

**,Universidade Federal de Uberlândia
Faculdade de Odontologia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia**

CIZELENE DO CARMO FALEIROS VELOSO GUEDES

**Estudo dos fatores relacionados no atraso no
diagnóstico do carcinoma epidermóide bucal**

UBERLÂNDIA
2010

CIZELENE DO CARMO FALEIROS VELOSO GUEDES

Estudo dos fatores relacionados no atraso no diagnóstico do carcinoma epidermóide bucal

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Universidade Federal de Uberlândia, para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador; Prof. Dr. Adriano Mota Loyola

UBERLÂNDIA
2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
AV. Pará, 1720, bloco 2u – sala 2U09 – Campus Umuarama - UBERLÂNDIA –MG – 38400-902
(0XX) 034 –3218-2550

RELATÓRIO DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE MESTRADO DA CD CIZELENE DO CARMO FALEIROS VELOSO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DESTA UNIVERSIDADE.

Às quatorze horas do dia vinte e três de julho do ano de dois mil e dez, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento da Dissertação de Mestrado apresentada pela candidata **CIZELENE DO CARMO FALEIROS VELOSO** com o título: *Fatores de atraso no diagnóstico do Carcinoma epidermóide bucal*. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo encontra-se em condições de ser incorporado ao banco de Dissertações e Teses da Biblioteca desta Universidade. Acompanham este relatório os pareceres individuais dos membros da Comissão Julgadora.

Uberlândia, 23 de julho de 2010.

Prof. Dr. Adriano Mota Loyola
Titulação: Doutor
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

APROVADO

Aprovado/Reprovado

Prof. Dr. Paulo Rogério de Faria
Titulação: Doutor
Universidade Federal de Uberlândia - UFU

APROVADO

Aprovado/Reprovado

Prof. Dr. Antônio Ignácio Loyola Filho
Titulação: Doutor
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

APROVADO

Aprovado/Reprovado

Hoje sinto feliz pela concretização de um sonho, por ter vencido todas as barreiras e obstáculos, por ter superado todos os meus anseios, angústias e medos.

Pela minha persistência ter proporcionado todo o conhecimento adquirido e que eu possa sempre aprender cada vez mais para poder transformá-lo e multiplicá-lo em cada lugar por onde eu passar.

Cizelene

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por mais esta conquista, a meus pais Wander e Glória pelo amor, apoio, pela minha formação, ensinamentos e por serem meus exemplos. Aos meus irmãos Lucíola, Fabíola, Wander e Teresa Cristina pela força, por estarem sempre ao meu lado e acompanhando todos os meus passos. Aos meus sobrinhos que são muito especiais na minha vida. Aos meus cunhados, cunhadas, amigos e familiares por estarem sempre torcendo por mim.

Ao meu esposo Marcelo que é o grande amor da minha vida, pelo incentivo, apoio, por estar sempre presente em minha vida em todos os momentos, pela grande ajuda dada, pois sem isso teria sido muito difícil chegar aqui. Peço desculpa pelas ausências, mas foi para o nosso crescimento. Obrigada pela sua paciência, amor e companheirismo. Esta conquista também é sua. Te amo muito.

Ao meu orientador Adriano Loyola por ter aceito este desafio, por ter depositado confiança em mim, pelo respeito, apoio e ensinamentos. Pude conhecer não só o profissional com sua grande capacidade, mas também a pessoa que é. Obrigada por tudo.

As minhas amigas (Natália, Maria Letícia, Carolina e Ana Carla) pela longa amizade e por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha vida.

A minha amiga Ângela pelo exemplo de dedicação e determinação e por ser tão especial.

A minha amiga Rafaela por ser meu exemplo, a quem eu espelho como pessoa e como profissional.

Aos meus amigos Mirna e Gustavo que me ensinaram que sozinhos não somos nada e que juntos podemos alcançar nossos objetivos. Obrigada pelos bons momentos que passamos juntos e por tudo.

Ao Durighetto que considero como um segundo pai, pelo incentivo, pelo apoio, por acreditar no meu trabalho e por ter me recebido tão bem há 10 anos na UDE e que eu possa um dia ter um pouco de seu vasto conhecimento.

Aos meus amigos do Procede (Mirian, Auxiliadora, Célia, Anísio, Keller e Mariana) pelo bom convívio e aprendizado.

Aos meus amigos da UDE, do mestrado e da patologia (Jonas, Marcus Rocha, Luis, Roberta, Maira, Sargenti, Flaviana, Marília, Taís, Lara, Talita, Ana Luisa, Marco Túlio, Sérgio Vitorino, Paulo Rogério, Karen, Ana Cristina, Marcelo Rotter) por termos tornado uma mesma família, pela boa convivência e força.

Aos médicos cirurgiões de cabeça e pescoço Dr. Sindeval, Dr. Sávio e Dra. Veruska pelos ensinamentos e por ter permitido o acompanhamento dos pacientes para a realização deste trabalho.

As pessoas que trabalham na UFU e que sempre me ajudaram e me trataram muito bem: Lindalva, Abigail, Graça, Durvalina, Fred, Beth, Valquíria, Sônia, Sonilda, Leo, Kika, Selma, Ângela, Adalci, Tânia, Tatiana, Lilian, Izabel, Patrícia, meu muito obrigada.

A equipe do Hospital do Câncer que sempre me tratou com muito carinho e respeito e, principalmente ao pessoal do arquivo (Luis, Edmilson e Eliane) que sem vocês ficaria difícil a finalização deste trabalho. Que Deus continue protegendo todos vocês.

Aos meus amigos da FPM pela força, pelo companheirismo e pela instituição ter dado a oportunidade de mostrar o meu trabalho e pelos alunos que torcem por mim e que me fazem sempre buscar novos conhecimentos.

Aos pacientes e as pessoas que contribuíram também na realização deste trabalho (Natália Caroline, Natália Vieira, Mariana, Roberta, Simone, Kellen Cristine) e a todos que direta ou indiretamente fazem parte desta história, meu muito obrigada.

Sumário

LISTA DE FIGURAS	01
RESUMO	02
ABSTRACT	04
INTRODUÇÃO	05
REVISÃO DE LITERATURA	10
OBJETIVOS	29
HIPÓTESES	30
JUSTIFICATIVA	31
MATERIAIS E MÉTODOS	33
ANÁLISE DOS DADOS	36
RESULTADOS	38
DISCUSSÃO	59
CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS	77
ANEXOS	84

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição dos casos de CEB segundo sua frequência por décadas de vida e sexo dos pacientes (136 pacientes).....	38
Figura 2- Distribuição dos casos de CEB segundo o nível de escolaridade dos pacientes medido por anos de estudo (136 pacientes).....	39
Figura 3- Distribuição dos pacientes segundo a renda familiar traduzidos por intervalos de valores mínimos (136 pacientes).....	39
Figura 4- Distribuição dos pacientes segundo seu estado civil (136 pacientes).....	40
Figura 5- Topografias informadas pelos pacientes em relação à história de câncer na família (S/H – sem história de câncer) (136 casos).....	41
Figura 6 – Topografias dos casos de CEB da amostra em estudo (136 casos).....	42
Figura 7- Principais tipos de sinais e sintomas observados e relatados pelos pacientes acometidos por CEB (136 casos).....	43
Figura 8- Distribuição dos casos de CEB segundo o estadiamento clínico das lesões no momento do diagnóstico.....	44
Figura 9- Distribuição dos casos de CEB agrupados pelo tempo de atraso relacionado ao paciente.....	45
Figura 10- Distribuição dos casos de CEB agrupados pelo tempo de atraso relacionado ao profissional.....	50
Figura 11- Distribuição dos casos de CEB agrupados segundo o tempo de atraso total no diagnóstico do câncer.....	55

RESUMO

O câncer bucal, representado pelo carcinoma epidermóide bucal (CEB) é responsável por altos índices de morbidade e mortalidade. Este comportamento tem sido associado ao padrão tardio de diagnóstico, com a maioria das lesões sendo diagnosticadas em estágios avançados. Há uma lógica na abordagem destes fatos que considera este padrão de diagnóstico associado ao atraso na procura do profissional e no estabelecimento do diagnóstico definitivo das lesões como o principal fator responsável pelo estágio avançado da doença. Assim, o objetivo do presente trabalho foi avaliar o atraso no diagnóstico do câncer bucal dos pacientes atendidos no complexo hospitalar da Universidade Federal de Uberlândia e analisar sua relação com variáveis sócio-demográficas, comportamentos relacionados a doença e cuidados com a saúde e características clínicas da doença. Os diferentes tipos de atraso foram avaliados a partir da amplitude de tempo (variações) e de medianas. As análises estatísticas foram realizadas a partir de testes não paramétricos para variáveis contínuas (teste *U* de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis), e análise de regressão logística univariada. Para tanto, uma amostra de 136 casos incidentes de carcinomas epidermóides localizados em diferentes regiões da boca foram incluídos no estudo. Foram consideradas na análise, vinte e duas variáveis relacionadas aos pacientes atendidos, divididos entre aquelas de caráter sócio-demográfico (idade, sexo, cor de pele, procedência, estado civil, *status* laboral, grau de escolaridade e renda; sobre comportamentos relacionados à doença (exposição ao fumo ou álcool); dos cuidados com a saúde (uso de prótese, tipo de acesso a serviços de saúde, padrão de encaminhamento do paciente) e relativas as características clínicas da doença (localização, dimensão e sinais e sintomas e estadiamento clínico das lesões). Três tipos de atraso foram avaliados: 1) atraso do paciente, referente ao tempo transcorrido entre a percepção dos sinais e sintomas e a primeira consulta com o profissional de saúde; 2) atraso do profissional, considerado o tempo entre a primeira consulta ao profissional de saúde e o diagnóstico definitivo da doença (diagnóstico histopatológico) e 3) atraso total, resultado da soma dos dois atrasos mencionados. Os resultados mostraram atraso relacionado ao paciente em torno de 127 dias (4,2 meses), de 19 dias para os profissionais e de 176 dias, aproximadamente seis meses para o atraso total no diagnóstico do câncer. O atraso do paciente foi o responsável pelo maior tempo gasto no processo de diagnóstico, sendo que 64% dos pacientes apresentaram atrasos maiores que 90 dias. Duas das variáveis estudadas mostraram valores estatisticamente diferentes: sexo ($p=0,007$) e presença de sintomatologia dolorosa ($p=0,027$). O atraso para os pacientes do sexo feminino (120 dias) foi menor que para o sexo masculino (225 dias). Para os pacientes com dor, o atraso foi maior (150 dias) que os pacientes sem dor (120 dias). Somente uma associação estatisticamente marginal foi observada para o sexo ($p=0,06$, $OR=2,42$), o atraso foi estatisticamente associado aos pacientes com lesões de dimensões intermediárias ($p = 0,009$, $OR = 0,35$). Estes pacientes apresentaram menor mediana de atraso. Em relação ao atraso do profissional, a mediana foi de 19 dias, com aproximadamente 50% dos atrasos sendo maiores que 15 dias. Nenhuma variável apresentou

categorias com medianas estatisticamente diferentes. Por outro lado, somente a variável sexo foi estatisticamente associada ao atraso profissional ($p=0,033$, $OR=2,60$). Lesões menores apresentaram medianas menores e um menor risco de atraso no diagnóstico profissional. O padrão de atraso do diagnóstico total apresentou valores de medianas significativamente maiores para sexo masculino ($p=0,007$) e pacientes com dor ($p=0,022$) significativamente diferentes de sua contraparte. Todavia, apenas a variável dimensão da lesão apresentou associação estatisticamente significativa para o atraso total ($p=0,016$, $OR=0,35$). O padrão de atraso observado repetiu aqueles observados em estudos do Brasil e do exterior. Nossos achados também mostram que não parece comum a identificação de associação entre variáveis sócio-demográficas, relacionadas a comportamentos e cuidados com a doença e saúde e clínica da doença e os diferentes tipos de atraso. Também, o atraso do paciente e profissional não parecem ser fatores de risco para determinação do estadiamento do câncer bucal.

ABSTRACT

Oral cancer, as represented by oral squamous cell carcinoma (OSCC) is responsible for high morbidity and mortality. This has been associated to the delay in seeking professionals together with establishing definitive diagnosis of lesions as the main factor responsible for the advanced stage of disease. The aim of this study was to evaluate the delay in diagnosis of oral cancer patients treated at the Uberlandia Federal University Hospital and analyze its relationship with socio-demographic data, illness-related behaviors and health care as well as clinical features of the disease. The different types of delay were assessed from the amplitude of time (variations) and medians. Statistical analysis was carried out using U Mann-Whitney and Kruskal-Wallis and univariate logistic regression analysis. A sample of 136 of squamous cell carcinoma located in different regions of the mouth was included in the study. Twenty-two variables related to patients were considered, being socio-demographic (age, sex, skin color, origin, marital status, employment status, educational level and income), behavior-related disease (exposure to tobacco or alcohol), health care (use of prosthesis, type of access to health services, patient patterns of referral) and clinical features of disease (location, size and signs and symptoms and clinical staging injuries). Three types of delay were examined: 1) delay of the patient, referring to the time elapsed between the perception of signs and symptoms and first appointment with health professionals, 2) delay of the professional, considered the time between the first appointment with health professional and definitive diagnosis of the disease (histopathological diagnosis) and 3) total delay as a result of the sum of two delays aforementioned. The results showed delays related to patient around 127 days (4.2 months), 19 days for professionals and 176 days (~ 6 months) for the total delay in cancer diagnosis. The delay of patients was responsible for longer time spent in the process of diagnosis, and 64% of patients had delays greater than 90 days. Two of the variables studied showed statistically different values: gender ($p = 0.007$) and presence of painful symptoms ($p = 0.027$). The delay for female patients (120 days) was lower than for males (225 days). For patients with pain, the delay was longer (150 days) than patients without pain (120 days). Only a marginal statistical association was observed for sex ($p = 0.06$, $OR = 2.42$), the delay was significantly associated with patients with lesions of intermediate size ($p = 0.009$, $OR = 0.35$). These patients had lower median delay. Regarding the delay of the professional, the median was 19 days, and approximately 50% of delays were greater than 15 days. No variable had categories with significantly different medians. Moreover, only the variable sex was statistically associated with professional delay ($p = 0.033$, $OR = 2.60$). Smaller lesions showed lower median and a lower risk of delay in diagnosing professional. The pattern of delayed diagnosis of median total values were significantly higher for males ($p = 0.007$) and patients with pain ($p = 0.022$) significantly different from its counterpart. However, only the variable size of the lesion were significantly associated to the total delay ($p = 0.016$, $OR = 0.35$). The pattern of delay observed is equal to those observed in studies in Brazil and abroad. Our findings also show that it does not seem common to identify

associations between socio-demographic data related to behavior and care of illness and health with clinical disease and different types of delay. Also, the delay of the patient to the professional does not seem to be a risk factor for determining the staging of oral cancer.

INTRODUÇÃO:

O câncer bucal é um importante problema de saúde pública em várias partes mundo, situando-se entre os dez mais comuns tipos de cânceres do ser humano. Os locais com maior incidência de câncer bucal nos cinco continentes, excluindo os lábios, são: Sri Lanka, Índia, Paquistão, Taiwan, França, Hungria, Eslováquia, Eslovênia, Brasil, Uruguai, Porto Rico, Nova Guiné e Malásia. Já a incidência de câncer de lábio é alta em populações de pele clara, como no Canadá e Austrália. Com uma estimativa de 275.000 casos novos por ano, o câncer bucal é letal para mais de 50% dos casos diagnosticados, apresentando a menor sobrevida entre as neoplasias malignas da região da cabeça e pescoço (Antunes *et al.*, 2001; Antunes *et al.*, 2003; Warnakulasuriya, 2008).

No Brasil, segundo dados do INCA (Instituto Nacional de Câncer – RJ) há uma expectativa de 10.330 casos novos de câncer bucais para homens e 3790 novos casos para mulheres, totalizando 14.120 casos novos para 2010/2011. Com este padrão de incidência, o câncer bucal tem sido identificado no Brasil como o 7º tipo de câncer mais freqüente entre os homens e o 9º entre as mulheres. No estado de Minas Gerais, particularmente, a estimativa é de 1180 casos novos de câncer bucal, sendo o 3º estado brasileiro com a maior incidência.

O tipo de câncer bucal mais freqüente é o carcinoma epidermóide (CEB), também conhecido como carcinoma de células escamosas ou carcinoma espinocelular. Os locais de maior ocorrência do câncer bucal são os lábios inferiores, principalmente, pela exposição actínica, e borda lateral de língua e assoalho bucal, mais vinculado etiologicamente ao consumo de tabaco e álcool (Gervásio *et al.*, 2001).

Os principais fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do câncer bucal compreendem o uso de tabaco e álcool, estando este associado àquele em mais de 80% dos casos. Ademais, a proporção de fumantes entre os pacientes com carcinomas bucais é duas a três vezes maiores que a população em geral. Nestes pacientes, o risco de aparecimento de um segundo carcinoma primário no trato aerodigestivo superior é duas a seis

vezes maiores em pacientes tratados com câncer bucal que continuam a fumar que os que abandonaram o hábito. O álcool por si só não é capaz de causar câncer, mas é um importante agente promotor. A exposição concomitante aos produtos do álcool e fumo por longos períodos aumenta o risco de uma pessoa desenvolver o câncer bucal. Neste contexto, a pessoa que pára de fumar reduz o risco para o câncer bucal em 50% dentro de 5 anos; com 10 anos de interrupção do hábito, o risco aproxima-se daquele observado para o paciente não fumante. Outros fatores também relacionados são: exposição ao chimarrão, radiação actínica, dieta deficiente em antioxidantes e fatores predisponentes hereditários (Warnakulasuriya, 2008).

Usualmente a história natural do câncer de boca, orofaringe e lábio prevêem o aparecimento da lesão *de novo*, ou, menos comumente, ou a partir da evolução de lesões potencialmente malignas: leucoplasias, eritroplasias ou queilites actínicas. A maior parte das lesões são indolores. Sintomas tais como sangramento, dor, disfonia, disfagia são observados em pacientes com lesões em estágios avançados, incluindo III e IV. Além disto, metástases regionais, expressas por linfadenopatia cervical também pode ser evidenciado em mais de 30% dos pacientes (Neville *et al*, 2004).

Muito embora o câncer bucal manifeste-se em topografia de fácil acesso para exame e ainda esteja vinculado à exposição a fatores de risco, na sua maioria relacionada ao estilo de vida (Petti, 2009), estudos epidemiológicos revelam que ainda persiste um padrão de diagnóstico tardio para a doença que desfavorece marcadamente o prognóstico. A literatura mostra que, em geral, casos diagnosticados precocemente apresentam melhores prognósticos, podendo chegar à cura em quase 100% nos casos em estágio I. Este patamar cai gradativamente, chegando próximo a 10% nos casos em estágio IV. Neste sentido, 53% dos pacientes diagnosticados apresentam-se com metástases regionais (44%) ou distantes (9%) (Ries *et al*, 2000). Este nível de prognóstico está associado não só as alterações sistêmicas próprias da doença, como também aquelas decorrentes de seu tratamento. O atraso no diagnóstico além de piorar o prognóstico pode

dificultar o tratamento ou até mesmo torná-lo impossível (Horowitz *et al*, 1995; Onizawa *et al*, 2003; Sargeran *et al*, 2009).

No Brasil, a situação parece ser a mesma daquela observada em outros países. Já em 1976, Santos Pinto observou que 59,3% das lesões foram diagnosticadas em estágio III e IV. No mesmo centro, 15 anos depois, Dib *et al* (1990) observaram que 85,4% dos tumores são diagnosticados em estágios avançados. Curiosamente, este padrão de diagnóstico parece não ter se alterado com o tempo. Dados mais recentes continuam mostrando que 75 % dos cânceres bucais são diagnosticados em estágios avançados (III e IV) refletindo uma maior dimensão da lesão, acompanhada de invasão dos tecidos vizinhos, ou da presença de metástases, fatores diretamente implicados a altas taxas de morbidade e mortalidade (Carvalho *et al*, 2002). Estes dados tornam-se ainda mais relevantes quando se constata que, em estágios precoces (I e II), a sobrevida do paciente em 5 anos pode chegar até 90 %, comparativamente aos 25% ou menos associados aos estágios avançados. Portanto, o diagnóstico e o tratamento precoce do câncer estão diretamente associados à melhoria do prognóstico e sobrevida dos pacientes (Abdo *et al*, 2007; Dib *et al*, 1990; Gervásio *et al*, 2001; Kowalski & Carvalho, 2001; Zucolotto *et al*, 2006).

Vários fatores têm sido relacionados a este padrão de diagnóstico, alguns associados ao paciente, e outros ao profissional, tais como: ignorância dos pacientes sobre os principais sinais precoces e de alerta da doença, fatores sócio-econômicos, estado civil, opção religiosa, dificuldade que os pacientes encontram de ter acesso a informações sobre a doença e aos serviços de saúde, despreparo dos profissionais de saúde em fazer o diagnóstico precoce do câncer e muitas vezes, dificuldades dos centros de referência em absorver em curto prazo uma demanda de encaminhamentos de casos suspeitos. O diagnóstico e tratamento precoces determinam um melhor prognóstico para o paciente. Além disso, o atraso terapêutico implica no aumento do sofrimento do paciente por causar mutilações e maior perda funcional, como também elevar o custo do tratamento, causar maior rejeição

social e ocasionar menor sobrevida (Campos *et al*, 2007; Kerdpond *et al*, 2001; Scott *et al*, 2006; Sargeran *et al*, 2009; Gómez *et al*, 2009; Gómez *et al*, 2010).

Diferentes estudos têm sido observados na literatura tratando da identificação dos principais fatores relacionados com o padrão de diagnóstico avançado do câncer bucal e discutido os principais fatores relacionados ao padrão de atraso no diagnóstico. A este conjunto de investigação somam-se aqueles que procuraram investigar também o atraso no seu tratamento (Peacock *et al*, 2008).

REVISÃO DE LITERATURA

Na literatura, diferentes grupos têm estudado o atraso no diagnóstico e tratamento do câncer, os fatores a ele associados e a sua repercussão sobre o prognóstico do paciente. Várias abordagens têm sido consideradas, baseadas na avaliação dos atrasos pertinentes ao paciente e relacionados ao profissional (Allison *et al*, 1989; Scott *et al*, 2006; Yu *et al*, 2008; Gómez *et al*, 2009; Gómez *et al*, 2010). Neste sentido, três conceitos têm prevalecido:

1. Atraso no diagnóstico do câncer referente ao paciente: definido como o tempo transcorrido entre a percepção dos sinais e sintomas mais precoces da doença até a procura de um profissional da saúde;
2. Atraso no diagnóstico do câncer referente ao profissional: correspondente ao tempo transcorrido entre a primeira consulta do paciente com um profissional da saúde até a confirmação diagnóstica dada pelo diagnóstico histopatológico;
3. Atraso total no diagnóstico do câncer como, a soma dos tempos de atraso do paciente e do profissional.

