

Avaliação do perfil do diagnóstico de câncer bucal após a implantação do Programa de Cuidados Específicos às Doenças Estomatológicas

Evaluation of diagnostic profile in oral cancer after the implantation of a Care Program for Specific Diseases in Stomatology

Natália Vieira de SÁ^a, Cizelene do Carmo Faleiros VELOSO GUEDES^a,
Luiz Fernando BARBOSA DE PAULO^a, Sindeval José da SILVA^b, Paulo Rogério de FARIA^c,
Sergio Vitorino CARDOSO^a, Adriano Mota LOYOLA^a

^aÁrea de Patologia Bucal, Faculdade de Odontologia, UFU – Universidade Federal de Uberlândia, 38405-900 Uberlândia - MG, Brasil

^bServiço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital de Clínicas, UFU – Universidade Federal de Uberlândia, 38405-900 Uberlândia - MG, Brasil

^cÁrea de Morfologia e Histologia, Instituto de Ciências Biomédicas, UFU – Universidade Federal de Uberlândia, 38405-900 Uberlândia - MG, Brasil

Resumo

Introdução: Câncer de boca é um termo utilizado para designar o grupo de neoplasias malignas incidentes nos tecidos bucais. É um importante problema de saúde pública em várias partes do mundo, situando-se entre os dez mais comuns tipos de cânceres humanos. Estudos epidemiológicos revelam que ainda persiste um perfil de diagnóstico tardio para a doença, fato que desfavorece marcadamente o prognóstico. Nesse sentido, é fundamental que todos os esforços sejam concentrados na mudança desse perfil de diagnóstico, a fim de favorecer diagnósticos mais precoces. **Objetivo:** Avaliar o perfil de diagnóstico do câncer bucal na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, após a implantação do Programa de Cuidados Específicos a Doenças Estomatológicas. **Método:** Casos de carcinomas epidermóides bucal diagnosticados em períodos anteriores (1993-1997) e posteriores (1999-2004 e 2008-2010) à instalação do referido programa foram analisados quanto aos dados sociodemográficos dos pacientes e clinicopatológicos das lesões, considerando, principalmente, o estadiamento da doença. **Resultado:** O perfil dos diagnósticos do câncer manteve-se inalterado, independentemente do período estudado. Houve um predomínio de lesões entre 2 e 4 cm, sendo que, no último período (2008-2010), prevaleceu o diagnóstico de lesões maiores do que 4 cm ($p = 0,0132$). Além disto, o diagnóstico predominante incluiu lesões em estágios avançados, ressaltando-se que, no período imediato à instalação do programa, houve um predomínio significativo de lesões em estágio precoce ($p < 0,0001$). **Conclusão:** Esses resultados mostraram que não houve uma significativa modificação do perfil do diagnóstico após a implantação do Programa de Cuidados Específicos a Doenças Estomatológicas.

Descritores: Carcinoma de células escamosas; neoplasias bucais; diagnóstico; prognóstico; atraso no diagnóstico do câncer.

Abstract

Background: Oral Cancer is a term used to designate the group of malignancies incidents in oral tissue. It is a major public health problem in many parts of the world, standing among the ten most common types of human cancers. Epidemiological studies show that there is still a pattern of late diagnosis for the disease. In this sense, it is essential that all efforts are concentrated on changing this pattern of diagnosis, in order to facilitate early diagnosis. **Objective:** To evaluate the diagnostic profile of oral cancer in the Faculty of Dentistry, Federal University of Uberlândia, after the implantation of Care Program Specific Diseases in Stomatology. **Method:** For both cases of oral squamous cell carcinoma diagnosed in the periods before (1993-1997) and after (1999-2004 and 2008-2010) the installation of this program were analyzed for patients' sociodemographic data and clinical-pathological lesions, considering especially the staging of the disease. **Result:** Our results showed that, overall, the profile of cancer diagnoses remained unchanged, regardless of the period studied. There was a predominance of lesions between 2 and 4 cm, and in the last period (2008-2010), the prevailing diagnosis of lesions larger than 4 cm ($p = 0.0132$).

Furthermore, the predominant diagnosis included lesions in advanced stages, stressing that, in the immediate installation of the program, there was a significant predominance of lesions at an early stage ($p < 0.0001$). **Conclusion:** These results showed no significant change in the profile of the diagnosis after the implementation of care program for specific diseases in stomatology.

Descriptors: Carcinoma squamous cell; mouth neoplasms; diagnosis; prognosis; delay in diagnosis.

