ALEXANDRE ALMEIDA WEBBER

“CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS COMO UNIDADE DE REFERÊNCIA DAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE BOCA ATENDIDAS NO HOSPITAL DO CÂNCER DA UNIÃO OESTE PARANAENSE DE CONTROLE E COMBATE AO CÂNCER-UOPECCAN”

PIRACICABA
2015

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

ALEXANDRE ALMEIDA WEBBER

"CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS COMO UNIDADE DE REFERÊNCIA DAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE BOCA ATENDIDAS NO HOSPITAL DO CÂNCER DA UNIÃO OESTE PARANAENSE DE CONTROLE E COMBATE AO CÂNCER-UOPECCAN"

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Estomatopatologia na área de Estomatologia.

.

Orientador: Prof. Dr. Marcio Ajudarte Lopes

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia Carrinho Ayroza Rangel

Este exemplar corresponde à versão final da tese defendida pelo aluno Alexandre Almeida Webber e orientada pelo Prof. Dr. Marcio Ajudarte Lopes

PIRACICABA
2015

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

W385c

Webber, Alexandre Almeida, 1975-
Centros de especialidades odontológicas como unidade de referência das neoplasias malignas de boca atendidas no hospital do câncer da união oeste paranaense de controle e combate ao câncer - UOPECCAN / Alexandre Almeida Webber. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Marcio Ajudarte Lopes.
Coorientador: Ana Lúcia Carrinho Ayroza Rangel.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Neoplasias bucais. 2. Atenção secundária à saúde. 3. Política de saúde. I. Lopes, Marcio Ajudarte,1967-. II. Rangel, Ana Lúcia Carrinho Ayroza. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Specialized dental clinics as reference unit of neoplasms mouth of malignant attended at the UOPECCAN cancer hospital
Palavras-chave em inglês:
Mouth neoplasms
Secondary care
Health policy
Área de concentração: Estomatologia
Titulação: Doutor em Estomatopatologia
Banca examinadora:
Marcio Ajudarte Lopes [Orientador]
Adriane de Castro Martinez Martins
Marina Berti
Pablo Agustin Vargas
Alan Roger dos Santos Silva
Data de defesa: 25-02-2015
Programa de Pós-Graduação: Estomatopatologia

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, em sessão pública realizada em 25 de Fevereiro de 2015 considerou o candidato ALEXANDRE ALMEIDA WEBBER aprovado.

Prof. Dr. MARCIO AJUDARTE LOPES

Profa. Dra. ADRIANE DE CASTRO MARTINEZ MARTINS

Profa. Dra. MARINA BERTI

Prof. Dr. PABLO AGUSTIN VARGAS

Prof. Dr. ALAN ROGER DOS SANTOS SILVA

Resumo

O Ministério da Saúde (MS), através de sua política de incentivos financeiros, vem promovendo um processo de reorganização da atenção à saúde bucal, com a implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito da atenção básica, e dos Centros de Especialização Odontológica (CEO) e Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD), na atenção secundária. Entre as atividades dos CEOs, faz parte, reconhecer não apenas as lesões de câncer bucal, mas também identificar as lesões com potencial de malignização. Diante destes fatos, este trabalho avaliou os Centros de Especialidades Odontológicas como unidade de referência das neoplasias malignas de boca atendidas no Hospital do Câncer da União Oeste Paranaense de Controle e Combate ao Câncer – UOPECCAN, Cascavel/PR. Analisou-se a origem do encaminhamento dos pacientes atendidos pelo cirurgião de cabeça e pescoço. Também foi verificada a produção de biópsias realizadas pelos cirurgiões dentistas nos CEOs com relação ao diagnóstico do câncer bucal. A amostra foi constituída por 311 pacientes que tiveram tumor primário na cavidade bucal entre o período de jan/2003 a dez/2013. Dos prontuários analisados 11,3% (35/311) foram encaminhados por serviços odontológicos e 70,6% (220/311) de serviços médicos. Também foram analisados os dados referentes às biópsias realizadas, no mesmo período, da 10ª, 12ª e 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, as quais possuem CEO e são atendidas pelo Hospital do Câncer da UOPECCAN. Foi possível observar que foram realizados os procedimentos em todas as regionais. Na 10ª RS e 12ª RS encontramos esses procedimentos a partir do ano seguinte à implantação dos CEOs e na 20ª RS, apenas no ano de 2010. Apesar dos grandes avanços alcançados pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) com a organização e divisão dos serviços de saúde bucal nos três níveis de atenção. É nítida a necessidade de divulgação dos CEOs como unidade de referência das neoplasias de cavidade oral, para atenção básica. Esta divulgação deve ser realizada não apenas para os cirurgiões-dentistas, mas para todos os profissionais de saúde deste nível de atenção.

Palavras-chave: Câncer bucal. Atenção secundária à saúde. Política de saúde.

Abstract

The Ministry of Health, through its policy of financial incentives, has been promoting a process of reorganization of oral health care, with the implementation of the Oral Health Teams (OHT) in the Family Health Strategy (FHS), under primary care, and Dental Centres of Specialisation (DCS) and Regional Laboratory of Dental Prosthetics (RLDP) in secondary care. Among the activities of DCS, is part, recognize not only the oral cancer lesions, but also to identify lesions with malignant potential. Based on these findings, this study evaluated the specialized dental clinics as reference unit of neoplasms mouth of malignant treated at the UOPECCAN Cancer Hospital, Cascavel PR. We have analyzed the origin of referral of patients seen by the head and neck surgeon. The production biopsies performed by dentists in DCS regarding the diagnosis of oral cancer was also verified. The sample consisted of 311 patients who had primary tumors in the oral cavity between the period of Jan 2003 to Dec 2013. From the medical records analyzed only 11,3% (35/311) were referred for dental services and 70,6% (220/311) of medical services. Also analyzed the data on biopsies performed during the same period, the 10th, 12th and 20th Regional State of Paraná Health, which have DCS and are served by the UOPECCAN Cancer Hospital. It was observed that the procedures were performed in all regional, in the 10th and 12th Regional health find these procedures from the year following the implementation of the DCS and the 20th RS, only in the year 2010. Despite the substantial progress achieved by National policy of oral health with the organization and division of oral health services in the three levels of care. There is a clear need for disclosure of DCS as reference unit of cancers of the oral cavity, for primary care. Such disclosure shall be made not only for the dentist, but for all health professionals of this level of care.

