

SILVIO CARLOS COELHO DE ABREU

**Monitoramento do usuário portador de câncer de boca no sistema de saúde
da zona leste do município de São Paulo**

São Paulo
2021

SILVIO CARLOS COELHO DE ABREU

**Monitoramento do usuário portador de câncer de boca no sistema de saúde
da zona leste do município de São Paulo**

Versão corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas para obter o título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Odontologia Forense e Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Maria Ercília de Araújo

São Paulo
2021

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Abreu, Silvio Carlos Coelho de.

Monitoramento do usuário portador de câncer de boca no sistema de saúde da zona leste do município de São Paulo / Silvio Carlos Coelho de Abreu ; orientador Maria Ercília de Araújo -- São Paulo, 2021.

114 p. : fig., tab. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de concentração: Odontologia Forense e Saúde Coletiva. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida.

1. Neoplasias bucais. 2. Assistência odontológica. 3. Saúde bucal. 4. Políticas públicas de saúde. 5. Saúde pública. 6. Sistema Único de Saúde. I. Araújo, Maria Ercília de. II. Título.

Abreu SCC. Monitoramento do usuário portador de câncer de boca no sistema de saúde da zona leste do município de São Paulo. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: 01/06/2021

Banca Examinadora

Prof(a). Dr. Celso Zilbovicius

Instituição: FO-USP

Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr(a) Julie Silvia Martins

Instituição: HSM – Externo

Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr. Marco Antonio Manfredini

Instituição: SMS – Externo

Julgamento: Aprovado

Às minhas amadas filhas Manuela Abreu e Sofia Abreu, motivos de minha permanente luta em busca de conhecimento, pela compreensão e carinho em meus momentos de falta.

Aos meus pais João Pacheco de Abreu e Laura Coelho de Abreu, que sempre me orientaram com muito cuidado na busca dos caminhos certos.

Aos meus irmãos, cunhadas, sobrinhos e sobrinhas pelo apoio incondicional em todos os momentos de minha caminhada.

E a todos os meus amigos...

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela vida, saúde, discernimento e pela vontade de tentar entender a vida sempre com mais leveza.

À minha orientadora Profa. **Dra. Maria Ercília de Araújo** pela oportunidade da troca de conhecimentos e acolhida sempre carinhosa. Profissional extremamente capacitada que guardo como referência.

À Profa. **Dra. Julie Silvia Martins**, querida amiga com a qual tenho o imenso prazer de partilhar todas as minhas aspirações profissionais, pelo carinho, paciência e por me auxiliar incondicionalmente na conclusão deste trabalho com competência inquestionável. Meu profundo reconhecimento e admiração.

Ao meu amigo e profissional dedicado à Saúde Coletiva Prof. **Marcus Vinicius Diniz Grigoletto** pelo apoio na finalização do trabalho.

Aos queridos amigos **Adilmo Henrique do Nascimento** e **Marcelo Aparecido Lima da Silva**, pela disposição na ajuda e auxílio com algumas bases de dados.

Ao querido amigo Prof. **Dr. Celso Zilbovicius**, pelo incentivo ao doutorado e pelo companheirismo na batalha por uma saúde mais justa.

À coordenação da **Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina**, pela possibilidade da realização do trabalho e apoio em todos os momentos.

À todas as **equipes de Saúde Bucal da APS Santa Marcelina**, que sempre se colocaram à disposição e contribuíram muito para que a conclusão desse trabalho fosse possível.

Aos **usuários** do sistema de saúde que concordaram em participar da pesquisa, pois sem a colaboração e permissão deles não seria possível a realização deste trabalho.

Aos que participaram direta ou indiretamente da elaboração deste trabalho, fruto de esforço coletivo de todos os envolvidos, a minha sincera gratidão.

RESUMO

Abreu SCC. Monitoramento do usuário portador de câncer de boca no sistema de saúde da zona leste do município de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2021. Versão corrigida.

A Organização Mundial da Saúde aponta o câncer como a segunda principal causa de morte, sendo responsável por cerca de 9,6 milhões de mortes no mundo em 2018, com aproximadamente 70% delas ocorrendo em países de baixa e média renda. No Brasil, estimativas do Instituto Nacional do Câncer para todos os tipos de câncer, no ano de 2019, foi de 634.880 casos novos. Apenas para o câncer de boca, as mesmas estimativas apontavam cerca de 14.700 casos novos da doença. O diagnóstico precoce e monitoramento deste agravo é uma preocupação dos governos em todas as esferas federativas. Por sua importância no controle da doença e na mortalidade, torna-se um grande desafio implementar medidas que possam ser efetivadas no Sistema Único de Saúde. Dada a magnitude do problema, a complexidade do agravo, toda a tecnologia necessária envolvida para o seu enfrentamento, os benefícios do diagnóstico precoce para o prognóstico e o impacto negativo do diagnóstico tardio na saúde do portador, na sociedade e no orçamento da saúde, entre outros, justifica-se a identificação de informações que facilitem o rastreamento do potencial portador de câncer de boca, desde o primeiro contato com o sistema de saúde até o seu desfecho. **Objetivo:** Identificar o tempo decorrido e o caminho percorrido pelos usuários portadores de câncer de boca, com diagnóstico confirmado no Centro de Especialidades Odontológicas Cidade Tiradentes, zona leste do município de São Paulo, na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde, desde a suspeita até o diagnóstico final e tratamento, no período de 2007 a 2018. **Método:** Realizado a partir de dados primários obtidos através de entrevistas com os participantes ou familiares e dados secundários obtidos dos prontuários nos serviços de saúde de referência da Atenção primária, secundária e terciária, na zona leste do município de São Paulo. **Resultados:** Foram coletadas informações de 50 participantes. No mesmo local e período foram diagnosticados 70 casos, sendo excluídos os que não tinham informações essenciais ou autorização através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O tempo decorrido foi de 155,2 dias,

em média, desde a suspeita na Atenção primária ao início de tratamento na Atenção terciária, sendo o tempo médio de 49,95 dias entre a suspeita e o diagnóstico final. O caminho percorrido pelos usuários teve como início de percurso as suas unidades básicas de saúde de origem, todas localizadas em território da região leste do município de São Paulo, que foram as responsáveis por levantaram as suspeitas (Atenção primária). Em seguida, foram encaminhados para o Centro de Especialidades Odontológicas Cidade Tiradentes, responsável pela biópsia e confirmação de neoplasia através de exame laboratorial (Atenção secundária). Após a confirmação, 70% dos casos tiveram como final de percurso o Centro de Alta Complexidade em Oncologia - Hospital Santa Marcelina de Itaquera, responsável pelo tratamento, também localizado na região leste do município de São Paulo (Atenção terciária). **Conclusões:** Os dados permitem concluir, tomando como parâmetro a lei federal que estabelece até 60 dias para início do tratamento ou cuidados paliativos a partir do diagnóstico, que o sistema de saúde da região não está dando respostas aos casos de portadores de câncer de boca em tempo adequado.

Palavras-chave: Câncer de Boca. Assistência Odontológica. Saúde Bucal. Políticas Públicas de Saúde. Saúde pública. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Abreu SCC. Monitoring of oral cancer patients in the public health system of the eastern region of the city of São Paulo [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2021. Versão corrigida.

The World Health Organization points to cancer as the second leading cause of death, accounting for about 9.6 million deaths worldwide in 2018, with approximately 70% of them occurring in low and middle income countries. In Brazil, estimates by the National Cancer Institute for all types of cancer in 2019 were 634,880 new cases. For mouth cancer alone, the same estimates pointed to about 14,700 new cases of the disease. The early diagnosis and monitoring of this condition is a concern of the national government in all federative spheres. Due to its importance in controlling the disease and mortality, it becomes a great challenge to implement measures that can make it effective in the Brazilian's Unified Health System. By the magnitude of the problem, the complexity of the disease, all the necessary technology involved to cope with it, the benefits of early diagnosis for the prognosis and the negative impact of late diagnosis on the health of the patient, society and the health budget, among others, justifies identifying information that facilitates the screening of the potential oral cancer carrier, from the first contact with the health system to its conclusion.

Objective: To identify the time elapsed and the path taken by users with oral cancer, with a confirmed diagnosis at the Dental Specialties Center Cidade Tiradentes, east side of the city of São Paulo, in the service network of the Brazilian's Unified Health System, since the suspicion until the final diagnosis and treatment, in the period from 2007 to 2018. **Method:** Based on primary data obtained through interviews with participants or family members and secondary data obtained from medical records in the reference health services of primary, secondary and tertiary care at the same region. **Results:** Information was collected from 50 participants. In the same place and period, 70 cases were diagnosed, excluding those without essential information or authorization through the Informed Consent Form. The elapsed time was 155.2 days, on average, from suspicion in primary care to the beginning of treatment in tertiary care, with an average time of 49.95 days between suspicion and the final diagnosis. The path taken by users started with their basic health units of origin, all

located in the eastern region of the city of São Paulo, which were responsible for raising suspicions (Primary Care). Then, they were referred to the Dental Specialties Center Cidade Tiradentes, responsible for biopsy and confirmation of neoplasia through laboratory examination (Secondary care). After confirmation, 70% of the cases were attended in the High Complexity Oncology Center - Hospital Santa Marcelina de Itaquera, responsible for the treatment, also located in the eastern region of the city of São Paulo (Tertiary care). **Conclusion:** The data allow us to conclude, taking as a parameter the federal law that establishes up to 60 days to start treatment or palliative care after diagnosis, that the health system in the region is not responding to cases of patients with oral cancer in adequate time.

Keywords: Mouth Neoplasms. Dental Care. Oral Health. Public Health Policy. Public Health. Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 2.1 - Classificação de risco atualizada para tecidos moles bucais, códigos e critérios estabelecidos para a triagem, São Paulo, 2020	40
Quadro 4.1 - Função e quantidade de profissionais lotados no CEO Cidade Tiradentes, São Paulo, 2020.....	58
Gráfico 5.1 - Tendência de tempo entre o resultado da biópsia e início de tratamento no período de 2008 a 2018	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 - Local, intervalo de tempo para início de tratamento a partir do diagnóstico, número de casos e percentual sobre o total de casos, 2013-2020	45
Tabela 2.2 - Intervalo de tempo detalhado para início de tratamento a partir do diagnóstico, número de casos e percentual sobre o total de casos, Brasil, 2013-2020	46
Tabela 2.3 - Intervalo de tempo detalhado para início de tratamento a partir do diagnóstico, número de casos e percentual sobre o total de casos, estado de São Paulo, 2013-2020	47
Tabela 2.4 - Intervalo de tempo detalhado para início de tratamento a partir do diagnóstico, número de casos e percentual sobre o total de casos, município de São Paulo, 2013-2020	48
Tabela 2.5 - Estabelecimento de saúde, número e percentual sobre o total de casos atendidos no município de São Paulo, 2013-2020	49
Tabela 2.6 - Modalidade Terapêutica, número e percentual sobre o total de casos no Brasil, 2013-2020	50
Tabela 2.7 - Modalidade Terapêutica, número e percentual sobre o total de casos no estado de São Paulo, 2013-2020	50
Tabela 2.8 - Modalidade Terapêutica, número e percentual sobre o total de casos no município de São Paulo, 2013-2020	51
Tabela 5.1 - UBS de origem dos usuários que tiveram casos confirmados no CEO Cidade Tiradentes, bairro, modelo assistencial, número e percentual de casos confirmados, São Paulo, 2007-2018.....	66
Tabela 5.2 - Serviço de Atenção terciária, número e percentual de usuários atendidos, São Paulo, 2007-2018	67

Tabela 5.3 - Modalidade Terapêutica, número e percentual sobre o total de casos, município de São Paulo, 2007-2018.....	68
Tabela 5.4 - Modalidade Terapêutica de 1ª opção para tratamento, número e percentual sobre o total de casos, município de São Paulo, 2007-2018	68
Tabela 5.5 - Etapas do percurso terapêutico, média de dias e Intervalo de confiança (IC), São Paulo, 2007-2018	69
Tabela 5.6 - Intervalo de tempo, em dias, número e percentual sobre o total de casos, São Paulo, 2007-2018.....	70
Tabela 5.7 - Intervalo de tempo detalhado, em dias, número e percentual sobre o total de casos, 2007-2018	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
APS	Atenção Primária à Saúde
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
CABUL	Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNCC	Campanha Nacional de Combate ao Câncer
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CROSS	Central de Regulação de Ofertas dos Serviços de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EAP	Equipes de Atenção Primária
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPV	Human Papiloma Virus (Papiloma Vírus Humano)
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
Pca Tool	Primary Care Assesment Tool
PEPCCB	Programa de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca
Pro-onco	Programa de Oncologia
PSF	Programa Saúde da Família

QUALIS	Qualidade Integral em Saúde
SES/SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIGA	Sistema Integrado de Gestão de Atendimento
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SISCAN	Sistema de Informações de Câncer
SOBE	Sociedade Brasileira de Estomatologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
2	REVISÃO DA LITERATURA	27
2.1	EXPERIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO CÂNCER DE BOCA NA ZONA LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	35
2.1.1	Processo de trabalho	37
2.1.2	Planejamento das ações em bases territoriais e epidemiológicas	38
2.1.3	Organização da demanda	38
2.1.4	O processo de triagem	39
2.1.5	Códigos e critérios utilizados na triagem	39
2.1.6	Planejamento do trabalho a partir dos dados da triagem	40
2.1.7	O diagnóstico precoce do câncer de boca	41
3	PROPOSIÇÃO	53
3.1	PONTOS DE INVESTIGAÇÃO	53
4	MATERIAL E MÉTODOS	55
4.1	DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO – TERRITÓRIO DE CIDADE TIRADENTES	55
4.2	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO “PONTO DE PARTIDA DO ESTUDO” - CEO II CIDADE TIRADENTES	56
4.3	CASUÍSTICA	58
4.4	METODOLOGIA	59
4.5	VARIÁVEIS DE ESTUDO	61
4.5.1	Variáveis criadas a partir das datas obtidas	62
4.6	ANÁLISES ESTATÍSTICAS	63
4.7	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	63
5	RESULTADOS	65
5.1	QUANTO A DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS ENTRE AS UBS E MODELO ASSISTENCIAL ADOTADO – LOCAL DA SUSPEITA DE DIAGNÓSTICO	65
5.2	QUANTO AO LOCAL PARA TRATAMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS – HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA ATENÇÃO TERCIÁRIA	67

5.3	QUANTO A MODALIDADE TERAPÊUTICA E 1ª OPÇÃO DE TRATAMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS	67
5.4	QUANTO AOS TEMPOS DECORRIDOS ENTRE AS ETAPAS DO PERCURSO TERAPÊUTICO, EM MÉDIAS DE DIAS	69
5.4.1	Quanto ao tempo, em dias, decorrido entre a data do resultado com diagnóstico laboratorial e o início de tratamento na Atenção terciária	70
5.4.2	Quanto ao tempo detalhado, em dias, decorrido entre a data do resultado com o diagnóstico laboratorial e o início de tratamento na Atenção terciária	70
5.4.3	Quanto a tendência de tempo entre a data do resultado com o diagnóstico laboratorial e o início de tratamento na Atenção terciária	71
6	DISCUSSÃO	73
6.1	LOCAL DA SUSPEITA.....	73
6.2	LOCAL PARA TRATAMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS	74
6.3	MODALIDADE DE TRATAMENTO REALIZADO E 1ª OPÇÃO DE TRATAMENTO	75
6.4	TEMPOS DAS ETAPAS DO PERCURSO TERAPÊUTICO.....	76
6.4.1	Tempo entre a Suspeita na UBS e o 1º atendimento na atenção especializada, CEO	76
6.4.2	Tempo entre o 1º atendimento na atenção especializada, e a realização da biópsia, CEO.....	77
6.4.3	Tempo entre a suspeita na UBS e a realização da biópsia na atenção especializada, CEO	78
6.4.4	Tempo entre a realização da biópsia na atenção especializada, CEO, e o resultado do exame anatomopatológico, emitido pelo laboratório, com a confirmação diagnóstica	79
6.4.5	Tempo entre o 1º atendimento na atenção especializada e a consulta de retorno do paciente para a entrega do resultado com confirmação diagnóstica laboratorial.....	80

6.4.6	Tempo entre a consulta de retorno do paciente para a entrega do resultado com confirmação diagnóstica laboratorial, no CEO, e o 1º atendimento na Atenção terciária	81
6.4.7	Tempo entre o resultado do exame anatomopatológico, emitido pelo laboratório, com a confirmação diagnóstica e o 1º atendimento na Atenção terciária.....	82
6.4.8	Tempo entre o resultado do exame anatomopatológico, emitido pelo laboratório, com a confirmação diagnóstica e o início de tratamento na Atenção terciária.....	83
7	CONCLUSÕES	95
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICE	107
	ANEXOS	111

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta o câncer como a segunda principal causa de morte, sendo responsável por cerca de 9,6 milhões de mortes no mundo, em 2018, com aproximadamente 70% delas ocorrendo em países de baixa e média renda^{1,2}.

No Brasil, estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para todos os tipos de câncer, no ano de 2019, foi de 634.880 casos novos. Apenas para o câncer de boca, as mesmas estimativas apontavam cerca de 14.700 casos novos da doença. As regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores taxas, sendo que na região sudeste o câncer de boca é o quarto colocado entre os homens³. As mortes por câncer de boca e orofaringe no Brasil atingem números expressivos anualmente. Estudo realizado por Fonseca et al. mostrou que em 2016 foram registradas 7.882 mortes, com 79,81% ocorrendo em homens e 20,19% em mulheres⁴. Números bem próximos a estes, para o mesmo período, podem ser confirmados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (DATASUS)⁵.

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem entre os objetivos a redução da mortalidade e da incapacidade causadas pela doença, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos portadores por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos⁶.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal com objetivo de garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população. Teve como principal meta a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo ações em saúde bucal voltadas para cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico aos brasileiros no SUS⁷. Estabelece em suas diretrizes a

prevenção e o controle do câncer de boca e as disponibiliza no Caderno de Atenção Básica nº 17, que aponta este câncer como doença que pode ser prevenida de forma simples, desde que se dê ênfase a promoção à saúde com ações educativas individuais e coletivas, ações de prevenção e detecção precoce das lesões de mucosa e câncer de boca. Ressalta ainda, a importância da realização de exames periódicos como ação sistemática pelas equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica⁸.

No estado de São Paulo, o monitoramento das ações de prevenção e diagnóstico precoce, como política pública voltada ao controle do câncer de boca, acontece de forma sistematizada desde 2001 durante a campanha de vacinação contra a influenza^{9,10}. O Plano de Atenção Oncológica do estado de São Paulo, reforça a responsabilidade da Atenção primária quanto as ações de promoção, prevenção, detecção precoce e cuidados paliativos com a disponibilização de informações à população sobre os fatores de riscos e estratégias de proteção. Na questão específica da Saúde Bucal, o plano aponta o desenvolvimento, pela SES/SP, de um calendário de ações com o objetivo de apoiar os municípios na qualificação dos profissionais para realizarem busca ativa sobre grupos vulneráveis, organizarem a agenda com estratificação de risco de lesões de boca, utilizando recursos de tele atendimento, tele consultoria e matriciamento¹¹. No caso do câncer de boca, os tecidos moles bucais são classificados de acordo com critérios específicos que permitem ao cirurgião dentista identificar, de forma rápida, alterações com ou sem características de malignidade. Essa estratégia favorece a oferta de acesso aos usuários que necessitem de cuidados mais especializados em relação às lesões bucais e para o diagnóstico precoce de câncer. Tais pressupostos encontram-se estabelecidos na Política Estadual de Saúde Bucal 2019¹².

O diagnóstico precoce e monitoramento deste agravo é uma preocupação do governo em todos os níveis, e de organismos internacionais de referência^{13,14}. Dada a sua importância, torna-se um grande desafio implementar medidas que possam efetivá-lo no SUS.

Para mudar o cenário atual e causar impacto positivo efetivo no controle do câncer, a informação de qualidade, detalhada e precisa, é condição fundamental. A informação qualificada deve servir como ferramenta de planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde.

Dada a magnitude do problema, a complexidade do agravo, toda a tecnologia necessária envolvida para o seu enfrentamento, os benefícios do diagnóstico precoce para o prognóstico e o impacto negativo do diagnóstico tardio na saúde do portador, na sociedade e no orçamento da saúde, entre outros, justifica-se a identificação de informações que facilitem o rastreamento, passo a passo, do potencial portador de câncer de boca, desde o seu primeiro contato com o sistema de saúde, em qualquer nível hierárquico, até o seu desfecho. Essas informações devem ser capazes de elucidar fatores que contribuam de forma positiva ou negativa ao prognóstico para o câncer de boca, favorecendo o estabelecimento imediato de alertas para um esquema de vigilância e monitoramento.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O câncer é uma doença com a qual convivemos há muito tempo e apesar disso ainda permanecem muitos desafios em relação ao agravo tanto no campo das pesquisas quanto na gestão dos sistemas de saúde, mesmo considerando os grandes avanços da ciência que tivemos até o momento. A complexidade do agravo exige conhecimentos diversos, abordagem multiprofissional assim como o uso de várias tecnologias para o combate ou controle de sua evolução. Para que o sistema possa dar resposta adequada e cuidar de forma eficaz do portador, deve-se articular uma rede de atenção integral e sistêmica, desde o diagnóstico precoce até os cuidados paliativos.

