

TEMPO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER BUCAL NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA

 <https://doi.org/10.56238/arev7n4-259>

Data de submissão: 25/03/2025

Data de publicação: 25/04/2025

Sofia Bauer Rieger
Msc

Universidade de Cuiabá. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil
E-mail: sofiarieger@gmail.com
ORCID: 0009-0001-6491-6881

Luiz Evaristo Ricci Volpato
Doutoramento

Universidade de Cuiabá. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil
Autor correspondente

Caren Bavaresco
Doutoramento

Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil
E-mail: c_bavaresco@yahoo.com.br
ORCID: 0000-0002-0730-3632

RESUMO

O câncer bucal é o oitavo tipo de câncer mais comum no Brasil e tem risco de morte de 2,92 por 100.000 habitantes. A taxa de mortalidade por cânceres bucais chega a 50% e muitos fatores influenciam essa tendência, tais como: o estágio da doença no momento do diagnóstico e o tempo decorrido até o início do tratamento. Muitos estudos demonstram atrasos no diagnóstico de câncer bucal. O presente estudo tem como objetivo verificar o tempo gasto por pacientes brasileiros para obter o diagnóstico e tratamento dos cânceres bucais. Para tanto, foi realizado um levantamento retrospectivo de estudos publicados nos últimos 25 anos. Nove artigos publicados entre 2001 e 2021 foram incluídos. Como resultado, identificou-se que o tempo médio que o paciente leva para procurar um profissional de saúde a partir do momento em que os primeiros sintomas são percebidos foi de 166,5 dias. Após consulta a um profissional, leva aproximadamente 59,2 dias para ter o diagnóstico confirmado e outros 61,3 dias para iniciar o tratamento. Portanto, leva cerca de 287 dias (9,6 meses) para que os pacientes percebam os primeiros sintomas e iniciem o tratamento do câncer bucal no Brasil. Para reduzir a mortalidade relacionada ao câncer bucal, são necessárias agilidade, organização na rede de atenção à saúde e ações de prevenção, com ampliação do acesso, programas de rastreamento precoce e educação em saúde.

Palavras-chave: Diagnóstico. Serviços de saúde. Neoplasias da Boca.

1 INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2022) estimou a ocorrência de 15.100 casos de câncer de cavidade oral no Brasil para cada ano do triênio de 2023 a 2025. Isso corresponde a um risco estimado de 10,30 novos casos por 100.000 homens e 3,83 por 100.000 mulheres. Entre os países latino-americanos, o Brasil é o país com a maior taxa de mortalidade relacionada ao câncer bucal, apresentando um aumento desde a década de 1980 e atualmente atingindo 50% de mortalidade (Boing, Peres & Antunes, 2006; Wünsch-Filho, 2002).

Fatores importantes que influenciam a tendência de mortalidade são o tempo decorrido até o diagnóstico e o estágio da doença. O diagnóstico em estágios mais tardios implica em pior prognóstico, necessidade de abordagens terapêuticas mais radicais e mutilantes (Onizawa *et al.*, 2003), maiores custos de tratamento, pior qualidade de vida e taxas de sobrevida e rejeição social (Kowalski *et al.*, 1994; Bonfante *et al.*, 2014). Numerosos estudos sugerem que até 50% dos pacientes apresentam doença em estágio avançado no momento do diagnóstico. Acredita-se que a natureza silenciosa das lesões e o atraso no diagnóstico sejam fatores importantes para essa alta taxa de doença avançada (Scott, Grunfeld & Mcgurk, 2005; Wildt, Bundgaard & Bentzen, 1995).

Embora os estudos demonstrem o diagnóstico tardio do câncer bucal (tempo decorrido entre a percepção dos sintomas e o diagnóstico e tratamento corretos), os fatores envolvidos ainda não foram claramente demonstrados. Esse atraso pode ser devido à falta de conhecimento sobre o câncer bucal, tanto por pacientes quanto por profissionais de saúde, e por barreiras nos sistemas de saúde, levando à falta de rapidez no diagnóstico e início do tratamento (Van Der Waal *et al.*, 2011;).

