

Determinantes sociais de saúde e óbito por câncer oral em uma unidade de alta complexidade em oncologia de um município da Bahia

Social determinants of health and death by oral cancer in a unit of high complexity in oncology of a municipality of Bahia

Marília de Matos Amorim¹, Lidiane de Jesus Lisboa², Sarah dos Santos Conceição³, Tatiana Frederico de Almeida de Almeida⁴, Valéria Souza Freitas⁵

¹Autora para correspondência. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-5224-4918. amorim.mah@hotmail.com

²Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0001-6546-594X. lisboa_lidi@hotmail.com

³Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil. ORCID: 0000-0001-5729-1249. sarahs.conceicao@gmail.com

⁴Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-6118-6668. tatiferedrico@yahoo.com.br

⁵Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-7259-4827. valeria.souza.freitas@gmail.com

RESUMO | INTRODUÇÃO: Os determinantes sociais podem refletir na ocorrência, prognóstico e mortalidade do câncer oral. **OBJETIVO:** Analisar as principais características sociodemográficas e hábitos de vida, assim como a relação com o óbito por câncer oral em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia no município de Feira de Santana, Bahia, no período de 2010 a 2016. **MÉTODOS E MATERIAIS:** Estudo transversal realizado através da revisão de prontuários clínicos, seguida de uma análise descritiva das principais variáveis e análise bivariada entre as covariáveis consideradas determinantes sociais e o óbito pela doença. Todas as análises foram realizadas com o programa SPSS 22 e Stata 14.0. **RESULTADOS:** Foram diagnosticados 282 casos de carcinomas de células escamosas, na maioria em idosos (87,6%), do sexo masculino (79,6%), de origem urbana, que residiam em municípios de grande e médio porte, negros e pardos, casados, com baixa escolaridade, com ocupação, tabagistas (89,6%) e etilistas (85,0%). As lesões estavam localizadas principalmente na região de língua (37,9%), eram moderadamente diferenciadas (48,9%), diagnosticados em estádios avançados (III e IV) (84,7%), tratados em sua maioria com quimioterapia e radioterapia (34,3%) e 35,7% dos casos foram a óbito. A variável raça/cor apresentou significância estatística com o óbito pela doença ($p = 0,006$). **CONCLUSÃO:** Os resultados do presente estudo revelaram que dentre as covariáveis sociodemográficas e de hábitos de vida a raça/cor apresentou significância com relação ao óbito, indicando um pior prognóstico relacionado a pacientes negros e pardos.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias bucais. Carcinoma de células escamosas. Fatores socioeconômicos. Condições sociais. Epidemiologia.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Social determinants may reflect on the occurrence, prognosis and mortality of oral cancer. **OBJECTIVE:** To analyze the main sociodemographic and life habits characteristics and the relation with death by oral cancer in a Unit of High Complexity in Oncology in the city of Feira de Santana, Bahia, from 2010 to 2016. **MATERIALS AND METHODS:** A cross-sectional study was carried out by reviewing clinical records, followed by a descriptive analysis of the main variables, and a bivariate analysis between covariables considered social determinants and death by disease. All analyzes were performed with SPSS 22 and Stata 14.0. **RESULTS:** 282 cases of squamous cell carcinomas were diagnosed, mostly in the elderly (87.6%), males (79.6%), of urban origin, living in large and medium-sized, blacks and browns, married, with low schooling, with occupation, smokers (89.6%) and alcoholics (85.0%). The lesions were located mainly in the tongue region (37.9%), moderately differentiated (48.9%), diagnosed in advanced stages (III and IV) (84.7%), mostly treated with chemotherapy and radiotherapy (34.3%) and 35.7% of the cases died. The race / color variable presented statistical significance with death from the disease ($p = 0.006$). **CONCLUSION:** The results of the present study revealed that, among the sociodemographic covariables and life habits, race / color showed a significant relation to death, indicating a worse prognosis related to blacks and browns patients.

KEYWORDS: Mouth neoplasms. Squamous cell carcinoma. Socioeconomic factors. Social conditions. Epidemiology.

Introdução

O câncer oral é considerado um grave problema de saúde pública em todo o mundo, e estimada como a sexta neoplasia mais frequente. Dados mundiais mostram que por ano é esperado 275.000 novos casos desta neoplasia, sendo que dois terços desses casos ocorrem em países em desenvolvimento^{1,2}.