Para que o seu controle seja efetivo é necessário que os sistemas de saúde tenham condições de oferecer respostas a todas as demandas advindas do agravo. A Comissão de Saúde Global da Revista The Lancet, define que frente à nova realidade com as mudanças nas necessidades de saúde, as crescentes expectativas do público e as novas metas de diagnóstico de saúde estão elevando o padrão para que os sistemas de saúde produzam melhores resultados. A Comissão constata ainda, que a frequência na trajetória atual dos sistemas de saúde não será suficiente para atender a essas demandas. Coloca como necessário, sistemas de saúde de alta qualidade que otimizem a saúde em cada contexto, exigindo um cuidado que melhore ou seja capaz de manter a saúde consistentemente, sendo valorizado e confiado por todas as pessoas e que responda frequentemente às mudanças nas necessidades das populações¹⁵.

As instituições representativas da área da saúde em todo o mundo, tem o controle do câncer dentre os principais objetivos.

Em estudo realizado, Perdomo et al. mostram a posição da Assembleia Mundial da Saúde com a aprovação de uma resolução adotada pelo Programa Global de Saúde Bucal, enfatizando a necessidade de incluir a prevenção do câncer de boca como parte integrante dos programas nacionais de controle do câncer e envolver profissionais de Saúde Bucal ou profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) na detecção, diagnóstico precoce e tratamento. Os autores colocam que,

embora tenha havido algumas tentativas iniciais de implementar programas de rastreamento, as fraquezas mais frequentes estão relacionadas a dificuldades na implementação de uma rede para o diagnóstico de câncer de boca, como: ausência de integração da rede assistencial; falta de conhecimento e experiência de dentistas de cuidados primários para identificar lesões malignas ou realizar biópsias; e dificuldades que atingem a população em risco. Portanto, a conscientização pública sobre os primeiros sintomas e a educação dos profissionais de saúde deve permitir a detecção precoce e diminuir a morbidade relacionada ao tratamento¹⁶.

A OMS, através da World Cancer Declaration de 2013, convoca as lideranças mundiais para um esforço de contribuição na redução significativa da carga da doença até o ano de 2025. Entre suas metas podemos destacar a meta 1, que aponta para o reforço dos sistemas de saúde no sentido de garantir programas eficazes e abrangentes de controle do câncer, centrados no paciente, no curso da vida; meta 2, que fala do estabelecimento de registros de câncer de base populacional e sistemas de vigilância em todos os países para medir a carga global de câncer e o impacto de programas nacionais de controle do câncer; meta 4, os cânceres causados por infecções por HPV deverão ser cobertos por programas de vacinação; e, a meta 6, diz que triagem populacional e programas de detecção precoce deverão ser universalmente implementados assim como os níveis de conscientização pública e profissional sobre importantes sinais e sintomas de alerta de câncer devem ser melhorados. Como ações imediatas para todos os países a declaração cita, entre outras, a melhoria da vigilância da morbidade, mortalidade e prevalência do câncer, que são cruciais para o desenvolvimento e monitoramento de planos nacionais bem sucedidos de controle do câncer e para identificar prioridades em saúde pública; e, a garantia da disponibilidade e acesso, a preços acessíveis, a programas de detecção para os quais existem evidências de eficácia na população em questão, incluindo a triagem para câncer de mama, cervical, colorretal, de pele e de boca¹⁷.

No Brasil, já contamos com um arcabouço legal que respalda qualquer iniciativa dos entes federados em instituir ações e serviços em busca da qualificação do sistema de saúde para o combate ao câncer de forma geral e ao câncer de boca especificamente.

A Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, 2004, mostra que compete a Atenção primária assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento, recomendando, entre outras, ações para a prevenção e controle do câncer com: a realização rotineira de exames preventivos para detecção precoce do câncer de boca, garantindo-se a continuidade da atenção em todos os níveis de complexidade, mediante negociação e pactuação com representantes das três esferas de governo; oferta de oportunidades de identificação de lesões bucais seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas, como por exemplo a de vacinação dos idosos; acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados através da definição e, se necessário, criação de um serviço de referência, garantindo-se o tratamento e reabilitação; e, estabelecer parcerias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer de boca com universidades e outras organizações¹⁸.

A Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005 instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas administrativas. Definiu a abrangência das ações de controle do câncer considerando vários componentes, desde ações voltadas à prevenção até a assistência de alta complexidade. Essas ações, pela portaria, deveriam estar integradas em redes de atenção oncológica, objetivando a diminuição da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. O Artigo 2º, que estabelecia a organização da política de forma articulada com o Ministério da Saúde e Secretarias estaduais e municipais, deveria permitir entre outros parágrafos: VII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção Oncológica, permitindo o aprimoramento da gestão e a disseminação das informações; VIII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e a democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais da saúde. No Artigo 3º, definiu como componentes fundamentais entre outros parágrafos: X - sistema de informação que

possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, avaliação e controle e promover a disseminação da informação; XIV - pesquisa sobre o câncer: incentivar pesquisas nas diversas áreas da atenção oncológica¹⁹. Essa portaria foi revogada pela Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013⁶, comentada a seguir.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS de 2013, considerando entre outras, a importância epidemiológica do câncer e a sua magnitude como problema de saúde pública; a necessidade de redução da mortalidade e da incapacidade causadas por câncer, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno, e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer; a necessidade de reordenamento dos serviços de saúde no âmbito do SUS, em consonância com as ações preconizadas pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, em especial no seu eixo III que se refere ao cuidado integral das DCNT; a necessidade de qualificar a gestão pública, através da implementação do controle, da regulação e da avaliação das ações e serviços para a prevenção e controle do câncer, tem como objetivo estabelecido em seu Artigo 2º, a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. O Artigo 11 diz que são diretrizes relacionadas à vigilância, ao monitoramento e à avaliação, entre outros: II - utilização, de forma integrada, dos dados e das informações epidemiológicas e assistenciais disponíveis para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer, produzidos: a) pelos diversos sistemas de informação do SUS, dentre os quais os de mortalidade, de morbidade, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares; b) pelos registros do câncer de base populacional e hospitalar; c) pelos inquéritos e pesquisas populacionais; e d) pelas estatísticas vitais, demográficas e socioeconômicas brasileiras; III - implementação e aperfeiçoamento permanente da produção e divulgação de informações, com vistas a subsidiar o planejamento de ações e serviços para a prevenção e o controle do

câncer; V - monitoramento e avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde, do tempo de espera para início do tratamento e da satisfação do usuário; e VI - realização de pesquisas ou de inquéritos populacionais sobre a morbidade e os fatores de risco e de proteção contra o câncer⁶.

A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, garante, em seu Artigo 1º, que o paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente no SUS, todos os tratamentos necessários. O Artigo 2º estabelece o prazo de até 60 dias para que o paciente com neoplasia maligna receba o primeiro tratamento no SUS, contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

Em seu parágrafo 1º, para efeito do cumprimento do prazo estipulado, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso. O parágrafo 3º coloca que, nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável²⁰.

A instauração das políticas públicas é extremamente positiva para que se possa, efetivamente, controlar o avanço e, conseqüentemente, as repercussões sociais e econômicas deste agravo na população e no sistema de saúde brasileiro. Estudo realizado por Bonfante et al., com o objetivo de analisar a sobrevida para os portadores de câncer de boca, mostraram que a taxa de sobrevida específica em cinco anos foi de 60%. Ressalta que foram associados a ter menor sobrevida específica: ter idade superior a 40 anos; apresentar estágio de evolução III ou IV; cânceres localizados em língua, assoalho de boca e base de língua; não realizar tratamento cirúrgico entre outros²¹.

Segundo Forman e Sierra, países da região da América Central e do Sul se comprometeram a reduzir as mortes prematuras de câncer em 25% até o ano 2025. Isso requer a implementação de políticas e serviços com boa relação custo-benefício para prevenir o câncer, além de aumentar o acesso à triagem, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, entre outras medidas, como redução do consumo de tabaco e álcool. Embora nem todos os cânceres possam ser prevenidos, a

detecção precoce pode levar a melhores resultados, identificando a doença em estágio inicial, que tem maior probabilidade de responder ao tratamento²².

Programas de triagem, utilizando inspeção visual oral, têm sido propostos como a principal estratégia de prevenção secundária para câncer de cavidade oral. Entretanto, evidências de que um exame visual, como parte de um programa de rastreamento populacional, reduz a taxa de mortalidade por câncer de boca é limitada. Cuba introduziu um programa de rastreamento para o câncer de boca, que foi adotado pelos serviços de saúde em 1984, baseado em clínicas de Estomatologia regionais que realizavam a inspeção oral anual oportunista de indivíduos com 15 anos ou mais na população designada de 1.000 a 1.200 pacientes. Um estudo de caso-controle pareado em 2002 avaliou a eficácia deste programa e mostrou que as chances de ter câncer de boca avançado 3 meses antes do diagnóstico foram 33% menores nos casos do que nos controles, indicando que a inspeção visual oral resultou em proteção contra o diagnóstico de câncer avançado¹⁶.

No Brasil, várias iniciativas para o desenvolvimento de programas de prevenção do câncer de cabeça e pescoço foram propostas para incluir o exame bucal oportunista entre a população em risco. Torres-Pereira et al. apontam as principais iniciativas em termos de políticas públicas. De cunho institucional com propostas regionalizadas, o estudo aponta iniciativas desde o ano de 1938. Em âmbito nacional, aponta como primeira iniciativa o ano de 1974 quando o Ministério da Saúde promoveu em vários estados, cursos para diagnóstico em câncer de boca. No ano de 1976, o Ministério, em colaboração com a Sociedade Brasileira de Estomatologia (SOBE), elaborou documento com as metas básicas do Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer da Boca (CABUL), tendo como um de seus cinco subprogramas o de Vigilância Epidemiológica. Por meio deste programa, houve proposta de instalação de 252 módulos regionalizados e treinamento de 508 profissionais liberais, no período de 1977 a 1981. Continuando a trajetória de políticas públicas, o estudo mostra outra frente, encabeçada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com cursos sobre o diagnóstico e tratamento do câncer de boca em vários estados entre os anos de 1977 e 1980. A Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), em 1986, culminou com a criação do Programa de Oncologia (Pro-Onco) no Rio de

Janeiro. Em 1987, foi instituído o Programa de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer da Boca (PEPCCB) como uma das estratégias de atuação do Pro-Onco, que tinha como objetivo reduzir os índices de morbimortalidade por câncer de boca, buscando a integração efetiva dos vários setores envolvidos na prevenção e controle desse agravo²³.

Em 2011, o Ministério da Saúde implementou um Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da APS, que incluiu as mudanças na mucosa oral na lista de marcadores de saúde bucal, incentivando dentistas a procurarem lesões bucais, conseqüentemente, promovendo o diagnóstico precoce do câncer. Alguns investigadores tentaram avaliar a eficácia desses programas, embora nenhum tenha investigado a mudança de estadiamento ou a redução nas taxas de mortalidade¹⁶.

Reis et al. relatam que no Brasil, desde 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido usada como principal estratégia para fortalecer os serviços de APS no SUS. Ressalta que no ano de 2000, o Ministério da Saúde incluiu as equipes de Saúde Bucal recebendo incentivo financeiro para estimular a sua implementação em todo o país. O Objetivo foi evitar modelos ineficientes que excluem a população dos adultos e idosos, assim como modelos baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Os autores citam a Política Nacional de Saúde Bucal que implementou o incentivo financeiro para as equipes de Saúde Bucal, qualificação profissional, estabeleceu os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) prevendo a atuação de Estomatologistas e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Este mesmo estudo mostra que 85% das equipes relataram fazer o Acolhimento dos pacientes; 83,1% relataram que as ofertas dos serviços são baseadas na identificação de riscos para as doenças bucais; a continuidade do cuidado foi relatada por 85,9% das equipes, enquanto apenas 33,9% apresentaram documentos comprovando que fazem o registro e acompanhamento dos pacientes com câncer de boca. O estudo mostrou ainda que, no geral, as equipes pesquisadas não estavam realizando procedimentos para o diagnóstico precoce do câncer. Isso representa um importante aviso para as equipes e gestores pois o câncer tem alta taxa de mortalidade e o diagnóstico precoce é crucial para a sobrevivência dos pacientes. Neste sentido, devido a sua estrutura, os serviços de Saúde Bucal da ESF são excelentes recursos para o diagnóstico precoce e rastreamento de casos de câncer de boca. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem acesso direto às

residências dos pacientes podendo, também, oferecer ajuda na detecção precoce e monitoramento dos casos. Rastreamentos do câncer de boca durante as campanhas de vacinação para idosos foram identificadas como ações eficientes para este fim, no Brasil²⁴. Essa afirmação corrobora com os apontamentos feitos por Carrer et al. indicando que o proposto pelo estado de São Paulo para o rastreamento tem mostrado que, se devidamente articulado com as outras esferas de governo, pode ser um eficiente modelo para prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca. Apontam ainda que a estratégia parece proporcionar oportunidade única para incorporar o combate efetivo ao câncer de boca na agenda da saúde pública, atuando como fator transformador para a organização das instituições de saúde pública no estado de São Paulo²⁵.

O estado de São Paulo, desde o ano de 2001, instituiu e fomenta junto aos 645 municípios, o rastreamento de lesões para a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca junto com a Campanha Nacional de Vacinação dos Idosos contra a gripe. É um momento no qual se realiza uma triagem oportunística, aproveitando a ida dos idosos às unidades de saúde para a vacinação contra a gripe. Martins et al. observaram, entre 2005 e 2009, redução significativa na taxa de casos confirmados de câncer de boca em cada 100.000 examinados, de 20,89 para 11,12 ($P = 0,00003$). Citam ainda como resultados relevantes do movimento, o aproveitamento de outra campanha consolidada (vacinação contra a gripe) para atingir o público-alvo; desenvolvimento de material impresso para guiar os municípios sobre a forma de conduzir a campanha, identificando códigos e critérios a serem utilizados e fornecendo orientações para a consolidação dos dados; capacitação dos profissionais da Atenção primária; desenvolvimento de material educativo; realização de exames nos idosos; realização de grupos de orientação para os idosos sobre autocuidado e autoexame; estabelecimento de fluxos de referência; capacitação prática a partir do reexame dos indivíduos que apresentam alguma alteração em tecidos moles junto com o especialista na própria unidade de saúde; ampliação do número de serviços dirigidos ao diagnóstico bucal. Concluem o estudo afirmando que os dados obtidos em 9 anos permitiram observar um aumento crescente de municípios envolvidos e de idosos examinados, mostrando também, que os serviços vêm se organizando quanto à capacitação de recursos humanos e estabelecimento de referências, e que esses esforços parecem estar produzindo efeitos na redução

da incidência de casos novos de câncer de boca na população-alvo, que a campanha tem trazido benefícios à saúde da população idosa, que tais estratégias poderiam ser ampliadas para outros grupos etários e outras regiões do país e que poderiam inclusive servir de subsídio para o desenvolvimento de ações de prevenção em outros países considerando-se, evidentemente, as peculiaridades das diferentes realidades¹⁰.

Cabe ressaltar que, a partir dos critérios estabelecidos para o rastreamento de lesões bucais durante a campanha, o estado de São Paulo, através da resolução 159/2007, considerando entre outras, a necessidade de viabilizar o acesso da população às ações e atividades de natureza coletiva, com objetivo epidemiológico e de avaliação do impacto de ações desenvolvidas, visando o controle dos agravos em saúde bucal através de atividades de caráter preventivo e educativo, resolve, entre outros que: Os municípios do estado deverão realizar triagens para alterações em tecidos moles, utilizando para isso, critérios estabelecidos nas “Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo”, que são os mesmos estabelecidos pela campanha desenvolvida no estado, citada anteriormente^{26,27}.

2.1 EXPERIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO CÂNCER DE BOCA NA ZONA LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Na zona leste do município de São Paulo, o monitoramento de pacientes portadores de câncer de boca é feito de forma sistematizada desde o ano 2000. A gestão das unidades de saúde da região é feita em parceria com a Organização Social de Saúde (OSS) Santa Marcelina, que atualmente é responsável pela gestão de vários serviços de saúde na região incluindo Unidades Básicas de Saúde (UBS), CEO, Hospitais, Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), entre outros. Desde o início da gestão compartilhada na região, os serviços assistenciais foram planejados e oferecidos de forma diferenciada ao que se disponibilizava para a população até então, tanto em termos de acesso quanto de organização da demanda de necessidades de atendimento, o que

certamente repercutiu no status de saúde da população local atualmente. Desta forma, cabe resgatar um pouco do histórico da estruturação dos serviços na região, publicada no livro “Programa Saúde da Família - Saúde Bucal”, 2006²⁸.

O movimento se iniciou a partir de 1996, ano em que foram instaladas as primeiras Equipes de Saúde da Família, entendidas como equipes mínimas, compostas por Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem e ACS.

Por determinação da SES/SP, parceira neste momento de implantação das primeiras equipes, foi convencionada a denominação de Projeto "Qualidade Integral em Saúde" (QUALIS) Santa Marcelina, para o Programa Saúde da Família (PSF) que ora se implantava. Considerando que o Município de São Paulo não estava habilitado, naquele momento, em nenhum tipo de gestão do SUS, essa iniciativa da SES/SP permitiu que fosse colocado em prática em algumas áreas da cidade o PSF, já testado com sucesso em várias regiões do país especialmente no Nordeste. Para o Município de São Paulo os desafios e dificuldades iniciais eram grandes, pois, tratava-se da implantação do PSF num quadro político totalmente desfavorável, em área metropolitana densamente povoada, com grande oferta de serviços de saúde, inclusive os de alta tecnologia, e pouco acesso da população à rede, entre outros problemas. Também não havia experiência acumulada de PSF em outras áreas metropolitanas para referencial, porém, sabia-se que uma vez dando resultados positivos na cidade de São Paulo, a repercussão nacional seria grande. A partir de 1996, o Projeto QUALIS iniciou timidamente os trabalhos em 9 unidades por algumas regiões da zona leste da cidade (p. 41-2).

“Nesse contexto, em julho de 1998, iniciaram-se as primeiras discussões para a implantação de ações da área odontológica” (p. 43).

Na época, o Ministério da Saúde ainda não tinha incorporado profissionais de odontologia às equipes de saúde da família e esforços foram empreendidos para que a Saúde Bucal não fosse identificada como uma especialidade, trabalhando isoladamente e totalmente alheia ao contexto do PSF, como na prática hegemônica. Era preciso romper com o isolamento da odontologia, o qual havia mantido o Cirurgião dentista alienado em seu consultório odontológico, sem participar do cotidiano da UBS, sem conhecer a comunidade com a qual trabalha, as características do território, suas dificuldades e potencialidades, caracterizando o seu trabalho como absolutamente técnico e completamente alheio à realidade.

Era nítido o antagonismo entre os preceitos do PSF e o modelo hegemônico da odontologia, e admite-se que a inserção de profissionais e ações de saúde bucal no PSF através do QUALIS era a oportunidade para que se construísse um novo modelo de prática, baseando-se nos pressupostos do SUS e dispondo de recursos financeiros e uma infraestrutura adequada e que realmente fosse ao encontro das necessidades e anseios da população.

Para a construção da nova proposta, o primeiro desafio foi garantir o espaço da Saúde Bucal na Atenção Básica e superar a visão individual, realizar a abordagem familiar e alcançar um olhar coletivo, utilizando instrumentos que possibilitassem uma avaliação do perfil epidemiológico das doenças bucais, o que permitiria planejar as ações pautando-se na realidade local, dando

ênfase nas ações de promoção e prevenção sem, contudo, negligenciar as ações curativas que deveriam ser desenvolvidas preferencialmente em sistemas de alta cobertura (p. 45).

Após devida apropriação sobre os pressupostos do PSF, concluiu-se que os profissionais de Saúde Bucal, da mesma forma que o restante da equipe, deveriam trabalhar com grupos prioritários e a população cadastrada como um todo, bem como, participar das reuniões de área para discutir casos, participar dos momentos de Educação Continuada mensais, capacitar os ACS e os demais membros da equipe e participar ativamente no planejamento das ações junto a equipe multidisciplinar (p. 47).

As experiências vivenciadas pelo "Projeto QUALIS Santa Marcelina" na inserção de profissionais e ações de saúde bucal no PSF, de certa maneira, contribuíram nas discussões junto ao Ministério da Saúde, tendo em vista que a portaria que estabeleceu incentivos financeiros para a incorporação de profissionais da área de Saúde Bucal nas equipes de Saúde da Família e a portaria que aprovou as normas e diretrizes para inclusão da Saúde Bucal no PSF, acabaram por ratificar as posições anteriormente tomadas pelo serviço.