Vários estudos têm sido conduzidos em diferentes partes do mundo, procurando identificar e quantificar os diferentes tipos de atraso no diagnóstico do câncer, suas implicações em relação ao prognóstico e os prováveis fatores relacionados ou associados.

AMÉRICA DO NORTE

Em 1975, Shafer, baseado em sua experiência no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade de Indiana (EUA), chama a atenção para uma série de procedimentos diagnósticos e terapêuticos conduzidos pelos profissionais de odontologia diante de lesões suspeitas de câncer que contribuem para o atraso no diagnóstico do câncer bucal. Baseado em dados informados pelos profissionais nas fichas de pedidos de biópsia encaminhada

ao seu laboratório, o autor pode perceber claramente falhas na suspeição da presença do câncer, traduzida pelo não reconhecimento dos sinais de sua presença. Em 14,8% dos casos os profissionais tiveram uma abordagem equivocada do câncer, refletida em procedimentos que envolveram a prescrição de medicamentos ou procedimentos odontológicos inapropriados. Tanto dentistas como médicos clínicos geral foram igualmente responsáveis pelos procedimentos, que foram diretamente relacionados ao atraso no diagnóstico do câncer.

Em um estudo realizado no Canadá, Elwood & Gallagher (1985) investigaram fatores que provavelmente estavam associados ao diagnóstico precoce do câncer bucal. Os autores identificaram 55% de diagnósticos de câncer em estágio precoce. Os seguintes fatores foram estatisticamente relacionados com a precocidade do diagnóstico: consultas regulares ao dentista, melhor nível sócio-econômico e menor consumo de álcool. A mediana do atraso total foi para 134 dos 160 pacientes de três meses, sendo que em 36% dos pacientes foi menor que dois meses, 25% foram de seis meses ou mais e 10% um ano ou mais.

Guggenheimer *et al* (1989) conduziram um estudo na Pensilvânia (EUA) com 151 pacientes com objetivo de investigar possíveis causas envolvidas no atraso do diagnóstico do câncer bucal relacionadas ao paciente e ao profissional. O atraso no diagnóstico variou de 1 dia a 1 ano com média de 17 semanas (119 dias). O atraso profissional ocorreu em 30% dos pacientes, variando de duas semanas a 1 ano, com média de 20 semanas.

No Canadá, Yu *et al* (2008) realizaram um estudo com 102 pacientes com câncer bucal e de faringe no período de um ano, no Hospital Princesa Margarete em Toronto, Ontário. O objetivo do estudo consistiu em definir o atraso do paciente, do profissional e o atraso total, procurando identificar os fatores associados ao aumento do atraso no diagnóstico do câncer bucal. A idade dos entrevistados variou de 31 a 93 anos, com média de 62,2 anos, sendo que 63 pacientes eram homens e 39 mulheres. O sintoma mais relatado foi aumento de volume (32,4%), seguido de dor (18,6%) e disfagia (14,7%). O local mais acometido foi a língua com 16,7% dos casos. Dois terços dos

pacientes relataram ir ao dentista regularmente e 78,4% consultaram inicialmente com um médico da família, aproximadamente metade dos pacientes reportou o hábito de consumir álcool (dois *drinks* por dia) e tabaco (um maço/dia por aproximadamente 35 anos) e estarem em atividade. A mediana do atraso no diagnóstico foi de 4,5 semanas para o paciente, 11,8 semanas para o profissional e 22,5 semanas para o atraso total. Neste estudo, as mulheres tiveram um atraso total no diagnóstico maior que os homens e também para aqueles que não seguiram a orientação inicial de encaminhamento pelo profissional de saúde. O atraso no diagnóstico relativo ao profissional e o atraso total associaram-se significativamente ao tempo de encaminhamento do paciente ao especialista: quanto mais rápido, menor foi o atraso no diagnóstico. O mesmo padrão de atraso foi observado para pacientes fumantes que tinham o seu diagnóstico concluído em menor tempo. O atraso também foi maior tanto para pacientes quanto profissionais nos casos em que os pacientes não realizavam consultas anuais ao seu dentista.

EUROPA

Em 1976, Bruun desenvolveu um estudo sobre o tempo gasto no diagnóstico do câncer bucal, a partir de uma amostra de 34 casos atendidos no Royal Dental College (Aaharus, Dinamarca). Neste estudo, 59% dos casos foram diagnosticados como carcinoma epidermóide. Foi observado que embora a maioria dos pacientes (83%) tivesse sido referida dentro de três meses após a percepção dos sintomas, a média do atraso do paciente foi de aproximadamente cinco meses. Este tempo aumentou para 5,6 meses considerando o diagnóstico definitivo. Ressaltam os autores que os principais sintomas observados foram crescimento e dor, usualmente relatado para outras condições odontológicas na rotina do consultório. Este fato poderia explicar o atraso observado. Todavia, nenhum tipo de análise foi realizada para confirmar esta suspeita.

Em outro estudo, Scully *et al* (1986) avaliaram o padrão de encaminhamento dos pacientes com câncer bucal por médicos e dentistas a

partir de uma amostra de 58 pacientes entre 1982 a 1985. Neste estudo, a maior parte dos pacientes (41%) foi encaminhada por dentistas e a metade desta amostra por médicos (28%). Pode-se perceber que a mediana do atraso dos pacientes na consulta aos médicos mostraram-se quase quatro vezes maior que aquela obtida nas consultas aos dentistas. Já o atraso profissional no encaminhamento para os centros especializados no diagnóstico e tratamento teve uma mediana de 30 dias para ambos os profissionais: médicos e dentistas. Ademais, o tempo transcorrido entre o encaminhamento, o diagnóstico definitivo e o primeiro dia de tratamento teve uma mediana de 15 dias.

Na Inglaterra, Schnetler (1992) analisou o atraso no diagnóstico do câncer oral considerando o padrão de encaminhamento de 96 pacientes no período de 1986 a 1991. Foi considerado atraso no encaminhamento o intervalo de tempo acima de dois dias. A média do tempo de evolução do tumor foi de 2,5 meses e a média de tamanho das lesões foi 2 cm. 52% dos pacientes foram encaminhados por médicos e 41% por dentistas, sendo que 68% dos diagnósticos feitos por médicos estavam corretos contra 11% diagnosticados pelos dentistas. A média de atraso no encaminhamento pelos dentistas foi de 10 dias (variando de três dias a um ano) e dos médicos foi de quatro semanas (variando de uma semana a oito meses). 67% dos pacientes com linfadenopatia tiveram atraso no encaminhamento pelos dentistas contra 37% encaminhados pelos médicos. Diferenças no padrão de treinamento e capacidade de reconhecimento do câncer bucal poderiam explicar as diferenças de acuidade e padrões de encaminhamentos observados para dentistas e médicos. Ademais, fatores psicossociais como medo ou negação da doença desfavoreceram a procura de atendimento profissional pelo paciente em um menor tempo.

Na mesma linha de objetivos, Jovanovic *et al*/ realizaram um estudo na Holanda em 1992, avaliando o atraso no diagnóstico de carcinomas epidermóides em uma amostra de 50 pacientes, entre 1990 e 1991. O atraso do paciente variou de uma semana a dois anos, com média de 103 dias e mediana de 35 dias. Já o atraso do profissional teve variação de um dia a seis

meses, com média de 22 dias e mediana de 11 dias. Os autores não observaram diferenças de atraso profissional entre médicos e dentistas. O atraso total variou de 14 dias a dois anos, com média de 125 dias e mediana de 46 dias. Variáveis demográficas como idade, sexo, e condições de saúde bucal, tamanho e estágio da lesão não apresentaram relação com os atrasos no diagnóstico do câncer.

Wildt *et al.* (1995) realizaram um estudo na Dinamarca no período de janeiro de 1986 a novembro de 1990, sobre o atraso no diagnóstico do CEB para 167 pacientes. Neste estudo, o atraso no diagnóstico foi considerado o tempo transcorrido entre a percepção dos primeiros sintomas pelo paciente e o seu diagnóstico definitivo. A mediana do atraso total foi de quatro meses, dos quais dois terços foram relacionados ao paciente. O atraso foi mais longo entre as mulheres e em pacientes mais velhos, sem, contudo, apresentar associação significativa para nenhum fator do paciente ou do tumor. Atraso profissional foi identificado como mais longo para aqueles tumores menores. Os autores consideram importante analisar aspectos da progressão tumoral que pode ser o fator diferencial nas diferenças de percepção dos sinais e sintomas para o paciente. Portanto, o atraso deve ser visto com cautela como indicador de prognóstico para os pacientes.

Amir *et al.* (1999) enfatizam que a minoração dos efeitos do atraso sobre o estágio de diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço teria um efeito altamente benéfico no prognóstico, já que possibilitaria um diagnóstico mais precoce das doenças. Com este objetivo, os autores estudaram uma amostra diversificada de tumores malignos de cabeça e pescoço, procurando identificar quais dos fatores relacionados ao paciente e ao tumor teria uma associação com o atraso no seu diagnóstico. Ressalta, contudo, que há um aspecto “idiossincrásico” nesta relação desde que, em muitos casos, longos períodos de demora no diagnóstico não estão relacionados a lesões avançadas. Estudando uma amostra de 186 casos de neoplasias malignas de cabeça e pescoço, os autores reforçam esta visão, já que nenhum dos dados sócio-demográficos (idade, sexo, nível sócio-econômico) ou relacionados com a doença (dimensão e sinais e sintomas) pode ser associado com atraso no

diagnóstico dos cânceres estudados. Os autores salientam que um período importante neste processo que é pouco avaliado está relacionado com a percepção da importância do sintoma na indução de comportamentos preventivos, como por exemplo, procurar o especialista em um menor tempo possível. Todavia, seus achados não revelaram relação do atraso com a forma com a qual os sintomas das lesões eram percebidos e com a urgência de atendimento que eles poderiam sugerir.

Pitiphat *et al* 2002 estudaram uma amostra de 105 pacientes com carcinoma epidermóide provenientes de uma população grega. Estabelecendo como atraso no diagnóstico um *cut-off* de 21 dias (tempo transcorrido entre a percepção dos sintomas e o diagnóstico definitivo da doença), os autores observaram que mais de 60% dos pacientes apresentaram com estágio II ou mais e que 52,4% apresentaram atraso no diagnóstico. A análise de regressão linear univariada mostrou que pacientes fumantes, solteiros apresentaram maior tempo de atraso. E que, os pacientes ex-fumantes apresentaram risco de atraso quatro vezes maior que os fumantes ativos. Uma associação marginal foi evidenciada entre atraso de diagnóstico e sexo e estágio da doença. Já pela análise multivariada, os autores constaram associação entre *status* marital, uso de fumo e estágio da doença. Nessa ordem, indivíduos solteiros, fumantes e com doença avançada mostraram maior tempo de atraso. Os autores chamam a atenção para o fato de que pacientes fora do grupo de risco podem estar sujeitos a ter atraso no seu diagnóstico, devendo também ser considerado prioridade na investigação da doença.

Llewellyn *et al* (2004) chamam atenção para o aumento na incidência de câncer bucal para pacientes com idades abaixo de 45 anos. Dois aspectos chamam a atenção para este grupo de pacientes: presença de diferentes fatores etiológicos como vírus HPV, lesões anaplásicas de comportamento mais agressivo associadas a baixos índices de sobrevida, chegando a 17% em cinco anos. Assim, estes pacientes podem estar sujeitos a atraso no diagnóstico tanto relacionado ao paciente como ao profissional, tendo em vista que estariam fora do grupo etário reconhecido como

tradicionalmente de risco. Utilizando um modelo de regressão logística múltipla, os autores identificaram três fatores independentemente significantes: escolaridade (educação) e nível social, quantidade de fumo consumido por dia e estilo de vida estressante. Assim, pacientes com baixos níveis de educação, alto consumo de fumo e altos níveis de stress e pertencente a classe social mais baixa tiveram maior atraso no diagnóstico de suas lesões.

Em 2005, Scott *et al.* investigaram a relação entre o atraso no diagnóstico e o estágio da doença, em 245 pacientes atendidos no Guy's Hospital, Londres (Inglaterra), no período de 1992 a 2003. Foi considerado atraso o período entre os primeiros sinais e sintomas até a data do diagnóstico definitivo, estabelecendo como atraso os casos cujo diagnóstico foi realizado em tempo maior que três meses. O atraso no diagnóstico variou de 0 a 36 meses, com média de 4,5 meses e mediana de três meses. Por estes parâmetros, 40% dos pacientes tiveram atraso no diagnóstico. Neste estudo, ser do sexo feminino e casado foi significativamente associado ao diagnóstico precoce. Em geral, os diagnósticos realizados na rotina de atendimento profissional estavam na sua maioria em estágio precoce. Já indivíduos não leucodermas tiveram associação significativa com o estágio avançado da doença. Não observaram relação ou associação entre estágio da doença e atraso no diagnóstico, sugerindo que o estágio da doença no diagnóstico nem sempre reflete o tempo de atraso no diagnóstico. Os autores chamam atenção de que padrões de crescimento do tumor (progressão tumoral) e, especialmente, diferenças entre o aparecimento dos sintomas e a expressão clínica da doença podem influenciar no processo de percepção da doença pelo paciente e, portanto, o seu diagnóstico.

McGurk *et al.* (2005) realizaram na Inglaterra um estudo retrospectivo com 400 pacientes e um prospectivo com 213, no período de 1960 a 1999 para avaliar o atraso no diagnóstico e suas implicações para o câncer de cabeça e pescoço. A mediana de atraso nas duas coortes foi de três meses, sendo os pacientes responsáveis pela maior parte do atraso. Neste estudo, metade dos pacientes observados nas coortes estudadas foi diagnosticada com doença avançada. Neste estudo, os autores identificaram uma relação entre lesões

menos diferenciadas (alto grau de malignidade) e pacientes não brancos com estágios avançados de doença. Todavia, nenhum dos fatores clínicos e sócio-demográficos testados foi associado ao atraso do diagnóstico. Os autores chamam a atenção que atrasos maiores (10 meses) no diagnóstico de outros cânceres, como de pele, glândula salivar e tireóide são relativamente comuns, características de lesões de crescimento lento e assintomático. Tumores malignos em outras localizações (pulmão, estômago, intestino) também não apresentam associação entre tempo de atraso no diagnóstico e sua evolução, mostrando provável dissociação entre sintomatologia e progressão tumoral e, conseqüentemente, o estágio da lesão.

Diz-Dios *et al* (2005) e López-Jornet & Camacho-Alonso (2006) salientam que o atraso no diagnóstico do câncer vinculado ao paciente deve ser avaliado, tendo em consideração as dificuldades de acessibilidade do paciente ao profissional ou ao serviço de saúde. Os autores consideram que este item pode interferir significativamente no peso em que o atraso do paciente tem sobre o estágio em que o câncer é diagnosticado. Este estudo mostra que os dentistas percebem que as lesões suspeitas de câncer devem ser atendidas mais rapidamente que outros profissionais (médicos e técnicos em higiene dental).

Em outro estudo realizado em Utrecht (Holanda), Tromp *et al* (2005) também estudaram as causas relacionadas aos fatores vinculados ao paciente que poderiam ter efeitos sobre o atraso na atenção primária dada pelo profissional no diagnóstico de cânceres de cabeça e pescoço. Os autores observaram que o tipo de enfrentamento dado ao problema e a interpretação cognitiva dos sintomas foram fatores associados ao atraso. Assim, pacientes que prontamente procuravam ajuda profissional apresentavam menor atraso; além do que, pacientes com câncer de boca mostraram menor atraso. Aqueles pacientes que também adiavam a segunda visita profissional para avaliação dos sintomas, mostravam atraso no encaminhamento. Estes achados foram também confirmados por Alho *et al* em um estudo finlandês, salientando que a ausência de um diagnóstico ou suspeita de câncer na primeira visita, pode dar ao paciente uma sensação de segurança que leva ao adiamento de uma

segunda consulta para encaminhamento ao profissional especializado e, portanto, ao diagnóstico definitivo. Este comportamento aumentou o índice de óbitos pela doença nestes pacientes.

Scott *et al* (2006) realizaram uma revisão de literatura sobre o atraso dos pacientes em relação ao diagnóstico do câncer bucal em publicações realizadas entre 1975 e 2005. Neste estudo, os autores constataram que o atraso no diagnóstico do câncer era um evento comum e que 50% dos pacientes foram diagnosticados em estágios avançados. Os autores chamam atenção para a variedade de metodologias empregadas, critérios de atraso e análises estatísticas, o que dificulta as comparações e interpretações dos seus significados. Os seguintes fatores foram relacionados: tamanho e estágio dos tumores, *status* sócio-econômico, visitas regulares ao médico e fatores psicossociais variados. Em apenas um estudo (Kerdpon & Sriplung, 2001), a análise multivariada revelou que procedimentos terapêuticos utilizando ervas medicinais tiveram um significado independente como fator de atraso. Os autores propõem a realização de mais estudos analisando o papel dos fatores psicossociais. Estes modelos contemplariam com maior pertinência, as possibilidades de entender os mecanismos envolvidos na forma como as pessoas percebem e respondem as suas demandas de saúde, entre eles sinais e sintomas que poderiam estar relacionados a doenças específicas.

Na Holanda, Brouha *et al*, 2007, buscaram identificar quais fatores estão relacionados ao atraso profissional e determinar o atraso total do diagnóstico em pacientes com carcinoma de cabeça e pescoço em Utrech (Holanda), no período entre 2000 e 2002. O atraso profissional no diagnóstico do câncer foi estabelecido como o tempo transcorrido entre a primeira consulta do paciente com o especialista até o diagnóstico definitivo da doença (diagnóstico histopatológico). Já o atraso total correspondeu ao intervalo de tempo desde o encaminhamento do paciente por um médico ou dentista até o diagnóstico ser estabelecido no Hospital através do exame histopatológico e o primeiro dia do tratamento. Dentre os 306 pacientes, 134 deles apresentaram CEB, 117 na laringe e 55 na faringe. Destes, 207 pacientes (68%) foram diagnosticados em estágios precoces (T1-T2) e 97 (32%) em estágios

avançados (T3-T4). O atraso total do diagnóstico variou de 0 a 570 dias, com a mediana de 14 dias. Em relação ao atraso profissional, pacientes com tumores em estágios avançados tiveram menor atraso comparado com os que apresentaram estágios precoces. Pacientes com alto consumo de álcool e tabaco e com dor de garganta também tiveram menor atraso profissional. Por outro lado, aqueles que apresentaram tumor de faringe e bucal apresentaram menor atraso que os de laringe. Rouquidão foi um fator significativo para maior atraso, pois esta pode ou não estar diretamente relacionada com o carcinoma. Para o câncer bucal, o período entre a consulta com um especialista e o diagnóstico foi de 7 dias e 41% deles iniciaram o tratamento em até 30 dias. No presente trabalho, os autores não encontraram associação entre o atraso profissional com o atraso do paciente, com outras características do tumor, com co-morbidades ou mesmo com fatores sócio-demográficos (idade, sexo, estado civil, como reside e renda). Todavia, observaram que a visibilidade dos tumores nos tecidos bucais facilita o diagnóstico. Assim, consideram importante que os profissionais sejam adequadamente treinados na busca ativa dos tumores. Nisto também se inclui o monitoramento das lesões potencialmente malignas, no sentido de identificar sua transformação precocemente.

Outro estudo na Inglaterra realizado por Rogers *et al* (2007) explorou a relação entre a privação e o atraso do paciente e profissional no diagnóstico e tratamento de pacientes com CEB e carcinomas de orofaringe. A coorte compreendeu 559 pacientes. Os sintomas predominantes foram úlcera e inchaço e 38% dos sintomas apareceram com três meses ou mais. Pacientes com menor duração dos sintomas eram fumantes, pessoas que consumiam álcool, com tumores localizados na gengiva inferior e assoalho bucal, que apresentavam inchaço, a doença em estágio avançado e tinham nódulos cervicais. Para 78% dos pacientes o encaminhamento ocorreu no mesmo dia da primeira consulta. Houve uma média de três semanas do encaminhamento para o diagnóstico definitivo e outras três semanas para a realização da cirurgia. O atraso profissional foi menor em pacientes que apresentaram tumores em estágio avançado, com idade entre 55 a 74 anos, com hábito de

consumo de álcool e tabaco e em pacientes que viviam em áreas menos favorecidas. Embora a privação esteja relacionada como uma das maiores causas do câncer bucal, sua presença não se associa ao atraso no diagnóstico da doença.

ÁSIA

Khoo *et al* (1998) realizaram um estudo na população da Malásia investigando o atraso dos profissionais de saúde no diagnóstico de CEB, no período de 1994 a abril de 1995. Dos 65 pacientes, 34 (52,3%) foram encaminhados por um médico generalista, 19 (29,2%) por um dentista generalista e 12 (18,5%) por um médico ou dentista especialista. A média do atraso do paciente foi de 28,9 semanas (variando de uma semana até cinco anos) sendo que este atraso foi evidenciado em 58 pacientes e 50% deles levaram mais de três meses para procurar um profissional. Não houve diferença para o tempo de atraso entre homens e mulheres. A média do atraso profissional foi de 10,3 semanas (variando de 10 dias até três anos), com 29 semanas para os pacientes. Os dentistas foram responsáveis pelo maior encaminhamento de doenças avançadas. Os autores salientam a necessidade da educação para os pacientes e mais treinamento para os clínicos na busca da melhoria dos padrões de diagnóstico e prognóstico dos CEB.

Em um estudo realizado na Tailândia por Kerdpon *et al*, 2001 foram abordados os fatores de atraso dos pacientes e profissionais relacionados ao diagnóstico de CEB, entre 1996 e 1998. O estudo com 161 pacientes mostrou que a utilização de medicações a base de plantas e a religião foram significativas para atrasar o diagnóstico do câncer tanto para o paciente como para o atraso total. Metade dos pacientes tinha sido encaminhado em tempo adequado para biópsia ou tinha sido transferido para um hospital de nível terciário. Aproximadamente 82% dos pacientes procuraram primeiro um médico. O atraso do paciente mais de um mês foi de 42,2% e mais de três meses de 20,5%, sendo o atraso dos pacientes em média de 90,6 dias e dos profissionais de 51,2 dias. 66% dos pacientes receberam diagnóstico precoce.

O estudo também mostrou que o sistema de referência deste país é eficiente em alguns casos.

