

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE BUCAL

FELIPE RACHI LUDVIG

**TRAJETÓRIA DO PACIENTE COM CÂNCER DE BOCA NA REDE PÚBLICA DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE: UMA AVALIAÇÃO DO PERÍODO DE 2017 A 2021.**

Porto Alegre

2021

FELIPE RACHI LUDVIG

**TRAJETÓRIA DO PACIENTE COM CÂNCER DE BOCA NA REDE PÚBLICA DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE: UMA AVALIAÇÃO DO PERÍODO DE 2017 A 2021.**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Estomatologia.

Orientador: Vinícius Coelho Carrard

Coorientador: Juliana Romanini

Porto Alegre

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Ludvig, Felipe

Trajatória do paciente com câncer de boca na rede pública de saúde de Porto Alegre: uma avaliação do período de 2017 a 2021 / Felipe Ludvig. -- 2021.

33 f.

Orientador: Vinicius Carrard.

Coorientadora: Juliana Romanini.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Residência Integrada em Saúde Bucal - Estomatologia, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Câncer de Boca. 2. Itinerário Terapêutico. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. COVID-19. I. Carrard, Vinicius, orient. II. Romanini, Juliana, coorient. III. Título.

FELIPE RACHI LUDVIG

TRAJETÓRIA DO PACIENTE COM CÂNCER DE BOCA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE: UMA AVALIAÇÃO DO PERÍODO DE 2017 A 2021.

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Estomatologia.

Orientador: Vinícius Coelho Carrard

Coorientador: Juliana Romanini

Porto Alegre, 08 de dezembro de 2021.

Laura Campos Hildebrand

Professora e Doutora em Patologia Bucal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Caren Serra Bavaresco

Especialista em Saúde Pública

Cirurgiã-Dentista GHC

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha mãe Carla, minha maior incentivadora que acredita sempre em mim, fazendo com que nunca desistisse nos momentos mais difíceis. Dedico mais esta conquista a ela.

Ao meu padrasto Fernando e meu irmão Leonardo que sempre estiveram à disposição para ajudar de todas as formas nesta longa caminhada.

Ao meu pai Jorge e meu irmão Mateus, que torcem pela minha felicidade.

A minha namorada Natalí, por ser a pessoa na qual compartilho meu dia a dia, meus sonhos e angústias, sempre me apoiando nas minhas decisões.

Aos meus colegas de residência, pela força, companheirismo e parceria durante esses dois anos.

Agradeço aos meus orientadores Prof.º Vinícius Carrard e Juliana Romanini pela disponibilidade e orientação neste trabalho de conclusão.

Aos estomatologistas, Fábio Maito e Mariana Klein, pelo auxílio e disponibilidade durante a coleta dos dados deste trabalho.

A todos professores e preceptores da RISB, em especial os professores Marco, Manoela, Vinícius e a preceptora Juliana Romanini pelos ensinamentos durante esse período de residência.

Aos pareceristas, professora Laura e Caren Bavaresco, que se dispuseram a ler, opinar e contribuir sobre o meu trabalho.

RESUMO

O câncer de boca é considerado um problema de saúde pública no Brasil. No relatório do triênio 2020-2022, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou a incidência de 15.190 novos casos para esta doença. Apesar de inúmeros esforços, o diagnóstico precoce do câncer bucal permanece sendo um grande desafio. A diminuição do tempo transcorrido entre o surgimento da lesão e o início do tratamento assume um papel central com vistas à redução da morbidade e mortalidade associadas à doença. A obtenção de informações a respeito da trajetória do paciente com câncer de boca diagnosticado na rede de atenção à saúde contribui para a identificação dos seus pontos frágeis no que diz respeito ao caminho percorrido entre os diferentes níveis de atenção. Neste contexto, o objetivo primário deste estudo foi avaliar o tempo transcorrido no itinerário do paciente com câncer de boca diagnosticado em Porto Alegre desde a atenção básica até a atenção especializada. Secundariamente, buscou-se verificar o impacto da pandemia de COVID-19 neste itinerário. Para isso, as informações de todos os casos diagnosticados na rede pública de saúde no período compreendido entre 2017 a 2021 foram obtidas a partir do sistema de gerenciamento de consultas do município (GERCON). A análise do encaminhamento do paciente da atenção secundária para a atenção terciária, antes da pandemia apresentou uma mediana de 17 dias e de 22 dias durante a pandemia, evidenciando um período rápido no encaminhamento. O teste de Mann-Whitney confirmou que há associação estatística entre as análises realizadas. O estudo ratifica a importância da análise do tempo decorrido entre o diagnóstico definitivo e o início do tratamento do paciente no hospital para avaliação e efetividade do cumprimento da Lei 12.732/2012.

Palavras-chave: Câncer de Boca; Itinerário Terapêutico; Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; COVID-19.

ABSTRACT

Oral cancer is considered a public health problem in Brazil. In the 2020-2022 triennium report, the National Cancer Institute (INCA) estimated the incidence of 15,190 new cases of this disease. Despite countless efforts, the early diagnosis of oral cancer remains a major challenge. Decreasing the time elapsed between the onset of the lesion and the start of treatment plays a central role with a view to reducing the morbidity and mortality associated with the disease. Obtaining information about the trajectory of patients with oral cancer diagnosed in the health care network contributes to the identification of their weak points with regard to the path taken between the different levels of care. In this context, the primary objective of this study was to assess the time elapsed in the itinerary of patients with oral cancer diagnosed in Porto Alegre, from primary care to specialized care. Secondly, we sought to verify the impact of the COVID-19 pandemic on this itinerary. For this, information on all cases diagnosed in the public health network in the period from 2017 to 2021 was obtained from the municipality's consultation management system (GERCON). The analysis of patient referral from secondary care to tertiary care before the pandemic showed a median of 17 days and 22 days during the pandemic, evidencing a rapid referral period. The Mann-Whitney test confirmed that there is a statistical association between the analyzes performed. The study confirms the importance of analyzing the time elapsed between the definitive diagnosis and the beginning of the patient's treatment in the hospital for the assessment and effectiveness of compliance with Law 12,732/2012.