Keywords: Oral cancer. Secondary health care. Health policy.

Sumário

Dedicatória..... Xiii

Agradecimentos..... Xv

Introdução..... 1

Proposição..... 7

Capítulo 1: Centros de especialidades odontológicas como unidade de referência das neoplasias malignas de boca atendidas no hospital do câncer da união oeste paranaense de controle e combate ao câncer-Uopeccan 8

Conclusão..... 27

Referências..... 28

Anexo 1 - Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa..... 33

Dedicatória

À Deus.

À minha amada Mariana.

À minha princesa Heloisa.

Agradecimentos

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, na pessoa de seu diretor, Professor Doutor Guilherme Elias Pessanha Henriques.

À professora Dra. Cínthia Pereira Machado Tabchoury, Coordenadora Geral da Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas.

Ao Professor Doutor Alan Roger dos Santos Silva, coordenador do Programa de Pós-Graduação em Estomatopatologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas.

À Universidade Estadual do Oeste do Paraná, na pessoa do reitor Paulo Sergio Wolff, diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Joseane Rodrigues da Silva Nobre, coordenador de colegiado Eduardo Tanaka de Castro que em conjunto com a Universidade Estadual de Campinas viabilizaram a execução deste programa de doutorado.

Ao Professor Doutor Ricardo Della Coletta e Professora Doutora Ana Lucia Carrinho Ayroza Rangel pela iniciativa e o empenho de nos proporcionar o doutorado interinstitucional FOP/UNICAMP e UNIOESTE.

Ao meu orientador Professor Doutor Márcio Ajudarte Lopes, pela atenção e compreensão na forma de conduzir sua orientação, possibilitando o meu crescimento e a superação dos obstáculos ao longo desses anos.

Aos Professores Doutores do Departamento de Diagnóstico Oral, áreas de Patologia e Semiologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Ricardo Della Coletta, Alan Roger dos Santos Silva, Jacks Jorge Júnior, Pablo Agustin Vargas, Márcio Ajudarte Lopes, professores que participaram do Dinter FOP-UNICAMP/UNIOESTE, por sua dedicação e disponibilidade, de trazerem sua experiência e conhecimento para o interior do Paraná e possibilitarem que jovens

professores dessa região obtivessem uma formação igual a dos grandes centros do nosso país.

As pessoas e seus familiares que emprestaram seus dados clínicos para que esta pesquisa pudesse ocorrer.

Ao Hospital do Câncer UOPECCAN e seus funcionários que permitiram e viabilizaram os meios para a busca de prontuários e informações.

A Professora Adriane de Castro Martinesz Martins, uma grande amiga que me auxiliou do início ao fim, na execução deste trabalho, possibilitando grandes avanços na minha formação profissional. Minha gratidão e admiração.

A Professora Iris Sawazaki, que colaborou na execução deste trabalho.

Aos meus colegas de doutorado Eduardo Tanaka de Castro, Helenara Salvati Bertolossi Moreira, Gustavo Kyosen Nakayama, Iris Sawazaki, Joseane Rodrigues da Silva Nobre, José Neto da Costa, Juliana Cristina Frare, Satio Inagaki e Tatiana Santos Assumpção Iachinski. Obrigada pela companhia nesta caminhada.

A minha amada Mariana, pela ajuda incondicional na realização deste trabalho e compreensão na minha ausência.

A minha princesa Heloisa, por mesmo sem compreender, aceitar que o papai precisava trabalhar em casa nas noites e não podia brincar. Pela sua companhia a meu lado em diversas noites na tarefa de escrever essa Tese.

Ao meu pai, Valdir Antonio Webber, que sempre me ensinou o valor do conhecimento e a importância do caráter.

À minha mãe Rosita Almeida Webber, meu exemplo de garra. Sua maneira alegre de viver a vida e a garra para superar as dificuldades, ajudaram na minha formação e na maneira de encarar os desafios

A toda a equipe da Direção Geral do Campus de Cascavel – Unioeste, pelo apoio e dedicação na minha ausência.

A todos os meus alunos, que sempre me deram força e que me faz a cada dia ter certeza da escolha da minha profissão.

A todos os amigos e pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, meu muito obrigado!

Introdução

Na última década, observou-se que a reorganização da atenção básica está centrada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e com a implantação em 2001 de Equipes de Saúde Bucal (ESB) a odontologia começou a fazer parte da agenda da saúde pública no Ministério da Saúde (Brasil, 2000). Os incentivos federais contribuíram para a ampliação e a qualificação da mesma, e as prioridades neste nível de atenção, foram redefinidas. Dentro desta nova perspectiva, a odontologia ampliou sua atuação e a prevenção e controle do câncer bucal passou a fazer parte juntamente com a implantação e/ou aumento da resolutividade do pronto-atendimento, a inclusão de procedimentos mais complexos e também a inclusão da reabilitação protética (Brasil, 2004a). A implantação da ESB na ESF aumentou o acesso e ampliou a assistência à saúde bucal na atenção básica no âmbito do SUS (Kornis et al., 2011).

Somado a este fato, em 2004, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que ficou conhecida como “Brasil Sorridente”, cujas diretrizes também preconizam a ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que possuem como objetivos específicos atender a uma demanda reprimida por assistência em procedimentos odontológicos de média complexidade, complementando e servindo de referência para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades da ESF já existentes no país. Conforme a portaria ministerial, os CEOs devem obrigatoriamente realizar procedimentos nas especialidades de endodontia, periodontia, pacientes portadores de necessidades especiais, cirurgia oral menor e estomatologia, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal (Brasil, 2004b).

Com o intuito de organizar o encaminhamento de pacientes com lesões bucais suspeitas, o Ministério da Saúde, em 2006 publicou o protocolo e o fluxograma, tornando o CEO referência para estes casos, tendo assim o papel de norteador para os cirurgiões-dentistas da rede pública e privada (Brasil, 2006).

