



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE ODONTOLOGIA

LAIS SODRÉ FRANCISCO OLIVEIRA

**CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS ORAL EM MULHERES: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

Recife

2022

LAIS SODRÉ FRANCISCO OLIVEIRA

**CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS ORAL EM MULHERES: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho apresentado à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso 2 como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador(a): Prof.(a) Dr.(a) Elaine Judite de Amorim Carvalho

Coorientador(a): Emmanoel Matheus de Oliveira Matos

Recife

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Oliveira, Lais Sodré Francisco.

Carcinoma de Células Escamosas Oral em Mulheres: Uma Revisão Integrativa / Lais Sodré Francisco Oliveira. - Recife, 2022.
41 : il., tab.

Orientador(a): Elaine Judite de Amorim Carvalho

Cooorientador(a): Emmanuel Matheus de Oliveira Matos

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Odontologia - Bacharelado, 2022.

Inclui referências, anexos.

1. Câncer de boca. 2. Câncer de boca em mulheres. 3. Carcinoma espinocelular oral. 4. Oncologia oral. I. Carvalho, Elaine Judite de Amorim. (Orientação). II. Matos, Emmanuel Matheus de Oliveira. (Coorientação). III. Título.

610 CDD (22.ed.)

LAIS SODRÉ FRANCISCO OLIVEIRA

**CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS ORAL EM MULHERES: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho apresentado à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso 2 como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Aprovada em: 19/10/22

BANCA EXAMINADORA

Danyel Elias da Cruz Perez
**Nome do Primeiro avaliador/
UFPE**

Maria Luiza Pontual
**Nome do segundo avaliador/
UFPE**

AGRADECIMENTOS

Decerto, nenhuma graduação é uma etapa fácil, ninguém deve sair inteiramente ileso dos anos tão sensíveis e intensos que compreendem a vida universitária. A minha experiência não fugiu da curva, ao contrário, mergulhou de cabeça sem salva-vidas nela. A turbina do avião pegando fogo no retorno à Bahia após me inscrever já era um sinal do quanto os anos seguintes seriam difíceis, depois vieram os assaltos, greves, a pandemia, os cinco episódios de Gamasoidose, o diagnóstico de uma endometriose crônica e profunda e, no olho do furacão, o desafio de atravessar um episódio depressivo intenso. A sensação é de ter pouco a agradecer, entretanto estreitando os olhos e ajustando a lente para a vida de fato vivida, a vida que aconteceu e acontece, para além dos meus planos, sou completamente apunhalada pela certeza de ser uma mulher de sorte.

Por tudo, por tanto, por, acima de tudo, ter sobrevivido, serei sempre grata.

À todas as mulheres grandes e fortes da minha família que vieram antes de mim e que, com muita coragem e bravura, desbravaram caminhos altos para que hoje eu pudesse estar aqui. Sou uma colcha de retalhos de todas vocês.

A meus pais, Jerônimo e Eliene, que não tiveram sequer o direito de sonhar com um diploma de ensino superior, mas que fizeram de tudo para que esse sonho fosse real e próximo a mim e a minha irmã Lília. Somos o maior projeto futurista de vocês. Conseguimos romper com o jugo da baixa escolaridade. Vencemos.

A minha irmã Lília, que é meu braço direito na vida, meu ouvido atento, meu colo nos momentos de desespero, meu abrigo em meio ao caos. Serei eternamente grata e totalmente entregue a você. À minha amiga Patrícia que há muito mais de dez anos é nossa terceira irmã e minha fiel. À todas as amigas do Vale da Saudade, que bom ter vocês comigo.

A todos os amigos que fiz em Recife, em especial Catarina, minha dupla no curso, Diego, Paulo, Anderson, Bruno, Karla e Manoel. Vocês foram minhas pernas e braços em muitos momentos, que, mesmo em silêncio, não tive forças para prosseguir.

A todos os professores que foram mais que professores, a todos que acreditaram e acreditam em mim, que investiram em mim e me apoiaram no momento mais difícil da minha vida, que me inspiram a ser uma profissional ética, responsável e humana. Jamais esquecerei de todos os abraços, palavras de afeto e compreensão. Sou muito sortuda por ter sido atravessada por vocês.

À minha orientadora Elaine Judite, que, com toda paciência, carinho e dedicação, me conduziu neste trabalho e em outras atividades durante a graduação. Muito obrigada, que sorte a minha de ter a oportunidade de conhecê-la além do lattes, além dos títulos, e, assim, poder te admirar genuinamente. A meu coorientador, Emmanoel Matos, que, muito pacientemente, ouvia meus longos áudios, lia meus e-mails desesperados e prontamente me tranquilizava e me lembrava que sim, nós conseguiríamos, e, veja só, conseguimos.

Agradeço também à UFPE, que com o Programa de Assistência e Moradia Estudantil e às ações afirmativas de inclusão e equidade social possibilitaram essa conquista. Sou uma mulher negra, nordestina, de família pobre a me formar em uma universidade pública de excelência e isso, lá de onde venho, vale muito. Ao SUS que sempre esteve lá, mesmo com todas as falhas, quando meu familiar mais próximo estava a 900km, e que, sempre estará no meu presente e no meu futuro como campo de trabalho, como minha principal ferramenta de transformação social. Eu também sou sonho de ser pátria igual.

À arte, à literatura, à música, às minhas origens, aos movimentos sociais, ao povo negro, minhas inspirações em tempos estéreis, meu alento em tempos hostis. Sim, Conceição Evaristo, eles combinaram de nos matar, mas nós combinamos de não morrer.

À mim, que apesar de todos os desafios e atrativos, mantive meus valores e que, com o apoio que recebi e de mãos dadas com a mulher que construí, consegui retomar a força e a esperança necessárias para continuar trilhando o caminho que acredito, sendo verdadeiramente quem sou, amando quem fui, construindo quem serei. Agradeço à minha psicóloga Camila Oliveira, que me conduziu por esses caminhos e me ajudou a desfazer tantos nós. Sem sua ajuda, tudo seria mais difícil, tenho certeza.

