

Análise do papel da raça/cor da pele no prognóstico do câncer de cavidade oral e orofaringe

Analysis of the role of race/skin color in the prognosis of cancer of the oral cavity and oropharynx

Lília Paula de Souza Santos¹, Bartolomeu Conceição Bastos Neto²,
Rodolfo Macedo Cruz Pimenta³, Samilly Silva Miranda⁴

¹Faculdade Maria Milza - FAMAM, Governador Mangabeira, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-2647-0014. lilia_paula@yahoo.com.br

²Autor para correspondência. Faculdade Maria Milza - FAMAM, Governador Mangabeira, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0003-1744-1569. bbastosneto@hotmail.com

³Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-4699-0180. rodolfo.pimenta@gmail.com

⁴Universidade Estadual de Feira de Santana -UEFS, Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-1488-1246. samillymiranda@gmail.com

RESUMO | INTRODUÇÃO: Os cânceres da cavidade oral são as neoplasias mais frequentes de cabeça e pescoço, seu prognóstico favorável depende do diagnóstico precoce e início do tratamento, entretanto, a maioria dos casos é detectada em estágio avançado, em indivíduos de baixa renda e idade produtiva. **OBJETIVO:** avaliar associação entre raça/cor da pele e estado do câncer ao final do primeiro tratamento em indivíduos com câncer da cavidade oral e orofaringe atendidos em hospitais da Bahia, entre 2010-2012. **MÉTODOS:** Realizou-se uma coorte retrospectiva, analisando informações do Sistema de Informatização de Registros Hospitalares de Câncer, em agosto de 2014. O estado da doença ao final do primeiro tratamento foi definido como prognóstico bom ou ruim. A variável raça/cor da pele foi dicotomizada em negro ou não-negro. Assim, procedeu-se a análise descritiva, bivariada e estratificada dos dados. Resultados: Encontrou-se 943 casos de câncer da cavidade oral e orofaringe, destes 83,0% apresentavam raça/cor da pele negra. Obtiveram resultados estatisticamente significantes em relação ao prognóstico ruim o hábito de fumar (RR: 1,6; IC95%: 1,3 – 2,0), consumo de bebida alcoólica (RR: 1,4; IC95%: 1,1 – 1,7) e estadiamento do tumor (RR: 2,6; IC95%: 1,8 – 3,7). A raça/cor da pele não demonstrou associação estatisticamente significativa com o prognóstico deste câncer (RR: 1,1; IC95%: 0,8 – 1,4). **CONCLUSÃO:** Em indivíduos com câncer na cavidade oral e orofaringe no estado da Bahia a raça/cor da pele não demonstrou associação estatisticamente significativa com o prognóstico do câncer bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Bucal; Neoplasias Bucais; Prognóstico; Registros Hospitalares; Saúde Pública.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Oral cavity cancers are the most frequent tumors in head and neck, his favorable prognosis depends on early diagnosis and early treatment, however, most cases are detected at an advanced stage, in low-income and working-age individuals. **OBJECTIVE:** Evaluate the association between race/skin color and state of cancer at the end of the first treatment in patients with oral cavity cancer and orofaringe cancer treated at hospitals in Bahia, between 2010-2012. **METHODS:** We conducted a retrospective cohort study, analyzing information of the Computerization System Cancer Hospital Records in August 2014. The state of the disease at the end of the first treatment was defined as good or bad prognosis. The variable race / skin color was dichotomized as black or non-black. So we proceeded descriptive, bivariate and stratified analysis. Results: We found 943 cases of oral cavity cancer and orofaringe cancer, these 83.0% were in black individuals. Were obtained statistically significant results in relation to the prognosis poor, smoking (RR: 1.6; 95% CI: 1.3 to 2.0), alcoholism (RR: 1.4; 95% CI: 1.1 to 1.7) and tumor stage (RR: 2.6; 95% CI: 1.8 to 3.7). The race / skin color does not show statistical association with prognosis of this cancer (RR: 1.1; 95% CI: 0.8 to 1.4). **CONCLUSION:** In particular with cancer in the oral cavity and orofaringe cancer in the state of Bahia the race / color of the skin did not demonstrate a statistically significant association with the prognosis of oral cancer.

