

Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas

Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas

Luiz Carlos Oliveira dos Santos ¹, Olívio de Medeiros Batista ², Maria Cristina Teixeira Cangussu ³

Keywords:

diagnostic services,
epidemiology,
mouth neoplasms.

Palavras-chave:

diagnóstico bucal,
epidemiologia,
neoplasias bucais.

Abstract

Oral cancer in Brazil still presents high levels of incidence and mortality bearing different traits throughout the national territory. In most of the cases the diagnosis is late; however there is a great possibility for cure when treated early on. **Aim:** to assess factors associated with the late diagnosis of oral cancer in the state of Alagoas. **Material and Methods:** a prospective cross-sectional study was carried out in 74 patients, all of them diagnosed with oral squamous cell carcinoma in a hospital of Alagoas, between July of 2007 and September of 2008. A semi-structured interview was given, obtaining socio-demographic data, the type of professional help sought, symptom onset, referrals and tumor clinical stage at the moment of diagnosis. **Results:** According to the results obtained in this study, the patients usually sought professional medical help, rather than dental help when a lesion in the mouth appeared, being always referred to a specialist by the dentist, in advanced stages of the disease. **Conclusions:** This study suggests the need for continued education programs for the population and professionals aiming at the early identification of symptoms of the illness; however needing further studies.

Resumo

O câncer de boca, no Brasil, ainda apresenta altos níveis de incidência e mortalidade, com diferentes características da doença no território nacional. A maioria dos casos é diagnosticada tardiamente, porém há uma grande chance de cura quando tratado no início. **Objetivo:** Avaliar os fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo prospectivo transversal em 74 pacientes portadores de carcinoma espinocelular da cavidade bucal diagnosticados em um hospital em Alagoas, no período de julho de 2007 a setembro de 2008. Foi realizada uma entrevista semiestruturada, obtendo-se dados sociodemográficos, profissional procurado, início dos sintomas, encaminhamento e estágio clínico do tumor no momento do diagnóstico. **Resultados:** De acordo com os resultados obtidos neste estudo, os pacientes procuraram mais o médico que o dentista quando apresentaram uma lesão na boca, sendo encaminhados pelo dentista sempre em um estágio avançado da doença. **Conclusões:** Esse estudo sugere a necessidade de programas de educação continuada da população e profissionais para a identificação de sintomas precoces da doença, porém necessita de outras investigações.

¹ Doutor em Estomatologia pelo Programa Integrado de Doutorado em Odontologia da UFPB/UFBA, Professor Adjunto de Estomatologia - UFAL.

² Doutor em Sciences Biologiques Et Santé. Université de Rennes I, U.R.I., França, Professor Adjunto de Estomatologia da UFPB.

³ Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da BJORL em 24 de abril de 2009. cod. 6378

Artigo aceito em 20 de fevereiro de 2010.

INTRODUÇÃO

O objetivo do estudo epidemiológico do câncer bucal vem sendo uma constante problemática decorrente dos múltiplos comprometimentos da saúde e da qualidade de vida dos pacientes¹.

É através da epidemiologia que se pode afirmar que o câncer bucal é uma doença de alta incidência no mundo que vem sendo considerada como problema de saúde pública e que a prevenção e o diagnóstico precoce constituem as melhores formas de reverter essa situação².

A boca é um sítio anatômico de fácil acesso para exame, permitindo que cirurgiões-dentistas, médicos generalistas ou o próprio paciente, através 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^{3,4}.

O diagnóstico precoce é dificultado pelo fato de que as lesões iniciais, geralmente assintomáticas, não são valorizadas pelo próprio indivíduo e nem pelos profissionais de saúde, sugerindo falta de conhecimento da patologia, deficiência na procura de atendimento médica por parte do indivíduo e/ou do acesso e qualidade da assistência à saúde, fator este ligado a uma ausência de programas governamentais que visem à prevenção e de um sistema de saúde eficiente.

O estado de Alagoas vem apresentando um crescente número de novos casos de câncer acompanhados de diagnósticos realizados tardiamente e dificuldades de acesso aos tratamentos, 110 novos casos só de câncer bucal para 2008⁵, deste modo, aumentando cada vez mais o número de pacientes que se enquadram no que se denomina de “pacientes fora de possibilidades terapêuticas” (FTP). Estes pacientes geralmente são encaminhados para suas casas, e padecem até a morte com dor e outros sintomas decorrentes da progressão da doença⁶.