À Deus, que mesmo não sendo a figura mais desenhada e compreensível à minha compreensão tão limitada, sempre esteve aqui. Seja convencendo aquele rapaz a não atirar em mim naquela rua vazia, ao retornar do que deveria ter sido meu primeiro dia de aula, seja sendo meu acompanhante invisível no Hospital Ulysses Pernambucano depois da pior crise de ansiedade que já tive. Acho que foram suas mãos a segurar minha vida, quando ela estava por um fio. E ele não arrebentou.

Nunca foi pelo título, pela posição social ou pela vida vista. Parafraseando Edson Gomes, que não sejam bibliotecas públicas cheias de livros que nunca iremos usar. Este e todos os outros trabalhos que eu venha a produzir em minha carreira serão sempre dedicados a saber porque o povo vive assim. De fato, quero saber porque a granha é tanto oprimida. Preciso saber porque na mesa falta a comida e quero saber se a gente vai ser feliz na vida.

Seguirei distribuindo flores em vossos blindados.

“Latente, potente, preto, poesia.”

(PASTOR HENRIQUE VIEIRA, 2019)

RESUMO

O carcinoma de células escamosas oral (CCEO) e de lábio são os tumores malignos mais comuns dentre os cânceres de cabeça e pescoço, representando a 5º posição entre os cânceres que acometem os homens e a 13º entre as mulheres. O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura que tem como objetivo revisar a literatura sobre carcinoma de células escamosas oral em mulheres e, a partir daí, entender o comportamento clínico da doença neste recorte, seus fatores de risco mais associados, prognóstico, sobrevida e demais particularidades. Foi feita busca dos descritores “carcinoma de células escamosas oral” e “mulheres” e “epidemiologia” nas bases PubMed e SciELO, entre janeiro de 2017 e setembro de 2022, obtendo-se 230 artigos, dos quais apenas 6 corresponderam aos critérios de inclusão estabelecidos. As mulheres são menos acometidas pelo CCEO que os homens, apresentam idade média superior e os sítios primários mais comuns são o assoalho bucal e a língua e não houveram diferenças significativas quanto aos status T e N, diferenciação histológica, tratamento e sobrevida em 5 anos e acima de 5 anos entre os gêneros. Os achados apontam uma incidência cada vez maior de CCEO em pacientes jovens não estilistas e não fumantes, inclusive mulheres, necessitando de novos estudos para o conhecimento das possíveis mudanças no perfil epidemiológico da doença, inclusive seu comportamento no gênero feminino.

Palavras-chave: Palavras-chave: carcinoma de células escamosas oral; câncer de boca; mulheres; epidemiologia.

ABSTRACT

Oral squamous cell carcinoma (OSCC) and of the lip are the most common malignant tumors among head and neck cancers, representing the 5th position among cancers that affect men and 13th among women. The present study is an integrative literature review that aims to review the literature about oral squamous cell carcinoma in women and, from there, understand the clinical behavior of the disease in this cropping, its most associated risk factors, prognosis, survival and other particularities. A search was made using the descriptors "oral squamous cell carcinoma" and "women" and "epidemiology" in the PubMed and SciElo databases, between January 2017 and September 2022, obtaining 230 articles, of which only 6 matched the established inclusion criteria. Women are less affected by OSCC than men, they have a higher average age and the most common primary sites are the floor of the mouth and the tongue and there were no significant differences regarding T and N status, histological differentiation, treatment and survival at 5 years and over 5 years between genders. The findings indicate an increasing incidence of OSCC in young non-drinkers and non-smokers patients, including women, requiring further studies to understand possible changes in the epidemiological profile of the disease, including its behavior in females.

Keywords: oral squamous cell carcinoma; oral câncer; female sex; epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Fluxograma da metodologia de seleção dos artigos	15
------------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos artigos selecionados por autor, ano de publicação, número de casos estudados, metodologia empregada, resultados e conclusão.	16
------------	---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	DESENVOLVIMENTO.....	14
2.1	METODOLOGIA.....	14
2.2	RESULTADOS.....	15
2.3	DISCUSSÃO.....	21
3	CONCLUSÃO.....	28
	REFERÊNCIAS.....	29
	ANEXO A	33

1 INTRODUÇÃO

O câncer é considerado atualmente o maior problema de saúde pública e está entre as quatro principais causas de morte prematura, antes da 7ª década de vida, na maioria dos países¹. Envelhecimento e crescimento populacional, bem como distribuição e prevalência de fatores de risco para o câncer afetam diretamente a incidência e mortalidade da doença².

Responsáveis por aproximadamente 2% de todos os cânceres e mortes por câncer, os cânceres de cavidade oral e lábio são os tumores malignos mais comuns que afetam a região de cabeça e pescoço, com mais de 377.000 novos casos e 177.000 em 2020, segundo dados da Globocan³. No Brasil, estima-se, para cada ano do triênio 2020-2022, 11.180 novos casos em homens e 4.010 em mulheres, ocupando a 5ª posição entre os cânceres que acometem os homens e a 13ª entre as mulheres¹.

Apesar de não haver um consenso na literatura quanto às localizações que compõem sua definição, é importante conhecer as malignidades englobadas pela definição “câncer de cavidade oral” ou “câncer de boca”. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA) considera como câncer de lábio e cavidade oral as desordens malignas adscritas pela CID-10, dos códigos C00 ao C10, da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde^{1,4}. As estruturas anatômicas agrupadas por esta classificação incluem lábio, base da língua, outras partes da língua, gengiva, assoalho da boca, palato, outras partes não específicas da boca, glândula parótida, outras glândulas salivares maiores, amígdala e orofaringe⁴. Contudo, neste trabalho serão considerados como câncer de boca as neoplasias malignas de lábio, língua, gengiva, assoalho da boca, palato duro e outras partes da boca, que correspondem,

respectivamente aos códigos C00, C02 ao C06 da CID-10, que tenham como diagnóstico histológico o carcinoma de células escamosas (CCE).

O carcinoma de células escamosas (CCE) é a neoplasia maligna responsável por mais de 90% das malignidades que afetam a cavidade oral^{5, 6, 7, 8, 9}. Clinicamente, pode se apresentar como uma lesão exofítica, com formação de uma massa fungiforme, papular ou verrucosa, de coloração normal, vermelha ou branca, com superfície normalmente ulcerada e endurecida à palpação. Quando de crescimento endofítico, manifesta-se como uma lesão invasiva, com área ulcerada e borda circundante de mucosa oral¹⁰.