Porém, tendo em vista à magnitude do território brasileiro, ainda há situações onde a população e os profissionais de saúde desconhecem este serviço (Cimardi, 2009).

Segundo Maia (2008), em um estudo para o estado do Rio de Janeiro apontou para o caráter inconclusivo do processo de reorganização da atenção em saúde bucal na grande maioria dos municípios estudados e a ampliação do acesso e da oferta de serviços odontológicos tanto quantitativa quanto qualitativamente. Por outro lado, no estado do Paraná, na 10ª RS, ocorreu ampliação do acesso e da oferta de ações e serviços de saúde bucal (Webber, 2009).

A atenção em saúde bucal no nível terciário é apresentada na PNSB em duas frentes: Assistência Hospitalar e Atenção a Pacientes com Necessidades Especiais/Pessoa com Deficiência. Em relação à Assistência hospitalar, em 2005, com a edição da Portaria SAS/MS nº 743 o Ministério da Saúde possibilitou a emissão pelo cirurgião-dentista da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Esta portaria também define um novo modelo de laudo para solicitação/autorização de internação hospitalar no SUS e restringe a responsabilidade da emissão desse documento a três categorias de profissionais: médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros obstetras (Brasil, 2005a).

Também consta na apresentação desta política a atenção odontológica no credenciamento dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), mas vale ressaltar que a inserção da Odontologia como especialidade obrigatória no âmbito da atenção oncológica ocorreu em 1998, através da Portaria GM/MS nº 3.535 (Brasil, 1998). No ano de 2005 com a edição da Portaria SAS/MS nº 741 foram definidos os tipos de unidades assistenciais, além de estabelecer critérios para cadastramento de Centros de Atendimento em Oncologia (Brasil, 2005b).

Segundo o Ministério da Saúde, em relação aos recursos financeiros para o desenvolvimento da PNSB, entre 2003 e 2013 foram investidos mais de R$ 7 bilhões em ações de saúde bucal. Em 2002 estavam credenciadas 4.261 ESBs no

Brasil e em 2014 esse número aumentou para 23.175 ESBs distribuídas em 4.971 municípios, o que representa uma cobertura populacional de 89% dos municípios brasileiros e um aumento de 445% no número de ESBs implantadas. Antes de 2004, não havia registro de unidades de atendimento especializado em odontologia, credenciadas pelo Ministério da Saúde. No primeiro ano da PNSB foram credenciados 100 CEOs e após 10 anos 1.025 CEOs estão em atividade. Essa ampliação na oferta de atendimento especializado fez aumentar o número de procedimentos especializados realizados pelo SUS, que de 5,3 milhões em 2002, passou para 16,2 milhões em 2013 (Brasil, 2014a).

As estimativas confirmam que o câncer bucal representa um dos problemas de saúde pública de maior relevância em nosso país, fato que tem ao longo dos anos, estimulado a discussão da prevenção em diversas esferas do governo, a mudança nas políticas públicas de saúde e a reorganização dos serviços, uma vez que apesar dos avanços recentes nos métodos de diagnóstico, as lesões bucais são diagnosticadas em estágios avançados, prejudicando o prognóstico e aumentando o custo do tratamento (Parise, 2000; Rapoport et al., 2001; Inca, 2011).

Em referência as neoplasias malignas que acometem a cavidade oral, o carcinoma espinocelular (CEC), que também é denominado carcinoma epidermóide ou carcinoma de células escamosas representa 95% dos tumores malignos (Scully e Bagan, 2009).

A estimativa para 2014 publicada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) previa a ocorrência no Brasil de 11.280 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 4.010 em mulheres, números que representam um risco estimado de 11,54 casos novos a cada 100 mil homens e 3,92 a cada 100 mil mulheres (Inca, 2014).

Na última estimativa mundial, para o ano de 2012, apontava para 300 mil casos novos e 145 mil óbitos, por câncer de boca e lábio sendo este considerado um problema de saúde pública, ocorrendo em cerca de 80% em países em

desenvolvimento, sendo as mais altas taxas de incidência observadas em populações da Melanésia, do Centro-Sul Asiático, da Europa Oriental, Central e Ocidental, da África e da América Central (Inca, 2014).

O CEC é uma neoplasia maligna que se origina no epitélio de revestimento oral podendo acometer tanto a cavidade bucal (língua, assoalho da boca, gengiva, mucosa bucal e palato duro) como o lábio (Barnes et al., 2005).

Os fatores de risco mais relacionados ao CEC de cavidade oral são o tabaco e álcool, (La Vecchia et al.,1997; Massano et al., 2006; Anantharan et al., 2014). Devido ao maior consumo de álcool e tabaco, os homens apresentam maiores taxas de incidência que as mulheres (Warnakulasuriya, 2010). Entretanto, a radiação solar particularmente os raios ultravioletas é a principal causa do CEC de lábio (Cotran e Kumar, 2005; Souza et al., 2011). Sua predominância ocorre em homens com mais de 50 anos (Johnson et al., 2011).

A Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA-PR) atua administrativamente com base em 22 Regionais de Saúde (RS). Estas têm como função realizar atividades de cooperação e assessoria com as secretarias e departamentos de saúde dos 399 municípios paranaenses. Neste sentido, vale destacar que cada regional de saúde possui um responsável pelas ações de saúde bucal, o que demanda um grau de coordenação bastante elevado (Paraná, 2014).

Em relação à atenção a saúde bucal, a SESA-PR conta com um quadro de aproximadamente 120 cirurgiões-dentistas. A maioria foi contratada antes da municipalização do sistema de saúde, ou seja, num período em que a secretaria prestava assistência em saúde bucal apenas em escolas e unidades básicas (postos de saúde) estaduais. O extinto Instituto de Previdência do Estado do Paraná (IPE) também possuía cirurgiões-dentistas nos seus quadros, sendo que hoje esses profissionais se encontram lotados na SESA-PR. Essa secretaria atua na área de assistência à saúde, especialmente nos níveis de atenção secundária e terciária, ficando a atenção básica a cargo das Secretarias Municipais de Saúde.