INTRODUÇÃO

Câncer Bucal (CB) é um termo utilizado para designar o grupo de neoplasias malignas incidentes nos tecido bucais. São incluídos sob essa denominação os cânceres que acometem diferentes topografias da boca, a saber: mucosa de bochecha e fórnix vestibular, gengiva, palato duro e palato mole, língua e assoalho bucal¹. É um importante problema de saúde pública em várias partes do mundo, situando-se entre os mais comuns tipos de cânceres do ser humano². Embora também possam ser de diferentes tipos, 95% das doenças são representadas pelo Carcinoma Epidermóide (CEB).

Com uma estimativa de 264.000 novos casos por ano, o CB é letal para aproximadamente 50% dos casos diagnosticados, apresentando a menor sobrevida entre as neoplasias malignas da região da cabeça e do pescoço. É o oitavo câncer mais comum, associado a uma estimativa de 128.000 mortes anuais em todo o mundo^{2,3}.

No Brasil, apresenta-se como a quinta forma mais comum de câncer entre os homens e a décima primeira entre as mulheres, e mostra curso agressivo com notáveis índices de morbidade e mortalidade². Estimam-se 9.990 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 4.180 em mulheres, para o Brasil, no ano de 2012. Esses valores correspondem a um risco estimado de dez casos novos a cada 100 mil homens e quatro a cada 100 mil mulheres².

Sua causa é multifatorial. Entre os fatores associados ao seu desenvolvimento, citam-se: idade superior a 40 anos; exposição crônica a produtos do tabaco (fumo), álcool e chimarrão; má higiene bucal, e exposições profissionais (processamento de metais, indústria têxtil, processamento de couro, álcool isopropílico, ácido sulfúrico), sendo estes fatores extrínsecos. Carências nutricionais, estados de imunodeficiência, vírus oncogênicos (HPV) e imunossupressão constituem fatores intrínsecos⁴.

O estágio de diagnóstico da doença, os tempos transcorridos até o seu diagnóstico bem como o tempo entre diagnóstico e tratamento de carcinomas em cabeça e pescoço são de grande relevância para o prognóstico do paciente, pois as taxas de sobrevida desses pacientes são, geralmente, baixas.⁵ Além disso, o atraso terapêutico implica não só no aumento do sofrimento do paciente em função de perda funcional e mutilações, mas também na elevação do custo do tratamento, na rejeição social e na má qualidade de sobrevida dos pacientes⁶.

Estudos analisando grande número de casos têm mostrado que as lesões estão sendo diagnosticadas nos estágios III e IV – considerados avançados, refletindo uma maior dimensão da lesão –, acompanhadas de invasão dos tecidos vizinhos ou da

presença de metástases⁷. Lesões em estágios avançados chegam a perfazer o dobro daquelas diagnosticadas como doença inicial, o que desfavorece, em muito, o prognóstico e a sobrevida do paciente⁸.

No que interessa aos profissionais, cita-se o seu despreparo para o reconhecimento precoce do câncer, traduzido no desconhecimento dos aspectos de história natural da doença, dos sinais de alerta de sua presença, das lesões cancerizáveis e da necessidade da realização do diagnóstico em qualquer tempo, mas, em especial, precocemente⁹.

Esses dados advertem sobre a necessidade de intervenções que melhorem a percepção do CB como problema de saúde pública e que levem a práticas favorecedoras de seu diagnóstico precoce. Campanhas de esclarecimento à população e programas de educação continuada dos profissionais de saúde poderão trazer resultados melhores para o futuro¹⁰.

A partir desses pressupostos, foi criado, em 1997, o Programa de Cuidados Específicos às Doenças Estomatológicas – PROCEDE, por meio da parceria entre a Faculdade de Odontologia da UFU (Setor de Diagnóstico Estomatológico), a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde (Seção de Saúde Bucal). O desenvolvimento do PROCEDE obedeceria a níveis hierárquicos de atividades, envolvendo ensino (alunos e professores da Unidade de Diagnóstico Estomatológico III) e prática (cirurgiões-dentistas, técnicos de higiene dental e auxiliares de consultórios odontológicos, pertencentes à rede municipal de saúde), buscando a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, em benefício da comunidade. Duas linhas de atividade foram estabelecidas: uma direcionada para o diagnóstico das doenças estomatológicas e a outra para o atendimento aos pacientes com neoplasia¹¹. Inserem-se, nesse contexto, objetivos relativos ao diagnóstico e ao tratamento precoce do CB.