A etiologia desse câncer é multifatorial, entretanto os fatores de risco associados fortemente ao surgimento do câncer de cavidade oral são o consumo de tabaco e álcool, havendo ação sinérgica quando consumidos em conjunto^{7, 8, 11}. Outros fatores associados incluem baixa ingestão de frutas e vegetais, higiene oral deficiente, exposição a raio ultravioleta (para câncer de lábio), consumo de noz de areca, comum em populações asiáticas, fatores relacionados à exposição ocupacional e, recentemente, infecção pelo vírus HPV^{12, 13, 14, 15, 16}.

A maior parte da literatura existente sobre o tema não estuda o CCE especificamente sob o prisma de sua relativa baixa incidência no sexo feminino. Parte dos estudos realizados são em bases populacionais mistas, o que pode dificultar o entendimento dos fatores de risco mais comumente associados ao CCE oral em mulheres, seu comportamento clínico e biológico e ainda o prognóstico.

Assim, o presente trabalho tem como objetivo revisar a literatura sobre carcinoma de células escamosas oral em mulheres e, a partir daí, entender o comportamento clínico da doença neste recorte, seus fatores de risco mais associados, prognóstico, sobrevida e demais particularidades.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Metodologia

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre carcinoma de células escamosas oral em mulheres seguindo as seis etapas preconizadas por Ganong¹⁷ para a construção de uma revisão integrativa: 1) Elaboração da pergunta norteadora; 2) Busca na literatura; 3) Coleta de dados; 4) Análise crítica dos estudos; 5) Discussão dos resultados; 6) Apresentação da revisão integrativa.

A partir da pergunta norteadora “O CCEO tem comportamento clínico e histológico diferente nas mulheres?”, seguiu-se as consultas nas bases de dados PubMed e SciElo, utilizando os descritores do Medical MeSH “oral squamous cell carcinoma” “women” “epidemiology”, que foram cruzadas com operador booleano “and” gerando a seguinte estratégia: “oral squamous cell carcinoma” AND women AND epiemiology.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: todos os artigos publicados de janeiro de 2017 a setembro de 2022, nos idiomas inglês, português e espanhol, sem restrição do país de publicação.

Foram excluídos todos os artigos cujo título e resumo não se relacionavam com o tema proposto, publicações duplicadas, relatos de caso, estudos que avaliavam outras malignidades além do e artigos que não estavam integralmente disponibilizados de forma gratuita.

2.2 Resultados

Ao final da busca, 230 artigos foram encontrados (Pubmed: 230, Scielo: 0). Dentre eles, 213 estudos foram excluídos, após leitura de títulos e resumos. Após a leitura dos 17 artigos restantes na íntegra, 11 artigos foram excluídos por não contemplar os critérios de inclusão preestabelecidos, restando 6 artigos ao final da análise.

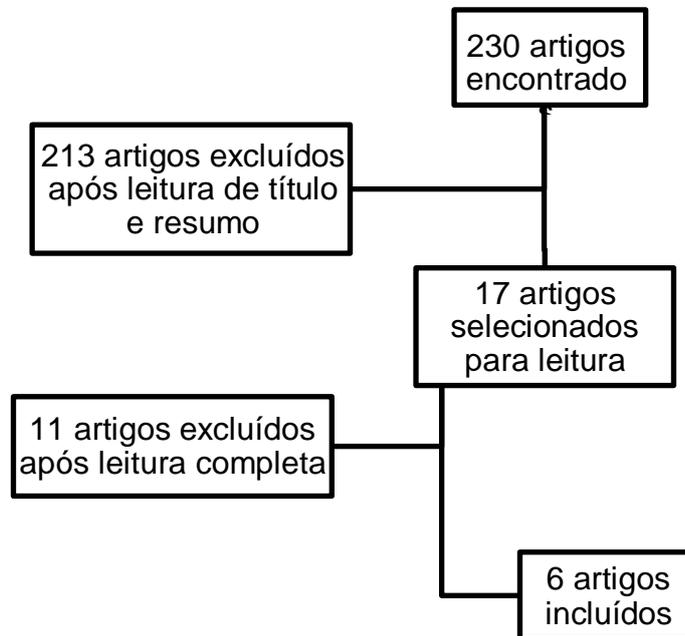


Figura 1: Fluxograma da metodologia de seleção dos artigos.

Os artigos selecionados estão dispostos no Quadro 1, o qual se pode ver abaixo

Quadro 1: Distribuição dos artigos selecionados por autor, ano de publicação, número de casos estudados, metodologia empregada, resultados e conclusão.

Autor	Objetivo	N	Metodologia	Resultados	Conclusão
-------	----------	---	-------------	------------	-----------

/ano					
Stepan et al./2022	Caracterizar a distribuição atual e as taxas em vários subsítios da boca.	N= 24.472	Estudo retrospectivo coorte	A incidência anual de CCE* de língua aumenta à taxa de 1.8%, com um aumento de 2.3% em mulheres.	A língua é o local mais acometido, incidência aumentada entre mulheres de todas as idades.
Fantozzi et al./2021	Investigar o papel de HFC**, HFCCP*** e história pessoal de câncer em parentes de primeiro e segundo grau como cofatores de risco.	N= 607	Estudo retrospectivo	Não foi encontrada associação entre FHC, FHHNC e risco para CCEO****.	Não foi encontrada associação entre uma história familiar de qualquer câncer e aumento do risco de CCEO; história prévia de leucoplasia ou displasia

					foi um fator de risco independente
Wolfer et al./2021	Investigar como o gênero e estilo de vida influenciam a apresentação de CCE.	N= 308	Estudo retrospectivo	Levando em conta fatores do estilo de vida, observou-se efeitos contrários entre homens e mulheres para T- , N- e Estágio UICC; para locais diferentes de câncer, observou-se efeitos opostos com gênero e perfil de risco.	A diferença no estilo de vida não explica todas as diferenças na apresentação do CCEO entre homens e mulheres.
Bjerkli, Inger-Heidi, et al./2020	Apresentar um grande coorte do CCEO primário de todas as quatro regiões da	N= 535	Estudo retrospectivo	Nenhuma diferença de gênero foi encontrada quanto ao status do tumor ou do	Não houve diferença na sobrevida entre os gêneros.