KEYWORDS: Oral Health; Mouth Neoplasms; Prognosis; Hospital Records; Public Health.

Introdução

Uma série de indicadores revela que a população negra tem níveis de escolaridade mais baixos, ocupam posições menos qualificadas no mercado de trabalho, possuem menores rendimentos, residem em áreas menos equipadas com serviços de infraestrutura básica e tem dificuldades de acesso aos serviços de saúde¹. A identificação das disparidades relacionadas à educação, à ocupação, assim como raça/cor da pele indicam que os fatores sociais precisam ser considerados na elaboração de políticas públicas relacionadas à saúde. Para se cumprir com a política de saúde universal, integral e equânime do Sistema Único de Saúde², é necessário aprofundar as pesquisas sobre as especificidades de saúde da população negra e perceber como as doenças se desenvolvem nestes indivíduos.

O câncer da cavidade oral representa aproximadamente 3% das lesões malignas e atinge cerca de 270.000 pessoas por ano em todo o mundo. No que se refere à faixa etária, destaca-se o grupo de indivíduos a partir dos 40 anos de idade, como os que mais sofrem com tal doença. Entretanto, nos últimos anos, observou-se um aumento na ocorrência desta lesão em pessoas mais jovens. Esse achado possivelmente revela a popularidade dos hábitos de fumar e consumo de bebidas alcoólicas, cada vez mais comuns entre os jovens e apontados nas pesquisas como possíveis fatores de risco para essa doença³.

Essa patologia acomete principalmente indivíduos do sexo masculino, de raça/cor da pele branca^{4,5}. Entretanto, tem se demonstrado tendências de mortalidade crescente para indivíduos negros e estacionária para brancos, assim como tendência crescente para mulheres e estacionária para homens⁶.

Um dos fatores determinantes de um melhor prognóstico para esta enfermidade é a atuação rápida dos profissionais de saúde no diagnóstico, encaminhamento e início do tratamento⁷. A maioria dos casos, no entanto, são detectados em estágio avançado, em indivíduos de baixa renda e em idade produtiva⁸. Dessa forma, tal doença exige em muitas situações uma terapia onerosa, muitas vezes mutiladora e ineficaz⁹.

Atualmente ainda existem disparidades socioeconômicas e de situação de saúde entre grupos de diferentes raças/cor da pele. Tais diferenças devem ser conhecidas e superadas através de mudanças no cenário social, principalmente através de políticas públicas. Nesse contexto, o objetivo desta investigação é avaliar a associação entre raça/cor da pele e estado do câncer da cavidade oral e orofaringe ao final do primeiro tratamento para a doença, em indivíduos que foram assistidos em hospitais do estado da Bahia no período de 2010 a 2012.

Métodos

Este estudo trata-se de uma coorte retrospectiva, onde foram analisadas informações provenientes do Sistema de Informação de Registros Hospitalares de Câncer (SisRHC) disponibilizados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) no endereço eletrônico <https://irhc.inca.gov.br>, no período de fevereiro de 2017. O acesso às informações se deu por meio do TabNet, tecnologia desenvolvida pelo departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A população do estudo foi composta por 943 indivíduos com câncer da cavidade oral e orofaringe que realizaram tratamento em hospitais do estado da Bahia nos anos de 2010 a 2012. De acordo com os dados do INCA, o câncer da cavidade oral e orofaringe inclui os códigos C00 a C10 da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia, terceira edição (CID-O3), portanto foram incluídos no estudo os casos diagnosticados por estes códigos (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, C07 glândula parótida, C08 outras glândulas salivares maiores, C09 amígdala, C10 orofaringe)¹⁰.

