

## Artigo Original

# Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência

## Characterization of diagnostic delay in oral and oropharyngeal cancer at two referral centers

Anna Carolina Omena Vasconcellos Le Campion<sup>1,2</sup>, Karine de Cássia Batista dos Santos<sup>3</sup>, Elisandra Silva do Carmo<sup>3</sup>, Francisco Feliciano da Silva Júnior<sup>1,4</sup>, Fernanda Braga Peixoto<sup>3</sup>, Camila Maria Beder Ribeiro<sup>1,3</sup>, Lucio Souza Gonçalves<sup>5</sup>, Sonia Maria Soares Ferreira<sup>1,3</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Estimar se variáveis clínicas e epidemiológicas influenciam no atraso do diagnóstico em dois centros de referência. **Métodos:** Foi realizado um estudo analítico longitudinal retrospectivo. Todos os prontuários de pacientes maiores de 18 anos diagnosticados no período de junho de 2005 a junho de 2013 foram analisados por meio do SPSS® 20. Para testar associações entre as variáveis epidemiológicas e clínicas com os atrasos do paciente e do profissional, foram utilizados os testes: ANOVA, t de Student e Kruskal-Wallis. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 121 prontuários. Prevaleram pacientes do sexo masculino, com idade média de 64,3 anos (DP=12,94), pardos, procedentes do interior, analfabetos, tabagistas e etilistas. A grande maioria (85,1%) foi diagnosticada nos estádios avançados. O maior atraso estava relacionado ao paciente, com média de tempo de 197,8 dias (DP=323,9). O atraso no diagnóstico profissional foi de 20 dias (DP=25,9), e aquele relacionado ao sistema de saúde foi de 71,1 dias (DP=71,7). Não houve associação entre as variáveis clínicas/epidemiológicas e o atraso no diagnóstico (do paciente e do profissional). **Conclusão:** De acordo com os resultados do presente estudo, as variáveis clínicas e epidemiológicas não influenciam no atraso do diagnóstico.

**Palavras-chave:** neoplasias bucais; neoplasias orofaríngeas; carcinoma de células escamosas; diagnóstico bucal; diagnóstico tardio.

### Abstract

**Objectives:** To analyze the chronology of diagnosis and determine whether clinical and epidemiological variables have an influence on diagnostic delay at two referral centers. **Methods:** The medical records of all patients older than 18 years diagnosed with oral/oropharyngeal cancer from June 2005 to June 2013 were analyzed using SPSS® 20. The association between epidemiological and clinical variables with patient and professional delay was performed using ANOVA, Student's t-test, and Kruskal-Wallis test. **Results:** In total, 121 medical records were included in the study. Patients were predominantly brown, male, illiterate, living in

<sup>1</sup>Programa de Pós-graduação Pesquisa em Saúde, Centro Universitário Cesmac (CESMAC) - Maceió (AL), Brasil.

<sup>2</sup>Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas (UFAL) - Maceió (AL), Brasil.

<sup>3</sup>Curso de Odontologia, Centro Universitário Cesmac (CESMAC) - Maceió (AL), Brasil.

<sup>4</sup>Curso de Medicina Veterinária, Centro Universitário Cesmac (CESMAC) - Maceió (AL), Brasil.

<sup>5</sup>Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Estácio de Sá (ESTÁCIO) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Trabalho realizado no Programa de Pós-graduação Pesquisa em Saúde do Centro Universitário Cesmac (CESMAC) – Maceió (AL), Brasil.

Endereço para correspondência: Sonia Maria Soares Ferreira – Rua Cônego Machado, 917 – Farol – CEP: 57051-160 – Maceió (AL), Brasil –

Email: [mestrado.saude@cesmac.edu.br](mailto:mestrado.saude@cesmac.edu.br); [sonia.ferreira@cesmac.edu.br](mailto:sonia.ferreira@cesmac.edu.br)

Fonte de financiamento: Manuscrito originado a partir do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS). Número do processo: 60030 000713/2013. Esse trabalho teve o apoio das seguintes instituições de fomento: DECIT/SCTIE/MS /CNPq/ FAPEAL/ SESAU-AL.