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão narrativa para verificar o tempo decorrido até o diagnóstico e início do tratamento do câncer bucal no Brasil.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta revisão de literatura realizou um levantamento retrospectivo de artigos científicos publicados no período de 2000 a 2025. Foram pesquisadas as bases de dados PUBMED, LILACS-BIREME e SCIELO, além da literatura cinzenta com revisão das listas de referências dos artigos incluídos e produções acadêmicas identificadas pelo Google Acadêmico. A estratégia de busca foi neoplasia oral; câncer bucal; diagnóstico e serviços de saúde. Foram incluídos estudos que apresentassem o tempo gasto pelo paciente para diagnosticar e tratar o câncer bucal no Brasil, independentemente da metodologia utilizada para coletar essas informações e do idioma de publicação. Foram excluídos estudos publicados antes do ano 2000.

Os dados foram categorizados em uma tabela Excel com as seguintes informações: título do artigo, ano de publicação e autoria; tipo de estudo; período de coleta; amostra; localização; sexo do paciente; raça do paciente; idade do paciente; fatores de risco; estadiamento do câncer; tempo desde o início dos sintomas percebidos pelo paciente até a procura de ajuda médica (T1); tempo desde a primeira consulta com médico até o diagnóstico definitivo de câncer bucal (T2); tempo desde o diagnóstico definitivo até o início do tratamento (T3); tempo total gasto pelo paciente desde a percepção dos sintomas até o início do tratamento (TT); outros desfechos avaliados. Foi realizada análise descritiva das variáveis de interesse e cálculos descritivos das médias.

3 RESULTADOS

Foram incluídos nove estudos, identificados por meio de buscas em bases de dados e literatura cincinta. Os artigos foram publicados entre 2001 e 2021. Todos foram realizados no Brasil, dois no estado de São Paulo (Campos, Chagas & Magna, 2007; Costa & Migliorati, 2001), dois em Alagoas (Le Campion *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2012), dois em Minas Gerais (Abdo *et al.*, 2007; Da Silva *et al.*, 2009), uma no Rio de Janeiro (Da Conceição *et al.*, 2021), uma no Rio Grande do Sul (Ludvig, 2021) e outra no Espírito Santo (Gouvea *et al.*, 2010) (Tabela 1).

A média de idade dos pacientes diagnosticados com lesões malignas na cavidade oral foi de 60,9 anos e uma predominância do sexo masculino foi relatada em todos os estudos. Em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasia, a maioria dos pacientes apresentava história de consumo de álcool e tabagismo. As características da amostra são apresentadas na Tabela 2.

Todos os estudos que investigaram o estágio do câncer bucal nos pacientes avaliados demonstraram a predominância dos estágios III e IV (Abdo *et al.*, 2007; Da Silva *et al.*, 2009; Gouvea *et al.*, 2010; Le Campion *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2012). O diagnóstico histopatológico das lesões encontradas nesses pacientes foi principalmente carcinoma espinocelular (e suas variações de nomenclatura: carcinoma epidermoide e carcinoma espinocelular) (Costa & Migliorati, 2001; Da Silva *et al.*, 2009; Gouvea *et al.*, 2010; Ludvig, 2021; Santos *et al.*, 2012). As lesões foram encontradas principalmente na língua, assoalho da boca e cristas alveolares. As características das lesões são apresentadas na Tabela 3.