O estado da doença ao final do primeiro tratamento (variável dependente) foi definido neste estudo como prognóstico bom ou ruim. Segundo os registros hospitalares esta variável é classificada como: sem

evidência da doença/remissão completa; remissão parcial; doença estável; doença em progressão; fora de possibilidade terapêutica; óbito. Foi considerado como bom prognóstico quando o indivíduo apresentava ao final do primeiro tratamento: sem evidência da doença/remissão completa, remissão parcial ou doença estável. E como prognóstico ruim: doença em progressão, fora de possibilidade terapêutica ou óbito.

A variável independente principal (raça/cor da pele) no banco de dados utilizado é classificada segundo os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em Branco, Preto, Pardo, Amarelo e Indígena. Para fins analíticos esta variável foi dicotomizada em negros (pretos e pardos) e não negros (brancos, indígenas e amarelos).

As covariáveis analisadas foram: sexo (masculino; feminino); idade (≤ 40 anos; > 40 anos); anos de estudo (até 8 anos; acima de 8 anos); hábito de fumar (sim; não); consumo de bebida alcoólica (sim; não); história familiar anterior de câncer bucal (sim; não); estadiamento do tumor (de acordo com a TNM - Classificação de Tumores Malignos proposta pela União Internacional Contra o Câncer, dicotomizada em precoce – I e II – e tardio – III e IV); tempo entre diagnóstico e tratamento (≤ 1 ano; > 1 ano).

Inicialmente, foi realizada a caracterização da população estudada, com a distribuição das frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse (análise univariada). Em seguida, realizou-se análise bivariada calculando o risco relativo (RR) com nível de confiança de 95%. As diferenças observadas na distribuição proporcional das variáveis do estudo foram avaliadas pelo teste de χ^2 de Pearson considerando-se estatisticamente significativas aquelas com valor de $p \leq 0,05$.

Por fim, realizou-se análise estratificada para identificar possíveis modificadores de efeito e confundidores. Para identificar modificadores de efeito foi utilizado o teste de homogeneidade de Breslow-Day. Considerou-se o valor de p calculado através deste teste, no qual somente quando $p < 0,05$, considera-se que existe modificação de efeito.

Para avaliação do confundimento, foi realizada uma comparação entre o RR bruta (para a relação raça/cor da pele – prognóstico do câncer da cavidade oral) e o RR ajustada através do método de Mantel-Haenszel. Para uma covariável ser considerada confundidora, foi necessária variação maior que 20% entre a medida bruta e a ajustada.

O programa SPSS (Social Package for the Social Sciences) na versão 17.0 foi usado para entrada e análise descritiva dos dados, e o programa Stata versão 10.0 (Stata Corp., College Station, U.S) foi utilizado para a análise bivariada e estratificada. Os dados utilizados neste estudo são públicos e disponibilizados na internet pelo INCA, sem identificação dos indivíduos. Por essa razão, não houve necessidade de encaminhamento do projeto para aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Foram registrados no SisRHC da Bahia no período de 2010 a 2012, 943 casos de câncer da cavidade oral e orofaringe (C00 a C10 referente ao CID-O3), dos quais 83,0% dos indivíduos apresentavam raça/cor de pele negra; o sexo masculino foi o mais acometido com 74,1%; o grupo-etário com maior prevalência foi o de > 40 anos com 93,7% dos casos registrados; 87,8% tinham até 08 anos de estudo; 69,9% e 58,7% apresentavam hábito de vida relacionados ao consumo de tabaco e álcool respectivamente, e 66,2% não apresentavam histórico familiar de câncer na cavidade oral (Tabela 1). A maioria dos indivíduos foi diagnosticada com estadiamento tardio (77,2%), demorando de 0 a 12 meses para a realização do tratamento da doença após o diagnóstico (98,3%) e ao final do primeiro tratamento 58,4% dos indivíduos apresentaram bom prognóstico (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos com câncer na cavidade oral e orofaringe na Bahia, 2010 – 2012