Keywords: Oral Cancer; Therapeutic Itinerary; Access to Health Services; Health Unic System; COVID-19.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | ANTECEDENTES E JUSTIFICATIVA..... | 7 |
| 1.1 | CÂNCER DE BOCA..... | 7 |
| 1.2 | ESTRUTURA DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL E A ESTOMATOLOGIA..... | 8 |
| 1.3 | ATENÇÃO TERCIÁRIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA..... | 10 |
| 1.4 | A REDE DE SAÚDE BUCAL DE PORTO ALEGRE E A REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA..... | 10 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 12 |
| 3 | ARTIGO CIENTIFÍCO..... | 13 |
| | INTRODUÇÃO..... | 15 |
| | METODOLOGIA..... | 16 |
| | Desenho do estudo, amostra e considerações éticas..... | 16 |
| | Coleta de dados..... | 16 |
| | Análise estatística..... | 16 |
| | RESULTADOS..... | 17 |
| | DISCUSSÃO..... | 21 |
| | CONCLUSÃO..... | 24 |
| | REFERÊNCIAS..... | 26 |
| 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 28 |
| | REFERÊNCIAS..... | 29 |

1 ANTECEDENTES E JUSTIFICATIVA

1.1 CÂNCER DE BOCA

O câncer de boca se desenvolve nas estruturas anatômicas da cabeça e pescoço como lábios, gengivas, mucosa jugal, palato, língua e a assoalho de boca (BRASIL, 2019). O tipo mais comum é o carcinoma espinocelular (CEC), com a porcentagem aproximada de 95% dos casos diagnosticados (FELLER; LEMMER, 2012). O carcinoma espinocelular se manifesta clinicamente como lesões brancas, erosivas, ulceradas ou proliferativas tendo seu diagnóstico definitivo determinado pela biópsia seguida do exame anatomopatológico. O conhecimento sobre os fatores de risco e desenvolvimento da doença são determinantes para atuação rápida dos profissionais de saúde na prevenção, diagnóstico, início do tratamento e um melhor prognóstico da doença (BAGAN; SARRION; JIMENEZ, 2010).

Os fatores de risco mais conhecidos incluem os hábitos do tabagismo e etilismo, sendo que o risco é 30 vezes maior para os indivíduos que fumam e bebem, comparado a indivíduos que não possuem esses hábitos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019). Outro fator de risco é a exposição solar, de particular importância no Brasil, por ser considerado um risco ocupacional a trabalhadores expostos ao sol sem a proteção adequada (SARGERAN *et al.*, 2009). Para diminuir a morbidade e mortalidade do câncer de boca, a ferramenta mais eficaz é a tentativa de redução destes fatores de risco, já que o tabaco, o álcool e a exposição solar são fatores de risco passíveis de serem modificados (VAN DER WAAL, 2013).

Em relação ao tratamento dos indivíduos diagnosticados com câncer oral, as opções são a terapia cirúrgica, radioterapia e quimioterapia, podendo ser usadas isoladamente ou associadas. A terapia apropriada para cada paciente, depende do estadiamento clínico, do tipo do tumor e da saúde geral do paciente. O estadiamento clínico (TNM) é a principal forma de avaliação do grau de disseminação do tumor e leva em conta, entre outras características, o tamanho do tumor (T), presença de disseminação do mesmo para os linfonodos próximos (N) e de disseminação para órgãos distantes (metástases-M) (NEVILLE, 2009). Recentemente, a profundidade de invasão do tumor foi adicionada ao sistema de estadiamento como modificador para a categoria T (LYDIATT *et al.*, 2017).

A taxa de sobrevivência de cinco anos do paciente diagnosticado com câncer bucal em estágios iniciais (I e II) é de aproximadamente 80%, enquanto que os diagnosticados em estágio avançado (III e IV) é de aproximadamente 20% (MARKOPOULOS, 2012). O tratamento desta neoplasia maligna pode levar a efeitos negativos na qualidade de vida do paciente como

disfunção significativa na fala e deglutição, alteração da aparência estética e comprometimento sensorial, além de dor crônica (VALDEZ; BRENNAN, 2018).

O diagnóstico precoce dessa doença faz com que os níveis de cura alcancem mais de 90% dos casos, apesar disso, a maior parte dessas neoplasias é diagnosticada nas fases mais avançadas da doença o que leva a necessidade de tratamentos cirúrgicos mutiladores e a uma baixa taxa de sobrevivida. Portanto, o diagnóstico precoce é fundamental, reforça o importante papel do cirurgião dentista na busca ativa de alterações na cavidade bucal, na identificação e detecção precoce de qualquer lesão bucal, já que pode ser detectado através da visualização da cavidade oral, sendo um método de baixo custo (PETERSEN, 2010).

1.2 ESTRUTURA DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL E A ESTOMATOLOGIA

Em 2004 foi criada a Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente, com o objetivo de reorganizar a prática e a qualificar as ações e serviços odontológicos oferecidos dentro do Sistema Único de Saúde (PUCCA; LUCENA; CAWAHISA, 2010). Essa política enfatiza o financiamento para o fortalecimento das equipes de saúde bucal e para uma organização no sistema de regulação entre a atenção primária, atenção secundária e atenção terciária permitindo maior acesso dos usuários aos serviços disponibilizados (SOUZA *et al.*, 2015). Atualmente o Brasil Sorridente oferece o acesso a serviços odontológicos em Unidades de Saúde Família (USF)/Postos de Saúde, Unidades Odontológicas Móveis (UOM), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e hospitais, além disso contam com serviços dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), que colaboram com a confecção laboratorial de próteses dentárias (BRASIL, 2020).

O atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) acontece em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária

Na atenção primária, estão as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Estratégias de Saúde da Família onde são marcadas consultas, exames e realizados os procedimentos que envolvem menor densidade tecnológica. Na atenção secundária, estão os serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária que atendem procedimentos de intervenção, assim como tratamentos a casos agudos e crônicos de doenças. Na atenção terciária, estão os hospitais de grande porte, onde são realizados procedimentos mais invasivos e de risco à vida (SILVA; GOTTEMS, 2017).

Na atenção secundária, o Centro de Especialidade Odontológica (CEO) é uma estratégia planejada da Política Nacional de Saúde Bucal como unidade de referência para as equipes de saúde bucal da atenção primária, garantido a atenção secundária através de procedimentos

clínicos odontológicos especializados de periodontia, endodontia, atendimento a pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca e cirurgia oral menor. A partir dos CEOs criou-se um sistema de referência e contra referência para a organização da demanda e atendimento às necessidades de saúde do usuário. A atenção primária é responsável pelo primeiro contato com os usuários e é ela que deve encaminhar os pacientes com casos complexos aos CEOs (BRASIL, 2004).

No âmbito no nível terciário, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a atenção aos doentes com afecções das vias aéreas e digestivas superiores da face e do pescoço em alta complexidade, mediante a implantação de Rede Estadual/Regional de Atenção por meio de unidades de assistência e centros de referência, também estabeleceu procedimentos odontológicos em Ambiente Hospitalar para Pacientes com Necessidades Especiais, e por fim, instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica e a atenção odontológica no credenciamento dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) buscando garantir o acesso das pessoas com diagnóstico de câncer de boca aos estabelecimentos públicos de saúde para tratar e cuidar da patologia, assegurando a qualidade da atenção (BRASIL, 2020).