Onizawa *et al* (2003) realizaram um estudo com 152 pacientes com CEB encaminhados para a Divisão de Cirurgia oral e Maxilofacial de um hospital da universidade de Tsukuba no período de 1991 a 2000. Dos pacientes analisados 100 eram homens e 52 mulheres com uma idade média de 63.3 anos (variando de 33 aos 96 anos). O atraso foi dividido em atraso do paciente e atraso do profissional. O atraso dos pacientes teve mediana de 1,6 meses e do profissional de 14 dias. O atraso total (do paciente e do profissional) ficou entre 0,4 e 63 meses, com mediana de 2,7 meses. Os autores observaram que o atraso dos pacientes não teve relação com a idade, consumo de tabaco e álcool, localização do tumor ou qualquer outra característica do paciente. A dor e o edema foram os sintomas mais comuns apresentados pelos pacientes e quando eles apresentaram tais sintomas ocorreu um menor atraso comparado aos pacientes que apresentaram ulcerações ou que possuíam lesões brancas. Os pacientes com N1 e N2 tiveram menor atraso profissional comparado com aqueles com N0, porque a maioria dos pacientes que teve cânceres positivos da categoria N apresentou um tumor primário avançado o que facilitou o diagnóstico. Observaram também que o atraso dos profissionais da saúde foi maior em pacientes com tumores menores demonstrando a dificuldade de detecção precoce do câncer bucal.

Gao *et al* (2009), estudando uma população de 102 pacientes com câncer bucal no hospital da Universidade de Pequim, o maior hospital da China, observaram que o diagnóstico foi feito com atraso em mais de 80% dos pacientes. Os resultados mostraram que a localização das lesões e o seu diâmetro foram identificados como mais significativos fatores no atraso do diagnóstico relacionado ao paciente. Da mesma forma, mais de 70% dos casos tiveram um atraso de diagnóstico associado ao profissional. Os principais fatores identificados foram à realização de biópsia na primeira consulta, o número de clínicas visitadas antes do diagnóstico, tratamentos realizados antes do diagnóstico e a duração do tempo transcorrido entre a

primeira visita e a biópsia. Tanto o atraso do paciente quanto do profissional tiveram mediana de 7 semanas.

OCEANIA

Na Austrália, Dimitroulis *et al* (1992) procuraram investigar o padrão de encaminhamento por médicos e dentistas de 51 pacientes com CEB. Mais de dois terços dos pacientes (38%) levaram mais de três meses para procurar um profissional após a percepção dos sinais e sintomas. A maioria dos tumores (45%) eram T4. O atraso do paciente teve média de aproximadamente cinco meses, com variação de seis dias a oito anos. A média de atraso profissional foi de aproximadamente dois meses, variando de dois dias a 3,2 anos. O número de consultas com um profissional até o diagnóstico definitivo teve média de quatro consultas. Os tumores em estágios menores tiveram diagnósticos realizados em menor tempo. Lesões T4 tiveram menores atrasos que T2 e T3. Provavelmente, o aspecto alarmante de dimensão e sintomatologia dos estágios avançados induziu uma pronta resposta do paciente. Este fato parece favorecer a idéia de que o padrão de crescimento tumoral pode influenciar na percepção de urgência da necessidade do atendimento médico. Outro aspecto importante influenciando o atraso no diagnóstico teve relação com abordagens terapêuticas inapropriadas. Além disto, o atraso no diagnóstico pelo profissional estaria associado ao seu treinamento e grau de suspeição no exame do paciente. A propósito, a maioria das lesões iniciais foi encaminhada para tratamento por dentistas trabalhando em hospital de referência.

ORIENTE MÉDIO

Gorsky & Dayan (1995) realizaram um estudo em Israel com o objetivo de avaliar o padrão de encaminhamento de 543 pacientes com câncer bucal e de orofaringe, além do atraso e o estágio das lesões no diagnóstico do câncer bucal. Para este estudo foi estabelecido como atraso no diagnóstico o tempo

decorrido entre os primeiros sintomas e o diagnóstico definitivo. Para a maioria dos pacientes (68%) o atraso diagnóstico foi de pelo menos dois meses, com dois terços dos tumores sendo diagnosticados em estágio precoce. A relação entre o tempo de atraso e o estágio do diagnóstico não foi significativa. A localização das lesões e o estágio do tumor foram associados ao atraso. Um atraso maior que dois meses foi observado em 84% dos cânceres de lábio e mais de quatro meses para os de língua (48%). Em muitos casos não foi possível detectar qual profissional havia realizado o atendimento. Quando este dado foi informado, observou-se que o dentista identificou tumores em estágios mais iniciais comparativamente ao médico. Os autores atribuíram este resultado ao fato do dentista ter maior conhecimento da região bucal e também porque muitas vezes os pacientes esperam por mais tempo para se consultar inicialmente com um médico.

Em um estudo realizado no Irã, Sargeran *et al* (2009) conduziram um estudo sobre o atraso no diagnóstico do câncer bucal, em uma amostra de 100 pacientes provenientes de três centros de saúde. Este estudo mostrou que 61% dos pacientes foram diagnosticados com casos avançados da doença. A média de atraso do paciente foi de 5,3 meses e do profissional de 2,1 meses. A propósito, o estágio da doença e o estado civil foram os únicos fatores identificados como associados ao atraso total no diagnóstico do câncer. Estes fatores também foram determinantes para o atraso relacionado ao paciente. Além destes, também foi identificado que a ausência de visita ao dentista nos últimos 12 meses foi associada ao atraso no diagnóstico do câncer associado ao profissional. Os autores chamam a atenção que o atraso do paciente constitui o principal fator de atraso no tempo total de atraso do diagnóstico do câncer bucal. Estilo de vida, estresse, otimismo, fatores sócio-econômicos, desconhecimento da história natural da doença, dos significados dos sinais de alerta da doença podem estar suportando um comportamento inadequado do paciente em relação ao diagnóstico dos tumores. Um aspecto importante neste sentido é o estado civil. Os autores consideram que o casamento é um fator de proteção no diagnóstico do câncer, tendo em vista o papel de vigilância que os cônjuges exercem mutuamente. Os autores concluem que o atraso deve ser o

principal fator que justifica os altos níveis de mortalidade associado ao câncer bucal.

AMÉRICA LATINA

Na Argentina, semelhante estudo retrospectivo em relação aos fatores de atraso no diagnóstico do CEB foi realizado por Morelatto *et al* (2007) em dois centros de diagnóstico em Córdoba, Serviço de Estomatologia B e a Unidade de Onco-hematologia do Hospital Nacional de Clínicas, no período entre 1992 e 2004. O atraso no diagnóstico bucal foi dividido em atraso do paciente (tempo decorrido entre o primeiro sinal ou sintoma e a primeira consulta com um profissional de saúde), atraso do profissional (período entre a primeira consulta com um profissional da saúde e encaminhamento para um especialista para realização da biópsia) e atraso do hospital e do paciente (período entre o diagnóstico definitivo e o início do tratamento). Foi considerado atraso um tempo maior que 30 dias. Outros dados também foram analisados como idade, sexo, localização do tumor, primeiros sinais e sintomas, primeira consulta com um profissional de saúde e estágio da doença no momento do diagnóstico. Dos 70 pacientes, 46 eram homens numa razão de 1,9:1, a idade variou dos 25 aos 93 anos numa média de 59,9 anos, a língua (37 %) foi o local mais acometido pelo tumor e 100 % dos tumores de lábio foram diagnosticados em estágio precoce. A dor foi o sinal e sintoma mais observado (38,5%), o dentista foi o profissional de saúde mais procurado (43 % dos pacientes), seguido do médico (30 %), apenas em 4 pacientes (6%) foi realizado biópsia na primeira consulta e 80 % dos pacientes receberam algum tipo de prescrição de tratamento que não trouxeram nenhum benefício para o quadro, levando inclusive, a um maior atraso.

Verificou-se que o atraso do paciente e profissional foi maior para as mulheres comparativamente aos homens. Mas quando foi realizado análise da regressão logística, o atraso do paciente não teve relação com a idade, sexo, localização e nem com o estágio do tumor. Os pacientes foram responsáveis por 58% dos atrasos e o atraso maior em relação ao paciente e ao profissional

foi observado em lesões com estágios precoces. A taxa de sobrevida em cinco anos para o câncer bucal detectado em estágios avançados (III e IV) corresponde a 22% e para estágios precoces (I e II) a 78 %. Por isso, a importância do diagnóstico e tratamento precoce do câncer bucal em busca de um melhor prognóstico para o paciente. Os autores também chamam a atenção para a necessidade de uma educação continuada aos profissionais para melhorar sua sensibilidade no diagnóstico precoce do câncer bucal e das lesões potencialmente malignas.

BRASIL

No Brasil, diversos autores também conduziram estudos sobre fatores de atraso no diagnóstico do carcinoma epidermóide da cavidade bucal.

Neste sentido, Kowalski *et al* (1994) avaliaram uma amostra de 336 casos de câncer oral e orofaríngeo diagnosticados consecutivamente em três centros de referência para o diagnóstico e tratamento do câncer. Os autores observaram um claro aumento no atraso do encaminhamento dos casos quando foi abordado por mais de um profissional de saúde. Além disto, observaram também que o diagnóstico da doença labial em estágios avançados foi independentemente associado à presença de úlcera sintomática, alcoolismo e do paciente ter sido examinado por profissionais não especialistas, independentemente de serem médicos ou dentistas. Segundo os autores, as maiores consequências do diagnóstico em estágios avançados são o aumento do custo no tratamento e uma estadia hospitalar mais longa.

Buscando identificar os fatores relacionados com o diagnóstico de cânceres de cabeça e pescoço em estágios avançados, Carvalho *et al* (2002) analisaram 676 pacientes de três centros (AC Camargo-São Paulo; Erasto Gaertner- Curitiba e Araújo Jorge- Goiânia) no período de Fevereiro de 1986 a Janeiro de 1989. O atraso do paciente teve mediana de três meses e do profissional de um mês, com 79,1% dos pacientes apresentando lesões em estágio avançado. Pacientes com câncer de lábio, na cavidade bucal e orofaringe que tiveram um atraso profissional maior que três meses

apresentaram tumores mais em estágio avançado comparativamente os que tiveram atraso menor que um mês. O mesmo ocorreu para os pacientes que esperaram mais de três meses antes de consultar um profissional de saúde que apresentaram maior número de tumores em estágio avançado.

Migliorati *et al*, 2001 também realizaram um estudo com objetivo de avaliar o tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento em 15 pacientes da FOUSP (Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo), no período de um ano. O tempo decorrido entre a primeira visita a FOUSP e o início do tratamento foi de 84 dias. Em média os pacientes aguardam 19,3 dias para receberem o diagnóstico do câncer e do momento do diagnóstico até o início da terapia da lesão decorreram em média 65,7 dias. Os autores chamam a atenção para a necessidade de melhorar o padrão de atendimento e de resposta do serviço público ao diagnóstico dos pacientes com câncer bucal no sentido de melhorar o prognóstico, minorando a morbidade decorrente do tratamento e a sobrevida dos pacientes.

Um estudo sobre a influência do atraso do diagnóstico na mudança de estágio clínico e no prognóstico do câncer de cabeça e pescoço foi conduzido por Kowalski & Carvalho (2001), no período de 1953 a 1990, com 69 pacientes que na consulta inicial ao hospital tinham um tempo de evolução menor ou igual a três meses e um grupo controle de 138 pacientes que iniciaram o tratamento oncológico de um a três semanas. Para mudança de estágio clínico os autores estabeleceram o período entre a primeira avaliação médica na instituição até a data da visita ao hospital para ver a mudança de estadiamento clínico e os mesmos utilizaram como tempo de sobrevida total o intervalo entre a data da primeira avaliação médica e a data do último seguimento.

O período total para detectar mudança de estágio clínico variou de 0,7 a 63,8 meses, com mediana de 5,5 meses. Já o período para mudar do estágio precoce para o avançado variou de 3,6 a 63,8 meses, com mediana de 11,3 meses, para o estágio avançado tornar-se sem possibilidade de tratamento variou de 1,4 a 23,4 meses, com mediana de 3,8 meses e para o tumor sem possibilidade terapêutica levar o paciente a óbito variou de menos de um a

21,2 meses, com mediana de 4 meses. Tanto os pacientes analisados quanto os controles foram acompanhados por um período de 10 a 309 meses, com mediana de 44,8 meses e nesse período 57 (27,5%) dos pacientes estão vivos, 127 (61,4%) morreram devido ao câncer de cabeça e pescoço e 23 (11,1%) morreram por outros motivos. A mediana de sobrevida dos 69 pacientes foi de 17,2 meses, variando de três a 309 meses e a mediana do grupo controle foi de 32,7 meses, com variação de 0,3 a 294 meses e a taxa de sobrevida total demonstrou influência do atraso do início do tratamento o que permitiu a mudança de estadiamento clínico e comprometimento no prognóstico, principalmente nos pacientes com estágio IV e nos pacientes com tumores da cavidade bucal.

Segundo Abdo *et al* (2007), a importância de identificar e avaliar os fatores de atraso no diagnóstico do câncer bucal está fundamentado na decisão de proporcionar melhoria nas condições de vida e sobrevida dos pacientes, bem como favorecer a redução nos custos de seu tratamento. Neste sentido, os autores conduziram um estudo com 180 pacientes atendidos em um hospital público de Belo Horizonte, no período de três anos no qual analisaram as seguintes variáveis associadas ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer bucal: tempo de evolução (TE), tempo entre o encaminhamento do paciente e a primeira consulta (EC), tempo compreendido entre a primeira consulta e o tratamento (CT), tempo total, o período da identificação da lesão e o início do tratamento (TT). Os resultados encontrados para homens e mulheres foram respectivamente: TE de 169,4 e 215,4 dias, EC de 27,9 e 40,6 dias, CT de 40,9 e 44,9 dias, TT de 207,9 e 263,8 dias. Não foi observada nenhuma relação entre idade e tempo total para ambos os sexos, embora, as mulheres tenham apresentado um valor médio de tempo total e tempo de evolução maior. Em todas as localizações os tumores foram diagnosticados em estágios avançados (III e IV). Assim, os autores concluíram que para que o câncer bucal seja diagnosticado em estágio precoce é necessário diminuir o tempo entre o diagnóstico e o tratamento e mais campanhas em saúde pública devem ser realizadas.

Outro estudo também realizado no Brasil por Campos *et al* (2007), teve como objetivo estabelecer os fatores de atraso no diagnóstico clínico e histopatológico dos cânceres de cabeça e pescoço numa amostra de 64 pacientes atendidos em dois centros médicos de São Paulo, no período de fevereiro de 2005 a março de 2006. Dos pacientes, 73,02 % procuraram primeiramente o médico, 20,63% automedicaram-se, e 6,35 % procuraram primeiramente o dentista. O tempo de atraso do paciente foi em média 273,19 dias e do profissional de 198,09 dias. As variáveis que aumentaram o atraso profissional foram os exames subsidiários e o número de outros profissionais a quem o paciente foi encaminhado previamente a sua chegada no centro de referência. Em relação ao paciente, os que afirmaram conhecer o problema (saber o que tinham) levaram mais tempo para chegar aos centros especializados de diagnóstico do que aqueles que desconheciam o problema. As queixas principais foram: dor, nódulo no pescoço, úlcera, disfagia e disfonia. Neste estudo, nenhum dado sócio-demográfico dos pacientes mostrou-se associado ao atraso no diagnóstico. Segundo os autores, é necessária a realização de campanhas de esclarecimento da população e programas de educação continuada dos profissionais de saúde, com ênfase no diagnóstico diferencial dos principais sinais e sintomas do câncer.

OBJETIVOS:

1. Investigar o atraso no diagnóstico dos CEB em pacientes atendidos no complexo hospitalar da Universidade Federal de Uberlândia relacionado aos pacientes e profissionais e ao tempo total de atraso neste processo;

2. Identificar os fatores sócio-demográficos dos pacientes e clínicos-patológicos dos CEB que estão relacionados ao atraso no seu diagnóstico relativos aos pacientes, profissionais e tempo total de atraso.

HIPÓTESES:

Consideramos que os achados do nosso trabalho devem reproduzir os resultados já publicados na literatura relacionados ao papel do paciente e do profissional no atraso do câncer bucal e na evolução da lesão. Assim, lançamos as seguintes hipóteses:

1. O atraso do paciente constitui a maior parte do atraso no processo de diagnóstico do câncer bucal;
2. O atraso do diagnóstico do câncer não está relacionado ao tamanho da lesão ou o estágio da doença;
3. Não há fatores sócio-demográficos que sejam objetivamente associados independentemente ao atraso no diagnóstico do câncer, considerando o papel do paciente e do profissional, ou o período total transcorrido até o diagnóstico definitivo;

JUSTIFICATIVA

O carcinoma epidermóide é a neoplasia maligna mais freqüente da boca, apresentando altos níveis de morbidade e mortalidade. Usualmente, estes índices indesejáveis de prognóstico estão relacionados ao estágio clínico de diagnóstico, que usualmente tem sido feito em estágios avançados.

Desta forma, seu diagnóstico precoce é fundamental na redução destas taxas. Em tese, quanto menor o atraso no diagnóstico, mais probabilidade de se diagnosticar as doenças com menores dimensões e, conseqüentemente, em estágios precoces.

Embora o câncer bucal possa ser identificado por pelo menos dois profissionais da saúde, médico e dentista, e estar localizado numa área de fácil acesso e detecção, aproximadamente 50 % dos pacientes ainda são diagnosticados em estágios avançados (III e IV). Essa triste realidade tem sido observada tanto no Brasil como em outros países do mundo. Neste sentido, há um comprometimento objetivo do prognóstico dos pacientes, tanto em relação à própria doença, como também relativo a evolução do paciente após o tratamento que, via de regra, induz uma redução na sua qualidade de vida. Segundo Kowalski *et al* (1994) a possibilidade de cura depende do tempo decorrido entre o primeiro sintoma e o início do tratamento. Assim, torna-se imperativo reduzir o atraso no diagnóstico.

Um grande número de trabalhos tem se preocupado em identificar os principais fatores de atraso no diagnóstico, dividindo-os naqueles que interessam o paciente e o profissional. Além disto, há também a preocupação na determinação do tempo de atraso no tratamento dos pacientes, desde que, este intervalo, também estaria notadamente vinculado ao crescimento da lesão e, portanto, a implicações terapêuticas que poderiam importar na sobrevivência dos pacientes. Aspectos sócio-demográficos dos pacientes como idade, sexo, estado civil, escolaridade, nível sócio-econômico, estilo de vida, aspectos relativos ao cuidado com a saúde e propriamente associados ao comportamento da lesão poderiam fundamentar o comportamento do paciente

mais refratário a sua lesão, favorecendo maior atraso no seu diagnóstico. Da mesma forma, influenciar o comportamento profissional neste processo.

No Brasil a incidência e a mortalidade de câncer bucal são altas e ainda são poucos os estudos que têm sido realizados para analisar a influência do atraso no diagnóstico do câncer bucal. A identificação destes fatores é de suma importância no planejamento de estratégias que visem corrigi-los, favorecendo a sua precocidade e, portanto, o prognóstico. Neste sentido, procurar identificar os principais fatores relacionados a este atraso é fundamental para o estabelecimento de estratégias que permitam não só a redução do tempo do diagnóstico, mas também buscar a identificação de doenças em estágios precoces.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido utilizando-se de uma amostra prospectiva de 136 pacientes atendidos consecutivamente no complexo hospitalar da Universidade Federal de Uberlândia (Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina, Hospital Odontológico e Hospital do Câncer) com diagnóstico de carcinoma epidermóide bucal (CEB) e tratado ou em tratamento no Hospital do Câncer de Uberlândia (MG), no período de janeiro 2008 a Março de 2010 (26 meses). Foram incluídos no estudo todos os casos com diagnóstico de carcinoma epidermóide (carcinoma de células escamosas ou carcinoma espinocelular) ocorrendo nos tecidos bucais, lábio e orofaringe, correspondendo aos seguintes códigos CID: C00 a C006 e C09 e C10 (International statistical classification of diseases and related health problems, 10th Revision. Geneva: World Health Organization, 1992). Todos os casos incluídos neste estudo tiveram seus diagnósticos histopatológicos confirmados tendo como parâmetros os critérios atuais preconizados pela Organização Mundial de Saúde (Barnes *et al*, 2005). Em nenhum dos casos incluídos no estudo os pacientes apresentavam história pregressa de câncer bucal (lábio, boca e orofaringe), ou lesões sincrônicas ou mesmo segundo tumores primários metacrônicos.

Todos os dados utilizados no presente estudo foram coletados a partir de um questionário semiestruturado, contendo questões relativas às características demográficas e sócio-econômico-culturais dos pacientes, dados clínico-patológicos das lesões e dados sobre o tratamento e acompanhamento dos pacientes. Quanto às características demográficas e sócio-econômicas, foram coletados dados sobre idade, sexo, cor, procedência e estado civil dos pacientes, *status* laboral, grau de escolaridade e renda; sobre comportamentos relacionados à doença: uso de produtos de fumo e álcool; sobre cuidados com a saúde: uso ou não de prótese removível, tipo de acesso ao serviço de saúde, informações referentes ao encaminhamento do paciente, e sobre as características clínicas da doença: localização, dimensão e estadiamento clínico dos tumores, sinais e sintomas e sobrevida dos pacientes.

Para o registro de dados sobre estadiamento clínico, foram considerados os critérios classicamente descritos para o sistema de gradação clínica de malignidade, construídos pela International Union Against Cancer (UICC) e American Joint Committee on Cancer (AJCC) (Greene *et al*, 2002; Sobin & Wittekind, 2002, UICC, 1987).

Todos os registros foram realizados por três profissionais experimentados no diagnóstico do câncer bucal, previamente treinados e calibrados para a coleta.

Para definição do atraso no diagnóstico e tratamento das lesões, foram adotados os seguintes conceitos:

1 – Atraso no diagnóstico do câncer bucal referente ao paciente (*ADPa*): correspondendo ao tempo transcorrido entre a suspeita da lesão pelo paciente e o primeiro atendimento dado a ele por um profissional de saúde. Foi identificada a existência do atraso quando o tempo de queixa (evolução dos sintomas) foi maior que 90 dias após a identificação dos sintomas pelo paciente (Scott *et al*, 2006; Gómez *et al*, 2010).

2 – Atraso no diagnóstico do câncer bucal referente ao profissional (*ADPr*): considerado o tempo transcorrido entre o primeiro atendimento dado ao paciente pelo profissional para diagnóstico e a definição do diagnóstico pelo exame histopatológico da lesão. Foi considerado atraso, quando o diagnóstico definitivo (histopatológico) foi liberado após 15 dias (Gómez *et al*, 2010).

3 - Atraso total no diagnóstico do câncer (*AT*): corresponde ao tempo total transcorrido entre a primeira suspeita da lesão pelo paciente e o diagnóstico definitivo da doença, quando do estabelecimento do diagnóstico histopatológico das lesões (Gómez *et al*, 2010). Foram reconhecidos como atraso aqueles casos em que o tempo de evolução dos sintomas foi maior que 105 dias.