Características	N	%
Raça/cor da pele (N=892)		
Negro	740	83,0
Não-negro	152	17,0
Sexo (N=942)		
Masculino	698	74,1
Feminino	242	25,9
Idade (N=942)		
≤ 40	59	6,3
> 40	883	93,7
Anos de estudo (N=869)		
Até 8 anos	763	87,8
Acima de 8 anos	106	12,2
Hábito de fumar (N=637)		
Sim	445	69,9
Não	192	30,1
Consumo de bebida alcoólica (N=630)		
Sim	370	58,7
Não	260	41,3
História familiar anterior de câncer bucal (N=624)		
Sim	211	38,8
Não	413	66,2
Estadiamento (N=622)		
Precoce	142	22,8
Tardio	480	77,2
Tempo entre diagnóstico e tratamento (N=657)		
≤ 1 ano	646	98,3
> 1 ano	11	1,7
Prognóstico após primeiro tratamento (N=586)		
Ruim	244	41,6
Bom	342	58,4

Fonte: Sistema de Informatização de Registros Hospitalares de Câncer

Quando analisadas as características dos indivíduos com câncer da cavidade oral e orofaringe segundo o prognóstico da doença, obtiveram associações estatisticamente significantes em relação ao prognóstico ruim o hábito de fumar (RR: 1,6; IC95%: 1,3 – 2,0), o consumo de bebida alcoólica (RR: 1,4; IC95%: 1,1 – 1,7) e o estadiamento do tumor (RR: 2,6; IC95%: 1,8 – 3,7) (Tabela 2).

A variável independente principal (raça/cor da pele) demonstrou associação fraca sem significância estatística com o prognóstico do câncer da cavidade oral (RR: 1,1 IC95%: 0,8 – 1,4) (Tabela 2).

Tabela 2. Associação entre as características dos indivíduos com câncer na cavidade oral e orofaringe com o prognóstico da doença. Bahia, 2010 – 2012

Covariáveis	Prognóstico ruim		Prognóstico bom		RR (IC 95%)	p valor*
	N	%	N	%		
Raça/cor da pele						
Não-negro	37	39,8	56	60,2	1,0	0,34
Negro	195	42,1	268	57,9	1,1 (0,8-1,4)	
Sexo (N=586)						
Feminino	55	36,4	96	63,6	1,0	0,07
Masculino	189	43,4	246	56,6	1,2 (0,9-1,5)	
Idade (N=586)						
≤ 40	15	37,5	25	62,5	1,0	0,25
> 40	229	41,9	317	58,1	1,6 (0,8-1,8)	
Anos de estudo (N=548)						
Até 8 anos	34	49,3	35	50,7	1,0	0,07
Mais de 8 anos	192	40,1	287	59,9	0,8 (0,6-1,1)	
Hábito de fumar (N=409)						
Não	51	35,9	91	64,1	1,0	0,0001
Sim	153	57,3	114	42,7	1,6 (1,3-2,0)	
Consumo de bebida alcóolica (N=409)						
Não	72	40,9	104	59,1	1,0	0,001
Sim	131	56,2	102	43,8	1,4 (1,1-1,7)	
História familiar anterior de câncer bucal (N=435)						
Não	115	39,7	175	60,3	1,0	0,02
Sim	72	49,7	73	50,3	1,3 (1,0-1,6)	
Estadiamento (415)						
Precoce	24	19,5	99	80,5	1,0	<0,001
Tardio	165	51,9	153	48,1	2,6 (1,8-3,7)	
Tempo entre diagnóstico e tratamento (N=557)						
≤ 1 ano	228	41,8	318	58,2	1,0	0,59
> 1 ano	4	40,0	6	60,0	1,0 (0,5-2,1)	

*Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Sistema de Informatização de Registros Hospitalares de Câncer

Após análise estratificada (Tabela 03), não foram encontrados modificadores de efeito nem confundidores da associação principal investigada. Após obtenção do RR ajustado por idade, sexo, anos de estudo, hábito de fumar, consumo de bebida alcóolica, história familiar anterior de câncer bucal e estadiamento, não foi observado confundimento e, portanto, não fez-se necessária a neutralização das variáveis afim de ajustar as interferências destas.