No tocante à saúde bucal, temos no Estado do Paraná, ligados à SESA-PR, o Centro de Atendimento Integral ao Fissurado (CAIF) e o Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente (CRAID). Também existem os CEO ligados aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). Estes consórcios recebem mensalmente incentivos financeiros da SESA/PR e em alguns casos os cirurgiões-dentistas são cedidos pela Secretaria (Alcantara, 2008).

No tocante à atenção básica, segundo dados da página da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde, o Paraná, em dezembro de 2014, contava com 2.114 Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas, o que corresponde a uma cobertura populacional de 61,52%. Contudo, no tocante à saúde bucal, no mesmo período o Paraná possuía 1.290 Equipes de Saúde Bucal (ESB), divididas em modalidade I compostas por um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar de saúde bucal (ASB), e modalidade II, compostas por um CD, um ASB e um técnico em saúde bucal (TSB), com uma cobertura de 38 % da população (Brasil, 2014a).

Em relação à atenção secundária, no estado do Paraná até dezembro de 2014, estavam credenciados 52 CEOs, sendo 15 CEO tipo I, 25 CEO tipo II e 12 CEO tipo III, localizados em 39 municípios. Entretanto, no âmbito deste estado, estes serviços, via de regra estão vinculados aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), Municípios e Universidades (Brasil, 2014b).

Entre as atividades dos CEOs, faz parte, reconhecer não apenas as lesões de câncer bucal, mas também identificar as lesões com potencial de malignização, que deverão ser utilizadas como parâmetro de triagem e seleção de pacientes que necessitem de acompanhamentos clínico e laboratorial, mais rigorosos (Brasil, 2008) .Esta atuação se justifica uma vez que no Estado do Paraná, os dados apresentados pelo Hospital Erasto Gaertner, referência estadual que se localiza em Curitiba, 53,4% dos pacientes com câncer bucal apresentaram estadiamento III ou IV na admissão hospitalar, e as taxas de sobrevida para os estádios III e IV foram de 46,3% e 21,6% em 5 anos, em contraste com taxas de 79,5% e 59,7%

para os estádios I e II respectivamente. Esse diagnóstico tardio também foi encontrado por Caetano (2003), quando em sua pesquisa em 2000 relatou que 38,5% dos casos de câncer de boca registrados no Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina (CEPON/SC), estavam em estadiamentos III e IV, o que agrava o prognóstico do paciente.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde é uma preocupação antiga e que até hoje é discutida e se torna um instrumento capaz de redirecionar as ações que são realizadas e possibilita a melhoria das políticas públicas vigentes (Furtado, 2006).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar as ações de diagnóstico do câncer bucal que são realizadas dentro dos Centros de Especialidades Odontológicas, uma vez que as Equipes de Saúde Bucal das Unidades Básicas de Saúde e ESF em parceria com os CEOs devem, centrar esforços em manobras de vigilância e reconhecimento de pacientes que possuem fatores de risco para o câncer bucal, ou que apresentam lesões suspeitas da mucosa bucal, como previsto na Política do Brasil Sorridente.

Desta forma, este estudo fez uma avaliação das políticas vigentes que estão relacionadas com a prevenção do câncer bucal, possibilitando uma discussão e propondo mudanças se necessário.

Proposição

Geral:

- Identificar os Centros de Especialidades Odontológicas como unidade de referência das neoplasias malignas de boca, atendidas no Hospital do Câncer da União Oeste Paranaense de Controle e Combate ao Câncer – UOPECCAN, Cascavel/PR.

Específicos:

- Quantificar os procedimentos realizados pelos cirurgiões dentistas dos CEOs que se relacionam com o diagnóstico e prevenção do câncer bucal.

- Identificar a unidade de saúde que referenciou os pacientes com câncer bucal atendidos no Hospital do Câncer da UOPECCAN.

- Identificar a origem do encaminhamento por profissional de saúde.

Capítulo 1

CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS COMO UNIDADE DE REFERÊNCIA DAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE BOCA ATENDIDAS NO HOSPITAL DO CÂNCER DA UNIÃO OESTE PARANAENSE DE CONTROLE E COMBATE AO CÂNCER- UOPECCAN

SPECIALIZED DENTAL CLINICS AS REFERENCE UNIT OF NEOPLASMS MOUTH OF MALIGNANT ATTENDED AT THE UOPECCAN CANCER HOSPITAL

Alexandre Almeida Webber
Márcio Ajudarte Lopes

Universidade Estadual do Oeste do Paraná , Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Curso de Odontologia, PR, Brasil.

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Departamento de Diagnóstico Oral, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Alexandre Almeida Webber
R. Rio Grande do Sul, 1511
CEP 85801-011 Cascavel, PR, Brasil
E-mail: alexandrewebber@yahoo.com.br

RESUMO

OBJETIVO: Identificar os Centros de Especialidades Odontológicas como unidade de referência das neoplasias malignas de boca, atendidas no Hospital do Câncer da União Oeste Paranaense de Controle e Combate ao Câncer – UOPECCAN, Cascavel/PR.

MÉTODOS: A amostra foi constituída por 311 pacientes que tiveram tumor primário na cavidade bucal entre o período de jan/2003 a dez/2013, atendidos pelo Hospital do Câncer da UOPECCAN – Cascavel, PR. Analisou-se a origem do encaminhamento dos pacientes atendidos pelo cirurgião de cabeça e pescoço. Também foi verificada a produção de biópsias realizadas pelos cirurgiões dentistas nos CEOs com relação ao diagnóstico do câncer bucal.

RESULTADOS: Dos prontuários analisados 11,3% (35/311) foram encaminhados por serviços odontológicos e 70,6% (220/311) por serviços médicos. Também foram analisados os dados referentes a biópsias realizadas, no mesmo período, da 10ª, 12ª e 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, as quais possuem CEO e são atendidas pelo Hospital do Câncer da UOPECCAN. Foi possível observar que foram realizados os procedimentos em todas as regionais, na 10ª RS e 12ª RS encontramos esses procedimentos a partir do ano seguinte à implantação dos CEOs e na 20ª RS, apenas no ano de 2010.

CONCLUSÕES: Apesar dos grandes avanços alcançados pela PNSB com a organização e divisão dos serviços de saúde bucal nos três níveis de atenção, é nítida a necessidade de divulgação dos CEOs como unidade de referência das neoplasias de cavidade oral para atenção básica. Esta divulgação deve ser realizada não apenas para os CDs, mas para todos os profissionais de saúde deste nível de atenção.