Conflito de interesses: nada a declarar.

country towns, smokers, and heavy drinkers (mean age 64.3 years, SD=12.94). The majority (85.1%) of patients were diagnosed at advanced stages of their disease. The greatest delay was patient-related, mean 197.8 days (SD=323.9). Delay in establishing the medical diagnosis averaged 20 days (SD=25.9), and health care system-related delay was 71.1 days (SD=71.7). There was no association of clinical and epidemiological variables with delayed diagnosis (patient and professional). **Conclusion:** Data from the present study suggest that clinical and epidemiological variables do not influence diagnostic delay.

**Keywords:** mouth neoplasms; oropharyngeal neoplasms; squamous cell carcinoma; oral diagnosis; late diagnosis.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, as estimativas para o ano de 2014 apontaram para a ocorrência de 576.580 casos novos de todos os tipos de câncer, dos quais 15.290 referem-se ao câncer de boca, considerado o sétimo em incidência de todas as neoplasias malignas. No Nordeste, a estimativa era de 3.020 novos casos, dos quais 130 no Estado de Alagoas, mais especificamente 50 na capital<sup>1</sup>.

O carcinoma espinocelular (CEC) representa mais de 90% de todos os casos de câncer de boca<sup>2</sup>. Estudos realizados por Santos et al.<sup>3,4</sup> e Santos et al.<sup>5</sup> revelaram que a maioria dos pacientes com câncer de boca em Alagoas pertence à faixa etária entre 50 a 60 anos de idade, é do sexo masculino, possui baixa renda, reside no interior do Estado e é analfabeta ou analfabeta funcional. Para esses autores, esses pacientes são mais vulneráveis e possuem uma maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o que pode refletir diretamente nas taxas de mortalidade e morbidade do câncer bucal.

O Estado de Alagoas possui um dos mais baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do país: 0,631. Apenas 9,2% de sua população possui plano de saúde; os demais (91,8%) dependem da assistência pública à saúde prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>6</sup>. Borges et al.<sup>7</sup> observaram a existência de relação entre as condições socioeconômicas e o câncer oral, na qual grupos socialmente desprivilegiados tendem a ter maior contato com os fatores de risco (tabaco e álcool), assim como precárias condições de saúde bucal e carências nutricionais.

A boca é um sítio anatômico de fácil acesso para exame, a qual permite que cirurgiões-dentistas, médicos generalistas ou o próprio paciente, por meio do autoexame, possam visualizar diretamente alterações suspeitas, principalmente nos estágios iniciais, levando ao diagnóstico precoce. No entanto, na maioria dos casos, o diagnóstico é feito tardiamente, nos estágios avançados III e IV, o que exige tratamento mais agressivo, resultando em uma maior morbidade e maior taxa de mortalidade<sup>4</sup>. Os CECs orais tem uma alta taxa de cura, em torno de 80% nos estágios iniciais da doença (T1N0), enquanto no estágio IV a taxa de cura é de apenas 20%. O diagnóstico precoce é de vital importância para esses pacientes. Por essa razão, os cirurgiões-dentistas têm

um papel importantíssimo na detecção precoce e prevenção dessa condição patológica<sup>8</sup>.

O diagnóstico precoce é dificultado pelo fato de que as lesões iniciais, geralmente oligossintomáticas, não são valorizadas pelo próprio indivíduo nem pelos profissionais de saúde, o que sugere falta de conhecimento da patologia, deficiência na procura de atendimento médico por parte do indivíduo e/ou do acesso e qualidade da assistência à saúde, fator este ligado à ausência de programas governamentais que visam à prevenção e a um sistema de saúde eficiente<sup>4</sup>.