Como já citado, a maioria dos casos de câncer de boca quando diagnosticados pela primeira vez se encontra em um estado avançado, tornando-se necessário identificar os fatores que favoreceram essa situação. Nesse sentido é que foi realizada uma investigação com a finalidade de estabelecer e analisar os fatores que levaram a esse diagnóstico tardio, contribuindo dessa forma com a organização dos serviços de referência para o câncer de boca no estado.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo prospectivo, de caráter exploratório, com abordagem quantitativa em 74 pacientes com carcinoma espinocelular (CEC), atendidos e diagnosticados em um hospital do estado de Alagoas, no período de julho de 2007 a setembro de 2008, com o propósito de

delinear o perfil epidemiológico dos pacientes portadores da doença.

A pesquisa foi realizada no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço desse hospital, por ser este referência em oncologia no estado de Alagoas, atendendo a 102 municípios, agrupados em 13 microrregiões de saúde.

Para a realização da pesquisa foi utilizado um questionário individual com as seguintes variáveis: faixa etária, gênero, estado civil, etnia, profissão, nível de instrução, hábitos (tabagismo e etilismo), tempo da sintomatologia inicial da doença, tempo de evolução (em meses), se procurou o serviço de saúde no seu local de residência, o tempo em meses do encaminhamento até um serviço especializado, profissional procurado pelo paciente e sua conduta e determinação do estadiamento clínico do tumor.

Após assinar o termo de livre consentimento, os pacientes diagnosticados com câncer de boca atendidos no ambulatório por um profissional médico do hospital (cirurgião cabeça e pescoço ou o oncologista), eram entrevistados pelo estomatologista (pesquisador responsável).

Foi considerado diagnóstico tardio neste estudo quando o paciente relatava o início dos sintomas com mais de três semanas, já que a recomendação dos serviços de Saúde Pública é que pacientes que apresentem “feridas ou úlceras” que não cicatrizam por um período de duas semanas devem procurar atendimento em algum Posto de Saúde⁷.

Os tumores foram registrados de acordo com a Classificação de Doenças para Oncologia (CID-O) e a classificação TNM da União Internacional de Combate ao Câncer-UICC. Os tumores são considerados como avançados quando classificados em estágio T3 ou T4 de acordo com a classificação do T. O estágio do tumor foi dividido em estágio I-II (T1 ou T2 e N0) e estágio III-IV (T3, T4 ou N>0)⁸.

O diagnóstico tardio foi avaliado em meses a partir da data quando o paciente referiu o início dos sinais ou dos sintomas até o momento do diagnóstico no serviço especializado e o estágio do tumor no momento do diagnóstico.

As informações coletadas foram transferidas para um banco de dados preparado no programa Excel para Windows, versão 2003 e posteriormente realizou-se a análise descritiva, com a apresentação das medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e número e percentual das variáveis categoriais. Para testar as diferenças entre os grupos utilizou-se os testes do qui-quadrado e t de Student, ambos com nível de significância de 95%.

Esta pesquisa foi conduzida com autorização formal dos setores envolvidos. Os preceitos éticos vigentes, estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foram obedecidos e a identidade dos pacientes e profissionais foram preservadas. Também foi garantida

liberdade ao paciente para participar ou não do estudo sem prejuízo no seu tratamento posterior.

A pesquisa foi previamente avaliada e aprovada pelo comitê de ética da instituição, sob o número 005567/2006-17.

RESULTADOS

Caracterização da População do Estudo

Foram analisados, no total, os dados de 74 pacientes que demandaram o serviço no período de 14 meses. A média de idade foi de 57,22 anos (DP=14,01), com um mínimo de 26 e máximo de 85 anos. Outras informações sócio-demográficas que caracterizam a população de estudo podem ser observadas na Tabela 1.

Observa-se que, dentre os 74 integrantes da amostra, 70,3% são do gênero masculino, e 29,7%, do gênero feminino, indicativo de que o quantitativo dos indivíduos do gênero masculino foi estatisticamente maior que do gênero feminino.

Em relação à escolaridade houve um equilíbrio entre os pacientes que eram analfabetos (37,8%), e os que tinham o ensino fundamental incompleto ou mais (40,3%). Com relação à ocupação do paciente, 39,2% responderam que eram trabalhadores rurais.

Apesar das características sócio-demográficas dos pacientes, a maioria tinha uma renda familiar entre menos de um salário mínimo (20,3%) a um salário mínimo (66,2%).

Os pacientes foram encaminhados de 31 municípios de Alagoas, o que corresponde a 30,4% dos 102 municípios, sendo a maioria da capital Maceió, seguido por Arapiraca.

Com relação à busca de ajuda profissional, 52 (70,3%) pacientes procuraram um médico antes de chegar ao hospital de referência em Alagoas, 21 pacientes (28,4%) procuraram um dentista, enquanto que um paciente (1,3%) procurou o agente comunitário.

Quanto à localização, o percentual de prevalência da doença na língua foi estatisticamente maior do que nas demais localizações (Figura 1).

Observou-se que a maior parte dos pacientes (78,4%) apresentou tumores classificados em maiores que T2N0M0 (estádio III e IV), caracterizando doença avançada. Já 21,6% dos pacientes apresentaram tumores classificados em T1N0M0 e T2N0M0, significando estágio I, e II caracterizando doença precoce. Verifica-se o predomínio de pacientes com doença avançada.

Em relação ao estadiamento foram encontrados os valores apresentados na Figura 2. Houve predomínio das lesões em estádios avançados, diferença estatisticamente significativa quando comparadas com os estádios T1 e T2 ($\kappa^2= 37,33$; $p < 0,00$)

Tabela 1. Características sócio-demográficas e de hábitos dos pacientes que se apresentaram no ambulatório do Serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Alagoas, 2008.

Variáveis	N	%	Teste c^2	pvalor
Gênero				
1. Masculino	52	70,3	8,89	0,003
2. Feminino	22	29,7		
Grupo Étnico				
1. Brancos	28	37,8	3,96	0,047
2. Não branco	46	62,2		
Faixa etária				
1. 26 - 59 anos	35	47,3	0,49	0,49
2. 60 anos ou mais	39	52,7		
Escolaridade				
1. Analfabetos	28	37,8	1,70	0,43
2. Alfabetizados	14	18,9		
3. Fundamental ou mais	32	40,3		
Ocupação				
Trabalhador Rural	29	39,2	0,83	0,37
Dona de casa	5	6,8		
Biscateiro	5	6,8		
Pescador	4	5,4		
Outros	31	41,8		
Tabagismo e Etilismo				
1. Fuma e bebe	29	39,1	0,87	0,32
2. Só fuma	28	37,8		
3. Só bebe	2	2,7		
4. Abstêmio	15	20,3		
Renda familiar				
< 1 salário mínimo	15	20,3	16,35	0,000
1 salário mínimo	49	66,2		
2 ou mais salários mínimos	10	13,5		

c^2 = Estatística do teste de Qui-quadrado

N = Número de pacientes

Diagnóstico e Encaminhamento aos Serviços De Saúde

Com relação à percepção dos primeiros sintomas da doença referido em meses pelo paciente, no momento da sua chegada ao ambulatório do Serviço de Cabeça e Pescoço do hospital de referência em Alagoas, 24 (32,4%), referiram 1-3 meses do início dos sintomas até a data da consulta ao especialista, 20 (27,0%) afirmaram que os sintomas evoluíram de 4 a 6 meses, 20 (27,0%) desses pacientes referiram os sintomas iniciais em um período de 7 a 9 meses, e 10 (13,5%) um período maior que 9 meses.

Quanto ao tempo de encaminhamento desses pacientes pelos profissionais que os atenderam no serviço de

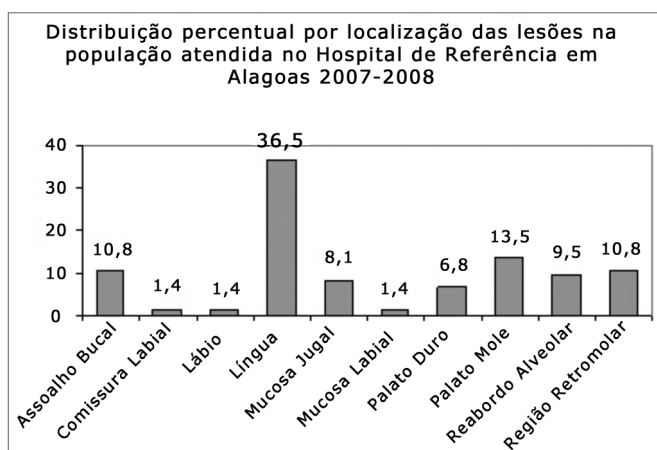


Figura 1. Localização anatômica das lesões.

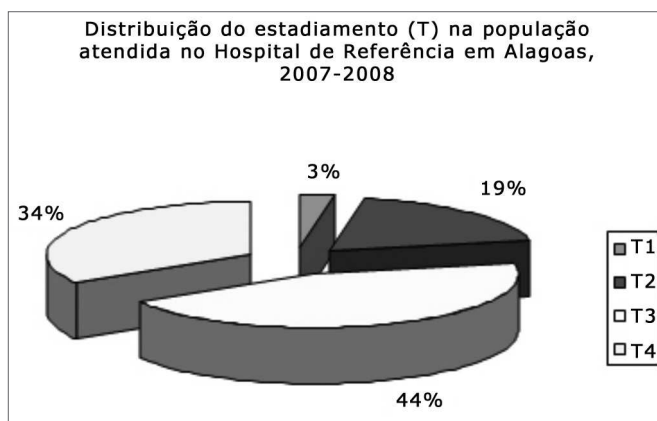


Figura 2. Distribuição do estadiamento detectado.

Tabela 2. Frequência de respostas à questão aberta: Por que não procurou o serviço de saúde antes?

Categorias	N	%	k ²	p
- Sabiam da lesão, mas só buscaram o serviço por dor.	31	41,9	6,24	0,10
- Procuraram o serviço, foram diagnosticados e tratados de forma errônea.	18	24,3		
- Não sabiam da lesão e procuraram o serviço quando sentiram dor.	2	2,7		
- Recusa da doença e do tratamento.	14	18,9		
- Dificuldades de acesso ao serviço	9	12,2		
Total	74	100,0		

saúde de seu local de origem, 20 (27,0%) desses pacientes chegaram com menos de dois meses ao Serviço de Cabeça e Pescoço do hospital de referência em Alagoas, 41 (55,4%) levaram de 2 a 6 meses, e 13 (17,6%) demoraram mais de 6 meses.

Sobre o encaminhamento do paciente a um centro especializado feito por profissional médico ou dentista

com estágio da doença avançada ou precoce, o dentista fez o encaminhamento de 6 (8,1%) pacientes com doença precoce e 15 (20,3%) pacientes com doença avançada totalizando 21 (28,4%) pacientes. O médico fez o encaminhamento de 42 pacientes (56,8%) com doença avançada e 10 (13,5%) com doença precoce, perfazendo um total de 52 (70,3%) dos pacientes, houve ainda o encaminhamento feito por um agente comunitário de um paciente (1,4%) em estágio avançado (T3). De acordo com estes resultados, observa-se um predomínio de encaminhamento de pacientes por profissionais da área médica, sendo que ambos o fizeram com percentual significativo da doença em estágio avançado.

Com relação à questão aberta, foram extraídos categorias de pensamentos homogêneos, sendo adotada a metodologia utilizada anteriormente na Paraíba⁹, onde foram selecionadas respostas semelhantes, que exprimissem as mesmas idéias.

Foram consideradas 5 categorias baseadas nos relatos dos pacientes que responderam a questão sobre o motivo da demora em procurar o serviço de saúde apresentadas na Tabela 2.

Do total, 41,9% dos pacientes relatam que sabiam da lesão, mas só procurou o serviço de saúde quando a mesma começou a incomodar. Foi a categoria com o maior número de indivíduos. Não houve diferença estatística entre os percentuais de resposta ($p=0,10$).

DISCUSSÃO

O tipo histológico mais frequente de câncer bucal encontrado na amostra foi o carcinoma espinocelular (CEC) com 100% dos casos, o que já foi comprovado pela literatura¹⁰. Devido à sua grande incidência, os trabalhos sobre este tipo histopatológico confundem-se com aqueles que abordam o câncer bucal de maneira geral e são discutidos de maneira conjunta¹¹.

Em Alagoas observou-se que dos 102 municípios existentes, apenas 31 encaminharam pacientes com câncer de boca ao hospital de referência em Alagoas, sendo a maioria da capital, seguido por Arapiraca, dado esse semelhante ao apurado em pesquisa desenvolvida anteriormente em Alagoas¹², que ainda enfatiza a importância dos serviços da capital para a população e da ausência de serviços de média e alta complexidade de forma descentralizada no estado. A ausência de municípios nessa estatística pode ser justificada pela distância geográfica e deslocamento difícil em muitos municípios da zona rural, bem como a ausência de um sistema efetivo de referência e contra-referência entre a rede básica de saúde e os hospitais de referência para o câncer.

Foram identificados para o período estudado 74 pacientes diagnosticados com câncer de boca, atendidos no hospital de referência. Em relação à faixa etária observou-se a predominância das lesões na população acima

dos 60 anos valores esses concordes com a literatura¹³⁻¹⁵, porém outros autores encontraram essa faixa etária entre os 50-60 anos de idade¹⁶⁻¹⁹.

Com relação ao gênero, a amostra desta pesquisa foi composta, na maioria, por homens. O mesmo predomínio do gênero masculino na prática odontológica pôde ser observado em vários estudos^{5,14-16,18}. Essa tendência na incidência de pacientes do gênero masculino tem sido observada frequentemente, porém nas últimas décadas, devido a mudanças de comportamento, nota-se um aumento na incidência do carcinoma espinocelular (CEC) de boca em mulheres¹⁹.

Houve um alto índice de pacientes com escolaridade inferior ao fundamental 42 pacientes, sendo que 28 pacientes eram analfabetos, dado esse bastante inferior ao encontrado um trabalho desenvolvido na Paraíba em 2006⁹, que totalizou 75% dos indivíduos entrevistados. Já considerando a ocupação, a maior parte era formada por trabalhadores rurais, corroborando os achados na literatura^{16,19}.

Quanto à etnia, encontrou-se uma incidência maior no grupo dos não brancos, predomínio discordante com uma pesquisa relatada na literatura²⁰, que mostra a cor branca como a de maior incidência, porém semelhante a de outros autores²¹, embora exista a afirmação que o acometimento de determinada cor/raça varia conforme a metodologia aplicada no estudo e a região onde o mesmo é realizado²², tornando difícil a comparação de resultados.

Em relação ao hábito de fumar e ao etilismo, permitiu-se constatar a presença de consumo de tabaco em 37,8% dos pacientes, 39,1% eram fumantes e etilistas e 20,3% não fumavam e nem bebiam. Nota-se que o hábito do tabagismo e etilismos, neste estudo, é alto. Dentre os hábitos bucais, o tabagismo e o alcoolismo têm sido frequentemente documentados como sendo os principais fatores de risco no desenvolvimento de novos cânceres bucais, agindo de forma sinérgica e aumentando a incidência²¹⁻²⁴.

O sítio anatômico mais acometido foi a língua, seguida do palato mole, resultados coincidentes com a literatura onde se constatou o predomínio da língua como a localização mais frequentemente atingida^{15,18,19}, porém divergentes dos apresentados por outros autores^{25,26}.

Foi possível observar uma larga maioria de pacientes com tumor em estágio clínico avançado, sendo classificados como T3 ou T4, resultado este coincidente com os de alguns autores^{9,12}, comprovando que os pacientes quando chegam aos serviços de saúde, a doença se encontra em um estágio avançado.

Vários fatores podem influenciar a qualidade na assistência aos pacientes com câncer como: agilidade no atendimento, disponibilidade de recursos e profissionais, entretanto, mesmo com todos esses recursos não há uma forte influência no prognóstico, e sobrevida do paciente

como quando é realizado o diagnóstico precoce da doença.

Conforme mostram diversos autores^{4,27,28,29}, o tempo decorrido entre a percepção dos sintomas e o diagnóstico e tratamento corretos interfere na evolução e no prognóstico dessa doença e também na qualidade de sobrevivência dos pacientes.

Neste estudo verificou-se que 41,9% dos pacientes sabiam da lesão, mas só procurou o serviço de saúde, quando a mesma começou a incomodar (Tabela 1). Foi a categoria com o maior número de indivíduos, o que indica a pouca valorização do autocuidado e também desconhecimento em relação aos sinais da lesão, por serem lesões inicialmente assintomáticas, não existindo a preocupação em procurar tratamento. O percentual considerável do tratamento incorreto reforça o despreparo dos profissionais em relação à questão. Da mesma forma, a recusa ou negação da doença reforça o seu estigma negativo na população, que vê o câncer como uma sentença de morte, geralmente sem possibilidade de tratamento, o que não se justifica nas lesões descobertas precocemente. Mostraram-se de forma explícita, em uma proporção importante (12,2%) as dificuldades de acesso ao SUS para o tratamento de média e alta complexidade, e da pouca disponibilidade do sistema para trabalhadores.

Quanto ao profissional que examinou o doente pela primeira vez, encontrou-se que cinquenta e dois pacientes foram examinados primeiramente por um médico e vinte e um pacientes por um dentista. A preferência dos doentes em procurar inicialmente o médico e não o dentista está de acordo com os relatos da literatura^{4,9}.

Com relação à percepção dos primeiros sintomas da doença até a chegada dos pacientes ao hospital de referência em Alagoas, houve um maior índice de pacientes que relataram que perceberam os primeiros indícios da doença em um período de 1-3 meses e em menor proporção os pacientes que perceberam em um período maior que nove meses, notando-se um equilíbrio proporcional nos diversos níveis, resultados semelhantes aos relatados por diversos autores^{9,27,30,31}, enquanto que em outro estudo³² foi encontrado uma média de 273,19 dias de atraso pelos pacientes.

Essa situação reflete a falta de informação da população, que pelo fato das lesões iniciais serem assintomáticas³³, só procuram o atendimento de saúde, consequentemente, quando o tumor está em estágio bastante avançado, acarretando uma queda drástica na sobrevida dos pacientes²⁸.

O tempo do profissional é uma variável que apresentou a maioria do encaminhamento um período de 2-6 meses, intervalo que pode ser considerado muito elevado, coincidindo com a literatura^{9,30}. 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 fazem a primeira consulta são os principais fatores para o atraso no encaminhamento³³⁻³⁹.

Sobre o encaminhamento do paciente a um centro especializado feito pelo médico ou por um dentista com estágio da doença avançada ou precoce, ambos fizeram o encaminhamento, na maioria, pacientes com doença em estágio avançado, totalizando 56,8% e 20,3%, respectivamente. De acordo com estes resultados, subentende-se que o desconhecimento e o despreparo do profissional com relação às lesões suspeitas da boca dificultam o encaminhamento desses pacientes.

É de grande importância o papel do primeiro profissional que atende o paciente e a dificuldade do diagnóstico de lesões malignas incipientes⁴⁰, profissionais esses responsáveis pelo encaminhamento dos pacientes a um centro ou a um profissional de saúde especializado.

Dos 74 pacientes da pesquisa, 73,4% foram encaminhados a outros profissionais. Quanto maior o número de consultas anteriores ao diagnóstico deduz-se que maior tenha sido o tempo de duração da queixa. Um número excessivo de profissionais consultados sugere que o paciente tenha feito uma peregrinação a médicos, a serviços de saúde e a uma grande quantidade de exames complementares, até que tenha sido estabelecido o diagnóstico final.

Existem falhas no conhecimento sobre o câncer de boca entre os profissionais da saúde, seja na rede pública, PSFs ou consultórios particulares, porém há vontade destes profissionais em se capacitarem através de cursos atualizações, com a finalidade de aumentarem seus conhecimentos e práticas nesta área^{19,33}.

Outro ponto discutido na literatura são as estratégias de prevenção e educação da população e treinamento profissional, mostrando que a principal preocupação localiza-se na estruturação dos cursos de graduação, tanto de medicina quanto de odontologia³.

O pouco conhecimento sobre a doença entre pacientes e profissionais de saúde, o medo do diagnóstico e as dificuldades para acessar o sistema de saúde são causas importantes para o atraso no diagnóstico. Os pacientes, algumas vezes, são descritos pelos profissionais como os responsáveis pela doença. Os profissionais de saúde são fundamentais no diagnóstico do câncer bucal e devem ter consciência dessa responsabilidade e não culpar os pacientes pelo atraso no diagnóstico. É preciso não só conhecimento, mas atitudes positivas, valores pessoais, habilidades no relacionamento, domínio psicológico e autoconfiança como subsídio ao sucesso do tratamento⁴¹.

Outros fatores de estudo foram investigados como uso de prótese, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, porém não mostraram associação, tornando-se um dos limites desta investigação.

Pelo exposto pode-se inferir que existe a necessidade de programas de educação continuada da população e dos profissionais no sentido da identificação de sinais

preoces da doença, visto que o acesso precoce é definidor do prognóstico.

CONCLUSÃO

Baseado nos resultados conclui-se que:

Não existem grandes diferenças entre os resultados obtidos nesta pesquisa e os demais estudos;

Os pacientes apresentaram baixo nível socioeconômico e educacional, com pouca ou nenhuma informação sobre sintomatologia do câncer de boca e sua prevenção;

Os pacientes mais atingidos foram do gênero masculino, melanoderma, faixa etária acima dos 60 anos, trabalhadores rurais, tabagistas e etilistas;

A localização anatômica mais frequente foi a língua, seguida pelo palato mole;

Existe um grande número de pacientes com lesões em estádios avançados; provavelmente porque as lesões iniciais são assintomáticas e também, pelas inúmeras dificuldades de natureza social e desconhecimento;

Em função da predominância de tumores no estágio III e IV, faz-se necessário a otimização de ações para prevenção, diagnóstico precoce e controle da doença;

O atraso no diagnóstico do câncer de boca ocorreu mais pela ignorância por parte dos pacientes, que pelos profissionais, apesar de ter sido detectado um índice significativo em relação ao desconhecimento e despreparo do profissional em relação às lesões suspeitas da boca, o que dificulta o encaminhamento dos pacientes;

O número de pacientes que procurou o médico generalista foi maior do que o número que procurou o médico especialista ou o dentista, geralmente profissionais que não reconhecem os sinais e sintomas do câncer, consequentemente atrasando o encaminhamento dos indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hamada GS, Bôs AJG, Kasuga H, Hirayama T. Comparative epidemiology of oral cancer in Brazil and India. *Tokai J Exp Clin Med.* 1991;16(1):63-72.
2. Martins MAT, Marques FGOA, Pavesi VCS, Romão MMA, Lascala CA, Martins MD. Avaliação do conhecimento sobre o câncer bucal entre universitários. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2008;37(4):191-7.
3. Lima AAS, França BHS, Ignácio SA, Baioni CS. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. *Rev Bras Cancerol.* 2005;51(4):283-8.
4. Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, Fava AS, de Andrade Sobrinho J, Ramos G, Oliveira BV, et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumour, the patient and health professionals. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1994;30B(3):167-73.
5. Brasil. Ministério da Saúde. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2007.
6. Costa RB. Cuidados paliativos em pacientes com câncer avançado: projeto social de atendimento ambulatorial, hospitalar, domiciliar (home care) e de doação de opioides da unidade do câncer de Alagoas (UNICA). Disponível em <http://www.saudebrasilnet.com.br/premios/oncologia/premio2/>. Acesso em 17 de março de 2007.

7. Kowalski LP. Carcinoma da boca: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Acta AWHO*. 1991; 10(3): 128-34.
8. Brasil. Ministério da Saúde. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro, 2004. p.254
9. Cunha PASM de A. Fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer de boca no estado da Paraíba. [Tese]. UFPB-UFBA / PIPGO, João Pessoa, 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle do Câncer. Divisão de Educação. Manual de detecção de lesões suspeitas. Câncer de Boca. Ministério da Saúde; 1996.
11. Brasil. Ministério da Saúde. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Alimentos, nutrição, atividade física e prevenção de câncer: uma perspectiva global / traduzido por Athayde Hanson Tradutores - Rio de Janeiro, 2007. p.12
12. Santos LCO, Cangussu MCT, Batista OM, Santos JP. Câncer bucal: amostra populacional do estado de Alagoas em hospital de referência. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009;75(4):524-9.
13. Oliveira CE, Bernini GF, Myazaki LCY, Tomita NE. Características sociodemográficas da mortalidade por câncer de boca em Bauru, SP, no período de 1991 a 2001: uso de geoprocessamento. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(2):185-95.
14. Jotz GP, Damazzini R, Deboni M, Dreher MV, Dias J, Deboni ALS et al. Prognóstico em dois anos do câncer de cavidade oral. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2007;36(3):146-51.
15. Liuzzi JF, Estanga N, Nuñez ZC, Paccheco SCF, Gardie J. Factores pronósticos en el carcinoma de células escamosas de cavidad oral. *Rev Venez Oncol*. 2007;19(2):129-34.
16. Alvarenga LM, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, Ruback MJC, Maniglia JV, Goloni-Bertollo EM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2008;74(1):68-73.
17. Noce CW, Rebelo MS. Avaliação da relação entre tamanho do tumor e características sociais em pacientes com carcinoma de células escamosas bucal. *Rev Bras Cancerol*. 2008;54(2):123-9.
18. Antunes AA, Antunes AP, Silva PV, Avelar RL, Santos TS. Câncer da língua: estudo retrospectivo de vinte anos. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2007;36(3):152-4.
19. Gervasio OLAS, Dutra RA, Tartaglia SMA, Vasconcellos WA, Barbosa AA, Aguiar MC. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. *Braz Dent J*. 2001;12(1):57-61.
20. Perez RS, Freitas SM, Dedivits RA, Rapoport A, Denardin OVP, Andrade Sobrinho J. Estudo epidemiológico do carcinoma espinocelular da boca e orofaringe. *Arq Int Otorrinolaryngol/ Intl Arch Otorhinolaryngol*. 2007;11(3):271-7.
21. Morse DE, Kerr AR. Disparities in oral and pharyngeal cancer incidence, mortality and survival among black and white Americans. *JADA* 2006;37:203-12.
22. Riera P, Martinez B. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. *Rev Méd Chile*. 2005;133(5):555-63.
23. Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Rev Bras Cancerol*. 2007;53(1):63-9.
24. Gangane N, Chawla S, Anshu, Subodh A, Gupta SS, Sharma SM. Reassessment of risk factors for oral cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2007;8(2):243-8.
25. Brasil. Ministério da Saúde. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (Brasil), 2005.
26. Rosenquist K. Risk factors in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: a population-based case-control study in southern Sweden. *Swed Dent J Suppl*. 2005;179:1-66.
27. Rosemberg J. Nicotina: a droga universal. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde - SES/CVE; 2003. p. 240.
28. Abdo EM, Garrocho AA, Aguiar MCF. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermoide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. *Rev Bras Cancerol*. 2002; 48(3):357-62.
29. Scott S, McGURK M, Grunfeld E. Patient delay for potentially malignant oral symptoms. *Eur J Oral Sci*. 2008; 116(2):141-7.
30. McLeod NM, Saeed NR, Ali EA. Oral cancer: delays in referral and diagnosis persist. *Br Dent J*. 2005;198(11):681-4.
31. 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(1):13-7.
32. Yu T, Wood RE, Tenenbaum HC. Delays in Diagnosis of Head and Neck Cancers. *J Can Dent Assoc*. 2008;74(1):61-4.
33. 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 Cabeça Pescoço*. 2007;36(20):65-8.
34. Matos IB, Araújo LA. Práticas acadêmicas, cirurgiões-dentistas, população e câncer bucal. *Revista da ABENO*. 2003;3(1):76-81.
35. Morelato RA, Herrera MC, Fernández EN, Corball AG, López de Blanc AS. Diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma in two diagnosis centers in Córdoba Argentina. *J Oral Pathol Med*. 2007;36(7):405-8.
36. Garcia-Roco Pérez ON, Arredondo López M, Castillo Betancourt EM. Factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma bucofaríngeo. *Rev Cuba Estomatol*. 2006; 43(1): 52-9.
37. Tromp MD, Rbrouh X, Hordjik GJ, Winnubst JAM, Leeuw RJ. Patient and tumor factors associated with advanced carcinomas of head and neck. *Oral Oncol*. 2005; 41(3):313-9.
38. Diz Dios P, Padron Gonzalez N, Seoane Leston J, Tomas Carmona I, Limeres Posse J, Varela-Centelles P. Scheduling delay in oral cancer diagnosis: a new protagonist. *Oral Oncol*. 2005; 41(2):142-6.
39. 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.
40. 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(8): 781-8.
41. Prieto L, Silva OMP, Accioly Jr. H, Oliveira EF, Blachman IT. A representação social do câncer bucal para os profissionais de saúde e seus pacientes. *Rev Odontol UNESP*. 2005; 34(4): 185-91.