Palavras-chave : Câncer bucal. Atenção secundária à saúde. Política de saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Identify of Dental Specialty Centers as a reference of neoplasms of the oral cavity treated at the UOPECCAN Cancer Hospital, Cascavel / PR.

METHODS: We analyzed the source of referral of patients treated by head and neck surgeons. We also observed the production of biopsies performed by dentists CEOs in the early diagnosis of oral cancer. The sample consisted of 322 patients who had primary tumors in the oral cavity between the period Jan / 2003 to Dec / 2013, attended by the UOPECCAN Cancer Hospital, Cascavel, PR.

RESULTS: Of the records analyzed only 11,3% (35/311) were referred for dental services and 70,6% (220/311) of medical services. Data regarding biopsies performed during the same period, the 10th, 12th and 20th Regional Health of the State of Paraná, which have and are served by the CEO of the UOPECCAN Cancer Hospital, were also analyzed. It was observed that the procedures were performed in all regional, in the 10th and 12th Regional Health found these procedures from following the deployment of the CEOs at the 20th year and Regional Health, only in 2010.

CONCLUSIONS: Despite the great progress made by the NBSP with the organization and division of oral health services in the three levels of care, there is a clear need for disclosure of CEOs as a reference of neoplasms in the oral cavity for primary care. This disclosure must be made not only for CDs, but for all health professionals of this level of attention.

Keywords: Oral cancer. Secondary health care. Health policy.

INTRODUÇÃO

Na última década, observou-se que a reorganização da atenção básica está centrada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e com a implantação em 2001 de Equipes de Saúde Bucal (ESB) a odontologia começou a fazer parte da agenda da saúde pública no Ministério da Saúde.[2] Os incentivos federais contribuíram para a ampliação e a qualificação da mesma, e as prioridades neste nível de atenção, foram redefinidas. A prevenção e controle do câncer bucal, passou à fazer parte juntamente com a implantação e/ou aumento da resolutividade do pronto-atendimento, a inclusão de procedimentos mais complexos e também a inclusão da reabilitação protética que busca a ampliação do acesso aos serviços de Atenção Básica em Saúde Bucal .[3] Com a implantação da ESB na ESF ocorreu aumento no acesso e na assistência à saúde bucal no âmbito do SUS a partir de 2001.[19]

Somado a este fato, em 2004, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que ficou conhecida como “Brasil Sorridente”, cujas diretrizes também preconizam a ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).[4]

Com o intuito de organizar o encaminhamento de pacientes com lesões bucais suspeita, o Ministério da Saúde, em 2006 publicou o protocolo e o fluxograma tornando o CEO referência para estes casos, tendo assim o papel de norteador para os cirurgiões-dentistas da rede pública e privada.[5]

Segundo o Ministério da Saúde, em relação aos recursos financeiros para o desenvolvimento da PNSB, entre 2003 e 2013 foram investidos mais de R$ 7 bilhões em ações de saúde bucal. Em 2002 estavam credenciadas 4.261 ESBs no Brasil e em 2014 esse número aumentou para 23.175 ESBs distribuídas em 4.971 municípios, o que representa uma cobertura populacional de 89% dos municípios brasileiros e um aumento de 445% no número de ESBs implantadas. Antes de

2004, não haviam unidades de atendimento especializado em odontologia, credenciadas pelo Ministério da Saúde. No primeiro ano da PNSB foram credenciados 100 CEOs e após 10 anos 1.025 CEOs estavam em funcionamento. Essa ampliação na oferta de atendimento especializado fez aumentar o número de procedimentos especializados realizados pelo SUS, que em 2002 era de 5,3 milhões para 16,2 milhões em 2013.[6]

As estimativas confirmam que o câncer bucal representa um dos problemas de saúde pública de maior relevância em nosso país, fato que tem ao longo dos anos, estimulado a discussão da prevenção em diversas esferas do governo, a mudança nas políticas públicas de saúde e a reorganização dos serviços, uma vez que apesar dos avanços recentes nos métodos de diagnóstico, as lesões bucais são diagnosticadas em estágios avançados, prejudicando o prognóstico e aumentando o custo do tratamento.[17,21,22]

A estimativa para 2014, publicada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA)[18] prevê a ocorrência de 11.280 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 4.010 em mulheres, valores que representam um risco estimado de 11,54 casos novos a cada 100 mil homens e 3,92 a cada 100 mil mulheres.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde é uma preocupação antiga e que até hoje é discutida e se torna um instrumento capaz de redirecionar as ações que são realizadas e possibilita a melhoria das políticas públicas vigentes.[14]

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar as ações de diagnóstico do câncer bucal que são realizadas dentro dos Centros de Especialidades Odontológicas, como unidade de referência das neoplasias de cavidade oral atendidas no Hospital do Câncer da União Oeste Paranaense de Controle e Combate ao Câncer – UOPECCAN, Cascavel/PR, uma vez que as Equipes de Saúde Bucal da UBS/ESF em parceria com os CEOs, devem centrar esforços em manobras de vigilância e reconhecimento de pacientes que possuem

fatores de risco para o câncer bucal, ou que apresentam a presença de atipias da mucosa bucal, como previsto na Política do Brasil Sorridente.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, a partir de informações secundárias. Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia de Piracicaba FOP – UNICAMP, pelo parecer 449.288 em 06/11/2013. O estudo foi realizado em duas etapas: Coleta de dados a partir de Prontuários do Hospital do Câncer da UOPECCAN e dados do *site* do DATASUS. A coleta de dados dos Prontuários do Hospital do Câncer da UOPECCAN possibilitou o levantamento dos dados referentes a pacientes com diagnóstico de neoplasia em região de cavidade oral e lábio nos anos de 2003 a 2013. Foram coletados dados como idade no início do tratamento, gênero, localização da neoplasia, tipo de neoplasia e origem do encaminhamento. Pacientes com neoplasias cuja à lesão inicial não ocorreu na cavidade bucal ou lábio ou falta de informações nos prontuários foram excluídos.

