

Philippe Costa de Moraes

Perfil dos pacientes diagnosticados com câncer oral na clínica  
odontológica do HUB

Brasília  
2015



Philippe Costa de Moraes

Perfil dos pacientes diagnosticados com câncer oral na clínica  
odontológica do HUB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Departamento de Odontologia da Faculdade de  
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília,  
como requisito parcial para a conclusão do curso  
de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. André Ferreira Leite

Brasília  
2015



Dedido este trabalho à minha família  
que foi meu porto seguro perante  
as dificuldades durante  
este percurso.



## AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as bênçãos recebidas;

A minha esposa, Iara, por sempre estar ao meu lado, apoiando-me;

A minha filha, Analice, por renovar minhas forças com apenas um sorriso;

Aos meus pais e irmã, Wellington, Rosa e Sara, por sempre me incentivarem a me superar;

A minha avó, Maria, por sua imensa paciência e bondade;

Ao meu amigo e dupla na clínica odontológica, Daniel Quinan, por companheirismo, paciência e aprendizado compartilhado;

Ao meu orientador e amigo, André Leite, por sua orientação, dedicação, paciência e colaboração.

A todos os meus amigos e colegas na Turma 62, pelas risadas, piadas, revisar a matéria 5 minutos antes da prova e por todos os momentos alegres que passamos juntos.

A todos os participantes do CACON que me ajudaram a coletar os dados que usei nesta pesquisa.





## EPÍGRAFE

“o meu Deus, a minha fortaleza, em quem confio; o meu escudo,  
a força da minha salvação, e o meu alto refúgio”.

Salmos 18:2



## RESUMO

DE MORAIS, Philipe Costa. Perfil dos pacientes diagnosticados com câncer oral na clínica odontológica do HUB. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado e maligno de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. O câncer de boca é o que afeta lábios e o interior da cavidade oral, sendo em sua maioria do tipo espinocelular. Seus principais fatores de risco são o consumo de tabaco, álcool e, em certa parte, as infecções pelo HPV. O perfil clínico do paciente portador de câncer oral é, principalmente, homens, maiores de 50 anos, etilistas e tabagistas severos. O objetivo deste trabalho foi analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes portadores de câncer oral, diagnosticados na unidade de saúde bucal do Hospital Universitário da Universidade de Brasília, no período de 2002 a 2011 e comparar com o descrito na literatura. Foram analisados os prontuários dos pacientes atendidos nesta unidade e registrados em planilha. Em um total de 631 pacientes atendidos, 23 foram diagnosticados na Unidade de Saúde Bucal do HUB. As variáveis analisadas incluíram a idade, gênero, hábitos tabagista e etilista, sítio primário do tumor, estadiamento clínico, tratamento, e referenciamento. Além da análise estatística

descritiva, a associação das variáveis foi analisada por meio do teste do chi-quadrado ( $\chi^2$ ). Todos os testes estatísticos foram realizados com o auxílio do programa SPSS. Os resultados mostraram o predomínio de lesões na língua (43,50%), a maioria diagnosticada em estágio avançado, em fases T3 e T4 (73,9%). A idade média dos pacientes foi de 61,5 anos. Houve associação estatisticamente significativa entre tabagismo, tamanho do tumor e presença de metástase locorregional. Conclusão: O perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com câncer oral diagnosticados na Unidade de Saúde Bucal do HUB foi compatível com o descrito na literatura e reforça a necessidade de estratégias de saúde voltadas para esse público em particular, especialmente no que se refere ao diagnóstico tardio dessas lesões e ao enfrentamento dos fatores de risco.

## ABSTRACT

De Morais, Philipe Costa. Profile of patients diagnosed with oral cancer in the dental clinic of HUB. 2015. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

Cancer is the name given to a range of more than 100 diseases that have in common the disordered growth and malignant of cells that invade tissues and organs and may spread (metastasis) to other parts of the body. Oral cancer affects the lips and the inside of the oral cavity, mostly squamous type. Its main risk factors are tobacco, alcohol, and certain part, HPV infections. The clinical profile of the bearer of oral cancer patients are mainly men, older than 50, severe alcoholics and smokers. The aim of this study was analyze the clinical and epidemiological profile of patients with oral cancer, diagnosed in dental clinic at the University Hospital of the University of Brasilia, in the period 2002-2011 and compare it to the described in the literature. The medical records of patients treated in this unit and recorded in a spreadsheet were analyzed. A total of 631 patients enrolled, 23 were diagnosed at the dental clinic of the HUB. The variables included age, gender, tobacco and alcohol drinking habits, primary tumor site, clinical staging, treatment, and referencing. In addition to the descriptive statistical analysis, the association of variables was analyzed using the chi-square test ( $\chi^2$ ). All statistical tests were performed with the SPSS program. Results showed the prevalence of tongue lesions (43.50%), most diagnosed at advanced stages in T3 and T4 stage (73.9%). The average age of patients was 61.5 years. There was a statistically significant association between smoking, tumor size and presence of locoregional metastases. Conclusion: The clinical