Para definição temporal do *ADPa*, os pacientes foram questionados sobre o tempo transcorrido entre o início dos sintomas e a primeira consulta ao profissional de saúde. Para mensuração do *ADPr*, foram consideradas as datas da primeira consulta do paciente ao profissional de saúde e a data da liberação do laudo histopatológico da doença, considerado o parâmetro para determinação do diagnóstico definitivo da doença.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram descritos por meio de estatística descritiva considerando, quando pertinente, o emprego de médias e /ou medianas, e freqüências relativas (percentuais), plotados em tabelas e gráficos segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas. As análises estatísticas foram realizadas a partir da utilização de testes não paramétricos, quando devidamente indicados, posteriormente a realização de testes de distribuição da amostra do tipo D'Agostino & Pearson. Foi empregado o teste *U* de Mann-Whitney quando da comparação de dois grupos independentes, e teste de Kruskal-Wallis, para comparação de variáveis contínuas entre três grupos. Também foram empregados os testes do Qui Quadrado de Pearson para análise de regressão logística univariada para avaliação de associação entre os diferentes tipos de atraso e as variáveis estudadas, nas suas diferentes categorias, acompanhada de medidas de associação (*odds ratio*) (Mineo *et al.*, 2002). Com o propósito de análise, as variáveis foram categorizadas da seguinte forma:

1. Sexo: masculino e feminino
2. Idade: idoso (≥ 60 anos) e não idoso (< 60 anos);
3. Cor: leucodermas e melanodermas. Foram incluídos nesta última categoria os indivíduos identificados como feodermas (faiodermas) ou pardos, mulatos, etc.
4. Escolaridades: $\leq$ primário (freqüência a escola ≤ 4 anos) e $>$ primário (freqüência a escola > 4 anos);
5. Estado civil: solteiro ou casado;
6. Renda familiar: ≤ 1 salário mínimo ou > 1 salário mínimo;
7. Origem dos pacientes: Uberlândia ou outras cidades;
8. Acesso a serviços de saúde: Público e privado/convênios;
9. *Status* laboral: trabalhadores ativos ou inativos. Nesse, incluíram-se os aposentados e desempregados;
10. Padrão de referenciamento dos pacientes: Profissionais de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros e outros), próprio pacientes ou outros

(familiares, amigos, colegas de trabalho, vizinhos, e que não se encaixam no primeiro grupo);

11. História de câncer na família: SIM / NÃO, independentemente do tipo de câncer diagnosticado.

12. Histórico de exposição aos produtos do fumo: SIM / NÃO;

13. Histórico de exposição aos produtos do álcool: SIM / NÃO;

14. Uso de prótese removível: SIM / NÃO;

15. Localização da lesão: Lábios, soalho bucal/língua ou outras (incluindo orofaringe);

16. Extensão das lesões: Restritas a um sítio primário ou com extensão por continuidade a outros sítios.

17. Dimensão das lesões: Lesões ≤ 2 cm; > 2 cm e ≤ 4 cm; ou > 4 cm de diâmetro.

18. Estadiamento das lesões: Iniciais (estágios I e II) ou Avançadas (estágios III e IV);

19. Presença de sintomatologia: SIM / NÃO;

20. Presença de dor: SIM / NÃO;

21. Presença de sangramento espontâneo: SIM / NÃO;

22. Sobrevida dos pacientes: SIM / NÃO.

Os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas utilizando o *software* Graphpad Prism, versão 4,01 (Graphpad Inc, USA, 2005).

O presente estudo foi planejado e conduzido segundo as melhores práticas éticas em pesquisa com a utilização de seres humanos, aprovadas pelo Comitê Institucional de Ética em pesquisa com seres humanos, sob o registro CEP #250/08.

RESULTADOS

Da amostra de 136 pacientes com carcinoma epidermóide bucal, 104 (76,5%) eram do sexo masculino, sendo a maioria (n=71, 52,0%) melanoderma. A idade dos pacientes variou de 35 a 93 anos, com a maior parte dos casos concentrada acima da 5ª década de vida, com o pico na 6ª década para homens (41,4%) e entre 7ª e 8ª décadas para as mulheres (53,1%). A média etária geral foi de 59,4 anos, sendo a idade da maioria dos pacientes (n=80, 59,0%) abaixo dos 60 anos. As mulheres apresentaram média etária (63,5 anos) maior que os homens (58,2 anos) (Figura 1).

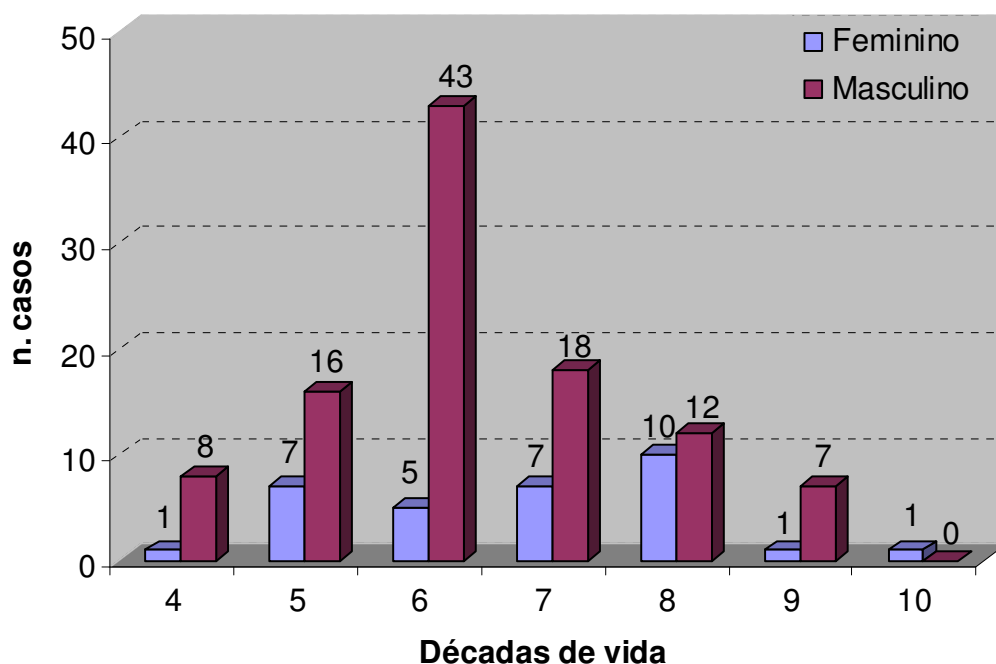


Figura 1 – Distribuição dos casos de CEB segundo sua frequência por décadas de vida e sexo dos pacientes (136 pacientes).

A maioria dos pacientes era constituída por casados (n = 70, 51,5%) e aposentados (n = 93, 68,4%), com escolaridade abaixo do nível primário (n = 111, 82,0%) e remuneração maior que um salário mínimo (n = 77, 57,0%) (Figuras 2, 3 e 4).

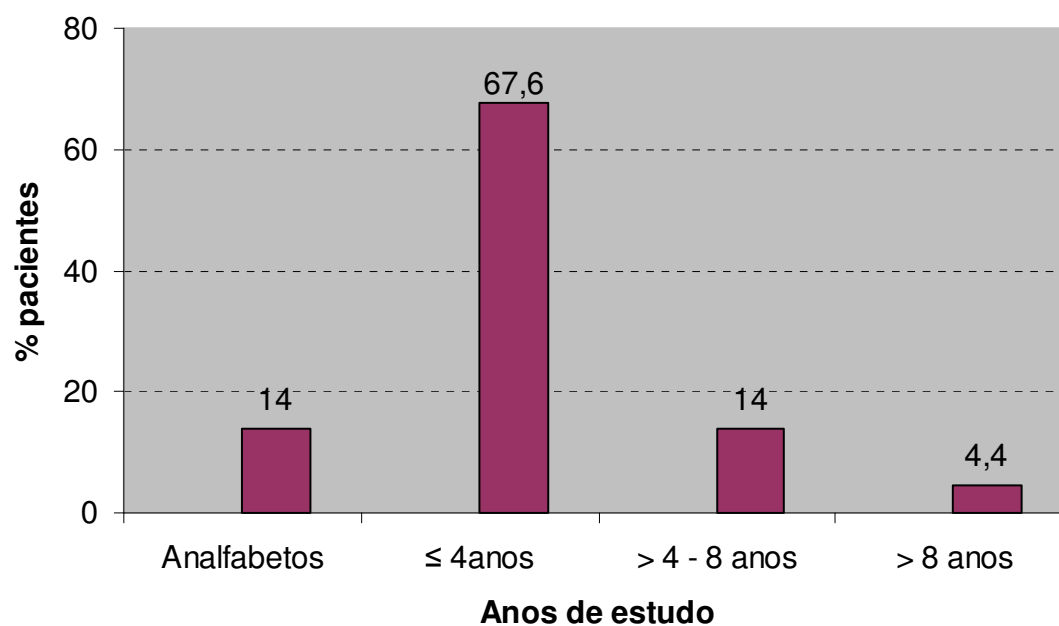


Figura 2 – Distribuição dos casos de CEB segundo o nível de escolaridade dos pacientes medido por anos de estudo (136 pacientes).

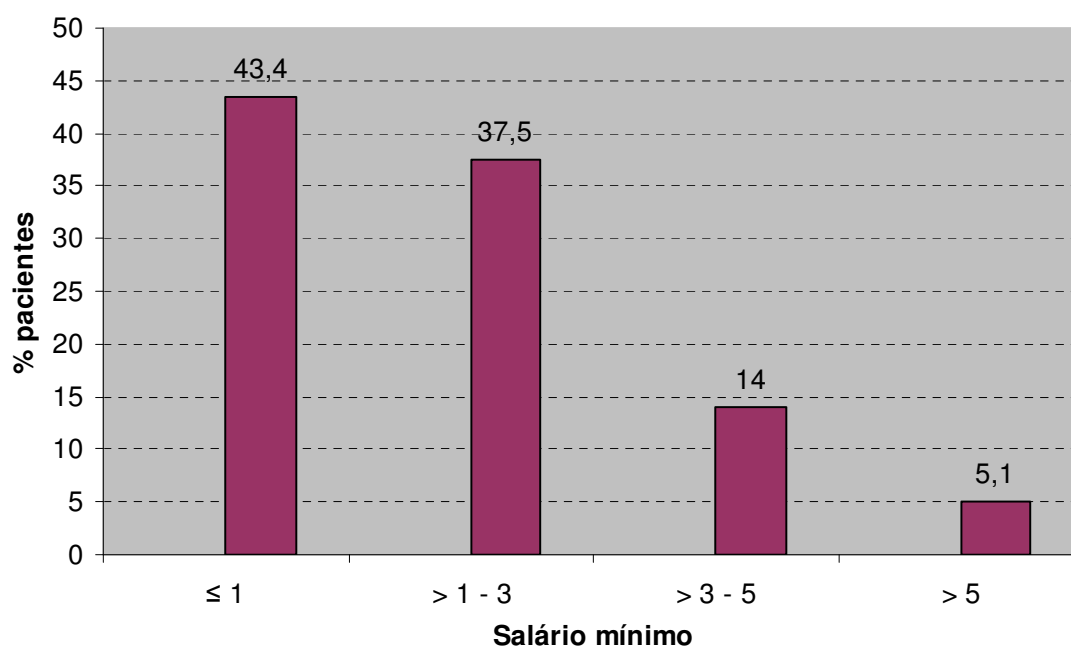


Figura 3 – Distribuição dos pacientes segundo a renda familiar traduzidos por intervalos de valores de salários mínimos (136 pacientes).

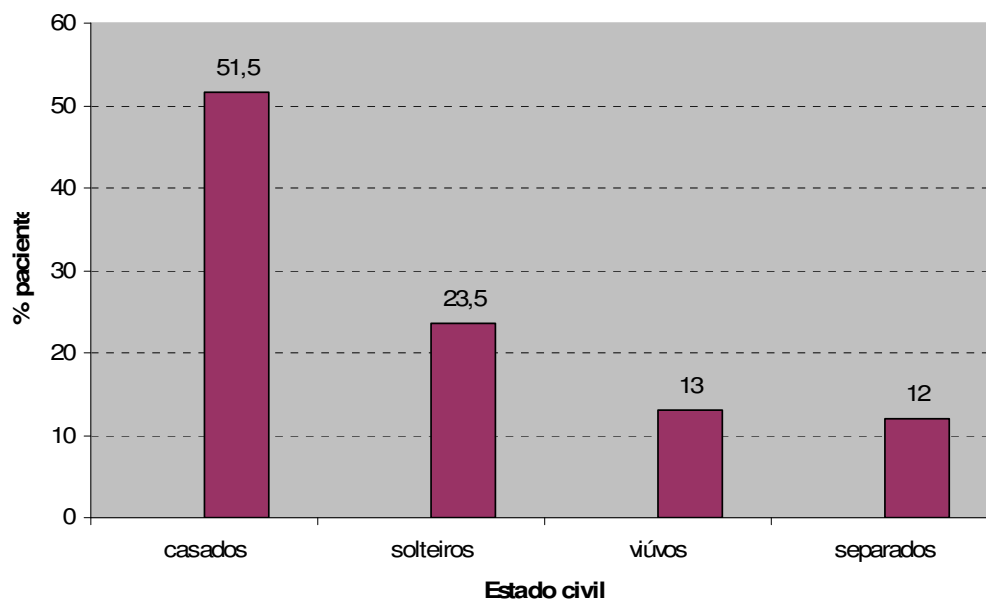


Figura 4 – Distribuição dos pacientes segundo seu estado civil (136 pacientes).

93,4% dos pacientes tiveram exposição aos produtos de fumo ($n = 127$), enquanto 89,7% fizeram uso de produtos do álcool ($n = 122$) por algum tempo. Uso de prótese removível foi confirmado por 52,2% dos pacientes ($n=71$), enquanto a maior parte deles ($n=79$, 58,0%) não relatou histórico de algum tipo de câncer na família. Dos que relataram ter histórico de câncer na família, apenas 12 (8,8%) deles foram acometidos por algum tipo de câncer de cabeça e pescoço (Figura 5).

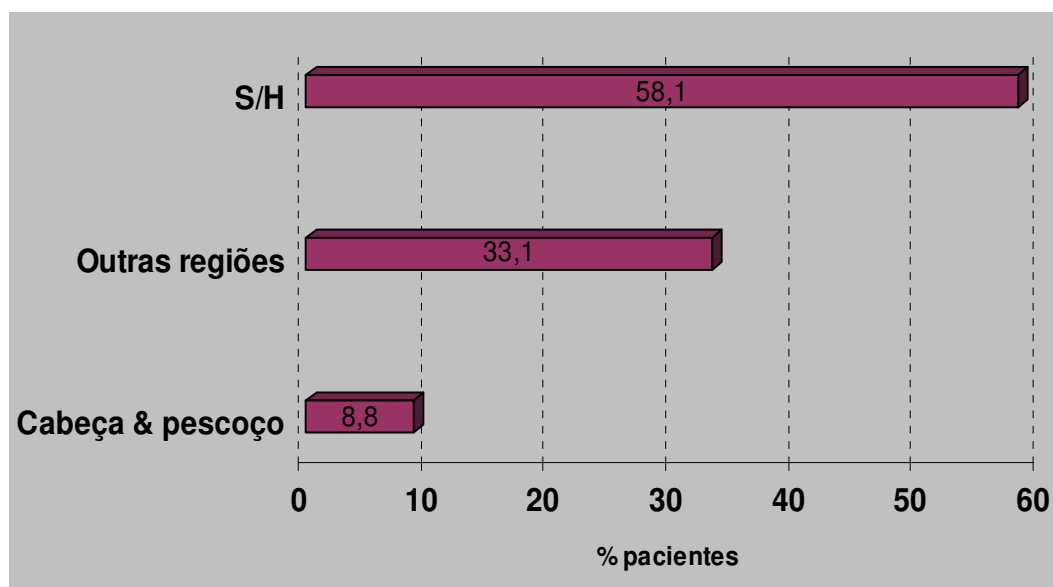


Figura 5 – Topografias informadas pelos pacientes em relação à história de câncer na família. (S/H – sem história de câncer) (136 casos).

O encaminhamento dos casos aos centros de referência para diagnóstico e tratamento contou com a participação dos profissionais de saúde para 64 pacientes (47,0%), sendo que a maior parte dos pacientes (78,7%) teve acesso preferencial a serviços públicos de saúde. Soalho de boca e língua foram as regiões mais afetadas, num total de 79 casos (58,1%) (Figura 6).

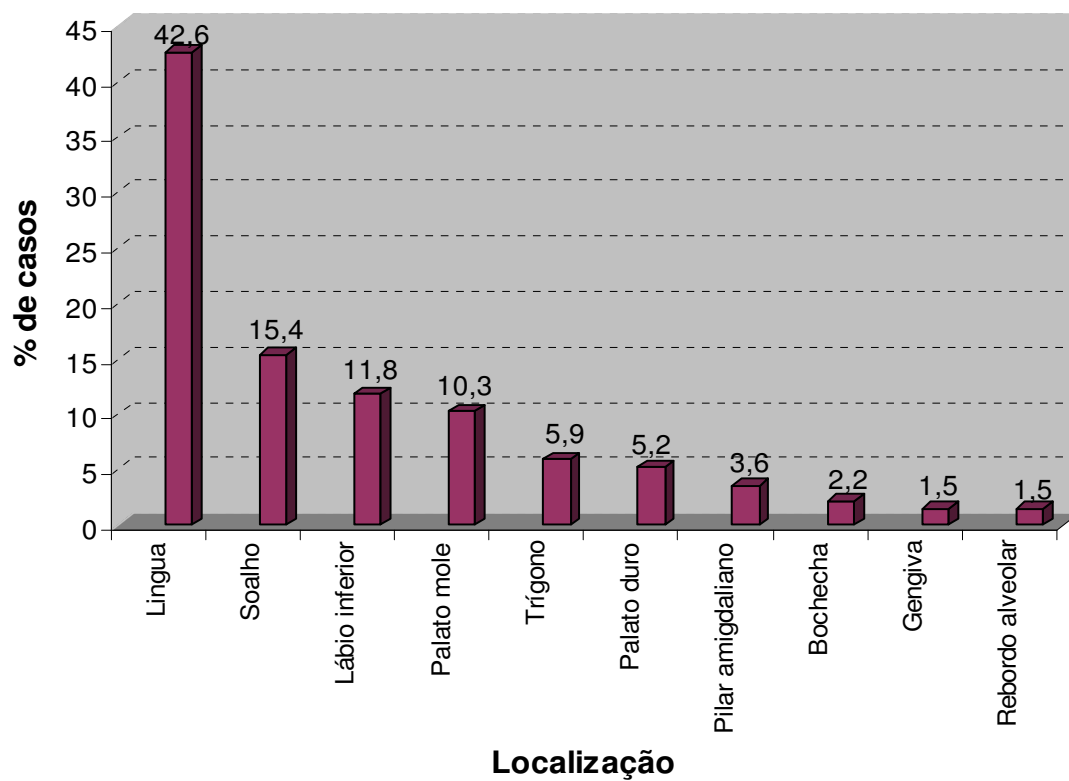


Figura 6 – Topografias dos casos de CEB da amostra em estudo (136 casos).

Na maior parte dos casos, as neoplasias ocupavam apenas o sítio primário (n=90, 66,2%). Na Figura 7 encontram-se os principais tipos de sinais e sintomas relatados pelos pacientes e registrados pelos profissionais no seu atendimento.

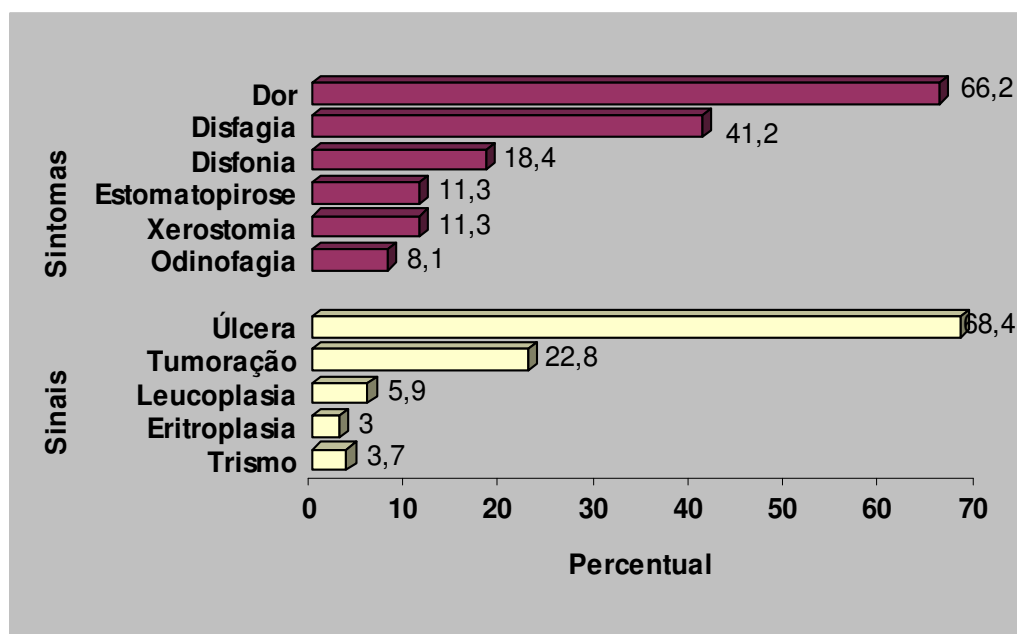


Figura 7 – Principais tipos de sinais e sintomas observados e relatados pelos pacientes acometidos por CEB (136 casos).

91,0% dos pacientes (n=124) apresentavam lesões sintomáticas, sendo a dor o principal sintoma em 90 pacientes (66,2%). Por outro lado, tumoração (22,8%), ulceração (68,4%), lesão leucoplásica (5,9%), eritroplásica (2,9%) e sangramento (18,4%) foram os principais sinais evidenciados na amostra. Já em relação aos sintomas, os principais relatados foram disfagia (41,2%), disfonia (18,4%), xerostomia (11,3%), estomatopirose (11,3%), odinofagia (8,1%). Oitenta e sete pacientes (64,0%) apresentaram lesões em estágio avançado (T3 e T4), (Figura 8), sendo que 70 pacientes (51,4%) os tumores mostravam dimensão maior que 4 cm .