Baseado nesses pressupostos, o presente trabalho avaliou o perfil de diagnóstico do Câncer Bucal na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, após a implantação do Programa de Cuidados Específicos a Doenças Estomatológicas.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi desenvolvido utilizando-se uma amostra de 143 prontuários de pacientes registrados nos pedidos de biópsia arquivados na Patologia Geral da Faculdade de Odontologia da UFU, nos períodos entre 1993 e 2010, com diagnósticos histopatológicos confirmados de CB. Para a análise, os casos foram divididos em três grupos, correspondentes a três períodos diferentes de atendimento: 1993-1997; 1999-2003 e 2008-2010. Esses intervalos temporais refletem os períodos que antecederam

a criação do PROCEDE (1993-1997) e o seu desenvolvimento (1999-2003 e 2008-2010). Um intervalo de dois anos foi deixado propositalmente entre os dois primeiros grupos, definido arbitrariamente como um tempo próprio para adequação e divulgação do PROCEDE quanto aos seus objetivos primários.

Os seguintes dados foram coletados das amostras de estudo: idade, sexo e cor dos pacientes, e localização, tempo de evolução, dimensão e estadiamento clínico dos casos de CEB. Ademais, foram registrados dados referentes aos tempos de atraso no diagnóstico do CB, assim identificados e conceituados temporalmente:

- Tempo de atraso no diagnóstico relacionado ao paciente (TApac): intervalo entre a percepção inicial do problema pelo paciente e sua chegada ao centro de referência. Foi considerado como atraso o tempo acima de 90 dias;
- Tempo de atraso profissional (TApro): intervalo entre a chegada do paciente ao centro de referência e o diagnóstico definitivo da doença, definido como diagnóstico histopatológico. Foi considerado atraso o tempo acima de 15 dias.

1. Avaliação Estatística

Os dados coletados sobre o atraso foram analisados considerando-se frequência, média e desvio padrão dos valores. As análises estatísticas foram realizadas a partir de testes estatísticos (paramétricos e não paramétricos), após a análise e a distribuição dos tipos de frequências. Avaliações de diferenças entre os tempos de atraso para os grupos analisados foram realizadas utilizando-se teste-*t* de Student e *U* de Mann-Whitney, conforme o resultado da análise de normalidade.

A análise estatística para a dimensão das lesões foi realizada após a conversão dos intervalos das dimensões (variáveis categóricas), demarcados no sistema de estadiamento clínico TNM, para variáveis contínuas discretas, da seguinte forma: lesões < 2 cm (score 1); lesões > 2 cm a <4 cm (2) e >4 cm (3). As proporções de casos com e sem atraso, bem como os estágios das lesões diagnosticadas antes e após a instalação do PROCEDE, foram comparadas mediante a utilização do teste do Qui quadrado e do teste Exato de Fisher. Todos os testes foram realizados com o auxílio do software GraphPad Prism, versão 5.04. (GraphPad Prism Inc., California, USA, 2009).

RESULTADO

Cento e quarenta e três pacientes com carcinomas epidermóides foram atendidos no Hospital Odontológico nos diferentes períodos delimitados neste estudo.

1. Perfil do Diagnóstico do Câncer no Período 1993-1997

Neste período, os pacientes atendidos apresentaram idades variando de 28 a 93 anos, com a maior parte dos casos concentrada acima da quinta década de vida, com o pico na sexta e na sétima décadas. Dos 53 pacientes atendidos, 79,2% eram do sexo masculino, numa proporção de M:F de 4:1, sendo a maioria leucoderma (59,2%). Língua e rebordo alveolar foram as regiões mais afetadas, sendo 15 casos (28,3%) com carcinoma de língua

e 10 (18,9%) com carcinoma de rebordo alveolar, em um total de 25 casos (47,2%). Trinta e um pacientes (58,4%) apresentam lesões em estágio avançado, sendo que, em nove pacientes (17%), os tumores mostravam dimensão maior do que 4 cm. O tempo de evolução dos sintomas relatado pelos pacientes variou de 15 a 3240 dias (média de 180 ± 448 dias). Considerando-se o tempo de atraso no diagnóstico do CB relacionado aos pacientes, 71,1% dos casos apresentaram atraso no diagnóstico de 90 dias. O tempo de atraso profissional variou de 2 a 60 dias (média de $6 \pm 11,1$ dias), com 27,5% dos casos diagnosticados em um período superior a 15 dias.