and epidemiological profile of patients with oral cancer diagnosed in the dental clinic of the HUB was consistent with that described in the literature and reinforces the need for health strategies aimed at this kind of patients, especially when it comes to late diagnosis these injuries and to face the risk factors.

## SUMÁRIO

Artigo Científico .....	17
Folha de Título .....	19
Resumo .....	20
Abstract .....	23
Introdução.....	25
Métodos.....	27
Resultados.....	28
Discussão.....	31
Conclusão.....	35
Referências .....	36
 Anexos.....	
Normas da Revista.....	40





## ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

DE MORAIS, Philipe Costa; LEITE, André Ferreira. Perfil dos pacientes diagnosticados com câncer oral na clínica odontológica do HUB.



## FOLHA DE TÍTULO

Perfil dos pacientes diagnosticados com câncer oral na clínica odontológica do HUB

Profile of patients diagnosed with oral cancer in the dental clinic of HUB

Philippe Costa de Moraes<sup>1</sup>

André Ferreira Leite<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Aluno de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

<sup>2</sup> Professor Adjunto de Diagnóstico da Universidade de Brasília (UnB).

Correspondência: Prof. Dr. André Ferreira Leite  
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF  
E-mail: andreleite@unb.br / Telefone: (61) 31071849



## Resumo

Perfil dos pacientes diagnosticados com câncer oral na clínica odontológica do HUB

### Resumo

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado e maligno de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. O câncer de boca é o que afeta lábios e o interior da cavidade oral, sendo em sua maioria do tipo espinocelular. Seus principais fatores de risco são o consumo de tabaco, álcool e, em certa parte, as infecções pelo HPV. O perfil clínico do paciente portador de câncer oral é, principalmente, homens, maiores de 50 anos, etilistas e tabagistas severos. O objetivo deste trabalho foi analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes portadores de câncer oral, diagnosticados na unidade de saúde bucal do Hospital Universitário da Universidade de Brasília, no período de 2002 a 2011 e comparar com o descrito na literatura. Foram analisados os prontuários dos pacientes atendidos nesta unidade e registrados em planilha. Em um total de 631 pacientes atendidos, 23 foram diagnosticados na Unidade de Saúde Bucal do HUB. As variáveis analisadas incluíram a idade, gênero, hábitos tabagista e etilista, sítio primário do tumor, estadiamento clínico, tratamento, e referenciamento. Além da análise estatística descritiva, a associação das variáveis foi analisada por meio do teste do chi-quadrado ( $\chi^2$ ). Todos os testes estatísticos foram

realizados com o auxílio do programa SPSS. Os resultados mostraram o predomínio de lesões na língua (43,50%), a maioria diagnosticada em estágio avançado, em fases T3 e T4 (73,9%). A idade média dos pacientes foi de 61,5 anos. Houve associação estatisticamente significativa entre tabagismo, tamanho do tumor e presença de metástase locorregional. Conclusão: O perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com câncer oral diagnosticados na Unidade de Saúde Bucal do HUB foi compatível com o descrito na literatura e reforça a necessidade de estratégias de saúde voltadas para esse público em particular, especialmente no que se refere ao diagnóstico tardio dessas lesões e ao enfrentamento dos fatores de risco.

Palavras-chave

Câncer oral, perfil epidemiológico, tabagismo.