Em 2001, com a mudança da administração municipal, a mudança do modelo de gestão e o estabelecimento do convênio da Secretaria Municipal de Saúde com o SUS, assumindo assim a gestão da Atenção Básica, houve a extinção do "Projeto QUALIS" e a municipalização das suas unidades de saúde. A partir deste marco a antiga proposta passou, então, a ser denominada "PSF Santa Marcelina" e atualmente Estratégia Saúde da Família Santa Marcelina (p. 48).

2.1.1 Processo de trabalho

Semelhante à trajetória para inserção dos profissionais de odontologia entre os componentes das equipes mínimas, foi o processo para a construção de uma proposta de ação para a Saúde Bucal, fundamentada nas diretrizes gerais da ESF tendo como componentes estruturais:

- ✓ Capacitação dos ACS e dos demais membros da equipe, em questões relativas à saúde bucal.
- ✓ Educação Continuada para profissionais das equipes de Saúde Bucal; e
- ✓ Planejamento das ações em bases territoriais e epidemiológicas.

Assim, o modelo de atenção em saúde bucal para a ESF Santa Marcelina foi o resultado da combinação desses componentes, os quais definem a estratégia de ação. As ações mais simples de maior abrangência populacional, com caráter de promoção da saúde bucal, deverão ocorrer em todas as unidades, mesmo naquelas que não contam com recursos humanos e materiais específicos da odontologia. O objetivo é manter fora do risco a população aparentemente saudável e reverter para esse grupo a população em risco de adoecer. A eficácia e a efetividade dessa abordagem sustentam-se na capacitação em saúde bucal dos ACS e no acompanhamento sistemático, favorecido e facilitado pelo cadastro das famílias, das fichas utilizadas nas visitas domiciliares, anotações e impressões colhidas pelos ACS. As ações que pressupõem a utilização de equipamentos, insumos e profissionais da Odontologia, ocorrem nas unidades já adequadas com módulo odontológico. Cabe à gerência e às

equipes de cada UBS, analisarem o perfil de saúde bucal da população adscrita, segundo critérios epidemiológicos e de risco, e elaborarem o seu plano de ação de forma a atender a todos os cadastrados. A cada realidade local corresponderá um grupo de prioridades que direcionarão tanto as ações de cunho individual quanto as de cunho coletivo^{28, p. 51-2}.

2.1.2 Planejamento das ações em bases territoriais e epidemiológicas

Um dos componentes de sustentação das programações da odontologia está fundamentado na análise epidemiológica das doenças bucais em cada um dos territórios, enfatizando que, no contexto das diretrizes e pressupostos definidos pelo Ministério da Saúde, o instrumento básico de reconhecimento da realidade do território é o cadastro de famílias. Todos os profissionais que compõem as equipes devem se apropriar dessas informações antes de qualquer nível de planejamento e intervenção. Nele estão contidas informações básicas sobre as condições de vida de cada família e sua inserção social. Esses dados, aliados aos epidemiológicos, subsidiam o planejamento ao indicarem marcadores de risco aos mais diversos agravos, sejam eles agudos ou crônicos. As informações contidas no cadastro são essenciais para que as ações planejadas pelas equipes, sejam direcionadas aos problemas mais relevantes e possam intervir na realidade de saúde dessas famílias^{28, p. 53}.

Na primeira etapa de planejamento elegeram-se a cárie, as doenças periodontais e as lesões em tecidos moles da cavidade bucal, como objetos de estudo e intervenção, em nível preventivo e de tratamento. Índices clássicos da Saúde Pública foram simplificados para obtenção, de forma rápida, do padrão de distribuição das doenças bucais nos cadastrados dos diversos territórios. Esse processo foi denominado de "Triagem dos cadastrados"^{28, p. 54}.

2.1.3 Organização da demanda

Tornar as ações de Odontologia universais e equânimes com ampla cobertura e alta rotatividade, mostraram-se como os principais desafios. Partindo destes pressupostos vislumbrou-se como alternativa a realização de triagem da população cadastrada em relação às principais doenças bucais (cárie, doença periodontal e, alterações dos tecidos moles visando a prevenção do câncer bucal). A triagem deve ser realizada com instrumentos simples que permitam a verificação rápida e registro das condições de saúde bucal da população cadastrada. A estratégia de triar as famílias, classificando seus componentes em faixas de risco, foi adotada como forma de planejar o agendamento das prioridades para o tratamento, fazendo com que apenas as pessoas com reais necessidades de tratamento curativo ocupem um lugar na cadeira odontológica e que os indivíduos, sem necessidades de tratamento clínico, recebam orientações de cuidado, higiene bucal e fluoroterapia conforme sua classificação de risco. Essa metodologia favorece para que os Cirurgiões dentistas foquem suas

atenções às famílias com maior risco de adoecimento, direcionando os usuários aparentemente saudáveis ou com baixo e médio risco de adoecer, para ações que são desenvolvidas pela equipe auxiliar formada por Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal, ou mesmo, o ACS, desde que capacitado adequadamente^{28, p. 55}.

2.1.4 O processo de triagem

As triagens ocorrem nas unidades de saúde ou espaços sociais da comunidade. Para a triagem, são convocadas um número de famílias de acordo com a capacidade de atendimento de cada UBS. Os cadastrados são convidados em horários determinados, de forma a permitir a realização de grupos de orientação imediatamente antes da triagem. Logo após o grupo, as famílias são examinadas e as informações relativas à saúde bucal de cada indivíduo são registradas em impresso que compõe o prontuário da família. Ao final, a partir do registro dos dados na planilha de triagem é possível obter dados relativos às necessidades apresentadas pelos cadastrados em relação à cárie, doença periodontal e tecidos moles, permitindo estimar o período que será necessário a este ciclo de atendimento, viabilizando portanto, o planejamento dos vários eventos necessários até que se tenha finalizado todas as famílias cadastradas da área. Com a consolidação dos dados obtêm-se a situação do coletivo, verificando a distribuição das principais doenças bucais entre os cadastrados. Essas informações são importantes também para dar início às atividades preventivas e curativas, priorizando para o atendimento clínico os indivíduos de maior risco^{28, p. 56-8}.

2.1.5 Códigos e critérios utilizados na triagem

Como apontado anteriormente, são utilizados códigos e critérios para a classificação do risco da população durante as triagens em relação às doenças bucais mais prevalentes. Cabe aqui abordar apenas os códigos e critérios adotados para a avaliação dos tecidos moles bucais para a prevenção do câncer de boca.

Quanto aos tecidos moles, inúmeras são as afecções que acometem a cavidade bucal, e não seria possível dentro de um processo de triagem, realizar um diagnóstico preciso das mesmas. Ao mesmo tempo, não seria conveniente curvar-se a tal complexidade e negligenciá-la. Para contornar a situação foi proposta uma classificação bastante simplificada onde, o código 0 (zero) indica ausência de lesão em tecidos moles, 1 (um), indica presença de lesão em tecidos moles sem características de malignidade e 2 (dois), presença de lesão em tecidos moles com características ou indícios de malignidade. Os critérios para a suspeita ou não de malignidade são apresentados no quadro 2.1^{28, p. 65}.

Quadro 2.1 - Classificação de risco atualizada para tecidos moles bucais, códigos e critérios estabelecidos para a triagem, São Paulo, 2020

Classificação	Código	Critérios
Baixo risco	0	Tecidos moles bucais em condição de normalidade
Risco moderado	1	Alterações sem suspeita de malignidade, não contempladas no Código 2
Alto risco	2	Alterações com suspeita de malignidade. Úlceras com mais de 15 dias de evolução, com sintomatologia dolorosa ou não, bordas elevadas ou não; lesões brancas sugestivas de Leucoplasia e lesões negras com áreas ulceradas; lesões vermelhas com limites bem definidos, sugerindo Eritroplasia; nódulos de crescimento rápido com áreas ulceradas; e, lesões descamativas em lábio sugerindo Queilite actínica.

Fonte: Informações adaptadas de Bourget²⁸, p. 66.

O planejamento das ações a serem realizadas quanto às alterações de tecidos moles dos cadastrados se dá da seguinte forma: apesar de todos os cadastrados, inclusive bebês, serem avaliados, fazem parte das programações de grupos educativos de prevenção, indivíduos adultos e idosos independentemente da classificação e da exposição ou não aos fatores de risco para o câncer de boca. Já os indivíduos classificados com os códigos 1 e 2, entram imediatamente para a agenda de atendimento clínico do dentista, priorizando os de risco mais alto, ou seja, os classificados com o código 2²⁸, p. 66-7.

2.1.6 Planejamento do trabalho a partir dos dados da triagem

No plano de ação, a população cadastrada na área de abrangência das UBS deve ser classificada em quatro grupos: População aparentemente saudável, População em risco de adoecer, População doente e População com sequelas²⁸, p. 70.

A partir da triagem é possível agrupar os indivíduos de acordo com suas condições de saúde bucal, permitindo oferecer cuidados diferenciados aos diversos grupos. Essa estratégia possibilita organizar a demanda oferecendo atenção não apenas à população doente, mas atuando efetivamente na população aparentemente saudável, na população em risco de adoecer e na população com sequelas.

As triagens permitem direcionar os indivíduos aos grupos, ou atendimento clínico individual de acordo com as necessidades apresentadas, e realizar o agendamento para a categoria profissional, de acordo com a complexidade que seu tratamento exige²⁸, p. 71.

2.1.7 O diagnóstico precoce do câncer de boca

A definição de critérios para observação de situações de risco em tecidos moles bucais partiu do conhecimento acumulado em diagnóstico bucal de cada um dos dentistas. De imediato ficou claro que a experiência acumulada, por si só, não garantia confiabilidade em nível epidemiológico para essa observação, pois, os dados obtidos das triagens iniciais indicavam um número muito elevado de indivíduos com alterações em tecidos moles da cavidade bucal quando comparados com os da literatura. Iniciativas de calibração para esse tipo de exame, apontavam mais problemas que soluções. Não era prática do dia a dia dos profissionais a análise cuidadosa das condições de higiene ou não dos tecidos moles da cavidade bucal. Diante dessa constatação, houve considerável investimento em nível de Educação Continuada para o diagnóstico bucal^{28, p. 105}.

Inicialmente foi feito um momento de concentração de oito horas com todos os profissionais das equipes de Saúde Bucal, onde o conteúdo teórico baseou-se em: estudo das lesões fundamentais; alterações dos tecidos moles da cavidade bucal dentro dos padrões de normalidade; afecções de maior prevalência dos tecidos moles da cavidade bucal; algumas doenças sistêmicas e suas manifestações na cavidade bucal e biópsia. Em seguida três momentos de dispersão, de oito horas cada, com oficinas para calibração de exames, oficinas para realização de biópsias e oficinas para realização de cirurgias supervisionadas por técnico especialista e realizadas em conjunto com os profissionais, em todas as clínicas. Após 32 horas de capacitação teórico-prática, observou-se uma grande redução no número de indivíduos classificados como códigos 1 e 2, indicando que os achados clínicos estavam, anteriormente, sendo supervalorizados. Tal redução, de 48% para 7% de indicações de indivíduos com alterações em tecidos moles, permitiu disponibilizar para cada UBS 2.400 consultas que estariam sendo realizadas sem real necessidade no período de 1ª fase de tratamento. Tanto nas triagens como nos exames clínicos tradicionais, a análise metódica e intervenção em tecidos moles bucais são realizadas por todos os profissionais como parte da rotina^{28, p. 106-7}.

Os profissionais foram preparados tecnicamente para a realização de biópsias e encaminhamento do material coletado, segundo protocolo definido para exame anatomopatológico. Desta forma foi possível dar atenção e assistência em nível local sem aumentar as filas dos hospitais especializados de referência com casos desnecessários. A área de Saúde Bucal tem também contribuído no diagnóstico de doenças sistêmicas que muitas vezes se manifestam precocemente na cavidade oral como é o caso do Pênfigo vulgar, do Líquen plano, do Lupus, e de algumas discrasias sanguíneas, entre outras^{28, p. 107-9}.

Os critérios de rastreamento, desenvolvidos no serviço de Saúde Bucal do Santa Marcelina, foram objeto de estudo e logo confirmaram seu potencial para aplicação prática, mostrando-se validados pelos valores de sensibilidade e especificidade em Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. No estudo, Sartori relata que técnicas de rastreamentos para a identificação de lesões malignas e pré-malignas têm sido recomendadas e são aplicadas a fim de identificar vulnerabilidade para oferecer

assistência mais ágil e reduzir danos. Com este propósito, o autor analisou a eficácia do rastreamento de lesões bucais na população de cinquenta anos e mais de idade, cadastradas em unidades da ESF e o potencial do instrumento para auxiliar no controle do câncer de boca e na organização da demanda à assistência. Dados secundários do sistema de informações, relativos a 30.828 famílias assistidas, pertencentes a zona leste do município de São Paulo, foram analisados. Durante o rastreamento, os indivíduos foram incluídos em uma das 3 categorias: (0) tecidos moles aparentemente saudáveis, (1) alterações em tecidos moles sem potencial de malignidade e (2) alterações em tecidos moles com potencial de malignidade. Estimativas por ponto e por intervalo de confiança (95%) relativas às medidas de sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo foram calculadas. O teste apresentou alta sensibilidade (91,73%), demonstrando que a maioria dos classificados como positivos se concentrou nos códigos 1 e 2 do rastreamento, que classificaram as lesões com e sem potencial de malignidade. Foi elevada também a acurácia da especificidade do teste (85,42%), confirmando como verdadeiro negativos a maioria dos classificados no código 0, onde portadores de tecidos moles aparentemente saudáveis foram incluídos²⁹.

Com a simplicidade para a aplicação prática e sendo validado para uso em Saúde Pública, a partir de então, estes mesmos critérios vêm sendo utilizados tanto pela Secretaria Estadual de Saúde como pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo nas campanhas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca e como critério para classificar risco aos tecidos moles da cavidade bucal durante as triagens para acesso aos serviços de públicos de Saúde Bucal.

Estudo publicado em 2012, realizado em Maceió, no estado de Alagoas, com uma amostra de 50 pacientes acompanhados com diagnóstico de câncer de boca, mostrou alguns tempos do percurso terapêutico na rede de serviços públicos local. Teve como ponto de partida o Serviço de diagnóstico bucal de um CEO, com a revisão de dados dos prontuários dos pacientes atendidos no período entre agosto de 2007 e novembro de 2008. A metodologia levou em conta, entre outros aspectos, 4 tempos desde a suspeita ao tratamento, a saber: Tempo 1 (T1) como intervalo de tempo entre a detecção da lesão e o atendimento no CEO; tempo 2 (T2) como intervalo de tempo entre a 1ª consulta no CEO e a revelação do diagnóstico ao paciente; tempo 3 (T3) como intervalo de tempo entre a revelação do diagnóstico ao

paciente e a 1ª consulta no Serviço de Oncologia da Santa Casa local; e, tempo 4 (T4) como o intervalo entre a 1ª consulta no Serviço de Oncologia da Santa Casa local e o início de tratamento. Como resultados dos tempos decorridos das etapas do percurso terapêutico mostrou para o T1 uma média de 240 dias; para o T2 média de 20 dias; para T3 média de 23 dias e, para T4 média de 41 dias.

Quanto ao T1, os autores definem o atraso nesse tempo como responsabilidade do paciente pois, a partir do momento em que a lesão é detectada, depende muito do paciente a busca pelo atendimento. No T2 o objetivo foi avaliar o período em que o profissional de odontologia do serviço especializado demorava em estabelecer o diagnóstico definitivo. O T3 também é colocado como um tempo sob responsabilidade do paciente na busca de um serviço especializado de Oncologia. O T4 é referido como relacionado ao tratamento e ao profissional, podendo sofrer a influência de disponibilidade de alguns serviços do SUS como a realização de exames laboratoriais. Concluem que o principal determinante de retardo no diagnóstico é dependente do paciente, que demora em buscar atendimento, e, que há necessidade do estabelecimento de mecanismos que ampliem o conhecimento da população sobre os efeitos do diagnóstico precoce nas possibilidades de cura, estímulo ao autoexame e aumento do envolvimento dos profissionais com a prevenção e diagnóstico precoce do câncer³⁰.

Em maio de 2019 foi disponibilizado, para consultas sobre os casos de câncer no Brasil, o PAINEL-Oncologia do DATASUS. Trata-se do painel de monitoramento de tratamento oncológico. Os dados disponíveis são oriundos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informações de Câncer (SISCAN), geridos pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Os registros de procedimentos de diagnóstico e de tratamento realizados pelos serviços de saúde que compõem o SUS são consolidados pelo DATASUS, formando as bases de dados. Desenvolvido para monitorar a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que estabelece o prazo para o início do tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, disponibiliza informações que se referem ao tempo de início do primeiro tratamento oncológico calculado a partir da informação

das datas de diagnóstico e de tratamento registradas no SIA (APAC e BPA-I), SIH e SISCAN e apresenta os casos diagnosticados através dos exames anatomopatológicos. Utilizando a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como base, mostra informações de diagnóstico de câncer a partir do ano de 2013. Os dados apresentados referem-se exclusivamente aos usuários que possuem cartão nacional de saúde master, que é o cartão definido após a união de todas as matrículas de um mesmo usuário no sistema^{31,32}.

O painel disponibiliza uma ferramenta para a tabulação de dados, TABNET, onde os usuários podem selecionar as variáveis de interesse e montar tabelas para a obtenção das informações desejadas acerca dos casos. Para dados individualizados e identificados, apenas servidores indicados e cadastrados por estados e municípios podem ter acesso. Dados consolidados e não identificados, portanto, preservando o anonimato dos casos, estão disponíveis para consultas abertas na página do DATASUS³³. Por permitir ao gestor o acompanhamento dos casos de câncer, assim como casos diagnosticados e tratados em serviços públicos ou credenciados ao SUS em seu território, o painel apresenta-se como importante ferramenta de apoio à gestão para a reorganização da rede buscando melhorias no acesso ao tratamento³¹.

Diversas informações podem ser obtidas como, o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento, os estabelecimentos de tratamento dos casos e os tipos de tratamento realizados, por unidades da federação e ano. Em levantamento feito no PAINEL-Oncologia do DATASUS, foram encontrados os seguintes dados, relativos ao período de 2013-2020, para os usuários portadores de câncer de boca, pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) com os códigos de C00-C10, que são os códigos que apontam áreas do lábio, cavidade bucal e orofaringe, sendo: C00 - Neoplasia maligna do lábio; C01 - Neoplasia maligna da base da língua; C02 - Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da língua; C03 - Neoplasia maligna da gengiva; C04 - Neoplasia maligna do assoalho da boca; C05 - Neoplasia maligna do palato; C06 - Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca; C07 - Neoplasia maligna da glândula parótida; C08 - Neoplasia maligna de outras glândulas salivares maiores e as não especificadas; C09 - Neoplasia maligna da amígdala; C10 - Neoplasia maligna da orofaringe.

A tabela 2.1 mostra o intervalo de tempo para início de tratamento dos portadores de câncer bucal classificados pelo CID-10, do código C00 ao C10, em intervalos de dias, entre os anos de 2013 e 2020, no Brasil, estado de São Paulo e município de São Paulo e percentual sobre o total de casos no período.

Tabela 2.1 - Local, intervalo de tempo para início de tratamento a partir do diagnóstico, número de casos e percentual sobre o total de casos, 2013-2020

Local	Nº Casos	%
Brasil	76.504	100
Até 30 dias	18.455	24,13
31 a 60 dias	15.280	19,97
Mais de 60 dias	42.769	55,90
Estado de São Paulo	18.727	100
Até 30 dias	4.132	22,07
31 a 60 dias	3.291	17,57
Mais de 60 dias	11.304	60,36
Município de São Paulo	5.473	100
Até 30 dias	851	15,55
31 a 60 dias	751	13,72
Mais de 60 dias	3.871	70,73

Fonte: Brasil³⁴.

A tabela 2.2 mostra o intervalo de tempo, detalhado, para início de tratamento dos portadores de câncer bucal classificados pelo CID-10, do código C00 ao C10, em número de dias no Brasil e percentual sobre o total de casos no período 2013-2020.

Tabela 2.2 - Intervalo de tempo detalhado para início de tratamento a partir do diagnóstico, número de casos e percentual sobre o total de casos, Brasil, 2013-2020

	Brasil	Nº Casos	%
Mesmo dia		8.249	9,72
1 a 10 dias		1.381	1,63
11 a 20 dias		2.785	3,28
21 a 30 dias		4.121	4,86
31 a 40 dias		4.736	5,58
41 a 50 dias		5.493	6,47
51 a 60 dias		5.051	5,95
61 a 90 dias		13.482	15,89
91 a 120 dias		9.562	11,27
121 a 300 dias		15.723	18,53
301 a 365 dias		1.077	1,27
366 a 730 dias		2.042	2,41
Mais de dois anos		895	1,05
Sem informação de tratamento		10.244	12,07
Total		84.841	100

Fonte: Brasil³⁵.