A partir do *site* do DATASUS http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php, foram extraídos os dados referentes à quantidade aprovada “Série Histórica da Produção Ambulatorial”, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2013, das Regionais de Saúde do Estado do Paraná que possuem CEO e são atendidas pelo Hospital do Câncer da UOPECCAN. Para o período selecionado, os dados se encontram dispostos em duas variáveis: “Produção ambulatorial - de 1994 a 2007 e Produção ambulatorial, por local de atendimento - a partir de 2008” e essa categorização abrange tanto a tabela em vigor até dezembro de 2007 como a tabela vigente a até 2014. A partir de 2008 ocorreram mudanças nos códigos de alguns procedimentos.

Com o objetivo de construir um conjunto de informações sobre a produção ambulatorial de biópsias da 8ª, 10ª, 12ª e 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, que possuem Centros de Especialidades Odontológicas que atuam na

área de abrangência do Hospital do Câncer da UOPECCAN, foram selecionados os seguintes procedimentos: Nos anos 2003 até 2007 (Procedimentos após 10/99) que para efeito de comparação serão agrupados os procedimentos: Biópsia de boca, Biópsia de tecido da cavidade bucal, Biópsia de lábio, Biópsia de língua e Biópsia de glândula salivar. No período de janeiro de 2008 a dezembro de 2013, foram agrupados os procedimentos: Biópsia de tecidos moles da boca e Biópsia de glândula salivar.

Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas (Excel 2007, Microsoft, EUA).

RESULTADOS

Foram analisados 608 prontuários de pacientes atendidos pelos cirurgiões de cabeça e pescoço entre o período de jan/2003 a dez/2013 no Hospital do Câncer da UOPECCAN, Paraná, Brasil. Destes, 297 foram excluídos por ter neoplasias cuja lesão inicial não ocorreu na cavidade bucal ou lábio. A amostra foi constituída por 311 pacientes que tiveram tumor primário na cavidade bucal cujas características coletadas estão detalhadas na tabela 1.

Destes pacientes, o maior percentual 28,6% (89/311) estava na faixa etária entre 50 e 59 anos e em relação à cor de pele 94,9% (295/311) foram de leucodermas. Os pacientes do sexo masculino representam 79,1% (246/311) da amostra (Tabela 1).

Com relação aos dados da doença apresentada pelos pacientes, observou-se que o carcinoma espinocelular representou 91,3% (284/311) dos casos, sendo a língua a localização com maior incidência 32,8% (102/311) (Tabela 1).

Dos prontuários analisados apenas 11,3% (35/311) foram encaminhados por serviços odontológicos e 70,6% (220/322) por serviços médicos. Também encontrou-se, 3,5% (11/311) de pacientes encaminhados por outros serviços oncológicos para tratamento. Os 4,5% (14/311) restantes correspondem aos

pacientes que foram encaminhados pelo ambulatório do próprio Hospital do Câncer da UOPECCAN, que atende pacientes que chegam diretamente no hospital. Em 10% (31/311) dos prontuários não foi possível encontrar o encaminhamento (Tabela 2).

Também foram analisados os dados referentes à quantidade aprovada "Série Histórica da Produção Ambulatorial", no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2013, da 8ª, 10ª, 12ª e 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, as quais possuem CEO e são atendidas pelo Hospital do Câncer da UOPECCAN.

Nessas regionais de saúde contamos com 6 CEOs credenciados, sendo 3 Tipo 3, 2 tipo 2 e 1 Tipo 1. Destes, 3 iniciaram seu funcionamento no ano de 2006 início da implantação dos CEOs no Brasil. O CEO da 8ª RS foi credenciado apenas em 2014, portanto foi excluída a produção de biópsias desta regional de saúde (Tabela 3).

Analisando a produção de biópsias na esfera administrativa, onde estão credenciados os CEOs das RS, podemos observar que foram realizados os procedimentos em todas as regionais. Na 10ª RS e 12ª RS encontramos esses procedimentos a partir do ano seguinte à implantação dos CEOs e na 20ª RS, apenas no ano de 2010 conforme o gráfico 1. Na 10ª RS encontramos produção a partir de 2007, onde foram realizadas 89 biópsias de cavidade bucal e se mantem até 2013 com produção de 96. Nesta RS, apesar de ser credenciado na esfera municipal o segundo CEO em outubro de 2012, não encontrou-se produção no ano seguinte. Na 12ª RS foi possível observar um crescimento da produção constante onde em 2007 obteve-se uma produção de 112 e no ano seguinte, a produção dobrou para 240 coincidindo com a implantação de mais um CEO. Esta produção continuou crescendo até o ano de 2010, mas a partir de 2011 não encontramos registro de biópsias. Na 20ª RS encontramos apenas 13 biópsias produzidas em 2010 (Figura 1).

DISCUSSÃO

Neste trabalho a amostra representou 51% (n=311) dos pacientes atendidos no Hospital do Câncer da UOPECCAN, pelo cirurgião de cabeça e pescoço, e sendo 79,1% (246/311) homens e 20,9% (65/311) mulheres, com 28,6% (89/311) na quinta década de vida, com média de idade de 59,4 anos. Nas pesquisas realizadas nos estados de São Paulo, Pernambuco e Ceará, foram encontradas taxas de homens variáveis entre 60,9% a 69,2% e a idade média de 61a 63 anos.[1,13,25,20] Essa incidência maior entre os homens, na literatura estudos mostram que é devido ao maior consumo de tabaco e álcool .[20,27] Nas regiões Nordeste e Sudeste as neoplasias de cabeça e pescoço estão entre as cinco mais frequentes, o que não ocorre na região Sul do Brasil, no entanto o perfil da prevalência deste estudo é compatível com o perfil nacional .[18]

Em relação aos dados relativos à doença, o diagnóstico da maioria dos casos foi de CEC (91,3%), como identificado por Scully & Bagan[24] (2009), Góes et al[16] (2009) e Nogueira et al[20] (2012) onde respectivamente 95%, 80,85% e 87% dos casos eram CEC.

Quando avaliamos a localização da lesão, a maior frequência foi na língua 32,8%. Podemos encontrar essa maior prevalência nessa região nos trabalhos de Gervasio et al[15] (2001), Durazzo et al[13](2005) , Góes et al[16](2009), Teixeira et al[25](2009), Cruz et al[10](2012) e Nogueira et al[20](2012).