Tabela 3. Associação entre raça/cor da pele e prognóstico do câncer na cavidade oral e orofaringe, segundo covariáveis do estudo. Bahia, 2010 – 2012

Covariáveis	RR	IC 95 %	Confundimento	Teste de Homogeneidade
Não ajustada	1,1	0,8-1,4		
Sexo				
Masculino	1,0	0,7-1,3	0,0 %	0,53
Feminino	1,2	0,7-2,2		
Ajustada	1,1			
Idade				
≤ 40	1,0	0,5-8,4	0,0 %	0,41
> 40	2,0	0,7-1,5		
Ajustada	1,1			
Anos de estudo				
Até 8 anos	1,1	0,8-1,5	0,0 %	0,76
Mais de 8 anos	1,0	0,5-1,8		
Ajustada	1,1			
Hábito de fumar				
Sim	1,1	0,8-1,5	9,0 %	0,32
Não	1,6	0,8-3,3		
Ajustada	1,2			
Consumo de bebida alcóolica				
Sim	1,1	0,8-1,6	9,0 %	0,59
Não	1,3	0,8-2,3		
Ajustada	1,2			
História familiar anterior de câncer bucal				
Sim	1,2	0,7-1,9	0,0 %	0,78
Não	1,1	0,7-1,6		
Ajustada	1,1			
Estadiamento				
Precoce	2,2	0,6-8,7	0,0 %	0,24
Tardio	1,0	0,7-1,3		
Ajustada	1,1			

Fonte: Sistema de Informatização de Registros Hospitalares de Câncer

Discussão

Os resultados encontrados neste estudo demonstram que não houve associação entre o prognóstico do câncer de cavidade oral e orofaringe, ao final do primeiro tratamento, com a raça/cor da pele. Entretanto, a variável raça/cor negra foi mais prevalente neste estudo, diferente do que foi relatado em pesquisas anteriores^{5,11}. Os resultados desta pesquisa corroboram com a literatura em relação ao sexo, idade e escolaridade dos portadores de câncer da cavidade oral e orofaringe. A literatura aponta uma maior ocorrência desta doença em indivíduos do sexo masculino, com baixa escolaridade e idade média ou superior a 40 anos^{5,11}.

A prevalência no sexo masculino pode ser explicada pelos hábitos de vida desse grupo, como consumo de álcool e tabaco. No entanto, estudo tem demonstrado leve crescimento em indivíduos do sexo feminino, devido a mudanças de comportamento e estilo de vida¹². Já a prevalência da raça/cor da

pele negra pode estar relacionada ao predomínio da cor da pele parda e negra na população do estado da Bahia¹.

Cruz et al. (2006)¹³, observa que a raça/cor negra está, em geral, associada ao pior prognóstico quando comparada a outros grupos raciais, apontando como possíveis causas o diagnóstico tardio da doença, o difícil acesso à assistência terapêutica e às possíveis diferenças no tratamento e nos seus resultados. Deve-se entender a variável raça/cor da pele como uma variável social, um marcador das discrepâncias entre grupos, em termos de condições de vida. Compreender em que medida as diferenças - entre ser branco ou ser negro - geram situações de vulnerabilidade, promovem desvantagens e se transformam em injustiça¹⁴.

Apesar de não ter encontrado significância estatística na associação entre as variáveis raça/cor da pele e o prognóstico do câncer bucal e orofaringe, os números relativos e absolutos revelam uma

maior ocorrência da doença e um pior prognóstico em indivíduos de raça/cor da pele negra. Estudos sobre desigualdades raciais em saúde produzidos no Brasil têm levantado evidências sobre a falta de equidade em saúde segundo essa variável¹⁴. Um estudo sobre acesso de mulheres aos serviços preventivos, segundo raça/cor da pele, demonstrou que as desigualdades raciais e o racismo institucional são uma barreira no acesso aos serviços preventivos de saúde para as mulheres negras¹⁵.