A Estomatologia é a especialidade que visa o diagnóstico, manejo clínico e cirúrgico-ambulatorial das lesões da mucosa bucal e dos ossos maxilares, com ênfase no diagnóstico precoce do câncer de boca (BRASIL, 2018). Atua através dos CEOs garantindo atendimento especializado aos usuários do SUS. Porém, a Estomatologia não deixa de ser responsabilidade dos outros níveis de atenção à saúde.

Na atenção primária o cirurgião-dentista da equipe de saúde bucal é responsável em avaliar e detectar alterações em tecidos moles e/ou duros, identificando as alterações não compatíveis com a normalidade. Na impossibilidade de diagnóstico e/ou tratamento das lesões, o usuário deverá ser encaminhado para o CEO. É de extrema importância o acompanhamento como forma de garantir a continuidade do cuidado pelos profissionais da atenção primária nos casos encaminhados aos outros níveis de atenção (BRASIL, 2018).

O estomatologista na atenção secundária é responsável pelo diagnóstico e tratamento das lesões bucais por meio de exames clínicos e complementares, biópsia, terapêutica medicamentosa e planejamento do atendimento odontológico do paciente oncológico que será submetido à radioterapia ou quimioterapia. Na atenção terciária, a Estomatologia atua como suporte de equipe multiprofissional nos efeitos colaterais causados pelo tratamento oncológico sobre a mucosa bucal, atua através de consultorias para avaliação, diagnóstico e indicação de terapêutica a pacientes internados e dá suporte ao CEO no atendimento diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2018).

1.3 ATENÇÃO TERCIÁRIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA

No final de 2012, foi aprovada a Lei nº 12.732, de 22/11/2012, chamada “Lei dos 60 dias”, que define que o paciente com neoplasia maligna, receberá gratuitamente no SUS, todos os tratamentos necessários. O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de 60 (sessenta) dias contados à partir do dia e que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso, registrado em prontuário único (BRASIL, 2012).

A Portaria GM/MS nº 876, de 16 de maio de 2013 versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considera efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna comprovada com a realização de terapia cirúrgica; o início da radioterapia; ou o início de quimioterapia. A Portaria ainda define que os Estados deverão produzir Planos Regionais para instalação de serviços especializados em Oncologia, para superar as dificuldades decorrentes do número insuficiente de serviços (BRASIL, 2013).

1.4 A REDE DE SAÚDE BUCAL DE PORTO ALEGRE E A REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA

A rede assistencial do município de Porto Alegre conta com seis Centros de Especialidades Odontológicas (CEO Santa Marta, CEO UFRGS, CEO Bom Jesus, CEO IAPI, CEO Vila dos Comerciantes e CEO GHC), que são referência para 184 Equipes de Saúde Bucal.

Os critérios para encaminhamentos da atenção primária para a atenção secundária estão definidos e pactuados no Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre – organização da rede e fluxos de atendimento (PORTO ALEGRE, 2014), que visa orientar e qualificar o acesso aos serviços odontológicos do município. A utilização desse protocolo visa facilitar a organização institucional do acesso aos serviços de saúde bucal através de condutas embasadas cientificamente e pactuadas em colegiado, formado por gestores e trabalhadores da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). As formas de acesso, os critérios de inclusão e exclusão para tratamento, bem como os procedimentos realizados no CEOs do município também estão definidos, por especialidade, nesse documento.

Ao longo dos anos, o município de Porto Alegre apresentou evolução na regulação das consultas odontológicas especializadas. Em fevereiro de 1997 a SMS-POA implantou a Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados (CMCE), com o objetivo de gerir o agendamento das consultas iniciais no segundo nível de prestação de serviço. O agendamento e a distribuição das vagas das consultas para os CEOs do município eram realizados de diversas

formas até setembro de 2014, instituídas por cada serviço, sem haver uma efetiva regulação ou intermediação por parte da Secretaria Municipal de Saúde e/ou da Área Técnica de Saúde Bucal, sendo apenas regulado o acesso à atenção odontológica terciária via sistema AGHOS (Administração Geral de Hospitais). O sistema AGHOS, era um sistema de uso privado que foi utilizado em Porto Alegre de 2011 até 2014, para a regulação das consultas médicas especializadas. A partir de outubro de 2014 a Área Técnica de Saúde Bucal do município de Porto Alegre implantou o Sisreg (Sistema Nacional de Regulação) que consiste num sistema de informação para gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar. O Sisreg passou a ser a ferramenta para a regulação das consultas odontológicas especializadas, por ser um que sistema permite a manutenção do georreferenciamento do acesso (PERSICI, 2016).

Atualmente o Gercon é o sistema utilizado para regulação das consultas odontológicas especializadas. Implantado em 2017, este sistema permite mais equidade no atendimento à população, na medida em que é possível priorizar, através da informatização, as situações mais graves e urgentes, e não apenas por simples ordem de entrada no sistema. No Gercon, as unidades de saúde registram as solicitações de consultas especializadas a partir de um formulário padrão, classificando a prioridade de acordo com critérios pré-definidos de classificação de risco. O agendamento ocorre de acordo com a complexidade e a regionalização (PORTO ALEGRE, 2020).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a trajetória do paciente com câncer de boca da atenção primária até a atenção terciária da rede pública de saúde do município de Porto Alegre, após implementação do Gercon no período de 2017 a 2021.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o perfil dos pacientes diagnosticados com câncer de boca: idade, sexo, hábitos, comorbidades e localização das lesões.
- Avaliar o intervalo entre o encaminhamento da APS para o CEO e o diagnóstico definitivo.
- Avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 neste itinerário.
- Avaliar o período de intervalo do diagnóstico da doença até a primeira consulta na atenção terciária, a partir da data de encaminhamento, data primeira consulta no CEO, data do diagnóstico confirmado e data da primeira consulta no hospital.
- Identificar quais hospitais receberam os pacientes encaminhados pelos CEOs.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

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

Felipe Rachi Ludvig^a, Juliana Romanini^b, Vinicius Coelho Carrard^{a,c,d}

Manuscrito a ser submetido ao periódico Ciência & Saúde Coletiva (Qualis A3).

