organization. *World Cancer Report, 2008*. International Agency for Research on Cancer, Lyon. 2009.

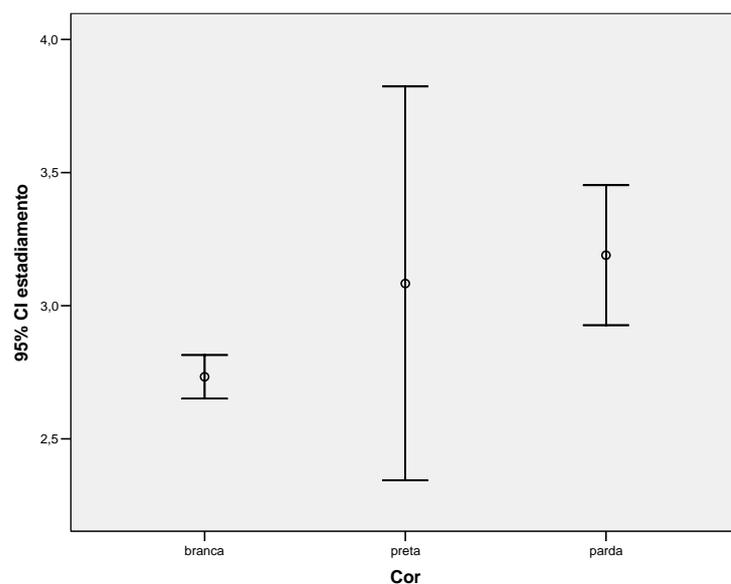
APÊNDICES

Figura 6 - Intervalo de confiança de 95% da variável estadiamento, segundo a idade



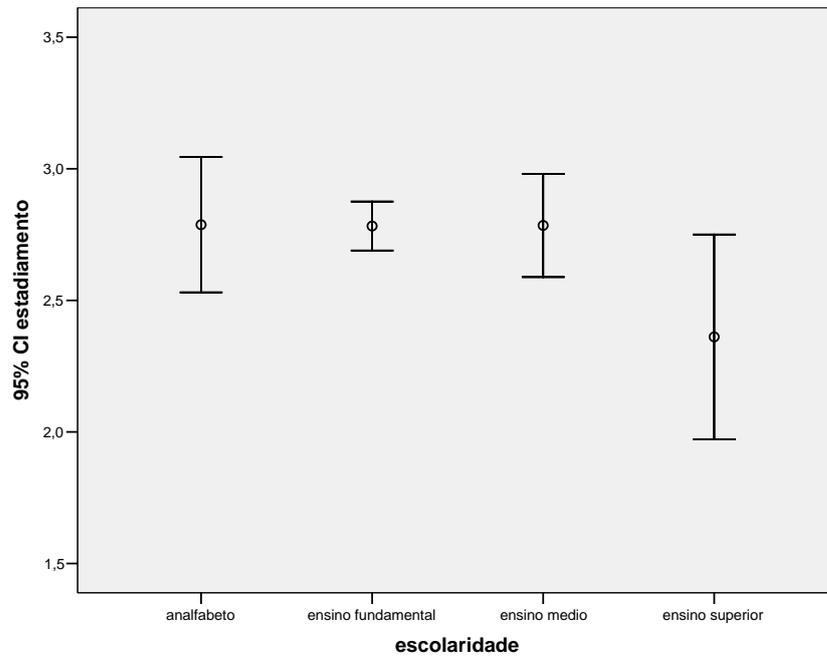
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 7 - Intervalo de confiança de 95% da variável estadiamento, segundo a cor da pele