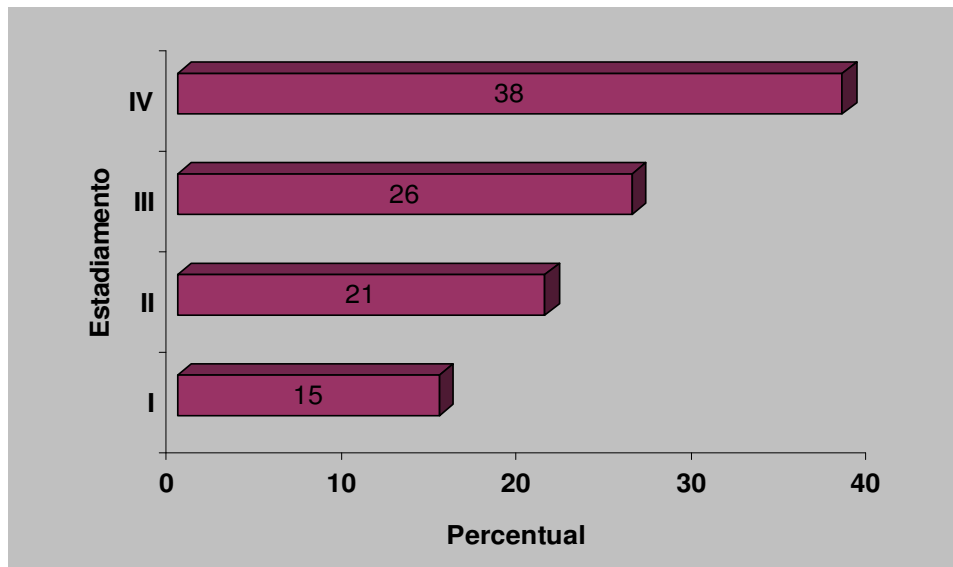


Figura 8 – Distribuição dos casos de CEB segundo o estadiamento clínico das lesões no momento do diagnóstico.

O tempo de evolução dos sintomas relatados pelos pacientes (*ADPa*) variou de 1 a 2920 dias, com mediana de 127 dias (4,2 meses) (média de $263 \pm 360,9$). Considerando o tempo de atraso no diagnóstico do câncer bucal relacionado aos pacientes, 64% dos casos apresentaram atraso superior a três meses. A maior parte dos pacientes com atraso (> 3 meses) teve tempo máximo de atraso até nove meses (270 dias) (Figura 9).

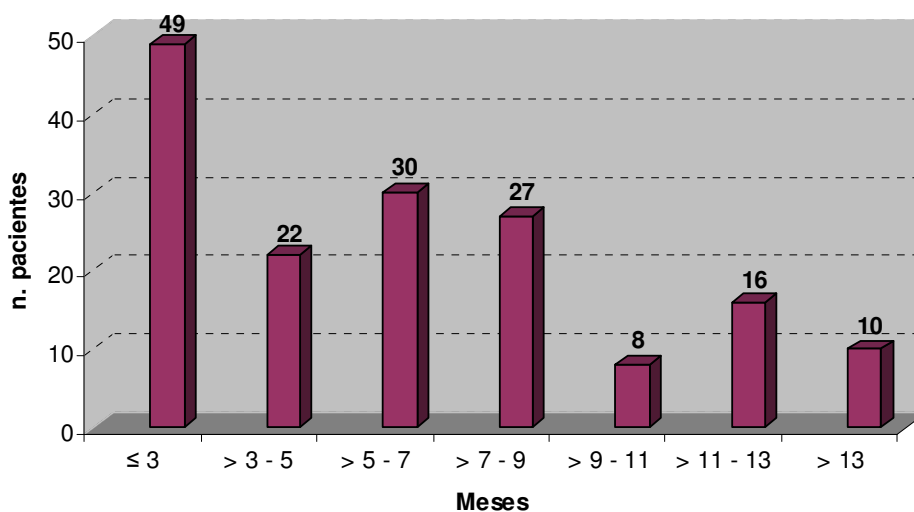


Figura 9 – Distribuição dos casos de CEB agrupados pelo tempo de atraso relacionado ao paciente.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos valores das medianas dos tempos *ADPa*, segundo as variáveis clínico-patológicas e sócio-demográficas dos pacientes portadores de câncer bucal.

Tabela 1 – Distribuição dos valores dos tempos de evolução dos sintomas (atraso do paciente no diagnóstico do câncer bucal) segundo as variáveis clínicas e sócio-demográficas dos pacientes portadores de câncer bucal.

Variáveis		n.	Tempo de evolução da doença		
			(dias)		p^2
			Amplitude	Mediana	
Sexo					
	Masculino	104	1 - 2920	225	0,007
	Feminino	32	7 - 1825	120	
Idade					
	≤ 60 anos	80	1 – 1825	180	0,182
	> 60 anos	56	7 - 2920	120	
Cor da pele					
	Leucoderma	65	1 - 1825	120	0,399
	Melanoderma	71	3 - 2920	180	

Escolaridade					
	< Ensino primário	111	1 - 2920	120	0,278
	> Ensino primário	25	7 - 240	180	
Estado civil					
	Solteiro	66	3 - 1825	165	0,104
	Casado	70	1 - 2920	120	
Status laboral					
	Ativo	43	21 - 1825	120	0,493
	Inativo	93	1 - 2920	150	
Renda familiar					
	< 1 salário mínimo	59	1 - 2920	120	0,204
	> 1 salário mínimo	77	3 - 1095	134	
Acesso a serviço de saúde					
	Público	107	1 - 2920	120	0,104
	Privado/convênio	29	15 - 1095	180	
Procedência					
	Uberlândia	75	7 - 1825	180	0,206
	Outras cidades	61	1 - 2920	120	
Referenciamento					
	Profissional	64	3 - 1825	120	0,347
	Paciente	32	1 - 2920	180	
	Outros	40	7 - 1095	180	
Câncer na família					
	Sim	57	3 - 1095	180	0,924
	Não	79	1 - 1920	120	
Exposição ao fumo					
	Sim	127	1 - 1825	120	0,1450
	Não	9	30 - 2920	365	
Exposição ao álcool					
	Sim	122	1 - 2920	120	0,094
	Não	14	30 - 1800	195	
Uso de prótese					
	Sim	71	3 - 2920	150	0,206
	Não	65	1 - 1800	120	

Localização da lesão					
	Soalho/língua	79	1 - 2920	134	
	Lábio	16	30 - 1825	180	0,542
	Outras	41	3 - 1095	120	
Extensão da lesão					
	Um sítio primário	96	3 - 1095	135	
	> um sítio primário	40	1 - 2920	127	0,921
Dimensão da lesão					
	< 2 cm	23	1 - 730	180	
	2 – 4 cm	43	7 – 1825	90	0,409
	> 4 cm	70	3 - 2920	150	
Estadiamento					
	Inicial	49	1 - 1825	180	
	Avançada	87	2 - 2920	120	0,774
Sintomatologia					
	Sim	124	7 - 2920	120	
	Não	12	1 - 1095	180	0,732
Dor					
	Sim	90	21 - 2920	150	
	Não	46	1 - 1095	120	0,027
Sangramento					
	Sim	25	30 - 1800	120	
	Não	111	1 - 2920	134	0,626

1 – Desvio padrão; 2 – Significativo quando $p < 0,05$.

A partir de uma visão geral, pode-se perceber que as categorias sexo feminino, pacientes idosos, casados, trabalhadores ativos, que fazem uso de produtos do fumo e álcool, e que foram encaminhados aos centros de referência por profissionais de saúde apresentaram menores medianas de atraso. Da mesma forma, pacientes com lesões sintomáticas e em estágios avançados e com sangramento espontâneo possuíam medianas de atraso menores. Contrariamente, os pacientes com dor, lesões menores, com localização labial, fazendo uso de próteses removíveis, procedentes de Uberlândia, usuários de serviços de saúde privados e convênios, e melanodermas mostraram as maiores medianas de atraso. Contudo, apenas os atrasos relacionados às variáveis sexo e dor foram estatisticamente diferentes (sexo: $p = 0,007$; dor: $p = 0,027$, teste *U* de Mann-Whitney).

A análise de regressão univariada mostrou que a associação com atraso do paciente foi observada apenas para a variável dimensão da lesão ($p = 0,009$, Qui-quadrado de Pearson). A variável sexo apresentou valor de p marginalmente significativo (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos dados de associação entre o atraso do paciente no diagnóstico do câncer bucal e variáveis clínicas e sócio-demográficas dos pacientes.

Variáveis	Pacientes (n)	Atraso (n)	OR ¹	95% IC ²	p^3
Sexo					
Masculino	104	62	2,42	0,96 – 6,10	0,061
Feminino	32	25			
Idade					
≤ 60 anos	80	51	1,02	0,50 – 2,09	0,949
> 60 anos	56	36			
Cor da pele					
Leucoderma	65	39	1,39	0,69 -2,81	0,357
Melanoderma	71	48			
Escolaridade					
< Ensino primário	111	71	1.00	0,41 – 2,47	0,997
> Ensino primário	25	16			
Estado civil					
Solteiro	66	46	0,62	0,30 – 1,25	0,178
Casado	70	41			
Status laboral					
Inativo	93	61	0.80	0,38 – 1,69	0,563
Ativo	43	26			
Renda familiar					
> salário mínimo	77	47	1,34	0,66 – 2,74	0,416
≤ salário mínimo	59	40			
Acesso a serviço de saúde					
Público	107	65	2,03	0,80 – 5,17	0,137
Privado/convênio	29	22			
Procedência					
Uberlândia	75	53	0,52	0,26 – 1,06	0,073
Outras cidades	61	34			

Câncer na família						
Não	79	51	0,94	0,46 – 1,91	0,867	
Sim	57	36				
Referenciamento						
Profissional	64	36	-	-	-	
Paciente	32	22	1,71	0,70 – 4,19	0,240	
Outros	40	29	2,05	0,87 – 4,81	0,098	
Exposição ao fumo						
Sim	127	81	1,14	0,27 – 4,76	0,862	
Não	9	6				
Exposição ao álcool						
Sim	122	76	2,22	0,59 – 8,38	0,239	
Não	14	11				
Uso de prótese						
Sim	71	49	0,63	0,31 – 1,28	0,202	
Não	65	38				
Localização da lesão						
Soalho/língua	79	50	-	-	-	
Lábio	16	10	0,97	0,32 – 2,94	0,952	
Outras	41	27	1,12	0,51 – 2,47	0,781	
Extensão de lesão						
Um sítio primário	96	62	0,91	0,43 – 1,96	0,818	
> um sítio primário	40	25				
Dimensão da lesão						
> 4 cm	70	50	-	-	-	
2 – 4 cm	43	20	0,35	0,16 – 0,77	0,009	
< 2 cm	23	17	1,13	0,39 – 3,29	0,818	
Estadiamento						
Avançada	87	57	0,83	0,40 – 1,72	0,617	
Inicial	49	30				
Sintomatologia						
Sim	124	79	1,14	0,33 – 4,00	0,839	
Não	12	8				
Dor						
Sim	90	61	0,62	0,30 – 1,28	0,197	
Não	46	26				

Sangramento						
Não	111	70	1,25	0,49 – 3,14	0,643	
Sim	25	17				

1. OR – *odds ratio* (razão de chance); 2. IC – Intervalo de confiança de 95%; 3. Significado $p < 0,05$.

O tempo de atraso profissional variou de 2 a 372 dias, com mediana de 19 dias (média de 28 ± 38 dias). Nesta amostra, 56,0% dos casos apresentaram atraso profissional no diagnóstico superior a 15 dias. Cento e nove casos (80,0%) ficaram dentro de um intervalo de atraso que foi no máximo de 45 dias (Figura 10).

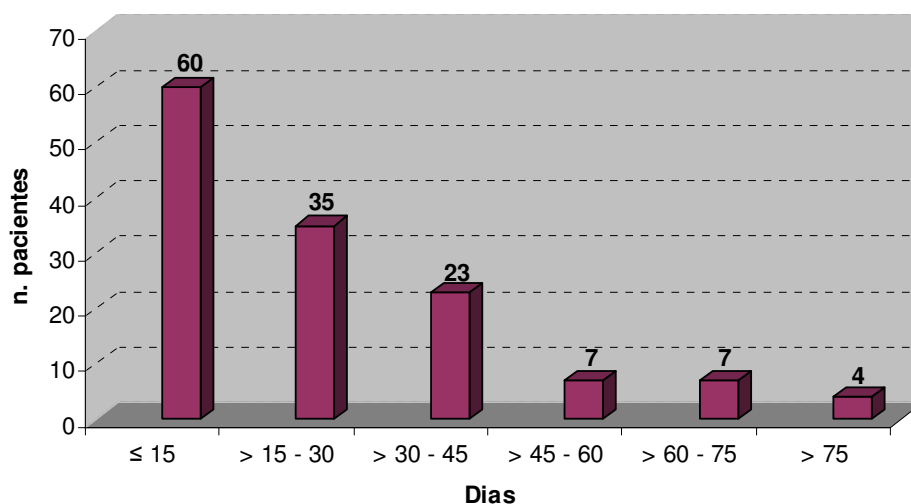


Figura 10 – Distribuição dos casos de CEB agrupados pelo tempo de atraso relacionado ao profissional.

A Tabela 3 mostram os valores das medianas do *ADPr* para os CEB em função das variáveis e categorias estudadas. As diferenças obtidas entre as categorias das variáveis não foram estatisticamente significativas (Teste *U* Mann-Whithney).

Tabela 3 – Distribuição dos valores dos tempos de atraso profissional no diagnóstico do câncer segundo as variáveis clínicas e sócio-demográficas dos pacientes portadores de câncer bucal.

Variáveis		Pacientes (n)	Tempo de traso profissional		
			Mediana	Amplitude	p^2
Sexo					
	Masculino	104	16,5	2 – 372	0,226
	Feminino	32	22,5	2 – 164	
Idade					
	≤ 60 anos	80	18,5	2 – 372	0,377
	> 60 anos	56	20,0	2 – 164	
Cor da pele					
	Leucoderma	65	20,0	2 – 372	0,331
	Melanoderma	71	17,0	2 – 164	
Estado civil					
	Solteiro	66	17,0	2 – 372	0,247
	Casado	70	21,0	2 – 164	
Escolaridade					
	< Ensino primário	111	20,0	2 – 372	0,100
	> Ensino primário	25	15,0	7 – 240	
Status laboral					
	Ativo	43	18,0	2 – 131	0,507
	Inativo	93	20,0	2 – 372	
Renda familiar					
	< 1 salário mínimo	59	20,0	2 – 372	0,986
	> 1 salário mínimo	77	19,0	2 – 131	
Procedência					
	Uberlândia	75	15,0	2 – 372	0,198
	Outras cidades	61	21,0	16-2934	
Referenciamento					
	Profissional	64	20,5	2 – 131	0,549
	Paciente	32	19,0	6 – 372	
	Outros	40	15,0	2 – 164	
Acesso a serviço de saúde					
	Público	107	19,0	2 – 372	0,510
	Privado/convênio	29	20,0	3 – 69	
Exposição ao fumo					
	Sim	127	19,0	2 – 372	0,954
	Não	9	21,0	7 – 73	

Exposição ao álcool					
	Sim	122	17,5	2 – 372	0,112
	Não	14	23,5	3 – 164	
Câncer na família					
	Sim	57	18,0	4 – 131	0,956
	Não	79	20,0	2 – 372	
Uso de prótese					
	Sim	71	17,0	2 – 131	0,172
	Não	65	20,0	4 – 372	
Localização da lesão					
	Soalho/lingua	79	16,0	2 – 131	0,236
	Lábio	16	25,5	4 – 73	
	Outras	41	20,0	3 – 372	
Extensão da lesão					
	Um sítio primário	96	19,0	2 – 372	0,511
	> um sítio primário	40	20,0	5 – 131	
Dimensão da lesão					
	< 2 cm	23	19,0	5 – 73	0,503
	2 – 4 cm	43	18,0	2 – 69	
	> 4 cm	70	20,0	2 – 372	
Estadiamento					
	Inicial	49	17,0	2 – 73	0,349
	Avançada	87	21,0	2 – 372	
Sintomatologia					
	Sim	124	18,5	2 – 372	0,620
	Não	12	21,5	9 – 37	
Dor					
	Sim	90	18,0	2 – 372	0,987
	Não	46	20,0	4 – 164	
Sangramento					
	Sim	25	32,0	4 – 126	0,130
	Não	111	17,0	2 – 372	

1 – Desvio padrão; 2 – Significativo quando $p < 0,05$.

Dos dados expostos na Tabela 3, percebem-se pequenas diferenças, todavia não significativas, entre as medianas do *ADPr* em várias categorias das variáveis estudadas. Chama atenção, por exemplo, as medianas mais elevadas para as lesões maiores, em estágios avançados, e de pacientes não sintomáticos, não fazendo uso de próteses e provenientes de outras cidades.

Também se encaixaram neste perfil, pacientes do sexo feminino, inativos, com menores níveis de escolaridade.

Todavia, das variáveis estudadas, apenas sexo ($p=0,033$) foi associado estatisticamente ao atraso profissional. A variável procedência dos pacientes apresentou valores próximos a significância estatística (Figura 4).

Tabela 4 – Distribuição dos dados de associação entre o atraso profissional no diagnóstico do câncer bucal e as diferentes variáveis clínicas e sócio-demográficas dos pacientes.

Variáveis	Pacientes (n)	Atraso (n)	OR ¹	95% IC ²	p ³
Sexo					
Masculino	104	52	2,60	1,08 - 6,10	0,033
Feminino	32	23			
Idade					
≤ 60 anos	80	43	1,15	0,58 – 2,28	0,695
> 60 anos	56	32			
Cor da pele					
Leucoderma	65	38	0,77	0,39 - 1,52	0,457
Melanoderma	71	37			
Escolaridade					
< Ensino primário	111	63	0,70	0,30 – 1,68	0,428
> Ensino primário	25	12			
Estado civil					
Solteiro	66	35	1,18	0,60 – 2,32	0,630
Casado	70	40			
Status laboral					
Inativo	93	51	1,04	0,50 – 2,15	0,915
Ativo	43	24			
Renda familiar					
> salário mínimo	77	43	0,94	0,47 – 1,85	0,852
≤ salário mínimo	59	32			
Acesso a serviço de saúde					
Público	107	57	1,44	0,62 – 3,33	0,399
Privado/convênio	29	18			

Procedência						
	Uberlândia	75	36			
	Outras cidades	61	9	1,92	0,96 – 3,84	0,064
Câncer na família						
	ão	79	44			
	Sim	57	31	0,95	0,48 - 1,88	0,880
Referenciamento						
	Profissional	64	39	-	-	-
	Paciente	32	17	0,73	0,31 – 1,71	0,465
	Outros	40	19	0,58	0,26 – 1,29	0,181
Exposição ao fumo						
	Sim	127	71			
	Não	9	4	0,63	0,16 – 2,46	0,507
Exposição ao álcool						
	Sim	122	65			
	Não	14	10	2,19	0,65 – 7,37	0,205
Uso de prótese						
	Sim	71	37			
	Não	65	38	1,29	0,66 – 2,55	0,457
Localização da lesão						
	Soalho/língua	79	40	-	-	-
	Lábio	16	12	2,93	0,87 – 9,85	0,083
	Outras	41	23	1,25	0,58 – 2,66	0,570
Extensão de lesão						
	Um sítio primário	96	54			
	> um sítio primário	40	21	0,86	0,41 - 1,80	0,689
Dimensão da lesão						
	> 4 cm	70	38	-	-	-
	2 – 4 cm	43	22	0,79	0,37 – 1,68	0,535
	< 2 cm	23	13	0,98	0,38 – 2,52	0,958
Estadiamento						
	Avançada	87	49			
	Inicial	49	26	0,88	0,43 – 1,77	0,714
Sintomatologia						
	Sim	124	67			
	Não	12	8	1,70	0,49 – 5,95	0,405
Dor						
	Sim	90	49			
	Não	46	26	1,09	0,53 – 2,22	0,818
Sangramento						
	Não	111	58			
	Sim	25	17	1,94	0,77 – 4,87	0,157

1. OR – odds ratio (razão de chance); 2. IC – Intervalo de confiança de 95%; 3. Significado p < 0,05.

Outro dado observado no estudo foi a correlação estatisticamente significativa entre o atraso profissional e o atraso do paciente pelo teste de correlação de Spearman ($p = 0,0143$).

O AT variou de 16 a 2920 dias, apresentando uma mediana de 176,5 (média de $263,3 \pm 362,9$ dias). A Figura 11 mostra a distribuição do AT. A maioria dos casos ($n = 100$, 73,5%) apresentou atraso superior a 105 dias para definição do diagnóstico. Deste grupo, 71 pacientes (71,0%) apresentaram-se dentro de um intervalo de atraso com limite máximo de atraso de 300 dias, aproximadamente 12 meses.

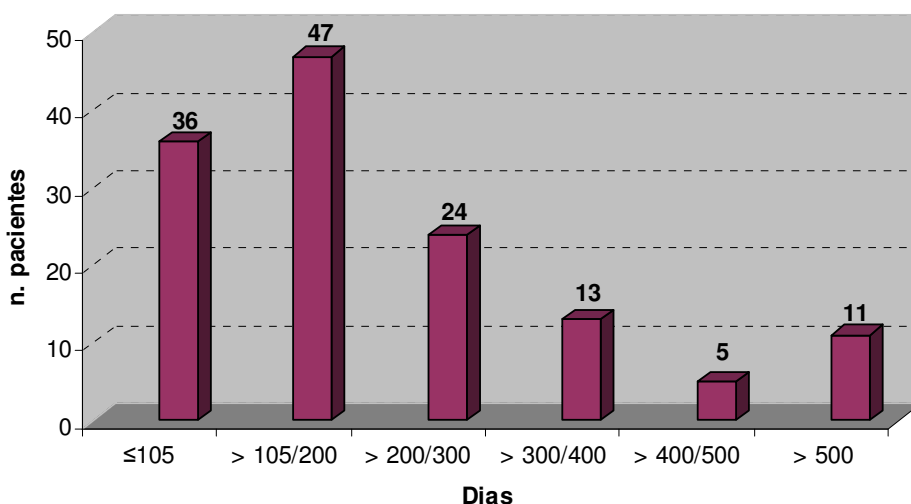


Figura 11 – Distribuição dos casos de CEB agrupados segundo o tempo de atraso total no diagnóstico do câncer.

A Tabela 5 apresenta as medianas do atraso total dos CEB em função das diferentes variáveis e categorias estudadas.

Tabela 5 – Distribuição dos valores dos tempos de atraso total no diagnóstico do câncer segundo as variáveis clínicas e sócio-demográficas dos pacientes portadores de câncer bucal.