	Noruega, com características clínico-patológicas descritivas e sobrevida em 5 anos.			nódulo, mas ambos influenciaram significativamente na sobrevida.	
Chou, Hou-Chiang, et al./2019	Avaliar as taxas de recorrência do câncer local, desenvolvimento do segundo ou terceiro câncer oral primário ou metástase tardia em linfonodo cervical regional em pacientes com CCEO que sobreviveram por mais de 5 anos.	N= 127	Estudo retrospectivo .	Não houve associações significativas da sobrevida global com o sexo, idade, status T, status N e estágio clínico dos 80 pacientes com CCEO.	Um pequeno percentual (18,1%) de pacientes com câncer bucal que sobreviver por mais de 5 anos pode ainda ter complicação incluindo a recorrência do câncer local (7,9%), a ocorrência do segundo ou terceiro

					câncer oral primário (9,4%) e a metástase linfonodal cervical regional tardia (0,8%).
Leite, Amanda Almeida, et al./2018	Avaliar as características clínico-patológicas do CCEO no nordeste do Brasil.	N= 194	Estudo retrospectivo	A proporção homem-mulher foi de 1,5:1. A média de idade foi de 65,4 anos, e apenas 6,6% dos casos ocorreram em pacientes com menos de 41 anos. A maioria dos tumores consistia em CCEO bem diferenciado (54,6%).	Mulheres apresentaram a maior prevalência de CCEO e o aumento crescente dos casos em pacientes jovens, portanto, não há grupos de risco específico para CCEO, como no passado.

*Carcinoma de células escamosas; **História familiar de câncer; ***História familiar de câncer de cabeça e pescoço; ****Carcinoma de células escamosas oral;

3 DISCUSSÃO

O câncer de cavidade oral ou câncer de boca e o câncer de lábio configuram as malignidades mais comuns dentre os cânceres de cabeça e pescoço (CCP)^{2, 18, 19}. O carcinoma de células escamosas oral (CCEO) é a mais comum dentre as malignidades que afetam a cavidade oral, sendo responsável por mais de 90% dos casos^{5, 6, 7, 8}.

A literatura selecionada apresentou disparidades na relação homem-mulher acometidos pelo CCEO. O estudo de Wolfer et. al²² encontraram uma proporção de 3:1, diferente de Bjerkli et al.²³, cuja proporção foi 1.2:1, semelhante à Leite et. al²⁴, 1.5:1. Em dados percentuais, 37.5% dos casos na pesquisa de Stepan et al.²⁵ eram mulheres, semelhante aos achados de Fantozzi et al., 41%. A menor taxa percentual de mulheres foi a do estudo de Chou et al.²⁶, 20.5%. Apesar das divergências, vê-se que em todos os estudos os homens foram mais acometidos que as mulheres.

CCEO é uma doença usualmente associada a pacientes idosos, comumente com pico de incidência nas 6^o e 7^o décadas de vida^{5, 20, 21}. No estudo de Wolfer et al.²² a idade média das mulheres variou de 65±13 anos, 6 anos a mais que os homens 22, enquanto no de Bjerkli et al.²³ a idade média foi de 72 anos, 8 anos a mais que os homens. Os demais estudos apresentaram a idade média da amostra, entretanto não fizeram recorte por sexo^{24, 26, 27}.

Apesar de ser uma doença associada à senilidade, Leite et al.²⁴ verificaram que 8.8% dos pacientes diagnosticados com CCEO tinham menos que 45 anos, semelhante à Bjerkli et al.²³, cuja taxa foi de 9.35% para ≤50 anos para ambos os sexos e 3.55% para mulheres. A partir desses achados, Leite et al.²⁴, inclusive, sugerem que

hoje não há mais grupo de risco para CCEO, como no passado, já que pacientes cada vez mais jovens estão apresentando a doença.

Dentre as estruturas anatômicas que compõem a cavidade oral, segundo Wolfer et al.²², o sítio primário mais comum para o aparecimento do CCEO em mulheres foi o assoalho da cavidade bucal, 31.2%, seguido pela língua, 29.9%. Por outro lado, os estudos de Bjerkli et al.²³ e Stepan et al.²⁵ apontam a língua como sítio mais acometido. Entretanto, Bjerkli et al.²³ não encontraram diferenças significativas entre os gêneros quanto à localidade do tumor, enquanto Stepan et al., ao caracterizar a distribuição e taxas do CCEO nos Estados Unidos, percebeu um crescimento percentual anual médio do CCEO na língua em mulheres (2.3%) consistentemente maior que em homens (1.5%) e Wolfer et al.²² perceberam que as mulheres são mais afetadas nesse sítio, 29.9% vs 21.2% nos homens. Percebe-se que há variações quanto ao sítio primário mais acometido pelo CCEO nos estudos revisados, porém a língua e o assoalho bucal estão entre os principais.

Outras variáveis clínicas importantes a serem consideradas são o estadiamento do tumor, os estágios Tumor, Nódulo, Metástase (TNM), sendo T a extensão do tumor primário, N, a ausência ou presença de metástase em linfonodos regionais e M, a ausência ou presença de metástase à distância, e diferenciação histológica das células cancerosas. Wolfer et al.²² não encontraram diferenças no Tamanho do Tumor (estágio-T) entre os gêneros, mas quanto ao número de linfonodos (estágio N) acometidos, os homens tiveram mais tumores $N \geq 2$, enquanto que as mulheres tiveram mais tumores estágio N0, em contrapartida o estudo de Bjerkli et al.²³ não identificou relação entre gênero e estágio T e N.

Quanto ao estágio do tumor, Wolfer et al.²² e Bjerkli et al.²³ seguiram a classificação preconizada pelo Union Internationale Contre le Cancer (UICC), porém de edições diferentes, 7ª e 5ª, respectivamente. Essa classificação categoriza o câncer em estágio de acordo com os status TNM em I, II, III e IV, de forma que Estágio I compreende tumores de extensão ≤ 2 cm sem metástases em linfonodos regionais e à distância (T1N0M0) e IV pode ser IVA, IVB e IVC, que, na prática, compreendem os cânceres de pior prognóstico²⁸.

Os achados de Wolfer et al.²² e Bjerkli et al.²³ quanto à classificação UICC do CCEO se opuseram. O primeiro obteve altas proporções de CCEO estágio IV em homens (43.8%) e estágio I em mulheres (33.8%), porém os dados tiveram baixa significância estatística. Já o segundo identificou 46.1% das mulheres com tumor tipo IV e 16.6% tipo I, contra 38.1% e 20.7% dos homens, respectivamente, resultando em uma ligeira diferença entre os gêneros. Wolfer et al.²² foram os únicos que correlacionaram gênero e diferenciação histológica do tumor, entretanto não encontraram diferenças significativas.

Quanto aos fatores de risco, sabe-se que o consumo de tabaco e álcool são os mais determinantes, principalmente quando em conjunto^{7, 14, 15, 29}. Nos estudos de Wolfer et al.²² e Bjerkli et al.²³ as mulheres que fumavam representaram pequenas porcentagens, 33.8% e 40.2%, respectivamente, em contrapartida, os homens representavam a maioria, 76.6% e 57.5%. Vale ressaltar que as metodologias de ambos diferem entre si. O primeiro preocupa-se em mensurar a intensidade do tabagismo em anos-maço, não havendo, nos resultados, divergências de gênero

quanto à intensidade. Esse estudo classificou a amostra em duas categorias, fumantes e não fumantes, já o segundo classificou a amostra e em três grupos, ex-fumantes, fumantes atuais e não fumantes, não avaliando a intensidade. Quando analisados sob o critério “mulheres com contato prévio ou atual com tabaco”, Wolfer et al.²² e Bjerkli et al.²³ apresentaram dados levemente destoantes, 33.8% e 55.6% respectivamente. Leite et al.²⁴ identificaram 48.3% fumantes, entretanto apenas 30% dos registros clínicos continham informações sobre fatores de risco e o estudo não os analisou sob a perspectiva de gênero.

O consumo de álcool também é um fator de risco determinante para o surgimento de CCEO. Os autores Wolfer et al.²² e Bjerkli et al.²³ foram os únicos que fizeram recorte de gênero, mas, semelhante ao tabagismo, seguiram metodologias diferentes para avaliar o etilismo dos pacientes com CCEO. Wolfer et al.²³ denominaram de não etilistas os que não ingerem álcool ou ingerem ocasionalmente dentro dos limites recomendados, já Bjerkli et al.²³ agruparam a amostra em não etilistas, etilistas leves (≤ 1 vez na semana) e etilistas (≥ 1 vez na semana ou diariamente).

Os resultados foram díspares, 88.3% das mulheres com CCEO na pesquisa de Wolfer et al.²² foram consideradas não etilistas enquanto 43.1% foram etilistas nos estudos de Bjerkli et al.²³, porém grande parte dos registros analisados não continham essa informação (41.9%), o que diminui a legitimidade dos dados obtidos. Leite et al.²⁴ identificaram que apenas 1 dos 181 casos foi descrito como um paciente alcoólico crônico, entretanto não é mencionado o gênero.

Como o álcool e o tabaco são carcinógenos que agem de forma sinérgica quando associados^{7, 15}, é importante avaliá-los em conjunto. Wolfer et al.²²

e Bjerkli et al.²³ classificaram os pacientes da mesma forma: NFNE (não fumantes e não etilistas, NFE (não fumantes e etilistas), FNE (fumantes e não etilistas) e FE (fumantes e etilistas). Em ambos os estudos, as proporções de mulheres NFNE foram maiores que as dos homens, 64.9% vs 19.5%, respectivamente, no estudo de Wolfer et al.²², e 13.3% das mulheres vs 4.1% dos homens no estudo de Bjerkli et al.²³, entretanto, 41.9% dos registros não continham informações suficientes e foram excluídos desse cálculo.

Wolfer et al.²² ajustaram modelos de regressão logística visando relacionar gênero, fatores de risco e os dois principais sítios do tumor na pesquisa, assoalho da cavidade bucal e língua. Os resultados identificaram relações opostas quanto à localidade: para o assoalho, o efeito gênero feminino foi negativo e os fatores etilismo e tabagismo foram positivos, especialmente para mulheres fumantes; já para câncer na língua, o gênero feminino foi positivo e o álcool e tabaco negativos, entretanto, nenhum dos agentes foi de fato significativo estatisticamente. Bjerkli et al.²³, por sua vez, identificaram correlação entre os fatores de risco e o estágio T, porém o estágio N do tumor e sua localização não obtiveram significância. Leite et al.²⁴ identificaram 29 dos 58 pacientes cujos registros estavam preenchidos, como fumantes e etilistas, porém esses registros foram apenas 32% do total e não foi mencionado o gênero.

Diferente do álcool, tabaco e betel, que são fatores de risco com sólido embasamento científico, o histórico familiar não é descrito enquanto um, contudo Fantozzi et al.²⁷ decidiram investigar as possíveis associações entre histórias familiares de câncer (HFC) e de câncer de cabeça e pescoço (HFCCP), em parentes de primeiro grau: pais, irmãos e filhos; e de segundo grau: avós, tias, tios, primos, sobrinhas, sobrinhos; e o surgimento de CCEO. A amostra consistiu em 544 pacientes diagnosticados com CCEO, dos quais 225 eram mulheres (41.4%) e, após total

correspondência entre a amostra e o grupo controle quanto à sexo e uso de álcool e tabaco, foi feita a investigação da hipótese e, no geral, não foi encontrada relação entre HFC e HFCCP em parentes de primeiro e segundo e risco de câncer de boca.

O único estudo que avaliou o tratamento de escolha sob o recorte de gênero foi o de Bjerkli et al.²³ A metodologia adotada foi extremamente robusta, primeiro, agrupou os pacientes quanto às intenções de tratamento em dois grupos, curativo e paliativo, depois quanto ao tratamento de fato aplicado, podendo ser cirúrgico ou não, associado ou não à quimio e/ou radioterapia e se essa foi pré e/ou pós operatória. Os dados obtidos não mostraram diferenças quanto à estratificação do tratamento entre os gêneros. Eles perceberam que as mulheres pareciam receber significativamente menos tratamento radioterápicos (TR) que os homens, mas quando ajustado por idade, não foram identificadas diferenças no uso de TR entre os gêneros.

Quanto à sobrevida, apenas dois estudos abordaram dados. O de Bjerkli et al.²³ analisou a sobrevida global (SG) e a sobrevida específica da doença (SED) em cinco anos para ambos os sexos baseado nos conceitos preconizados por Mariotto et al.³⁰, que definem SG como a chance de o paciente permanecer vivo após o diagnóstico, englobando a morte por todas as causas, e SED, como a sobrevivência que tem o câncer como motivo da morte, ou seja, considera a morte ocasionada apenas pela doença, excluindo as demais.

No estudo de Bjerkli et al.²³, menos da metade das mulheres tiveram SG em 5 anos (45%), semelhante à SED, que foi 46%. Já os homens, 55% tiveram SG em 5 anos e 54% SED, ou seja, tiveram taxas de sobrevida global e específica da doença superiores que às mulheres, o que significa que eles tiveram maior probabilidade de sobreviver comparados às mulheres. Em Taiwan, Chou et al.²⁶ avaliaram a sobrevida para CCEO depois de cinco anos, observando taxas de recorrência, desenvolvimento

de segundo ou terceiro câncer oral primário e metástase em linfonodo cervical regional. Foram 117 pacientes diagnosticados com CCEO, entretanto apenas 80 tinham todos os registros e apenas 9 deles eram mulheres. Após análise, não foram encontradas associações significativas entre SG e gênero, idade, T status, N status e estágio clínico desses pacientes.

Apesar dos diferentes objetivos e desenhos, os estudos de Wolfer et al., Bjerkli et al., Leite et al. e Stepan et al. são taxativos em apontar a necessidade de mais investigações sobre o desenvolvimento de CCEO^{22, 23, 24, 25}. Wolfer et al.²² enfatizam a necessidade de entender melhor o que está por trás do desenvolvimento de CCEO em pacientes não fumantes e não etilistas, bem como pesquisas específicas sobre gênero. Leite et al.²⁴ chamam atenção para o crescente percentual de pacientes jovens com CCEO e traz a hipótese de outros possíveis fatores de risco estarem relacionados, como a infecção por HPV e a influência de fatores biológicos e nutricionais.

Stepan et al.²⁵ chamam atenção para o crescente número de jovens com CCE de língua, enfatizando a necessidade de maiores investigações. Por último, Bjerkli et al.²³ traz uma reflexão sobre o paradoxo entre as mudanças nos hábitos tabagistas e etilistas e o aumento da incidência de CCEO. Semelhante à Leite et al.²⁴, a infecção por HPV, fator de risco para câncer de orofaringe, também é citada, entretanto, baseado em outros estudos, eles afirmam que há pouca evidência científica para considerá-la como um fator de risco e que a frequência de CCEO positivo para HPV é geralmente baixa.

Apesar de revisar estudos extremamente pertinentes à compreensão das diferenças entre a incidência e o desenvolvimento de CCEO entre os gêneros, a presente revisão integrativa da literatura tem algumas limitações. A primeira, o lapso

temporal relativamente curto, de janeiro de 2017 a setembro de 2022, que pode ter influenciado no número reduzido de estudos e na ausência de estudos dedicados a identificar possíveis relações entre HPV de alto risco e o desenvolvimento de CCEO. Em segundo, a exclusão de estudos que abordem, junto à CCEO, outras neoplasias que acometem a cavidade oral ou outras regiões da cabeça e pescoço, que dispõem de um maior número de estudos dedicados.

4. CONCLUSÃO

Há escassez de estudos que se debruçam especificamente sobre CCEO em mulheres, bem como as discrepâncias entre as metodologias e a constante perda de registros imprescindíveis às análises estatísticas. Este último deve-se, possivelmente, ao caráter metodológico retrospectivo dos estudos, que enfrenta alterações nos padrões e constância dos registros ao longo dos anos, bem como perda de dados. Uma possível solução para esse problema é a opção por estudos prospectivos, cujos dados sejam criteriosamente colhidos a partir de um marco temporal presente, e sejam devidamente abrigados em fontes seguras, evitando possíveis perdas.

Após a revisão criteriosa da literatura, aferiu-se que não há diferenças nos parâmetros histológicos para CCEO em mulheres, porém clinicamente percebeu-se que dentre os pacientes não fumantes e não etilistas acometidos por CCEO, as mulheres são as mais prevalentes que os homens.

Diante do exposto, compreende-se a necessidade de incluir o recorte de gênero nos estudos sobre CCEO, visando elucidar achados díspares e entender os fatores envolvidos nas diferenças existentes entre o desenvolvimento de câncer de boca em homens e mulheres.

REFERÊNCIAS

1. ESTIMATIVA, I. N. C. A. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019. 2020.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians [Internet]. 2018 Sep 12;68(6):394–424.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians [Internet]. 2021 Feb 4;71(3):209–49.
4. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce do câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2021.
5. Arduino PG, Carrozzo M, Chiecchio A, Broccoletti R, Tirone F, Borra E, et al. Clinical and Histopathologic Independent Prognostic Factors in Oral Squamous

