


## 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](mailto: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](mailto: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 cinzenta. 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.

<b>Primeiro autor (ano)</b>	<b>Período de coleta</b>	<b>Lugar</b>
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.

<b>Primeiro autor (ano)</b>	<b>Amostra</b>	<b>Idade média</b>	<b>Sexo predominante (%)</b>	<b>Fatores de risco identificados</b>
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 Champion (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 Champion (2016)	40,5% estágio 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 estágios 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
<b>Significar</b>	<b>166.5</b>	<b>59.2</b>	<b>61.3</b>	<b>287</b>

\*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. <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. <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. <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. <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. <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. <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, MA; 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 idiossincrática 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, patologia oral y cirurgia 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)