O tempo gasto pelo paciente com diagnóstico de câncer bucal desde o início dos sintomas até o diagnóstico e início do tratamento é mostrado na Tabela 4 e foi coletado por diferentes metodologias pelos autores. Abdo e colaboradores (2007) identificaram um tempo médio de 144,2 dias para T1 e 73,1 dias para T2+T3, totalizando 217,3 dias. Campos, Chagas & Magna (2007) registraram 75,1 dias para T1 e 198,1 dias para T2, sem dados disponíveis para T3. Costa & Migliorati (2001) não

apresentaram valores para T1, mas relataram um tempo médio de 19,3 dias para T2 e 65,7 dias para T3. Da Conceição e colaboradores (2021) também não forneceram informações sobre T1, apresentando apenas o tempo médio de 57,9 dias para T2+T3. Da Silva e colaboradores (2009) observaram um intervalo de 34 dias para T1, 60 dias para T2 e 45 dias para T3, com um tempo total de 139 dias. Gouvea e colaboradores (2010) relataram exclusivamente o tempo de T1, com média de 261 dias. Le Campion e colaboradores (2016) descreveram um tempo médio de 197,8 dias para T1, 20 dias para T2 e 71,1 dias para T3, totalizando 288,9 dias. Ludvig (2021) apresentou apenas o tempo médio de 37,5 dias para T2, sem dados referentes aos demais períodos. Santos e colaboradores (2021) relataram um tempo de 287 dias para T1, 20 dias para T2 e 63,4 dias para T3, totalizando 370,5 dias.

A análise das médias revela que o tempo médio total (TT) percorrido pelos pacientes brasileiros, considerando os estudos que disponibilizaram essas informações, foi de 287 dias. Em relação aos intervalos específicos, o tempo médio para T1 (intervalo entre o início dos sintomas e a primeira consulta) foi de 166,5 dias. O tempo médio para T2 (da primeira consulta ao diagnóstico) foi de 59,2 dias, enquanto o tempo médio para T3 (do diagnóstico ao início do tratamento) foi de 61,3 dias.

Tabela 1. Artigos incluídos para revisão.

Primeiro autor (ano)	Período de coleta	Lugar
Abdo (2007)	01/1999 12/2001	Belo Horizonte / MG
Campos (2007)	02/2005 03/2006	Campinas e São Paulo / SP
Costa (2001)	11/1997 10/1998	São Paulo / SP
Da Conceição (2021)	01/2013 09/2015	Rio de Janeiro / RJ
Da Silva (2009)	01/2006 07/2007	Juiz de Fora / MG
Gouvea (2010)	Não informado	Vitória / ES
Le Campion (2016)	06/2005 06/2013	AL
Ludvig (2021)	2017- 2021	Porto Alegre / RS
Santos (2012)	08/2007 11/2008	Maceió / AL

Tabela 2. Características das amostras.

Primeiro autor (ano)	Amostra	Idade média	Sexo predominante (%)	Fatores de risco identificados
Abdo (2007)	≈ 170 *	58.4	Masculino (84.4)	
Campos (2007)	64	56.2	Masculino (76.6)	

Costa (2001)	15	66**	Masculino (60)**	67% fumantes e 67% consumidores de álcool **
Da Conceição (2021)	266	62.3	Masculino (64.7)	
Da Silva (2009)	37	60	Masculino (86.5)	83,8% fumantes e 94,6% consumidores de álcool
Gouvea (2010)	46	57.7	Masculino (80.4)	54,3% fumantes e consumidores de álcool
Le Campion (2016)	121	64.3	Masculino (66.9)	91,7% fumantes e 63,6% consumidores de álcool
Ludvig (2021)	92	60	Masculino (70.7)	67,4% de fumantes e 54,2% consumidores de álcool
Santos (2012)	50	63	Masculino (62)	90% fumantes e 58% de consumidores de álcool

* Amostra heterogênea em relação às variáveis avaliadas. ** Calculado a partir dos dados apresentados no estudo.

Tabela 3. Características das lesões*.