Nesse sentido, apesar da literatura especializada, assim como o presente estudo, não evidenciar associação entre a variável raça/cor e o câncer de cavidade oral e orofaringe, vale destacar alguns trabalhos que encontram tal associação com outros tipos de câncer, como de mama e de colo.

A raça/cor foi analisada e mostrou associação com relação à sobrevida em cinco anos entre mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil, com desvantagem para as outras raças/cor da pele comparadas à branca, tendo sido a diferença no acesso a serviços de boa qualidade e resolutividade apontada como possível justificativa para tal disparidade¹⁶.

Uma investigação acerca da taxa de sobrevida e do prognóstico de câncer de colo de útero também revelou associação entre raça/cor da pele e um pior resultado entre mulheres não-brancas, sugerindo que um conjunto de fatores sociais desfavoráveis podem dificultar o acesso precoce aos serviços de saúde¹⁷.

O acesso aos serviços de saúde é um fator necessário para a recuperação e a manutenção de um bom estado de saúde. No Brasil, as desigualdades raciais, impactam o acesso à bens e serviços, acarretando um tratamento desigual as pessoas devido a sua raça/cor da pele. Por intermédio do racismo, as desigualdades influenciam as condições de vida e o processo de adoecimento, limitando o acesso e o cuidado em saúde¹⁵. É necessário garantir acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, buscando reduzir as desigualdades e modificar o quadro epidemiológico¹⁸.

Nesse sentido, o diagnóstico mais avançado da doença, e por conseguinte, um pior prognóstico, pode estar relacionado com a raça/cor da pele negra não de forma isolada, mas associado a todos os fatores que representam aspectos da desigualdade social. Os indivíduos dessa etnia tem pior acesso aos serviços de saúde, ao considerar desde a distância do serviço de saúde, até o ingresso nesses serviços, e fatores socioeconômicos mais desfavoráveis, destacando-se a renda que tem influencia direta no tipo de alimentação, estilo de vida e na educação que possibilita um conhecimento mais acurado sobre métodos preventivos, dentre outros.

O diagnóstico precoce do câncer bucal e orofaringe pode ocorrer mediante ao acesso a serviços preventivos: consultas odontológicas por livre demanda, rastreamento ou pelo autoexame bucal¹⁹. O rastreamento feito por profissionais treinados para identificação de lesões suspeitas de câncer bucal e a confirmação através de exames histopatológicos permitem o diagnóstico precoce deste câncer²⁰.

As características clínicas do câncer de cavidade oral e orofaringe inicialmente apresentam lesões perceptíveis, entretanto sem sintomatologia, dificultando seu diagnóstico precoce²¹. O diagnóstico tardio ocasiona diminuição da qualidade de vida e aumenta o risco de óbito, além de acarretar em tratamentos mais invasivos e mutiladores, com maior duração e maiores custos assistenciais²². Os resultados deste estudo demonstraram um número elevado de casos com diagnóstico tardio, evidenciado pelo estadiamento da doença no momento do diagnóstico com associação estatisticamente significativa com o prognóstico ruim da doença. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos na Bahia^{23,24}. Este fato demonstra a importância da detecção precoce do câncer da cavidade oral e orofaringe para o bom prognóstico do seu tratamento.

O acesso à informação também influencia no diagnóstico precoce do câncer bucal. Martins et al. (2015)¹⁹ observaram que a orientação quanto ao autoexame bucal nos intervalos existentes entre as consultas odontológicas podem aumentar as possibilidades de diagnóstico precoce e consequentemente um melhor prognóstico do câncer bucal.

O consumo do álcool e do tabaco revela-se como hábitos desfavoráveis ao prognóstico. Santos et al. (2012)²⁵ relataram que quanto maior o consumo destas substâncias, piores são as condições de prognóstico da doença. Além disto, Torres-Pereira (2010)²⁶ demonstrou em seu estudo que ações relacionadas ao controle do consumo de tabaco e álcool têm gerado impacto quantitativo sobre o câncer de boca, diminuindo sua incidência e sua morbidade. Enfatiza-se então a necessidade da abordagem dos fatores de risco na elaboração de políticas públicas voltadas para prevenção e controle do câncer da cavidade oral e orofaringe.