Os atrasos são decorrentes da falta de conhecimento sobre o câncer bucal tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais de saúde – estes deveriam instruir os pacientes a procurar os médicos e os dentistas de maneira preventiva – e pelas barreiras do sistema de saúde, levando à falta de celeridade para o diagnóstico e início do tratamento<sup>9</sup>. De acordo com Kowalski e Souza<sup>10</sup>, as causas mais importantes no atraso do diagnóstico são: a evolução inicial oligossintomática, o reduzido conhecimento sobre a doença entre pacientes e profissionais, o medo do diagnóstico e as dificuldades para acessar o sistema de saúde.

Em pesquisa realizada para avaliar a percepção dos cirurgiões-dentistas que atuam na atenção primária, sobre as possíveis razões que justificavam o atraso na chegada do paciente com câncer bucal aos setores de atenção à saúde de maior complexidade, constatou-se que estavam associados: à falha na identificação precoce, à ausência de trabalho multidisciplinar, à desvalorização da necessidade de corresponsabilização pela própria saúde por parte da comunidade e à deficiência da rede de atenção no que tange a qualidade da comunicação entre profissionais de diferentes níveis de atenção<sup>11</sup>.

Vários fatores podem influenciar a qualidade na assistência aos pacientes com câncer, tais como: agilidade no atendimento, disponibilidade de recursos e de profissionais, entretanto nada é mais importante que o diagnóstico precoce<sup>4</sup>. Scott et al.<sup>12</sup> realizaram ensaio clínico randomizado controlado para encorajar a detecção precoce do câncer oral em grupos de risco e detectaram que a informação transmitida por folhetos ou oralmente levou a um conhecimento mais acurado sobre o câncer oral, diminuiu o atraso de diagnóstico, aumentou o

entendimento, a probabilidade e a confiança para realização do autoexame.

A complexidade do câncer e o fato de que quanto mais tardio o diagnóstico e o início do tratamento, maior a morbimortalidade do paciente, justificam a necessidade de estudos que analisem os componentes do fluxo cronológico de atendimento, bem como os fatores que podem influenciar no atraso do diagnóstico em centros de referência.

Este trabalho teve como objetivo analisar o fluxo cronológico do paciente com câncer de boca e orofaringe desde a detecção dos primeiros sinais e sintomas até o início do tratamento, além de verificar se variáveis clínicas e epidemiológicas influenciaram no atraso do diagnóstico em dois centros de referência.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo analítico longitudinal retrospectivo, a partir de uma coorte de pacientes com CEC de boca e orofaringe diagnosticados em um serviço de referência em estomatologia e tratados em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Estado de Alagoas.

Foram analisados todos os prontuários de pacientes maiores de 18 anos diagnosticados no período de junho de 2005 a junho de 2013, com exclusão dos prontuários cuja falta de informações inviabilizassem os resultados do estudo.

### Procedimentos e instrumentos

Foi elaborado um formulário com as variáveis epidemiológicas do estudo (idade, gênero, cor de pele, procedência, escolaridade, ocupação, hábito de fumar, etilismo), as características clínicas e de tratamento, além das datas da detecção da lesão pelo paciente, da primeira consulta com o estomatologista, da biópsia, da revelação do diagnóstico ao paciente com consequente encaminhamento ao oncologista, da primeira consulta oncológica e do início do tratamento.

O estadiamento das lesões foi realizado de acordo com o sistema TNM preconizado pela União Internacional para o Controle do Câncer (UICC)<sup>13</sup>. Após definir as categorias T (tamanho do tumor primário), N (comprometimento de linfonodos regionais) e M (presença ou não de metástase a distância), foi realizado o agrupamento em estádios que variaram, em ordem crescente de gravidade, de I a IV.

Os atrasos que marcam os tempos desde a detecção da lesão até o início do tratamento foram assim determinados:

- Atraso do paciente – tempo decorrido desde a detecção dos primeiros sinais e sintomas até a procura pelo atendimento no sistema de saúde;
- Atraso do profissional – tempo decorrido desde a primeira consulta ao profissional de saúde até o diagnóstico final;
- Atraso do sistema de saúde – tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento<sup>14</sup>.