## ABSTRACT

Profile of patients diagnosed with oral cancer in the dental clinic of HUB

### Abstract

Cancer is the name given to a range of more than 100 diseases that have in common the disordered growth and malignant of cells that invade tissues and organs and may spread (metastasis) to other parts of the body. Oral cancer affects the lips and the inside of the oral cavity, mostly squamous type. Its main risk factors are tobacco, alcohol, and certain part, HPV infections. The clinical profile of the bearer of oral cancer patients are mainly men, older than 50, severe alcoholics and smokers. The aim of this study was analyze the clinical and epidemiological profile of patients with oral cancer, diagnosed in dental clinic at the University Hospital of the University of Brasilia, in the period 2002-2011 and compare it to the described in the literature. The medical records of patients treated in this unit and recorded in a spreadsheet were analyzed. A total of 631 patients enrolled, 23 were diagnosed at the dental clinic of the HUB. The variables included age, gender, tobacco and alcohol drinking habits, primary tumor site, clinical staging, treatment, and referencing. In addition to the descriptive statistical analysis, the association of variables was analyzed using the chi-square test ( $\chi^2$ ). All statistical tests were performed with the SPSS program. Results showed the prevalence of tongue lesions (43.50%), most diagnosed at advanced stages in T3 and T4 stage (73.9%). The average age of patients was 61.5 years. There was a statistically significant association between smoking, tumor size and presence of locoregional metastases. Conclusion: The clinical and epidemiological profile of patients with oral cancer diagnosed in the dental clinic of the HUB was consistent with that described

in the literature and reinforces the need for health strategies aimed at this kind of patients, especially when it comes to late diagnosis these injuries and to face the risk factors.

#### Keywords

Oral cancer, epidemiological profile and smoking.



## Introdução

O câncer oral é um termo genérico que engloba as enfermidades epiteliais malignas de qualquer parte da boca ou da orofaringe<sup>1</sup>, que é anatomicamente composta pela base da língua, o palato mole, as amígdalas e a parte lateral e posterior da garganta. Essa modalidade de câncer é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo. A última estimativa mundial apontou que ocorreriam cerca de 300 mil novos casos e 145 mil óbitos, para o ano de 2012, por câncer de boca e lábio. Desses, cerca de 80% ocorreram em países em desenvolvimento<sup>34</sup>.

Estudos epidemiológicos apontam que os homens são mais propensos a desenvolverem esse tipo de tumor maligno do que as mulheres<sup>10,19,20</sup>. Adultos e idosos estão entre as faixas etárias mais atingidas pelo carcinoma, sendo que mais da metade dos casos são diagnosticados em indivíduos com mais de 65 anos<sup>18</sup>. A população afro-americana possui maior taxa de mortalidade quando comparada com a população branca (4.4 vs. 2.2 por 100.000 habitantes)<sup>10</sup>.

O carcinoma oral espinocelular, também denominado de células escamosas, ocorre em mais de 95% de todas as malignidades da cavidade oral<sup>14</sup>, sendo que a maioria dessas neoplasias se desenvolvem no sistema aerodigestivo superior após exposição a agentes carcinogênicos como o tabaco e o álcool<sup>2</sup>. Os principais fatores de risco para o câncer de cavidade oral incluem o consumo de tabaco, álcool, infecções pelo HPV, raça, idade, gênero e estado nutricional pobre<sup>3,10,18</sup>.

As infecções por HPV do tipo 16 e 18 estão altamente associadas com casos de câncer oral. Lesões como leucoplasia e leucoplasia proliferativa verrucosa são associados a esses tipos virais<sup>7,8</sup>. Essa associação mudou drasticamente as características dos casos de câncer oral nos últimos 30 anos, pois esse câncer era comumente associado a adultos e idosos

com histórico de consumo de tabaco e álcool. Nos últimos anos esse panorama mudou, pois houve redução de casos de câncer de cavidade oral associado ao uso de tabaco e houve aumento acentuado de casos de carcinoma de células escamosas de orofaringe em pacientes que nunca fumaram devido às infecções por papiloma vírus humano, o HPV<sup>9,11</sup>.

Várias lesões potencialmente malignas têm sido associadas ao câncer de cavidade oral. As lesões mais comuns incluem a leucoplasia, eritroplasia, eritroleucoplasia, líquen plano e fibrose submucosa oral. As lesões eritroplásicas possuem um maior potencial maligno do que as lesões leucoplásicas e geralmente estão associadas com displasia ou carcinoma in situ<sup>5,10</sup>.

O tratamento padrão para casos de câncer na cavidade oral é a ressecção primária do tumor combinada ou não com terapia pós-operatória de radioterapia ou quimioterapia<sup>5</sup>. A escolha do tratamento deve ser criteriosamente estudada devido à proximidade com estruturas críticas que podem ser extremamente danificadas de acordo com o tratamento selecionado, assim como questões estéticas e defeitos estruturais que podem diminuir a qualidade de vida do paciente<sup>6</sup>.

O efeito colateral mais limitante no tratamento do câncer de cavidade oral por radioterapia é a mucosite oral. São diversos os problemas associados com a essa reação, como dor oral, odinofagia, redução da abertura bucal e infecções secundárias<sup>12</sup>. Esse efeito pode interferir negativamente no tratamento, pois pode ocorrer perda de peso devido a não ingestão de alimentos e até mesmo a cessação imediata do tratamento<sup>13</sup>.

