

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

SÂNDYLA PRATA PAIXÃO

**FATORES RELACIONADOS AO ATRASO NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER
DE BOCA EM SERGIPE**

ARACAJU

2015

SÂNDYLA PRATA PAIXÃO

**FATORES RELACIONADOS AO ATRASO NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER
DE BOCA EM SERGIPE**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Departamento de
Odontologia da Universidade
Federal de Sergipe, em cumprimento
à exigência para a obtenção do Título
de Cirurgiã- Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Ricardo
Saquete Martins-Filho

ARACAJU

2015

SUMÁRIO

RESUMO.....	2
ABSTRACT	2
INTRODUÇÃO	3
METODOLOGIA.....	4
Desenho do Estudo	4
Critérios de Elegibilidade	4
Coleta de Dados	5
Análise Estatística.....	5
RESULTADOS	6
DISCUSSÃO	7
CONCLUSÃO	9
AGRADECIMENTO	9
REFERÊNCIAS	11
ANEXO A	13
APÊNDICE A	14

**FATORES RELACIONADOS AO ATRASO NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER
DE BOCA EM SERGIPE***

Associated Factors for the Delay in the Diagnosis of Oral Cancer in Sergipe

Sândyla Prata PAIXÃO¹

Paulo Ricardo Saquete MARTINS-FILHO, DDS, Msc, PhD²

1 Bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Apoio à Pesquisa e à Inovação Tecnológica do Estado de Sergipe, FAPITEC/SE. Acadêmica do Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju/SE, Brasil.

2 Professor do Departamento de Educação em Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Lagarto/SE, Brasil e Chefe do Laboratório de Patologia Investigativa, Hospital Universitário, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju/SE, Brasil.

Autor de Correspondência:

Prof. Paulo Ricardo Saquete Martins-Filho. Universidade Federal de Sergipe, Hospital Universitário, Laboratório de Patologia Investigativa. Rua Cláudio Batista, s/n. Bairro Sanatório. Aracaju, Sergipe, Brasil. CEP: 49060-100. E-mail: martins-filho@ufs.br

E-mail:

sandylaprata@hotmail.com

*Trabalho normatizado de acordo com o periódico. Revista de Odontologia da UNESP.

RESUMO

Introdução: O câncer de boca é considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Apesar de décadas de combate à doença, com políticas públicas baseadas em campanhas de prevenção e programas de assistência oncológica, ainda são observadas altas taxas de incidência da doença em diversas regiões do país, bem como um atraso em seu diagnóstico. *Objetivos:* Avaliar o tempo decorrido entre a percepção dos primeiros sinais e sintomas e o diagnóstico definitivo do câncer de boca em Sergipe e os fatores associados ao atraso no diagnóstico da doença. *Metodologia:* Trata-se de um estudo seccional, alinhado a uma coorte para o estudo de qualidade de vida em indivíduos com câncer de boca à espera pelo tratamento oncológico em Sergipe. Foram coletados dados referentes às (1) condições educacionais, socioeconômicas e demográficas, (2) consumo de cigarro e álcool, (3) localização do tumor primário, (4) estadiamento clínico, (5) interpretação do quadro clínico, (6) conhecimento e experiência sobre câncer (7) uso de automedicação e produtos naturais e (8) tempo decorrido da percepção dos primeiros sinais e sintomas da doença até o diagnóstico definitivo (T_d). *Resultado:* Foram incluídos neste estudo 37 pacientes com câncer de boca, os quais tiveram um tempo médio de $7,5 \pm 12,2$ meses entre a percepção dos primeiros sinais e sintomas e o diagnóstico definitivo da doença. A mediana para T_d foi de 4 meses, e 51,4% ($n=19$) dos pacientes foram classificados como tendo atraso no diagnóstico da doença. O sexo masculino (OR 13,4 IC95% 2,1-150,1; $p=0,005$), o baixo nível de escolaridade (OR 35,5 IC95% 3,9-668,8; $p<0,001$) e o desconhecimento da gravidade da lesão (OR 8,8 IC95% 1,2-114,2; $p=0,032$) demonstraram ser preditores independentes para o atraso no diagnóstico do câncer de boca em Sergipe. *Conclusão:* É necessário ampliar o conhecimento da população acerca dos fatores de riscos, estimular o autoexame, capacitar os profissionais da odontologia para prevenção e diagnóstico precoce da doença e propor mudanças de planejamento e gestão para o atual modelo hospitalar vigente.

Palavras-Chave: câncer bucal, diagnóstico, odontologia preventiva.

ABSTRACT

Introduction: Oral cancer is considered a major public health problems in the world. Despite decades of fighting the disease, with public policies based on prevention campaigns and cancer care programs, they are still observed high incidence rates of the

disease in different regions of the country as well as a delay in their diagnosis. *Objectives:* Evaluate the time elapsed between the perception of the early signs and symptoms and the definitive diagnosis of oral cancer in Sergipe and the factors associated with delayed diagnosis. *Methodology:* It is a cross-sectional study aligned to a cohort for the study of quality of life in individuals with oral cancer waiting for cancer treatment in Sergipe. Data were collected relating to (1) educational, socioeconomic and demographic conditions, (2) consumption of cigarettes and alcohol, (3) location of the primary tumor, (4) clinical staging, (5) interpretation of the clinical condition (6) knowledge and experience on cancer (7) use of self-medication and natural products and (8) elapsed time of the perception of the first signs and symptoms of the disease until a definitive diagnosis (Td). *Result:* The study included 37 patients with oral cancer, which had an average of 7.5 ± 12.2 months between the perception of the early signs and symptoms and the definitive diagnosis. The median Td was 4 months, and 51.4% (n = 19) of patients were classified as having delayed diagnosis. The male (OR 13.4 95% CI 2.1 to 150.1; p = 0.005), low educational level (OR 35.5 95% CI 3.9 to 668.8; p <0.001) and ignorance the severity of the injury (OR 8.8 95% CI 1.2 to 114.2; p = 0.032) proved to be independent predictors of delayed diagnosis of oral cancer in Sergipe. *Conclusion:* It is necessary to expand the knowledge of the population about risk factors, stimulate self-examination, empower dental professionals for prevention and early diagnosis of disease and propose planning and management changes to the current current hospital model.

Key words: oral cancer, diagnosis, preventive dentistry.

INTRODUÇÃO

O câncer de boca é considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Anualmente mais de 300 mil casos de câncer bucal são diagnosticados em vários países em estágios avançados, sendo responsável por 3 a 10% da mortalidade mundial¹.

Apesar de quase um século de combate à doença, com políticas públicas baseadas em programas de assistência oncológica e campanhas preventivas, ainda é alta a incidência da doença no Brasil², especialmente nas regiões Sudeste e Nordeste do país. Em Sergipe, por exemplo, foi estimada para 2014 uma incidência 9,28 casos para cada 100.000 homens e 4,10 casos para cada 100.000 mulheres³.

Apesar de ser uma região de fácil acesso ao exame clínico, dispensando qualquer tipo de equipamento especial, e dos fatores de risco serem bem conhecidos, a maioria dos casos de câncer de boca são diagnosticados tardiamente, o que leva os pacientes a terem piores prognósticos⁴.

O termo atraso ou retardo no diagnóstico do câncer bucal engloba diversos fatores relacionados ao paciente, ao profissional e ao sistema de saúde⁵. Na literatura, diferentes estudos em várias partes do mundo têm procurado identificar e quantificar o atraso no diagnóstico do câncer de boca, bem como as variáveis associadas e sua repercussão no prognóstico e qualidade de vida.

O descaso de alguns pacientes com a saúde, o desconhecimento dos fatores de risco e dos principais sinais/sintomas do câncer de boca são fatores que influenciam sobremaneira na demora pela procura profissional quando da presença de alterações.

As queixas relacionadas às alterações na cavidade oral raramente são atribuídas ao câncer de boca, sendo frequentemente interpretadas como alterações de pouca importância⁶.

O objetivo deste estudo foi avaliar o tempo decorrido entre a percepção dos primeiros sinais e sintomas e o diagnóstico definitivo do câncer de boca em Sergipe e os fatores associados ao atraso no diagnóstico da doença.

METODOLOGIA

Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo seccional, alinhado a uma coorte para o estudo de qualidade de vida em indivíduos com câncer de boca à espera pelo tratamento oncológico em Sergipe. O recrutamento dos pacientes incluídos neste estudo ocorreu no período de Outubro de 2013 a Março de 2015. Os pacientes foram atendidos no Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE) e Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Sergipe, Brasil. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU (CAAE: 21587613.0.0000.5546).

Crítérios de Elegibilidade

Foram incluídos os pacientes que receberam diagnóstico histopatológico de carcinoma de mucosa do lábio e cavidade oral. Os casos de carcinoma de orofaringe e de

glândulas salivares também foram incluídos no estudo. Foram excluídos os pacientes com doenças graves incapacitantes, transtornos mentais ou psicomotores, com história prévia de câncer com recorrências locais ou à distância. Os casos de tumores de nasofaringe, hipofaringe e laringe também foram excluídos do estudo.

Coleta de Dados

Os dados referentes às (1) condições educacionais, socioeconômicas e demográficas, (2) consumo de cigarro e álcool, (3) localização do tumor primário, (4) estadiamento clínico, (5) interpretação do quadro clínico, (6) conhecimento e experiência sobre câncer (7) uso de automedicação e produtos naturais e (8) tempo decorrido da percepção dos primeiros sinais e sintomas da doença até o diagnóstico definitivo (T_d) foram coletados por meio de um questionário semiestruturado, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pelos pacientes.

Para avaliação do estadiamento clínico, foi utilizado o Sistema TNM, através do qual se analisa o maior diâmetro da lesão, o comprometimento dos linfonodos regionais e as evidências de metástase à distância. Os pacientes foram classificados nos estágios 0, I, II, III e IV. As medianas foram usadas como ponto de corte para diferenciar o grupo de pacientes com atraso no diagnóstico daqueles sem atraso⁷.

Análise Estatística

Um modelo de regressão logística foi construído para determinar os fatores associados ao atraso no diagnóstico do câncer de boca. Para avaliação dos possíveis preditores associados ao atraso no diagnóstico, foram consideradas as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda mensal, história de tabagismo, etilismo, localização do tumor primário, percepção sobre os primeiros sinais/sintomas, uso de produtos naturais, automedicação, conhecimento sobre câncer de boca, orientação quanto ao autoexame da boca, conhecimento sobre fatores de risco, experiência pessoal com a doença e primeiro atendimento na Atenção Básica.

Primeiramente, realizou-se análise univariada e o critério de saída das variáveis explicativas foi $p < 0,15$. O método adotado para introdução destas variáveis no modelo final de regressão logística multivariada foi o “*backward stepwise*”. Foram estimados os valores de *odds ratio* (OR) com intervalos de 95% de confiança. O nível de significância adotado para permanência no modelo foi $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dos 37 pacientes avaliados, 62,2% pertenciam ao sexo masculino e 37,8% ao sexo feminino. A média de idade dos pacientes foi de 58,3 anos (mínimo 21 e máximo 80 anos), a maioria procedente do interior do Estado (91,9%), analfabetos (43,2%) e com renda inferior a um salário mínimo (78,4%). História de tabagismo foi referida por 97,2% dos pacientes. A maioria dos tumores foram diagnosticados em assoalho de boca, orofaringe e língua. No momento do diagnóstico, aproximadamente 70% dos pacientes tiveram lesões em estágio III ou IV. Detalhes a respeito das características sociodemográficas e do consumo de cigarro e álcool podem ser observados na Tabela 1.

No que se refere à interpretação do quadro clínico e primeiro atendimento, a maioria dos pacientes (n=27, 73%) acreditava se tratar de uma lesão benigna ou não tinham ideia da natureza da lesão e apenas 10 (27%) pacientes acreditavam se tratar de uma lesão maligna. Do total de 37 pacientes, 26 (70,3%) procuraram a Atenção Básica quando perceberam os primeiros sinais e sintomas da doença, enquanto 11 (29,7%) procuraram outros níveis de atenção.

Em relação ao conhecimento e experiência sobre câncer de boca, 15 (40,5%) pacientes nunca haviam ouvido falar sobre a doença. Apenas 9 (24,3%) pacientes relataram saber que o fumo, o álcool e a exposição crônica à radiação solar poderiam levar ao câncer de boca e somente 3 (8,1%) haviam sido orientados quanto à importância do autoexame da boca. Vinte e oito (75,7%) pacientes afirmaram nunca terem tido experiência pessoal com a doença, seja com amigos ou familiares.

A automedicação foi relatada por 14 pacientes antes do diagnóstico do câncer compreendendo 37,8% da amostra. O consumo de produtos naturais foi referido por 13 (35,1%) pacientes, os quais incluíram o uso de plantas nativas especialmente a malva branca (*Sida cordifolia*) e o sambacaitá (*Hyptis pectinata*).

O período de tempo compreendido entre a percepção dos primeiros sinais e sintomas até o diagnóstico definitivo da doença (T_d) foi de $7,5 \pm 12,2$ meses (mínimo 1 mês, máximo 67 meses). A mediana para T_d foi de 4 meses, e 51,4% (n=19) dos pacientes foram classificados como tendo atraso no diagnóstico da doença. Das variáveis utilizadas para predição do atraso no diagnóstico, somente o sexo, a escolaridade, a renda mensal e a percepção sobre os primeiros sinais/sintomas da doença foram selecionadas ($p < 0,150$) para inclusão no modelo de regressão logística multivariada. Após a inclusão destas variáveis, o sexo masculino (OR 13,4 IC95% 2,1-150,1; $p = 0,005$), o baixo nível de escolaridade (OR 35,5 IC95% 3,9-668,8; $p < 0,001$) e o desconhecimento da gravidade da

lesão (OR 8,8 IC95% 1,2-114,2; $p=0,032$) demonstraram ser preditores independentes para o atraso no diagnóstico do câncer de boca em Sergipe.

DISCUSSÃO

No presente estudo, foi observado que as variáveis sexo, escolaridade e percepção sobre os primeiros sinais e sintomas estiveram associadas ao atraso no diagnóstico do câncer de boca. Apesar do crescente aumento da doença entre as mulheres, inclusive no Estado de Sergipe, em virtude de mudanças de comportamento associados a hábitos de fumar e beber, ainda prevalece um predomínio do sexo masculino. Em nosso estudo, os homens apresentaram um OR de 13.3 para o atraso no diagnóstico em relação às mulheres. Sugere-se, portanto, que o público feminino apresenta uma sensibilidade maior na percepção dos sinais e sintomas, que aliado a um maior cuidado do corpo, acabam buscando uma assistência mais rápida⁸.

O primeiro passo para a procura por atendimento é a percepção dos sinais e sintomas da doença pelo paciente⁹. No presente estudo, a maioria dos pacientes procurou atendimento na Atenção Básica devido a presença de lesão, levando-se em média 7,5 meses até o diagnóstico definitivo, mesmo acreditando se tratar de uma lesão benigna ou porque não tinham noção da natureza da lesão. Apenas 66% dos pacientes procuram assistência médica devido à persistência de sintomas inexplicáveis ou quando tais sintomas causam incômodo excessivo¹⁰. Além disso, foi verificado em outros dois estudos que os pacientes diagnosticados com câncer de boca consideram os primeiros sinais e sintomas da doença como sendo de pouca importância, transitórios⁶ ou os confunde com resfriados e infecções¹¹, levando a um atraso na procura por atendimento. Além disso, muitos homens tendem a não procurar auxílio médico precocemente, devido ao fato de serem os responsáveis direto pelo sustento familiar e não poderem se ausentar do emprego ou das oportunidades do trabalho não formal, por medo do diagnóstico de uma neoplasia maligna, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, do desconhecimento sobre qual profissional de saúde ou especialidade médica procurar, e das experiências prévias insatisfatórias ou traumáticas com profissionais da área, principalmente cirurgiões-dentistas^{12,13,14,15}.

Na análise univariada, uma associação entre renda e atraso no diagnóstico da doença também foi observada, apesar desta variável preditora não ter permanecido no modelo final de regressão logística. Já o grau de escolaridade foi outro fator independente associado ao atraso no diagnóstico do câncer de boca, estimando-se um OR de 35,5 para

níveis de escolaridade mais baixos. Recentemente, em uma revisão sistemática, foi observada uma relação direta entre piores condições sócio econômicas, incidência do câncer de cabeça e pescoço e atraso em seu diagnóstico, identificando-se a necessidade de eliminar a desigual distribuição da doença entre os estratos sociais¹⁶. Uma das razões deste atraso, e que também está ligado às condições sócio econômicas, é o desconhecimento sobre a doença e seus fatores de risco, bem como ao acesso ao cirurgião dentista^{6,17}. Em nosso estudo, dos 37 pacientes diagnosticados com câncer de boca, 40,5% nunca tinham ouvido falar a respeito da doença e apenas 24,3% conheciam os principais fatores de risco que poderiam levar ao câncer de boca, dentre eles a radiação solar, o fumo e o álcool. Desta maneira, campanhas efetivas que mostrem as formas de aparecimento da doença, da importância do autoexame e da procura imediata pelo profissional de saúde, além de medidas de combate aos principais fatores de risco, são instrumentos necessários para diminuir a incidência da doença e evitar também que os casos sejam diagnosticados tardiamente e em estágios avançados.

No Brasil, são raros os estudos que avaliaram os fatores associados ao atraso no diagnóstico do câncer de boca, e devido à alta heterogeneidade metodológica observada entre eles, as comparações diretas são problemáticas^{9,10,14,17,18,19,20}. Se por um lado as políticas públicas para o câncer de boca parecem ser mais eficazes em países desenvolvidos, o tempo de atraso para o diagnóstico da doença no presente estudo foi semelhante ao observado em países em desenvolvimento, embora os fatores que contribuam para este atraso possam ser diferentes e dependem, provavelmente, de questões sócio-econômico-culturais.

No estudo realizado na Malásia, foi observado que 50% dos pacientes retardam a procura por ajuda profissional por mais de 3 meses após o conhecimento da lesão, especialmente pela natureza assintomática da maioria dos casos e pela esperança de que as lesões cicatrizem espontaneamente, de forma muito semelhante ao observado no presente estudo²¹. Na Índia, observaram que 60% dos pacientes apresentaram atraso no diagnóstico do câncer de boca, estando esse associado à idade mais avançada (<50 anos), ao baixo nível socioeconômico e residência em zona rural, ao uso de medicamentos à base de plantas, falta de conhecimento sobre o câncer de boca e ausência de medo pela presença de uma lesão na cavidade oral²². Na China, o atraso no diagnóstico da doença, observado em mais de 80% dos pacientes, esteve associado às lesões de língua e de pequeno diâmetro, bem como a questões referentes ao profissional, como a não realização

de biópsia na primeira consulta e o maior número de serviços em que os pacientes foram examinados²³.

Infelizmente, devido ao pequeno número de pacientes incluídos no presente estudo, a localização da lesão e seu diâmetro não foram analisadas como possíveis preditoras para o atraso no diagnóstico do câncer. Os demais fatores analisados, relacionados ao atraso profissional, são determinantes para que os pacientes possam receber seu diagnóstico rapidamente e serem encaminhados para o tratamento²³. Em nosso estudo, 70% dos pacientes procuraram a atenção primária para o diagnóstico de seu problema, considerada a porta de entrada do SUS para os brasileiros. Mesmo acolhidos na grande maioria das vezes como demanda espontânea e encaminhados aos serviços de referência, a atenção primária não esteve associada ao atraso no diagnóstico do câncer de boca, o que pode indicar que a referência destes pacientes para os serviços especializados tem sido feita de forma satisfatória. Entretanto, o impacto dos Centros de Especialidade Odontológica no sistema público de saúde brasileiro tem sido pouco estudado até o momento^{24,25}, o que torna difícil uma avaliação mais rigorosa sobre sua efetividade tanto na redução de indicadores de incidência e morbimortalidade do câncer de boca no país, quanto na sua agilidade em realizar o diagnóstico definitivo da doença.

CONCLUSÃO

É necessário ampliar o conhecimento da população acerca dos fatores de riscos, estimular o autoexame, capacitar os profissionais da odontologia para prevenção e diagnóstico precoce da doença e propor mudanças de planejamento e gestão para o atual modelo hospitalar vigente.

AGRADECIMENTO

Este trabalho foi desenvolvido com apoio financeiro da FAPITEC/SE (EDITAL FAPITEC/SE/FUNTEC - Nº 13/2012. Programa de Apoio e Desenvolvimento de Políticas Públicas para o Estado de Sergipe).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes e localização do tumor primário dos pacientes incluídos no estudo.

Variáveis	N	%
Idade		
≤ 50 anos	12	32,4
> 50 anos	25	67,6
Sexo		
Feminino	14	37,8
Masculino	23	62,2
Procedência		
Sergipe		
Interior	34	91,9
Capital	02	5,4
Outro Estado	01	2,7
Estado Civil		
Casado	10	27,0
Solteiro, divorciado ou viúvo	27	73,0
Religião		
Católica	32	86,5
Evangélica	03	8,1
Outras	02	5,4
Escolaridade		
Analfabeto	16	43,2
Ensino fundamental	12	32,4
Ensino médio	09	24,4
Ensino superior	-	-
Renda Mensal		
< 1 salário mínimo	29	78,4
1-3 salários mínimos	05	13,5
> 3 salários mínimos	03	8,1
História de tabagismo		
Não fumante	01	2,8
Ex-fumante	12	32,4
0-20 cigarros/dia	12	32,4
>20 cigarros/dia	12	32,4
Etilismo		
Não etilista	01	2,8
0-2 doses/dia	15	40,4
>2 doses/dia	21	56,8
Localização do tumor primário		
Assoalho da boca	10	27,0
Orofaringe	09	24,4
Língua	08	21,6
Palato	06	16,2
Parótida	02	5,4
Gengiva	02	5,4

REFERÊNCIAS

1. Petersen PE. Oral cancer prevention and control. The approach of the World Health Organization. *Oral Oncol.* 2009; 45: 454-460.
2. Martins-Filho PRS, Santos TS, da Silva LCF, Piva MR. Oral cancer in Brazil: a secular history of public Health Policies. *Rev Gaúch Odontol* 2014; 62: 159-164.
3. Instituto Nacional do Câncer (INCA) disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014>. Acesso em: 05/05/2014.
4. Martins-Filho PRS, da Silva LCF, Piva MR. The prevalence of actinic cheilitis in farmers in a Semi-Arid Northeastern Region of Brazil. *Int J Dermatol* 2011; 50: 1109-14.
5. Allison P, Locker D, Feine JS. The role of diagnostic delay in the prognosis of oral cancer: a review of the literature. *Oral Oncol.* 1998; 34: 161-70.
6. Scott SE, Grunfeld EA, Main J, McGurk M. Patient delay in oral cancer: a qualitative study of patient's experiences. *Psycho-Oncol* 2006; 15: 474-85.
7. 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: 1346-52.
8. Van WijK G, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms: the theory contribution of symptom perception theory. *Soc Sci Med* 1997; 45:231-46.
9. Silva MC, Marque 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: 329-335.
10. Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, Fara AS, Andrade Sobrinho J, Ramos G et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumour, the patient, and health professionals. *Eur J Cancer* 1994; 30: 167-73.
11. Brouha X, Tromp D, Hordijk GJ, Winnubst J, De Leeuw R. Role of alcohol and smoking in diagnostic delay of head and neck cancer patients. *Acta Oto-Laryngologica* 2005; 125: 552-6.
12. Scott SE, Grunfeld EA, Auyeung V, McGurk M. Barriers and triggers to seeking help for potentially malignant oral symptoms: implications for interventions. *J Public Health Dent.* 2009; 69: 34-40.
13. Grant E, Silver k, Bauld L, Day R, Warnakulasuriya S. The experiences of Young oral cancer patients in Scotland: symptom recognition and delay in seeking professional help. *Br Dent J.* 2010; 208: 465-71.

14. Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no Estado de Alagoas. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2010; 76: 416-22.
15. Rogers SN, Vedpathak SV, Lowe D. Reasons for delayed presentations in oral and oropharyngeal cancer: the patients perspective. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2011; 49: 349-53.
16. Boing AF, Antunes JLF. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16: 615-622.
17. Campos JLG, Chagas JFS, Magna LA. Fatores de atraso no diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. *Rev Bras Cir Cabeça e Pescoço* 2007; 36: 65-68.
18. Abdo EN, Garrocho AA, Barbosa AA, Oliveira EL, França-Filho L, Negri SLC, Pordeus IA. Time elapsed between the first symptoms, diagnosis and treatment of oral cancer patients in Belo Horizonte, Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007; 12: E469-73.
19. Carvalho AL, Pintos J, Schlecht NF, Oliveira BV, Fava AS, Curado MP, Kowalski LP, Franco EL. Predictive Factors for Diagnosis of Advanced-Stage Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002; 128: 313-318.
20. Cunha PASMA, Catão MFM, Costa LJ. Fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer de boca no estado da Paraíba – Brasil: relatos de pacientes portadores. *Braz Dent Sci* 2009; 12: 18-24.
21. Khoo SP, Shanmuhasuntharam P, Mahadzir WM. Factors involved in the diagnosis of oral squamous cell carcinoma in Malaysia. *J Public Health* 1998; 10(1): 49-51.
22. Akram M, Siddiqui SA, Karimi AM. Patient related factors associated with delayed reporting in oral cavity and oropharyngeal cancer. *Int J Prev Med* 2014; 5: 915-19.
23. Gao W, Guo CB. Factors related to delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67: 1015-20.
24. Cimardi ACBS, Fernandes APS. Câncer da boca: a prática e a realidade clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina. *RFO UPF* 2009; 14:99-104.
25. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:259-67.

ANEXO A

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

CAAE: 21587613.0.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os termos exigidos.

Recomendações:

Divulgar os dados obtidos

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não possui pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

ARACAJU, 07 de Outubro de 2013

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa: “Câncer de Boca em Sergipe: Análise dos Fatores Associados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento e seu Impacto na Qualidade de Vida dos Pacientes”.

Pesquisador: Prof. Paulo Ricardo Saquete Martins Filho.
Universidade Federal de Sergipe
Telefones: (79)9898-0521

1. Que estudo é esse?

É um estudo que tem como objetivo avaliar o tempo decorrido entre a percepção dos primeiros sinais e sintomas da doença pelo paciente e o início do tratamento.

2. Como irão fazer este estudo?

Através de um questionário, com perguntas simples de serem respondidas.

3. Aonde as perguntas serão feitas?

As perguntas serão feitas durante as consultas ambulatoriais de rotina.

4. Além das perguntas, será feito mais alguma coisa?

Apenas os exames físicos tradicionais realizados na cavidade oral.

5. Haverá benefício para a sociedade após a realização deste estudo?

Sim. Este estudo servirá como uma ferramenta importante para a saúde pública em nosso Estado, permitindo que ações sejam planejadas para acelerar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes com a doença.

Eu, _____, RG _____, depois de ter sido explicado sobre o estudo, concordo de livre e espontânea vontade em participar. Minha participação é voluntária, e posso me recusar a responder a qualquer pergunta feita, assim como ter direito de sair da pesquisa em qualquer momento, sem justificativa. Os resultados do estudo podem ser apresentados em trabalhos ou revistas da área de saúde, sem, contudo, divulgar meu nome e identidade.
_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável pela pesquisa