^a Unidade de Estomatologia, Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Rio Grande do Sul, Brasil

^b CEO de Estomatologia, Centro de Saúde Santa Marta, Secretaria Municipal de Saúde, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Autor para correspondência:

Vinicius Coelho Carrard

Rua Ramiro Barcelos 2492/503

Bairro: Santana

CEP: 90035-003

Porto Alegre/RS

E-mail: vccarrard@gmail.com

RESUMO

Introdução: A obtenção de informações a respeito da trajetória do paciente com câncer de boca diagnosticado na rede de atenção à saúde contribui para a identificação dos seus pontos frágeis no que diz respeito ao caminho percorrido entre os diferentes níveis de atenção. Neste contexto, o objetivo primário deste estudo foi avaliar o tempo transcorrido no itinerário do paciente com câncer de boca diagnosticado em Porto Alegre desde a atenção básica até a atenção especializada. Secundariamente, buscou-se verificar o impacto da pandemia de COVID-19 neste itinerário

Metodologia: A amostra de conveniência do tipo censo deste estudo transversal analítico compreendeu todos os pacientes diagnosticados com câncer de boca nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), próprios da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre no período entre 2017 a 2021.

Resultados: A análise do encaminhamento do paciente da atenção secundária para a atenção terciária, antes da pandemia apresentou uma mediana de 17 dias e de 22 dias durante a pandemia, evidenciando um período rápido no encaminhamento.

Conclusão: O tempo transcorrido no itinerário do paciente com câncer de boca desde a atenção básica até a atenção especializada mostrou-se adequado ao cumprimento da Lei 12.732/2012, bem como a pandemia de Covid-19 impactou de forma significativa este tempo de espera pelo tratamento dos pacientes diagnosticados em Porto Alegre.

Palavras chaves: Câncer de Boca; Itinerário Terapêutico; Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; COVID-19.

INTRODUÇÃO

O câncer de boca é considerado um problema de saúde pública no Brasil, a estimativa de casos novos de câncer oral para cada ano do triênio 2020-2022, é de 15.190 casos, 11.180 casos em homens e de 4.010 em mulheres. Esses valores equivalem a uma taxa estimada de 10,69 casos novos a cada 100 mil homens, sendo o quinto câncer mais frequente entre todos os cânceres. Para as mulheres, corresponde a 3,71 para cada 100 mil mulheres, sendo a décima terceira mais frequente. Em 2018, ocorreram 4.974 óbitos por câncer da cavidade oral em homens e 1.481 óbitos em mulheres no país (BRASIL, 2019).

No Rio Grande do Sul, a estimativa para 2020 é 660 casos novos de câncer de boca, sendo este estado o sétimo em número de casos novos no Brasil. Já na capital do estado, Porto Alegre, a previsão é de 70 novos casos, colocando a cidade como a décima primeira colocada das capitais do país em incidência de câncer de boca no país (BRASIL, 2019).

A natureza silenciosa do câncer de boca e a identificação tardia são fatores que levam ao atraso no diagnóstico e, conseqüentemente, à doença com estadiamento avançado. Devido a isso, o diagnóstico precoce de câncer bucal e o encaminhamento do paciente para tratamento são fatores importantes para a redução da morbidade e mortalidade causadas pela doença. Nos casos de diagnóstico precoce, as complicações no tratamento podem ser minimizadas, as intervenções podem ser mais conservadoras e os resultados estéticos e funcionais melhores, aumentando o índice de sobrevida e de qualidade de vida do paciente (FANARAS; WARNAKULASURIYA, 2016).

A atenção primária é a porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), cabendo a ela o papel de articular o acesso aos níveis de atenção secundária e terciária. Para garantir equidade e a integralidade da atenção ao paciente com câncer de boca no Sistema Único de Saúde, em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Saúde Bucal, com objetivo de mediar e articular as redes de atenção à saúde ampliando o acesso aos serviços odontológicos na atenção primária com a expansão das equipes de saúde bucal (ESB) e da média complexidade com os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2004) e serviços de atenção especializada hospitalar com atenção ao câncer de boca nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade (Unacon) e nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) (BRASIL, 2018).

Para o diagnóstico precoce do câncer é essencial que esses níveis de atenção sejam organizados com fluxos e ações bem definidas, de forma que contribuam para a trajetória do usuário no serviço solucionando os problemas da doença (AQUINO; VILELA, 2014). A trajetória se configura desde o momento do diagnóstico da doença, acesso aos exames e o início

do tratamento da neoplasia. O conhecimento da trajetória do paciente diagnosticado com câncer de boca nas redes de atenção contribui para a identificação dos principais pontos de entrave que dificultam o acesso aos serviços.

Diante do que foi exposto, o objetivo deste estudo é avaliar o tempo transcorrido no itinerário do paciente com câncer de boca diagnosticado em Porto Alegre desde a atenção básica até a atenção especializada. Secundariamente, verificar o impacto da pandemia de COVID-19 neste itinerário.

METODOLOGIA

Desenho do estudo, amostra e considerações éticas

O presente estudo transversal analítico contou com uma amostra de conveniência do tipo censo, compreendendo todos os pacientes diagnosticados com câncer de boca nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), próprios da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre no período entre 2017 a 2021. Foram excluídos do estudo os pacientes não residentes em Porto Alegre. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (no. CAAE 52330521.8.0000.5338).

Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de 27 de outubro a 5 de novembro de 2021 a partir de consulta no Sistema de Regulação de consultas especializadas do SUS (GERCON). As informações obtidas incluíram idade, sexo, comorbidades, hábitos de exposição (fumo, álcool, radiação UV), tipo de tumor e localização, data encaminhamento da APS, data consulta e local de atendimentos na atenção secundária, data biópsia e de entrega do laudo confirmando o diagnóstico na atenção secundária, data encaminhamento e da primeira consulta na atenção especializada. O dia 11 de março de 2020 foi definido como marco de início da pandemia, conforme determinação da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Análise estatística

Após a criação de um banco de dados no Microsoft Excel Starter 2016 com as informações coletadas, os tempos obtidos da primeira consulta na atenção secundária e terciária antes e depois do início da pandemia foram analisados estatisticamente através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), para Windows, versão 22. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, com valores em mediana. Para comparar os

resultados obtidos e avaliar o impacto da pandemia na linha de cuidado do paciente com câncer de boca foi utilizado o teste Mann-Whitney. O teste foi realizado com o auxílio do software SPSS e o p-valor de referência foi 0,05.

RESULTADOS

Um total 92 casos de pacientes foi incluído no estudo, dentre os quais a maioria era do sexo masculino (n=65, 70,5%). A média de idade foi de 60,05, variando de 27 a 87 anos de idade. A maior parte deles era fumante (58,7%) e consumia bebidas alcoólicas regularmente (53,3%), enquanto 22,8% (n=21) referiu exposição habitual ao sol. Quarenta e três pacientes apresentavam alguma doença sistêmica (Tabela 1), sendo a hipertensão arterial e a diabetes as mais frequentes (Tabela 2).