Variáveis		Pacientes (n)	Tempo de Atraso Total (dias)		
			Mediana	Amplitude	p^2
Sexo					
	Masculino	104	257,5	16 - 2934	0,008
	Feminino	32	157	22 - 1129	
Idade					
	≤ 60 anos	80	188	17 – 1829	0,580
	> 60 anos	56	163	16 - 2934	
Cor da pele					
	Leucoderma	65	157	16 - 1829	0,514
	Melanoderma	71	191	22 - 2934	
Estado civil					
	Solteiro	66	187	22 - 1829	0,434
	Casado	70	184	16 - 2934	
Escolaridade					
	< Ensino primário	111	164	1 - 2920	0,278
	> Ensino primário	25	186	7 - 240	
Status laboral					
	Ativo	43	164	34 - 1829	0,521
	Inativo	93	187	16 - 2934	
Renda familiar					
	< 1 salário mínimo	59	164	16 - 2934	0,244
	> 1 salário mínimo	77	185	17 - 1129	
Procedência					
	Uberlândia	75	123	17 - 1829	0,379
	Outras cidades	61	77,5	16 - 2934	
Referenciamento					
	Profissional	64	152	22 - 1829	0,458
	Paciente	32	190,5	16 - 2934	
	Outros	40	192,5	17 - 1129	
Acesso a serviço de saúde					
	Público	107	164	16 - 2934	0,144
	Privado/convênio	29	209	38 – 1129	
Exposição ao fumo					
	Sim	127	164	16 - 1829	0,128
	Não	9	438	40 – 2934	

Exposição ao álcool					
	Sim	122	164	16 - 2934	0,069
	Não	14	230	51 - 1824	
Câncer na família					
	Sim	57	191	22 - 1129	0,820
	Não	79	163	16 - 2934	
Uso de prótese					
	Sim	71	186	22 - 2934	0,563
	Não	65	164	16 - 1824	
Localização da lesão					
	Soalho/lingua	79	164	16 - 2934	0,529
	Lábio	16	222	40 - 1829	
	Outras	41	168	22 - 1129	
Extensão da lesão					
	Um sítio primário	96	166	17 - 1120	0,750
	> um sítio primário	40	187	16 - 2934	
Dimensão da lesão					
	< 2 cm	23	194	16 - 741	0,320
	2 – 4 cm	43	132	27 - 1829	
	> 4 cm	70	186,5	17 - 2934	
Estadiamento					
	Inicial	49	191	1 - 1825	0,774
	Avançada	87	164	2 - 2920	
Sintomatologia					
	Sim	124	166	17 - 2934	0,806
	Não	12	201,5	16 - 1104	
Dor					
	Sim	90	187	32 - 2934	0,022
	Não	46	149,5	16 - 1104	
Sangramento					
	Sim	25	192	34 - 1824	0,354
	Não	111	164	16 - 2934	

1 – Desvio padrão; 2 – Significativo quando $p < 0,05$.

Podem-se perceber diferenças maiores entre medianas de determinadas categorias das diferentes variáveis estudadas. Assim, pacientes do sexo masculino, melanodermas, inativos, que não foram referenciados por profissionais de saúde e usuários de serviços de saúde particulares ou conveniados mostraram maior AT no diagnóstico do câncer bucal. Resultados semelhantes também foram observados para os pacientes não usuários de

produtos de fumo e álcool, usuários de prótese removível que mostraram maiores atrasos. Contrariamente, pacientes relatando algum tipo de sintomatologia apresentaram menor atraso. Todavia, os pacientes sem sintomatologia dolorosa e com sangramento espontâneo figuraram com maior atraso total. Este padrão também foi observado para pacientes com lesões menores.

Entre as variáveis estudadas, apenas as variáveis sexo dos pacientes e dor apresentaram diferenças significativas. Assim, pacientes do sexo feminino mostraram medianas de atraso significativamente menor que as do sexo masculino. Por outro lado, pacientes relatando sintomatologia dolorosa, apresentaram mediana de atraso significativamente menor que os pacientes assintomáticos (Teste *U* Mann-Whitney).

A distribuição dos dados de associação entre o AT no diagnóstico do câncer bucal e as diferentes variáveis estudadas é demonstrada na Tabela 6 sendo a dimensão da lesão ($p=0,016$) foi significativa e a variável dor ($p=0,05$) apresentou valor marginal de significância.

Tabela 6 – Distribuição dos dados de associação entre o atraso total no diagnóstico do câncer bucal e as variáveis clínicas e sócio-demográficas dos pacientes.

Variáveis		Pacientes (n)	Atraso (n)	OR ¹	95% IC ²	p ³
Sexo						
	Masculino	104	74	1,76	0,66 – 4,70	0,262
	Feminino	32	26			
Idade						
	≤ 60 anos	80	57	1,34	0,61 – 2,93	0,472
	> 60 anos	56	43			
Cor da pele						
	Leucoderma	65	47	1,13	0,53 -2,42	0,757
	Melanoderma	71	53			
Escolaridade						
	< Ensino primário	111	82	0,91	0,35 – 2,40	0,848
	> Ensino primário	25	18			

Estado civil						
	Solteiro	66	50			
	Casado	70	50	0,80	0,37 – 1,72	0,568
Status laboral						
	Inativo	93	70	0,76	0,34 – 1,69	0,500
	Ativo	43	30			
Renda familiar						
	> salário mínimo	77	53			
	≤ salário mínimo	59	47	1,77	0,80 – 3,93	0,159
Acesso a serviço de saúde						
	Público	107	77			
	Privado/convênio	29	23	1,49	0,55 – 4,03	0,428
Procedência						
	Uberlândia	75	58			
	Outras cidades	61	42	0,65	0,30 – 1,39	0,266
Câncer na família						
	Não	79	59			
	Sim	57	41	0,87	0,40 – 1,87	0,720
Referenciamento						
	Profissional	64	45	-	-	-
	Paciente	32	26	1,83	0,65 – 5,16	0,254
	Outros	40	29	1,11	0,46 – 2,68	0,811
Exposição ao fumo						
	Sim	127	94			
	Não	9	6	0,70	0,17 – 2,97	0,631
Exposição ao álcool						
	Sim	122	89			
	Não	14	11	1,36	0,36 – 5,18	0,653
Uso de prótese						
	Sim	71	54			
	Não	65	46	0,76	0,36 – 1,64	0,486
Localização da lesão						
	Soalho/língua	79	60	-	-	-
	Lábio	16	11	0,70	0,22 – 2,26	0,547
	Outras	41	29	0,77	0,33 – 1,79	0,536
Extensão de lesão						
	Um sítio primário	96	68			
	> um sítio primário	40	32	1,65	0,68 – 4,02	0,272
Dimensão da lesão						
	.> 4 cm	70	57	-	-	-
	2 – 4 cm	43	26	0,35	-0,15 – 0,82	0,016
	≤ 2 cm	23	17	0,65	0,21 – 1,96	0,440

Estadiamento						
	Avançada	87	67			
	Inicial	49	33	0,62	0,28 – 1,34	0,222
Sintomatologia						
	Sim	124	92			
	Não	12	8	0,70	0,20 – 2,47	0,574
Dor						
	Sim	90	71			
	Não	46	29	0,46	0,21 – 1,00	0,05
Sangramento						
	Não	111	80			
	Sim	25	20	1,55	0,54 – 4,49	0,420

1. OR – odds ratio (razão de chance); 2. IC – Intervalo de confiança de 95%; 3. Significado $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

No presente trabalho, quantificamos o atraso no diagnóstico do câncer bucal, estudando, paralelamente, diferentes fatores sócio-demográficos dos pacientes e clínicos da doença a ele associados. Estes resultados poderão contribuir na compreensão dos fatores que influenciariam os padrões de diagnóstico tardios observados em diferentes partes do mundo, incluindo o Brasil (Dib *et al*, 1990; Gervásio *et al*, 2001; Kowalski *et al*, 1994; Carvalho *et al*, 2002; Warnakulasuriya, 2008).

A tese que prevalece nos estudos que tratam dos padrões de diagnóstico do câncer bucal, tanto no exterior quanto no Brasil, propõe que o diagnóstico de lesões menores, correspondendo a estágios mais precoces de progressão tumoral, induziria menor morbidade ao paciente, favorecendo, paralelamente, o prognóstico. López-Jornet & Camacho-Alonso (2006), discutindo este tema, recordam que quanto mais avançada a doença, menor a sobrevida. O diagnóstico precoce garante melhoria de sobrevida, melhora na qualidade de vida associada a menor morbidade em decorrência de tratamentos menos agressivos e mutilantes. Não obstante, as estatísticas recentes mostram que quando o câncer é diagnosticado, aproximadamente 50% dos casos estão em estágios avançados, caracterizados pela presença de metástases regionais e a distância (Sciubba, 2001; López-Jornet & Camacho-Alonso, 2006).

Este raciocínio fundamenta-se na hipótese de que lesões menores estariam num estágio de progressão associado à menor número de alterações genéticas, refletindo-se em maior diferenciação tumoral e, portanto, menor agressividade. Da mesma forma, poderiam responder melhor ao tratamento, favorecendo a sobrevida dos pacientes (Rubright *et al*, 1996; Kowalski & Carvalho, 2001; Carvalho *et al*, 2002).

Os diferentes estudos abordando este problema apresentam o entendimento que, como o câncer cresce durante a sua progressão, lesões menores estariam em um estágio de crescimento inicial. Portanto, quanto menos tempo o diagnóstico seja realizado, maior seria a oportunidade de

flagrar lesões menores ou em estágios iniciais (Carvalho *et al*, 2002; Scott *et al*, 2005; Gómez *et al*, 2010).

Neste sentido, é difícil não aceitar a lógica de que o atraso no diagnóstico justificaria os estágios avançados em que as doenças são usualmente diagnosticadas, e que todos os esforços sejam direcionados a realização do diagnóstico precoce do câncer bucal (Hutchinson, 1994; Gómez *et al*, 2010), justificando o presente estudo.

Nossos achados revelam para a amostra estudada, um padrão sócio-demográfico para as características dos pacientes semelhante ao observado para outras séries publicadas no Brasil e exterior. Esta semelhança estende-se também para a expressão clínica da doença. O CEB foi observado preferencialmente em pacientes do sexo masculino, numa relação para o sexo feminino de aproximadamente 3:1. A maior parte dos tumores foi encontrada acima da 5ª década de vida, com os picos de incidência ocorrendo na 6ª e 7ª décadas de vida. A característica marcante da expressão clínica da doença foi a presença de lesões ulceradas, sintomáticas, relacionadas à presença de dor, disfagia e sangramento, localizadas preferencialmente em língua e soalho bucal. Menos de 10% das lesões foram diagnosticadas em estágio inicial (Gervásio *et al*, 2001; Perussi *et al*, 2002; Wunch-Filho, 2002; Oliveira *et al*, 2006). Estes dados foram acompanhados de longo tempo de sintomas relatado pelos pacientes cuja mediana foi de 127 (4,2 meses) com média de 235 dias (~ 8 meses), um atraso profissional de 19 dias, com média de ~ 1 mês, com mediana de atraso total no diagnóstico definitivo de 176 dias (5,8 meses) média de 263 dias (~ 9 meses) (Antunes *et al*, 2003; Oliveira *et al*, 2006; Campos *et al*, 2007; Gervásio *et al*, 2001).

Chama a atenção nestes achados que 64% dos casos estudados foram diagnosticados em estágios avançados (III e IV), confirmando que os padrões de diagnóstico continuam semelhantes, atestando também que pouco ou nada mudou nos últimos 50 anos (Dib *et al*, 1990; Hutchinson, 1994; Scott *et al*, 2005; Warnakulasuriya, 2008). Disto decorre a extrema dificuldade no controle da doença, refletida nos índices de sobrevida destes pacientes que ficam, em média, próximos ou inferiores a 50%, em cinco anos (Pisani *et al*,

1999; Zucolloto *et al*, 2006). Já é bem estabelecido que o estágio da doença no momento do diagnóstico é o fator clínico mais confiável na determinação do prognóstico do câncer (Ries *et al*, 2000). Portanto, é incontestável, que a precocidade do diagnóstico proporcionaria um melhor prognóstico e reduções na morbidade do paciente, nos custos financeiros de tratamento, implicando em maior sobrevida para os pacientes (Leite & Koifman, 1998; Pisani *et al*, 1999; Abdo *et al*, 2007).

Considerando que a maioria dos pacientes no Brasil encontra no serviço público sua principal referência para atendimento de seus problemas de saúde, incluindo câncer, nossos resultados também sugerem que o serviço público não parece ter uma participação central na identificação de lesões precoces (Antunes *et al*, 2001; Gervásio *et al*, 2001). Embora o presente trabalho não objetivasse estudar as causas desta realidade, podemos admitir, a priori, que suas causas são complexas, envolvendo tanto o paciente que procura o serviço, o profissional que lá atende como também aspectos operacionais. Todos estes fatores estão intimamente implicados, e provavelmente sobrepostos no padrão do diagnóstico observado em geral. (Scott *et al*, 2006; Gómez *et al*, 2009, 2010).

Os resultados relatados na literatura até o presente momento quanto à repercussão do atraso na progressão e prognóstico do câncer bucal, incluindo os diferentes tipos de fatores possivelmente associados, não são unânimes. A maior parte destes trabalhos foca ao atraso no diagnóstico do câncer em dois agentes deste processo: o paciente e o profissional. Um terceiro designado como atraso total, também tem sido considerado, representando a soma dos atrasos referentes ao paciente e ao profissional (Shafer, 1975; Bruun, 1976; Wildt *et al*, 1995; Allison *et al*, 1998; Kerdpon & Sriplung, 2001; Kumar *et al*, 2001; Scott *et al*, 2006; Gómez *et al*, 2010). Esta visão prevê dois pontos importantes na dinâmica do diagnóstico passíveis de intervenção na redução do tempo gasto no diagnóstico definitivo da doença (Amir *et al*, 1999).

Nesta perspectiva, o atraso vinculado ao paciente tem sido considerado mais relevante pelo fato de representar o período mais extenso do

atraso no processo do diagnóstico do câncer (Onizawa *et al*, 2003; Scott *et al*, 2006).

Como foi mencionado anteriormente, não é possível observar na literatura unanimidade de resultados ao tempo de atraso no diagnóstico do câncer e de seus significados em relação aos fatores supostamente associados. Isto se dá pela diversidade de variáveis estudadas, mas também incluem diferenças observadas interestudo para as mesmas variáveis. Discussões a propósito têm considerado várias questões preliminares que influenciariam os resultados, a saber: 1) o padrão de medida utilizado para o atraso: ora média ora mediana; 2) tipos de estatísticas empregados incluindo a descritiva, análises univariada e modelos de regressão logística, por exemplo; 4) estudos retrospectivos *versus* estudos prospectivos; 5) variações no conceito de atraso do paciente, e até mesmo o valor de *cut-off* definidor do atraso (Wildt *et al*, 1995; Kerdpon & Sriplung, 2001; Allison *et al*, 1998; Amir *et al*, 1999; Scot *et al*, 2006; Gómez *et al*, 2009; Gómez *et al*, 2010).

A propósito, alguns estudos consideraram a avaliação do atraso do paciente, o intervalo compreendido entre o início dos sintomas notado pelo paciente até a consulta do primeiro profissional; outros consideram no tempo a consulta com o profissional que definitivamente contribuiu para a conclusão do diagnóstico; ainda outros trabalham com um período importante no resultado final do tempo que é definido como “tempo de agendamento” da consulta (do inglês, *scheduling delay*) (Scott *et al*, 2006; Gómez *et al*, 2010). Nosso estudo considerou o conceito mais prevalente, que retrata objetivamente o tempo para o paciente, que é aquele decorrido da percepção dos primeiros sintomas até a primeira consulta com o profissional de saúde. Este tempo tem sido ordinariamente utilizado (Teepo & Alho, 2008; Yu *et al*, 2008; Gómez *et al*, 2010). É importante, considerar, todavia, que há, sem dúvida, um intervalo de tempo inapropriadamente atribuído apenas ao paciente e, portanto, implícito no seu atraso que usualmente não é analisado separadamente. Trata-se do tempo de agendamento, que deve ser partilhado entre o paciente e o profissional de saúde no seu consultório ou no centro de saúde de referência (Gómez *et al*,

2009; 2010), ou seja, o tempo que o paciente leva para marcar a consulta com o seu médico (ou dentista). Este aspecto não foi definido em nosso estudo.

Outro aspecto importante: o conceito temporal de atraso no diagnóstico pelo paciente. Alguns estudos trabalham com um limite de 30 dias (um mês), outros 90 dias (três meses), outros dividem o atraso em diferentes intervalos procurando identificar a sua relação com características de comportamento da lesão. Ainda outros, trabalham com um tempo de três semanas, baseado no princípio de diagnóstico do câncer bucal que considera toda lesão suspeita se, a partir da remoção de sua pretensa causa, ela não regredir em 20 dias (Pitiphat *et al*, 2002; Llewellyn *et al*, 2004). Nossa opção, todavia, foi baseada em experiência pregressa de que a maior parte dos pacientes em estudos brasileiros relata seus sintomas acima de três meses de evolução (Kowalski *et al*, 1994; Faria *et al*, 2003), juntamente com o fato de que 30% dos trabalhos (a maior parte dos trabalhos) da literatura consideram este tempo na discriminação do atraso (Allison *et al*, 1998; Scott *et al*, 2006; Gómez *et al*, 2010).

A opção por realizar o estudo de forma prospectiva, incluindo os casos consecutivamente diagnosticados (incidentes) ou referenciados ao centro de referência (Complexo Hospitalar da UFU) favoreceu a coleta em um tempo no qual, teoricamente, o paciente ainda guardava uma noção temporal mais realista da percepção dos sintomas iniciais. Esta abordagem também nos possibilitou um registro mais exato e padronizado dos sinais e sintomas relatados e também dos diferentes dados sócio-demográficos e clínico dos casos (Scott *et al*, 2006; Gómez *et al*, 2009; 2010). Alguns estudos têm mostrado que a coleta retrospectiva de dados impõe o aparecimento de vieses emocionais ou decorrentes do processo de negação da doença que podem distorcer a lembrança dos fatos pelo paciente. Estes fatos podem aumentar o peso da subjetividade da informação, introduzindo vieses e erros significativos na estimativa do atraso no diagnóstico (Amir *et al*, 1999; Allison *et al*, 1998; Abdo *et al*, 2007).

Além disto, baseamos nossas análises comparativas nos valores de mediana do atraso. Este procedimento tem sido recomendado e adotado em

função da grande variabilidade dos valores encontrados, especialmente aqueles mais altos, que tendem a elevar sobremaneira os valores médios (Pitiphat *et al*, 2002; Onizawa *et al*, 2003; McGurk *et al*, 2005). Tomando a Tabela 1 como exemplo – e, por extensão, as Tabelas 3 e 5 – percebe-se que os desvios padrões observados, em geral, foram maiores que as próprias médias. Para algumas categorias percebe-se, inclusive, uma inversão da dimensão do atraso quando comparamos médias e medianas. Ainda mais, fazendo uma análise de distribuição dos dados (D'Agostino & Pearson, preconizada pelo *software* Graphpad Prism) previamente as análises estatísticas comparativas, percebemos que os dados foram considerados não paramétricos, reforçando nossa opção pelas medianas. Este entendimento também permeou a utilização das medianas para outras avaliações, seguindo procedimentos semelhantes adotados por outros autores (Guggenheimer *et al*, 1989; Wildt *et al*, 1995; Scott *et al*, 2006; Rogers *et al*, 2007; Yu *et al*, 2008; Gao & Guo, 2009; Gómez *et al*, 2010). E, finalmente, as variáveis foram estratificadas em duas ou três categorias. Se de um lado perdemos na análise pela condensação dos dados, o procedimento favorece o poder estatístico da análise frente a uma amostra de tamanho moderado.

No presente estudo, utilizamos uma amostra de casos consecutivamente atendidos em um complexo hospitalar universitário, que inclui um hospital de câncer, considerados referências para a microrregião do Triângulo Mineiro em Minas Gerais, cuja população é de aproximadamente 3.000.000 de habitantes. Esta região é atendida por dois complexos hospitalares universitários (Universidade Federal de Uberlândia e Universidade Federal do Triângulo Mineiro) e dois importantes hospitais de câncer (Hospital do Câncer em Uberlândia e Hospital de Câncer Hélio Angotti, em Uberaba-MG), envolvidos no processo de diagnóstico e prevenção de câncer. Não obstante, nossos resultados mostraram quão longo tem sido o atraso atribuído ao paciente no processo de diagnóstico do câncer bucal, que chegou a 9 meses (263 dias). Este intervalo de tempo foi o maior registrado no processo de diagnóstico neste estudo, reproduzindo dados observados em outros países, especialmente do terceiro mundo (Kowalski *et al*, 1994; Khoo *et al*,

1998; Kerdpon & Sriplung, 2001; Gervásio *et al*, 2001; Carvalho *et al*, 2002; Brouha *et al*, 2007; Oliveira *et al*, 2006; Abdo *et al*, 2007; Campos *et al*, 2007; Sargeran *et al*, 2009). Em geral, as médias observadas nestes serviços foram superiores aos de países do primeiro mundo, inferiores a 5 meses (Rubright *et al*, 1996; Pitiphat *et al*, 2002; Brouha *et al*, 2007). Entretanto, nossos dados também superam aqueles observados em um estudo na Argentina (Morelatto *et al*, 2007). Embora os países do primeiro mundo tenham uma tendência para atrasos menores, há relatos eventuais de atrasos mais consideráveis, próximos e maiores que quatro meses (Elwood & Gallagher, 1985; Wildt *et al*, 1995). Diferenças maiores entre países do primeiro e terceiro mundo, ou entre estes têm sido justificadas pela presença de serviços de saúde menos organizados e eficientes no processo de diagnóstico do câncer (Kerdpon & Sriplung, 2001; Sargeran *et al*, 2009). Pode-se perceber também pelos nossos resultados que o atraso do paciente foi o maior responsável pelo total do atraso no diagnóstico (Wildt *et al*, 1995; Carvalho *et al*, 2002; Yu *et al*, 2008; Sargeran *et al*, 2009; Gómez *et al*, 2010).

A análise dos resultados relacionados ao atraso no diagnóstico do câncer apresenta complexidades que merecem ser discutidas cuidadosamente. Muito embora não seja possível identificar objetivamente o que define temporalmente o atraso no diagnóstico, tentativas variadas têm sido feitas de verificar o que o tempo identificado como tal representa na evolução do tumor e quais os fatores estariam implicados nas variações identificadas. Como mencionado previamente, há uma lógica que norteia as investigações sobre o atraso: acredita-se que a demora do diagnóstico (atraso) implique em pior prognóstico para o paciente, baseado no fato de que a progressão tumoral é dependente do tempo, e determina a evolução do tumor para estágios avançados (Kowalski *et al*, 1994; Scott *et al*, 2005). Assim, a identificação dos fatores motivadores desta demora observada no diagnóstico permitiria o desenvolvimento de estratégias preventivas que favorecessem o diagnóstico precoce com expectativas de melhora do prognóstico do câncer.

Neste estudo, as diferentes variáveis estudadas apresentaram categorias em que as medianas do atraso foram maiores, como por exemplo:

sexo masculino, pacientes idosos (> 60 anos) e melanodermas, solteiros, inativos (aposentados e desempregados), não referenciados por profissionais de saúde, que não são usuários de produtos de fumo e álcool, com lesões menores, em estágio inicial, localizadas em lábio e assintomáticas. Todavia, apenas duas categorias mostraram significância estatística, a saber: sexo e presença de dor. Assim, pacientes do sexo feminino apresentaram menor atraso que os do sexo masculino. Os pacientes sem sintomatologia dolorosa apresentaram menor atraso que os pacientes com dor. Novamente, nossos achados neste sentido são pontualmente concordantes e discordantes da literatura, revelando também uma aparente dificuldade de se encontrar um caminho convergente para seu significado (Wildt *et al*, 1995; Allison *et al*, 1998; Kantola *et al*, 2001; Kumar *et al*, 2001; Onizawa *et al*, 2003; Brouha *et al*, 2007; Rogers *et al*, 2007; Gómez *et al*, 2009).