## Análise de dados

As informações coletadas a partir dos formulários foram transferidas para um banco de dados preparado no Microsoft Excel® (Microsoft Corporation) e posteriormente transferidas para o SPSS® 20 for Windows (*Statistical Package for Social Sciences*) para análise estatística. Em seguida, foi realizada a análise descritiva por meio das frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e medidas de tendência central para as variáveis contínuas. Para a análise estatística, os estádios I e II foram agrupados em estágio precoce, e os estádios III e IV, em estágio avançado.

Para a análise estatística inferencial entre as variáveis epidemiológicas e clínicas com os atrasos dos pacientes e do profissional, foram utilizados os testes t de Student e Kruskal-Wallis, além da análise de variância (ANOVA) e o pós-teste Tukey. O nível de significância para todos os testes foi de 0,05.

### Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada com Parecer nº 367.585/2013 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário CESMAC.

## RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 121 prontuários. Os dados epidemiológicos, clínicos e relativos ao tratamento estão apresentados na Tabela 1. A média de idade dos pacientes foi de 64,3 anos (DP=12,94), mediana de 64 anos, variando entre 38 e 101. Quanto ao gênero, a maioria foi do sexo masculino (66,9%), com uma relação de dois homens para cada mulher acometida (2:1).

As classificações TNM mais frequentes foram T2N1M0 com 18 pacientes (14,9%), seguido pelo T4N1M0 com 14 pacientes (11,6%) e T4N0M0 com 13 pacientes (10,7%).

Os atrasos desde a detecção da lesão até o início do tratamento encontram-se resumidos na Tabela 2.

Não houve associação entre nenhuma variável epidemiológica ou clínica com os atrasos do paciente e do profissional.

A Tabela 3 compara os resultados relativos aos tempos de diagnóstico e tratamento dos pacientes com outros descritos na literatura. O tempo da detecção da lesão ao início do tratamento foi de 288,9 dias. O menor tempo foi de 205,7 dias, em trabalho realizado em país desenvolvido (Estados Unidos)<sup>17</sup>.

## DISCUSSÃO

O câncer de boca e orofaringe é um problema de saúde pública e sua ocorrência tem aumentado a cada ano<sup>1</sup>. Os dados epidemiológicos, clínicos e de tratamento do presente estudo

**Tabela 1.** Distribuição das frequências das variáveis epidemiológicas, clínicas e relativas ao tratamento dos pacientes com câncer de boca e orofaringe (n=121 casos), em Maceió, Alagoas, Brasil, 2005-2013

Variável	Categoria	N (%)	
Idade	<60 anos	44 (36,4)	
	60 a 69 anos	37 (30,6)	
	≥70 anos	40 (33,1)	
Gênero	Masculino	81 (66,9)	
	Feminino	40 (33,1)	
Cor da pele	Pardo	47 (38,8)	
	Negro	41 (33,9)	
	Branco	33 (27,3)	
Procedência	Interior	72 (59,5)	
	Capital	49 (40,5)	
Escolaridade	Analfabeto	87 (71,9)	
	Alfabetizado	34 (28,1)	
Ocupação	Economicamente ativo	48 (39,7)	
	Não economicamente ativo	51 (42,1)	
	Não informado	22 (18,2)	
Tabagismo	Exposto ao fumo	111 (91,7)	
	Não exposto ao fumo	10 (8,3)	
Etilismo	Exposto ao etilismo	77 (63,6)	
	Não exposto ao etilismo	44 (36,4)	
	Não informado	0 (0,0)	
Localização da lesão	Língua	28 (23,1)	
	Assoalho bucal	22 (18,2)	
	Palato duro e mole	20 (16,5)	
	Palato mole e orofaringe	12 (9,9)	
	Rebordo alveolar	12 (9,9)	
	Retromolar	10 (8,3)	
	Lábio inferior	08 (6,6)	
	Mucosa jugal	07 (5,8)	
	Lábio superior	02 (1,7)	
	Lesão fundamental	Úlcera	76 (62,8)
		Nódulo	17 (14,0)
		Úlcero-verrucosa	10 (8,3)
		Nódulo ulcerado	06 (5,0)
Não informado		12 (9,9)	
Estádio		I	04 (3,3)
		II	14 (11,6)
	III	49 (40,5)	
	IV	54 (44,6)	
Tratamento	RTX e QT	54 (44,6)	
	RTX	35 (28,9)	
	Cirurgia	15 (12,4)	
	Cuidados paliativos	07 (5,8)	
	Cirurgia e RTX	04 (3,3)	
	Cirurgia, RTX e QT	03 (2,5)	
	QT	03 (2,5)	