A tabela 2.3 mostra o intervalo de tempo, detalhado, para início de tratamento dos portadores de câncer bucal classificados pelo CID-10, do código C00 ao C10, em número de dias no estado de São Paulo e percentual sobre o total de casos no período 2013-2020.

Tabela 2.3 - Intervalo de tempo detalhado para início de tratamento a partir do diagnóstico, número de casos e percentual sobre o total de casos, estado de São Paulo, 2013-2020

Estado de São Paulo	Nº Casos	%
Mesmo dia	2.051	11,24
1 a 10 dias	319	1,75
11 a 20 dias	512	2,81
21 a 30 dias	773	4,23
31 a 40 dias	980	5,37
41 a 50 dias	1.145	6,27
51 a 60 dias	1.166	6,39
61 a 90 dias	3.332	18,25
91 a 120 dias	2.520	13,81
121 a 300 dias	4.440	24,32
301 a 365 dias	297	1,63
366 a 730 dias	507	2,78
Mais de dois anos	211	1,16
Total	18.253	100

Fonte: Brasil³⁶.

A tabela 2.4 mostra o intervalo de tempo, detalhado, para início de tratamento dos portadores de câncer bucal classificados pelo CID-10, do código C00 ao C10, em número de dias, número de casos e percentual sobre o total de casos no município de São Paulo, no período 2013-2020.

Tabela 2.4 - Intervalo de tempo detalhado para início de tratamento a partir do diagnóstico, número de casos e percentual sobre o total de casos, município de São Paulo, 2013-2020

Município de São Paulo	Nº Casos	%
Mesmo dia	397	7,45
1 a 10 dias	58	1,09
11 a 20 dias	96	1,80
21 a 30 dias	159	2,98
31 a 40 dias	202	3,79
41 a 50 dias	254	4,76
51 a 60 dias	295	5,53
61 a 90 dias	1.034	19,39
91 a 120 dias	903	16,94
121 a 300 dias	1.540	28,88
301 a 365 dias	107	2,01
366 a 730 dias	207	3,88
Mais de dois anos	80	1,50
Total	5.332	100

Fonte: Brasil³⁷.

A tabela 2.5 mostra os estabelecimentos de saúde onde foram realizados os tratamentos nos portadores de câncer bucal classificados pelo CID-10, do código C00 ao C10, no município de São Paulo, em número e percentual sobre o total de casos atendidos no período 2013-2020.

Tabela 2.5 - Estabelecimento de saúde, número e percentual sobre o total de casos atendidos no município de São Paulo, 2013-2020

Estabelecimento de Tratamento	Nº Casos	%
Hospital São Luiz Gonzaga	1	0,02
Hospital Universitário – USP	1	0,02
Hospital Santa Marcelina	490	8,95
Hospital São Paulo – Unifesp	337	6,16
Hospital Ipiranga São Paulo	2	0,04
AC Camargo Câncer Center	378	6,91
IBCC	265	4,84
Hospital das Clínicas FMUSP São Paulo	101	1,85
Inst. do câncer Arnaldo Vieira de Carvalho	1.973	36,04
Hospital municipal Dr Carmino Caricchio	8	0,15
Hospital Beneficência Portuguesa	75	1,37
Hospital Eurycleides de Jesus Zerbini	1	0,02
Hospital GRAACC	4	0,07
Hospital geral de Vila Penteadado	1	0,02
Hospital central da Santa Casa de São Paulo	224	4,09
Hospital Mun Fernando Mauro Pires da Rocha	1	0,02
Hospital municipal M Boi Mirim	1	0,02
Instituto do Câncer do estado de São Paulo – ICESP	1.314	24,00
BP Hospital Filantrópico	2	0,04
Total	5.474	100

Fonte: Brasil³⁸.

A tabela 2.6 mostra o tipo de tratamento (Modalidade Terapêutica) realizado nos portadores de câncer bucal classificados pelo CID-10, do código C00 ao C10, em número e percentual sobre o total de casos no Brasil, no período 2013-2020.

Tabela 2.6 - Modalidade Terapêutica, número e percentual sobre o total de casos no Brasil, 2013-2020

Modalidade Terapêutica	Nº Casos	%
Cirurgia	10.394	11,98
Quimioterapia	30.715	35,40
Radioterapia	34.067	39,27
Ambos	1.340	1,54
Sem informação	10.244	11,81
Total	86.760	100

Fonte: Brasil³⁹.

A tabela 2.7 mostra o tipo de tratamento (Modalidade Terapêutica) realizado nos portadores de câncer bucal classificados pelo CID-10, do código C00 ao C10, em número e percentual sobre o total de casos no estado de São Paulo, no período 2013-2020.

Tabela 2.7 - Modalidade Terapêutica, número e percentual sobre o total de casos no estado de São Paulo, 2013-2020

Modalidade Terapêutica	Nº Casos	%
Cirurgia	2.715	14,50
Quimioterapia	7.923	42,30
Radioterapia	7.732	41,28
Ambos	360	1,92
Total	18.730	100

Fonte: Brasil⁴⁰.

A tabela 2.8 mostra o tipo de tratamento (Modalidade Terapêutica) realizado nos portadores de câncer bucal classificados pelo CID-10, do código C00 ao C10, em número e percentual sobre o total de casos no município de São Paulo, no período 2013-2020.

Tabela 2.8 - Modalidade Terapêutica, número e percentual sobre o total de casos no município de São Paulo, 2013-2020

Modalidade Terapêutica	Nº Casos	%
Cirurgia	673	12,30
Quimioterapia	2.461	44,96
Radioterapia	2.247	41,04
Ambos	93	1,70
Total	5.474	100

Fonte: Brasil⁴¹.

No Brasil, estudos mais atuais de monitoramento de portadores de câncer de boca no sistema público de saúde não foram encontrados na literatura, tornando os parâmetros informados pelo DATASUS a única referência para que se possa tentar entender como o agravo aos portadores se comporta e influencia a dinâmica no percurso terapêutico dos que buscam tratamento pela rede pública de saúde. Além de ser a única fonte disponível, alguns estudos chamam atenção para o fato que devemos considerar a questão dos registros oficiais de dados relativos ao câncer. Segundo os autores, o INCA obtém dados de câncer dos registros de câncer de base populacional e dos registros hospitalares de câncer, com o objetivo de reunir todos os dados disponíveis e criar um banco confiável. No entanto, nem todos os dados são atualizados regularmente, e nem todos os hospitais e estados enviam dados para este centro, tornando os resultados incompletos. Como, consequência citam que é muito provável que os dados oficiais sobre a incidência de câncer de boca e orofaringe, no Brasil, sejam subestimados^{42,43}.

3 PROPOSIÇÃO

Identificar o tempo decorrido e o caminho percorrido pelos usuários, portadores de câncer de boca, que tiveram diagnóstico confirmado no CEO Cidade Tiradentes, zona leste do município de São Paulo, na rede de atendimento do SUS, desde a suspeita até o diagnóstico final e tratamento, no período de 2007 a 2018.

3.1 PONTOS DE INVESTIGAÇÃO

Para cumprir o propósito do estudo, delimitando a busca para qualificar as informações obtidas, alguns pontos devem ser explorados no sentido de se identificar:

A - Local da suspeita de diagnóstico: Unidades Básicas de Saúde onde os usuários do sistema, portadores de câncer de boca, buscaram pelo 1º atendimento.

B - Local para tratamento dos casos confirmados: Serviços de Oncologia cirúrgica – Cabeça e pescoço da Atenção terciária, responsáveis pelo tratamento.

C - Modalidade de tratamento realizado: Cirurgia, Radioterapia, Quimioterapia ou terapia combinada como opção de tratamento dos casos, nos hospitais de referência da Atenção terciária identificados.

D - Tempos das etapas do Percurso Terapêutico: entre a suspeita e o 1º atendimento no CEO; entre o 1º atendimento no CEO e a biópsia; entre a suspeita e a biópsia; entre a biópsia e o resultado do exame anatomopatológico; entre o 1º atendimento no CEO e a consulta de retorno para a entrega do resultado do exame com a confirmação diagnóstica; entre o retorno do paciente no CEO e o 1º atendimento na Atenção terciária; entre o resultado do exame e o 1º atendimento na Atenção terciária; entre o resultado do exame e o início de tratamento na Atenção terciária.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho foi elaborado a partir da obtenção de dados primários, obtidos através de entrevistas com participantes e/ou familiares, e dados secundários, obtidos dos prontuários dos participantes nos serviços públicos de saúde de referência da Atenção primária, secundária e terciária, na zona leste do município de São Paulo.

4.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO – TERRITÓRIO DE CIDADE TIRADENTES

Localizado no extremo leste do município de São Paulo, o bairro abriga o maior complexo de conjuntos habitacionais da América Latina com cerca de 40 mil unidades. Foi planejado como um grande conjunto do tipo bairro dormitório, para deslocamento de populações atingidas pelas obras públicas. Adquirido pelo poder público no final dos anos 70, o local era conhecido anteriormente como Fazenda Santa Etelvina, cercada de eucaliptos e parte da Mata Atlântica. A partir da construção das moradias o local começou a ser povoado por grandes contingentes de famílias, que aguardavam na fila da casa própria. Além dos conjuntos habitacionais formais, existe também parte do território formado por favelas e loteamentos clandestinos e irregulares, instalados em áreas privadas. O bairro possui uma população de 211.501 mil habitantes. A alta concentração populacional, de 14.100 hab./Km², é acrescida de uma das maiores taxas de crescimento da cidade e de graves problemas sociais. Contabiliza um total de 52.875 famílias residentes. Deste total, 8.064 famílias encontram-se em situação de alta ou muito alta vulnerabilidade. As áreas ocupadas pela população, de forma irregular, são lacunas deixadas na construção das moradias. Muitas pessoas mudaram para a Cidade Tiradentes em busca da realização do sonho da casa própria, embora boa parte tenha se deslocado a contragosto, na ausência de uma outra opção de moradia. Por não oferecer infraestrutura adequada e oportunidades de trabalho,

passou a ser usado pelos moradores como bairro dormitório e de passagem, não de destino⁴⁴.

O acesso a serviços e equipamentos públicos é, de maneira geral, precário e deficitário. Destaca-se como aspecto positivo a presença de parques bem distribuídos no território que favorecem temperaturas mais amenas do que a média do município. A população desloca-se principalmente por meio de transporte coletivo sendo a caminhada a segunda opção. O bairro apresentou entre os anos de 1980 e 2010 imenso incremento populacional. No ano de 1980 tinha apenas 8.603 habitantes e nos anos de 2010 o número era de 211.501 habitantes. Desde então as taxas de crescimento populacional vêm decaindo e hoje giram em torno de 1%. A densidade demográfica passou de 7,6 habitantes/hectare em 1980, para 186,4 habitantes/hectare em 2010. No Município de São Paulo, no mesmo período, as densidades demográficas foram de 77 habitantes/hectare em 1980 para 102,0 habitantes/hectare em 2010. Segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, 33,5% dos habitantes encontram-se em situação de alta vulnerabilidade social, enquanto o município de São Paulo apresenta o percentual de 16,4%. A população apresenta um perfil socioeconômico de baixa renda com rendimento domiciliar per capita de aproximadamente R\$500,00, sendo considerado um dos piores desempenhos apresentados e o 2º pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Município de São Paulo. O bairro possui 1 UBS para cada 20.000 habitantes, superando o índice apresentado pelo município de 1 UBS para cada 25.000 habitantes. O Hospital Municipal Cidade Tiradentes, inaugurado em 2007, é o principal equipamento público de saúde da região⁴⁵.

4.2 DESCRIÇÃO DO SERVIÇO “PONTO DE PARTIDA DO ESTUDO” - CEO II CIDADE TIRADENTES

O ponto de partida do trabalho foi o CEO do bairro Cidade Tiradentes que é uma das referências de Atenção secundária para a região leste da capital.

O CEO Cidade Tiradentes está no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Tipo II, em última atualização com data de 24/11/2020, contando com as seguintes atividades: Diagnóstico bucal com ênfase ao câncer, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, atendimento a portadores de necessidades especiais e prótese total dentária, num espaço físico com 4 consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor)⁴⁶.

Personalidade jurídica com o nome empresarial “Prefeitura do Município de São Paulo”, oferece serviços à população de segunda a sexta-feira das 07:00 as 19:00 horas. Classificada como Unidade sem Atividade de Ensino e natureza jurídica tipo Órgão Público do Poder Executivo Municipal, com o código 1031, apresenta a seguinte ordenação.

Atividade: Ambulatorial

Nível de complexidade: Média

Gestão: Municipal

Convênio: SUS

Fluxo de clientela: Atendimento de demanda referenciada

Tipo de unidade: Clínica/Centro de Especialidades

Mantenedora: Prefeitura Municipal da cidade de São Paulo

Número de Profissionais: 31, distribuídos conforme quadro 4.1.

Quadro 4.1 - Função e quantidade de profissionais lotados no CEO Cidade Tiradentes, São Paulo, 2020

Função	Quantidade
Gerente	1
Cirurgião dentista Traumatologista	1
Cirurgião dentista Protésista	4
Cirurgião dentista Ortodontista	1
Cirurgião dentista para portadores de Necessidades Especiais	1
Cirurgião dentista Endodontista	3
Cirurgião dentista Periodontista	1
Cirurgião dentista Estomatologista	1
Protético Dentário	4
Auxiliar de Prótese dentária	3
Auxiliar de Saúde Bucal	8
Auxiliar de Escritório, em geral	3

Fonte: Brasil⁴⁷.

4.3 CASUÍSTICA

Como o estudo utilizou-se de informações sobre o percurso dos usuários portadores de câncer de boca nos diferentes serviços que compõem o sistema de saúde da região, foi preciso buscá-las em diferentes fontes, envolvendo a pesquisa em prontuários e/ou entrevista com os usuários e seus familiares.

A amostra foi composta de 50 usuários que tiveram o diagnóstico de câncer bucal confirmado no CEO Cidade Tiradentes, de um total de 70 usuários atendidos no período de 2007 a 2018. O CEO Cidade Tiradentes é uma das referências em diagnóstico bucal para as unidades de saúde da região leste do município de São

Paulo. Como o estudo pretendeu rastrear o percurso dos usuários, desde a suspeita até o tratamento, as unidades de saúde de origem destes usuários automaticamente foram envolvidas na pesquisa, bem como o serviço de referência terciária para a região que é a instituição filantrópica, Hospital Santa Marcelina de Itaquera, habilitado no SUS como um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

4.4 METODOLOGIA

Após aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de São Paulo (Anexo A), foi organizada uma reunião com os profissionais Cirurgiões dentistas da região buscando sensibilizá-los para o problema, para apresentar o objetivo geral da pesquisa e os eventuais benefícios dos resultados esperados. Como grande parte dos usuários era cadastrada em unidades de saúde que desenvolviam a ESF, isto facilitou o acesso aos potenciais participantes. Nas UBS que não desenvolviam a ESF e não dispunham de profissionais da área de Saúde Bucal, as visitas para coleta de dados foram realizadas pelos próprios pesquisadores.

As informações obtidas são as que se encontram descritas no Instrumento de Pesquisa (Apêndice A).

Como a pesquisa envolveu diferentes fontes de dados, foi realizada a seguinte estratégia:

- ✓ Envio ao CEO Cidade Tiradentes, para preenchimento da 1ª parte do Instrumento de Pesquisa referente a cada participante;
- ✓ Uma vez preenchidas as informações referentes à Atenção secundária (1ª parte do Instrumento de Pesquisa) onde ocorreu o diagnóstico, os instrumentos foram devolvidos aos pesquisadores;
- ✓ Após o recebimento das informações contidas na 1ª parte do Instrumento de Pesquisa pelos pesquisadores, foram realizadas reuniões com os Cirurgiões Dentistas de cada uma das UBS de origem dos usuários identificados como portadores de câncer de boca (Tabela 5.1)

para explicar os propósitos da pesquisa e a estratégia para a coleta de dados da 2ª e 3ª parte do Instrumento de Pesquisa. Também foram feitas, neste momento, considerações sobre a participação voluntária e orientações para que os profissionais obtivessem o consentimento dos usuários e/ou familiares envolvidos na pesquisa. Ao final das reuniões foram entregues as planilhas aos respectivos profissionais, para que realizassem a coleta de dados;

✓ Ao retornarem às suas UBS de origem, os profissionais buscaram as informações para o preenchimento da 2ª parte do Instrumento de Pesquisa nos prontuários dos usuários;

✓ Em seguida, os profissionais agendaram consulta ou visita à residência dos usuários envolvidos na pesquisa, visando preencher as informações referentes à 3ª parte do Instrumento de Pesquisa. Caso algumas das informações referentes à 1ª e 2ª parte do Instrumento de Pesquisa não tivessem sido conseguidas nos prontuários, os profissionais puderam aproveitar o momento para resgatar tais informações diretamente com os usuários e/ou familiares. A explicação sobre o caráter voluntário da pesquisa aos participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B) também aconteceu nesse momento;

✓ Uma vez preenchidas as informações constantes do Instrumento de Pesquisa e com o consentimento dos participantes, os profissionais os encaminharam aos pesquisadores;

✓ Os pesquisadores, ao receberem os instrumentos preenchidos, examinaram e verificaram a necessidade de buscar, ou não, mais informações na Atenção terciária, caso o participante e/ou seus familiares não tenham sido capazes de responder as questões apresentadas de acordo com os critérios estabelecidos. Para os participantes que foram atendidos no CACON de referência da região, foi possível, através de autorização da direção, a obtenção de dados dos prontuários de atendimento para a complementação das informações pedidas no Instrumento de Pesquisa.

Foram envolvidos na pesquisa, os Cirurgiões dentistas que atuam em UBS onde foi identificado algum caso confirmado de câncer de boca, no período, e os especialistas em diagnóstico bucal (Estomatologistas) do CEO Cidade Tiradentes.

4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Data da suspeita: Data da consulta na UBS onde ocorreu a suspeita diagnóstica.

Data do primeiro atendimento especializado: Data do primeiro atendimento no CEO.

Data da biópsia: Data em que foi realizada coleta de material, para análise anatomopatológica, através de biópsia.

Data do resultado da biópsia: Data de saída, impressa no exame laboratorial com confirmação diagnóstica.

Data da consulta para confirmação diagnóstica: Data da consulta de retorno do paciente no CEO para a entrega do resultado do exame laboratorial com a confirmação diagnóstica.

Atendimento na Atenção terciária: Data do 1º atendimento no serviço de referência terciária.

Data da cirurgia: Data que ocorreu a cirurgia na Atenção terciária

Data da Radioterapia: Data em que teve início a radioterapia

Data da Quimioterapia: Data em que teve início a Quimioterapia.

4.5.1 Variáveis criadas a partir das datas obtidas

Tempo suspeita: Variável criada calculando-se o espaço de tempo decorrido, em dias, entre a **data da suspeita na UBS** e a **data do 1º atendimento especializado no CEO**.

Tempo biópsia: Variável criada calculando-se o espaço de tempo decorrido, em dias, entre a **data do 1º atendimento especializado no CEO** e a **data da Biópsia**.

Tempo entre suspeita e biópsia: Variável criada calculando-se o espaço de tempo decorrido, em dias, entre a **data da suspeita** e a **data da biópsia**.

Tempo para resultado da biópsia: Variável criada calculando-se o espaço de tempo decorrido, em dias, entre a **data da biópsia** e a **data do resultado da biópsia**, impressa na folha do exame, como data de saída, enviada pelo laboratório com a confirmação do diagnóstico.

Tempo para confirmação diagnóstica: Variável criada calculando-se o espaço de tempo decorrido, em dias, entre a **data do 1º atendimento especializado no CEO** e a **data da consulta de retorno do paciente no CEO** para entrega do resultado do exame laboratorial com a confirmação diagnóstica.

Tempo para atendimento terciário após consulta para entrega do diagnóstico: Variável criada calculando-se o espaço de tempo decorrido, em dias, entre a **data da consulta de retorno do paciente no CEO** para entrega do resultado do exame laboratorial com a confirmação diagnóstica e a **data do 1º atendimento na Atenção terciária**.

Tempo entre resultado e o atendimento terciário: Variável criada calculando-se o espaço de tempo decorrido, em dias, entre a **data do resultado do exame laboratorial** e a **data do 1º atendimento na Atenção terciária**.

Tempo entre o resultado do exame laboratorial com confirmação diagnóstica e início de tratamento terciário: Variável criada calculando-se o espaço de tempo decorrido, em dias, entre a **data de saída do resultado do exame laboratorial com a confirmação diagnóstica** e a **data de início do tratamento na Atenção terciária**. Para se criar esta variável observou-se o registro de cada um dos pacientes para ver se iniciou o tratamento com Quimioterapia, Radioterapia ou Cirurgia. A partir desta observação identificou-se a data que se iniciou o primeiro tratamento.