O carcinoma espinocelular foi a neoplasia maligna mais diagnosticada, com 80 casos (87%). Língua (30,4%), assoalho bucal (26,1%) e palato (19,6) foram os sítios bucais mais acometidos pelo tumor. Os CEOs Santa Marta (48,9%) e GCC (40,2%) foram os responsáveis pela maior parte dos diagnósticos. Em relação ao tratamento, os casos se concentraram no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e no Hospital Santa Casa de Misericórdia correspondendo a, respectivamente 54,7% e 36% dos casos (Tabela 3).

O tempo transcorridos (dias) em cada etapa da linha de cuidado do paciente com câncer de boca foi comparado antes e depois do início da pandemia da COVID-19. A análise do encaminhamento do paciente da atenção primária para a atenção secundária revelou uma mediana de 15 dias antes da pandemia e uma mediana de 11 dias durante a pandemia. Em relação ao encaminhamento do paciente da atenção secundária para a atenção terciária, a pandemia determinou um aumento de 17 para 22 dias (mediana, teste de Mann-Whitney, p= 0,01) Um maior detalhamento a respeito dessas variáveis pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos pacientes incluídos no estudo (n=92)

| Variáveis | |
|---------------------------------|-----------|
| Idade (anos) | |
| Média | 60,05 |
| Mín-Max | 27-87 |
| Gênero, n (%) | |
| Feminino | 27 (29,3) |
| Masculino | 65 (70,7) |
| Tabagismo, n (%) | |
| Nunca | 13 (14,1) |
| Passado | 8 (8,7) |
| Atual | 54 (58,7) |
| Não informado | 17 (18,5) |
| Consumo de álcool, n (%) | |
| Nunca | 25 (27,2) |
| Passado | 1 (1,1) |
| Atual | 49 (53,3) |
| Não informado | 17 (18,5) |
| Exposição solar, n (%) | |
| Não | 50 (54,4) |
| Sim | 21 (22,8) |
| Não informado | 21 (22,8) |
| Comorbidades, n (%) | |
| Não | 48 (52,2) |
| Sim | 43 (46,7) |
| Não informado | 1 (1,1) |

Tabela 2 – Lista de comorbidades em atividade no momento do diagnóstico:

| Comorbidades | n (%) |
|------------------------|--------------|
| Hipertensão arterial | 22 |
| Diabetes | 9 |
| AVC | 3 |
| Cirrose hepática | 3 |
| HIV | 3 |
| Cálculo Renal | 2 |
| Depressão | 2 |
| Dislipidemia | 2 |
| DPOC | 2 |
| Gastrite | 2 |
| Hepatite C | 2 |
| Cardiopatia | 1 |
| Doença de Addison | 1 |
| Fibromialgia | 1 |
| Glaucoma | 1 |
| Síndrome Guillan Barré | 1 |
| Hipertrigliceridemia | 1 |

Tabela 3 - Características dos casos estudados

| Variáveis | n (%) |
|--|--------------|
| Tipo de tumor | |
| Carcinoma espinocelular | 80 (87,0) |
| Neoplasia maligna de glândulas salivares | 5 (5,4) |
| Sarcoma de Kaposi | 1 (1,1) |
| Proliferação linfoide atípica | 1 (1,1) |
| Neoplasia maligna de origem epitelial | 1 (1,1) |
| Neoplasia maligna de células fusiformes | 1 (1,1) |
| Linfoma Non-Hodgkin de alto grau | 1 (1,1) |
| Carcinoma de células claras | 1 (1,1) |
| Carcinoma basaloide escamoso | 1 (1,1) |
| Localização das lesões, n (%) | |
| Língua | 28 (30,4) |
| Assoalho bucal | 24 (26,1) |
| Palato | 18 (19,6) |
| Rebordo alveolar/gengiva | 13 (14,1) |
| Lábio | 10 (10,9) |
| Pilar Amigdaliano/Região retromolar | 9 (9,7) |
| Mucosa jugal | 3 (3,3) |
| Não informado | 2 (2,2) |
| Linfonodo intraparotídeo | 1 (1,1) |
| Atenção secundária | |
| Santa Marta | 45 (48,9) |
| GCC | 37 (40,2) |
| Bom Jesus | 5 (5,4) |
| IAPI | 5 (5,4) |
| Atenção terciária | |
| HCPA | 47 (54,7) |
| Santa Casa | 32 (36,0) |
| GHC | 7 (7,6) |
| HSL | 1 (1,1) |
| Dados perdidos (n=6) | |

Tabela 4 – Comparação dos tempos decorrido (dias) em cada etapa da linha de cuidado do paciente com câncer bucal no município de Porto Alegre

| Variável | Antes da pandemia COVID-19 | Durante a pandemia COVID-19 | P* |
|--|----------------------------|-----------------------------|-------|
| Atenção primária – Atenção secundária | | | |
| Mediana (P25-P75) | 15 (6-19) | 11 (7-25) | 0,61 |
| Atenção primária – Confirmação do diagnóstico | | | |
| Mediana (P25-P75) | 35 (20-50) | 40 (34-63) | 0,28 |
| Atenção secundária – Atenção terciária | | | |
| Mediana (P25-P75) | 17 (12-21) | 22 (16-49) | <0,01 |
| Atenção primária – Atenção terciária | | | |
| Mediana (P25-P75) | 56 (38-81) | 69 (49-99) | 0,31 |

DISCUSSÃO

O câncer bucal é um problema de saúde pública e sua ocorrência tem aumentado a cada ano (BRASIL, 2019). Considerada uma doença de progressão rápida sendo a maior parte dos casos diagnosticados tardiamente, exigindo um tratamento mais agressivo, decorrendo uma maior morbidade e maior taxa de mortalidade do paciente. Um dos fatores que podem atrasar o diagnóstico do câncer de boca é o caminho percorrido pelos usuários, desde a atenção primária até a atenção terciária, em busca do diagnóstico e do início do tratamento. Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi avaliar o itinerário terapêutico do paciente diagnosticado com câncer de boca até a atenção terciária da rede pública de saúde do município de Porto Alegre. Conhecer esta realidade contribui para entender os principais obstáculos apresentados pelos usuários nos serviços de saúde e pode ser uma estratégia para encontrar formas de superá-los.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como uma pandemia, impactando significativamente toda a vida pública e economia global, levando a uma crise de saúde pública sem precedentes e à adoção de medidas extremas para limitar a propagação comunitária e hospitalar (HALBOUB; AL-MAWERI; AL-SONEIDAR, 2020; HAN et al., 2020). Tratamentos eletivos foram cancelados para evitar a exposição tanto

que pacientes e profissionais da saúde e os procedimentos urgentes sendo realizados com precauções adicionais, exigindo aos profissionais de saúde a buscarem novas formas de fornecer cuidados de saúde em segurança, sem comprometer a atenção à saúde dos pacientes (BRODY et al., 2020). Em todo mundo esta situação provocou atrasos no rastreamento de cânceres, dificultando a referência dos pacientes aos serviços especializados do cuidado, gerando a falta de diagnósticos da doença (HARKY et al., 2020).