Legenda: RTX=radioterapia; QT=quimioterapia. Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 2.** Média e mediana dos atrasos dos pacientes com câncer de boca e orofaringe, do profissional e do sistema de saúde, nos processos para diagnóstico e tratamento, em Maceió, Alagoas, Brasil, 2005-2013

Tempo	Média (dias)	Mediana (dias)	N
Atraso do paciente	197,8 ± 323,9	90	121
Atraso do profissional	20,0 ± 25,9	14	121
Atraso do sistema de saúde	71,1 ± 71,7	47	111

Legenda: N=número de pacientes. Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 3.** Quadro comparativo entre os tempos médios em dias para diagnóstico e início do tratamento dos pacientes com câncer de boca e orofaringe do presente estudo e da literatura

<i>Tempo (dias)</i>	<i>Presente estudo (média)</i>	<i>Santos et al.<sup>5</sup></i>	<i>Gouvea et al.<sup>15</sup></i>	<i>Silva et al.<sup>16</sup></i>	<i>Peacock et al.<sup>17</sup></i>	<i>Oliveira et al.<sup>18</sup></i>	<i>Costa e Migliorati<sup>19</sup></i>
Atraso do paciente	197,8	240	261	342	168,4	390	394,9
Atraso do profissional	20,0	20	-	60	10,1	-	19,3
Atraso do diagnóstico total*	217,8	260	-	402	178,5	-	414,2
Atraso do sistema de saúde	71,1	64	-	45	37,3	-	65,7
Total	288,9	324	-	447	205,7	-	-

\*=Atraso do diagnóstico total (soma dos atrasos do paciente e do profissional)

Fonte: Dados da pesquisa; Santos et al.<sup>5</sup>; Gouvea et al.<sup>15</sup>; Silva et al.<sup>16</sup>; Peacock et al.<sup>17</sup>; Oliveira et al.<sup>18</sup>; Costa e Migliorati<sup>19</sup>

foram semelhantes aos observados por outros autores<sup>4,5,15,20,21</sup>, exceto: a cor da pele, a qual predominou a parda, resultado semelhante aos encontrados por Santos et al.<sup>4,5</sup>, porém distinta dos demais estudos no qual predominou a cor branca<sup>15,20,21</sup>; e o tratamento instituído, no qual predominaram radioterapia e quimioterapia combinados, enquanto na pesquisa de Santos et al.<sup>5</sup> houve predominância da radioterapia isolada e no estudo de Carvalho et al.<sup>20</sup> prevaleceram a cirurgia e a radioterapia combinados. A discordância quanto à etnia provavelmente deve-se às distintas regiões geográficas de origem dos estudos. As diferenças no tratamento podem estar relacionadas ao estágio de diagnóstico. No presente estudo, 85,1% dos pacientes foram diagnosticados em estágios avançados, mas nesses casos a cirurgia não foi o procedimento de primeira escolha.

