

# Estadiamento clínico de tumores de cavidade oral e de orofaringe nos Registros Hospitalares Brasileiros, 2000-2013

**Autores: Karisia Karen Ricarte Lô<sup>1</sup>, Marianna de Camargo Cancela<sup>2</sup>**

E-mail de contato: karisalo@gmail.com

1- Enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia e Física Médica

2- Pesquisadora Adjunta da Divisão de Pesquisa Populacional

## INTRODUÇÃO

Vários fatores de risco já foram amplamente documentados para as neoplasias de cavidade oral e de orofaringe. No entanto, a maioria dos casos continua sendo diagnosticada tardiamente. Portanto, é necessário realizar estudos que analisem fatores que podem influenciar o diagnóstico tardio em grandes populações (SILVA, 2009; HOWELL, 2013; SHEPPERD, 2015).

## OBJETIVO

Comparar as características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes com tumores de cavidade oral e de orofaringe nos estádios precoce e tardio da doença e identificar fatores preditores de diagnóstico precoce.

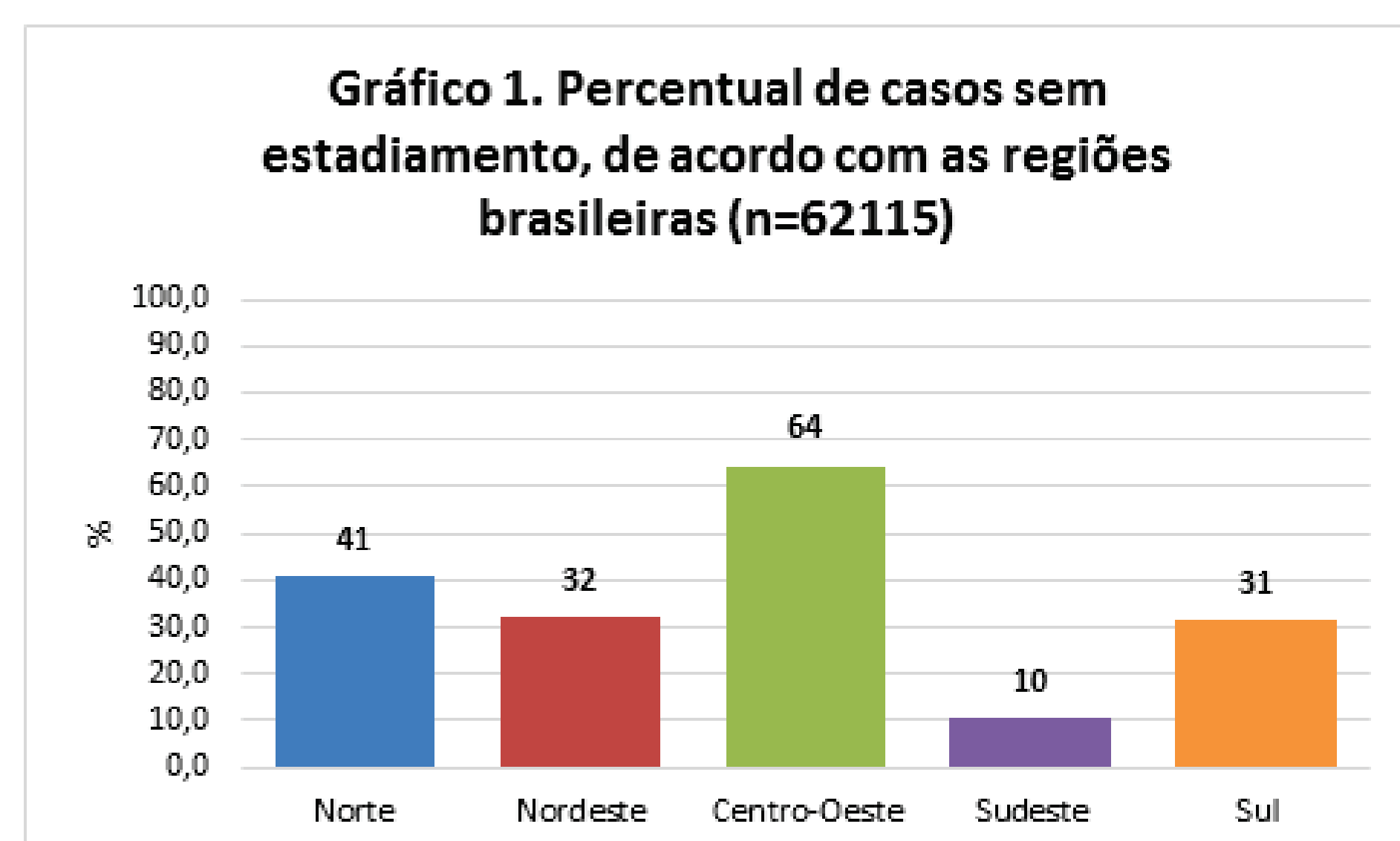
## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, incluindo pacientes com diagnóstico primário de carcinoma epidermóide de cavidade oral e de orofaringe, entre os anos 2000 e 2013, nos hospitais brasileiros que possuem Registro Hospitalar de Câncer (RHC). Os códigos topográficos foram definidos de acordo com o CID-O3 (OMS, 2005). O sistema de classificação TNM (tumor/linfonodos/metástases) foi usado para estratificar o estágio clínico em 2 grupos: estágio precoce (I e II) e estágio avançado (III e IV). Os tumores de lábios e de comissura labial foram excluídos. As variáveis sócio-demográficas e clínicas utilizadas foram: sexo, idade, período do diagnóstico, região do país, topografia e subtopografia do tumor, escolaridade, cor da pele, situação conjugal, consumo de tabaco, consumo de álcool e origem do encaminhamento.