Primeiro autor (ano)	Preparo	Sítio anatômico	Diagnóstico
Abdo (2007)	78,8 % estádios III ou IV	Língua (32,2%), assoalho bucal (23,3%) e região retromolar (15,0%)	
Costa (2001)	-	Região retromolar (33,3%), língua (26,7%), assoalho bucal (20%) **	Carcinoma espinocelular (66,7%) *
Da Silva (2009)	72,7% estágio IV	Língua (40,5%), assoalho bucal (21,6%), orofaringe (16,2%)	Carcinoma espinocelular (97,3%)
Gouvea (2010)	63% estágios III ou IV	-	Carcinoma espinocelular (97,8%)
Le Campion (2016)	40,5% estádio III; 44,6% estágio IV	Língua (23,1%), assoalho bucal (18,2%), palato duro e mole (16,5%)	
Ludvig (2021)	-	Língua (30,4%), assoalho bucal (26,1%), palato (19,6%), rebordo alveolar/gengiva (14,1%), lábio (10,9%)	Carcinoma espinocelular (87%)
Santos (2012)	54% de estágio III ou IV	Língua (26%), locais combinados (16%), região retromolar (8%) e assoalho bucal (8%)	Carcinoma espinocelular (92%)

*Os estudos de Campos, Chagas & Magna (2007) e Da Conceição (2021) não apresentaram informações sobre características das lesões. **Calculado a partir dos dados apresentados pelo estudo.

Tabela 4. Tempo médio gasto pelo paciente com câncer bucal desde a percepção dos sintomas até o início do tratamento.

Primeiro autor (ano)	T1 (dias)	T2 (dias)	T3 (dias)	TT (dias)
Abdo (2007)	144.2*	73,1 (T2 + T3)	-	217.3
Campos (2007)	75.1*	198.1	-	-
Costa (2001)	-	19.3	65.7	-
Da Conceição (2021)	-	57,9 (T2 + T3)	-	-
Da Silva (2009)	34*	60	45	139
Gouvea (2010)	261	-	-	-

Le Campion (2016)	197.8	20	71.1	288.9
Ludvig (2021)	-	37.5*	-	-
Santos (2012)	287	20	63.4	370.5
Significar	166.5	59.2	61.3	287

*Calculado a partir dos dados apresentados pelo estudo. T1: Tempo médio desde o início dos sintomas percebidos até a procura por ajuda médica; T2: Tempo médio desde a primeira consulta com médico até o diagnóstico definitivo de câncer bucal; T3: Tempo médio desde o diagnóstico definitivo até o início do tratamento; TT: Tempo total gasto pelo paciente desde a percepção dos sintomas até o início do tratamento.

4 DISCUSSÃO

Vários estudos investigaram possíveis relações causais para o atraso observado em cada etapa da trajetória terapêutica do diagnóstico e tratamento do câncer bucal no Brasil. Campos, Chagas & Magna (2007) classifica T1 como "o tempo do paciente", enquanto Santos *et al.* (2013) destacam que, a partir da percepção da lesão, a responsabilidade pela busca de atendimento recai, em grande parte, sobre o indivíduo, atribuindo-se ao paciente a principal responsabilidade pelo tempo decorrido nessa fase inicial. Os dados analisados nesta revisão indicam que o maior intervalo de tempo ao longo da trajetória do paciente está concentrado em T1. No entanto, foi observada variabilidade significativa entre os estudos, com médias variando de 34 a 287 dias. Vale ressaltar que o T1 é obtido a partir do relato do paciente e, portanto, pode estar sujeito a viés de memória, principalmente em populações idosas. Mesmo assim, é fundamental considerar as informações fornecidas como válidas, respeitando seu caráter subjetivo. A lentidão observada nessa fase inicial pode estar associada à natureza oligossintomática das neoplasias orais, ao conhecimento limitado da população sobre a doença, ao medo do diagnóstico, bem como às barreiras de acesso aos serviços de saúde (Kowalski & Souza, 2001).

A maior incidência de câncer bucal em homens com mais de 50 anos de idade foi demonstrada por todos os estudos incluídos e concorda com outros estudos (Neville & Day, 2002; Scott, Grunfeld & Mcgurk, 2005; Wildt, Bundgaard & Bentzen, 1995; Fontes *et al.*, 2008; Castro *et al.*, 2016). As diferenças entre os sexos na doença e na mortalidade são devidas a múltiplos fatores, como fatores genéticos ou hormonais, fatores biológicos e a presença de fatores de risco associados (Macintyre, Ford & Hunt, 1999; Verbrugge, 1989; Bird & Rieker, 1999; França *et al.*, 2012). Em relação à exposição a fatores de risco, a maioria dos estudos revisados também demonstrou que os pacientes diagnosticados com câncer bucal foram em sua maioria expostos ao consumo de álcool e ao tabagismo, sendo a relação causal entre esses elementos já demonstrada anteriormente (Dos Santos *et al.*, 2010; Scully, 2011).