4.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados foram digitados em um arquivo em Excel. Foram realizadas tabelas de frequência a partir de análises realizadas no Epi Info e calculadas as médias e desvios-padrões por meio do Excell.

4.7 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Para a realização da pesquisa foi elaborado o projeto denominado “**Rastreo do usuário portador de câncer de boca no sistema de saúde, em Cidade Tiradentes, na zona leste do município de São Paulo**”, contemplando os requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁴⁸, que foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde da Prefeitura municipal de São Paulo, em 19/07/2011, parecer nº 230/11 - CEP/SMS, com o CAAE:0063.0.162.000 -11 (Anexo A).

5 RESULTADOS

Esperando-se, primordialmente, poder demarcar o caminho percorrido e mensurar os tempos médios decorridos em cada etapa do percurso terapêutico, desde a suspeita até o tratamento dos usuários que tiveram diagnóstico confirmado de câncer de boca, foram pesquisados 50 (71,4%) portadores com o primeiro atendimento sendo realizado em novembro de 2007 e o último em maio de 2018, no CEO Cidade Tiradentes, na zona leste do município de São Paulo. No mesmo local e período foram diagnosticados 70 casos, sendo excluídos aqueles sem informações essenciais e/ou sem autorização através do TCLE (Anexo B).

5.1 QUANTO A DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS ENTRE AS UBS E MODELO ASSISTENCIAL ADOTADO – LOCAL DA SUSPEITA DE DIAGNÓSTICO

A tabela 5.1 mostra a UBS de origem dos usuários que tiveram casos confirmados de câncer bucal no CEO Cidade Tiradentes, bairro de localização das UBS, apontando o modelo assistencial adotado em cada uma delas sendo Estratégia Saúde da Família ou Equipes de Atenção Primária (EAP), número e percentual de casos confirmados, município de São Paulo, 2007-2018.

Tabela 5.1 - UBS de origem dos usuários que tiveram casos confirmados no CEO Cidade Tiradentes, bairro, modelo assistencial, número e percentual de casos confirmados, São Paulo, 2007-2018

UBS	Bairro	Modelo assistencial	Casos confirmados	% de casos confirmados
Barro Branco	Cidade Tiradentes	ESF	1	2,0
Carlos Gentile	Cidade Tiradentes	ESF	2	4,0
Castro Alves	Cidade Tiradentes	ESF	2	4,0
Fazenda do Carmo	Cidade Tiradentes	EAP	3	6,0
Gráficos	Cidade Tiradentes	ESF	1	2,0
Inácio Monteiro	Cidade Tiradentes	ESF	4	8,0
Jardim Vitória	Cidade Tiradentes	ESF	1	2,0
Prestes Maia	Cidade Tiradentes	EAP	6	12,0
Profeta Jeremias	Cidade Tiradentes	ESF	7	14,0
Tiradentes	Cidade Tiradentes	EAP	7	14,0
Celso Daniel	Guaianases	ESF	2	4,0
Jardim Robrú	Guaianases	EAP	1	2,0
Jardim Soares	Guaianases	ESF	1	2,0
Vila Chabilândia	Guaianases	EAP	1	2,0
Atualpa Girão Rabelo	Itaim Paulista	ESF	1	2,0
Cidade Kemel	Itaim Paulista	ESF	1	2,0
Dom João Nery	Itaim Paulista	ESF	1	2,0
Parque Santa Rita	Itaim Paulista	ESF	2	4,0
Vila Curuçá Velha	Itaim Paulista	ESF	1	2,0
Vila Nova Curuçá	Itaim Paulista	ESF	1	2,0
Vila Carmosina	Itaquera	EAP	1	2,0
Vila Ramos	Itaquera	ESF	1	2,0
Vila Santana	Itaquera	ESF	1	2,0
Vila Jacuí	São Miguel Paulista	EAP	1	2,0
Total			50	100

Fonte: O autor.

5.2 QUANTO AO LOCAL PARA TRATAMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS – HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA ATENÇÃO TERCIÁRIA

A tabela 5.2 mostra o serviço de referência da Atenção terciária com equipes de Oncologia cirúrgica - Cabeça e pescoço, onde os usuários portadores de câncer de boca foram atendidos, assim como o número e percentual de casos, município de São Paulo, no período 2007-2018.

Tabela 5.2 - Serviço de Atenção terciária, número e percentual de usuários atendidos, São Paulo, 2007-2018

Serviço de Atenção terciária	Usuários atendidos	% de atendidos
Hospital Santa Marcelina de Itaquera	35	70,0
Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho	5	10,0
Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo	4	8,0
AC Camargo Câncer Center	2	4,0
Hospital do Servidor Público Estadual	1	2,0
Hospital do Belém	1	2,0
Hospital do Convênio Médico	1	2,0
Hospital do estado de Alagoas	1	2,0
Total	50	100

Fonte: O autor.

5.3 QUANTO A MODALIDADE TERAPÊUTICA E 1ª OPÇÃO DE TRATAMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS

A tabela 5.3 mostra o tipo de tratamento (Modalidade Terapêutica) realizado nos portadores de câncer de boca, em número e percentual sobre o total de casos no município de São Paulo, no período 2007-2018. Cabe destacar que a tabulação desses dados considerou apenas os procedimentos realizados, mas não a ordem deles como opção para início de tratamento.

Tabela 5.3 - Modalidade Terapêutica, número e percentual sobre o total de casos, município de São Paulo, 2007-2018

Modalidade Terapêutica	Nº Casos	%
Cirurgia	10	20,00
Cirurgia + Radioterapia	3	6,00
Cirurgia + Radioterapia + Quimioterapia	6	12,00
Radioterapia	1	2,00
Radioterapia + Quimioterapia	6	12,00
Sem informação	24	48,00
Total	50	100

Fonte: O autor.

A tabela 5.4 mostra o tipo de tratamento (Modalidade Terapêutica) como 1ª opção de escolha para os portadores de câncer de boca, em número e percentual sobre o total de casos no município de São Paulo, no período 2007-2018.

Tabela 5.4 - Modalidade Terapêutica de 1ª opção para tratamento, número e percentual sobre o total de casos, município de São Paulo, 2007-2018

Modalidade Terapêutica de 1ª opção	Nº Casos	%
Cirurgia	17	34,00
Radioterapia	5	10,00
Quimioterapia	4	8,00
Sem informação	24	48,00
Total	50	100

Fonte: O autor.

5.4 QUANTO AOS TEMPOS DECORRIDOS ENTRE AS ETAPAS DO PERCURSO TERAPÊUTICO, EM MÉDIAS DE DIAS

A tabela 5.5 mostra a média de dias entre as etapas do percurso terapêutico dos usuários portadores de câncer de boca atendidos no CEO Cidade Tiradentes. Os pontos de partida e chegada das etapas do percurso terapêutico avaliados foram a suspeita na UBS, o 1º atendimento na Atenção secundária ou especializada - CEO, a realização da biópsia, o resultado do exame laboratorial, a consulta de retorno do paciente no CEO para a entrega do resultado da biópsia, o 1º atendimento na Atenção terciária e o início de tratamento na Atenção terciária.

Tabela 5.5 - Etapas do percurso terapêutico, média de dias e Intervalo de confiança (IC), São Paulo, 2007-2018

Etapas do percurso terapêutico	Média de dias	IC 95%
Entre a suspeita e 1º atendimento no CEO	25,31	8,24 – 42,38
Entre o 1º atendimento no CEO e a biópsia	0,50	0,03 – 0,97
Entre a suspeita e a biópsia	25,81	8,72 – 42,90
Entre biópsia e o resultado do exame laboratorial	24,14	19,19 – 29,10
Entre o 1º atendimento no CEO e a consulta de retorno para a entrega do resultado do exame com a confirmação diagnóstica	35,13	25,82– 44,43
Entre a consulta no CEO para entrega do resultado do exame com a confirmação diagnóstica e o 1º atendimento terciário	17,97	12,91 – 23,04
Entre o resultado do exame e o 1º atendimento terciário	28,76	20,84 – 36,67
Entre o resultado do exame e início de tratamento terciário	105,25	86,95 – 123,55

Fonte: O autor.

5.4.1 Quanto ao tempo, em dias, decorrido entre a data do resultado com diagnóstico laboratorial e o início de tratamento na Atenção terciária

A tabela 5.6 mostra o intervalo de tempo para início de tratamento a partir do diagnóstico laboratorial em dias, número e percentual dos usuários portadores de câncer de boca diagnosticados no CEO Cidade Tiradentes, São Paulo, 2007-2018.

Tabela 5.6 - Intervalo de tempo, em dias, número e percentual sobre o total de casos, São Paulo, 2007-2018

Intervalo de tempo	Nº Casos	%
Até 30 dias	1	4,16
31 a 60 dias	4	16,67
Mais de 60 dias	19	79,17
Total	24	100

Fonte: O autor.

5.4.2 Quanto ao tempo detalhado, em dias, decorrido entre a data do resultado com o diagnóstico laboratorial e o início de tratamento na Atenção terciária

A tabela 5.7 mostra o intervalo de tempo, detalhado, para início de tratamento a partir do diagnóstico laboratorial, em dias, número e percentual dos usuários portadores de câncer de boca diagnosticados no CEO Cidade Tiradentes, São Paulo, 2007-2018.

Tabela 5.7 - Intervalo de tempo detalhado, em dias, número e percentual sobre o total de casos, 2007-2018

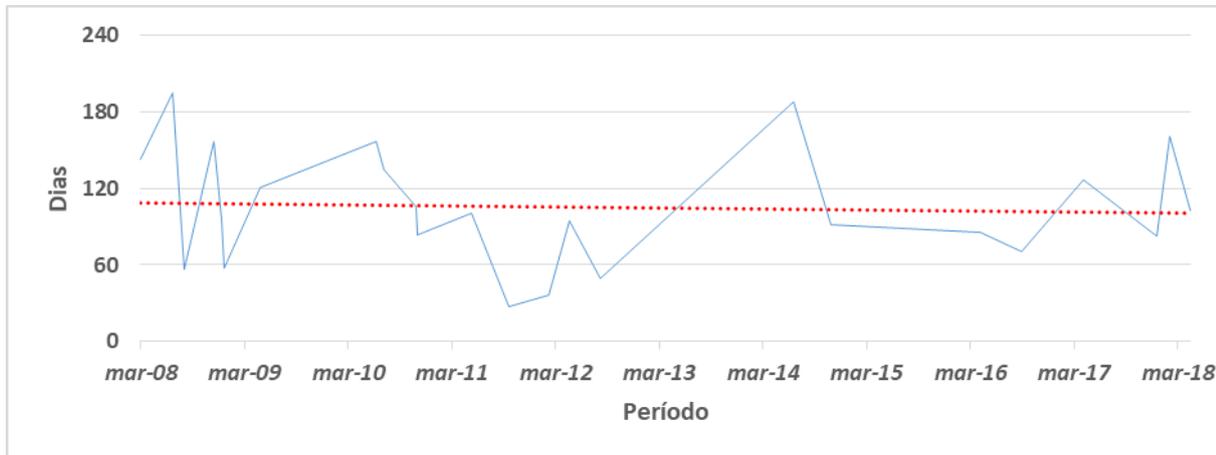
Intervalo de tempo detalhado	Nº Casos	%
Mesmo dia	0	0,0
1 a 10 dias	0	0,0
11 a 20 dias	0	0,0
21 a 30 dias	1	4,17
31 a 40 dias	1	4,17
41 a 50 dias	1	4,17
51 a 60 dias	2	8,33
61 a 90 dias	4	16,66
91 a 120 dias	6	25,00
121 a 300 dias	9	37,50
301 a 365 dias	0	0,0
366 a 730 dias	0	0,0
Mais de dois anos	0	0,0
Total	24	100

Fonte: O autor.

5.4.3 Quanto a tendência de tempo entre a data do resultado com o diagnóstico laboratorial e o início de tratamento na Atenção terciária

O gráfico 5.1 mostra a tendência, no decorrer do tempo, entre os anos de 2008 e 2018, pela linha pontilhada.

Gráfico 5.1 - Tendência de tempo entre o resultado da biópsia e início de tratamento no período de 2008 a 2018



Fonte: O autor.

6 DISCUSSÃO

Deve-se considerar, a princípio, que o trabalho foi desenvolvido em um cenário favorável onde, num território delimitado, encontram-se representados os 3 níveis de atenção do sistema de saúde brasileiro. Nesse mesmo território, com os serviços de saúde sob cogestão da Casa de Saúde Santa Marcelina, a maioria das UBS são organizadas pelo modelo assistencial da ESF com equipes de Saúde Bucal, sendo assim, encontrou-se uma situação privilegiada para a execução da pesquisa, facilitada também pelo cadastro das famílias e a colaboração essencial dos ACS. O fato de as equipes de Saúde Bucal da região receberem treinamentos e capacitações constantes também foi elemento facilitador por reconhecerem o câncer de boca como um problema de saúde pública e compreenderem as possibilidades de combate ao agravo que estão sob domínio de seus conhecimentos e atuação na Atenção primária. Por último, o fato de os resultados do estudo poderem se traduzir em oportunidade efetiva e imediata de oferta de subsídios para a redefinição de fluxos e processos de trabalho no sentido qualificar a assistência para a população local, foi motivo que fez sentido para todos os envolvidos e combustível que fez o estudo seguir adiante.

6.1 LOCAL DA SUSPEITA

O local da suspeita aponta que 100% dos casos diagnosticados no CEO Cidade Tiradentes, no período estudado, foram da região leste do município. A análise dos dados aponta 34 casos originários de UBS localizadas no bairro Cidade Tiradentes, ou seja, 68% dos casos do mesmo bairro de localização da referência secundária para o diagnóstico, apontando a proximidade entre o local de suspeita e o serviço de referência para diagnóstico como um possível facilitador (Tabela 5.1).

Sessenta por cento (60%) dos casos foram de UBS organizadas sob o modelo assistencial ESF mostrando que a organização, o cadastro das famílias e o trabalho do ACS também podem ter sido facilitadores para o levantamento e

monitoramento dos casos até o diagnóstico (Tabela 5.1). Na região, pela forma de contratação que garante certa estabilidade por não ter caráter temporário, não há grande rotatividade de profissionais da área de Saúde Bucal, então, o acompanhamento dos casos pelo mesmo profissional, conhecendo o território e contexto social onde estão inseridos, assim como o contato mais frequente com a família, favorecem o entendimento dos eventuais obstáculos colocados no percurso de condução dos casos e o monitoramento mais efetivo dos portadores de agravos de todas as naturezas favorecendo, por conseguinte, a Coordenação do cuidado como atributo essencial da Atenção primária⁴⁹. A oferta de serviços em outros níveis de atenção na região também favorece para que o percurso terapêutico seja cumprido com menos dificuldades, assim como o desenho claro de fluxos no território, considerando a realidade vivenciada pelos usuários como disponibilidade de transporte, acesso geográfico e cultural em serviços de saúde mais orientados na lógica centrada no usuário e suas necessidades⁵⁰. Essas informações se alinham com estudo realizado na região para medir a presença e extensão dos atributos da APS, através do instrumento Primary Care Assesment Toll (PCATool), que apontou um bom desempenho dos atributos, tanto derivados como essenciais, em ambos os modelos assistenciais, porém, apontou significativa diferença para os atributos de Longitudinalidade e Integralidade entre UBS organizadas pela ESF, qualificando, portanto, a APS na região⁵¹.

6.2 LOCAL PARA TRATAMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS

A maioria dos casos, 70%, foi atendida no Hospital Santa Marcelina de Itaquera, que é um dos CACON de referência para a zona leste do município de São Paulo. O restante dos casos, agendados para hospitais em outras regiões do município, foram direcionados para locais de fácil acesso através de transporte público e próximo às estações de metrô ou ônibus (Tabela 5.2). Isso aponta que a proximidade da origem dos casos com a referência de Atenção terciária é um facilitador uma vez que o hospital atende apenas cerca de 9,00% dos casos de câncer de boca do município de São Paulo, como apontado na tabela 2.5, no período 2013-2020. O agendamento de referências terciárias o mais próximo

possível da residência dos usuários do sistema, com fluxos de atendimento definidos para a garantia de equidade, promovendo a otimização de recursos segundo a complexidade e a densidade tecnológica necessárias à atenção à pessoa com câncer, com sustentabilidade do sistema público de saúde, é uma orientação seguida pela Central de Regulação de Ofertas dos Serviços de Saúde (CROSS) do estado de São Paulo^{52,53}.

6.3 MODALIDADE DE TRATAMENTO REALIZADO E 1ª OPÇÃO DE TRATAMENTO

A análise dos tipos de tratamento instituídos e a escolha por cirurgia como 1ª opção de tratamento (Tabelas 5.3 e 5.4) mostra que a maioria dos casos informados pode ter chegado aos serviços de Oncologia cirúrgica-Cabeça e Pescoço em fases iniciais da doença, uma vez que as opções por radioterapia e quimioterapia são para casos em estágios mais avançados. Os resultados encontrados não se alinham com o encontrado no relatório do INCA que coloca a radioterapia como modalidade mais frequente de 1ª opção de tratamento, para o Brasil, nos anos de 2018 e 2019³³.

Quando comparados ao Brasil (Tabela 2.6), estado de São Paulo (Tabela 2.7) e município de São Paulo (Tabela 2.8), pelos dados do DATASUS, para o período de 2013-2020, podemos ver a diferença no uso das modalidades de tratamento. Enquanto a cirurgia foi a modalidade de tratamento para o maior número dos casos encontrados no estudo (Tabela 5.4), o Brasil apresentou a Radioterapia como modalidade de tratamento para a maioria dos casos e, o estado e município de São Paulo apresentaram a Quimioterapia como modalidade terapêutica para o maior número de casos informados. A cirurgia ficou em terceiro lugar tanto para Brasil como para estado e município de São Paulo. Isso pode apontar que, o território local do estudo, que disponibiliza serviços de saúde dos 3 níveis de atenção, numa rede articulada e com os serviços de regulação sendo efetivos e eficazes, os casos podem estar chegando em estágios de evolução mais precoce que o panorama encontrado no município, estado e Brasil de forma geral.

No estudo realizado, 35 pacientes (70%) foram atendidos no Hospital Santa Marcelina (Tabela 5.2), dos quais obteve-se respostas quanto a opção de tratamento para 26 desses pacientes. Para 24 pacientes não foram obtidas essas informações (Tabela 5.4).

6.4 TEMPOS DAS ETAPAS DO PERCURSO TERAPÊUTICO

Neste tópico serão apresentados os tempos do percurso terapêutico mensurados no estudo.

6.4.1 Tempo entre a Suspeita na UBS e o 1º atendimento na atenção especializada, CEO

Analisando os tempos decorridos nos diferentes níveis do sistema onde o cuidado do usuário foi conduzido, o tempo médio de foi de 25,31 dias desde a data da suspeita na UBS até a primeira consulta no CEO (Tabela 5.5). O encaminhamento para a Atenção secundária é feito pela UBS diretamente no Sistema Integrado de Gestão de Atendimento à Saúde (SIGA SAÚDE), da prefeitura do município de São Paulo, conforme indicado pelo protocolo de encaminhamento para a especialidade de Estomatologia. No caso de lesões com fortes indícios de câncer de boca, o protocolo orienta que o profissional da Atenção primária entre em contato diretamente com o CEO, com a Coordenadoria Regional de Saúde ou Supervisão Técnica de Saúde para que verifique qual CEO da região pode realizar o atendimento com maior brevidade possível. Para que não ocorra atrasos no atendimento no CEO, o protocolo de encaminhamento deve ser respeitado e preenchido com o máximo cuidado⁵⁴.

O tempo encontrado, considerando que requer a atuação da regulação municipal, após a suspeita, para o devido encaminhamento ao serviço especializado, pode ser melhorado com a qualificação profissional na Atenção

primária para maior resolutividade nos casos de lesões corriqueiras como as úlceras traumáticas causadas por arestas dentais e por próteses quebradas ou mal adaptadas, Hiperplasias fibrosas inflamatórias e crescimentos teciduais de pequenas dimensões e base pediculada, por exemplo. Esta estratégia irá liberar mais espaços na agenda do Estomatologista ou profissional com experiência em diagnóstico bucal do CEO para os casos que realmente necessitam de especialista. Outro fator que pode estar, eventualmente, influenciando negativamente nesse tempo é o não uso da prerrogativa estabelecida no protocolo de encaminhamento para lesões com fortes indícios de câncer de boca, já citada anteriormente, que dá ao profissional da Atenção primária a oportunidade de contato diretamente com o CEO, com a Coordenadoria Regional de Saúde ou Supervisão Técnica de Saúde do município para agilizar o atendimento. Capacitações técnicas específicas podem ser planejadas e operacionalizadas na tentativa de resolver esses entraves ou obstáculos.