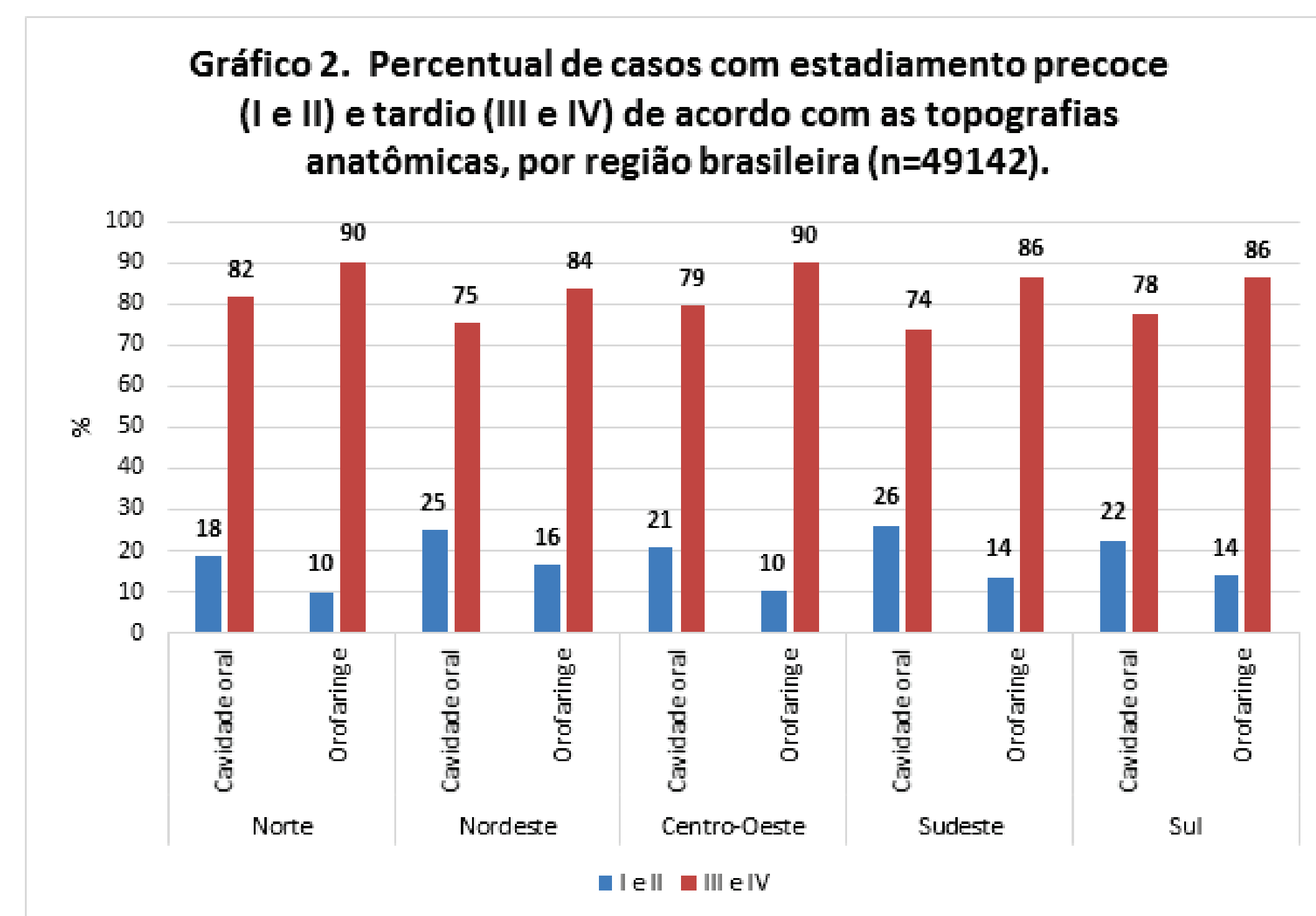
A variável de interesse (estadiamento clínico) estava incompleta, o mecanismo de perda foi avaliado para definir o tratamento dos dados ausentes. Sendo a perda aleatória, optou-se por análise de caso completo através de regressão bivariada e multivariada de Poisson (variância robusta) para determinar a associação entre as variáveis e a ocorrência de diagnóstico precoce (desfecho) em cada região do país. A razão de prevalência (RP) ajustada e não-ajustada foi calculada com um intervalo de confiança (IC) de 95%. O p-valor < 0,05 foi considerado significativo. A análise foi feita utilizando o *software* Stata 14.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obteve-se um total de 62.115 casos, dos quais 49.142 possuíam estadiamento clínico completo. O percentual de casos sem estadiamento variou bastante nas regiões brasileiras, de 64% no centro-oeste a 10% no sudeste, motivo pelo qual optou-se em fazer a análise estratificada por regiões (Gráfico 1).