Os intervalos de tempo observados nesta revisão são consideravelmente maiores do que os relatados em estudos realizados em outros países. Nos Estados Unidos, o tempo médio entre a percepção de uma lesão bucal e a busca por atendimento profissional foi de 104,7 dias (Peacock, Pogrel & Schmidt, 2008), menor do que o tempo identificado na presente pesquisa. Na Inglaterra, Worrall e Corrigan (1995) encontraram um intervalo médio de apenas 6,4 dias para obter o diagnóstico histopatológico de carcinomas de cavidade oral, o que representa um período quase dez vezes menor do que o encontrado nesta revisão. Além disso, o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento nesse mesmo estudo inglês foi de 25,8 dias, também substancialmente menor do que o tempo médio observado nos estudos brasileiros analisados. Considerando o tempo total entre o início dos sintomas e o início do tratamento definitivo, os dados norte-americanos indicaram uma média de 205,9 dias (Peacock, Pogrel & Schmidt, 2008), mostrando um atraso de aproximadamente três meses no contexto brasileiro.

O cirurgião-dentista é o profissional mais procurado pelo paciente quando se observa uma alteração bucal (Santos *et al.*, 2012) e também é quem iniciará e conduzirá a investigação diagnóstica da lesão. Portanto, é essencial que a atenção à saúde bucal seja organizada em todos os níveis de atenção à saúde. Para garantir o acesso e a qualidade dos serviços odontológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi criada pelo Ministério da Saúde em 2003 (BRASIL, 2004). Entre as ações propostas está a prevenção e controle do câncer bucal na Atenção Básica, com exames de rotina, busca ativa, campanhas, acompanhamento dos casos e organização de toda a rede de atenção. Já foi demonstrado um aumento no rastreamento de lesões bucais e uma diminuição no número de lesões suspeitas e confirmadas de câncer bucal, possivelmente relacionadas à reorganização da atenção primária e secundária à saúde bucal no país induzida pela PNSB (Pucca Jr, 2006). Considerando o pequeno número de estudos incluídos nesta análise e a ausência de avaliações estatísticas mais aprofundadas, não se pode inferir que os dados aqui apresentados representem de forma abrangente a realidade nacional. A oferta de serviços pela rede de atenção à saúde no Brasil é heterogênea, evidenciando falhas estruturais e disparidades significativas nos fluxos de encaminhamento de pacientes com suspeita de câncer bucal (Lombardo *et al.*, 2014). Além disso, o país permanece entre as nações com os maiores índices de desigualdade social do mundo (Campello *et al.*, 2018), realidade que se estende ao sistema de saúde, especialmente no que se refere às disparidades entre as diferentes regiões geográficas do Brasil. Ainda há um longo caminho a percorrer para consolidar um sistema de saúde mais equitativo e acessível a toda a população (Silva *et al.*, 2018).

O câncer bucal é uma doença que pode ser prevenida facilmente, se for dada ênfase à promoção da saúde, aumento do acesso aos serviços de saúde e diagnóstico precoce (BRASIL, 2018). Para Johnson e colaboradores (2011), o câncer bucal é uma doença de pobres e excluídos e, para combatê-lo, é necessário trabalhar na redução das desigualdades sociais por meio da criação e fortalecimento de políticas públicas nacionais coordenadas.

5 CONCLUSÃO

Poucos e heterogêneos estudos têm sido produzidos no Brasil sobre os períodos de diagnóstico e tratamento do câncer de cavidade oral. Os períodos encontrados demonstram lentidão e desigualdade no sistema de saúde brasileiro. Para reduzir a mortalidade relacionada ao câncer bucal, são necessárias agilidade, organização na rede de atenção à saúde e ações de prevenção, com ampliação do acesso, programas de rastreamento precoce e educação em saúde.