Pesquisas recentes analisaram sobre o impacto da pandemia da COVID-19 sobre o diagnóstico do câncer de boca. Um estudo realizado no Reino Unido evidenciou que interrupção do serviço odontológico de atenção primária, no início da pandemia, levou a uma redução no número de encaminhamentos de suspeita de câncer bucal e a identificação tardia da doença (SANDHU; GROSSMAN; BENENG, 2021). Metzger et al. (2021) identificaram o atraso do tratamento do paciente com câncer de boca em 2020 comparado ao período de 2010-2019. Quando se trata sobre o número de biópsias realizadas em partes moles da boca, ao comparar os meses iniciais da pandemia com os anos anteriores, os dados mostram uma queda brusca de mais de 60% nas taxas de biópsias realizadas, (CUNHA et al., 2020a; GOMES et al., 2020). Além disso, também houve uma diminuição de 49,3% nas taxas de hospitalizações por câncer de boca e orofaringe entre 2019 e 2020 (CUNHA et al., 2020b).

Diante desse cenário pandêmico, o Ministério da Saúde (2020) por meio de Nota Técnica, suspendeu os atendimentos odontológicos eletivos, mantendo apenas o atendimento das urgências odontológicas tanto na atenção primária como na atenção especializada, como forma de priorizar medidas preventivas a fim de evitar a propagação do vírus. Entretanto, mesmo com esta medida de contenção do vírus, não foi observada diferença estatística entre os tempos decorrido antes da pandemia e durante a pandemia da COVID-19 nas linhas de cuidado da atenção primária até a atenção secundária, da atenção primária até a confirmação do diagnóstico e da atenção primária até a atenção terciária. Apenas, houve atraso significativo comparando o tempo entre a atenção secundária e a atenção terciária.

A determinação do impacto da pandemia da COVID-19 no tempo necessário para os pacientes chegarem à atenção especializada é importante, pois poderia se presumir o seu aumento e conseqüentemente, agravamento de uma situação que já era alarmante. O tempo percorrido da atenção secundária até a atenção terciária apresentou uma mediana de 17 dias para antes da pandemia e de 22 dias durante a pandemia da COVID-19, intervalos menores comparado a outro estudo, onde a mediana foi de 38 dias entre o diagnóstico e a admissão do paciente na atenção especializada (ASSIS, 2019). Durante a análise dos prontuários, a biópsia já era realizada na primeira consulta na atenção secundária, assim como o encaminhamento

para a atenção terciária pelo do sistema de regulação, como forma de agilizar o direcionamento do paciente para início do tratamento, o que pode justificar o tempo menor percorrido neste estudo.

A Lei no 12.732/2012 (BRASIL, 2012) dispõe que o paciente deve iniciar o seu primeiro tratamento oncológico em até 60 dias após a data do diagnóstico histopatológico. Uma limitação importante do presente trabalho foi somente a avaliação da primeira consulta na atenção terciária e não o início do tratamento do paciente diagnosticado com câncer de boca. Alguns estudos avaliaram o tempo entre o diagnóstico de câncer e o início do tratamento no Brasil (ASSIS, 2019; FELIPPU *et al.*, 2016; CAMPION *et al.*, 2016), assim puderam verificar a efetividade da rede pública de saúde diante a lei estabelecida pelo Ministério da Saúde. Diante disso, é pertinente o seguimento do presente estudo para apurar o início do tratamento destes pacientes na atenção especializada para onde foram referenciados.

O trabalho mostrou que após o encaminhamento para a atenção terciária, a primeira consulta do paciente diagnosticado com câncer de boca ocorre em até 22 dias, porém vale ressaltar que seguidamente admissão do paciente no hospital, é necessário tempo para realização de exames laboratoriais e de imagem, visando ao estadiamento e pré-tratamento, planejamento cirúrgico e/ou radioterápico para após isso, começar o tratamento de fato. Fatores estes, que podem justificar o atraso para início do tratamento.

O perfil epidemiológico do nosso estudo apresenta resultados semelhantes com a literatura prévia. A média de idade do trabalho foi de 60,05 anos. No grupo estudado por Campion *et al.* (2016) a média foi 64,3 e no trabalho de Assis (2019) a média foi de 59,1. No que diz respeito aos hábitos de tabagismo e etilismo, os principais fatores de risco do câncer de boca, a maior parte dos pacientes o hábito tabagista e etilista era predominante, assim como nos estudos de Campion *et al.* (2016) e Felippu *et al.* (2016). Ao observamos a localização das lesões, vários estudos a língua foi o sítio mais acometido pelo tumor (CAMPION *et al.*, 2016; MORO *et al.*, 2018; SOARES; BASTOS NETO; SANTOS, 2019) assim como no nosso trabalho. Porém, ao analisar as comorbidades, 46,7% dos pacientes apresentavam alguma condição médica de base, número superior ao estudo de Mahl *et al.* 2020 que apresentou 25,8%.

O carcinoma espinocelular foi o tumor mais prevalente em nosso estudo (87%) seguido das neoplasias malignas de glândulas salivares (5,4%), valores que se assemelham a outras pesquisas. O câncer de boca engloba diversos tipos de tumores, entre eles, os carcinomas de células basais, carcinomas de células de Merkel, melanomas, as neoplasias malignas de glândulas salivares que representam 3% a 10% dos casos (CARLSON; SCHLIEVE, 2019) e os

carcinomas espinocelulares que abrangem cerca de 90% do total dos tumores da cavidade oral (YAN *et al.*, 2020).