Destes resultados, um chama particularmente a atenção, que é a relação do atraso com o estadiamento ou a dimensão tumoral no momento do diagnóstico, em função da admitida relação entre o atraso, estágios avançados e o prognóstico do câncer. Em nosso estudo, não identificamos nenhuma diferença significativa no atraso do paciente e atraso total entre os casos de doenças avançadas e doenças em estágios iniciais. Somente o fato de que lesões menores apresentam maiores medianas de atraso. Além disto, foi observado que as lesões intermediárias apresentavam menor risco de atraso, com associação estatisticamente significativa. Somente foi observada associação entre atraso total e dimensão da lesão, chamando a atenção de que as dimensões menores apresentaram menores atrasos. Não obstante, as medianas de atraso para lesões menores e em estágios precoces fossem sempre maiores. A propósito, nossos resultados somam-se aqueles que também não evidenciaram esta relação (Wildt *et al*, 1995; Allison *et al*, 1998; Kantola *et al*, 2001; Kerdpon & Sriplung, 2001; Onizawa *et al*, 2003; Alho *et al*, 2006; Goy *et al*, 2009), introduzindo mais dúvidas sobre a existência de uma real relação entre estes eventos (Kumar *et al*, 2001; Morellato *et al*, 2007; Gómez *et al*, 2009; Sargeran *et al*, 2009). Parte desta discrepância, como já foi salientada, justifica-se pelo desenho de estudo, da amostra utilizada, dos

parâmetros de definição do atraso e das análises estatísticas realizadas (Scott *et al*, 2006; Goy *et al*, 2009; Gómez *et al*, 2010). Nossos resultados mostraram que esta relação aparentemente não existe.

Para alguns autores este resultado não parece fortuito, merecendo maiores reflexões. Amir *et al* (1999) e Scott *et al* (2005) destacam a existência de elementos idiossincráticos nesta relação que não são totalmente identificáveis e compreensíveis. A propósito, os autores chamam a atenção para as variações nos períodos de atraso no diagnóstico que não se relacionam de forma objetivamente reconhecível com os estágios e dimensões tumorais identificados no momento do diagnóstico: ora temos maiores atrasos relacionados com doenças iniciais e menores atrasos com doenças iniciais, ora temos o inverso, como já exposto. Este fenômeno envolve, a rigor, aspectos relacionados à própria doença, ao paciente que a percebe e ao profissional que faz o seu diagnóstico.

De forma especial, os eventos relacionados ao paciente são importantíssimos neste contexto, especialmente porque a grande maioria das lesões não é diagnosticada por uma busca ativa realizada pelos profissionais, mas pela percepção de sintomas que motivam o paciente na busca do esclarecimento do problema de saúde. Esta dinâmica está associada a percepção dos sintomas pelo paciente, a sua interpretação como sendo eles impactantes, traduzindo alterações que ameacem a sua saúde (o seu bem estar), identificados como sendo graves e representativos de doenças importantes no imaginário do paciente (associado a uma doença específica) e, também, sua decisão em procurar o profissional. Neste complexo circuito, há que se considerar alguns fatores que podem influenciar diretamente a resposta do paciente: 1) sua experiência prévia com aqueles sintomas; 2) percepção da urgência; 3) nível de conhecimento e consciência do problema que motivou a atenção do paciente; 4) grau de impacto sócio-funcional que aqueles sintomas representam na avaliação do paciente (Amir *et al*, 1999). Como salienta Smith *et al* (2005), as razões para a demora na procura do profissional estariam relacionadas também à presença de sintomas que o paciente interpreta como sendo trivial, expressão de lesões bucais menores, portanto menos urgentes.

Não raramente, os pacientes com câncer bucal já tiveram experiências com lesões ulceradas, assintomáticas ou dolorosas, com curso benigno, como afta recorrente, herpes, traumas de variados tipos que interferem na percepção de sua gravidade (Scott *et al*, 2005) e motivam seu negligenciamento (Amir *et al*, 1999; Abdo *et al*, 2007; Kowalski *et al*, 1994; Carvalho *et al*, 2002). Assim, antes, servem-se da automedicação, discutem os sintomas com amigos e família, até o convencimento de que devem procurar o profissional para definir melhor o significado de suas queixas. E mais, a presença de lesões potencialmente malignas na história natural do câncer bucal, especialmente para o CEB, potencializa estes argumentos. Estas lesões, de curso usualmente assintomáticas e crônicas, também simulam outras doenças que não despertam atenção do paciente para a gravidade do problema (Scott *et al*, 2008)

Portanto, os resultados discrepantes levam a necessidade de considerar neste processo fatores relacionados à biologia tumoral que poderiam influenciar no aparecimento dos sintomas e na sua percepção pelos pacientes (Kowalski *et al*, 2001; McGurk *et al*, 2005; Scott *et al*, 2005). Nesta visão, duas razões têm sido colocadas para explicar a ausência de correlação entre estágio da doença e o atraso no diagnóstico: a primeira refere-se a diferenças intrínsecas na agressividade do tumor, determinando o tamanho do tumor e seu estágio no diagnóstico. Alguns tumores crescerão e atingirão estágios avançados em curto tempo em função do ritmo de crescimento tumoral; por outro lado, tumores de crescimento lento são diagnosticados em estágios precoces mesmo após longo tempo de crescimento. Alguns casos apresentam na sua história natural um estágio pré-maligno assintomático que pode se estender por longos períodos, influenciando positivamente no diagnóstico precoce, mesmo após longo intervalo de evolução (Scott *et al*, 2005). Esta possibilidade impõe a análise de uma segunda situação que seria a presença ou não de sintomas durante o crescimento tumoral: tumores silenciosos *versus* tumores sintomáticos. Tumores sintomáticos podem favorecer uma percepção precoce do paciente, independente da cinética do seu crescimento. Assim, parece um erro assumir que o tamanho do tumor

esteja exclusivamente relacionado com sintomatologia, e vice-versa (Wildt *et al*, 1995; Rubright *et al*, 1996; Carvalho *et al*, 2002; Scott *et al*, 2005; Gómez *et al*, 2010). Segundo os referidos autores, em uma das séries estudadas, 15% dos tumores foram diagnosticados em estágios avançados, assintomáticos. Se estes pacientes se apresentassem tão logo surgissem os sintomas, eles não teriam atraso, e, portanto, não haveria correlação entre atraso e estágio avançado da doença. Na série de McGurk *et al* (2005) quase 30% apresentaram com este padrão de expressão clínica, reforçando esta dissociação entre atraso baseado na expressão de sintomatologia e o estágio da doença.

Completando esta discussão, três situações devem ser consideradas de forma distinta, podendo expressar significados também diferentes: doença precoce, diagnóstico precoce e a precocidade temporal de desenvolvimento da lesão e de seu diagnóstico. Doença precoce é entendida dentro do processo de estadiamento clínico aquela doença com dimensões inferiores a 2 cm, localizando-se exclusivamente no sítio primário do diagnóstico. Não há menção, neste caso, ao tempo transcorrido de progressão da lesão até aquele estágio. Diagnóstico precoce, portanto, está relacionado ao diagnóstico de lesões que são caracterizadas como doenças em estágios precoces, também não tendo nenhuma vinculação com o tempo de evolução da doença propriamente dita. E, por último, precocidade temporal de desenvolvimento da lesão que, em última análise, seria a melhor situação para se considerar na procura do diagnóstico que favoreça o prognóstico para o paciente. Para tal, ainda não existe nenhum dado objetivo que permita reconhecer este momento. Por isto, a busca ativa da lesão suspeita pelo profissional deve ser perseguida como procedimento mais eficaz para oportunizar, juntamente com a educação do paciente, já que apenas esta pode não ser eficiente, já que se baseia principalmente na expressão sintomatológica da lesão.

Nesta mesma linha de raciocínio, podemos justificar a aparente ausência de relação entre o atraso do paciente (e total) com o prognóstico do paciente, mais especificamente sobrevida, considerando a representatividade do estadiamento da doença neste processo, não obstante as medianas de

atraso dos pacientes que evoluíram para óbito tivessem sido maiores entre os pacientes que evoluíram para óbito (atraso do paciente, 180 dias; atraso total, 191 dias, dados não mostrados), nenhuma diferença estatisticamente significativa tenha sido encontrada. Estes dados também não nos parecem fortuitos, desde que reproduzem os achados prevalentes na literatura (Guggenheimer *et al*, 1989; Dimitroulis *et al*, 1992; Kowalski *et al*, 1994; Gorsky & Dayan, 1995; Wildt *et al*, 1995; Dhooge *et al*, 1996; McGurk *et al*, 2005).

Nossos achados também revelaram que tanto o atraso do paciente como o atraso total apresentou diferenças para a variável sexo e presença de dor.

As medianas de atraso para o sexo feminino mostraram menores valores para o sexo masculino. Contudo, houve uma maior associação entre atraso no diagnóstico com os pacientes do sexo feminino. Atrasos menores têm sido observados para mulheres em outros estudos (Onizawa *et al*, 2003; Sargeran *et al*, 2009), embora haja controvérsias, enquanto para outros as médias ou medianas de atraso para o sexo feminino foram maiores (Elwood & Gallagher, 1985; Abdo *et al*, 2007; Campos *et al*, 2007; Morelatto *et al*, 2007; Yu *et al*, 2008). Diferentemente dos nossos achados, contudo, a grande maioria dos estudos não tem observado associação de atraso total ou do paciente com o diagnóstico do câncer bucal (Jovanovic *et al*, 1992; Kowalski *et al*, 1994; Hollows *et al*, 2000; Kerdpon & Sriplung, 2001; Pitiphat *et al*, 2002; Onizawa *et al*, 2003; Abdo *et al*, 2007). Apenas Elwood & Gallagher (1985) encontraram uma diferença que foi marginalmente significativa.

Assim, nosso achado deve ser analisado cautelosamente quanto ao seu significado, tendo em vista a complexidade de sua representatividade no contexto psico-sócio-econômico-cultural da amostra em estudo. Tem sido demonstrado que mulheres são mais atentas às necessidades de dar mais atenção à saúde, traduzida por sua maior frequência de consultas ao clínico geral (médico), comparativamente aos homens (Scott-Montcrieff, 1994; Pitiphat *et al*, 2002). Paralelamente, há evidências de que as mulheres notam sintomas precocemente ou mesmo na fase pré-neoplásica da doença. Esta constatação vem do fato que as mulheres apresentam uma consciência somática maior que

os homens, tendo, ademais, uma tendência de dar atenção seletiva aos sinais corporais que denotam alterações (Sheilds *et al*, 1989; Cecile *et al*, 1997). Soma-se a isto que, no Brasil, há evidências objetivas que as mulheres utilizam com maior frequência os serviços públicos de saúde (Bordin & Bortolomiol, 1993) o que, a priori, favoreceria mais oportunidades para o diagnóstico precoce do câncer. Por outro lado, não é improvável admitir que sobre elas parecem recair o maior peso na administração das tarefas do lar, especialmente nas famílias de classes sociais inferiores – como as da presente amostra, cabendo ao homem o papel central do homem no custeio das despesas da família. Este aspecto poderia também influenciar o comportamento do homem que, teria maior tendência de adiar sua consulta até o momento que os sinais disfuncionais predominassem, induzindo-o a procurar atenção médica. Estes aspectos necessitariam de maior aprofundamento no intuito de reconhecer reais fatores motivadores deste comportamento. Estes dados ajudam a entender que embora as mulheres em geral apresentem maiores risco de atraso, elas mostram um tempo menor que o homem.

Ausência de sintomas ou sintomatologia discreta poderia também induzir ao diagnóstico de doença benigna, contribuindo da mesma forma para o atraso no diagnóstico (Carvalho *et al*, 2002; Alvi *et al*, 1996). Influenciaria neste contexto, o baixo nível cultural da população, sua reduzida acessibilidade a conceitos de prevenção e sua baixa repercussão destes na saúde da população de risco. Este perfil sócio-demográfico tem sido historicamente relacionado à população não-branca, especialmente a de cor negra, que, a propósito, predomina nesse estudo. Embora dados referentes a cor de pele não tivessem sido associados ao atraso do paciente ou mesmo total, a mediana observada para o grupo de pacientes melanodermas foi mais alto.

A presença de dor, por outro lado, também foi associada a maiores tempos de atraso, notadamente para o atraso total. Este achado contraria alguns estudos cujos resultados evidenciam ausência de diferenças ou a associação da sintomatologia, estadiamento e dimensão da lesão com o atraso do paciente no diagnóstico (Elwood & Gallagher, 1985; Gugenheimer *et al*,

1989; Jovanovic *et al*, 1992; Wildt *et al*, 1995; Rubright *et al*, 1996; Carvalho *et al*, 2002).

É bem verdade, que lesões em estágios avançados de progressão são com maior frequência, sintomáticas (Neville *et al*, 2004). Contudo, como discutido anteriormente, esta relação não é facilmente compreensível, e não se deve, a priori, associar a idéia de sintomatologia com a presença de lesões maiores e um estágio de desenvolvimento avançado. Assim, os achados sugerem que as lesões aqui estudadas atingiram um estágio de progressão que favoreceu o aparecimento de fenômenos biológicos indutores de dor como intensa inflamação, presença de necrose, invasão neural, independentemente da sua dimensão. Esta relação, contudo não pode ser constatada, tendo em vista que não foram realizadas observações histológicas com esta finalidade. No presente estudo não houve a preocupação em estratificar a sintomatologia quanto ao estágio da lesão e vice-versa. Mas, pode-se perceber que as lesões de menores dimensões tiveram medianas maiores. Isto então confirmaria que realmente a sintomatologia associada ao menor atraso deve ter relação com a biologia do tumor (Scott *et al*, 2005; Gómez *et al*, 2010). Resumindo, as observações realizadas mostram que embora as medianas das lesões menores mostrem maiores atrasos, as lesões com estágios avançados apresentam menores medianas de atraso. Juntos, estes achados podem também sugerir que no processo de identificação dos sintomas pelo paciente o tamanho da lesão por si desperta menor atenção do paciente que a presença de outros sinais como, por exemplo, nódulos cervicais metastáticos que caracterizam estágios mais avançados do câncer.

Nossos resultados mostraram que apenas a variável sexo apresentou-se estatisticamente associada ao atraso profissional no diagnóstico do câncer bucal. No caso específico, a mediana desta variável foi maior que aquela encontrada para os homens. É importante lembrar que o tempo relacionado ao profissional implica em aumentar ou diminuir o tempo total do diagnóstico, sendo fundamental o seu conhecimento e as ações que minorem este prazo. Poucos estudos foram produzidos com este objetivo, já que é mais usual atribuir o atraso as características de preparo e atuação profissional (Shafer,

1975; Canto *et al*, 2002). Objetivamente, o diagnóstico do câncer depende basicamente de ambos os fatores: astúcia do profissional e capacidade do paciente em identificar e interpretar os sinais mais precoces da doença. Do clínico a busca ativa, vinculada a conhecimentos e treinamentos sobre história natural da doença e os principais sinais de alerta da doença, incluindo sua apresentação clínica quando de novo e das alterações potencialmente malignas, a partir da identificação de pacientes de risco, ou seja, pacientes submetidos a exposição dos principais fatores causais da doença (Allison *et al*, 1998; McGurk *et al*, 2005; Gómez *et al*, 2010).

Na literatura, algumas causas do atraso profissional devido a fatores dos pacientes têm sido sugeridas a saber: sócio-demográficas (idade, sexo e raça); experiências prévias individuais ou familiares com problemas de saúde; ausência de conhecimento de fatores de risco (álcool e fumo); interpretação dos sinais e sintomas e co-morbididades, sem ter ainda, resultados conclusivos (Allison *et al*, 1998; Gómez *et al*, 2010). Nossos achados, de certa forma, contrariam os achados observados para os pacientes, em que as mulheres teriam menores medianas de atraso que os homens. Por outro lado, seriam convergentes com o fato de que as mulheres apresentam maiores risco de produzir atrasos no diagnóstico. Os resultados obtidos aqui podem sugerir que características sócio-demográficas e econômico-culturais relativas às mulheres poderiam influenciar também no tempo de atraso profissional. Vale lembrar que várias decisões relacionadas ao diagnóstico definitivo, dependentes da ação profissional, podem depender das atitudes do paciente. Um bom exemplo disto é o fato de que, diante de uma suspeita, o paciente precisa aderir aos procedimentos de investigação patrocinados pelos profissionais, como, por exemplo, a realização de exames específicos para diagnóstico, como biópsia. Por trás desta decisão, estariam fatores do paciente como medo do diagnóstico final, negação da doença, percepção da urgência no diagnóstico, por exemplo. Estudos focados nesta possibilidade deveriam ser considerados para aprofundar esta relação.

Nosso estudo mostra que há ainda dúvidas quanto à relação que os diferentes fatores pertinentes ao paciente e ao profissional poderiam ter com o

atraso no diagnóstico do câncer. Todavia, é importante considerar a necessidade de estudá-los a partir do significado percebido pelos próprios pacientes afetados e pelos profissionais envolvidos no diagnóstico, considerando o contexto da representação sócio-cultural que estes fatores teriam na tomada de decisão dos indivíduos envolvidos neste processo. A abordagem exploratória desenvolvida neste trabalho abre caminho a estas possibilidades considerando as especificidades da amostra estudada nesta relação.

CONCLUSÕES

1. Considerando os parâmetros de atraso no diagnóstico do câncer bucal utilizados neste estudo, constatamos que a maioria dos casos de CEB atendidos no Complexo Hospitalar da Universidade Federal de Uberlândia apresenta atraso no diagnóstico tanto referente ao paciente como referente ao profissional.
2. Dentro do tempo de atraso total verificado para o diagnóstico do CEB, a maior parte do atraso foi relacionada ao paciente. Embora também observado, o atraso profissional foi responsável por uma parcela menor no atraso do diagnóstico do câncer.
3. As variáveis dor e sexo apresentaram tempos de atrasos significativamente diferentes para o paciente: pacientes do sexo feminino apresentam medianas de atraso significativamente menores, enquanto pacientes apresentando lesões dolorosas mostraram medianas maiores que aqueles pacientes sem dor.
4. Apenas a variável dimensão da lesão foi significativamente associada ao atraso do paciente. Pacientes com lesões intermediárias apresentaram menor risco de atraso em relação aos pacientes com lesões de outras dimensões.
5. Embora houvesse diferenças entre as medianas dos atrasos no diagnóstico referentes ao profissional, nenhum destes valores foi significativamente diferente. Não obstante, somente a variável sexo dos pacientes foi associada ao atraso profissional: pacientes do sexo feminino apresentaram maior risco de atraso profissional no diagnóstico do câncer.
6. Para o atraso total, foi observado que as variáveis sexo e presença de dor apresentaram valores de medianas estatisticamente diferentes, com a mesma tendência observada para o atraso do paciente no diagnóstico do câncer bucal.

7. Os atrasos observados para o paciente, profissional e total apresentaram valores semelhantes a outras experiências nacionais e internacionais.
8. Somente a variável dimensão da lesão apresentou associação com o atraso total no diagnóstico do câncer bucal, seguindo também a tendência observada para o que foi observado no atraso do paciente.
9. Estes fatos reforçam que não houve associação do tempo de atraso do paciente com a progressão da lesão, e, conseqüentemente com o seu estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abdo EN, Garrocho AA, Barbosa AA, Oliveira EL, Filho LF, Negri SLC, Pordeus IA. Time elapsed between the first symptoms, diagnosis and treatment of oral cancer patients in Belo Horizonte (MG), Brazil. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. 2007; 12: e469-e473.
2. Alho O, Teppo H, Mäntyselkä P, Kantola S. Head and neck cancer in primary care: presenting symptoms and the effect of delayed diagnosis of cancer cases. **CMAJ** 2006; 174: 779-784.
3. Allison P, Locker D, Feine JS. The role of diagnostic delays in the prognosis of oral cancer: a review of the literature. **Oral Oncol**. 1989; 34: 161–170.
4. Allison P, Franco E, Feine J. Predictors of professional diagnostic delays for upper aerodigestive tract. **Oral Oncol**. 1998; 34: 127-132.
5. 74.5. Alvi A. Oral Câncer: how to recognize the danger signs. **Postgrad Med** 1996; 99(4):149-52, 155-6.
6. 75.6. Amir Z, Kwan SY, Landes D, Feber T, Williams AS. Diagnostic delays in head and neck cancers. **Eur J Cancer Care** 1999; 8(4):198-203.
7. Antunes JL, Biazevic MG, de Araújo ME, Tomita NE, Chinellato LE, Narvai PC. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in São Paulo, Brazil, 1980-1998. **Oral Oncol**. 2001; 37: 345-50.
8. Antunes AA, Takano JH, Queiroz TC, Vidal AKL. Perfil epidemiológico do cancer bucal no CEON/HUOC/UPE e HCP. **Odontologia Clin Cient**. 2003; 2: 181-186.
9. 76.9. Barners L, Everson JW, Reichart P, Sidransky D. Pathology and genetics of head and neck tumors. **WHO**, 2005.
10. Bordin R & Bortolomiol L. Frequência aos serviços de saúde. **Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul**. 1993; 13: 66-72.
11. Brouha XDR, Tromp DM, Koole R, Hordijk GJ, Winnubst JAM, De Leeuw JRJ. Professional delay in head and neck cancer patients: analysis of the diagnostic pathway. **Oral Oncol**. 2007; 43: 551-556.
12. Bruun JP. Time lapse by diagnoses of oral cancer. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**. 1976; 42: 139-149.

13. Campos JLG, Chagas JFS, Magna LA. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. **Rev Bras Cir Cab Pesc**. 2007; 36: 65–68.
14. Canto MT, Horowitz AM, Druty TF, Goodman HS. Maryland family physician's knowledge, opinions and practices about oral cancer. **Oral Oncol**. 2002; 38: 416-424.
15. Carvalho AL, Pintos J, Schlecht NF, Oliveira BV, Fava AS, Curado MP, Kowalski LP, Franco EL. Predictive factors for diagnosis for advanced-stage squamous cell carcinoma of the head and neck. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**. 2002; 128: 313-318.
16. Cecile MT, Van Wijk G, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms: the theory contribution of symptom perception theory. **Soc Sci Med**. 1997; 45: 2331-2346.
17. Dib LL, Santos Pinto D, Sanvitto LC, Contosini H, Ombardo V, Franco E. determinantes de sobrevida em câncer de boca: fatores sócio-demográficos e anatômicos. **Rev Bras Cir Cab Pesc**. 1990; 14: 1-9.
18. Diz-Dios P, Padroín-Gonzalez N, Seoane-Lestoín J, Tomas-Carmona I, Limeres-Posse J, Varela-Centelles P. "Scheduling delay" in oral cancer diagnosis: a new protagonist. **Oral Oncol**. 2005; 41: 142–146.
19. Dimitroulis G, Reade P, Wiesenfeld D. Referral patterns of patients with oral squamous cell carcinoma, Austrália. **Oral Oncol Eur J Cancer** 1992; 28B: 23-27.
20. Dhooge I J, Alberst FWJ, van Cauwenberge PB. Clinical characteristics and diagnostic delay of head and neck cancer: results from a prospective study in Belgium. **European Journal of Surgical Oncology** 1996; 22: 354-358.
21. Elwood JM, Gallagher RP. Factors influencing early diagnosis of cancer of the oral cavity. **Can Med Assoc J**. 1985; 133: 651-656.
22. Faria PR, Cardoso SV, De A, Nishioka S, Silva SJ, Loyola. AM. Clinical presentation of patients with oral squamous cell carcinoma when first seen by dentist or physician in a teaching hospital in Brazil. **Clin Oral Invest**. 2003; 7: 46–51.
23. Gao W, Guo CB. Factors related to delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma. **J Oral Maxillofac Surg**. 2009; 67: 1015-1020.
24. Gervásio OLAS, Dutra RA, Tartaglia SM, Barbosa AA, Aguiar MCF. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. **Braz Dent J**. 2001; 12: 57-561.