REFERÊNCIAS

ABDO, E.N. *et al.* Tempo decorrido entre os primeiros sintomas, diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer bucal em Belo Horizonte, Brasil. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal (Internet)*, v. 12, n. 7, p. 469-473, 2007.

PÁSSARO, CE; RIEKER, P.P. Questões de gênero: um modelo integrado para entender a saúde de homens e mulheres. *Ciências sociais e medicina*, v. 48, n. 6, p. 745-755, 1999. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00402-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00402-x)

BOING, A.F; PERES, MA; ANTUNES, J.L.F. Mortalidade por câncer de boca e faringe no Brasil: tendências e padrões regionais, 1979-2002. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 20, p. 1-8, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1020-49892006000700001>

BONFANTE, G.M.S. *et al.* Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. 983-997, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182712>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer - Brasil. *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer*. – Rio de Janeiro : INCA, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

CAMPELLO, T. *et al.* Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 54-66, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S305>

CASTRO, P.H.S., ARAÚJO, N.S.; CARVALHOSA, A.A.; ARIEIRA, J.; VOLPATO, L.E.R. Epidemiologia e georreferenciamento de casos de carcinoma espinocelular e sua relação com agrotóxicos. *Rev Gaúch Odontol*, v.64, n.2, p. 124-131, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-863720160002000012926>

CAMPOS, J.L.G; OLIVEIRA, J.F.S.; MAGNA, L.A. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. *Rev. bras. Cir. cabeça pescoço*, 2007.

COSTA, POR EXEMPLO; MIGLIORATI, C.A. Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. *Rev. bras. Câncerol*, p. 283-289, 2001.

DA CONCEIÇÃO, M.G.D. *et al.* Perfil do paciente com câncer bucal e tempo para início do tratamento no sistema público de saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Pesquisa de Serviços de Saúde BMC*, v. 21, p. 1-8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06131-x>

DA SILVA, M.C. *et al.* Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico de câncer de boca e orofaringe em Juiz de Fora/MG. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 55, n. 4, p. 329-335, 2009. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2009v55n4.1563>

DOS SANTOS, L.C.O; DE MEDEIROS BATISTA, O; CANGUSSU, M.C.T. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 76, n. 4, p. 416-422, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000400002>

FONTES, K.B.F.C. *et al.* Contribuição da citopatologia para o diagnóstico do carcinoma epidermóide oral. *J. Bras. Patol. Med. Lab.*, v. 44, n. 1, p. 17-24, 2008. <https://doi.org/10.1590/S1676-24442008000100005>

FRANÇA, D.C.C.; MONTI, L.M.; OLIVEIRA, A.L.; SOUBHIA, A.M.P.; OLIVEIRA, L.E.R.; DE AGUIAR, S.M.H.C.; GOIATO, M.C. Apresentação incomum de carcinoma espinocelular oral em mulher jovem. *SQU Med J*, v. 12, n. 2, p. 228-231, 2012.

GOUVEA, A.S. *et al.* Aspectos clínicos e epidemiológicos do câncer bucal em um hospital oncológico: predomínio de doença localmente avançada. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*, v. 39, n. 4, p. 261-5, 2010.

JOHNSON, N.W. *et al.* Desigualdades globais em saúde bucal na incidência e resultados do câncer bucal: causas e soluções. *Avanços na pesquisa odontológica*, v. 23, n. 2, p. 237-246, 2011. <https://doi.org/10.1177/0022034511402082>

KOWALSKI, I.S.G; SOUZA, C.P. Representações sociais de familiares e pacientes com carcinoma escamoso de boca e orofaringe na prevenção e diagnóstico do câncer. *Acta oncol. Bras*, pág. 206-210, 2001.