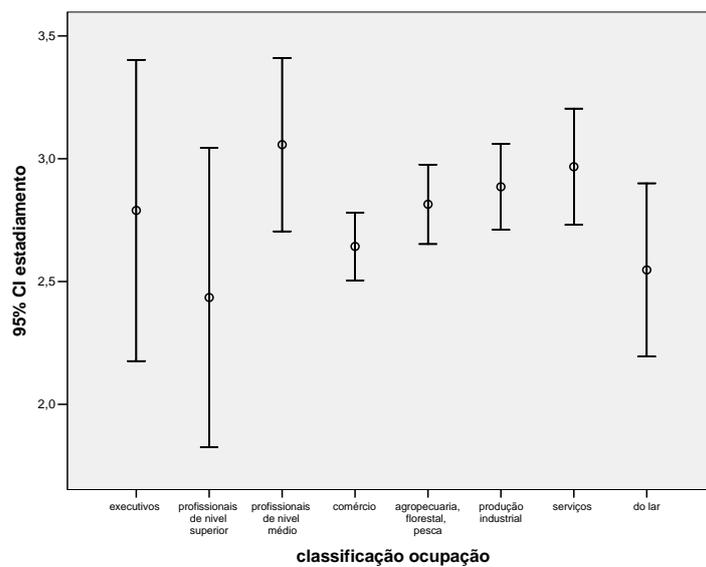
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 8 - Intervalo de confiança de 95% da variável estadiamento, segundo a escolaridade



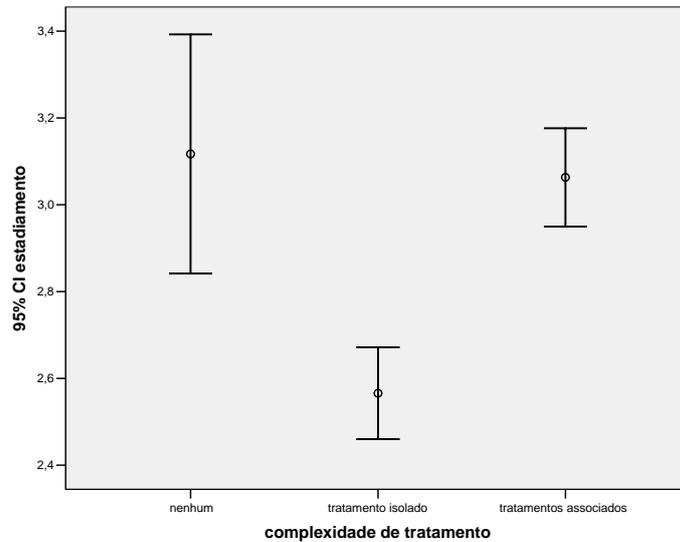
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 9- Intervalo de confiança de 95% da variável estadiamento, segundo a classificação de ocupações



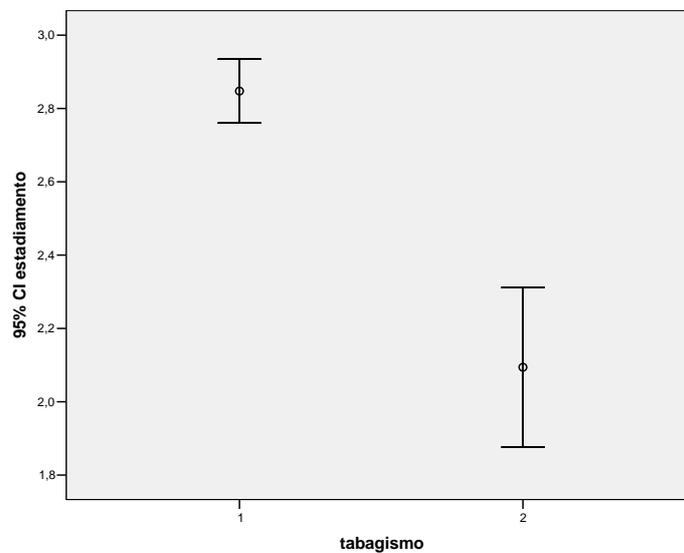
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 10- Intervalo de confiança de 95% da variável estadiamento, segundo a complexidade do tratamento