Nos últimos anos, novas formas de tratamento visam aumentar a taxa de sobrevida, melhorando o prognóstico da doença, como tratamentos associados e também a detecção precoce da neoplasia<sup>14</sup>. Estudos de coorte apontam diferenças entre as taxas de sobrevida em cinco anos, que eram de 43,5% em 2002<sup>15</sup>, saltando para 62,5% em 2014<sup>16</sup>.

A prevalência e o prognóstico dos diversos tipos de câncer são dependentes de múltiplas variáveis, como exposição aos fatores de risco, características moleculares do tumor, estadiamento clínico, comorbidades, tratamento realizado, entre outros<sup>4</sup>.

O conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos atendidos nos hospitais universitários é de fundamental importância para o entendimento de seus aspectos etiológicos e planejamento de atenção à saúde, com protocolos terapêuticos cada vez mais direcionados ao tipo de câncer que o paciente possui.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil dos pacientes portadores de câncer de cavidade oral diagnosticados na Clínica Odontológica do Hospital Universitário, da Universidade de Brasília, no período de 2002 a 2011.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo, baseado no banco de dados do Hospital Universitário de Brasília (HUB) da Universidade de Brasília (UnB). Os dados estavam contidos nos prontuários odontológicos e médicos dos pacientes que foram atendidos por estudantes universitários, residentes e cirurgiões dentistas do ambulatório de odontologia. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade de Brasília (CEP: 137/11).

Ao total foram analisados 630 prontuários odontológicos do período entre 2002 a 2011, sendo que 23 prontuários atenderam aos critérios de inclusão no estudo, como o preenchimento completo do prontuário, a biópsia realizada por cirurgiões dentistas e o diagnóstico realizado na Unidade de Saúde Bucal do Hospital Universitário de Brasília.

As variáveis analisadas incluíram a idade, sexo, hábito tabagista e etilista, sítio primário do tumor, estadiamento clínico,

tratamento, referência de encaminhamento profissional e local. A associação entre as variáveis estudadas foi analisada por meio do teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ).

Os dados compilados foram armazenados no programa Microsoft Excel. A análise estatística dos dados foi realizada através do programa SPSS para Windows 13.0 (Statistical Package for the Social Sciences, Chicago, IL), com nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

Dos pacientes registrados entre os anos de 2002 a 2011 nos prontuários odontológicos do Hospital Universitário de Brasília, pacientes foram incluídos, com registros completos nos prontuários e diagnóstico realizado na Unidade de Saúde Bucal. Dos pacientes analisados, 17 (74%) eram homens e 6 (26%) eram mulheres. A média de idade dos pacientes foi de 61,5 anos, com idade máxima de 81 e mínima de 37 anos. A tabela 1 mostra a distribuição dos pacientes avaliados em relação ao gênero e a idade.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes com câncer oral diagnosticados na Unidade de Saúde Bucal, em relação à idade e ao gênero

Idade (anos)	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
30-49	3 (13%)	0 (0%)	3 (13%)
50-69	11 (48%)	3 (13%)	14 (61%)
>70	3 (13%)	3 (13%)	6 (26%)
Total	17 (74%)	6 (26%)	23 (100%)

Quanto aos fatores de risco avaliados, a maioria dos pacientes era fumante, totalizando em 20 (87%), se forem

somados os tabagistas com os ex-tabagistas. Já os etilistas e os ex-etilistas totalizaram em 16 (69,6%).

Os sítios de localização da neoplasia mais frequentes foram a língua (43,5%), o soalho bucal (21,7%) e a orofaringe (13%), sendo que também foram encontrados, em menor proporção, no triângulo retromolar (8,7%), no lábio (8,7%) e na gengiva (4,3%).

A respeito do estadiamento clínico do tumor, a maior parte foi diagnosticada em estágio avançado. Se somadas as extensões dos tumores primários, T3 e T4, foram em 17 pacientes (73,9%).