2. Perfil do Diagnóstico do Câncer no Período 1999 - 2003

No período entre 1999 e 2003, 48 pacientes foram atendidos, sendo 32 (67%) do sexo masculino e 16 (33%) do sexo feminino, numa proporção de 2:1, com a maioria leucoderma (56,3%). A idade dos pacientes variou de 25 a 96 anos, com a maior parte dos casos concentrada acima da quinta década de vida, com pico na sétima década. Assoalho bucal e língua foram as regiões mais afetadas: 12 casos (25%) em assoalho bucal e 11 (22,9%) em língua, em um total de 23 casos (47,9%). Vinte e oito pacientes (58,5%) apresentam lesões em estágio avançado, sendo que, em seis pacientes (12,5%), os tumores mostravam dimensão maior do que 4 cm. O tempo de evolução dos sintomas relatado pelos pacientes variou de 15 a 2160 dias (média de 135 ± 340 dias), sendo 60,4% dos casos atendidos inicialmente em um tempo superior a 90 dias. Diversamente, o tempo de atraso profissional variou entre 2 e 68 dias (média de $7,0 \pm 10,5$ dias), com 14,9% dos atrasos superiores a 15 dias.

3. Perfil do Diagnóstico do Câncer no Período 2008-2010

Para o terceiro período estudado (2008-2010), foram atendidos 52 pacientes. Nesse grupo, a idade dos pacientes variou de 35 a 93 anos, com a maior parte dos casos concentrada acima da quinta década de vida, com o pico na sexta década. Na amostra, 33 pacientes (63,5%) foram do sexo masculino, numa proporção de 1,7:1 (M:F), sendo 51,9% da amostra constituída de melanodermas. Língua e assoalho bucal foram as regiões mais afetadas: 18 casos (34,6%) em língua e 17 (32,7%) em assoalho bucal, perfazendo 67,3% dos casos. O diagnóstico em estágio avançado foi predominante (61,5%) sendo que, destes, 81,5% apresentaram-se com lesões maiores do que 4 cm. O tempo de evolução variou de 7 a 1825 (média de 180 ± 319 dias). Em 71,5% dos casos, o atraso no diagnóstico relacionado ao paciente foi superior a 90 dias. O tempo de atraso profissional variou de 2 a 73 dias (média de $10,0 \pm 14,6$ dias), com 28,8% desses atrasos acima de 15 dias. Os principais dados referentes à caracterização dos casos de CEB estão indicados nas Tabelas 1 e 2.

Após a análise dos dados, pôde-se observar que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de lesões com relação à média de idade dos pacientes atendidos, bem como com relação ao tempo de atraso no diagnóstico das lesões por parte dos pacientes e profissionais nos períodos de estudo.

Tabela 1. Distribuição dos principais dados referentes aos casos de CB diagnosticados nos períodos anteriores (1993-1997) e posteriores (1999-2003 e 2008-2010) à implementação do Programa de Cuidados Específicos a Doenças Estomatológicas

| Períodos | Características dos casos ¹ | | | | | | |
|-----------|--|-----------|----------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Idade ² (variação) | Sexo(M:F) | Cor (%) ³ | Dimensão (%) | Estágio (%) | Apac (%) ⁴ | Apro (%) ⁵ |
| 1993-1997 | 63 ± 6,1 (28-93) | 4:1 | Leuco (59,2) | >2 cm <4 cm (62,3) | A ⁶ (58,5) | 71,1 | 27,5 |
| 1999-2003 | 63 ± 5,3 (25-96) | 2:1 | Leuco (56,3) | >2 cm <4 cm (66,6) | A (33,3) | 60,4 | 14,9 |
| 2008-2010 | 65 ± 7,3 (35-93) | 1,7:1 | Melano (51,9) | >4 cm (50,0) | A (61,5) | 71,5 | 28,8 |

¹Foram inseridos apenas dados de maior frequência; ²Idade média ± desvio padrão; ³Leuco: leucoderma; Melano: melanoderma; ⁴Apac: percentual de atraso do paciente; ⁵Apro: percentual de atraso profissional; ⁶A: estágio avançado.