É possível observar que a atuação do CD no diagnóstico de câncer bucal ainda representa uma pequena parcela. Dos 311 casos analisados de câncer bucal, apenas 35 casos (11,3%) foram encaminhados por serviços odontológicos. Esse fato já havia sido constatado em um estudo em dois Hospitais de Santos (SP) entre 1997 e 2000, quando somente 14% dos encaminhamentos de câncer bucal e orofaringe foram realizados por CD.[12] Também ao avaliar os 101 casos encaminhados ao Hospital de Uberaba (MG), entre os anos de 1999 a 2003, Daher et al[11](2008) verificou que apenas 5 foram encaminhados por CDs.

Dos 35 encaminhamentos realizados por serviços odontológicos, 20 (57,7%) foram encaminhados por CEOs e 15 (42,3%) por CDs na atenção básica. Esse dado revela que além do pequeno encaminhamento realizado por CDs, mais de 40% foram encaminhados diretamente ao nível terciário de saúde, demostrando o desconhecimento do CDs em relação à referência de média complexidade (CEO), conforme o protocolo e fluxograma proposto pelo Ministério da Saúde (2006)[5], no caderno de atenção básica nº 17, com o intuito de organizar o encaminhamento de pacientes com lesões bucais suspeitas.

Com o objetivo de avaliar o conhecimento e a prática coletiva dos CDs do estado de Santa Catarina sobre câncer bucal, Cimardi[9] (2009) enviou 385 questionários por correio ou correio eletrônico (email). Apenas 19,7% no correio convencional e 1,4% por email foram respondidos, demostrando um baixo interesse da população alvo. Destes 74,2% relatam baixa confiança para realização do diagnóstico do câncer bucal, 27,27% não realizam exame em seus pacientes na busca por lesões suspeitas e o CEO foi apontado por apenas 11,7% da amostra, como unidade de referencia para lesões suspeitas.

No que se refere aos CEOs como unidade de referência das neoplasias malígnas de boca, observou-se que em apenas um CEO não foi encontrado produção de biópsias, mas é preciso observar que este CEO estava no primeiro ano de funcionamento e na mesma cidade possui outro já consolidado com este serviço. No CEO da 20ª RS encontrou-se produção de biópsia apenas no ano de 2010, apesar deste serviço estar credenciado desde 2006, mas este dado comprova a capacidade deste estabelecimento para realização deste procedimento.

Rodrigues et al[23] (2013) realizaram um estudo para avaliar o fluxo de referência para um CEO implantado em uma cidade de médio porte na região Sudeste. Seu estudo indica que as implantações dos CEOs preencheram uma lacuna de décadas na atenção secundária em saúde bucal. Mas é necessário à

continuidade em investimentos na educação continuada dos profissionais envolvidos, sendo a organização da referência e contra referência o caminho para uma assistência integral em saúde.

Foi avaliado, a qualidade e a efetividade do cuidado ao câncer bucal em 7 CEOs implantados em várias regiões do estado do Paraná, tendo como parâmetro o intervalo entre a primeira consulta e o diagnóstico (tempo profissional) e na capital fazer a comparação do tempo profissional do CEO com o do CACON do Hospital Erasto Gaertner(HEG). Este estudo encontrou aspectos positivos, tendo em vista a qualidade do cuidado ao câncer bucal nos CEOs do Paraná avaliados e verificou a prevalência de diagnósticos tardios no CACON em Curitiba(PR), indicando para necessidade de fortalecimento das ações de prevenção na atenção Básica.[8]

A importância do fortalecimento da atenção básica é possível observar no estudo realizado no Município de Marília (SP), no qual foi analisado, uma ação de prevenção e detecção precoce do câncer bucal entre os anos de 2006 a 2011, verificando que essa estratégia levantada pelos 96 CDs da rede básica de saúde, realizando exames na população acima de 60 anos, ampliou a cobertura que era de 21% no ano de 2006, para 62% em 2011. Este fato propiciou a detecção de lesões de câncer bucal precocemente, com o encaminhamento para o CEO, permitindo o tratamento com um prognóstico mais favorável.[7]

Torres-Pereira et al[26] (2012) relatam em seu estudo, sobre a abordagem do câncer de boca nos níveis de atenção primário e secundário, que apesar de alguns estudos que abordam o impacto referente aos CEOs no SUS, ainda não é possível analisar “sob o ponto de vista da Epidemiologia e do impacto nos indicadores de incidência e mortalidade do câncer de boca no pais”. Também aponta para necessidade de avaliações, permitindo assim, tornar os CEOs como estratégia eficaz ao nível secundário, na atenção ao câncer de boca no país.

Apesar dos grandes avanços alcançados pela PNSB com a organização e divisão dos serviços de saúde bucal nos três níveis de atenção, é nítida a necessidade de divulgação dos CEOs, da região estudada, como unidade de referência das neoplasias de cavidade oral, para atenção básica. Esta divulgação deve ser realizada para os cirurgiões-dentistas, bem como para todos os profissionais de saúde deste nível de atenção.

Tabela 1 – Características dos pacientes e lesão, do estudo. (n=311)

Característica	Frequência	%
Idade		
Não Informado	3	1
menor de 40	15	4,8
40-49	49	15,8
50-59	89	28,6
60-69	88	28,3
70-79	54	17,4
maior de 80	13	4,2
Gênero		
Masculino	246	79,1
Feminino	65	20,9
Cor		
Leucoderma	296	95,2
Feoderma	3	1
Melanoderma	12	3,9
Localização primária da neoplasia		
Lábio	92	29,6
Língua	102	32,8
Gengiva/Rebordo alveolar	14	4,5
Região Retromolar	11	3,5
Assoalho Bucal	31	10
Palato	35	11,3
Glândulas Salivares Menores	16	5,1
Mucosa Jugal	5	1,6
Outros	5	1,6
Tipo histológico		
Carcinoma Espinocelular	284	91,3
Carcinoma Basocelular *	7	2,3
Adenocarcinoma	4	1,2
Adenocarcinoma de células acinares	1	0,3
Carcinoma Adenoide Cístico	3	1
Carcinoma Mucoepidermóide	1	0,3
Melanoma	1	0,3
Outros	10	3,2

*Todos os 7 casos de carcinoma Basocelular ocorreram no lábio.