No estudo realizado em Maceió, este tempo ficou em 240 dias, em média, mostrando problemas relevantes referentes à presença dos atributos essenciais da Atenção primária, principalmente a Coordenação do cuidado e Integralidade, assim como de articulação ou estruturação da rede assistencial. O estudo coloca que o tempo prolongado entre as etapas e a busca pelo atendimento nos serviços de referência especializados são definidos como dependentes da ação do paciente para que o atendimento se concretize³⁰. Este não é o entendimento atual uma vez que a rede assistencial na Atenção primária deve ser articulada e seus atributos devem ser efetivados pelas equipes de saúde e gestores, o que coloca a responsabilidade pela conclusão dessas etapas em tempo adequado, em outra perspectiva, a da corresponsabilização entre paciente e serviço de saúde.

6.4.2 Tempo entre o 1º atendimento na atenção especializada, e a realização da biópsia, CEO

A média de 0,50 dias entre o 1º atendimento no CEO e a realização da biópsia (Tabela 5.5) mostra que o serviço de especialidade está preparado para a

abordagem de lesões suspeitas e a maioria dos casos é feita no mesmo dia da primeira consulta, indicando agilidade na tomada de decisão pelos profissionais e resolutividade para o procedimento neste nível de atenção, dando a importância devida ao agravo potencial. O tempo mostra que os profissionais conhecem as lesões bucais com características macroscópicas que apontam para possíveis tumores malignos ou que se apresentam como agravos com potencial para a transformação maligna. O serviço também se apresenta como preparado, do ponto de vista estratégico e estrutural, uma vez que falhas ou faltas de equipamentos, profissionais ou insumos podem atrasar significativamente o processo diagnóstico nessa fase de coleta de material para a análise laboratorial. Essa estratégia utilizada pelo serviço oferece mais conforto ao paciente, uma vez que precisa de um número menor de consultas para o diagnóstico de seu problema e segurança, pela comprovação de que seu caso está sendo encaminhado com o devido cuidado e agilidade neste nível de atenção do sistema.

6.4.3 Tempo entre a suspeita na UBS e a realização da biópsia na atenção especializada, CEO

Este tempo envolve duas etapas do percurso terapêutico. A primeira que acontece entre a suspeita na UBS e o 1º atendimento na Atenção secundária ou especializada e a segunda, que acontece entre o 1º atendimento na Atenção secundária ou especializada e a realização da biópsia.

O tempo médio de 25,81 (Tabela 5.5) dias parece não estar adequado, uma vez que o tempo entre a suspeita e o 1º atendimento especializado, de 25,31 dias, pode ser melhorado com a qualificação dos profissionais da Atenção primária no que diz respeito aos encaminhamentos de lesões e alterações de tecidos moles bucais, de natureza benigna, que podem ter maior resolutividade na própria UBS de origem dos pacientes, deixando a agenda do profissional da Atenção secundária mais livre para os casos que realmente necessitam. Quando somados ao tempo ágil entre o 1º atendimento no CEO e a realização da biópsia, pode enganosamente se mostrar como adequado pois para o cálculo deste tempo são consideradas duas etapas do

percurso terapêutico. Os serviços de Atenção primária são planejados para serem resolutivos para mais de 80% dos problemas de saúde da população⁴⁹ e para a saúde bucal não pode ser diferente. Os profissionais devem estar capacitados para resolver grande parte da demanda de necessidades em saúde bucal que chega por essa porta de entrada do sistema de saúde.

6.4.4 Tempo entre a realização da biópsia na atenção especializada, CEO, e o resultado do exame anatomopatológico, emitido pelo laboratório, com a confirmação diagnóstica

A média de 24,14 dias entre a realização da biópsia e o resultado do exame anatomopatológico (Tabela 5.5) está dentro do esperado uma vez que o parágrafo 3º da Lei nº 12.732 coloca que, nos casos de suspeita neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante solicitação fundamentada do profissional responsável. Deve-se atentar que a lei refere o prazo máximo para realização do exame e não para o resultado. Se por um lado essa ordenação é positiva no sentido de estabelecer prazo para a realização de exames regulando para que os serviços públicos e outros estabelecimentos de saúde os cumpram, por outro é negativa pelo fato de possibilitar o adiamento de um resultado que poderia ser em tempo muito mais rápido. Se levarmos em conta a média de dias entre a realização da biópsia e o resultado do exame encontrada neste estudo, de 24,14 dias, e considerarmos que o dia da coleta do material foi o dia limítrofe do prazo estabelecido pela lei (trigésimo dia), teríamos um total de 54,14 dias entre o dia da suspeita e o seu resultado. Esse tempo a mais faz diferença significativa na piora do prognóstico de um paciente portador desse tipo de neoplasia maligna que tem evolução muito rápida.

Vendo por outro prisma, é possível para os laboratórios de análises a liberação dos resultados, dependendo de como foi colhida e acondicionada a amostra e do tipo de análise requerida para o caso, a partir de 10 dias úteis da data de entrada do material colhido na biópsia. O município de São Paulo trabalha com essa perspectiva de tempo uma vez que solicita o estabelecimento de um prazo

máximo de 10 (dez) dias úteis para a entrega do resultado pelo laboratório, como acordado em contrato de prestação de serviço de análises laboratoriais, de forma a auxiliar no diagnóstico e possível intervenção ou encaminhamento do paciente⁵⁴. Assim, o tempo encontrado pode estar mostrando dificuldades logísticas de envio das peças e retirada de resultados. Se as unidades de diagnóstico tiverem fluxo diário de envio de material colhido e retirada de resultados, os tempos podem ser bem melhores do que o encontrado. Em caso de fluxo semanal estabelecido, uma amostra colhida em um dia posterior ao da retirada convencional, pode ficar parada cerca de 7 dias até que retorne o fluxo normal na semana seguinte. Isso significa que, dependendo da logística estabelecida no local, esse tempo de 24,14 dias pode ser ainda melhorado. Serviços rápidos e eficientes como a utilização de moto frete pode ser solução interessante para esse obstáculo.

6.4.5 Tempo entre o 1º atendimento na atenção especializada e a consulta de retorno do paciente para a entrega do resultado com confirmação diagnóstica laboratorial

A maioria dos tempos envolvidos nesta etapa do percurso terapêutico está sob controle do CEO. O tempo encontrado de 35,13 (Tabela 5.5) é um tempo que depende diretamente da conclusão dos tempos de algumas fases desta etapa do percurso. Depende do tempo entre o 1º atendimento especializado e a coleta do material, ou seja, a biópsia propriamente dita; do tempo entre a coleta do material e o encaminhamento ao laboratório; do tempo entre a análise e o resultado do exame anatomopatológico do material coletado; do tempo entre a conclusão do exame e sua liberação ao serviço solicitante; e, do tempo entre o acesso ao resultado do exame pelo profissional do CEO e a marcação da consulta de retorno. Alguns laboratórios liberam exames por meio de acesso eletrônico via internet e outros apenas por documento impresso e entregue aos solicitantes. No caso do CEO Cidade Tiradentes, onde os casos foram diagnosticados, a consulta de retorno é marcada após a chegada do exame impresso, enviado por malote pelo laboratório. Pensando nos tempos que estão diretamente ligados e que podem ser melhorados pela gestão do CEO, poderiam ser revistas as estratégias de logística para o envio

do material, o tempo que leva entre a conclusão da análise e o acesso ao resultado pelo solicitante e, o tempo para a marcação da consulta de retorno. O tempo de coleta de 0,50 dia está mostrando que na maioria dos casos a biópsia é feita na 1ª consulta no CEO e o tempo de conclusão do exame depende muito da forma como o material é coletado e acondicionado, do tipo de análise exigida e do tipo histológico do tumor, sendo assim, são tempos que, respectivamente, não necessita e que a gestão do CEO não pode interferir. No estudo de Maceió, este tempo (T2) ficou em 20 dias, em média, indicando processos mais ágeis, nessas etapas, para a elucidação diagnóstica³⁰.

6.4.6 Tempo entre a consulta de retorno do paciente para a entrega do resultado com confirmação diagnóstica laboratorial, no CEO, e o 1º atendimento na Atenção terciária

A consulta de retorno do paciente ao CEO após a chegada do resultado do exame anatomopatológico realizado pelo laboratório de análises é planejada para que os profissionais possam conversar com os pacientes sobre o resultado do exame, prognóstico, para dar explicação sobre o caso e possíveis consequências, possibilidades, opções de tratamento e outras questões relativas ao agravo, responder a eventuais dúvidas ou questionamentos dos pacientes, explicar como funciona o sistema de saúde para agravos desta natureza, informar ou esclarecer quais os próximos passos a serem dados pelos pacientes e tentar abrandar a ansiedade explicando as possibilidades de tratamento e êxito, entre outras questões. Após essa consulta o CEO faz o agendamento do paciente na CROSS, para acesso aos serviços de Oncologia cirúrgica - Cabeça e pescoço, na Atenção terciária⁴¹.

O tempo de 17,97 dias, em média, entre a consulta de retorno do paciente ao CEO para a entrega do resultado de exame anatomopatológico e o 1º atendimento na Atenção terciária (Tabela 5.5) parece ser um tempo muito bom se não levarmos em conta duas questões que estão expressas na Lei federal nº 12.732 que fala do prazo máximo de até 60 dias para início de tratamento a partir do diagnóstico confirmado de câncer. A primeira questão é que a lei fala em data de resultado de

exame em laudo do laboratório de análises e a segunda fala em início de tratamento. Este tempo analisado no estudo toma como parâmetros de base a consulta de retorno do paciente ao serviço e o 1º atendimento na Atenção terciária, o que pode estar causando confusões na Coordenação do cuidado, com a falsa sensação de rapidez e agilidade para a resolução do caso. Os profissionais devem estar atentos e cientes da importância e consequências dos procedimentos a serem realizados nas etapas subsequentes do percurso terapêutico para que possam coordenar o cuidado de forma eficaz em busca de respostas ágeis de todas as partes envolvidas. Outra questão a ser considerada é a necessidade de se ter que esperar por este momento de consulta de retorno para, só então, realizar-se o agendamento do paciente na CROSS. Se, uma vez recebido o laudo do exame anatomopatológico positivo para neoplasia maligna o profissional já fizesse o agendamento na CROSS, esse tempo poderia ser reduzido para cerca de 7 dias e o paciente já sairia da consulta de retorno no CEO com data marcada e o impresso de agendamento para o serviço de Oncologia cirúrgica – Cabeça e pescoço. No estudo de Maceió este tempo ficou com 23 dias de média. Os autores consideram como o tempo para esta etapa como de responsabilidade do paciente e relatam que pode sofrer várias influências, como a dificuldade no agendamento da consulta nos Centro Especializado de Oncologia³⁰. Esta afirmação pode estar indicando a não existência de um serviço e/ou processos de regulação de vagas de especialidades médicas, no período do estudo, pela gestão local da área da Saúde.

6.4.7 Tempo entre o resultado do exame anatomopatológico, emitido pelo laboratório, com a confirmação diagnóstica e o 1º atendimento na Atenção terciária

A Média de 28,76 dias entre o resultado da biópsia, com confirmação diagnóstica emitido pelo laboratório, e o 1º atendimento hospitalar (Tabela 5.5), parece estar em tempo adequado considerando que requer, obrigatoriamente, agendamento na CROSS para encaminhamento à Atenção terciária, Oncologia cirúrgica - Cabeça e pescoço. Considerando o tipo de agravo e a Lei federal nº 12.732, a resolutividade está baseada em início de tratamento e isso faz referência a

cirurgia, radioterapia, quimioterapia e outros. Sendo assim, o 1º atendimento na Atenção terciária não significa, necessariamente, resolutividade para o caso como proposto pela lei, o que também pode estar mascarando este intervalo encontrado, uma vez que os profissionais responsáveis pela Coordenação do cuidado podem ter a falsa impressão de agilidade no andamento dos casos. Esse tempo, assim como o tempo de 1º atendimento terciário após consulta de retorno no CEO, podem estar causando impactos negativos na Coordenação do cuidado e, conseqüentemente, para a resolutividade dos casos em tempo hábil. Considerando que nesta etapa do percurso terapêutico estão envolvidos os tempos entre o resultado do exame e a data de chegada do documento impresso, via malote, no serviço especializado; o tempo entre a chegada do exame ao serviço especializado e o acesso ao mesmo pelo profissional solicitante; e, o tempo entre o acesso ao exame pelo profissional solicitante e o agendamento na CROSS, algumas estratégias podem ser utilizadas no sentido de auxiliar a tomada de decisão e tentar acelerar os processos. Como o agendamento na CROSS, nesses casos, só é possível a partir de um laudo de exame anatomopatológico positivo para neoplasia maligna, o acesso pelo profissional solicitante ao resultado do exame, via internet em área protegida no site dos laboratórios, poderia ser uma solução, assim como o agendamento de pronto na CROSS antes da consulta de retorno do paciente no serviço especializado. Se essas estratégias estivessem implementadas esse tempo poderia ser reduzido a menos de 18 dias, nesta etapa do percurso.

6.4.8 Tempo entre o resultado do exame anatomopatológico, emitido pelo laboratório, com a confirmação diagnóstica e o início de tratamento na Atenção terciária

O intervalo de tempo de início de tratamento para os casos de câncer de lábio, cavidade bucal e orofaringe encontrado com maior frequência, no estudo, foi o de início com mais de 60 dias para 79,17% dos casos (Tabela 5.6). Este intervalo de tempo de tratamento encontrado está na mesma tendência quando comparado aos números de Brasil (55,90%), estado de São Paulo (60,36%) e município de São

Paulo (70,73%) que mostram maior concentração no mesmo intervalo, porém, com o maior percentual (Tabela 2.1).

O intervalo de tempo detalhado mostra que a faixa de 121 a 300 dias, para início de tratamento, foi a que concentrou o maior número de casos, com 37,50% dos informados (Tabela 5.7). Este intervalo de tempo detalhado encontrado também mostra a mesma tendência, com o maior número de casos concentrando-se na mesma faixa de 121 a 300 dias para início de tratamento, quando comparados ao Brasil (18,53%) (Tabela 2.2), estado de São Paulo (24,32%) (Tabela 2.3) e município de São Paulo (28,88%) (Tabela 2.4) que apontam maior concentração de casos no mesmo intervalo, porém, com maior percentual. Os resultados encontrados também estão em consonância com os do relatório emitido pelo INCA sobre o “Intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento oncológico dos casos de cânceres de lábio e cavidade oral”, de novembro de 2020, para os anos de 2018 e 2019³³.

A média de 105,25 dias para início de tratamento dos casos estudados mostra que a região leste, assim como o município de São Paulo, estado de São Paulo e Brasil, não está atendendo as exigências da Lei nº 12.732 causando consequências nefastas nas vidas de milhares de pessoas, famílias e sociedade. Apenas o tempo médio de 49,95 dias entre a suspeita e o diagnóstico laboratorial com a confirmação de neoplasia maligna quase consome o tempo máximo permitido pela lei. Esse tempo foi possível calcular somando-se o tempo entre a suspeita e a biópsia e o tempo entre a biópsia e o resultado do exame laboratorial (Tabela 5.5). Do ponto de vista do financiamento do sistema de saúde os resultados do atraso, tanto na detecção precoce quanto no início imediato do tratamento, são devastadores uma vez que o custo de radioterapia e quimioterapia, costumeiramente utilizados para casos avançados, é altíssimo. Estudos realizados no Brasil e a própria OMS em seu site oficial, apontam números absurdos de gastos com o tratamento deste agravo. Os gastos dos sistemas de saúde com o câncer são exorbitantes. A OMS informa que o custo anual total da doença foi estimado em aproximadamente US\$ 1,16 trilhão em todo o mundo no ano de 2010⁵⁵. O Relatório de execução do plano tático de 2017, do Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União, aponta que dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares revelaram que cerca de 9% dos procedimentos assistenciais realizados

no SUS foram referentes à oferta de tratamentos contra o câncer. Os valores alcançam o montante de R\$ 3 bilhões por ano e são insuficientes frente aos parâmetros adotados pelo Ministério da Saúde⁵⁶. Em levantamento feito por Pinto e Ugá, no ano de 2005, os custos do tratamento de Quimioterapia para pacientes com câncer de lábio, cavidade oral e faringe foram de R\$22.940.293,80 e os custos de internações de R\$14.973.767,84 para homens. Os custos do tratamento de Quimioterapia para mulheres foram de R\$9.231.936,13 e os custos de internações de R\$5.377.793,65 colocando-os entre os maiores entre as neoplasias selecionadas, sem contar os custos referentes a outros tipos de tratamentos como a cirurgia e radioterapia por exemplo⁵⁷.

A média de dias encontrada entre a data do resultado da biópsia e o início de tratamento é muito alta, principalmente considerando o padrão de evolução dos carcinomas bucais. Este tempo pode estar revelando a incapacidade operacional/estrutural dos serviços de Cabeça e Pescoço da atenção hospitalar absorver, em sua dinâmica de atendimento, todos os casos de câncer de boca em tempo hábil para uma resposta eficaz. Esse argumento pode encontrar justificativa no fato de que o tempo entre a 1ª consulta na Atenção terciária e o início de tratamento, que é de 76,49 dias de média, é o que imputa a maior espera aos pacientes nessa etapa do percurso terapêutico. Esse tempo, apesar de não estar indicado na tabela 5.5 como etapa do percurso terapêutico, foi possível de ser calculado subtraindo o tempo entre a data do resultado do exame anatomopatológico e o 1º atendimento na Atenção terciária (28,76 dias) do tempo total entre a data do resultado do exame anatomopatológico e o início de tratamento na Atenção terciária (105,25 dias). Outra questão a ser considerada é que, mesmo com o tempo avançado de espera para o início de tratamento, a 1ª opção de escolha é pela cirurgia, ou seja, mesmo após 105,25 dias de espera, em média, os casos podem estar chegando na fase de tratamento ainda em estágios não tão avançados. Isso pode ser um indicador de que os casos estão sendo diagnosticados em fase bem inicial da doença, mas, que devem ser comprovados por estudos desenhados para este fim.

No estudo de Maceió, o tempo entre a 1º consulta na Atenção terciária e o início de tratamento foi de 41 dias, em média. Este tempo pode estar demonstrando que os serviços estão estruturados de forma mais adequada para dar conta da

demanda e/ou que a demanda que chega seja insuficiente para causar um congestionamento mais importante na agenda dos serviços de Oncologia cirúrgica – Cabeça e pescoço, quando comparado aos números encontrados neste estudo no município de São Paulo.

Na tentativa de se identificar modificações no intervalo de tempo para início de tratamento a partir do resultado do exame anatomopatológico, no período entre 2008 e 2018, o gráfico 5.1 mostra, pela linha de tendência, que não houve redução nem aumento significativo de tempo entre os dois eventos ao longo dos 10 anos, permanecendo próximo dos 100 dias. O gráfico mostra, entretanto, variações importantes de tempo no período que podem ter sido resultados de ações pontuais da gestão dos serviços de saúde em resposta às políticas públicas instituídas, mas, que não se perpetuaram como esperado. A Lei nº 12. 732, por exemplo, foi instituída em 2012 onde o gráfico aponta um período de significativa queda no número de dias para início de tratamento, chegando abaixo dos 60 dias como previsto na lei. Como as políticas públicas de saúde surgem a partir do reconhecimento irrefutável de uma necessidade e levam tempo até serem colocadas à disposição da população, é possível que os gestores dos serviços tenham dispensado esforços importantes para uma melhor resposta do sistema de saúde no período imediatamente anterior à publicação da lei e que isso tenha se refletido na melhora dos números. Como o gráfico apresenta também em outros momentos, pontos muito afastados, outros eventos ou fatores devem ter contribuído para isso.

Os resultados permitem avaliar os tempos entre as etapas percorridas do percurso terapêutico deste grupo de usuários no sistema de saúde local. A análise dos resultados de tempos médios entre as etapas mostra, tomando por base a lei federal que obriga os serviços de referência terciária a iniciarem o tratamento em até 60 dias, desde a data do diagnóstico confirmado por exame anatomopatológico, que a maioria dos tempos que estão sob o gerenciamento da Atenção primária e secundária, portanto sob Coordenação do cuidado mais próxima e provavelmente mais efetiva, estão um pouco mais ajustados apontando, entretanto, fatores facilitadores e dificultadores dos processos de trabalho, nestes níveis de atenção.

No período do estudo, o levantamento de informações junto a pacientes e equipes de saúde procurando entender melhor a dinâmicas dos serviços, fluxos e

processos de trabalhos das equipes de saúde, foi possível também constatar alguns pontos que dificultam a efetivação da atenção para os portadores de câncer de boca de forma adequada.

Estratégias específicas de prevenção primária aos fatores de risco como ações governamentais nos 3 níveis são muito escassas. Temos como ações federais mais importantes de combate ao câncer nessa linha, as propagandas nos maços de cigarro alertando sobre os perigos do tabaco, a lei antitabaco, os programas e medicamentos para o combate ao tabagismo e a lei de proibição de venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos^{58,59}.