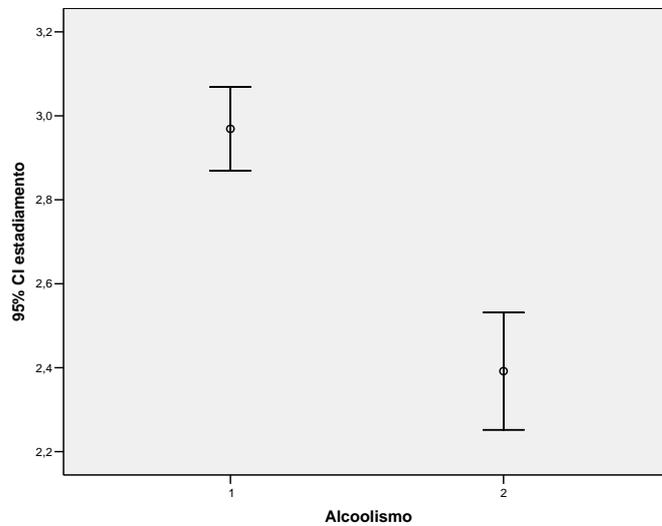
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 11- Intervalo de confiança de 95% da variável estadiamento, segundo o tabagismo



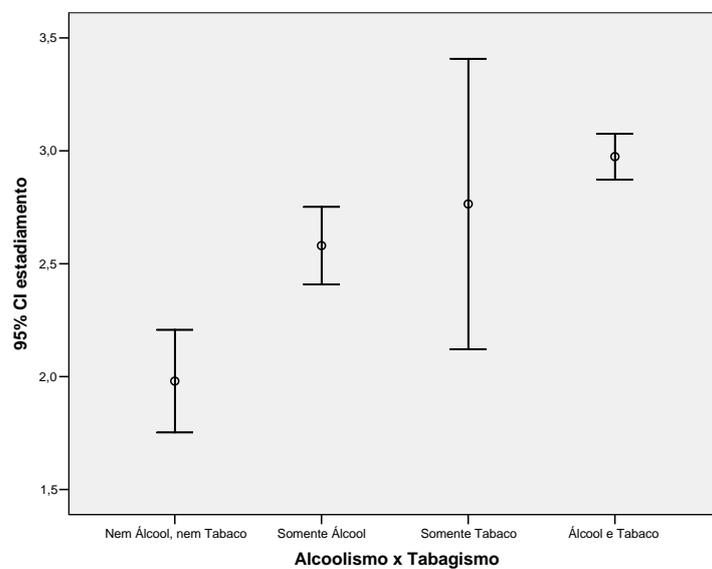
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 11- Intervalo de confiança de 95% da variável estadiamento, segundo o alcoolismo



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 11- Intervalo de confiança de 95% da variável estadiamento, segundo o alcoolismo X tabagismo



Fonte: Dados da pesquisa

**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
HOSPITAL ERASTO GAERTNER**



Curitiba, 22 de dezembro de 2009.

Edeny Aparecida Terra Loyola
Pesquisadora Responsável

Prezada Pesquisadora,

Gostaríamos de informar que o projeto de pesquisa intitulado como: **“Perfil sócio econômico e demográfico de pacientes portadores de câncer bucal do Hospital Erasmo Gaertner (Curitiba/PR) nos anos de 1999 a 2007.”**, cujo número de protocolo é **P.P. n° 1955** e tem como pesquisador responsável V. Sa., foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e **foi aprovado.**

Sem mais agradecemos a atenção e colocamo-nos a disposição para maiores esclarecimentos.