No presente estudo, o tempo da detecção da lesão ao início do tratamento foi de 288,9 dias, enquanto o menor tempo encontrado na literatura foi de 205,7<sup>17</sup>. O maior tempo encontrado foi o do atraso do paciente, que, no presente estudo, foi de 197,8, considerado o menor entre as pesquisas brasileiras citadas. Em trabalho realizado por Santos et al.<sup>4</sup>, 41,9% dos pacientes relataram que sabiam da lesão, mas só procuraram o serviço de saúde quando ela começou a incomodar. Pacientes que utilizam terapias alternativas não regulamentadas antes de procurar o atendimento médico demoram mais em buscar o diagnóstico, bem como preocupação, medo, negação e percepção das responsabilidades sociais têm sido atribuídos como fatores efetivos para o atraso do paciente<sup>22</sup>. Estudo realizado por Scott et al.<sup>23</sup> demonstrou que existe uma crença por parte dos pacientes de que os sintomas podem representar algo sem importância e faz com que eles não procurem ajuda profissional. Antes de buscar o tratamento, preferem a automedicação, mudança de hábitos e/ou mostrar para amigos e familiares. Isso é ainda mais complicado quando o acesso à consulta é dificultado. Tromp et al.<sup>22</sup> reforçam a importância da informação a respeito do câncer de boca para o diagnóstico precoce. Eles reportam que os pacientes que têm conhecimento sobre o câncer bucal ou que suspeitem que sua lesão possa ser câncer eram mais propensos a visitar um profissional de saúde.

O acesso ao serviço de saúde, o sistema de marcação de consultas, o sistema de transportes e a questão cultural e financeira, além do reconhecimento das lesões pelos primeiros profissionais que realizam a consulta inicial, são os principais fatores para o atraso no encaminhamento<sup>19</sup>. Não foram identificadas, no presente estudo, associações entre as variáveis epidemiológicas/clínicas e o atraso do paciente, de forma semelhante ao encontrado por Santos et al.<sup>5</sup>, provavelmente porque a população do estudo, em sua maioria, é muito desfavorecida. Em pesquisa realizada em Juiz de Fora, em Minas Gerais, os pacientes de zona rural, solteiros e do sexo masculino foram os que exibiram maior atraso no diagnóstico<sup>3</sup>.

O atraso profissional no presente estudo foi de 20 dias, semelhante a outros trabalhos nacionais<sup>5,19</sup> e quase o dobro do tempo de trabalho realizado nos Estados Unidos (10,1 dias)<sup>19</sup>. A duração média do processo de diagnóstico (atraso profissional) em um hospital geral da Holanda foi de 14 dias, variando de 0-570 dias<sup>24</sup>. O serviço de estomatologia do PAM Salgadinho, em Maceió, trabalha com estudantes do curso de odontologia de um centro universitário como facilitadores desses agendamentos, o que pode ter diminuído o tempo real destes, gerando tempos inferiores de diagnóstico em relação aos estudos nacionais<sup>5,15,16,18,19</sup>. No entanto, isso não é normatizado e não existe um fluxo ou um sistema de referência e contrarreferência, deixando ainda esses resultados piores que os de Peacock et al.<sup>17</sup>. Embora não testado no presente estudo, é provável que um fluxo acordado entre os serviços e equipes multidisciplinares e os serviços de referência e contrarreferência eficientes reduza esses tempos, diminuindo a morbimortalidade dos pacientes com CEC. Em estudo realizado por Santos et al.<sup>4</sup>, o tempo de encaminhamento de pacientes com lesões suspeitas de câncer de boca, feito pelos profissionais que os atenderam no serviço de saúde de seu local de origem até o Serviço de Cabeça e Pescoço do hospital de referência em Alagoas, foi de menos de dois meses em 27% dos pacientes, de dois a seis meses em 55,4%, e mais de seis meses em 17,6%.

Na maioria dos serviços de estomatologia, o paciente chega com uma lesão, recebe o diagnóstico de câncer e é encaminhado para centro de oncologia, ficando difícil avaliar o que ocorrerá quando eles buscam esse tratamento<sup>19</sup>. Quando o paciente é

idoso, analfabeto e reside longe dos centros urbanos, é provável que essa dificuldade seja ainda maior.