Estudos que avaliaram o itinerário do paciente com câncer de boca procuraram identificar os fatores que causavam o atraso no diagnóstico, desde o tempo entre os primeiros sintomas até o diagnóstico (CAMPOS *et al.*, 2007; FELIPPU *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2010). Campion *et al.* (2016) em seu trabalho, estabeleceu os atrasos que marcaram os tempos desde a detecção da lesão até início do tratamento, sendo eles: o Atraso do Paciente, ou seja, o tempo decorrido desde a detecção dos primeiros sinais e sintomas até a procura pelo atendimento no sistema de saúde; o Atraso do Profissional, o tempo decorrido desde a primeira consulta ao profissional de saúde até o diagnóstico final; e por fim o Atraso do Sistema de Saúde, tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento. Em nosso estudo, somente não avaliamos o fator atraso do paciente, onde pode ser considerado desde características como idade, sexo, nível socioeconômico e fatores afetivos como a preocupação, o medo, a negação e a percepção das responsabilidades sociais (PANZARELLA *et al.*, 2013). O atraso do paciente é responsável por mais de um terço do intervalo de tempo total percorrido o que permite identificar um potencial de intervenção para aumentar o diagnóstico precoce do câncer bucal (CENTELLES *et al.*, 2021). A análise destes aspectos em nosso trabalho possibilitaria buscar justificativas que poderiam contribuir na trajetória do paciente nos níveis de atenção.

CONCLUSÃO

Os tempos decorridos da trajetória do paciente com câncer de boca em cada etapa da linha de cuidado foram comparados antes e depois do início da pandemia da COVID-19. A análise do encaminhamento do paciente da atenção secundária para a atenção terciária, antes da pandemia apresentou uma mediana de 17 dias e de 22 dias durante a pandemia, evidenciando um período rápido no encaminhamento. O teste de Mann-Whitney confirmou que há associação estatística entre as análises realizadas. O estudo ratifica a importância da análise do tempo decorrido entre o diagnóstico definitivo e o início do tratamento do paciente no hospital para avaliação e efetividade do cumprimento da Lei 12.732/2012.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, R. C. A.; VILELA, M. B. R. Comunicação dos pacientes com câncer: Preocupação relacionada ao tempo de espera para o acesso e o itinerário terapêutico aos cuidados oncológicos. **Distúrb. Comum.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 3-6, jun. 2014.
- ASSIS, João Luiz Pereira de. **Tempo até o tratamento de pacientes com câncer de cabeça e pescoço no Estado de São Paulo: 2011 a 2017**. 2019. 89 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Epidemiologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. – Rio de Janeiro : INCA, 2019.120 p.
- 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. 350 p.
- BRODY, R. M. *et al.* Changes in head and neck oncologic practice during the COVID -19 pandemic. **Head & Neck**, v. 42, n. 7, p. 1448-1453, 11 jun. 2020.
- CAMPION, 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, 23 jun. 2016.
- CAMPOS, J.L.G. *et al.* Delay factors in the diagnosis of head and neck cancer and its relationship to survival and life quality. **Revista Brasileira de Cabeça Pescoço**. v. 36, n. 12, p. 65-68, 2007.
- CARLSON, E. R.; SCHLIEVE, T. Salivary Gland Malignancies. **Oral And Maxillofacial Surgery Clinics Of North America**, v. 31, n. 1, p. 125-144, fev. 2019.
- CUNHA, A. R. *et al.*. The impact of the COVID-19 pandemic on oral biopsies in the Brazilian National Health System. **Oral Diseases**, v. 5, n. 1, p. 1-10, 22 set. 2020.
- CUNHA, A. R. *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on hospitalizations for oral and oropharyngeal cancer in Brazil. **Community Dentistry And Oral Epidemiology**, v. 49, n. 3, p. 211-215, mar. 2021.
- FANARAS, N.; WARNAKULASURIYA, S. Oral Cancer Diagnosis in Primary Care. **Primary Dental Journal**, v. 5, n. 1, p. 64-68, fev. 2016.
- FELIPPU, A. W. *et al.* Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. **Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology**, [S.L.], v. 82, n. 2, p. 140-143, mar. 2016.
- GOMES, A. N. *et al.* Reduced demand for oral diagnosis during COVID-19: a brazilian center experience. **Oral Diseases**, v. 0, p. 1-2, 4 ago. 2020.

HALBOUB, E.; AL-MAWERI, S.A.; AL-SONEIDAR, W. A. Utilization of COVID-19 testing for opportunistic screening of oral cancer. **Oral Oncology**, v. 106, p. 104775, jul. 2020. Elsevier BV.

HAN, A. Y. *et al.* Time for a Paradigm Shift in Head and Neck Cancer Management During the COVID-19 Pandemic. **Otolaryngology–Head And Neck Surgery**, v. 163, n. 3, p. 447-454, 2 jun. 2020.

HARKY, A. *et al.* Cancer Patient Care during COVID-19. **Cancer Cell**, v. 37, n. 6, p. 749-750, jun. 2020

MAHL, C. *et al.* Delay in head and neck cancer care during the COVID-19 pandemic and its impact on health outcomes. **Brazilian Oral Research**, v. 34, p. 1-8, 2020

PANZARELLA, Vera *et al.* Diagnostic delay in oral squamous cell carcinoma: the role of cognitive and psychological variables. **International Journal Of Oral Science**, v. 6, n. 1, p. 39-45, 29 nov. 2013

SANTOS, L.C.O. *et al.* Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. v. 76, n. 4, p. 416-22, 2010.

SANDHU, P.; GROSSMAN, S.; BENENG, K. The impact of the cessation of primary dental care services on oral cancer diagnosis at a single institution in the UK's epicentre during the COVID-19 pandemic. **Oral Surgery**, v. 14, n. 4, p. 328-334, 6 maio 2021.

SOARES, C.; BASTOS NETO, B. C.; SANTOS, L. P. S. Estudo epidemiológico do câncer de boca no Brasil / Epidemiological study of oral cancer in Brazil. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 64, n. 3, p. 192, 5 dez. 2019

YAN, F. *et al.* The Evolution of Care of Cancers of the Head and Neck Region: state of the science in 2020. **Cancers**, v. 12, n. 6, p. 1543, 11 jun. 2020

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maior parte dos casos de câncer de boca são diagnosticados nas fases mais avançadas da doença, o que torna desfavorável o prognóstico do paciente. O diagnóstico precoce do tumor pode levar ao tratamento em tempo oportuno, aumentando as chances de cura. Conhecer a trajetória do paciente com câncer de boca na rede pública de saúde, permite avaliar os principais entraves que podem atrasar desde o diagnóstico até o início do tratamento e analisar a efetividade diante da Lei dos 60 dias