- As mulheres apresentaram mais casos de diagnóstico precoce, com destaque para a região Centro-Oeste, após ajuste para todas as variáveis [1,58 (IC95%: 1,06-2,37)].
- Pessoas com idade igual ou maior a 70 anos foram diagnosticadas mais precocemente quando comparadas com a faixa etária de 50-59 anos nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste.
- Em todas as regiões do país, as neoplasias de cavidade oral foram registradas mais precocemente quando comparadas às neoplasias de orofaringe (Gráfico 2).
- Nas regiões Nordeste e Sudeste houve aumento dos casos diagnosticados tardiamente durante o período analisado, já na região Sul observamos o contrário.
- Nas regiões Nordeste e Sudeste, o grau de escolaridade maior mostrou-se como preditor de diagnóstico precoce.
- Pessoas casadas apresentaram mais casos diagnosticados precocemente nas regiões Nordeste e Sul.
- Apenas na região Nordeste a cor da pele branca foi observada como um preditor de diagnóstico precoce.



**Tabela 1.** Análise multivariada entre variáveis sócio-demográficas e clínicas e diagnóstico precoce, estratificada de acordo com as regiões brasileiras. 2000-2013.

	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
<b>Sexo</b>										
Masculino	—		1,00	0,00	1,00	0,02	1,00	0,00	1,00	0,00
Feminino	—		1,31 (1,20-1,42)		1,58 (1,06-2,37)		1,34 (1,28-1,42)		1,50 (1,34-1,69)	
<b>Idade</b>										
0-49	1,05 (0,67-1,66)	0,00	0,96 (0,84-1,09)	0,00	—		0,96 (0,90-1,03)	0,00	—	
50-59	1,00		1,00		—		1,00		—	
60-69	0,80 (0,49-1,30)		1,24 (1,11-1,39)		—		1,24 (1,17-1,31)		—	
>=70	1,64 (1,11-2,42)		1,43 (0,28-1,59)		—		1,32 (1,24-1,40)		—	
<b>Topografia</b>										
Cavidade oral	1,82 (1,31-2,53)	0,00	1,42 (1,30-1,55)	0,00	1,93 (1,25-2,98)	0,00	1,83 (1,75-1,92)	0,00	1,59 (1,44-1,76)	0,00
Orofaringe	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
<b>Período</b>										
2000-2003	—		1,00	0,00	—		1,00	0,00	1,00	0,00
2004-2008	—		0,68 (0,61-0,75)		—		0,96 (0,91-1,02)		1,36 (1,15-1,62)	
2009-2013	—		0,58 (0,53-0,64)		—		0,82 (0,77-0,87)		1,35 (1,14-1,60)	
<b>Escolaridade</b>										
Nenhuma	—		1,00	0,00	—		1,00	0,00	—	
Fundamental	—		1,15 (1,05-1,27)		—		1,23 (1,13-1,33)		—	
Médio	—		1,52 (1,30-1,79)		—		1,53 (1,38-1,70)		—	
Superior	—		1,60 (1,20-2,13)		—		2,06 (1,83-2,32)		—	
Sem informação	—		0,95 (0,84-1,08)		—		1,21 (1,10-1,32)		—	
<b>Situação conjugal</b>										
Não-casado	—		1,00	0,00	—		—		1,00	0,00
Casado	—		1,16 (1,07-1,26)		—		—		1,39 (1,23-1,56)	
Sem informação	—		1,20 (1,00-1,44)		—		—		1,06 (0,88-1,27)	
<b>Cor da pele</b>										
Não-branco	—		1,00	0,00	—		—		—	
Branco	—		1,20 (1,09-1,32)		—		—		—	
Sem informação	—		1,07 (0,90-1,28)		—		—		—	
<b>Origem</b>										
SUS	—		—		—		—		1,00	0,00
Não-SUS	—		—		—		—		1,39 (1,20-1,60)	
Sem informação	—		—		—		—		1,43 (1,21-1,69)	

RP: Razão de prevalência  
IC95%: Intervalo de confiança > 95%  
Análises ajustadas para as variáveis presentes nas tabelas.

## CONCLUSÃO

Os indivíduos não-brancos, do sexo masculino, com menor nível de educação, com idade entre 50-59 anos, provenientes do SUS e solteiros precisam ser melhor assistidos por políticas públicas e pelos profissionais de saúde para o rastreamento desses cânceres, principalmente para os tumores de orofaringe.

## REFERÊNCIAS

- SILVA, P. S. L.; LEÃO, V. M. L. L.; SCARPEL, R. D. Caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em hospital de referência na cidade de Salvador – BA. Revista CEFAC, São Paulo, v.11, n.3, p.441-447, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462009000700020&script=sci\_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 Jan. 2017.
- SHEPPERD, J. A. et al. Predicting Scheduling and Attending for an Oral Cancer Examination. *Ann. Behav. Med.*, Florida, v.49, n.6, p.828-838, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4636473/>. Acesso em: 10 Mar. 2017.
- HOWELL, J. L.; SHEPPERD, J. A.; LOGAN, H. Barriers to oral cancer screening: a focus group study of rural Black American adults. *Psycho-Oncology*, Florida, v.22, n.6, p.1306-1311, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3698600/>. Acesso em: 03 Jul. 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-O – Classificação Internacional de Doenças para Oncologia. 3ª Edição. Organização Pan-Americana da Saúde/ Centro da OMS Para Classificação de Doenças em Português. Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 2005.