Antes de iniciar o tratamento contra o câncer, é necessário tempo para realização da análise histológica e imuno-histoquímica, realização de exames de imagem e laboratoriais, visando ao estadiamento e pré-tratamento, planejamento cirúrgico e/ou radioterápico e agendamentos. Essas são as principais causas do atraso do sistema de saúde. A Lei nº 12.732/2012<sup>25</sup> dispõe que o paciente deve iniciar o seu primeiro tratamento oncológico em até 60 dias após o diagnóstico. Na presente pesquisa, esse tempo foi superior, com média de 71,1 dias, o maior dentre todos os estudos brasileiros citados. Isso mostra a morosidade do sistema de marcação de consultas e exames no nosso Estado, levando o paciente a iniciar seu tratamento oncológico em tempo superior ao previsto em lei. Em trabalho realizado nos Estados Unidos, esse tempo foi de 37,3 dias<sup>17</sup>.

O tempo de espera para cirurgia ou radioterapia é um problema frequente. Em pesquisa realizada na Dinamarca, o tempo médio de espera para radioterapia em câncer de cabeça e pescoço foi de cerca de quatro semanas, e 16% dos pacientes tiveram progressão do estágio tumoral e 20% desenvolveram novas metástases linfonodais durante esse período<sup>26</sup>.

Visto que o CEC de boca e orofaringe é uma doença que se pode prevenir, deve ser dada ênfase às advertências contra o uso de tabaco e do álcool por meio de campanhas e de grupos de apoio para eliminação desses importantes fatores de risco.

Embora as atividades de rastreamento devam ser estimuladas em grupos de risco visando à detecção do câncer de boca e orofaringe, principalmente nos estádios precoces e de lesões cancerizáveis, essa deve ser uma tarefa multidisciplinar da equipe da estratégia de saúde da família.

Pode ser possível a redução dos atrasos do paciente e do profissional, respectivamente, por meio da educação acerca do câncer de boca/orofaringe e pela melhora na sua habilidade diagnóstica. Tudo o que foi evidenciado reforça a necessidade do diagnóstico precoce. Mas, tão importante quanto este, é a garantia do acesso ao tratamento, por intermédio de um fluxo estabelecido entre os serviços e adequados sistemas de referência e contrarreferência, diminuindo-se, assim, morbidade e mortalidade desses pacientes, bem como os custos do SUS.

## CONCLUSÕES

O maior atraso estava relacionado ao paciente, o que pode indicar que este necessita ser mais bem informado sobre a doença pesquisada.

De acordo com os resultados do presente estudo, as variáveis clínicas e epidemiológicas não influenciam no atraso do diagnóstico.

## AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas e à Santa Casa de Misericórdia de Maceió.

## REFERÊNCIAS

- Instituto Nacional do Câncer. Incidência de Câncer no Brasil, Estimativa 2014 [Internet]. Brasília: INCA; 2014 [citado em 2014 abr 1]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014>
- Neville B, Damm DD, Allen CM. Patologia oral e maxilofacial. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
- Santos LC, Cangussu MC, Batista OM, Santos JP. Oral cancer: population sample of the state of Alagoas at a reference hospital. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009;75(4):524-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942009000400010>. PMID:19784421.
- Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Characterization of cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010;76(4):416-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942010000400002>. PMID:20835525.
- Santos VCB, Assis AMA, Ferreira SMS, Dias EP. Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de oncologia de Maceió. *Rev Bras Odontol*. 2012;69(2):159-64.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios [Internet]. Brasília: IBGE; 2013 [citado em 2014 out 1]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=al&tema=pnad\\_2013](http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=al&tema=pnad_2013)
- Borges DML, Sena ME, Ferreira MAF, Roncalli AG. Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(2):321-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200010>. PMID:19219239.
- Akbulut N, Oztas B, Kursun S, Evirgen S. Delayed diagnosis of oral squamous cell carcinoma: a case series. *J Med Case Reports*. 2011;5(1):291-4. <http://dx.doi.org/10.1186/1752-1947-5-291>. PMID:21733169.
- Waal IVD, Bree R, Brakenhoff R, Coebergh J. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? *Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(3):e300-5. <http://dx.doi.org/10.4317/medoral.16.e300>. PMID:21441877.
- Kowalski ISG, Souza CP. Social representations of relatives and patients with oral and oropharyngeal squamous carcinoma on the prevention and diagnosis of cancer. *Acta Oncol Bras*. 2001;21(1):206-10.
- Lombardo EM, Cunha AR, Carrard VC, Bavaresco CS. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. *Cien Saude Colet*. 2014;19(4):1223-32. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.00942013>. PMID:24820605.
- Scott SE, Grunfeld EA, McGurk M. The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol*. 2005;41(4):396-403. <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2004.10.010>. PMID:15792612.
- Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C. Union for International Cancer Control – UICC: TNM classification of malignant tumours. 7th ed. New York: Wiley-Liss; 2009.
- Güneri P, Epstein JB. Late stagis diagnosis of oral cancer: components and possible solutions. *Oral Oncol*. 2014;50(12):1131-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2014.09.005>. PMID:25255960.