De forma geral, poucos momentos são programados pelos serviços de saúde para educação popular sobre o câncer de boca. Estes momentos acontecem nas triagens para acesso aos serviços de Saúde Bucal nos locais que optam por essa estratégia, nos grupos de prioridades na ESF, principalmente grupos de idosos, e nos grupos educativos durante as campanhas de prevenção do câncer de boca. Como consequência não há, de forma geral, conscientização por parte dos usuários sobre os fatores de risco para o câncer de boca^{60,61}. Por outro lado, como iniciativas de nível estadual ou municipal, estratégias de prevenção secundária como campanhas e programas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal tem mostrado resultados positivos significativos em alguns locais¹⁰.

Quanto a relativa negligência ao exame dos tecidos moles bucais na rotina profissional, entende-se como um problema não apenas da formação, mas também, de reação automática do profissional ao tentar se estabelecer e se firmar em um mercado de trabalho onde a clientela prioriza intervenções nos dentes e em suas estruturas de suporte, com um apelo primordialmente cosmético. Os profissionais que estão nos serviços públicos, de determinados regiões ou estados, tem um olhar mais atento por conta das iniciativas de capacitação propostas para a realização de triagens para acesso aos serviços de Saúde Bucal utilizando a classificação de risco para as doenças bucais e como preparatórias para as campanhas de prevenção. Temos que considerar, entretanto, que o simples fato de determinados locais executarem capacitações não lhes garante mudanças. Elas precisam ser bem planejadas, dentro de cada realidade de trabalho, para que possam produzir o efeito desejado na qualificação da assistência. Devemos considerar também que os

profissionais que atuam nos serviços públicos também estão sujeitos às influências do mercado uma vez que atuem paralelamente na iniciativa privada.

A Rede de atenção precisa estar fortemente conectada e a definição de uma linha de cuidado é essencial. Uma vez que teve acesso à rede de Atenção primária, os outros atributos essenciais de Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação do cuidado, precisam estar garantidos para esse usuário. Não se pode prescindir de um serviço de regulação eficaz com disponibilização de vagas em tempo ágil e de acesso rápido aos serviços de diagnóstico e tratamento. No limite da gravidade, uma vez entendido que não há condições para o tratamento ou sua continuidade, os serviços de referência para Cuidados Paliativos devem ser capazes de absorver toda a demanda. A lei federal coloca a atenção em Cuidados Paliativos como obrigatória para os portadores de câncer que não são elegíveis para os tratamentos convencionais, dentro do prazo de até 60 dias após o diagnóstico em laudo de exame anatomopatológico²⁰. A integralidade se observada tanto sob o aspecto da rede quanto do atendimento integral dos usuários, nos mostra grandes possibilidades uma vez que no município de São Paulo temos, atualmente, aproximadamente 468 UBS e 31 serviços de especialidades odontológicas⁶². 1.999 Cirurgiões dentistas⁶³ nos serviços públicos de saúde e 16 serviços entre CACON e UNACON no município⁶⁴. Apesar de entendermos ter uma rede relativamente estruturada, não temos a articulação devida para que seja eficaz contra o problema. Os serviços não têm a cultura da interação entre as equipes, não há prontuário único no sistema e a contrarreferência não funciona como esperado.

O acesso aos serviços públicos de Saúde Bucal não chega perto de um mínimo aceitável para um sistema de saúde que se apresenta como universal. Levantamento feito no portal do e-Gestor Atenção Básica, para o período de 1 ano, entre 12/2018 a 11/2019 mostra cobertura média de aproximadamente 34,0% para o estado de São Paulo e 21,0% para o município de São Paulo. Acessos nesses percentuais da população do estado e do município, aos serviços públicos de Saúde Bucal, também impossibilitam ações efetivas e eficazes de combate ao câncer de boca. O estado de São Paulo mostra um dos piores números de acesso dentre todos os estados brasileiros⁶⁵.

Considerando os dados apresentados, a análise de alguns pressupostos é essencial para justificar mudança radical, imediata e necessária nas respostas que o SUS consegue dar ao enfrentamento do problema.

A OMS através da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC, sigla em inglês) colabora com outras organizações das Nações Unidas e parceiros em uma força-tarefa sobre prevenção e controle de doenças não transmissíveis para, entre outras: Aumentar o compromisso político para a prevenção e controle do câncer; monitorar a carga da doença; identificar estratégias prioritárias para a prevenção e controle do câncer; desenvolver padrões e ferramentas para orientar o planejamento e a implementação de intervenções de prevenção, detecção precoce, rastreamento, tratamento e cuidados paliativos e de sobrevivência; fortalecer os sistemas de saúde em níveis nacional e local para oferecer cura e cuidados para pacientes com câncer, incluindo melhorar o acesso a tratamentos⁶⁶.

O câncer de boca está entre os cânceres mais comuns entre os homens³ e, informações obtidas do DATASUS mostram que o número de mortes por este tipo de câncer no Brasil, vem se mantendo nos últimos anos⁵.

A Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente dedica atenção especial na questão, definindo em seu item específico, realizar exames para detecção precoce do câncer de boca⁷.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer instituída pelo Ministério da Saúde tem como objetivo entre outros, a redução da mortalidade e da incidência de alguns tipos de câncer por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos⁶.

Em São Paulo, desde 2001, vem sendo desenvolvida anualmente a campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca e o estado orienta que todos os municípios realizem o exame da cavidade bucal para acesso dos usuários aos serviços públicos de saúde, através de triagem utilizando, também, critérios de risco para o câncer de boca^{10,11}.

Os gastos dos sistemas de saúde com o câncer, como apontados anteriormente, utilizam grande parte dos recursos financeiros disponíveis para a saúde causando, conseqüentemente, faltas em outras áreas também essenciais.

O tipo histológico mais comum é o Carcinoma espinocelular, também chamado de Carcinoma epidermóide, Carcinoma escamocelular ou de células escamosas, respondendo por cerca de mais de 90% dos casos de todos os tumores que acometem a cavidade bucal⁶⁷. A classificação como Carcinoma se dá pelo fato de ter origem em tecidos epiteliais, portanto nestes casos, tecidos de revestimento do trato aero digestivo superior. Isso indica que, geralmente, o início das lesões será na superfície dos tecidos, possibilitando a identificação visual das alterações em fase inicial tanto pelo portador quanto pelos os profissionais da saúde que examinam cavidade bucal, favorecendo o diagnóstico precoce.

O Brasil é um dos países com o maior número de dentistas. Em 2010 tínhamos aproximadamente 19% de todos os dentistas do mundo com cerca de 219.575 registrados⁶⁸. Atualmente, temos registrados pelo Conselho Federal de Odontologia 338.457 cirurgiões dentistas⁶⁹, onde estado de São Paulo concentra o maior número de profissionais em atividade com 95.123 inscritos no Conselho Regional de Odontologia, e, 14.854 entidades prestadoras de assistência odontológica – Clínicas. O estado também possui o maior número de faculdades de Odontologia⁷⁰. Possui cerca de 2.658 equipes de Saúde Bucal em cerca de 4.792 unidades de saúde na APS⁷¹. Possui o maior número de ambulatórios de especialidades odontológicas sendo que apenas CEO cadastrados no ministério eram 179, segundo relatório do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ CEO 2016⁷². Possui o maior número de UNACON e CACON, com 82 do total de 317 no Brasil^{64,73}.

Após a análise desses pontos fica um importante questionamento. Se o agravo é preocupação de instituições nacionais e internacionais de referência para a área da saúde; se é reconhecido como problema de saúde pública no Brasil; se existem políticas públicas e leis que respaldam e sustentam iniciativas dos entes federados no sentido de propor ações para o seu enfrentamento buscando tornar o SUS mais eficaz e justo para a população; se o tratamento para casos avançados imputa gastos altíssimos para o sistema de saúde; se o Brasil é um dos países com

mais dentistas por habitantes e com uma odontologia qualificada e reconhecida internacionalmente; se a sobrevivência dos portadores desse tipo de câncer no Brasil fica abaixo de 50% em cinco anos⁷⁴ e, se existem estratégias de baixíssimo custo que podem monitorar de perto indivíduos portadores de lesões com potencial de transformação maligna na cavidade bucal possibilitando a efetivação do diagnóstico precoce, que é uma das poucas estratégias que o SUS pode utilizar causando impacto positivo no número de mortes e, conseqüentemente, no próprio financiamento do sistema, por que ainda temos que conviver com perdas de milhares de pessoas todos os anos com um desfecho que, em mais de 90% dos casos, poderia ter sido evitado? Isso sem considerar que o problema pode ser ainda mais grave uma vez que o entendimento é que os casos são subnotificados na América Latina em geral e no Brasil⁴².

Apesar das dificuldades encontradas em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento quanto a investimentos na área da Saúde Bucal, iniciativas de monitoramento efetivas, geralmente são eficazes do ponto de vista da disponibilização de importantes subsídios aos gestores para o planejamento de ações de combate ao câncer, pois, oferece aos serviços de saúde a oportunidade do diagnóstico precoce e provisionamento de tratamento em tempo adequado para o substrato populacional examinado que apresenta qualquer tipo de lesão em mucosa bucal. Ressalta-se ainda o alinhamento dessas iniciativas com a OMS, através da World Cancer Declaration de 2013, estabelecendo metas para o combate ao câncer até 2025. Dentre as ações imediatas colocadas pela proposta, a serem implementadas até 2020 está a garantia de disponibilidade e acesso a programas de detecção, incluindo a triagem, para a população de alto risco para o câncer de boca entre outros¹⁴.

O movimento de detecção precoce do câncer de boca, através da tecnologia de triagens de risco, que se iniciou na zona leste do município de São Paulo no início dos anos 2000 e que foi utilizado pela SES/SP como estratégia de escolha para o diagnóstico precoce e prevenção do câncer de boca no estado^{10,28}, levou a criação em 2014, do Ambiente Virtual de Monitoramento (AVM) das ações de diagnóstico precoce e prevenção do câncer de boca do estado de São Paulo. O ambiente foi instituído através do termo de cooperação 001/0001/002.053/2014 celebrado em 15/08/2014⁷⁵. A partir do ano de 2015 utilizou-se a plataforma Modular

Object-Oriented Dynamic Learning Environment (Moodle®), que é gratuita e amplamente utilizada por instituições de ensino em todo o mundo, com a inserção dos Coordenadores de Saúde Bucal dos 645 municípios do estado, Articuladores de Saúde Bucal dos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) além dos Coordenadores da área técnica de Saúde Bucal da SES/SP. O AVM foi estruturado oferecendo conteúdo técnico e documentos acerca do câncer de boca, fichas para registros de dados referentes aos exames bucais, espaço para informações, discussões e trocas de experiências, espaço específico para envio dos dados de cada município e para análise dos dados consolidados. Para o uso do AVM foram realizadas capacitações com os Articuladores dos DRS para que reproduzissem as informações juntos aos Coordenadores de Saúde Bucal de todos os municípios do estado. Cada coordenador municipal ficou com a responsabilidade de reproduzir o movimento para todos os Cirurgiões dentistas de seus municípios e, a partir de então, os dados relativos à prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal passaram a ser registrados no AVM. Como principais resultados encontrados, os exames registrados entre 2015 e 2019, mostram números bastante expressivos. No período foram registrados 2.431.654 exames bucais, indicando forte adesão com uma média de 381 municípios durante o período, correspondendo a participação de aproximadamente 59,07% dos municípios paulistas por ano, utilizando a estratificação de risco para lesões bucais desenvolvida no início da década de 2000. Mostra também uma média de 3,60% de indivíduos portadores de lesões bucais sem características de malignidade e 0,39% de portadores de lesões com características de malignidade. Essas informações são essenciais para que a gestão possa planejar ações e dimensionar recursos necessários para a rede assistencial uma vez que já são esperados esses percentuais nas triagens da população. Pelo AVM os gestores podem analisar qual a cobertura populacional que o seu município, região ou estado alcançou em relação à prevenção do câncer de boca e avaliar a faixa etária em que as equipes estão realizando os exames e em quais proporções. O ambiente é de uso restrito e o acesso pelos autorizados e cadastrados é feito por nome de usuário e senha estabelecidos pela coordenação estadual. Agrega informações de algumas etapas do percurso terapêutico na Atenção primária e secundária e registra o local de referência da Atenção terciária para onde os pacientes são encaminhados para tratamento entre outros dados⁷⁶.

O monitoramento de pacientes portadores traz vários benefícios no enfrentamento do problema e a Coordenação do cuidado efetiva ao usuário do SUS só poderá ser alcançada a partir da efetiva integração da rede, onde todos os níveis possam se comunicar facilmente buscando a melhor resposta. Ainda não se construiu um sistema informatizado que possa realizar o acompanhamento de todo o percurso terapêutico para esses pacientes. Sabe-se que atualmente existem recursos tecnológicos suficientes para se integrar os níveis do sistema a custos socialmente suportáveis. Isso exige recursos financeiros, mas talvez, o maior desafio seja a construção, na prática, desse sistema que integraria os diferentes serviços e níveis de atenção. Indica-se, portanto, um sistema de informação que seja capaz de acompanhar o paciente em seu percurso terapêutico, podendo identificar a sua situação na rede e dar suporte para que percorra todas as etapas até o desfecho, que se espera favorável. Uma outra vantagem desse sistema seria possibilitar a realização de pesquisas que poderiam contribuir com a melhoria da assistência.

Como a prevalência de câncer de boca é relativamente baixa na população, o número de casos é pequeno, embora tenham sido envolvidos todos os pacientes que tiveram diagnóstico de câncer confirmado atendidos no CEO desde a sua inauguração. Além do número ser pequeno, o fato de não ter sido possível resgatar informações de um substancial número de casos, pode ser considerado uma fragilidade do presente estudo.

7 CONCLUSÕES

O tempo médio decorrido foi de 155,2 dias desde a suspeita na Atenção primária ao início de tratamento na Atenção terciária para os portadores de câncer de boca diagnosticados no CEO Cidade Tiradentes, sendo o tempo médio de 49,95 dias entre a suspeita e o diagnóstico laboratorial com a confirmação de neoplasia maligna.

O caminho percorrido pelos usuários teve como início de percurso as suas UBS de origem, todas localizadas em território da região extremo leste do município de São Paulo, que foram as responsáveis por levantaram as suspeitas (Atenção primária). Em seguida, no meio do percurso, foram encaminhadas, através do serviço de regulação municipal, para o CEO Cidade Tiradentes, na região leste do município de São Paulo, responsável pela biópsia e confirmação de neoplasia através de exame laboratorial (Atenção secundária). Após a confirmação por exame laboratorial, 70% dos casos foram encaminhados pelo serviço de regulação estadual e tiveram como final de percurso o CACON - Hospital Santa Marcelina de Itaquera, responsável pelo tratamento, também na região leste do município de São Paulo (Atenção terciária).

A cirurgia foi a modalidade terapêutica mais utilizada mostrando que os casos podem estar chegando em estágios de evolução menos avançados.

Os dados nos permitem concluir que existem obstáculos e/ou processos de trabalho estabelecidos de forma inadequada para que os tempos entre algumas etapas do percurso terapêutico sejam concluídos da melhor forma, ou seja, com a agilidade que a gravidade da doença requer. Mostra, porém, que a gestão local vem se organizando no sentido do encaminhamento para estabelecimentos de saúde de referência mais próximas dos usuários do sistema de saúde. Mostra que temos problemas em alguns tempos do percurso sob controle da Atenção primária. Nas etapas seguintes, uma vez o usuário sob os cuidados da Atenção secundária, o tempo entre a primeira consulta e a biópsia é muito bom mostrando que na maioria dos casos é coletado o material para exame anatomopatológico no mesmo dia da 1ª consulta, porém, o tempo entre a biópsia e a consulta de retorno do paciente para a

entrega do resultado do exame anatomopatológico parece não estar adequado, uma vez que isso é possível em tempo mais curto. Na Atenção terciária o problema parece bem mais complicado, pois, o acesso aos serviços é relativamente rápido, porém, o início de tratamento acontece apenas após um período demasiadamente longo, o que pode inviabilizar a tão esperada sobrevida, com o mínimo de qualidade, para os portadores do agravo.

Não existem estudos atualizados, realizados no Brasil, para que possamos estabelecer parâmetros de comparação sobre a performance de atendimento dos serviços de saúde nas diferentes realidades de trabalho deste país com dimensões de um continente. Tomando apenas como parâmetro a lei federal que estabelece até 60 dias para início do tratamento ou cuidados paliativos a partir do diagnóstico, os dados obtidos do período de acompanhamento permitiram observar que o sistema de saúde da região não está dando respostas aos casos de portadores de câncer de boca em tempo adequado, da forma como alguns fluxos e processos de trabalho estão estabelecidos.

REFERÊNCIAS¹

1. WHO - World Health Organization. Cancer - Key facts. Geneva: WHO; 2019 [citado 22 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018 Nov;68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492.
3. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2019 Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [citado 22 jan. 2020]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp>.
4. Prado da Fonseca E, Amaral RC, Pereira AC, Rocha CM, Tennant M. Geographical variation in oral and oropharynx cancer mortality in Brazil: a Bayesian approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Nov;15(12):2641. doi: 10.3390/ijerph15122641.
5. Brasil. Ministério da Saúde. [Sistema de Informação sobre Mortalidade]. Brasília (DF): DATASUS; [2019] [citado 11 mar. 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 13 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria-874-16-maio-2013.pdf>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).

² De acordo com Estilo Vancouver.

9. Carrer FCA, Crossato EM, Cazal C, Pucca Júnior GA, Silva DP, Araújo ME. Oral Cancer Screening in Elderly in Sao Paulo State, Brazil (2001 to 2009). *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2017;17(1):e 2831. doi: <http://dx.doi.org/10.4034>.
10. Martins JS, Abreu SCC, Araújo ME, Bourget MMM, Campos FL, Grigoletto MVD. Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. *Rev Panam Salud Pública*. 2012 mar;31(3):246-52.
11. São Paulo (Estado). Governo do Estado de São Paulo. Plano de Atenção Oncológica do Estado de São Paulo. São Paulo: Secretaria da Saúde; 2020 [citado 5 fev. 2021]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/01/1145849/plano_estadual_de_oncologia_do_estado_de_sao_paulo-2020.pdf.
12. São Paulo (Estado). Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Diretrizes da Política Estadual de Saúde Bucal /SES-SP. São Paulo: [Secretaria de Estado da Saúde]; 2019 [citado 22 jan. 2020]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/diretrizes-da-politica-estadual-para-a-atencao-em-saude-bucal-sessp/apresentacao_diretrizes_politica_estadual_saude_bucal_sessp.pdf?attach=true.
13. Brocklehurst P, Kujan O, O'Malley LA, Ogden G, Shepherd S, Glenny AM. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Nov(11):CD004150. doi: 10.1002/14651858.CD004150.pub4.
14. WHO - World Health Organization. Cancer prevention and control in the context of an integrated approach. 70th World Health Assembly; 2017 May 31; Geneva. Geneva: WHO; 2017 [citado 23 jan. 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275676>.
15. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018 Nov;6(11):e1196-e1252. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3.
16. Perdomo S, Martin Roa G, Brennan P, Forman D, Sierra MS. Head and neck cancer burden and preventive measures in Central and South America. *Cancer Epidemiol*. 2016;44(1):S43-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.canep.2016.03.012>.

17. UICC - Union for International Cancer Control. World Cancer Declaration to 2013. Geneva: UICC; 2013 [citado 22 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.uicc.org/who-we-are/world-cancer-declaration>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004 [citado 14 nov. 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [citado 13 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria2439.pdf>.
20. Brasil. 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, Brasília (DF) (2012 nov. 23); Sec.1:1 [citado 22 jan. 2020]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm.
21. Bonfante GMS, Machado CJ, Souza PEA, Andrade EIG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 maio;30(5):983-97. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182712>.
22. Forman D, Sierra MS. Cancer in Central and South America: Introduction. Cancer Epidemiol. 2016 Sep;44 Suppl 1:S3-S10. doi: 10.1016/j.canep.2016.04.008.
23. Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos CA Jr, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. Cad. Saúde Pública. 2012;28(Supl):S30-S39. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300005>.
24. Reis CMR, Matta-Machado ATG, Amaral JHL, Furquim Werneck MA, Abreu MHNG. Describing the primary care actions of oral health teams in Brazil. Int J Environ Res Public Health. 2015 Jan 12;12(1):667-78. doi: 10.3390/ijerph120100667.