25. Gomez I, Seoane J, Varela-Centelles P, Diz P, Takkouche B Is diagnostic delay related to advanced stage oral cancer? A meta-analysis **Eur J Oral Sci.** 2009; 117: 541–546.
26. Gómez I, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles PI, López-Jornet P, Suárez-Cunqueiro M, Diz-Dios P, Seoane J. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? **Oral Dis.** 2010; 16: 333-342.
27. Gorsky M, Dayan D. Referral delay in diagnosis of oro/oropharyngeal cancer in Israel. **Oral Oncol, Eur. J. Cancer** 1995; 31B: 166-168.
28. Goy j, Hall SF, Feldman-Stewart D, Groome PA. Diagnostic delay and disease stage in head and neck cancer: a systematic review. **Laryngoscope** 2009; 119: 889-898.
29. Greene FL, Page D, Morrow M, Balch C, Haller D, Fritz A, Fleming I. AJCC (American Joint Comitte on cancer) **Cancer Staging Manual**, 6^a edição, New York: Springer, 2002.
30. Guggenheimer J, Verbin RS, Johnson JT, Horkowitz CA, Myers EN. Factors delaying the diagnosis of oral and oropharyngeal carcinomas. **Cancer** 1989; 64:932-935.
31. Hollows P, McAndrew PG, Perini MG. Delays in the referral and treatment of oral squamous cell carcinoma. **Br Dent J.** 2000; 188: 262-265.
32. Horowitz AM, Nourjah HCG. US Adult knowledge of risk factors and signs of oral cancers. **JADA** 1995; 126: 39-45.
33. Hutchinson IL. Improving the poor prognosis of oral squamous cell carcinoma. **Br Med J.** 1994; 308: 669-670.
34. Instituto Nacional do Câncer (INCA) Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2009/2010>. Acesso em: 05/02/2010.
35. Jovanovic A, Kostense PJ, Schulten EA, Snow, GB, van Der Waal I. Delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma; A report from the Netherlands. **Oral Oncol Eur J Cancer** 1992; 28B: 37-38.
36. Kantola S, Jokinen K, Hyrykangas K, Mäntyselkä P, Alho OP. Detection of tongue cancer in primary care. **Br J Gen Pract.** 2001; 51: 106–111.
37. Kerdpon D, Sriplung H. Factors related to delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma in **Southern Thailand.** **Oral Oncol.** 2001; 37: 127-131.

38. Khoo SP, Shanmuhasuntharam P, Mahadzir WM, Tay KK, Latif A, Nair S. Factors involved in the diagnosis of oral squamous cell carcinoma in Malaysia. **J Public Health** 1998; 10: 49-51.
39. Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, Fava AS, de Andrade SJ, Ramos G, Oliveira BV, Curado MP. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumor, the patient and health professionals. **Oral Oncol.** 1994; 30B: 167-173.
40. Kowalski LP, Carvalho AL. Influence of time delay and clinical upstaging in the prognosis of the head and neck cancer. **Oral Oncol.** 2001; 37: 94-98.
41. Kumar S, Heller RF, Pandey U, Tewari V, Bala N, Oanh KT. Delay in presentation of oral cancer: a multifactor analytical study. **Natl Med J India** 2001; 14: 13-17.
42. Leite ICG, Koifman S. Survival analysis in a sample of oral cancer patients at a reference hospital in Rio de Janeiro, **Brazil. Oral Oncol.** 1998; 34: 347-352.
43. López-Jornet P, Camacho-Alonso F. New barriers in oral cancer. Patient accessibility to dental examination – A pilot study. **Oral Oncol.** 2006; 42: 1002-1025.
44. Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya S. Factor associated with delay in presentation among younger patients with oral cancer. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** 2004; 97: 707-713.
45. McGurk, Chan C, Jones J, O'regan E, Sherrieff M. Delay in diagnosis and effect on outcome in head and neck cancer. **Br J Oral Maxillofac Surg.** 2005; 43: 281-284.
46. Migliorati CA, Costa EG. Câncer Bucal: Avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. **Rev Bras Cancerol.** 2001; 47: 283-289.
47. Mineo, JR.; Silva, DAO.; Sopenete, MC.; Leal, GS.; Vidigal, LHG.; Tápia, L, ER.; Bacchin, MI. Medidas de biossegurança em pesquisa na área biomédica. In: **Pesquisa na área biomédica: do planejamento à publicação.** Ed. EDUFU, 2005. p. 81-111.
48. Morelato RA, Herrera MC, Fernández EN, Corball AG, López de Blanc SA. Diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma in two diagnosis centers in Córdoba Argentina. **J Oral Pathol Med.** 2007; 36: 405-408.

49. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. **Oral & Maxillofacial Pathology**. 2^a Ed, Philadelphia: W.B. Saunders Co., 2004.
50. Oliveira LR, Silva AR, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. **J Brás Patol Med Lab**. 2006; 42: 385-392.
51. Onizawa K, Nishihara K, Yamagata K, Yusa H, Yanagawa T, Yoshida H. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. **Oral Oncol**. 2003; 39: 781–788.
52. Petti S. Life style risk factor for oral cancer. **Oral Oncol** 2009; 45: 340-350.
53. Peacock ZS, Pogrel MA, Schmidt DC (2008). Exploring the reasons for delay in treatment of oral cancer. **J Amer Dent Assoc** 139: 1346–1352.
54. Pisani P, Parkin DM, Bray F, Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990. **Int J Cancer** 1999; 83: 18–29.
55. Pitiphat W, Diehl SR, Laskaris G, Cartos V, Douglass CW, Zavras AL. Factors associated with delay in the diagnosis of oral cancer. **J Dent Res**. 2002; 81: 192-197.
56. Perussi MR, Denardin OV, Fava S, Rapoport A. Squamous cell carcinoma of the mouth in the elderly in São Paulo. **Rev Assoc Med Bras**. 2002; 48: 341-344.
57. Ries L, Eisner M, Kosary C, Hankey B, Miller B, Clegg L, et al. SEER cancer statistics review, 1973-1997. Bethesda, MD: **National Cancer Institute**, 2000.
58. Rogers SN, Pabla R, Mccorley A, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED. An assessment of deprivation as a factor in the delays in presentation, diagnosis and treatment in patients with oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. **Oral Oncol**. 2007; 43: 648-655.
59. Rubright WC, Hoffman HT, Lynch CF, Kohout FJ, Robinson RA, Graham S, Funk G, McGulloch T. Risk factors for advanced-stage oral cavity cancer. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**. 1996; 122: 621-626.
60. Santos Pinto D. Câncer Bucal - **Aspectos de localização topográfica, de estadiamento e de evolução frente às condutas terapêuticas**. Tese. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, 1976.
61. Sargeran K, Murtomaa H, Safavi SMR, Teronen O. **Delayed diagnosis of oral cancer in Iran: Challenge for prevention**. Quintessence 2009; 7: 69-76.

62. Sciubba JJ. Oral cancer and its detection. History-taking and the diagnostic phase management. **JADA** 2001; 32: 12-18.
63. Schnetler JFC. Oral cancer diagnosis and delays in referral. **Br J Oral Maxillofac Surg.** 1992; 30: 210-213.
64. Scott SE, Grunfeld EA, McGurk M. The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. **Oral Oncol.** 2005; 41: 396-403.
65. Scott SE, Grunfeld EA, McGurk M. Patient's delay in oral cancer: a systematic review. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2006; 34: 337-43.
66. Scott SE, Grunfeld EA, McGurk M. Patient delay for potentially malignant oral symptoms. **Eur J Oral Sci.** 2008; 116: 141-147.
67. Scott-Montcrieff NF. Comparative female to male consultation rates in NHS primary care: extrapolation to the Royal Navy. **J Royal Naval Med Serv.** 1994; 80: 85-89.
68. Scully C, Malamos D, Levers BGH, Porter SR, Prime SS. Sources and patterns of referrals of oral cancer: role of general practitioners. **Br Med J.** 1986; 293: 599-601.
69. Shafer WG. Initial mismanagement and delay in diagnosis of oral cancer. **JADA.** 1975; 90: 1262-1264.
70. Shields SA, Mallory ME, Simon A. The body awareness questionnaire: reliability and validity. **J Pers Assess.** 1989; 53: 802-815.
71. Smith LK, Pope C, Botha JL. Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. **Lancet** 2005; 366: 825-831.
72. Sobin LH, Wittekind CH. UICC TNM Classification of Malignant Tumors. 6th edition. New York: **John Wiley & Sons**, 2002.
73. Teppo H, Alho OP (2008). Relative importance of diagnostic delays in different head and neck cancers. **Clin Otolaryngol.** 2008; 33: 325-330.
74. Tromp DM, Brouha XDR, Hordijk GJ, Winnubst JAM, de Leeuw RJ. Patient and tumour factors associated with advanced carcinomas of the head and neck. **Oral Oncology** 2005; 41: 313-319.
75. UICC (Union Internationale Centre le Cancer). TNM classification of malignant tumours. 4th ed. **Springer-Verlag** ; 1987.

76. Yu T, Wood RE, Tenenbaum HC. Delays in diagnosis of head and neck cancers. **JCDA** 2008; 74: 61-65.

77. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. **Oral Oncol.** 2008; 45: 309-316.

78. Wildt J, Bundgaard T, Bentzen SM. Delay in the diagnosis of oral squamous cell carcinoma. **Clin Otolaryngol.** 1995; 20: 21-25.

| 73.79. Wunch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx câncer in Brazil. **Oral Oncol.** 2002; 38: 737-746.

| 77.80. Zucoloto S, Silva, AR, Oliveira, LR. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. **J Bras Patol Med Lab** 2006; 42: 385-392.

ANEXOS

Nome do paciente: _____ Código de identificação: _____ HC: _____ Onco: _____ Odonto: _____

Questionário de entrevista inicial

A precisão dos dados anotados nesse formulário é fundamental para a aceitação científica desse trabalho

Dados demográficos

Idade: _____ anos Data nascimento: ____/____/____
Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
Cor ou raça informada: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Outra: _____
Estado Civil: _____ Religião: _____

Dados sócio-econômico-culturais

Endereço residencial: _____
Telefones para contato: _____

Profissão nos últimos dez anos: _____
Em atividade: ☐ Sim ☐ Não: ☐ Aposentado ☐ Inválido ☐ Desempregado

Escolaridade: ☐ Analfabeto ☐ Primário completo
☐ Primário incompleto ☐ Secundário completo
☐ Secundário incompleto ☐ Superior completo
☐ Superior incompleto

Renda em salários mínimos: _____

Hábitos alimentares

Frequência em dias em que ingere:
Arroz e feijão: _____ dias / semana Carne: _____ dias / semana Vegetais: _____ dias / semana

Consumo de agentes carcinógenos para a mucosa bucal

Quanto ao consumo de fumo, você: ☐ Nunca fumou ☐ É ex-fumante ☐ É fumante ativo

Qual produto você consome / consumia predominantemente: ☐ Cigarro industrial com filtro
☐ Cigarro de palha / rolo
☐ Cachimbo
☐ Fumo de mascar

Qual é a quantidade consumida por dia: _____
Idade em que iniciou o uso: _____ anos

Usa ou já usou outro tipo de fumo? ☐ Não ☐ Sim, qual? _____

Ex-fumante: há quanto tempo abandonou o hábito? _____

Tem filhos? ☐ Não ☐ Sim: Algum deles consome cigarro? ☐ Não ☐ Sim

Entrevista

Nome do paciente: _____ Código de identificação: _____ HC: _____ Onco: _____ Odonto: _____

Você consome algum tipo de bebida alcoólica? ☐ Não ☐ Sim

Qual o tipo de produto ingerido atualmente ou se ex-etilista, no passado com **maior frequência**?:

☐ Fermentado / cerveja ☐ Destilado / cachaça / whisky

Qual a frequência mais comum de ingestão?

☐ Diária

☐ Semanal

☐ Mensal

☐ Ocasional

Qual a quantidade consumida em cada ocasião?: _____

Qual a idade em que você iniciou o uso: _____

Se ex-etilista, quanto tempo (meses) parou de beber? _____

Higiene e saúde geral e bucal

Sua residência possui:

☐ Água encanada?

☐ Rede de esgoto?

☐ Asfalto na rua?

☐ Rede de energia?

Você teve acesso a alguma dessas benfeitorias há menos de cinco anos? ☐ Não ☐ Sim

Como você geralmente obtém acesso a dentista?

☐ Serviço público / posto de saúde / UAI

☐ Serviço público / faculdade

☐ Atendimento particular / convênio

Como você geralmente obtém acesso a médico?

☐ Serviço público / posto de saúde / UAI

☐ Serviço público / faculdade

☐ Atendimento particular / convênio

Sua última consulta com dentista (fora da UFU) foi relacionada à lesão? ☐ Não ☐ Sim

Com exceção desta, alguma outra lesão relevante em outras partes do corpo foi observada em você ou na sua parceira? _____

Faz uso de prótese removível? Há quanto tempo esta foi confeccionada? _____

Há quanto tempo foi realizada a última consulta com dentista, exceto para examinar a lesão? _____

Por que você procurou tratamento desta lesão?(QUEIXA PRINCIPAL) _____

De quem foi a orientação para procurar tratamento para a doença?

☐ Próprio paciente

☐ Familiares

☐ Farmacêutico

☐ Dentista

☐ Médico

O que você acha que foi a causa da doença? _____

Alguém da sua família já teve câncer: ☐ de boca? ☐ de garganta? ☐ de pulmão? ☐ Outro: _____

Dados sobre a lesão

É dolorosa?

☐ Não ☐ Sim

Apresenta sangramento?

☐ Não ☐ Sim

Há quanto tempo foi notada, até a primeira consulta com um profissional de saúde? (TQI) _____ meses

Tempo de queixa até o primeiro tratamento? (TQT) _____ meses

Quem primeiro viu a lesão?

☐ Próprio paciente

☐ Familiares

☐ Farmacêutico

☐ Dentista

☐ Médico

Entrevista

Nome do paciente: _____ Código de identificação: _____ HC: _____ Onco: _____ Odonto: _____

Formulário de dados iniciais

A precisão dos dados anotados nesse formulário é fundamental para a aceitação científica desse trabalho

Nome: _____

RG: _____ Órgão emissor: _____ Data Expedição ____/____/____ CPF: _____

Nome da mãe _____

Endereço residencial:

(Rua, Av., etc.): _____ Nº.: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade de Origem: _____

CEP: _____ Naturalidade _____

Telefone: Próprio: (____) _____ Trabalho: (____) _____
Contato: (____) _____ (pessoa de referência: _____)

Data de entrada na UFU para tratamento dessa lesão em boca: ____/____/____

Prontuários: Hospital de Clínicas: _____ Hospital do Câncer: _____ Odontologia: _____

Laudos de anatomia-patológica:

1. Número: _____ Diagnóstico: _____

Finalidade:

☐ Diagnóstico inicial ☐ Cirurgia ☐ Recidiva ☐ Outro: _____

Margem: ☐ Livre ☐ Comprometida

Obs.: _____

Localização da lesão: _____

Clínica: _____ Profissional: _____

Data da realização: ____/____/____ Data do laudo: ____/____/____

2. Número: _____ Diagnóstico: _____

Finalidade:

☐ Diagnóstico inicial ☐ Cirurgia ☐ Recidiva ☐ Outro: _____

Margem: ☐ Livre ☐ Comprometida

Obs.: _____

Localização da lesão: _____

Clínica: _____ Profissional: _____

Data da cirurgia: ____/____/____ Data do laudo: ____/____/____

Outros laudos: Nº.: _____ Data: ____/____/____ Obs.: _____

Nº.: _____ Data: ____/____/____ Obs.: _____

Nº.: _____ Data: ____/____/____ Obs.: _____

Nº.: _____ Data: ____/____/____ Obs.: _____

Data de início de tratamento: ____/____/____ Modalidade: ☐ Cirurgia ☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia

Entrevista

Nome do paciente: _____ Código de identificação: _____ HC: _____ Onco: _____ Odonto: _____

Formulário de dados relativos à resposta terapêutica e ao acompanhamento

A precisão dos dados anotados nesse formulário é fundamental para a aceitação científica desse trabalho

Data da consulta anterior de acompanhamento: ____ / ____ / ____

Tamanho da lesão primária na consulta anterior: _____ cm

Tamanho da atual da lesão primária: _____ cm

AVALIAÇÃO PARA SEGUIMENTO

Data: ____ / ____ / ____

Apresentação do paciente:

- ☐ Vivo, sem doença (VSD)
- ☐ Vivo, com doença primária (VCDprm)
- ☐ Vivo, com doença recidivada (VCDrec)
- ☐ Vivo, com metástase regional (VCDmereg)
- ☐ Vivo, com metástase à distância (VCDmedist)
- ☐ Óbito relacionado ao câncer (ORC) data: ____ / ____ / ____
- ☐ Óbito não relacionado ao câncer (OñRC) data: ____ / ____ / ____

Estado clínico geral:

- ☐ Ruim ☐ Regular ☐ Bom

Evolução em relação à avaliação anterior:

- ☐ Resposta completa (ausência de lesão)
- ☐ Resposta parcial (redução maior que 50%, ausência de novos focos)
- ☐ Doença estável (redução menor que 50%)
- ☐ Doença progressiva (aumento da lesão ou surgimento de novas lesões)
- ☐ Recidiva local (em sítio anteriormente livre de doença)
- ☐ Recidiva regional (linfonodal)
- ☐ Detecção de metástases à distância órgão: _____

Próxima consulta marcada: ____ / ____ / ____

Entrevista

Nome do paciente: _____ Código de identificação: _____ HC: _____ Onco: _____ Odonto: _____

Formulário de dados clínicos

A precisão dos dados anotados nesse formulário é fundamental para a aceitação científica desse trabalho

Região anatômica afetada
pela lesão primária:

- ☐ Cavidade bucal
☐ Faringe
☐ Laringe

Localização específica principal da lesão primária:

- ☐ Lábio inferior
☐ Assoalho bucal
☐ Borda lateral / base de língua
☐ Ventre lingual
☐ Rebordo gengival
☐ Trígono retromolar
☐ Mucosa de bochecha (comissura)
☐ Palato mole
☐ Pilares amigdalídeos
☐ Tonsilas
☐ Orofaringe
☐ Laringe
☐ Cordas vocais
☐ Glândulas salivares menores: _____
☐ Parótida
☐ Submandibular
☐ Sublingual
☐ Outros: _____

Extensão da lesão primária para sítios adjacentes:

- ☐ Lábio inferior
☐ Assoalho bucal
☐ Borda lateral / base de língua
☐ Ventre lingual
☐ Rebordo gengival
☐ Trígono retromolar
☐ Mucosa de bochecha (comissura)
☐ Palato mole
☐ Pilares amigdalídeos
☐ Tonsilas
☐ Orofaringe
☐ Laringe
☐ Outros: _____

Extensão no maior diâmetro da lesão primária:

- ☐ Até 2cm
☐ Entre 2cm e 4cm
☐ > 4cm, sem invasão de estruturas adjacentes
☐ > 4cm, com invasão de estruturas adjacentes

Descrição principal
da lesão primária:

- ☐ Úlcera
☐ Leucoplásica
☐ Eritroplásica
☐ Tumoração

Descrição secundária
da lesão primária:

- ☐ Úlcera
☐ Leucoplásica
☐ Eritroplásica
☐ Tumoração

Outras lesões presentes? (Não) (Sim): _____

Sintomatologia:

- ☐ Dor fraca
☐ Dor intensa
☐ Disfagia
☐ Disfonia
☐ Dispneia
☐ Trismo
☐ Boca seca
☐ Aumento da salivação
☐ Ardência
☐ Outro: _____

Apresentação geral do paciente:

- ☐ Normal
☐ Debilitado

Disseminação regional para linfonodos?

- ☐ Não
☐ Sim:
☐ Ipsilaterais
☐ Bilaterais
☐ Contralaterais

☐ Até 3 cm
☐ Entre 3cm e 6cm
☐ Maiores que 6cm

Metástases distantes presentes?

- ☐ Não
☐ Sim: _____

Segundo Primário:

Localização: _____

Data descoberta: ____/____/____

Tratamento: _____

TNM : _____
inicial

TNM : _____
atual

Entrevista

Nome do paciente: _____ Código de identificação: _____ HC: _____ Onco: _____ Odonto: _____

Formulário de dados relativos ao tratamento

A precisão dos dados anotados nesse formulário é fundamental para a aceitação científica desse trabalho

Tamanho da lesão no início do tratamento: _____ centímetros no maior diâmetro

☐ Tratamento cirúrgico

Especialidade: _____

Médico responsável: _____

Coleta de material para rotina? ☐ Sim ☐ Não

Coleta de material para congelação? ☐ Sim ☐ Não

Data: ____ / ____ / ____

Descrição sumária do procedimento, incluindo extensão: _____

☐ Tratamento radioterápico

Data de início: ____ / ____ / ____

Data de término: ____ / ____ / ____

Descrição sumária da dose total, esquema de aplicação da irradiação e fonte: _____

☐ Tratamento quimioterápico

Data de início: ____ / ____ / ____

Data de término: ____ / ____ / ____

Descrição sumária da medicação antitumoral empregada, relatando especialidade farmacêutica, dose e posologia: _____

Entrevista



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131
e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 202/09 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO
REGISTRO CEP/UFU 250/08

**Projeto Pesquisa: Avaliação do atraso no diagnóstico e tratamento de carcinoma
espinocelular em cabeça e pescoço atendidos no complexo hospitalar da UFU.**

Pesquisador Responsável: Adriano Mota Loyola

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do adendo proposto:

A mudança metodológica e do título do trabalho não apresentam problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

SITUAÇÃO: ADENDO APROVADO.

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 22 de maio de 09

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma.