

Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida

Delay factors in the diagnosis of head and neck cancer and its relationship to survival and life quality

José Lamartine Galvão Campos¹
José Francisco de Salles Chagas²
Luiz Alberto Magna³

RESUMO

Introdução: o câncer é a segunda causa de mortalidade nos países ocidentais e no Brasil. As neoplasias de cabeça e pescoço representam 5% dos tumores. Atrasos do início dos sintomas ao diagnóstico clínico são comuns, retardando o planejamento terapêutico e piorando o prognóstico. **Objetivo:** estabelecer fatores de retardo no diagnóstico clínico histológico de 64 pacientes com neoplasias malignas de cabeça e pescoço. **Pacientes e método:** utilizando um questionário, 49 homens e 15 mulheres foram entrevistados e os dados foram relacionados com achados clínicos e sócio-demográficos. **Resultados:** a idade média por época do diagnóstico foi de 56,16 anos (desvio padrão de 13,05). As queixas principais dos pacientes foram dor, nódulo no pescoço, úlcera, disfagia e disфония. Dos pacientes, 73,02% procuraram primeiramente cuidados médicos, 20,63% automedicaram-se e 6,35% procuraram primeiramente um dentista. O tempo do paciente, desde os primeiros sintomas até o diagnóstico apresentou uma média de 273,19 dias. O atraso foi significativamente associado com a interpretação cognitiva dos sintomas e pacientes que sabiam ou suspeitavam do câncer tiveram um maior atraso. O tempo do profissional, contado desde a primeira consulta até o diagnóstico, apresentou uma média de 198,09 dias. **Conclusões:** as variáveis que aumentaram o atraso do tempo do profissional foram os exames subsidiários e o número de outros profissionais a quem o paciente foi encaminhado. As variáveis sócio-demográficas (idade, gênero, escolaridade, número de membros da família e renda familiar) não mostraram influência sobre o atraso no diagnóstico.

Descritores: neoplasias de cabeça e pescoço; carcinoma espinocelular; diagnóstico.

ABSTRACT

Introduction: the cancer is the second leading cause of mortality in the occidental countries and in Brazil. The head and neck neoplasms represent 5% of them. Delays from the onset of symptoms to the clinical diagnosis are common, delaying the therapeutic approach and decreasing the prognosis. **Objective:** to establish factors associated to delayed diagnosis of 64 patients with head and neck cancer. **Patients and methods:** forty-nine men and 15 women were interviewed through a questionnaire, and the results were related to clinical and socioeconomic findings. **Results:** the mean age at diagnosis was 56.16 years (SD \pm 13.05). The time of the patient since the recognition of the initial symptoms until the diagnosis showed median delay of 273.19 days. Larger delay was associated to the cognitive interpretation of the symptoms (diagnosis knowledge or cancer suspicion). Patients with cancer diagnosis or cancer suspicion had larger delay. The time of the professional since the first contact until the diagnosis presented median delay of 198.09 days. **Conclusions:** the variables associated to professional delay were the request of diagnostic tests and the referral to other professionals. The present study did not found a relationship between the delay in the diagnosis and sociodemographic and economic variables (age, gender, education, number of family members and familiar income).

Key words: head and neck neoplasms; squamous cell carcinoma; diagnosis.

INTRODUÇÃO

Muitos fatores contribuem para o aumento dos casos de câncer em um país. Um deles, o envelhecimento da população, é um fenômeno decorrente do desenvolvimento sócio-econômico e da medicina, que impede mortes prematuras por doenças evitáveis. Não existe sociedade sem câncer e cada uma delas terá os tipos de câncer característicos de seu estágio de evolução¹⁻³. Além do envelhecimento da população, a urbanização e o desenvolvimento tecnológico expõem a população a fatores de risco para essa enfermidade, como aditivos alimen-

tares, pesticidas, hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, níquel, asbesto, poluição ambiental e tabagismo^{4,5}.

As neoplasias de cabeça e pescoço representam 5% dos cânceres no mundo ocidental e, dentre eles, o câncer bucal^{5,6}. Segundo a Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2006⁶, o câncer oral apresenta 10.060 casos entre homens e 3.410 entre as mulheres. Ainda segundo a mesma estimativa, é o sétimo tipo de câncer mais incidente em 2006 na população brasileira (exceto pele não melanoma). Taxas de incidência e mortalidade por câncer oral no Brasil são muito altas se comparadas com as encontradas na Índia, no Paquistão,

1) Mestrando do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Hospital Heliópolis, Hospfel, São Paulo.

2) Doutor em Medicina pelo Curso de Pós-Graduação em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

3) Bioestatístico do Hospital Celso Piero, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Instituição: Hospital Celso Piero da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Correspondência: Dr. José Francisco S Chagas, Rua Heitor Penteado, 1780. 13075-460 Campinas, SP. E-mail: josefcochagas@terra.com.br

Recebido em: 27/02/2007; **aceito para publicação em:** 03/04/2007; **publicado on line em:** 15/06/2007.

Singapura, Estados Unidos, Canadá e França e a incidência crescente dessa doença nas últimas décadas, aparentemente, está associada com o alto consumo de álcool e tabaco⁷. Em determinadas lesões neoplásicas malignas, com tipos histopatológicos e localizações específicas, o atraso no diagnóstico pode ser um dos fatores que influem no desenlace fatal da doença, independentemente de sua agressividade³. Diferentes estudos demonstraram que o atraso no diagnóstico de câncer bucal tem sido ligado a pacientes, profissionais ou a ambos e tem sido atribuído a diversos fatores, como sociais e culturais, dentre outros^{8,9}. A precocidade diagnóstica e terapêutica determina o melhor prognóstico para o paciente. Além disso, o atraso terapêutico explica o aumento do sofrimento do paciente por perda de funções e mutilação, mas também na elevação do custo do tratamento, na rejeição social e na má qualidade de sobrevivência¹⁰, o que justifica uma qualidade de vida discutível.

PACIENTES E MÉTODO

Foram entrevistados, individualmente, 64 pacientes admitidos nos Serviços de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital e Maternidade Celso Piero da Pontifícia Universidade Católica de Campinas-SP e Hospital Heliópolis, São Paulo, no período de fevereiro de 2005 a março de 2006. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Para a análise estatística, foi criado um banco de dados

específico, utilizando-se o programa estatístico SPSS para Windows Release 12.0.0 EUA: SPSS Inc., 2003, estabelecendo um estudo prospectivo de coorte.

Os pacientes foram identificados, numerados e classificados por idade, gênero, profissão (classificados em dois grupos, como aposentados ou em atividade, para facilitar a análise estatística), escolaridade (até primeiro grau completo ou até segundo grau completo ou superior) e, nos itens seguintes, coletamos informações sobre a história clínica do doente:

1. Queixa principal e duração:
2. Quando foi que você notou alguma alteração na sua boca, pescoço ou face?
3. O que você sentia?
4. Qual foi a primeira providência para alívio das queixas?
5. Que tipo de profissional o examinou pela primeira vez e há quantos dias?
6. Foi encaminhado ou procurou outro profissional? Quantos?
7. Quais exames você já fez? Há quantos dias?
8. Sofreu alguma cirurgia ou tratamento? Há quantos dias?
9. Houve complicação?
10. Você sabe o que você tem?
11. O que você acha que tem?

O método estatístico empregado utilizou técnicas de estatística descritiva (gráfica e aritmética), transformação e ajuste de variáveis, comparação de médias por método paramétrico (teste *t* de Student para amostras independentes e ANOVA –

Tabela 1 – Comparação do tempo do paciente segundo os grupos definidos pelas demais variáveis.

Variável		n	Média	p
Gênero	Feminino	15	275,27	0,664
	Masculino	49	272,55	
Profissão	Aposentado	21	275,24	0,343
	Em atividade	43	272,19	
Escolaridade	Até 1º grau	45	284,49	0,766
	Até 2º grau ou superior	19	246,42	
Queixa principal *	Disfagia ou disfonia	7	287,86	0,309
	Dor	22	216,36	
	Úlcera	14	195,71	
	Nódulo	20	371,10	
Úlcera na boca	Não	41	288,83	0,879
	Sim	23	245,30	
Dor	Não	22	378,73	0,072
	Sim	42	217,90	
Sangramento	Não	55	266,85	0,252
	Sim	9	311,89	
Dificuldade para engolir	Não	23	329,00	0,850
	Sim	41	241,88	
Dificuldade de abrir a boca	Não	61	279,74	0,531
	Sim	3	140,00	
Nódulo no pescoço	Não	25	269,88	0,962
	Sim	39	275,31	
Outros sintomas	Não	57	263,32	0,231
	Sim	7	353,57	
Primeira providência *	Dentista	4	142,50	0,744
	Automedicação	13	279,77	
	Cuidado médico	46	286,67	
Tipo de profissional *	Dentista	8	138,75	0,288
	Médico	55	291,07	
Outros profissionais	Não	17	151,76	0,088
	Sim	47	317,11	
Exames de laboratório	Não	54	240,72	0,064

* Para efeito estatístico, os itens assinalados apresentam uma somatória n = 63 em função de um paciente que acusou sangramento quanto à queixa principal e um paciente que procurou farmacêutico como primeira providência para alívio das queixas, sendo ambos retirados dos procedimentos subsequentes que envolveram estas variáveis.

Tabela 2 – Comparação do tempo profissional com os grupos das demais variáveis.

Variável		n	Média	p
Gênero	Feminino	15	165,00	0,720
	Masculino	49	208,22	
Profissão	Aposentado	21	233,57	0,814
	Em atividade	43	180,77	
Escolaridade	Até 1.º grau	45	206,60	0,817
	Até 2.º grau ou superior	19	177,95	
Queixa principal *	Disfagia ou disfonia	7	220,71	0,135
	Dor	22	139,55	
	Úlcera	14	129,14	
	Nódulo	20	303,75	
Úlcera na boca	Não	41	209,88	0,716
	Sim	23	177,09	
Dor	Não	22	320,82	0,099
	Sim	42	133,81	
Sangramento	Não	55	198,20	0,391
	Sim	9	197,44	
Dificuldade para engolir	Não	23	281,43	0,569
	Sim	41	151,34	
Dificuldade de abrir a boca	Não	61	206,11	0,062
	Sim	3	35,00	
Nódulo no pescoço	Não	25	170,32	0,526
	Sim	39	215,90	
Outros sintomas	Não	57	187,16	0,528
	Sim	7	287,14	
Primeira providência *	Dentista	4	101,25	0,618
	Automedicação	13	134,62	
	Cuidado médico	46	228,11	
Tipo de profissional *	Dentista	8	76,88	0,118
	Médico	55	212,69	
Outros profissionais	Não	17	102,41	0,020
	Sim	47	232,70	
Exames de laboratório	Não	54	175,61	0,733

* Para efeito estatístico os itens assinalados apresentam uma somatória n = 63 em função de um paciente que acusou sangramento quanto à queixa principal e um paciente que procurou farmacêutico como primeira providência para alívio das queixas, sendo ambos retirados dos procedimentos subsequentes que envolveram estas variáveis.

análise da variância – unifatorial, com teste de contraste *Least Square Difference, LSD* e não paramétrico (teste de Mann-Whitney). A relação entre variáveis foi identificada por correlação simples de Pearson e regressão linear múltipla escalonada. A comparação de proporções foi feita pelo teste do qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher, conforme a distribuição. Em todos os casos, adotou-se o nível de 5% ($p < 0,05$), em teste bicaudal, para a declaração de significância estatística.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a comparação do tempo do paciente segundo os grupos definidos pelas demais variáveis.

O tempo profissional também não teve distribuição normal, apresentando média de 198,1 dias, mediana de 120 dias e moda de 60 dias. A sua transformação logarítmica produziu uma distribuição normal, com média 2,02 e desvio-padrão de 0,5, o que permite estimar o intervalo de confiança de 95% para o tempo profissional no intervalo compreendido entre 9,26 dias e 1112,32 dias. Todas as comparações envolvendo essa variável foram realizadas, portanto, com a mesma após sua transformação logarítmica, sendo apresentados os valores médios da variável original (em dias), em cada grupo, somente para referência da comparação considerada (tabela 2).

DISCUSSÃO

Conforme afirmaram diversos autores^{2,11-15}, 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.

A idade média dos nossos pacientes foi de 56,16 anos e desvio-padrão de 13,05 anos, semelhante a outros estudos realizados também no Brasil, com média de 58 anos¹⁶, idades médias de 57,7 anos para homens e 59,6 anos para mulheres⁷. Pesquisas em outros países encontraram, por vezes, médias etárias mais elevadas de 66 anos⁸, de 65 anos¹⁷ e de 64,6 anos com um desvio-padrão de 14 anos em seus estudos¹⁴, enquanto outros não estimaram a média de idade dos pacientes, mas referiram que 61% deles tinham menos de 65 anos e 39%, mais de 65 anos de idade¹⁵. Um estudo na Austrália¹¹ revelou um dado interessante ao descrever uma média de idade geral de 66 anos, encontrando, no entanto, entre as mulheres, uma média de 72 anos, dez anos acima da média dos homens, estimada em 62 anos. Outra pesquisa em Israel¹⁸ revelou uma média de idade semelhante à que descrevemos: 56,9 anos.

Dos 64 pacientes, 21 (32,8%) eram aposentados e 43 (67,2%) estavam em atividade produtiva, o que foi esperado pela relativamente baixa faixa etária média apontada nesse estudo. Se observarmos que, nesses padrões, a doença acometeu a população em idade produtiva, vale destacar a importância do diagnóstico precoce como forma possível de reintegração desses pacientes em suas atividades sociais e laborais.

Em nossa amostra, 45 (70,3%) pacientes tinham escolaridade formal até 1º grau completo e 19 (29,7%) 2º grau completo ou mais. Todavia, um estudo na Grécia¹⁴ avaliou 56,4% dos pacientes com até seis anos de escolaridade e 43,6% de 7 a 12 ou mais que 12 anos de escolaridade, enquanto que na Holanda¹⁵ verificaram que 49% dos pacientes tinham escolaridade fundamental, 33% média e 18% superior. Em nosso estudo, o grau de instrução não influenciou o atraso no diagnóstico das neoplasias de cabeça e pescoço, uma vez que escolaridade teve uma significância com $p = 0,766$ para atraso do paciente e $p = 0,817$ para atraso profissional.

Os primeiros sintomas ou sinais percebidos pelo paciente apresentaram-se da seguinte forma: dor (65,63%), disfagia (64,06%), nódulo cervical (60,94%), sangramento (14,06%), dificuldade de abrir a boca (4,69%) e outros sintomas (10,94%). Todos esses sinais e sintomas iniciais são referidos pelo INCa

como característicos de neoplasias de cabeça e pescoço e têm sido descritos na literatura^{5,7,10,19}.

Em nosso estudo, 73,02% tiveram como primeira providência para alívio de suas queixas a procura por cuidados médicos, 20,63% auto-medicaram-se e 6,35% procuraram o dentista. *A alta porcentagem de pacientes que se auto-medicaram aponta para um traço da cultura popular brasileira em que o paciente leigo faz uso de medicamento sem prescrição médica. Isso também foi percebido em outras partes do mundo, inclusive em países de cultura oriental*^{6,19,20}.

Quanto ao tipo de profissional que examinou o doente pela primeira vez, encontramos que apenas um paciente procurou um farmacêutico, sendo excluído dos procedimentos estatísticos subsequentes. Cinquenta de cinco pacientes (87,3%) foram examinados primeiramente por um médico e oito pacientes (12,7%) por um dentista. A preferência dos doentes, observada por nós, em procurar inicialmente o médico e não o dentista está de acordo com os relatos da literatura^{7,10,12,17}.

Em Israel¹⁸, a população costuma consultar primeiro o médico da família em casos de neoplasias de cabeça e pescoço com sintomas sem relação com dentes ou gengiva. Não deixa de ser interessante notar a capacidade de diagnóstico precoce dos dentistas detectada naquela pesquisa, uma vez que médicos diagnosticaram 86% dos cânceres, dos quais metade em estágio avançado, ao passo que dentistas diagnosticaram apenas 14%, porém, 81% deles em estágio precoce.

Apesar de a cavidade oral ser uma área de atuação estreitamente ligada à atuação dos cirurgiões-dentistas, nem sempre o diagnóstico de câncer tem sido levado a contento por esses profissionais, segundo relatos da literatura. Mas, se por um lado, pode haver falha do cirurgião-dentista em diagnosticar as lesões neoplásicas, é bem verdade que, tanto no Brasil como em países do primeiro mundo, o hábito de consultas periódicas ao dentista nem sempre está presente na maioria da população. Em um estudo de 130 pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço²¹, somente seis pacientes relataram consultas regulares ao dentista pelo menos uma vez ao ano. Esse baixíssimo número de pacientes sob cuidados odontológicos periódicos reafirma a triste realidade brasileira no que se refere à saúde bucal. Supostamente, exames periódicos com um cirurgião-dentista deveriam prevenir ou identificar precocemente lesões neoplásicas de cabeça e pescoço com manifestações orais²².

Dos oito pacientes que foram examinados inicialmente por dentistas e dos 55 por médicos, sete (87,5%) e 39 (70,9%) foram encaminhados a outros profissionais, com encaminhamento variando de 1 a 4, com média de 1,57. Isso demonstra a dificuldade no atendimento definitivo dos pacientes.

Investigando se os pacientes submeteram-se a algum tipo de exame para diagnóstico antes de chegar ao centro especializado, verificamos que 49,21% deles haviam passado por exame histopatológico, 47,62% fizeram algum tipo de exame por imagem e 15,87% submeteram-se a exames laboratoriais. O fato de o paciente chegar ao centro especializado munido de exames confiáveis, a princípio, agilizará o processo de diagnóstico e tratamento. Entretanto, chama atenção o fato de, apesar de 73,4% dos pacientes deste estudo terem sido vistos por mais de um profissional de saúde, apenas 49,21% deles trazerem consigo resultado de exame histopatológico. Os resultados do nosso estudo consideraram a realização de exames diagnósticos como um fator capaz de produzir atraso, concordante com outros autores, pois ocorre um intervalo de tempo maior até o início do tratamento²³.

Apenas seis (9,4%) dos nossos pacientes relataram ter submetido-se a algum tratamento ou cirurgia antes de chegarem ao serviço especializado, sendo que dois (3,1%) referiram complicações. Esses dados sinalizam que, nos centros especializados estudados²⁴, é relativamente baixo o número de doentes egressos de locais onde há algum tipo de tratamento disponível para câncer.

Dos nossos pacientes, 29 (45,3%) afirmaram saber o que tem. A maior parte (62,1%) afirmou ter câncer; os restantes 37,9% afirmaram ter algum tipo de tumor. Dos 35 pacientes (54,7%) que não sabiam o que tinham, a maior parte (64,7%) continua não indicando uma possibilidade diagnóstica ao responder não saber o que acha que tem; e cerca de um terço (32,4%) deles responderam suspeitar ter câncer. Isso fez com que a associação entre as variáveis “sabe o que tem” e “o que acha que tem?” fosse altamente significativa ($p=0,000$).

O tempo do paciente, para nós contado desde a percepção do primeiro sinal ou sintoma até a primeira consulta em um centro de referência, apresentou média de 273,19 dias, mediana de 180 dias e moda de 120 dias. O intervalo de confiança estimado entre 26,2 dias e 1170,5 dias apresentou uma discrepância em função das respostas de pacientes que relataram um longo tempo desde a percepção dos primeiros sintomas da doença. Apesar de sabermos que não é comum uma evolução tão longa de neoplasias de cabeça e pescoço, nós respeitamos como verdade a resposta fornecida pelo paciente. Talvez se tivéssemos uma amostra maior, esses dados não seriam suficientes para interferir nos resultados. Em outros estudos^{7,20,25}, o tempo desde o primeiro sintoma foi de 120 dias, com atraso de 126 dias e do tempo total entre o início do primeiro sintoma e o encaminhamento a um serviço de cabeça e pescoço foi, em média, 8,5 meses.

Quanto à comparação do tempo do paciente com grupos das demais variáveis (tabela 1) e chama atenção a variável “dor” ($p=0,072$) ter aproximado bastante do nível de significância. Com isso, podemos supor que tenha havido uma tendência de pacientes com dor terem um menor atraso, o que é fácil de ser compreendido, pelo incômodo provocado por esse sintoma. Merecem atenção também as variáveis: “outros profissionais” ($p=0,088$), “exames de laboratório” (0,064), “exames de imagem” (0,029).

Considerando o encaminhamento a outros profissionais e, conseqüentemente, o número de profissionais procurados, bem como a indicação de exame de imagem ou o tempo despendido na realização de exames subsidiários não serem variáveis decorrentes da iniciativa do paciente, constatamos que as variáveis que influenciaram significativamente o tempo do paciente são representadas por “sabe o que tem” ($p=0,009$) ou “o que acha que tem” ($p=0,003$). Aquele que declarou saber o que tem despendeu maior tempo até a procura do atendimento especializado. Por sua vez, os pacientes que declararam não saber o que têm tiveram um tempo menor até a procura por atendimento especializado.

Em relação à variável sobre o que o paciente “acha que tem”, a diferença significativa dá-se entre quem não sabe (menos tempo) e aquele que acha ter câncer. Essa correlação positiva e significativa indica que o paciente que não sabe o que tem procura o primeiro atendimento mais cedo (136,14 dias) do que aquele que acha ter câncer (média de 387,38 dias), ficando o paciente que acredita ter um tumor em situação intermediária (média de 251,25 dias), resultados discordantes da literatura¹⁵. O presente estudo não conseguiu demonstrar uma relação significativa entre atraso e muitas dessas variáveis sócio-demográficas (gênero, idade, escolaridade, número de familiares e renda familiar), as quais não mostraram, estatisticamente, influência sobre o tempo do paciente nem do profissional, muito embora o “números de familiares” residentes na casa (com $p=0,062$) e a “renda familiar” (com $p=0,053$) aproximaram-se muito do limite de significância adotado de 5% ($p=0,05$), concordantes com várias casuísticas de importânci-
a^{9,15,19,22,26,27}.

Analisando os dados desses estudos, com base nos critérios adotados em suas pesquisas, acreditamos ser possível que profissionais possam ter tido alguma dificuldade em lidar com determinados grupos de pacientes, fazendo com que variáveis como idade, gênero e escolaridade possivelmente influíssem nos procedimentos diagnósticos. Ou ainda se poderia investi-

gar a influência de fatores sócio-demográficos daquelas populações específicas que pudessem motivar o atraso no diagnóstico de determinados segmentos²⁴.

O tempo do profissional é uma variável que, em nosso estudo, apresentou média de 198,09 dias, intervalo que pode ser considerado muito elevado, coincidindo com a literatura²⁸.

Na tabela 2, observamos que o tempo profissional foi significativamente maior entre os pacientes encaminhados a outros profissionais ($p=0,02$), o que ocorreu também entre os que precisaram realizar exames de imagem ($p=0,006$) e histopatológico ($p=0,023$) e entre os pacientes que declararam saber o que têm (0,007). A variável “dificuldade de abrir a boca” ($p=0,062$) e, mais uma vez, a variável “dor” ($p=0,099$) aproximaram-se muito do limite de significância, levando novamente a observar que o desconforto tende a forçar a agilização do processo diagnóstico.

Dos 64 pacientes de nossa pesquisa, 73,4% sofreram encaminhamento a outros profissionais. O número de encaminhamentos variou de 1 a 4, com média de 1,57. Quanto maior o número de consultas prévias 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 iniciado uma peregrinação a médicos e serviços de saúde até que tenha seu diagnóstico estabelecido.

Os profissionais de saúde deveriam preocupar-se em diminuir o intervalo de tempo até o diagnóstico de neoplasias, uma vez que seu atraso pode trazer conseqüências jurídicas quando interpretado pela justiça como imperícia ou negligência²⁸. Nesse estudo, nos Estados Unidos, de 338 veredictos jurídicos, verificou-se que, quando o atraso no diagnóstico situou-se entre um e três meses, a defesa do profissional foi amplamente favorecida. Nossos resultados apontaram um maior atraso profissional quando se realizaram exames diagnósticos e quando se fizeram encaminhamentos a outros profissionais. Na hipótese de sentir-se o paciente prejudicado por qualquer atraso, eventuais demandas jurídicas poderiam enveredar para a investigação da real necessidade de tais procedimentos e avaliar a agilidade como os mesmos vêm sendo feitos.