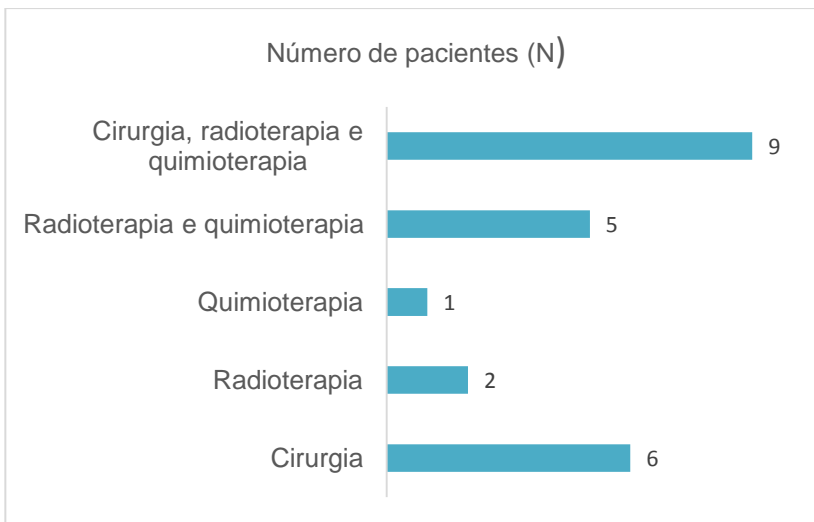
Já em relação à ausência ou a presença e à extensão de metástase em linfonodos regionais, houve 1 (4,3%) caso que não pôde ser avaliado –Nx-, 4 (17,4%) casos nos quais não havia metástase em linfonodos regionais –N0- e 18 (78,2%) casos nos quais havia comprometimento nos linfonodos regionais –N1,N2 e N3-. Somente uma metástase para tecidos e órgãos distantes foi encontrada neste estudo (4,3%). A tabela 2 apresenta a distribuição dos pacientes estudados em relação ao estadiamento clínico, TNM.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes com câncer oral diagnosticados na Unidade de Saúde Bucal do HUB, em relação ao estadiamento TNM

Grau de T estadiamento	T N (%)	N N (%)	M N (%)
X	-	1 (4,3%)	3 (13%)
0	-	4 (17,4%)	19 (82,6%)
1	1 (4,3%)	3 (13%)	1 (4,3%)
2	5 (21,7%)	10 (43,5%)	-
3	6 (26,1%)	5 (21,7%)	-
4	11 (47,8%)	-	-

T – tamanho do tumor, N – presença de metástase locoregional, M – presença de metástase à distância.

Em relação, ao tratamento realizado, 15 (65,2%) pacientes foram submetidos à cirurgia, associada ao não à quimioterapia e à radioterapia. Os outros 8 (34,8%) pacientes realizaram tratamentos somente com quimioterapia e radioterapia, associadas ou não, como mostra a figura 1.



No que concerne à procedência dos pacientes, a maioria (65,2%) morava em Brasília e os outros residiam no Estado de Goiás. A maioria dos pacientes analisados foram encaminhados pelo próprio Hospital Universitário de Brasília (56,5%), outros foram referenciados pelo Hospital de Base do Distrito Federal (17,4%) e o remanescente foi encaminhado por postos de atenção primária de saúde de Brasília e de Goiás.

Quanto ao profissional de saúde que referenciou esses pacientes, demonstrou-se que grande parte deles foram encaminhados por médicos e dentistas com 9 (39,1%) indicações

feitas por cada um desses profissionais. Já os outros pacientes foram encaminhados por enfermeiros e assistentes sociais.

Houve associação entre o hábito tabagista com o tamanho do tumor (T) e presença de metástase nos linfonodos loco-regionais (N),  $p < 0,05$ . Não encontramos outras associações estatisticamente significantes entre as variáveis analisadas no estudo.

## DISCUSSÃO

O perfil clínico-epidemiológico dos pacientes portadores de câncer de boca, cujo diagnóstico foi realizado na Unidade de Saúde Bucal do Hospital Universitário da Universidade de Brasília, no período de 2002 a 2011 foi compatível com o descrito na literatura. Isto é, a maioria dos pacientes era do gênero masculino, com idade acima de 50 anos, tabagista e etilista severos. Ainda, os tumores foram diagnosticados em estágio avançado.

No que se refere ao gênero dos pacientes analisados, este estudo corrobora com a literatura científica, na qual os homens são mais comumente acometidos pelo câncer de cavidade oral do que as mulheres<sup>18,19,22,23</sup>. A proporção relatada pela literatura é de 3:1 em relação aos homens e mulheres, respectivamente<sup>24</sup>. Nesse estudo demonstrou-se que quase  $\frac{3}{4}$  dos pacientes afetados eram do sexo masculino. Em um estudo indiano também foi encontrada uma maior porcentagem de homens afetados em relação às mulheres (68% vs. 32%)<sup>21</sup>, já um estudo paulista deparou-se com uma diferença estatística ainda maior (84,3% vs. 15,7%)<sup>20</sup>.

Já quanto à idade do grupo de pacientes do estudo, também confirmada pela literatura mundial, a maioria dos casos foi diagnosticada em pacientes idosos com idade média que ultrapassa 60 anos de idade. Consistente com esses dados, a maioria dos pesquisadores afirmam que a taxa média de idade,

no momento do diagnóstico, é de 65 anos. Eles também afirmam que a minoria é diagnosticada antes dos 40 anos de vida<sup>10,18,19</sup>.

Dados epidemiológicos apontam uma forte correlação entre alguns agentes, que possuem potencial cancerígeno, e um risco aumentado de desenvolvimento de câncer oral, se houver uma longa exposição ou contato prematuro com esses agentes<sup>10,18,26</sup>. Dos fatores de risco analisados neste estudo o que há maior potencial de causar o câncer de cavidade oral é o tabaco, já o álcool atua sinergicamente com o tabaco facilitando a penetração de diferentes substâncias tóxicas na mucosa bucal<sup>26</sup>.

O percentual de tabagistas encontrado em um estudo malasiano foi de cerca de 90% dos pacientes do sexo masculino<sup>27</sup>. No presente estudo houve uma porcentagem semelhante (87%), sendo que a maioria desses pacientes também consome álcool, substância que pode aumentar as chances de desenvolvimento do câncer.

Neste estudo a língua foi o sítio mais afetado pelo carcinoma de células escamosas oral (43,5%). Já é bem estabelecido na literatura que esse é o sítio no qual há predominância nos casos estudados, como em um estudo de Juiz de Fora, Minas Gerais, que encontrou 37,5% dos sítios na língua<sup>22</sup>. Outros estudos ao redor do mundo confirmam essa prevalência como na Ásia, Malásia, Estados Unidos, Brasil<sup>19,27,28,24</sup>. O próximo sítio mais acometido foi o soalho bucal (21,7%), outros estudos brasileiros encontraram frequências semelhantes (16%)<sup>25,29</sup>.

O estágio IV foi o mais recorrente nesta pesquisa (47,8%). Pesquisas análogas revelam que a maioria dos pacientes são diagnosticados em fases avançadas do desenvolvimento tumoral, sendo essas as fases III e IV<sup>10,14,18,20,21,25,27</sup>. Nesse estudo, esses dois níveis de estadiamento clínico corresponderam a mais de 70% dos casos analisados. De acordo com esse estudo, na maior parte dos



casos, os linfonodos regionais também foram comprometidos pelo tumor (78,2%), estatística confirmada por outras pesquisas<sup>22</sup>.

O estadiamento clínico é um importante preditor da sobrevivência dos pacientes, além da presença de nódulos linfáticos metastáticos<sup>5</sup>. A taxa de sobrevida dos pacientes diagnosticados com câncer de cavidade oral está altamente associada com o estadiamento clínico no momento do diagnóstico<sup>10</sup>. A escolha da modalidade do tratamento também depende, entre outras características do tumor, desse estágio<sup>25</sup> sendo que poderia haver resultados mais previsíveis nos casos que o diagnóstico é realizado nas fases iniciais do tumor.

Vale ressaltar que a capacitação dos profissionais de saúde, principalmente na atenção básica, faz-se necessária. Talvez esta seja uma das principais dificuldades para se realizar o diagnóstico precoce de potencialmente malignas: a falta de capacitação a respeito de um minucioso exame visual da cavidade bucal. Dentistas e médicos deveriam ser aconselhados a participarem de programas direcionados à detecção precoce do câncer bucal e de lesões potencialmente malignas<sup>35</sup>.

Quanto ao tratamento realizado pelos pacientes, observou-se que foi preponderante a realização de cirurgias (65,2%), associadas ou não à radioterapia e à quimioterapia, resultado que corresponde com outros estudos do Brasil<sup>22</sup> e Malásia<sup>27</sup>. Segundo a literatura, quanto maior o grau do estadiamento clínico, maior a complexidade do tratamento utilizado, como quando há comprometimento dos linfonodos que se faz necessário o esvaziamento cervical associado à radioterapia<sup>30</sup>.