25. Carrer FCA, Cossato EM, Cazal C, Pucca GA Jr, Silva DP, Araújo ME. Oral cancer screening in elderly in São Paulo State, Brazil (2001 to 2009). *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2017;17(1):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2017.171.34>.
26. São Paulo (Cidade). Gabinete do Secretário. Resolução SS-159, de 23 de maio de 2007. Estabelece rotinas de monitoramento das Ações Coletivas e das Atividades Coletivas em Saúde Bucal nos serviços integrantes do SUS/SP. *Diário Oficial [do] Estado de São Paulo* (2007 maio 24); Sec. I:5-7 [citado 23 jan. 2020]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0001/ResolucaoSS_2007_00159.pdf.
27. São Paulo (Cidade). Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal. São Paulo: [Secretaria Municipal da Saúde]; 2009 [citado 24 nov. 2020]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Diretrizes_Saude_Bucal.pdf.
28. Bourget MMM, organizador. Programa Saúde da Família: saúde bucal. São Paulo: Martinari; 2006.
29. Sartori LC. Rastreamento do câncer bucal: aplicações no Programa Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2004.
30. Santos VCA, Assis AMA, Silva LE, Ferreira SMS, Dias EP. Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de Oncologia de Maceió. *Rev Bras Odontol.* 2012 jul/dez;69(2):159-64. doi: <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v69n2.p.159>.
31. Atty ATM, Jardim BC, Dias MBK, Migowski A, Tomazelli JG. Oncologia: uma ferramenta de gestão. *Rev Bras Cancerol.* 2020;66(2):e-04827 doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.827>. Painel.
32. Painel de Monitoramento de Tratamento Oncológico: nota técnica. [data desconhecida] [citado 24 nov. 2020]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/painel_onco/doc/painel_oncologia.pdf. Painel-Oncologia.

33. INCA – Instituto Nacional de Câncer. Intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico dos casos de câncer de lábio e cavidade oral. Rio de Janeiro: INCA; 2020 [citado 22 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//relatorio-cancer-de-boca-2020.pdf>. Painel – Oncologia.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Local, tempo para início de tratamento a partir do diagnóstico, número de casos e percentual sobre o total de casos, 2013-2020 [citado 1 dez. 2020]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def. Tabela 2.1 gerada em 1/12/2020 as 16:09:50.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Tempo detalhado para início de tratamento a partir do diagnóstico, local, número de casos e percentual sobre o total de casos, Brasil, 2013-2020 [citado 1 dez. 2020]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def. Tabela 2.2 gerada em 1/12/2020 as 16:12:50.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Tempo detalhado para início de tratamento a partir do diagnóstico, número de casos e percentual sobre o total de casos, estado de São Paulo, 2013-2020 [citado 1 dez. 2020]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def. Tabela 2.3 gerada em 1/12/2020 as 16:12:50.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Tempo detalhado para início de tratamento a partir do diagnóstico, número de casos e percentual sobre o total de casos, município de São Paulo, 2013-2020 [citado 1 dez. 2020]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def. Tabela 2.4 gerada em 1/12/2020 as 16:16:51.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Estabelecimento de saúde, número e percentual sobre o total de casos atendidos no município de São Paulo, 2013-2020 [citado 1 dez. 2020]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def. Tabela 2.5 gerada em 15/12/2020 as 14:15:30.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Modalidade Terapêutica, número e percentual sobre o total de casos no Brasil, 2013-2020 [citado 1 dez. 2020]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def. Tabela 2.6 gerada em 9/1/2021 as 08:16:57.

40. Brasil. Ministério da Saúde. Modalidade Terapêutica, número e percentual sobre o total de casos no estado de São Paulo, 2013-2020 [citado 1 dez. 2020]. Disponível em:
http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIAB
R.def. Tabela 2.7 gerada em 15/12/2020 as 14:10:57.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Modalidade Terapêutica, número e percentual sobre o total de casos no município de São Paulo, 2013-2020 [citado 1 dez. 2020]. Disponível em:
http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIAB
R.def. Tabela 2.8 gerada em 15/12/2020 as 14:13:20.
42. Curado MP, Johnson NW, Kerr AR, Silva DRM, Lanfranchi H, Pereira DL, et al. Oral and oropharynx cancer in South America: incidence, mortality trends and gaps in public databases as presented to the Global Oral Cancer Forum. *Transl Res Oral Oncol.* 2016;1:1-7. doi: <https://doi.org/10.1177/2057178X16653761>.
43. Piñeros M, Abriata MG, Mery L, Bray F. Cancer registration for cancer control in Latin America: a status and progress report. *Rev Panam Salud Publica.* 2017 Feb;41:e2. doi: 10.26633/RPSP.2017.2.
44. São Paulo (Cidade). Dados demográficos dos distritos pertencentes às Subprefeituras. São Paulo: [Subprefeituras]; 2020 [citado 13 nov. 2020]. Disponível em:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758.
45. São Paulo (Cidade). Caderno de propostas dos planos regionais das Subprefeituras: quadro analítico: Cidade Tiradentes. São Paulo: [Secretaria Municipal da Saúde]; 2016 [citado 13 nov. 2020]. Disponível em:
<https://gestaourbana.prefeitura.sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/QA-CT.pdf>.
46. Brasil. Portaria nº 1.570, de 29 de julho 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, Brasília (DF)* (2004 jul. 24) [citado 22 jan. 2020]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html.
47. Brasil. Ministério da Saúde. CNESNet. CEO Cidade Tiradentes. Brasília (DF): [Ministério da Saúde]; 2016 [citado 27 nov. 2020]. Disponível em:
http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3550307975430&VListar=1&VEstado=35&VMun=355030&VZera=1.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 1996 out. 10; Sec. 1: 21.082-21.085 [citado 27 nov. 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html.
49. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde Debate. 2018 set;42(N. esp. 1):244-60. doi: <http://doi.org/10.1590/0103-11042018s116>.
50. Starfield B. Atenção primária equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO; 2002.
51. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016 jan-dez;11(38):1-13. Doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252).
52. Cross. [homepage]. São Paulo: Cross; 2021 [citado 24 jan. 2021]. Disponível em: <http://www.cross.org.br/>.
53. São Paulo (Estado). Deliberação CIB n - 6, de 8 de fevereiro de 2012. Aprova as Diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo. Diário Oficial [do] Estado de São Paulo (2012 fev. 9); Sec. 1:24.
54. São Paulo (Cidade). Protocolo das Especialidades para o CEO: Centro de Especialidades Odontológicas: 2020. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 20120 [citado 24 nov. 2020]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/CadernodeProtocolosfinal.pdf>.
55. WHO - World Health Organization. Cancer. Key facts. Geneva: WHO; 2019 [citado 26 jul. 2019]. Disponível: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.

56. Brasil. Controladoria-Geral da União. Secretaria Federal de Controle Interno. Plano tático 2017. Brasília (DF): Controladoria-Geral da União; 2017 [citado 24 jul. 2019]. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/auditoria-e-fiscalizacao/plano-tatico/arquivos/infografico-cancer.pdf/view>.
57. Pinto M, Ugá MAD. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2010 jun;26(6):1234-45. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600016>.
58. INCA – Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Rio de Janeiro: INCA; 2020 [citado 24 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>.
59. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília (DF): Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas; 2017. Conteúdo: Lei nº 8.069/1990.
60. Vidal AKL, Aguiar DMA, Gouveia MVC, Cavalcante Neto PM, Tavares ANS, Guimarães MA. Verificação do conhecimento da população pernambucana acerca do câncer de boca e dos fatores de risco – Brasil. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2012 jul/set;2(3):383-7. Doi: 10.4034/PBOCI.2012.123.13.
61. Quirino MRS, Gomes FC, Marcondes MS, Balducci I, Anbinder AL. Avaliação do conhecimento sobre o câncer de boca entre participantes de campanha para prevenção e diagnóstico precoce da doença em Taubaté – SP. Rev Odontol UNESP. 2006;35(4):327-33.
62. São Paulo (Cidade). Nº de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde Município de São Paulo, Dezembro de 2020. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 2020 [citado 17 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/TabelaEstabServCRS.pdf>.
63. São Paulo (Município). Secretária da Saúde. Profissionais ativos na Secretaria de Saúde do Município de São Paulo: dados mais recentes. São Paulo: Secretaria da Saúde; 2021 [citado 17 jan. 2021]. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/sisrh/sisrh2.def>.

64. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Unidades habilitadas para atendimento em câncer no Estado de São Paulo. São Paulo: Secretaria de Saúde; 2021 [citado 17 jan. 2021]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/homepage/destaques/tratamento-de-cancer-pelo-sus/unidades_habilitadas_para_atendimento_em_cancer_no_estado_de_sp.pdf.
65. Brasil. Ministério da Saúde. Cobertura de Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [2020] [citado 17 jan. 2021]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>.
66. WHO - World Health Organization. Cancer prevention and control in the context of an integrated approach. 70th World Health Assembly; 2017 May 22-31; Geneva. Geneva: WHO (Switzerland); 2017 [acesso em 21 de ago 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R12-en.pdf.
67. Valle CN, Passos RMM, Gonçalves JTCL, Bastos AMTN, Gomes C, Guedes VR. Carcinoma espinocelular oral: um panorama atual. Rev Pat Tocantins. 2016;3(4):82-102.
68. CFO - Conselho Federal de Odontologia. Brasil é o país com o maior número de dentistas. Brasília (DF): CFO; 2019 [citado 23 ago. 2019]. Disponível em: <http://website.cfo.org.br/brasil-e-o-pais-com-o-maior-numero-de-dentistas/>.
69. CFO - Conselho Federal de Odontologia. Quantidade geral de profissionais e entidades ativas. Brasília (DF): CFO; 2020 [citado 21 ago. 2020]. Disponível em: <http://website.cfo.org.br/estatisticas/quantidade-geral-de-entidades-e-profissionais-ativos/>.
70. Brasil. Ministério da Educação. Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior Cadastro e-MEC. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2019 [citado 23 ago. 2019]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>.
71. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Estabelecimentos por nível de atenção. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado 26 ago. 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/atencsp.def>.

72. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli P, organizadores. Relatório do 1º Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais. Recife: MS; 2016 [citado 21 ago. 2020] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/relatorio_1_ciclo_pmaq_ceo.pdf.

73. INCA - Instituto Nacional do Câncer. Sobre o INCA. Onde tratar pelo SUS. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [citado 23 ago. 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus>.

74. Moro JS, Maroneze MC, Ardenghi TM, Barin LM, Danesi CC. Oral and oropharyngeal cancer: epidemiology and survival analysis. Einstein (São Paulo). 2018;16(2):1-5. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4248>.

75. São Paulo (Estado). Termo de Cooperação 001/0001/002.053/2014. O presente Termo de Cooperação tem por objeto o estabelecimento de princípios básicos de cooperação técnica que venham a ser desenvolvidos pelas partes na área de Educação à Distância para o desenvolvimento e operacionalização de Ambiente Virtual. Diário Oficial [do] Estado de São Paulo (2014 ago. 16); Sec. 1:24.

76. EAD Santa Marcelina. São Paulo: Hospital Santa Marcelina; [2020] [citado 20 out. 2020]. Disponível em: www.eadsantamarcelina.com.br/course/view.php?id=52. Ambiente criado pelo Estado em parceria com o Hospital Santa Marcelina, através do termo de cooperação 001/0001/002.053/2014, que disponibiliza acesso restrito, por login e senha, aos Coordenadores da SES/SP, aos Articuladores de Saúde Bucal dos 17 DRS e aos 645 Coordenadores municipais de Saúde Bucal do Estado.

APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa

PARTE 1 – INFORMAÇÕES ORIUNDAS DO PRONTUÁRIO DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)

1.1 Nome: _____

1.2 UBS de origem: _____

1.3 Data de nascimento ____/____/____

1.4 Sexo Masculino Feminino1.5 Etnia Amarelo Branco Negro Pardo1.6 Hábitos antes do diagnóstico Tabagismo Etilismo outros _____

1.7 Quantidade e tipo de cigarro e de bebida alcoólica (por dia): _____

1.8 Ocupações anteriores ao diagnóstico:

a) _____ tempo em anos: _____

b) _____ tempo em anos: _____

c) _____ tempo em anos: _____

1.9 Localização da lesão _____

1.10 Data do 1º atendimento no CEO ____/____/____

1.11 Data da biópsia no CEO ____/____/____

1.12 Data do resultado com a confirmação diagnóstica laboratorial ____/____/____

1.13 Data da consulta de retorno no CEO com a confirmação diagnóstica ____/____/____

1.14 Serviço de referência terciária em que o paciente foi efetivamente atendido

1.15 Data do 1º atendimento no serviço de referência terciária ____/____/____

PARTE 2 – INFORMAÇÕES ORIUNDAS DO PRONTUÁRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE ORIGEM DO USUÁRIO (UBS)

2.1 Data da consulta que levantou a suspeita na Unidade Básica de Saúde ____/____/____

2.2 Foi durante a Campanha de Prevenção do Câncer Bucal? sim não

2.3 Com que profissional foi feita essa consulta?

 Dentista Enfermeiro Médico Outros

2.4 Quantas consultas foram feitas até o encaminhamento para o CEO?

- 1
 2
 3
 Mais de 3

2.5 Condições de Saúde Bucal na época do diagnóstico

Risco:

Tecidos Moles _____

Cárie _____

Doença Periodontal _____

2.6 Condições de Saúde Bucal no momento atual

Risco:

Tecidos Moles _____

Cárie _____

Doença Periodontal _____

PARTE 3 – INFORMAÇÕES ORIUNDAS DE CONTATO COM O PACIENTE E/ OU FAMILIARES

3.1 Hábitos depois do diagnóstico Tabagismo Etilismo outros _____

3.2 Quantidade e tipo de cigarro e de bebida alcoólica (por dia): _____

3.3 Ocupação depois do diagnóstico _____

3.4 Suspeita levantada:

- pelo próprio usuário
 por familiar
 por profissional da UBS. Que categoria profissional? _____
 outros

3.5 Tratamento instituído:

- Nenhum.
 Cirúrgico. Data da cirurgia ____/____/____.
 Radioterapia. Data no início ____/____/____. Concluído? sim não
 Quimioterapia. Data no início ____/____/____. Concluída? sim não

3.6 Teve acompanhamento na Atenção primária? sim não

3.7 Teve acompanhamento na Atenção terciária ? sim não

3.8 Houve recidiva durante o acompanhamento? sim não

3.9 Teve acesso à informação sobre o câncer bucal?

- sim. Onde? _____
 Quando? antes do diagnóstico
 depois do diagnóstico
 não

3.10 Teve acesso à informação sobre autoexame?

- sim. Onde? _____
 não

3.11 Teve sequela:

- sim:
- Estética
 - Funcional
 - Emocional
 - não

3.12 Teve suporte psicológico:

- sim:
- onde?: Primária
- Secundária
- Terciária
- Particular
- não

3.13 Falecido:

- sim: quando? ___/___/___ causa da morte: _____
- não

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

São Paulo, 19 de Julho de 2011.
PARECER Nº 230/11 – CEP/SMS
CAAE: 0063.0.162.000-11

Ilmo. Sr.
Silvio Carlos Coelho de Abreu

Projeto de Pesquisa: Rastreo do usuário portador de câncer de boca no sistema de saúde, em Cidade Tiradentes, na Zona Leste do Município de São Paulo.

Pesquisador Responsável: Silvio Carlos Coelho de Abreu

Instituição: Casa de Saúde Santa Marcelina - SP

Patrocinador: Coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS) Santa Marcelina

I - Sumário Geral do Protocolo

O câncer é uma doença que convive com a humanidade há muito tempo e apesar disso ainda persistem muitos desafios em relação ao agravo tanto no campo das pesquisas quanto na gestão dos sistemas de saúde, mesmo considerando os grandes avanços da ciência. É um agravo de tal complexidade que exige conhecimentos diversos, abordagem multiprofissional e tecnologias variadas. Para cuidar de forma eficiente do portador de câncer necessariamente deve-se estabelecer uma rede de atenção integral e sistêmica, desde o diagnóstico precoce até os cuidados paliativos (CEINFO 2009).

Dada a magnitude do problema, a complexidade do agravo, toda a tecnologia necessária envolvida para o seu enfrentamento, os benefícios do diagnóstico precoce para o prognóstico e o impacto negativo do diagnóstico tardio no orçamento da saúde entre outros, justifica-se a identificação de informações que consigam rastrear passo a passo, o portador de câncer bucal, desde o seu primeiro contato com o sistema de saúde, em qualquer nível hierárquico, até o seu desfecho.

Objetivo geral

Conhecer o tempo decorrido e o caminho percorrido pelos usuários portadores de câncer bucal que tiveram seu diagnóstico confirmado no Centro de Especialidades Tiradentes (CEO Tiradentes), na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde, da suspeita ao diagnóstico final, tratamento e preservação.

Objetivos específicos

- Quantificar os casos;
- Identificar o local da suspeita de diagnóstico;
- Identificar o tempo decorrido desde a suspeita até a confirmação;
- Identificar a referência para tratamento dos casos confirmados;
- Identificar o tempo decorrido da confirmação ao início do tratamento;
- Identificar o tipo de tratamento instituído;
- Identificar as dificuldades da rede de atenção em relação ao problema.

Trata-se de um projeto de pesquisa institucional cuja amostra será composta por 29 usuários que tiveram o diagnóstico de câncer bucal confirmado no Centro de Especialidades Odontológicas Tiradentes. As informações necessárias à pesquisa serão obtidas a partir de um formulário dividido em 3 partes sendo uma referente às informações a serem pesquisadas em prontuário da Unidade Básica de Saúde, outra referente às informações a serem pesquisadas no prontuário do Centro de Especialidades Odontológicas de Cidade Tiradentes, e, uma outra referente às informações a serem obtidas diretamente com os pacientes ou familiares.

II - Considerações

Folha de rosto – está preenchida corretamente.

Currículo dos pesquisadores – estão de acordo com a proposta da pesquisa.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0063.0.162.000-11

Orçamento – está adequado

Cronograma da pesquisa – está adequado

Metodologia – está de acordo com os objetivos da pesquisa

Avaliação dos riscos e benefícios - A metodologia impõe condições mínimas de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa

Termo de consentimento livre e esclarecido – Permite decisão consciente do sujeito de pesquisa.

III - Situação do Protocolo: Aprovado

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da Unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

O sujeito de pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular nº 003/2011 da CONEP/CNS.

Amaury Zatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Projeto de pesquisa: **“Rastreamento do usuário portador de câncer de boca no sistema de saúde, em Cidade Tiradentes, na zona leste do município de São Paulo”**

Prezado (a) senhor (a)

A APS Santa Marcelina vem respeitosamente convidá-lo (a) a participar da pesquisa “Rastreamento do usuário portador de câncer de boca no sistema de saúde, em Cidade Tiradentes, na zona leste do município de São Paulo”.

Procurando cumprir o propósito de oferecer atenção à saúde com qualidade queremos conhecer o caminho percorrido pelo usuário que necessita de atenção especializada no tratamento do câncer de boca e quais problemas podem dificultar ou atrasar o atendimento no sistema público de saúde. A pesquisa propõe identificar o caminho percorrido pelo usuário portador de câncer bucal que teve o diagnóstico confirmado no Centro de Especialidades Odontológicas de Cidade Tiradentes. O instrumento de pesquisa é composto de um formulário dividido em 3 partes, com informações a serem obtidas da Unidade Básica de Saúde de origem do usuário, do Centro de Especialidades Odontológicas de Cidade Tiradentes e do próprio paciente ou seus familiares. Serão convidados a participar desta pesquisa todos os usuários que tiveram diagnóstico confirmado de câncer bucal no Centro de Especialidades Odontológicas de Cidade Tiradentes.

Esclarecemos que a sua participação é voluntária, decorrente de sua livre decisão, após receber todas as informações que julgar necessárias e compreenderá responder a uma das partes do formulário com informações que complementarão àquelas encontradas nos prontuários. Seu atendimento na Unidade de Saúde não será prejudicado de qualquer forma caso não queira colaborar, e poderá retirar seu consentimento a qualquer momento. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da

pesquisa poderão ajudar a melhorar a qualidade da atenção oferecida a população. Ressaltamos ainda que não haverá remuneração pela participação. Se quiser mais informações sobre a pesquisa, por favor, ligue para o Setor de Pesquisas da Coordenação da APS Santa Marcelina, no telefone 2056 6262 e converse com o Dr Silvio de Abreu ou Dr^a Julie Silvia Martins no ramal 6213. Se preferir, fale pessoalmente com eles na Coordenação da APS Santa Marcelina na Rua Fontoura Xavier, 1037 – Vila Carmosina – Itaquera, ou pelo e-mail silvioabreu@aps.santamarcelina.org

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36, 1º andar – telefone 3397-2464 – FAX 3397-2465, ou pelo e-mail smscep@prefeitura.sp.gov.br

Caso concorde em participar da pesquisa, solicitamos que preencha os dados a seguir e assine, autorizando a utilização destas informações para fins de pesquisa.

Consentimento pós-informação:

Eu,, li e compreendi a natureza e finalidade deste estudo e voluntariamente aceitei participar da pesquisa. Afirmo ainda que recebi uma via deste documento para ficar em meu poder.

São Paulo, de de 2011.

Assinatura do participante