Além disto, é preciso ampliar os mecanismos de diagnóstico precoce do câncer da cavidade oral e orofaringe, estimulando o envolvimento dos profissionais da área da saúde com a prevenção e a detecção do câncer, através de atividades de educação em saúde e rastreamento de lesões orais em comunidades, ou grupos de risco específicos, proporcionando a detecção e o tratamento precoce da doença e um prognóstico favorável²⁷. Estas ações devem ser guiadas seguindo os princípios constitucionais que confere a todos os brasileiros, independentemente de sua cor/raça, sexo ou qualquer outra característica, a garantia um sistema de saúde universal, igualitário e equânime².

Observa-se que esta pesquisa por utilizar base hospitalar representa apenas os indivíduos que obtiveram tratamento da doença durante o período pesquisado, excluindo os casos que não foram diagnosticados ou que foram a óbito sem tratamento hospitalar, sendo uma limitação do estudo. Uma outra limitação refere-se ao fato de ter sido abordado o prognóstico da cavidade oral e orofaringe justos, visto que, apesar das estruturas apresentarem localizações muito próximas, a evolução das lesões podem se comportar de maneira distinta, o que justifica a necessidade de novos estudos levando em consideração o prognóstico de cada um separadamente. Contudo, destaca-se que a utilização de fontes de dados secundários na pesquisa em saúde possibilita a coleta de informações epidemiológicas e clínicas de forma abrangente e com baixo custo.

Conclusão

Em indivíduos com câncer na cavidade oral e orofaringe no estado da Bahia a raça/cor da pele não demonstrou associação estatisticamente significativa com o prognóstico da doença. No entanto, as características relacionadas ao hábito de fumar, ingerir bebidas alcoólicas e estadiamento do tumor demonstraram significância estatística na associação. Recomenda-se a realização de análises mais robustas da associação levando-se em consideração a hierarquização dos fatores sociais relacionados à desigualdade racial.

Contribuições dos autores

Santos LPS contribuiu para concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados e elaboração do artigo. Miranda SS, Pimenta RMC e Bastos Neto BC contribuíram com conteúdo intelectual crítico e revisão final do artigo.

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, conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc).

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
2. Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
3. Mortazavi H, Baharvand M, Mehdipour M. Oral potentially malignant disorders: an overview of more than 20 entities. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2014;8(1):6-14. doi: [10.5681/joddd.2014.002](https://doi.org/10.5681/joddd.2014.002)