Tabela 2. Distribuição dos casos de CEB segundo as localizações, nos diferentes períodos de estudo

| Topografias | Períodos de estudo | | |
|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| | 1993-1997 N (%) | 1999-2003 N(%) | 2008-2010 N(%) |
| Língua | 15 (28,3) | 11 (22,9) | 18 (34,6) |
| Assoalho bucal | 8 (15,1) | 12 (25) | 17 (32,7) |
| Rebordo alveolar | 10 (18,9) | 5 (11,4) | 3 (5,8) |
| Trígono retromolar | 8 (15,1) | 5 (11,4) | 6 (11,5) |
| Palato | 5 (9,4) | 5 (11,4) | 2 (3,8) |
| Lábio | 3 (5,6) | 5 (11,4) | 5 (9,6) |
| Bochecha | 4 (7,5) | 5 (11,4) | 1 (1,9) |

Por outro lado, foram observadas diferenças significativas nas dimensões das lesões diagnosticadas entre os grupos estudados. Assim, as lesões do último período analisado (2008-2010) apresentaram-se maiores (>4 cm) do que aquelas diagnosticadas nos períodos anteriores (1993-1997) e posteriores à implantação do PROCEDE (1999-2003), em que predominaram lesões entre 2 e 4 cm de diâmetro (Figura 1).

Em relação ao estadiamento dos tumores, pôde-se perceber que o período imediatamente após a instalação do PROCEDE apresentou um perfil de diagnóstico mais próximo do ideal, com a maior parte das lesões sendo diagnosticadas no estágio inicial. Tal padrão foi estatisticamente diferente do primeiro (1993-1997) e do último (2008-2010) períodos (Figura 2).

DISCUSSÃO

Os resultados desta investigação mostram, em linhas gerais, que o perfil do diagnóstico do câncer de boca se caracterizou pela maior frequência de acometimento nos homens acima da quinta década de vida, com um pico de frequência em torno da sexta e da sétima décadas; esse quadro é semelhante ao encontrado nas mulheres. Além disto, percebeu-se que as localizações mais

frequentes são língua e assoalho bucal. A maior parte das lesões ainda é diagnosticada em estágio avançado, com lesões grandes e/ou já disseminadas. Chama atenção, ademais, que o tempo de atraso no diagnóstico para o paciente encontrava-se, na média, em patamares considerados indesejáveis. Embora o atraso profissional também tenha sido registrado, foi presente em uma menor proporção de casos. Esse quadro tem sido observado de forma prevalente em diferentes serviços do Brasil e de outros países, tanto desenvolvidos quanto de baixo desenvolvimento socioeconômico^{12,13}. Adicionalmente, observou-se a presença de um perfil de diagnóstico que não se mostrou alterado após maior tempo de implantação do serviço de referência para diagnóstico das doenças bucais.

Não obstante, alguns dados merecem ser pontuados e discutidos. Paralelamente à maior frequência de homens acometidos pelo CB, pôde-se perceber aumento de frequência em relação à sua presença em mulheres, o que se deu gradativamente ao longo dos períodos de estudo. Note-se que essa tendência acompanha aquelas observadas em alguns países do primeiro mundo, associada tanto ao declínio dos casos em homens como a um incremento da doença nas mulheres¹⁴. De qualquer forma, não há uma explicação objetiva para tais achados. A literatura tem mostrado que esse incremento parece ser influenciado pelas mudanças no estilo de vida das mulheres⁶⁻¹⁴. Paralelamente, alguns estudos têm demonstrado que as mulheres são mais atentas às necessidades de cuidar da saúde, iniciativa traduzida por sua maior frequência de consultas ao clínico geral (médico), comparativamente aos homens¹⁵.

Há também evidências de que as mulheres são mais atentas aos sintomas da doença em sua fase pré-neoplásica. Essa constatação vem do fato de que as mulheres apresentam uma consciência somática maior do que os homens, tendo, ademais, uma tendência de dar atenção seletiva aos sinais corporais que denotam alterações¹⁶. Particularmente no Brasil, há evidências objetivas de que as mulheres utilizam com maior frequência os serviços públicos de saúde¹⁷. Contudo, outras investigações deveriam ser conduzidas para confirmar essas possibilidades.

O presente estudo também mostrou que as localizações mais comuns para os CBs em todos os grupos foram: língua e assoalho bucal. Não obstante, nos períodos prévios à instalação do Programa de Diagnóstico das Doenças Buciais, houve uma maior

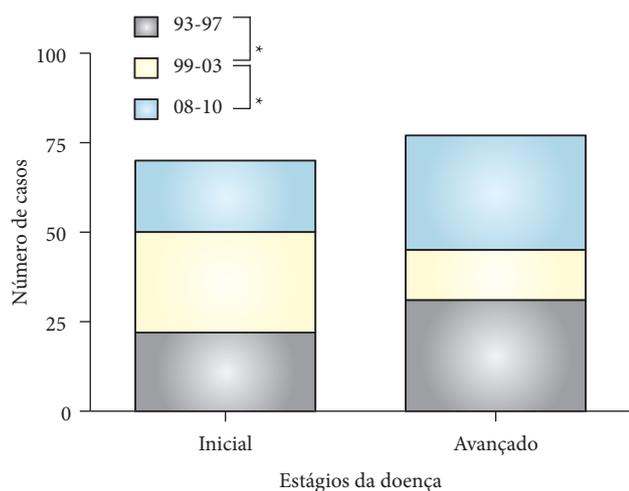


Figura 1. Distribuição dos casos segundo estágio da doença e períodos de atendimento. Um maior número de doenças em estágio inicial foi observado entre 99-03, que foi estatisticamente diferente em relação aos outros períodos estudados. (*-p = 0,0132).

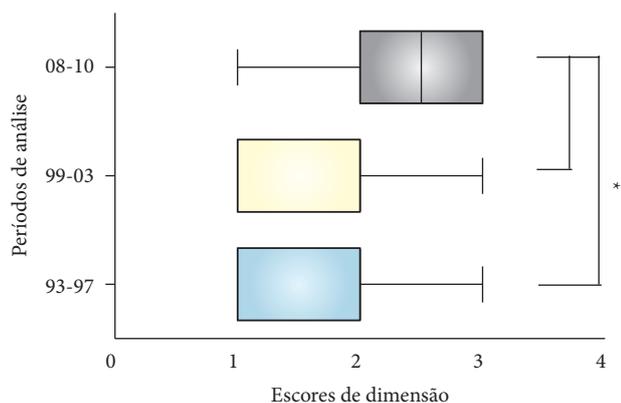


Figura 2. Distribuição dos valores de escores representativos dos grupos de dimensão das lesões. (escore 1: <2 cm; escore 2: >2 < 4 cm; escore 3: >4 cm). (*-p < 0,0001).

freqüência de pacientes diagnosticados com cânceres no rebordo alveolar. Em relação a esse dado, Faria et al.⁸ têm mostrado uma diferença aparente entre os grupos de pacientes com carcinomas epidermóides bucais diagnosticados por dentistas e médicos, uma tendência que tem sido mostrada também em outros estudos^{18,19}. Os autores observaram que os casos diagnosticados por dentistas tendiam a ter maior freqüência de lesões acometendo gengiva e rebordo alveolar, diferentemente daqueles casos diagnosticados por médicos, em que o lábio e a língua foram as localizações acometidas mais prevalentes.

O atraso no diagnóstico de câncer bucal pode ser dividido em dois principais tipos: atraso do paciente, que é o tempo decorrido entre o primeiro sinal e/ou sintoma e a primeira consulta com um profissional da saúde, e atraso do profissional, que é o tempo decorrido entre a primeira consulta e o encaminhamento para biópsia^{20,21}.

Este trabalho considerou o atraso do paciente, juntamente com a maioria dos trabalhos da literatura, sendo de três meses de evolução (90 dias)^{8,20,21}. Em todos os grupos estudados, a maioria

dos casos apresentou atraso do paciente acima de 90 dias. Por outro lado, na maioria dos casos, o atraso profissional ficou abaixo dos 15 dias. Após a realização das análises estatísticas, pôde-se observar que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de lesões com atraso profissional e com atraso do diagnóstico pelos pacientes.

O diagnóstico do câncer depende basicamente de ambos os fatores: do conhecimento e do treinamento profissional para identificação de lesões suspeitas, e da capacidade do paciente em perceber e interpretar os sinais/sintomas precoces da doença²⁰. Algumas investigações têm sido orientadas para a identificação de possíveis fatores associados a esse indesejável perfil de diagnóstico, designados 'fatores de atraso no diagnóstico e tratamento', tidos como parâmetros significativos no estabelecimento do prognóstico do câncer bucal. Dentre os fatores relativos aos pacientes, citam-se: conhecimentos; crenças; atitudes; idade; sexo; escolaridade; renda familiar; consumo de álcool; comportamento psicossocial; grau de atenção à saúde; localização da lesão; sintomatologia, e o fato de a maioria dos pacientes não conhecer a doença, encarando os sintomas como inócuos, tratando-os por muito tempo antes da consulta. Em relação aos fatores do profissional, citam-se: conhecimento e treinamento específico; prática (ações de consultório); opiniões; fatores de risco para o surgimento da lesão, e o próprio comportamento biológico da lesão. De acordo com a literatura, o atraso dos profissionais da saúde é maior em pacientes com tumores menores, demonstrando a dificuldade de detecção precoce dos tumores^{9,22}.