Em relação ao sistema de referência e contra-referência no Hospital Universitário de Brasília, cerca de 35% dos pacientes diagnosticados moravam em Goiás, fato que se deu provavelmente, além do HUB ser um centro de referência em relação ao tratamento de câncer em Brasília, pela falta de

estrutura da atenção secundária e terciária das cidades goianas próximas à Brasília. Esses dados se confirmam com as informações do aplicativo TABNET do sitio governamental do “datasus”, quando se agrupa o quantitativo de biópsias de tecido mole realizadas no estado de Goiás e do Distrito Federal. Observa-se a enorme disparidade em relação a esses dados, pois foram feitas – de 2012 a 2014- somente 17 biópsias em todo o estado do Goiás, já no Distrito Federal foram realizadas 234 biópsias de tecido mole no mesmo período pesquisado.

Quanto a análise do sistema de referência e contra-referência, observa-se que seu funcionamento é precário e não há garantia de continuidade do tratamento<sup>31</sup>. Tal precariedade culmina em sobrecarga dos centros de referência<sup>32</sup>, como é o caso do HUB.

Já quanto a categoria de profissionais de saúde que encaminhou o paciente à clínica odontológica do HUB, observou-se que o número de dentistas foi igual ao de médicos, proporções diferentes da encontrada na literatura científica.

Em um estudo paulista, demonstrou-se uma proporção de apenas 14% dos encaminhamentos feitos por dentistas e 81,4% dos demais pacientes foram encaminhados por médicos<sup>24</sup>. Nossos resultados parecem refletir a atuação crescente do cirurgião-dentista tanto no diagnóstico quanto no encaminhamento dos pacientes com câncer de cavidade oral para o tratamento.

Em uma pesquisa realizada entre dentistas no Canadá, 56,7% dos cirurgiões-dentistas disseram estar com os conhecimentos atualizados sobre câncer de boca e orofaringe. A maioria identificou corretamente o tabagismo (99,4%) e o etilismo (90,4%) como fatores de risco<sup>33</sup>.

Entre as dificuldades e limitações deste estudo, estão os erros de preenchimento dos prontuários odontológicos e médicos pelos graduandos de odontologia, cirurgiões-dentistas e médicos,

fato que reduziu significativamente o número de prontuários incluídos na análise.

## CONCLUSÃO

Este estudo revelou, com a avaliação dos prontuários odontológicos de 23 pacientes, que houve predominância em relação ao câncer de cavidade oral em indivíduos do gênero masculino, idosos, tabagistas e etilistas. Quase todos os pacientes foram encaminhados por médico e dentistas e foram diagnosticados em estádios avançados. A identificação dos fatores de risco pôde demonstrar a associação entre o tabagismo com o tamanho do tumor e a presença de metástase nos linfonodos regionais.

## REFERÊNCIAS

1. Antunes J, Toporcov TN, Biazevic MG, Boing AF, Bastos JL. Gender and racial inequalities in trends of oral cancer mortality in Sao Paulo, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2013 Jun, 470-8.
2. Argiris A, Karamouzis MV, Raben D, Ferris RL. Head and neck cancer. *Lancet*. 2008, 371:1695-709.
3. Laronde DM, Hislop TG, Elwood JM, Rosin MP. Oral cancer: just the facts. *J Can Dent Assoc*. 2008, 74:269-72.
4. Carvalho AL. Câncer da cavidade oral em países desenvolvidos e em desenvolvimento: estudo comparativo entre dois centros especializados. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
5. Pablo H. Montero, MD, Snehal G. Patel, MD. Cancer of the Oral Cavity. *Surg Oncol Clin N Am* 24. 2015 491–508.
6. Rathod S., Livergant J., Klein J., Witterick I., Ringash J. A systematic review of quality of life in head and neck cancer treated with surgery with or without adjuvant treatment. S. Rathod et al. / *Oral Oncology*, 2015.
7. Gupta S., Gupta S. Role of human papillomavirus in oral squamous cell carcinoma and oral potentially malignant disorders: A review of the literature. *Indian J Dent*. 2015 Apr-Jun, 91–98.
8. Aimee R. Kreimer, Gary M. Clifford, Peter Boyle and Silvia Franceschi. Human Papillomavirus Types in Head and Neck Squamous Cell Carcinomas Worldwide: A Systematic Review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* February 2005 14; 467.
9. Young D, Christopher C. Xiao, Murphy B, Moore M, Fakhry C, Terry A. Day. Increase in head and neck cancer in younger patients due to human papillomavirus (HPV). *Oral Oncology* 51. 2015, 727–730.