15. Gouvea AS, Nogueira MX, Lima ZF, Podestá JRV, Von Zeidler SV. Aspectos clínicos e epidemiológicos do câncer bucal em um hospital oncológico: predomínio de doença localmente avançada. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2010;39(4):261-5.
16. Silva MC, Marques EB, Melo LC, Bernardo JMP, Leite ICG. Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico de câncer de boca e orofaringe em Juiz de Fora/MG. *Rev Bras Cancerol*. 2009;55(4):329-35.
17. Peacock ZS, Pogrel MA, Schmidt BL. Exploring the reasons for delay in treatment of oral cancer. *J Am Dent Assoc*. 2008;139(10):1346-52. <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2008.0046>. PMID:18832270.
18. Oliveira LR, Ribeiro-Silva A, Zucoloto S. Perfil da incidência e sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *J Bras Patol Med Lab*. 2006;42(5):385-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442006000500010>.
19. Costa EG, Migliorati CA. Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. *Rev Bras Cancerol*. 2001;47(3):283-9.
20. Carvalho SHG, Soares MSM, Figueiredo RLQ. Levantamento epidemiológico dos casos de câncer de boca em um hospital de referência em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2012;12(1):47-51. <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2012.121.07>.
21. Avi ALRO, Tanimoto HM, Queiroz CDS, Gerim LR, Zuza EP, Trevisani DM, et al. Neoplasia de boca e orofaringe: um estudo transversal na Fundação Pio XII- Hospital do Câncer de Barretos- SP, Brasil. *Rev Odontol UNESP*. 2012;41(4):273-80.
22. Tromp DM, Brouha XD, Hordijk GJ, Winnubst JA, Leeuw RJ. Patient and tumour factors associated with advanced carcinomas of the head and neck. *Oral Oncol*. 2005;41(3):313-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2004.09.008>. PMID:15743694.
23. Scott SE, Khwaja MK, Low LL, Weinman J, Grunfeld EA. A randomized controlled trial of a pilot intervention to encourage early presentation of oral cancer in high risk groups. *Patient Educ Couns*. 2012;88(2):241-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.03.015>. PMID:22521755.
24. Brouha XD, Tromp DM, Koole R, Hordijk GJ, Winnubst JA, de Leeuw JR. Professional delay in head and neck cancer patients: analysis of the diagnostic pathway. *Oral Oncol*. 2007;43(6):551-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2006.06.002>. PMID:17005438.
25. Brasil. Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União, Brasília, 22 de novembro de 2012*.
26. Jensen AR, Nellesmann HM, Overgaard J. Tumor progression in waiting time for radiotherapy in head and neck cancer. *Radiother Oncol*. 2007;84(1):5-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.radonc.2007.04.001>. PMID:17493700.

Recebido em: Jan. 11, 2016  
Aprovado em: Maio 19, 2016