Dados da literatura mundial e brasileira mostram que o CB tem sido diagnosticado em estágios avançados^{8,13,23}. Esses estudos mostram que aproximadamente 50% dos cânceres bucais têm sido diagnosticados, em estágios avançados, caracterizados pela presença de metástases regionais e à distância. Esse perfil de diagnóstico tem produzido prognósticos sombrios para os pacientes, desde que lesões avançadas (estágios III e IV) têm sido associadas à sobrevida menor do que 25%, em cinco anos. Além disto, lesões maiores ou em estágios mais avançados acabam por levar a tratamentos mutilantes, muitas vezes produzindo redução parcial da lesão (não curativos); tais tratamentos podem provocar, paralelamente, uma mutilação acompanhada de debilitação da saúde orgânica e mental dos pacientes. Também esses aspectos acabam por desfavorecer uma maior sobrevida dessa população^{8,13}.

Os resultados mostraram um perfil predominante de doença avançada, em conformidade com outros achados nacionais e internacionais, refletido em ambos os aspectos de dimensão e estadiamento tumoral¹³. Este achado foi diferente apenas quanto ao estadiamento observado no período imediatamente após a instalação do PROCEDE, quando a maior parte das lesões foi diagnosticada no estágio inicial. Ademais, esse perfil foi estatisticamente diferente do primeiro período (1993-1997) e do último período (2008-2010), nos quais a maioria das lesões foi diagnosticada em estágios avançados. Estes achados provavelmente refletem uma maior atenção dada pelo PROCEDE à formação de profissionais mais atentos à necessidade do diagnóstico precoce, a treinamentos específicos, na melhoria

da busca ativa das lesões. No entanto, esse quadro reverteu nos últimos anos examinados, mostrando que uma maior atenção deve ser dada à difusão do conhecimento e à manutenção de atividades de treinamento voltadas ao desenvolvimento de habilidades.

É importante que os profissionais sejam adequadamente treinados na busca ativa dos tumores. Nessa adequação, também se inclui o monitoramento das lesões potencialmente malignas, no sentido de identificar sua transformação precocemente²⁴. Essas ações poderiam ser conjugadas a atividades educativas da população, no sentido de melhorar o nível de esclarecimento sobre fatores de risco, história natural da doença e sinais de alerta. Essa abordagem poderia oportunizar maior conscientização e mudança de comportamento da população, traduzidas em maior motivação para realização de autoexames e maior constância de visitas aos profissionais para realização de exames para detecção precoce da doença.

CONCLUSÃO

Os dados deste estudo mostram que não houve uma aparente mudança no perfil do diagnóstico do câncer - considerando-se o atraso no diagnóstico, tanto para o paciente quanto para o profissional -, na dimensão média das lesões e no estadiamento da doença no seu diagnóstico. Todavia, mudanças pontuais, refletidas no estadiamento logo após a implantação do PROCEDE, podem sugerir potencial interferência de sua implementação sobre os padrões de diagnóstico de doença avançada então vigentes. Estes achados colocam como desafio uma análise das atividades promovidas pelo PROCEDE e sua adequação mais objetiva às necessidades de divulgação do problema, de capacitação profissional e de visibilidade dos centros especializados no estabelecimento de políticas de enfrentamento dessa situação, calcadas também na indução e no gerenciamento de programas locais de promoção do diagnóstico precoce.