No Brasil, o câncer oral é considerado o décimo segundo tipo de neoplasia mais frequente. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), foram estimados para o biênio de 2018-2019 11.200 novos casos da doença em homens e 3.500 em mulheres. Tais valores correspondem a um risco estimado de 10,86 casos novos a cada 100 mil homens e 3,28 a cada 100 mil mulheres³.

O carcinoma de células escamosas (CCE) é o tipo histológico mais frequente, e representa cerca de 90% das lesões malignas na cavidade oral, de etiologia multifatorial, com envolvimento de fatores ambientais, de estilo de vida e genéticos, com destaque para o uso de tabaco e a ingestão de bebidas alcoólicas. A maior incidência da doença ocorre em homens entre a quinta e sexta décadas de vida, expostos aos principais fatores de risco².

Diferenças socioeconômicas refletem em diversos aspectos uma relação com o perfil epidemiológico do câncer de forma geral. Estudos demonstram que populações com baixos níveis socioeconômicos apresentam maior incidência de câncer em geral, uma maior proporção de diagnóstico tardio, maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e por consequência um pior prognóstico, menor sobrevida após o diagnóstico e maior risco de óbito⁴.

Com relação ao câncer oral, estudos epidemiológicos mostram que grande parte dos indivíduos acometidos pela doença possui baixos níveis socioeconômicos^{5,6}. Além disso, condições socioeconômicas estão relacionadas à maior exposição aos fatores de risco, uma vez que grupos socialmente desprivilegiados tendem a apresentar maior contato com o tabaco e bebidas alcoólicas⁷.

De acordo com Conway et al.⁸, que verificaram, através de um estudo caso-controle, que pessoas que vivem em áreas de condições precárias e indivíduos desempregados tinham um risco significativamente maior de câncer do que aqueles com altos níveis de escolaridade. Porém, após o ajuste das variáveis para o hábito de fumar e consumo de álcool, a significância foi perdida para todas as medidas de classe social.

Diferenças socioeconômicas também são relacionadas ao prognóstico, sobrevida e mortalidade dos pacientes com diagnóstico de câncer oral⁹. Segundo Dantas et al.⁶, através de um estudo retrospectivo realizado no Ceará, verificaram que o baixo grau de educação teve influência significativa na sobrevida dos pacientes acometidos, sugerindo uma associação entre pobreza e mortalidade pela doença.

Neste sentido, estudos que avaliam os determinantes sociais e esta neoplasia permitem o conhecimento do perfil dos pacientes acometidos pela doença, podendo subsidiar intervenções e estratégias de prevenção, controle e mortalidade pela doença, especificamente em populações com baixo status social e níveis de renda a fim de melhorar a expectativa e qualidade de vida da população.

Assim, este estudo visa descrever as principais características sociodemográficas e de hábitos de vida de pacientes com câncer oral e a relação destes fatores com o óbito por câncer oral em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia no município de Feira de Santana, Bahia, no período de 2010 a 2016.

Métodos e materiais

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, analítico, de corte transversal com indivíduos portadores de CCE.

O estudo foi realizado no município de Feira de Santana, segunda maior cidade do Estado da Bahia/Brasil, considerada um dos mais importantes entroncamentos rodoviários do Norte e Nordeste do Brasil.

Os dados foram coletados na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), a qual presta atenção oncológica a mais de 72 municípios pertencentes à macrorregião centro-leste, ofertando desde o ano de 2009 serviços de quimioterapia, radioterapia, consulta oncológica e radioterápica, onco-hematologia e cirurgias oncológicas.

A população deste estudo foi composta por todos os indivíduos com diagnóstico histopatológico de CCE, atendidos na UNACON no período de 2010 a 2016. Foram incluídos os indivíduos com o diagnóstico de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde, classificados nas categorias C00 a C06 e C09, da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia, terceira edição (CID-10), (C00 lábio, C01 base da língua, C02 outras partes não específicas da língua, C03 gengiva, C04 assoalho da boca, C05 palato, C06 outras partes não específicas da boca e C09 amígdala). Foram excluídos do estudo indivíduos que apresentem qualquer outro tipo de câncer, lesões ou distúrbios potencialmente malignos, doença metastática para a cavidade oral ou tumores de questionável potencial maligno.

Os dados foram obtidos através da revisão de prontuários clínicos dos indivíduos incluídos na pesquisa e o instrumento utilizado foi formulário específico, pré-testado em um estudo piloto.

As variáveis deste estudo relacionavam-se aos determinantes sociais em saúde (aspectos sociodemográficos e de hábitos de vida), características da lesão, tratamento e situação do paciente da população estudada.

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva das variáveis principais na população do estudo, na qual as variáveis contínuas foram expressas como média e seu desvio padrão e as variáveis categóricas como frequências relativas e absolutas. Para verificar a associação entre as covariáveis e o desfecho

do óbito por CCE foi realizada uma análise bivariada utilizando teste do qui-quadrado e o teste exato de Fisher ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas com o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 (SPSS Inc., ChiCad. Estados Unidos) e *Stata* 14.0 para Windows (Statsoft Inc.; <http://www.statsoft.com>).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS), de acordo com o número do parecer 2.390.803 e CAAE: 76778417.4.0000.0053, atendendo as normas da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012.

Resultados

Entre o período de 2010 e 2016 foram diagnosticados 282 casos de CCE na UNACON, deste total, como mostra a tabela 1, 87,6% ocorreram em indivíduos com idade maior que 45 anos e 12,4% em pacientes com idade igual ou inferior a 45 anos, cuja média foi de 59,9 anos, $\pm 13,1$.

A maioria da população estudada foi composta por indivíduos do sexo masculino (79,6%), com uma relação masculino:feminino de 3,9:1. Os indivíduos eram, em sua maioria, de origem urbana, residiam em municípios de grande e médio porte, negros e pardos, casados, com baixa escolaridade e com ocupação. No que se refere aos hábitos de vida, grande parte fazia consumo de tabaco (89,6%) e bebidas alcoólicas (85,0%), por tempo maior que 25 anos, 83,2% e 82,3%, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos determinantes sociais em saúde de portadores de carcinoma de células escamosas oral UNACON, Feira de Santana, BA, 2010 a 2016

| Variáveis | (n) | (%) |
|--|-----|------|
| Idade | | |
| ≤ 45 anos | 35 | 12,4 |
| ≥ 45 anos | 247 | 87,6 |
| Sexo | | |
| Masculino | 224 | 79,4 |
| Feminino | 58 | 20,6 |
| Domicílio* | | |
| Zona Urbana | 159 | 75,4 |
| Zona Rural | 52 | 24,6 |
| Tamanho do município de origem* | | |
| Grande porte | 148 | 53,6 |
| Médio porte | 8 | 2,9 |
| Pequeno porte | 120 | 43,5 |
| Raça/cor* | | |
| Branços | 39 | 19 |
| Negros e pardos | 166 | 81 |
| Situação conjugal* | | |
| Solteiros | 114 | 43,0 |
| Casados/União estável | 115 | 43,4 |
| Divorciados | 9 | 3,4 |
| Viúvos | 27 | 10,2 |
| Escolaridade* | | |
| Analfabetos | 15 | 55,6 |
| Ensino Fundamental | 8 | 29,6 |
| Ensino médio | 1 | 3,7 |
| Ensino superior | 3 | 11,1 |
| Ocupação* | | |
| Com ocupação | 141 | 65,6 |
| Sem ocupação | 74 | 34,4 |
| Tabaco | | |
| Sim | 224 | 89,6 |
| Não | 26 | 10,4 |
| Tempo de exposição ao tabaco* | | |
| ≥ 25 anos | 124 | 83,2 |
| Entre 15 e 24 anos | 21 | 14,1 |
| < 15 anos | 4 | 2,7 |
| Bebidas alcoólicas* | | |
| Sim | 210 | 85,0 |
| Não | 37 | 15,0 |
| Tempo de exposição às bebidas alcoólicas* | | |
| ≥ 25 anos | 95 | 82,3 |
| Entre 15 e 25 anos | 15 | 13,3 |
| < 15 anos | 5 | 4,4 |

*Dados perdidos

Com relação às características clínicas e histopatológicas, a maioria das lesões era localizada na região de língua (37,9%), sendo classificadas como moderadamente diferenciadas (48,9%) e estavam em estágios avançados (III e IV) (84,7%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das características clínicas e histopatológicas de portadores de carcinoma de células escamosas oral UNACON, Feira de Santana, BA, 2010 a 2016

| Variáveis | (n) | (%) |
|---------------------------------------|-----|------|
| Localização primária | | |
| Lábio | 29 | 10,3 |
| Língua | 107 | 37,9 |
| Gengiva | 7 | 2,5 |
| Assoalho | 40 | 14,2 |
| Palato | 28 | 9,9 |
| Outras partes não específicas da boca | 71 | 25,2 |
| Diferenciação do tumor* | | |
| Bem diferenciado | 81 | 35,4 |
| Moderadamente diferenciado | 112 | 48,9 |
| Pouco diferenciado | 36 | 15,7 |
| Estadiamento* | | |
| I e II | 40 | 15,3 |
| III e IV | 222 | 84,7 |

*Dados perdidos

No que se refere às variáveis do tratamento, a maioria da população teve a terapia combinada, no qual 34,3% dos indivíduos receberam quimioterapia e radioterapia e 18,2% cirurgia associada à quimioterapia e radioterapia. Em relação à ocorrência de óbitos, 35,7% dos indivíduos foram a óbito no período da presente investigação e a maioria apresentava a doença em progressão (31%) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição do tratamento e situação de portadores de carcinoma de células escamosas oral UNACON, Feira de Santana, BA, 2010 a 2016

| Variáveis | (n) | (%) |
|---|-----|------|
| Tratamento* | | |
| Cirurgia | 41 | 14,6 |
| Radioterapia | 16 | 5,7 |
| Quimioterapia | 30 | 10,7 |
| Cirurgia, Quimioterapia e Radioterapia | 51 | 18,2 |
| Cirurgia e Quimioterapia | 1 | ,4 |
| Quimioterapia e Radioterapia | 96 | 34,3 |
| Recusa de tratamento | 45 | 16,1 |
| Situação do paciente* | | |
| Sem evidencia da doença/remissão completa | 28 | 10,1 |
| Remissão parcial | 26 | 9,4 |
| Doença estável | 32 | 11,6 |
| Doença em progressão | 86 | 31,0 |
| Fora de possibilidade terapêutica | 6 | 2,2 |
| Óbito | 99 | 35,7 |

*Dados perdidos

A tabela 4 traz a associação entre os determinantes sociais em saúde e o óbito pela doença. Apenas a variável raça/cor revelou significância estatisticamente significativa no presente estudo, com o $p=0,006$.

Tabela 4. Associação entre determinantes sociais em saúde e o óbito de portadores de carcinoma de células escamosas oral UNACON, Feira de Santana, BA, 2010 a 2016 (continua)

| Variáveis | Óbito | | | | P valor |
|--|-------|------|-----|------|--------------|
| | Sim | | Não | | |
| | n | % | n | % | |
| Idade | | | | | |
| ≤ 45 anos | 8 | 8,1 | 24 | 13,5 | 0,17 |
| ≥ 45 anos | 91 | 91,9 | 154 | 86,5 | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 83 | 83,8 | 138 | 77,5 | 0,21 |
| Feminino | 16 | 16,2 | 40 | 22,5 | |
| Domicílio* | | | | | |
| Zona Urbana | 54 | 68,4 | 102 | 79,1 | 0,08 |
| Zona Rural | 25 | 31,6 | 27 | 20,9 | |
| Tamanho do município de origem* | | | | | |
| Pequeno porte | 45 | 45,9 | 71 | 41,1 | 0,14 |
| Médio porte | 0 | 0 | 8 | 4,6 | |
| Grande porte | 53 | 54,1 | 94 | 54,3 | |
| Raça/cor* | | | | | |
| Branco | 7 | 9,2 | 31 | 25 | 0,006 |
| Negros e Pardos | 69 | 90,8 | 93 | 75 | |
| Situação conjugal* | | | | | |
| Solteiros | 41 | 44,1 | 69 | 41,6 | 0,88 |
| Casados/União estável | 39 | 41,9 | 76 | 45,8 | |
| Divorciados | 4 | 4,3 | 5 | 3 | |
| Viúvos | 9 | 9,7 | 16 | 9,6 | |
| Escolaridade * | | | | | |
| Analfabetos | 6 | 66,7 | 9 | 50 | 0,84 |
| Ensino Fundamental | 1 | 11,1 | 4 | 22,2 | |
| Ensino médio | 1 | 11,1 | 2 | 11,1 | |
| Ensino Superior | 1 | 11,1 | 3 | 16,7 | |
| Ocupação* | | | | | |
| Com ocupação | 42 | 57,5 | 79 | 56,8 | 0,92 |
| Sem ocupação | 31 | 42,5 | 60 | 43,2 | |
| Tabaco* | | | | | |
| Sim | 86 | 93,5 | 134 | 87 | 0,1 |
| Não | 6 | 6,5 | 20 | 13 | |
| Tempo de exposição ao tabaco* | | | | | |
| ≥ 25 anos | 49 | 83 | 72 | 83,7 | 0,2 |
| Entre 15 e 25 anos | 6 | 10,2 | 14 | 16,3 | |
| < 15 anos | 4 | 6,8 | 0 | 0 | |
| Bebidas alcoólicas* | | | | | |
| Sim | 83 | 90,2 | 123 | 81,5 | 0,06 |
| Não | 9 | 9,8 | 28 | 18,5 | |
| Tempo de exposição às bebidas | | | | | |

Tabela 4. Associação entre determinantes sociais em saúde e o óbito de portadores de carcinoma de células escamosas oral UNACON, Feira de Santana, BA, 2010 a 2016 (conclusão)

| Variáveis | Óbito | | | | P valor |
|--------------------|-------|------|-----|------|---------|
| | Sim | | Não | | |
| | n | % | n | % | |
| alcoólicas* | | | | | |
| ≥ 25 anos | 39 | 86,7 | 52 | 78,8 | 0,8 |
| Entre 15 e 25 anos | 5 | 11,1 | 10 | 15,1 | |
| < 15 anos | 1 | 2,2 | 4 | 6,1 | |

*Dados perdidos

Discussão

O Brasil é considerado um país com alta incidência para o câncer oral. Na Bahia foram estimados para o biênio 2018-2019, 760 casos novos da doença, representando 550 novos casos em homens e 210 em mulheres³. Além disso, um estudo realizado através da análise de informações provenientes do Sistema de Informatização de Registros Hospitalares de Câncer (SisRHC), referentes ao câncer oral no Estado da Bahia no período de 1999 a 2012, revelou 3.309 casos de câncer oral atendidos em dez unidades hospitalares do Estado da Bahia neste período¹⁰. O câncer oral é uma doença que apresenta uma mortalidade expressiva, independente da idade, sexo, raça e cor, principalmente nos casos em que a doença se encontra em estágio mais avançado, corroborando os resultados da presente investigação³.

A literatura reporta que as altas taxas de incidência e mortalidade pelo câncer oral acometem principalmente populações de baixo nível socioeconômico^{6,8}, o que revela uma associação entre as condições de vida, a ocorrência da doença, bem como o prognóstico da mesma⁶.

O conceito de Determinantes Sociais em Saúde (DSS) aponta que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos populacionais estão relacionadas com a situação de saúde. Fatores como: condições sociais, econômicas, culturais, étnico-raciais, psicológicas e comportamentais podem influenciar a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população¹¹.

Devido à etiologia multifatorial do câncer oral, os DSS são, muitas vezes, ignorados. No entanto, estudos epidemiológicos têm mostrado uma forte associação entre condições socioeconômicas e a ocorrência da doença. Além disso, deve-se considerar que os principais fatores de risco reportados pela literatura (tabagismo e etilismo) são fatores de ordem comportamental/estilo de vida, e, segundo a teoria dos determinantes sociais, estes fatores podem ser condicionados por determinantes sociais^{7,8}.

A maior prevalência de câncer oral ocorre em indivíduos de meia idade a idosos, fato que pode estar relacionado à longa exposição aos fatores de risco para a doença². No presente estudo, 87,6% da doença aconteceram em com idade superior a 45 anos. No entanto, um número considerável de pacientes foi acometido com idade igual ou inferior a 45 anos (12,4%). Estudos relacionados ao CEC oral neste grupo etário ainda possuem resultados controversos com relação à etiologia, comportamento biológico e prognóstico. De forma geral, observa-se o aumento da taxa de incidência em pacientes mais jovens¹².

Com relação ao sexo, no presente estudo a maioria dos pacientes era do sexo masculino, estes resultados corroboram os achados na literatura^{13,14}. Segundo Warnakulasuriya², a relação com o sexo masculino se dá pela maior exposição aos fatores de risco em homens, quando comparado a mulheres, corroborando os resultados do presente estudo. Contudo, no que diz respeito à predominância do CEC em relação ao gênero, este predomínio tem diminuído ao longo das décadas devido a mudanças de estilo de vida no sexo feminino, com maior exposição a agentes carcinógenos, como o tabaco e o álcool. No presente estudo a relação masculino: feminino foi de 3,9:1.

A maioria dos pacientes do presente estudo (75,4%) residia em zona urbana, corroborando os achados de Oliveira et al.¹⁵, que também revelam maior frequência em indivíduos da zona urbana. Estudos apontam que o tempo médio, desde o início dos sintomas até a decisão por busca da ajuda profissional em pacientes oriundos das áreas rurais, difere significativamente em relação àqueles residentes nas áreas urbanas¹⁶. Apesar do presente estudo não ter avaliado a questão da acessibilidade dos serviços de saúde, deve-se levar também em consideração o local do presente estudo (Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, no município de Feira de Santana) e as fragilidades do Sistema de Saúde no que diz respeito a acesso aos serviços de saúde da população rural do município e dos municípios pactuados.

No que se refere à raça/cor, o estudo de Gouveia e colaboradores¹⁷ reportou que o CEC de boca acomete principalmente de raça/cor da pele branca. No presente estudo, 81% dos pacientes eram negros ou pardos, estes dados corroboram os achados do estudo de Santos et al.¹⁰, que estudaram os casos registrados no Sistema de Informatização de Registros Hospitalares de Câncer (SisRHC) no estado da Bahia. A discordância com os demais estudos pode estar relacionada ao predomínio da cor parda e preta na população do Estado da Bahia. Apesar disso, alguns estudos têm verificado tendências de mortalidade crescente para indivíduos considerados negros e estacionária para brancos¹⁸.

A literatura reporta que as populações menos favorecidas economicamente possuem o maior risco de desenvolver a doença, fatores como renda e escolaridade têm relação com a incidência da neoplasia⁶. Estes resultados estão de acordo com os achados de Dantas et al.⁵ e Johnson et al.¹⁹, que evidenciaram uma maior incidência da doença em indivíduos com baixa escolaridade e uma alta frequência de indivíduos com baixa escolaridade numa população com câncer oral, respectivamente.

O uso de tabaco e a ingestão de bebidas alcoólicas são considerados os principais fatores de risco para o câncer oral. O risco para o desenvolvimento da doença é aumentado a depender do tipo, frequência e duração do hábito. O risco é maior quando a duração do fumo é superior a 20 anos e a frequência diária de cigarros fumados é superior a 20 cigarros por dia. Com relação ao álcool, o risco é 2 a 3 vezes maior nos indivíduos que consomem 4-5 copos de bebidas diariamente do que entre os que não bebem 20. Os resultados do presente estudo revelam que a grande maioria dos indivíduos estava exposta aos principais fatores de risco (89,6% e 85%, respectivamente) por tempo igual ou maior a 25 anos (83,2% e 82,3%, respectivamente). Resultados semelhantes foram encontrados em estudos como o de Silva et al.¹⁶ que também encontram uma maior frequência de indivíduos tabagistas e etilistas.

Os estilos de vida individuais são fatores que exercem uma forte influência nas condições de saúde, uma vez que estes podem ser condicionados por determinantes sociais. Dessa forma, a relação dos fatores de estilo de vida, como o uso do tabaco e a ingestão de bebidas alcoólicas, em indivíduos de baixa renda vem sendo comprovada, mostrando que condições socioeconômicas estão diretamente relacionadas aos indicadores de saúde, na qual grupos socialmente desprivilegiados tendem a apresentar um maior contato com estes fatores de risco^{7,11}.

Em relação às características clínicas do câncer oral, a maior parte dos achados foi compatível com a literatura. A maioria das lesões possuía localização primária na região de língua (37,9%) e diagnosticada em estádios avançados (84,7%), resultados iguais foram

reportados nos estudos de Kaminagakura et al.²¹, Gouvea et al.¹⁷ e Komolmalai et al.¹⁴. Sobre a diferenciação do tumor, no presente estudo os resultados apontam que grande parte dos casos foram classificados como moderadamente diferenciados (48,9%).

Os resultados deste estudo com relação ao tratamento revelam à alta frequência de terapia combinada. A escolha do tratamento do câncer oral depende de fatores como localização anatômica, extensão da doença e principalmente estadiamento clínico e condições físicas do paciente²². No presente estudo, a radioterapia associada à quimioterapia foi a mais frequente, estes resultados são reflexos da alta frequência de pacientes idosos diagnosticado tardiamente, no qual tendem a ser tratados com terapias combinadas e mais complexas. Além disso, merece destaque o percentual de pacientes, encontrados neste estudo, que não realizaram o tratamento oncológico (16,1%), no qual fatores relacionados à renda e locomoção podem estar associados. O presente estudo, entretanto, não avaliou esta relação.

As condições de vida também podem estar relacionadas com o prognóstico da doença. Neste estudo, a variável que apresentou significância estatística para o óbito foi a raça/cor. Segundo Molina et al.⁹, os cânceres de cabeça e pescoço têm uma alta mortalidade geral com impacto desproporcional nos pacientes negros e pobres e estas disparidades por raça e status socioeconômico não são explicadas completamente pela demografia, condições comórbidas ou subtratamento.

O estudo de Ragin et al.²³ revelou que pacientes negros com câncer de cavidade oral e laringe foram mais propensos ao diagnóstico de estágios avançados do que brancos, após ajuste para status socioeconômico e outros fatores de confusão.

Segundo Cruz²⁴, a raça/cor negra pode estar associada a um pior prognóstico de doenças quando comparada a outros grupos raciais, apontando o diagnóstico tardio, difícil acesso aos serviços de saúde, além de diferenças no tratamento em indivíduos negros. Neste sentido, deve-se considerar que a raça/cor é uma variável de determinação social, em que diferentes grupos refletem diferenças em termos de condições de vida e que no Brasil as desigualdades raciais impactam o acesso a bens e serviços, incluindo serviços de saúde, podendo acarretar em um tratamento e prognóstico desigual²⁵.

É necessário ponderar, portanto, as limitações do presente estudo. Por se tratar de um estudo desenvolvido através de dados secundários, nota-se uma grande quantidade de dados perdidos, o que dificulta a análise estatística e consequentemente a presença de associação entre algumas variáveis. Além disso, o curto período do estudo, devido a implantação do serviço no município e a disponibilidade dos dados, resultou em um número reduzido de casos, dificultando análises estatísticas mais complexas. Neste sentido, recomenda-se que sejam realizados novos estudos com maior período de tempo e análises estatísticas mais robustas, a fim de verificar melhor a associação entre os determinantes sociais em saúde e os fatores prognósticos da doença.

Conclusão

No presente estudo foi observado que dentre as covariáveis sociodemográficas e de hábitos de vida a raça/cor apresentou associação positiva com significância estatística com relação ao óbito, indicando um pior prognóstico relacionado aos pacientes negros e pardos. Além disso, estes resultados constatarem que o diagnóstico precoce para o câncer oral é um grande desafio, apontando a necessidade de maior atenção para a detecção precoce de lesões, além de estratégias de educação continuada para os profissionais e atividades de educação em saúde, a fim de conscientizar a população acerca dos principais fatores de risco da doença, sobretudo em populações com piores condições de vida.

Estudos como este, que avaliam o impacto dos determinantes sociais em saúde no prognóstico de doenças como o câncer oral podem subsidiar intervenções e estratégias de prevenção, controle e mortalidade pela doença, uma vez que contribuem para a compreensão mais ampliada no âmbito da atenção à saúde, permitindo ao serviço de saúde um melhor entendimento do perfil dos pacientes oncológicos e fatores associados ao prognóstico, buscando desta forma melhorar a qualidade do serviço prestado ao paciente, em especial para pacientes em piores situações de vida.

Contribuições das autoras

Amorim MM realizou o delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. Lisboa LJ e Conceição SS contribuíram na interpretação dos dados e redação do conteúdo intelectual do manuscrito. Almeida TF contribuiu na concepção e delineamento do estudo, análise dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. Freitas VS contribuiu no delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. Todas as autoras aprovaram a versão final do manuscrito.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Referências

1. Ferlay J, Pisani P, Parkin DM. Globocan 2002. Cancer Incidence, Mortality And Prevalence Worldwide. IARC Cancer Base (2002 estimates). Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2004. doi: [10.1093/annonc/mdi098](https://doi.org/10.1093/annonc/mdi098)
2. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol.* 2009;45(4-5):309-16. doi: [10.1016/j.oraloncology.2008.06.002](https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.06.002)
3. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de informações sobre mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
4. Wünsch Filho V, Antunes JLF, Boing AF, Lorenzi RL. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. *Physis.* 2008;18(3):427-50. doi: [10.1590/S0103-73312008000300004](https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300004)
5. Groome PA, Rohland SL, Hall SF, Irish J, MacKillop WJ, O'Sullivan B. A population-based study of factors associated with early versus late stage oral cavity cancer diagnoses. *Oral Oncol.* 2011;47(7):642-7. doi: [10.1016/j.oraloncology.2011.04.018](https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2011.04.018)
6. Dantas TS, Silva PGB, Sousa EF, Cunha MP, Aguiar ASW, Costa FWG et al. Influence of educational level, stage, and histological type on survival of oral cancer in a Brazilian population: A retrospective study of 10 years observation. *Med (United States).* 2016;95(3):1-10. doi: [10.1097/MD.0000000000002314](https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002314)

7. Borges DML, Sena MF, Ferreira MAF, Roncalli AG. Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(2):321-7. doi: [10.1590/S0102-311X2009000200010](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200010)

8. Conway DI, McMahon AD, Smith K, Black R, Robertson G, Devine J et al. Components of socioeconomic risk associated with head and neck cancer: A population-based case-control study in Scotland. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2010;48(1):11-7. doi: [0.1016/j.bjoms.2009.03.020](https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2009.03.020)

9. Molina MA, Cheung MC, Perez EA, Byrne MM, Franceschi D, Moffat FL et al. African American and poor patients have a dramatically worse prognosis for head and neck cancer: An examination of 20,915 patients. *Cancer.* 2008;113(10):2797-806. doi: [10.1002/cncr.23889](https://doi.org/10.1002/cncr.23889)

10. Santos LPS, Carvalho FS, Carvalho CAP, Santana DA. Características de Casos de Câncer Bucal no Estado da Bahia, 1999-2012: um Estudo de Base Hospitalar. *Rev Bras Cancer* 2015;61(1):7-14.

11. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Carta aberta aos candidatos à Presidência da República. [Internet]. [acesso em 2019 mai.]. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br

12. Hussein AA, Helder MN, Visscher JG, Leemans CR, Braakhuis BJ, Vet HCW et al. Global incidence of oral and oropharynx cancer in patients younger than 45 years versus older patients: A systematic review. *Eur J Cancer.* 2017;82:115-27. doi: [10.1016/j.ejca.2017.05.026](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2017.05.026)

13. Sun Q, Fang Q, Guo S. A comparison of oral squamous cell carcinoma between young and old patients in a single medical center in China. *Int J Clin Exp Med.* 2015;8(8):12418-23.

14. Komolmalai N, Chuachamsai S, Tantiwipawin S, Dejsuvan S, Buhngamngkol P, Wongvised C et al. Ten-year analysis of oral cancer focusing on young people in northern Thailand. *J Oral Sci.* 2015;57(4):327-34. doi: [10.2334/josnusd.57.327](https://doi.org/10.2334/josnusd.57.327)

15. Oliveira MM, Malta DC, Guauche H, Moura L, Silva GA. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(suppl 2):146-157. doi: [10.1590/1980-5497201500060013](https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060013)

16. Silva MC, Marques EB, Melo LC, Bernardo JMP, Leite G. Fatores Relacionados ao Atraso no Diagnóstico de Câncer de Boca e Orofaringe em Juiz de Fora/MG. *Rev Bras Cancerol.* 2009;55(4):329-35.

17. Gouvea SA, Nogueira MX, Fagundes Z, Oliveira ZFL, Podestá JRV, Zeidler SV. Aspectos clínicos e epidemiológicos do câncer bucal em um hospital oncológico: predomínio de doença localmente avançada. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2010;39(4):261-5.

18. Antunes JLF, Borrell C, Pérez G, Boing AF, Wünsch-Filho V. Inequalities in mortality of men by oral and pharyngeal cancer in Barcelona, Spain and São Paulo, Brazil, 1995-2003. *Int J Equity Health*. 2008; 7:14:1-9. doi: [10.1186/1475-9276-7-14](https://doi.org/10.1186/1475-9276-7-14)
19. Johnson S, McDonald JT, Corsten M, Rourke R. Socio-economic status and head and neck cancer incidence in Canada: A case-control study. *Oral Oncol*. 2010;46(3):200-3. doi: [10.1016/j.oraloncology.2009.12.004](https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2009.12.004)
20. Petti S. Lifestyle risk factors for oral cancer. *Oral Oncol*. 2009;45(4-5):340-50. doi: [10.1016/j.oraloncology.2008.05.018](https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.05.018)
21. Kaminagakura E, Vartanian JG, Silva SD, Santos CR, Kowalski LP. Case control study on prognostic factors in oral squamous cell carcinoma in young patients. *Head Neck*. 2014;32(11):1460-6. doi: [10.1002/hed.21347](https://doi.org/10.1002/hed.21347)
22. Epstein JB, Emerton S, Lunn R, Le N, Wong FLW. Pretreatment assessment and dental management of patients with nasopharyngeal carcinoma. *Oral Oncol*. 1999;35(1):33-9. doi: [10.1016/S1368-8375\(98\)00072-4](https://doi.org/10.1016/S1368-8375(98)00072-4)
23. Ragin CC, Langevin MS, Marzouk, M, Grandis J, Taioli E. Determinants of head and neck cancer survival by race. *Head Neck*. 2011;33(8):1092-8. doi: [10.1002/hed.21584](https://doi.org/10.1002/hed.21584)
24. Cruz ICF. Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra. *Online braz. j. nurs.(Online)* 2006, 5(2).
25. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2009;13(31):383-94. doi: [0.1590/S1414-32832009000400012](https://doi.org/0.1590/S1414-32832009000400012)