O presente estudo constatou a eficiência da articulação dos níveis de atenção da rede pública de saúde bucal do município de Porto Alegre nos encaminhamentos do paciente com câncer de boca, mesmo durante a pandemia da COVID-19. Porém, as datas do início do tratamento dos pacientes nos hospitais que foram referenciados não foram obtidas, não sendo possível avaliar a eficácia diante a Lei nº 12.732/2012. Diante disso, é importante dar prosseguimento ao estudo para também relacionar o impacto da pandemia no início do tratamento do paciente com câncer de boca.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2019**. Atlanta: American Cancer Society, 2019.
- AQUINO, R. C. A.; VILELA, M. B. R. Comunicação dos pacientes com câncer: Preocupação relacionada ao tempo de espera para o acesso e o itinerário terapêutico aos cuidados oncológicos. **Distúrb. Comum.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 3-6, jun. 2014.
- ASSIS, João Luiz Pereira de. **Tempo até o tratamento de pacientes com câncer de cabeça e pescoço no Estado de São Paulo: 2011 a 2017**. 2019. 89 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Epidemiologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.
- BAGAN, J.; SARRION, G.; JIMENEZ, Y. Oral cancer: clinical features. **Oral Oncology**, v. 46, n. 6, p. 414-417, jun. 2010.
- BRODY, R. M. *et al.* Changes in head and neck oncologic practice during the COVID -19 pandemic. **Head & Neck**, v. 42, n. 7, p. 1448-1453, 11 jun. 2020.
- 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. 350 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.570 de 2004**. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Diário Oficial da União; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005**. Define unidades de alta complexidade em oncologia. Diário Oficial da União. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013**. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2013, que versa a respeito do primeiro atendimento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 2013 maio 16; Seção 1, n. 94, p. 135
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2019.120 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente>. Acesso em: 13 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/Desf/Saps/MS). **Nota Técnica nº 9/2020**. Covid-19 e atendimento odontológico no SUS. Ministério da Saúde. . – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 5 p.

CAMPION, 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, 23 jun. 2016.

CAMPOS *et al.* 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**, v. 36 n. 2 abr./jun. 2007

CARLSON, E. R.; SCHLIEVE, T. Salivary Gland Malignancies. **Oral And Maxillofacial Surgery Clinics Of North America**, v. 31, n. 1, p. 125-144, fev. 2019

FANARAS, N.; WARNAKULASURIYA, S. Oral Cancer Diagnosis in Primary Care. **Primary Dental Journal**, v. 5, n. 1, p. 64-68, fev. 2016.

FELIPPU, A. W. *et al.* Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. **Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology**, [S.L.], v. 82, n. 2, p. 140-143, mar. 2016.

FELLER, L.; LEMMER, J. Oral Squamous Cell Carcinoma: epidemiology, clinical presentation and treatment. **Journal Of Cancer Therapy**, v. 03, n. 04, p. 263-268, ago. 2012.

HALBOUB, E.; AL-MAWERI, S.A.; AL-SONEIDAR, W. A. Utilization of COVID-19 testing for opportunistic screening of oral cancer. **Oral Oncology**, v. 106, p. 104775, jul. 2020. Elsevier BV.

HAN, A. Y. *et al.* Time for a Paradigm Shift in Head and Neck Cancer Management During the COVID-19 Pandemic. **Otolaryngology–Head And Neck Surgery**, v. 163, n. 3, p. 447-454, 2 jun. 2020.

HARKY, A. *et al.* Cancer Patient Care during COVID-19. **Cancer Cell**, v. 37, n. 6, p. 749-750, jun. 2020

LYDIATT, W. M. *et al.* Head and neck cancers-major changes in the American Joint Committee on cancer eighth edition cancer staging manual. **Ca: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 67, n. 2, p. 122-137, 27 jan. 2017.

MAHL, C. *et al.* Delay in head and neck cancer care during the COVID-19 pandemic and its impact on health outcomes. **Brazilian Oral Research**, v. 34, p. 1-8, 2020

MARKOPOULOS, A. K. Current Aspects on Oral Squamous Cell Carcinoma. **The Open Dentistry Journal**, v. 6, n. 1, p. 126-130, ago. 2012.

NEVILLE, B. W. **Patologia oral e maxilofacial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PANZARELLA, Vera *et al.* Diagnostic delay in oral squamous cell carcinoma: the role of cognitive and psychological variables. **International Journal Of Oral Science**, v. 6, n. 1, p. 39-45, 29 nov. 2013

PERSICI, S. Regulação como ferramenta de gestão na atenção à saúde em nível municipal. In: BULGARELLI *et al.* **Redes de atenção à saúde : práticas, experiências e propostas na gestão da saúde coletiva**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 59-98.

PETERSEN, P. E. Oral cancer prevention and control – The approach of the World Health Organization. **Oral Oncology**, [S.L.], v. 45, n. 4-5, p. 454-460, abr. 2009.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atenção em saúde bucal de Porto Alegre organização da rede e fluxos de atendimento. Área Técnica de Saúde Bucal – Porto Alegre: 2014. p. 78

PORTO ALEGRE, Secretaria Municipal de Saúde de Porto. **Sistema de gerenciamento de consultas - Gercon**. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/sistema-de-gerenciamento-de-consultas-e-apresentado-as-procuradorias-regionais>. Acesso em: 22 out. 2020.

PUCCA, G. A.; LUCENA, E. H. G.; CAWAHISA, P. T. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 26-32, 2010.

SARGERAN, K. *et al.* Survival After Lip Cancer Diagnosis. **Journal Of Craniofacial Surgery**, v. 20, n. 1, p. 248-252, jan. 2009.

SANDHU, P.; GROSSMAN, S.; BENENG, K. The impact of the cessation of primary dental care services on oral cancer diagnosis at a single institution in the UK's epicentre during the COVID-19 pandemic. **Oral Surgery**, v. 14, n. 4, p. 328-334, 6 maio 2021.

SANTOS, L. C. O. dos *et al.* Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. **Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology**, v. 76, n. 4, p. 416-422, ago. 2010.

SILVA, H.E. C.; GOTTEMS, L. B. D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2645-2657, ago. 2017.

SPEIGHT, P. M.; FARTHING, P. M.. The pathology of oral cancer. **British Dental Journal**, v. 225, n. 9, p. 841-847, nov. 2018.

SOARES, C.; BASTOS NETO, B. C.; SANTOS, L. P. S. Estudo epidemiológico do câncer de boca no Brasil / Epidemiological study of oral cancer in Brazil. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 64, n. 3, p. 192, 5 dez. 2019

SOUZA, G. C. A. *et al.* Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 17, n. 3, p. 416-428, 18 nov. 2015

VALDEZ, J. A.; BRENNAN, M. T. Impact of Oral Cancer on Quality of Life. **Dental Clinics Of North America**, v. 62, n. 1, p. 143-154, jan. 2018.

YAN, F. *et al.* The Evolution of Care of Cancers of the Head and Neck Region: state of the science in 2020. **Cancers**, v. 12, n. 6, p. 1543, 11 jun. 2020

WAAL, V. D. Are we able to reduce the mortality and morbidity of oral cancer; some considerations. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal [S.L.]**, v. 18, n. 1, p. 33-37, jan. 2013.