Dr. Jordan Zanetti Silva
Coordenador do Comitê de
Ética em Pesquisa
HEG - L.P.C.C. - CRM-PR 14.457

Atenciosamente,

Membros do CEP:

Ana Paula Hey – Enfermeira	Joy Gamen Longhi – Farmacêutica
Ana Cristina Miquez Ribeiro - Nutricionista	Jordan Zanetti Silva - Médico
Andrei Leite de Moraes - Médico	Jose Carlos Wiederkehr – Administrador de Empresas
Ariovaldo Donizetti de Abreu - Fisioterapeuta	Luiz Antonio Negrão Dias - Médico
Clarice Nana Yamanouchi - Médica	Márcia Bobak - Enfermeira
Edenice de Oliveira Santana - Enfermeira	Marina Lopes Carlos - Nutricionista
Fabrizio Martinelli de Oliveira - Médico	Ricardo Isaias Testoni - Enfermeiro
Flávia Martignago - Nutricionista	Rodrigo Leite de Moraes - Médico
Geovana Cristina S.Sylvestre - Enfermeira	Timóteo Borges de Campos – Membro da comunidade.
Iolanda de Assis Galvão	

ANEXO B – CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES

GRANDES GRUPOS

CBO 2002 - Grandes Grupos / Títulos⁹

0 Forças Armadas, policiais e bombeiros militares

1 Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes

2 Profissionais das ciências e das artes

3 Técnicos de nível médio

4 Trabalhadores de serviços administrativos

5 Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados

6 Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca

7 Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais

8 Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais

9 Trabalhadores de manutenção e reparação

ANEXO C – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA PRETENDIDA

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Categorias de artigos](#)
- [Autoria](#)
- [Processo de julgamento dos manuscritos](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Suplementos](#)
- [Conflito de interesses](#)
- [Documentos](#)

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- [CONSORT](#) checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- [STARD](#) checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- [MOOSE](#) checklist e fluxograma para meta-análise
- [QUOROM](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- [STROBE](#) para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de

25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e

deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras*.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver [modelo](#)). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página*.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de *links* para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.

b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.

d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).

e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver [permissão expressa](#) dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and

burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços

internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.fsp.usp.br/rsp), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção "consulta/ alteração dos artigos submetidos". Ao todo são oito situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o

manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.

- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.
- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**
- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de "consulta/ alteração dos artigos submetidos", o autor tem acesso às seguintes funções:

"Ver": Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

"Alterar": Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em "aguardando documentação".

"Avaliações/comentários": Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

"Reformulação": Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar

o nome da instituição e o ano de defesa.

7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.

8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.

9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "[responsabilidade de autoria](#)"

10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.

11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.

12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.

13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.

15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor

do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capa da Revista.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Documentos

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este somente após a aprovação). Apenas a Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada somente pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

1. Declaração de responsabilidade
2. Agradecimentos

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito para publicação:

3. Transferência de direitos autorais

1. Declaração de Responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados em rodapé na folha de rosto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

MODELO

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

"Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo."

"Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico."

"Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e

fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores."

Contribuição:

Local, data

Assinatura

Documentos

2. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos

Os autores devem obter permissão por escrito de todos os indivíduos mencionados nos Agradecimentos, uma vez que o leitor pode inferir seu endosso em dados e conclusões. O autor responsável pela correspondência deve assinar uma declaração conforme modelo abaixo.

MODELO

Eu, (nome por extenso), autor responsável pelo manuscrito intitulado (título):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito mas não preenchem os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos me forneceram permissão por escrito para tal.
- Certifico que, se não incluí uma sessão de Agradecimentos, nenhuma pessoa fez qualquer contribuição substancial a este manuscrito.

Local, Data

Assinatura

3. Transferência de Direitos Autorais

Enviar o documento assinado **por todos os autores** na ocasião da aprovação do manuscrito.

A RSP não autoriza republicação de seus artigos, exceto em casos especiais. Resumos podem ser republicados em outros veículos impressos, desde que os créditos sejam devidamente explicitados, constando a referência ao artigo original. Todas as solicitações acima, assim como pedidos de inclusão de links para artigos da RSP na SciELO em sites, devem ser encaminhados à Editoria Científica da Revista de Saúde Pública.

MODELO

"Declaro que em caso de aceitação do artigo por parte da Revista de Saúde Pública concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, vedado qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Faculdade de Saúde Pública e os créditos correspondentes."

Autores:

Título:

Local, data

Assinatura