REFERÊNCIAS

1. Kanda JL, Carvalho MB. Epidemiologia, diagnóstico, patologia e estadiamento dos tumores da faringe. In: Kanda JL, Carvalho MB. Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia. São Paulo: Ed. Atheneu; 2001.
2. Instituto Nacional do Câncer. Estatísticas do câncer [citado em 2012 Mar 16]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) [Internet] [citado em 2011 Ago]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
4. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol.* 2008; 45:309-16. PMID:18804401. <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.06.002>
5. 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. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0215\(19990924\)83:1<18::AID-IJC5>3.0.CO;2-M](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0215(19990924)83:1<18::AID-IJC5>3.0.CO;2-M)
6. Warnakulasuriya S. Lack of molecular markers to predict malignant potential of oral precancer. *J Pathol.* 2000; 190: 407-9. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-9896\(200003\)190:4<407::AID-PATH546>3.0.CO;2-D](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1096-9896(200003)190:4<407::AID-PATH546>3.0.CO;2-D)
7. Seoane J, Fernández SP, Gómez I, Vazquez I, López-Cedrún JL, Agustin D, et al. Proliferative activity and diagnosis delay in oral cancer. *Head & Neck.* 2010; 32:1377-84. <http://dx.doi.org/10.1002/hed.21338>
8. Faria PR, Cardoso SV, Nishioka AS, Silva SJ, Loyola AM. Clinical presentation of patients with oral squamous cell carcinoma when first seen by dentists or physicians in a teaching hospital in Brazil. *Clin Oral Invest.* 2003; 7:46-51. PMID:12673438.
9. Mashberg A, Samit AM. Early detection, diagnosis and management of oral and oropharyngeal cancer. *CA Cancer J Clin.* 1989; 39:67-88. <http://dx.doi.org/10.3322/canjclin.39.2.67>
10. 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; 36:405-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0714.2007.00547.x>
11. Costa Neto OC, Durigetto Junior AF, Barra RP, Gomes CA, Guidi R. Saúde bucal integrando ensino e extensão: Programa de Cuidados Específicos às Doenças Estomatológicas - PROCEDE. *Em Extensão.* 2004; 4:96-102.
12. Kowalski LP, Carvalho AL. Influence of time delay and clinical upstaging in the prognosis of the head and neck cancer. *Oral Oncol.* 2001; 37: 94-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S1368-8375\(00\)00066-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1368-8375(00)00066-X)
13. Abdo EN, Garrocho AA, Barbosa AA, Oliveira EL, Franca Filho L, 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; 12:469-73.
14. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol.* 2009; 45:309-16. PMID:18804401. <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.06.002>
15. Pitiphat W., Diehl SR, Laskaris G, Cartos V, Douglass CW, Zayras AL. Factors associated with delay in the diagnosis of oral cancer. *J Dent Res.* 2002; 81:192-7. PMID:11876274. <http://dx.doi.org/10.1177/154405910208100310>
16. Cecile MT, Van Wijk G, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms: the theory contribution of symptom perception theory. *Soc Sci Med.* 1997; 45:2331-46.
17. Bordin R, Bortolomiol L. Frequência aos serviços de saúde. *Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Grande do Sul.* 1993; 13:66-72.
18. Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F. New barriers in oral cancer. Patient accessibility to dental examination - a pilot study. *Oral Oncol.* 2006; 42:1002-25.

19. Diz-Dios P, Padron-Gonzalez, N, Seone-Lesto'n J, Tomas-Carmona I, Limeres-Posse J, Varela-Centelles P. "Scheduling delay" in oral cancer diagnosis: a new protagonist. *Oral Oncol.* 2005; 41:142-6. PMID:15695115. <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2004.07.008>
20. Allison P, Franco E, Feine J. Predictors of professional diagnostic delays for upper aerodigestive tract. *Oral Oncol.* 1998; 34:127-32. [http://dx.doi.org/10.1016/S1368-8375\(97\)00078-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1368-8375(97)00078-X)
21. Scott SE, Grunfeld EA, McGurk M. Patient's delay in oral cancer: systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006; 34:337-43. PMID:16948672. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.2006.00290.x>
22. Onizawa K, Nishihara K, Yamagata K, Yusa H, Yanagawa T, Yoshisa H. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol.* 2003; 39:781-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S1368-8375\(03\)00075-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1368-8375(03)00075-7)
23. 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; 75:524-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942009000400010>
24. Brouha XDR, Tromp DM, Koole R, Hordijk GJ, Winnubst JAM, Leeuw JRJ. Professional delay in head and neck cancer patients: analysis of the diagnostic pathway. *Oral Oncol.* 2007; 43:551-6. PMID:17005438. <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2006.06.002>

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Adriano Mota Loyola

Área de Patologia Bucomaxilofacial, Faculdade de Odontologia, UFU – Universidade Federal de Uberlândia,

Av. Pará, 1720, bloco HC, 38405-900 Uberlândia - MG, Brasil

e-mail: loyolaam@yahoo.com.br

Recebido: 17/02/2012

Aprovado: 22/03/2012