- Cell Carcinoma: A Retrospective Study of 334 Cases. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2008 Aug;66(8):1570–9.
6. Bagan J, Sarrion G, Jimenez Y. Oral cancer: Clinical features. *Oral Oncology*. 2010 Jun;46(6):414–7.
 7. Montero PH, Patel SG. Cancer of the Oral Cavity. *Surgical Oncology Clinics of North America* [Internet]. 2015 Jul;24(3):491–508.
 8. Gorsky M, Epstein JB, Oakley C, Le ND, Hay J, Stevenson-Moore P. Carcinoma of the tongue: A case series analysis of clinical presentation, risk factors, staging, and outcome. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2004 Nov;98(5):546–52.
 9. Jiang X, Wu J, Wang J, Huang R. Tobacco and oral squamous cell carcinoma: A review of carcinogenic pathways. *Tobacco Induced Diseases* [Internet]. 2019 Apr 12;17(29).
 10. NEVILLE, B. W. ET ALL–*Patologia Oral e Maxilofacial*. Ed Guanabara Koogan, 1998.
 11. Scully C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma overview. *Oral Oncology*. 2009 Apr;45(4-5):301–8.
 12. Rivera C. *Int J Clin Exp Pathol* [Internet]. 2015 [cited 2022 May 10];8(9):11884–94.
 13. MENDES DE FREITAS, R. et al. Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura Risk factors and major cytopathological changes of oral cancer: a review of literature. *Rbac*, v. 48, n. 1, p. 13-8, 2016. (NBR)

14. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Tipos de câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>. Acesso em: 5 set. 2019
15. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology* [Internet]. 2009 Apr;45(4-5):309–16.
16. Scully C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma overview. *Oral Oncology*. 2009 Apr;45(4-5):301–8.
17. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing & Health*. 1987 Feb;10(1):1–11.
18. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*. 2015 Oct 9;136(5):E359–86.
19. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* [Internet]. 2015 Feb 4;65(2):87–108.
20. Ribeiro ACP, Silva ARS, Simonato LE, Salzedas LMP, Sundefeld MLMM, Soubhia AMP. Clinical and histopathological analysis of oral squamous cell carcinoma in young people. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2009 Mar;47(2):95–8.
21. Süslü N, Hoşal AŞ, Aslan T, Sözeri B, Dolgun A. Carcinoma of the Oral Tongue: A Case Series Analysis of Prognostic Factors and Surgical Outcomes. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2013 Jul;71(7):1283–90.
22. Wolfer S, Kunzler A, Foos T, Ernst C, Leha A, Schultze-Mosgau S. Gender and risk-taking behaviors influence the clinical presentation of oral squamous cell

- carcinoma. *Clinical and Experimental Dental Research*. 2022 Jan 5;8(1):141–51.
23. Bjerkli I-H, Jetlund O, Karevold G, Karlsdóttir Á, Jaatun E, Uhlin-Hansen L, et al. Characteristics and prognosis of primary treatment-naïve oral cavity squamous cell carcinoma in Norway, a descriptive retrospective study. Langevin SM, editor. *PLOS ONE*. 2020 Jan 16;15(1):e0227738.
 24. Leite AA, Leonel ACL da S, Castro JFL de, Carvalho EJ de A, Vargas PA, Kowalski LP, et al. Oral squamous cell carcinoma: a clinicopathological study on 194 cases in northeastern Brazil. A cross-sectional retrospective study. *Sao Paulo Medical Journal*. 2018 Mar 16;136(2):165–9.
 25. Stepan KO, Mazul AL, Larson J, Shah P, Jackson RS, Pipkorn P, et al. Changing Epidemiology of Oral Cavity Cancer in the United States. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 2022 May 3;019459982210980.
 26. Chou H-C, Lin H-W, Yang J-H, Lin P-Y, Cheng S-J, Wu Y-H, et al. Clinical outcomes of oral cancer patients who survive for more than 5 years in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2019 Dec;118(12):1616–22.
 27. Fantozzi PJ, Bavarian R, Tamayo I, Bind M-A, Woo S-B, Villa A. The role of family history of Cancer in Oral Cavity Cancer. *Head & Face Medicine*. 2021 Nov 22;17(1).
 28. TNM Classificação de Tumores Malignos [Internet]. Available from: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tnm2.pdf>
 29. Tota JE, Anderson WF, Coffey C, Califano J, Cozen W, Ferris RL, et al. Rising incidence of oral tongue cancer among white men and women in the United States, 1973–2012. *Oral Oncology*. 2017 Apr;67:146–52.

30. Mariotto AB, Noone A-M., Howlader N, Cho H, Keel GE, Garshell J, et al. Cancer Survival: An Overview of Measures, Uses, and Interpretation. JNCI Monographs. 2014 Nov 1;2014(49):145–86.

ANEXO A

INSTRUÇÕES AOS AUTORES / INSTRUCTION TO AUTHORS

ITENS EXIGIDOS PARA APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

1. Enviar duas vias do manuscrito (01 com identificação dos autores e outra sem identificação).
2. Incluir o parecer do Comitê de Ética em pesquisa, conforme resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde nas pesquisas desenvolvidas com seres humanos.
3. 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.
4. Incluir título do manuscrito em português e inglês.
5. Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido em letras arial, corpo 12, espaço duplo e margens de 3cm.
6. Incluir título abreviado com 40 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
7. Incluir resumos estruturados para trabalhos de pesquisa, português e inglês, e, em espanhol, no caso do manuscrito nesse idioma.
8. Incluir resumos narrativos em folhas separadas, para manuscritos que não são de pesquisa, nos dois idiomas português e inglês ou em espanhol, nos casos em que se aplique.
9. Incluir declaração, assinada por cada autor, sobre “autoria e responsabilidade” e “transferência de direitos autorais”.
10. Incluir nome de agências financiadoras e o número do Processo.
11. Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o nome da instituição e o ano da defesa.
12. Verificar se as referências (máximo 30)