4. Gouvea AS, Nogueira MX, Oliveira ZFL, Podestá JRV, von 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.
5. Carvalho SHG, Soares MSM, Figueiredo RLQ. Levantamento epidemiológico dos casos de câncer de boca em um hospital de referência em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2012;12(1):47-51. doi: [10.4034/PBOCl.2012.121.07](https://doi.org/10.4034/PBOCl.2012.121.07)
6. Toporcov TN, Biazevic MGH, Boing AF, Bastos JL. Gender and racial inequalities in trends of oral cancer mortality in Sao Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(3):470-8. doi: [10.1590/S0034-8910.2013047003724](https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003724)
7. Santos VCB, Assis AMA, Silva LE, Ferreira SMS, Dias EP. Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de Oncologia de Maceió. *Rev Bras Odontol*. 2012;69(2):159-64. doi: [10.18363/rbo.v69n2.p.159](https://doi.org/10.18363/rbo.v69n2.p.159)
8. Scully C, Bagan JV. Oral squamous cell carcinoma: Overview of current understanding of aetiopathogenesis and clinical implications. *Oral Dis*. 2009;15(6):388-99. doi: [10.1111/j.1601-0825.2009.01563.x](https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01563.x)
9. Kowalsky LP, Carvalho AL. Influence of time delay and clinical upstaging in the prognosis of head and neck cancer. *Oral Oncology*. 2001;37(1):94-98.
10. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa | 2014, Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2014.
11. Ganesh R, John J, Saravanan S. Socio demographic profile of oral cancer patients residing in Tamil Nadu - A hospital based study. *Indian J Cancer*. 2013;50(1):9-13. doi: [10.4103/0019-509X.112270](https://doi.org/10.4103/0019-509X.112270)
12. Aquino RCA, Lima MLLT, Menezes CRCX, Rodrigues M. Aspectos Epidemiológicos da Mortalidade Por Câncer de Boca: Conhecendo os Riscos Para Possibilitar a Detecção Precoce das Alterações na Comunicação. *Rev CEFAC*. 2015;17(4):1254-61. doi: [10.1590/1982-0216201517414914](https://doi.org/10.1590/1982-0216201517414914)
13. Cruz ICF. Saúde e inequidades raciais no Brasil: população negra: uma revisão de literatura. *Online Braz J Nurs*. 2006;5(2).
14. Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface*. 2009;13(31):383-94. doi: [10.1590/S1414-32832009000400012](https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012)
15. Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde Debate*. 2013;37(99):571-9. doi: [10.1590/S0103-11042013000400004](https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400004)
16. Schneider IJC, d'Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1285-96. doi: [10.1590/S0102-311X2009000600011](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600011)
17. Nakagawa JT, Espinosa MM, Barbieri M, Schirmer J. Carcinoma do colo do útero: taxa de sobrevida e fatores prognósticos em mulheres no Estado de Mato Grosso. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(5):631-7. doi: [10.1590/S0103-21002011000500006](https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000500006)
18. Malta DC, Stopa SR, Santos MAS, Andrade SSCA, Oliveira MM, Prado RR et al. Fatores de risco e proteção de doenças e agravos não transmissíveis em adolescentes segundo raça/cor: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(2):247-59. doi: [10.1590/1980-5497201700020006](https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020006)
19. Barreto SM, Santos-Neto PE, Sá MAB, Souza JGS, Haikal DS'A et al. Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(7):2239-53. doi: [10.1590/1413-81232015207.15272014](https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.15272014)
20. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B et al. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomized controlled trial. *Lancet*. 2005;365(9475):1927-1933. doi: [10.1016/S0140-6736\(05\)66658-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66658-5)
21. Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010;76(4):416-22. doi: [10.1590/S1808-86942010000400002](https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000400002)
22. Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos Jr CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2012;28:S30-9. doi: [10.1590/S0102-311X2012001300005](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300005)
23. Bastos Neto BC, Santos JLA, Miranda SS, Santos LPS. Distribuição, características clínicas e epidemiológicas do câncer bucal no estado da Bahia, 2010-2015. *Textura*, 2017; 10(19):138-44. doi: [10.22479/244799342017v10n19p138-144](https://doi.org/10.22479/244799342017v10n19p138-144)

24. Silva CMG, Cangussu MCT, Mendes CMC, Araújo RPC. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de boca e orofaringe atendidos no Hospital Aristides Maltes no período entre 2000 e 2006. Rev Ciênc Méd Biol. 2013; 12(esp):411-18. doi: [10.9771/cmbio.v12i4.9185](https://doi.org/10.9771/cmbio.v12i4.9185)

25. Santos RA, Portugal FB, Felix JD, Santos PMO, Siqueira MM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior: relevância dos fatores de risco álcool e tabaco. Rev Bras Cancerol. 2012;58(1):21-9.

26. Torres-Pereira C. Oral cancer public policies: Is there any evidence of impact? Braz Oral Res. 2010; 24(1): 37-42. doi: [10.1590/S1806-83242010000500007](https://doi.org/10.1590/S1806-83242010000500007)

27. Bulgareli JV, Diniz OCCF, Faria ET, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Pereira AC. Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(12):3461-73. doi: [10.1590/S1413-81232013001200003](https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200003)