Na comparação do tempo profissional para a variável “o que acha que tem?”, a diferença significativa apontada decorre do menor tempo entre os que não sabem o que tem (média de 90,91 dias) do que entre aqueles que acham ter câncer (média de 275,97 dias). Resultado diferente foi encontrado na Holanda¹⁵, quando o atraso foi significativamente associado à interpretação cognitiva dos sintomas. Pacientes que tiveram alerta sobre câncer de cabeça e pescoço ou que suspeitaram de câncer foram mais rápidos no retorno ao médico ou dentista. Talvez a influência cultural ligada a fatores psico-sociais, já discutidos anteriormente, explique essa diferença de resultado entre o nosso estudo e aquele, se supusermos que, no Brasil, pacientes tenderiam a adiar o retorno ao médico por sentirem-se aterrorizados frente ao câncer.

A incidência de câncer está aumentando no mundo todo devido à redução da mortalidade infantil por doenças perinatais, controle das doenças cardíacas e infecciosas, melhoria das condições de vida, advento de vacinas e antibióticos modernos e o próprio avanço tecnológico da medicina. Embora os sinais e sintomas das neoplasias de cabeça e pescoço sejam, na maioria das vezes, específicos, infelizmente observamos chegarem aos centros de referência pacientes com massas tumorais volumosas, ulceradas ou ainda submetidas a biópsias ou cirurgias com técnicas inadequadas, que põem em risco seu prognóstico. O adequado tratamento dos portadores de câncer pode resultar em menor mortalidade e a maior rapidez no diagnóstico pode resultar na menor morbidade do tratamento. Sabe-se que, quando diagnosticados tardiamente, a maioria das neoplasias requer maiores doses de quimioterápicos, radioterapia e cirurgias mutiladoras. Por outro lado, se tratados a tempo, muitos pacientes poderão ser devolvidos à sociedade com o mínimo de seqüelas e capazes de adequar-se às

exigências do mercado de trabalho e convívio social.

Diante dos dados aqui apresentados, sugere-se a necessidade de uma pronta intervenção das sociedades da área de saúde e instrumentos governamentais, a fim de alcançarmos o diagnóstico precoce das neoplasias de cabeça e pescoço. Sugerimos a realização de campanhas de esclarecimento à população e programas de educação continuada dos profissionais de saúde, com ênfase no diagnóstico diferencial dos principais sinais e sintomas desse tipo de câncer.

CONCLUSÕES

Os fatores investigados como capazes de motivar o atraso no diagnóstico de neoplasias de cabeça e pescoço levaram a concluir que:

- 1) O “tempo do paciente” foi influenciado pelas variáveis “sabe o que tem?” e “o que acha que tem?”, pois pacientes que afirmaram saber o que têm despenderam maior tempo em chegar aos centros especializados.
- 2) A variável “tempo profissional” sofreu influência significativa do ponto de vista estatístico das variáveis “número de profissionais” para os quais o paciente foi encaminhado antes de dirigir-se a um centro especializado e “exames subsidiários realizados”, as quais foram capazes de provocar atraso no diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Silverman Jr S. Oral cancer. 4th ed. Atlanta: American Cancer Society; 1998.
2. Cianfriglia F, Manieri A. “Diagnostic delay in neoplasms of the oral cavity” Il ritardo diagnostico nelle neoplasie della cavità orale. *Minerva Stomatol.* 1991;40(11):717-28.
3. Ares Camerino A, Escolar Pujolar A, Sáinz Vera B. “Delay in the diagnosis of malignant tumors (breast, larynx, bladder) Retraso en el diagnóstico de tumores malignos (mama, laringe y vejiga). *Rev Clin Esp.* 1995;195(12):825-9
4. Brasil. Ministério da Saúde. INCA – Instituto Nacional de Câncer. O problema do câncer no Brasil, 3^a ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 1995.
5. Brasil. Ministério da Saúde. INCA – Instituto Nacional de Câncer. Estimativa de Incidência de Câncer para 2006 no Brasil e nas cinco Regiões. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2006. (06/04/2006) http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793.
6. Teppo H, Koivunen P, Hyrynkangas K, Alho OP. Diagnostic delays in laryngeal carcinoma: professional diagnostic delay is a strong independent predictor of survival. *Head Neck.* 2003;25(5):389-94.
7. de Faria PR, Cardoso SV, de A Nishioka S, Silva SJ, Loyola AM. Clinical presentation of patients with oral squamous cell carcinoma when first seen by dentists or physicians in a teaching hospital in Brazil. *Clin Oral Investig.* 2003;7(1):46-51.
8. Wildt J, Bundgaard T, Bentzen SM. Delay in the diagnosis of oral squamous cell carcinoma. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1995;20(1):21-5.
9. Kerdpon D, Sriplung H. Factors related to delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma in southern Thailand. *Oral Oncol.* 2001;37(2):127-31.
10. Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, Fava AS, de Andrade Sobrinho J, Ramos G, Oliveira BV, Curado MP. 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.
11. Dimitroulis G, Reade P, Wiesenfeld D. Referral patterns of patients with oral squamous cell carcinoma, Australia. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1992;28B(1):23-7.
12. Allison P, Franco E, Black M, Feine J. The role of professional diagnostic delays in the prognosis of upper aerodigestive tract carcinoma. *Oral Oncol.* 1998;34(2):147-53.
13. Hollows P, McAndrew PG, Perini MG. Delays in the referral and treatment of oral squamous cell carcinoma. *Br Dent J.* 2000;188(5):262-5.
14. Pitiphat W, Diehl SR, Laskaris G, Cartsos V, Douglass CW, Zavras AI. Factors associated with delay in the diagnosis of oral cancer. *J Dent Res.* 2002;81(3):192-7.
15. Tromp DM, Brouha XD, Hordijk GJ, Winnubst JA, de Leeuw JR. Patient factors associated with delay in primary care among patients with head and neck carcinoma: a case-series analysis. *Fam Pract.* 2005;22(5):554-9.
16. 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(3):313-8.
17. Amir Z, Kwan SY, Landes D, Feber T, Williams SA. Diagnostic delays in head and neck cancers. *Eur J Cancer Care (Engl).* 1999;8(4):198-203.
18. Gorsky M, Dayan D. Referral delay in diagnosis of oro/oropharyngeal cancer in Israel. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1995;31B(3):166-8.
19. Hwang Y, Chang SY, Hwu BC, Chang P. [The factors of diagnosis and treatment delay in the late stage of cancers in pharynx, larynx and oral cavity] *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei).* 1992;49(2):86-91.
20. O’Sullivan EM. Comment on “factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma”; Onizawa, K. et al. [*Oral. Oncol.* 2003;39(8):781-8]. *Oral Oncol.* 2005;41(1):101-2. Comment on: *Oral Oncol.* 2003 Dec;39(8):781-8
21. Kowalski ISG, Souza CP. Social representations of relatives and patients with oral and oropharyngeal squamous carcinoma on the prevention and diagnosis of cancer. *Acta Oncol Bras.* 2001;21(1):206-10.
22. Abdo EM, Aguiar MCF. Papel do cirurgião-dentista no encaminhamento dos pacientes com câncer bucal. *Rev Bras Odontol.* 2003;60(3):205-7.
23. Worden JW, Weisman AD. Psychosocial components of lagtime in cancer diagnosis. *J Psychosom Res.* 1975;19(1):69-79.
24. Leite IC, Koifman S. Survival analysis in a sample of oral cancer patients at a reference hospital in Rio de Janeiro Brazil. *Oral Oncol.* 1998;34(5):347-52.
25. Kowalski LP. Oral carcinoma: epidemiology, diagnosis and treatment. *ActaAWHO.* 1991;10(3):128-34.
26. Guggenheimer J, Verbin RS, Johnson JT, Horkowitz CA, Myers EN. Factors delaying the diagnosis of oral and oropharyngeal carcinomas. *Cancer.* 1989;64(4):932-5.
27. Jovanovic A, Kostense PJ, Schulten EA, Snow GB, van der Waal I. Delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma: a report from The Netherlands. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1992;28B(1):37-8.
28. Kern KA. Medicolegal analysis of the delayed diagnosis of cancer in 338 cases in the United States. *Arch Surg.* 1994;129(4):397-403.