estão normalizadas, segundo estilo Vancouver (listadas consoante a ordem de citação) e se todas estão citadas no texto. 13. Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas. Bibliografia Internacional Committee of Medical Editors. Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Rev Saúde Pública 1999; 33 JAMA instructions for authors manuscript criteria and information. JAMA 1998; 279:67-64 Nova informação Utilizar o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) para identificar os Descritores dos artigos. <http://decs.bvs.br/> 1. Declaração de Responsabilidade A assinatura da declaração de responsabilidade é obrigatória. Sugerimos o texto abaixo: Certifico(amos) que o artigo enviado à RCRO-PE/odontologia Clínico-Científica é um trabalho original, sendo que seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. (Certifico(amos) que participei(amos) suficientemente do trabalho para tornar pública minha (nossa) responsabilidade pelo seu conteúdo. Colaboradores - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, 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. Essas três condições devem ser integralmente atendidas. Datar e assinar – Autor (es) Observações: Os co-autores, juntamente com o autor principal, devem assinar a declaração de responsabilidade acima, configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado e de sua publicação, se aceito pela Revista do CRO/PE – Odontologia Clínico Científica. 2. Transferência de Direitos Autorais Declaro(amos) que, em caso de aceitação do artigo por parte da Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco, denominada Odontologia Clínico-Científica, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva desta, vedada qualquer reprodução, 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 (emos) constar o competente agradecimento à Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco - CRO/PE . Datar e assinar – Autor(es) 1. INSTRUÇÕES NORMATIVAS GERAIS A Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco, denominada ODONTOLOGIA CLÍNICO CIENTÍFICA/SCIENTIFIC-CLINICAL ODONTOLOGY, se destina à publicação de trabalhos relevantes para a orientação, aconselhamento, ciência e prática odontológica, visando à promoção e ao intercâmbio do conhecimento entre os profissionais da área de saúde. É um

periódico especializado no campo da odontologia e nas várias áreas multidisciplinares que a compõem, internacional, aberto a contribuições da comunidade científica nacional e internacional, arbitrada e distribuída a leitores do Brasil e de vários outros países. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Odontologia ClínicoCientífica, não sendo permitida sua apresentação simultânea em outro periódico tanto do texto quanto de figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O (s) autor (es) deverá (ão) assinar e encaminhar declaração, de acordo com o modelo anexo. Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, inglês ou espanhol, em duas vias, para o Editor Científico. Os artigos encaminhados à Revista serão apreciados por membros do Conselho de Editores e Consultores Científicos “Ad hoc”, capacitados e especializados nas áreas da odontologia que decidirão sobre a sua aceitação. As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade dos autores, cujo número máximo admitido é de 06 autores por edição. Os originais aceitos ou não para publicação não serão devolvidos aos autores. São reservados à Revista os direitos autorais do artigo publicado, sendo proibida a reprodução, mesmo que parcial, sem a devida autorização do Editor Científico. Proibida a utilização de matéria para fins comerciais. Nas pesquisas desenvolvidas com seres humanos, deverá constar o parecer do Comitê de Ética em pesquisa, conforme Resolução 196/96 e seus complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

2. CATEGORIA DE ARTIGOS A categoria dos trabalhos abrange artigos Originais (resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual – máximo de 20 páginas); Observatório (opinião qualificada sobre tópico específico em odontologia – a convite dos editores); Revisão (avaliação crítica de um tema pertinente à odontologia – máximo de 20 páginas); Notas de Pesquisa (nota prévia, relatando resultados preliminares de pesquisa – máximo de 5 páginas); Relato de casos, ensaios, relatos de experiências na área da educação, saúde e, sobretudo, aspectos éticos / legais e sociais da odontologia, sob a forma de artigos especiais, inclusive de áreas afins (máximo de 15 páginas); Resenha (análise crítica de livro relacionado ao campo temático da Revista, publicado nos últimos dois anos ou em redes de comunicação on-line – máximo de 5 páginas); Tese (resumo de tese ou dissertação de interesse da odontologia, defendida no último ano – máximo de 200 palavras. Resumos de teses apresentadas em instituições não afiliadas às Universidades Estadual e Federal de Pernambuco deverão ser enviados juntamente com cópia do manuscrito completo para a sua incorporação ao acervo do CRO-PE); Cartas (crítica a artigo publicado em fascículo anterior da Revista, relatando observações de campo ou laboratório – máximo de 3 páginas).

3. PREPARAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS Serão aceitos

artigos em português, espanhol ou inglês. Os originais deverão ser digitados em espaço duplo, papel ofício (tamanho A-4), observando-se o máximo de páginas para cada categoria, todas as páginas deverão estar devidamente numeradas e rubricadas pelo(s) autor(es), incluindo ilustrações e tabelas. Os trabalhos deverão ser enviados ao CRO/PE, on line ou impressos em 02 (duas) vias, e acompanhados do CD, usando um dos programas: MSWORD, WORD PERFECT, WORD FOR WINDOWS, e da Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais. O manuscrito deverá seguir a seguinte ordem: A) Título (língua original) e seu correspondente em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de título em português ou espanhol; B) Nome do(s) autor(es) , por extenso, com as respectivas chamadas, contendo as credenciais (títulos e vínculos). Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência; C) Resumo e Descritores (sinopse de até 200 palavras), com descritores (unitermos, palavras-chaves) de identificação, de conteúdo do trabalho, no máximo de cinco. Utilizar o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) <http://decs.bvs.br/> Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou espanhol; D) Texto: o texto em si deverá apresentar introdução, desenvolvimento e conclusão (ou considerações finais). O exemplo a seguir deve ser utilizado para estruturação de um artigo, relato de uma pesquisa: INTRODUÇÃO: exposição geral do tema devendo conter os objetivos e a revisão de literatura; DESENVOLVIMENTO: núcleo do trabalho, com exposição e demonstração do assunto, que deverá incluir a metodologia, os resultados e a discussão; CONCLUSÃO: parte final do trabalho baseado nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo; E) Sinopse ou Abstract, digitado em inglês, com descritores em inglês; F) Agradecimentos - contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria. Também podem constar desta parte instituições pelo apoio econômico, pelo material ou outros; G) 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 (Ex.: Silva 1). 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 (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>). Proibida a reprodução, mesmo que parcial, sem a devida autorização do Editor Científico. Proibida a utilização de matéria para fins comerciais. *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). *No caso de usar algum software de gerenciamento de referências

bibliográficas (Ex. EndNote ®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

H) Tabelas e/ ou figuras (máximo 5) Tabelas Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé e não no cabeçalho ou título. Se as tabelas forem extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser apresentadas em folhas à parte e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Abreviaturas e Siglas Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecerem nas tabelas e nas figuras, devem ser acompanhadas de explicação. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

Conflito de interesses 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.

Publicação de ensaios clínicos Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico. Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR. * 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)

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

equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país). - 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. Acompanhamento O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo através de contato direto com a secretaria da revista. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail. O contato com a Secretaria Editorial deverá ser feito através do e-mail revista@crope.org.br ou + 55 (81) 31944902