KOWALSKI, L.P. *et al.* Atraso no diagnóstico do carcinoma oral e orofaríngeo: fatores relacionados com o tumor, o doente e os profissionais de saúde. *Jornal Europeu de Câncer Parte B: Oncologia Oral*, v. 30, n. 3, p. 167-173, 1994. [https://doi.org/10.1016/0964-1955\(94\)90086-8](https://doi.org/10.1016/0964-1955(94)90086-8)

LE CAMPION, A.C.O.V. *et al.* Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, p. 178-184, 2016. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020004>

LOMBARDO, E.M. *et al.* Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 1223-1232, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.00942013>

LUDVIG, F.R. Trajetória do paciente com câncer de boca na rede pública de saúde de Porto Alegre: uma avaliação do período de 2017 a 2021. 2021.

MACINTYRE, S; FORD, G; HUNT, K. As mulheres relatam demais a morbidade? Respostas de homens e mulheres a uma solicitação estruturada sobre uma pergunta padrão sobre doenças de longa data. *Ciências sociais e medicina*, v. 48, n. 1, p. 89-98, 1999. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00292-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00292-5)

NEVILLE, B.W.; DAY, T.A. Câncer bucal e lesões pré-cancerosas. *CA: um jornal de câncer para clínicos*, v. 52, n. 4, p. 195-215, 2002. <https://doi.org/10.3322/canjclin.52.4.195>

ONIZAWA, K. *et al.* Fatores associados ao atraso diagnóstico do carcinoma espinocelular oral. *Oncologia oral*, v. 39, n. 8, p. 781-788, 2003. [https://doi.org/10.1016/s1368-8375\(03\)00075-7](https://doi.org/10.1016/s1368-8375(03)00075-7)

PAVÃO, Z.S.; POGREL, M.A.; SCHMIDT, B.L. Explorando as razões para o atraso no tratamento do câncer bucal. *O Jornal da American Dental Association*, v. 139, n. 10, p. 1346-1352, 2008. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2008.0046>

PUCCA JR, G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 243-246, 2006. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100033>

SANTOS, V.C. *et al.* Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de Oncologia de Maceió. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 69, n. 2, p. 159, 2012.

SCOTT, S.E.; GRUNFELD, E.A.; MCGURK, M. A relação idiosincrática entre o atraso diagnóstico e o estágio do carcinoma espinocelular oral. *Oncologia oral*, v. 41, n. 4, p. 396-403, 2005. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2004.10.010>

SCULLY, C. Etiopatogênese do câncer bucal; aspectos passados, presentes e futuros. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, v. 16, n. 3, p. e306-e311, 2011. <https://doi.org/10.4317/medoral.16.e306>

SILVA, I.C.M. *et al.* Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, p. e000100017, 2018. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100017>

VAN DER WAAL, I. *et al.* Diagnóstico precoce no câncer bucal primário: é possível?. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*, v. 16, n. 3, p. e300-e305, 2011. <https://doi.org/10.4317/medoral.16.e300>

VERBRUGGE, L.M. Os dois se encontram: explicações empíricas das diferenças sexuais na saúde e na mortalidade. *Jornal de saúde e comportamento social*, p. 282-304, 1989.

WILDT, J.; BUNDGAARD, T.; BENTZEN, S.M. Atraso no diagnóstico de carcinoma epidermóide oral. *Otorrinolaringologia Clínica e Ciências Afins*, v. 20, n. 1, p. 21-25, 1995. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2273.1995.tb00006.x>

WORRALL, S.F.; CORRIGAN, M. Uma auditoria da experiência de um cirurgião com carcinoma de células escamosas oral usando banco de dados computadorizado de malignidade. *Anais do Royal College of Surgeons of England*, v. 77, n. 5, p. 332, 1995.

WÜNSCH-FILHO, V. A epidemiologia do câncer de boca e faringe no Brasil. *Oncologia oral*, v. 38, n. 8, p. 737-746, 2002. [https://doi.org/10.1016/s1368-8375\(02\)00066-0](https://doi.org/10.1016/s1368-8375(02)00066-0)