10. Neville BW, Terry A. Day. Oral Cancer and Precancerous Lesions. *CA Cancer J Clin.* 2002; 52:195-215.
11. Moore KA, Mehta V. The Growing Epidemic of HPV-Positive Oropharyngeal Carcinoma: A Clinical Review for Primary Care Providers. *JABFM.* July–August 2015 Vol. 28 No. 4.
12. Mallick M, Benson R, Rath G. K. Review article: Radiation induced oral mucositis: a review of current literature on prevention and management. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2015.
13. Gussgard AM, Jokstad A, Hope AJ, Wood R, Tenenbaum H. Radiation-Induced Mucositis in Patients with Head and Neck Cancer – Should the Signs or the Symptoms be Measured?. *J Can Dent Assoc.* 2015, 81:f11.
14. Kao SY, Chu YW, Chen YW, ChangKW, Liu TY. Detection and Screening of Oral Cancer and Pre-cancerous Lesions. *J Chin Med Assoc.* 2009, vol 72:n<sup>o</sup> 5.
15. Funk GF, Karnell LH, Robinson RA, et al. Presentation, treatment, and outcome of oral cavity cancer: a National Cancer Data Base report. *Head Neck.* 2002, 165–80.
16. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. 2014.
17. Pulte D, Brenner H. Changes in Survival in Head and Neck Cancers in the Late 20th and Early 21st Century: A Period Analysis. *The Oncologist.* 2010, 15:994–1001.
18. McDowell JD. An Overview of Epidemiology and Common Risk Factors for Oral Squamous Cell Carcinoma. *Otolaryngol Clin N Am* 39. 2006, 277–294.
19. Rao SVK, Mejia G, Thomson KR, Logan R. Epidemiology of Oral Cancer in Asia in the Past Decade- An Update (2000-2012). *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.* 2013.

20. Bergamasco VD, Marta GN, Kowalski LP, Carvalho AL. Perfil epidemiológico do câncer de cabeça e pescoço no Estado de São Paulo. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 2008.
21. Ganesh R, John J, Saravanan S. Socio demographic profile of oral câncer patients residing in Tamil Nadu - A hospital based study. *Indian Journal of Cancer*. 2013, v 50: issue 1.
22. Jesus RR, Meyer TN, Leite ICG, Pereira AAC, Armond MC. Epidemiologic profile and quality of life of patients treated for oral câncer in Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010, 1;15:e20-4.
23. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Estimating the world cancer burden: globocan 2000. *Int. J. Cancer*. 2001, 94:153–156.
24. Dedititis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004, V.70, n.1, 35-4.
25. Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2007, 53: 63-69.
26. Carrard VC, Pires AP, Paiva RL, Chaves ACM, Filho MS. Álcool e Câncer Bucal: Considerações sobre os Mecanismos Relacionados. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2008; 54: 49-56.
27. Razak AA, Saddki N, Nyi NN, Abdullah N. Oral Cancer Presentation Among Malay Patients in Hospital Universiti Sains Malaysia, Kelantan. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2009, Vol 10.
28. Ryan Li, Wayne M. Koch, Carole Fakhry and Christine G. Gourin. Distinct Epidemiologic Characteristics of Oral Tongue Cancer

- Patients. *Otolaryngology– Head and Neck Surgery*. 2013, 148: 792–796.
29. Gervásio OLAS, Dutra RA, Tartaglia SMA, Vasconcelos WA, Barbosa AA, Aguiar MCF. Oral squamous cell carcinoma: A retrospective study of 740 cases in a Brazilian Population. *Braz Dent J*. 2001, 12:57-61.
  30. Conduas do INCA/MS. Carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2001, 47: 361-76.
  31. Juliani, CM.CM; Ciampone, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. *Rev. Esc . Enf. USP*. 1999, v. 33, n. 4, p. 323-33.
  32. Santo SJS; Scarpelinis; Brasileiro SLL; Ferrazca; Dalloramelv & Sámfs. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina, Ribeirão Preto*. 2003, 36: 498-515.
  33. Clovis JB, Horowitz AM, Poel DH. Oral and pharyngeal cancer: knowledge and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. *J Can Dent Assoc*. 2002, 68:415-20.
  34. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
  35. Van der Waal, Isaác. Are We Able to Reduce the Mortality and Morbidity of Oral Cancer; Some Considerations. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2013, e33–e37.

## NORMAS DA REVISTA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais)

### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES:

1.1 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.2 - Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. (leia mais);

1.3 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);

1.4 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.5 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.6 - Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde



Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.10 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

## 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão

automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

### 3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

### 4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros

institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

## 5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

## 6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

## 7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## 8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p.

ex.: Silva <sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela

Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## 11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## 12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas

as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 - Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.100 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 - Agradecimentos. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o

corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 - Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e

Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.



12.28 - Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### 13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### 14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

### 15. PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ([cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.