Tabela 2 – Origem do encaminhamento dos pacientes atendidos.

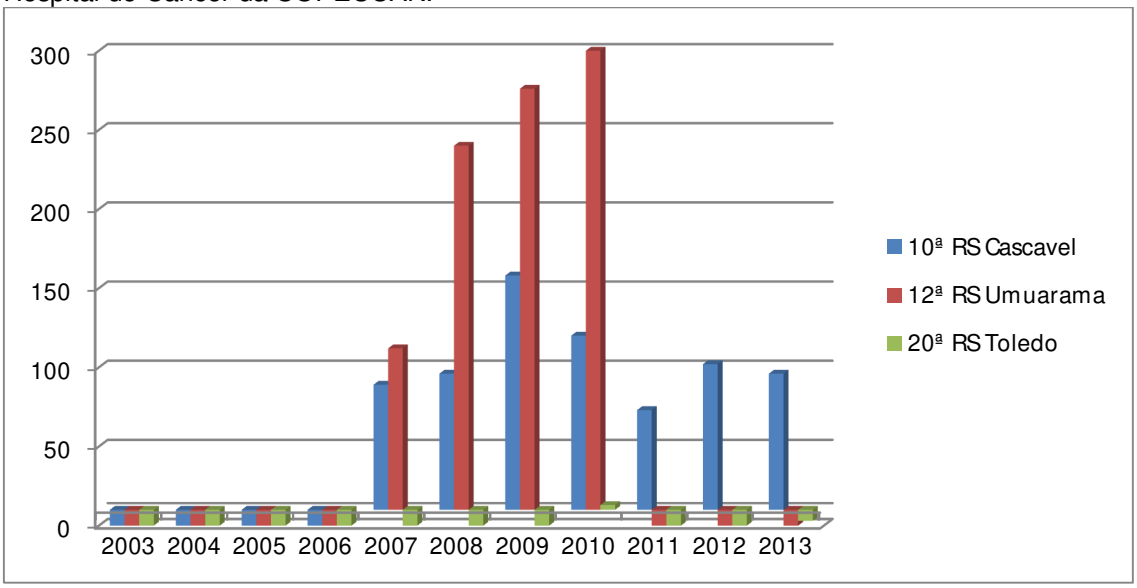
Origem do encaminhamento	Frequência	%
Não Informado	31	10
Serviços Odontológicos		
Centro de Especialidades Odontológicas	20	6,4
Cirurgião Dentista UBS	8	2,6
Cirurgião Dentista Particular	7	2,3
Total	**35**	**11,3**
Serviços Médicos		
Médico UBS	116	37,3
Médico CRE	57	18,3
Médico Particular	39	12,5
Médico Outros Serviços	8	2,5
Total	**220**	**70,6**
Outro Serviços Oncológicos	11	3,5
Ambulatório Uopeccan	14	4,5

Tabela 3 – CEOs das Regionais de saúde atendidas pela UOPECCAN

Municipio	**Tipo de CEO**	**Regional de Saúde**	**Portaria de credenciamento**
CASCAVEL´- UNIOESTE	Estadual	3	10ª	117 GM 19/01/06
CASCAVEL - UNIPAR	Municipal	1	10ª	2293 GM 02/10/12
FRANCISCO BELTRÃO	Municipal	2	8ª	634 GM 23/04/14
TOLEDO	Estadual	3	20ª	118 GM 19/01/06
UMUARAMA	Mucicipal	2	12ª	118 GM 19/01/06
UMUARAMA	Municipal	3	12ª	2757 GM 18/11/08

Fonte: Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica (DAB)

Figura 1 – Produção de biópsias na cavidade bucal das regionais de Saúde atendidas pelo Hospital do Câncer da UOPECCAN.



Referências

1. Antunes AA, Takano JH, Queiroz TC, Vidal AKL. Perfil epidemiológico do câncer bucal no CEON/HUOC/UPE e HCP. *Odontologia, Clínica- Científica*. 2003; 2(3): 181-6
2. Brasil. Ministério da Saúde. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família Portaria GM n.1.444 de 28 de dezembro de 2000.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.570, de 29 de julho de 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 Jul, 2004a.
4. 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, 2004b.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica no17: saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Sala de Apoio a Gestao Estratégica. Acesso em outubro de 2014. Disponível em: http://189.28.128.178/sage/.
7. Bulgareli JV, Diniz OCCFD, Faria ET, Vazquez FL, Cortelazzi KL, Pereira AC. Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2013; 18(12): 3461-3473.
8. Campos DHCC. Centros de Especialidades Odontológicas em Municípios do Paraná: qualidade do cuidado e efetividade na atenção ao Câncer Bucal. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, na Área de Concentração Saúde Coletiva, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito à obtenção do título de Mestre. Curitiba. 2008.

9. Cimardi ACBS, Fernandes APS. Câncer da boca: a prática e a realidade clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina. *RFO UPF.* 2009; 14:99-104.
10. Cruz ACS, Franzolin SOB, Pereira AAC, Beijo LA, Hanneman JAC, Cruz JRS. Carcinoma de Células Escamosas da Boca: Concordância Diagnóstica em Exames Realizados no Laboratório de Anatomia Patológica da Universidade Federal de Alfenas. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2012; 58(4): 655-661.
11. Daher GC, Pereira GA, Oliveira ACD. Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(4): p. 584-596.
12. Dedivitis, RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características Clínico-Epidemiológicas no Carcinoma Espinocelular de Boca e Faringe. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2004;70(1): 35-40.
13. Durazzo MD, Araújo CEN, Brandão Neto JS, Potenza AS, Costa P, Takeda F, Bianchi C, Tavares MR, Silva Filho GB, Ferraz AR. Clinical and epidemiological features of oral cancer in a medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases. *Clinics.* 2005; 60(4).
14. Furtado JP. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, Gastão Wagner; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 715-740.
15. Gervasio OLAS, Dutra RA, Tartaglia SMA, Vasconcellos WA, Barbosa AA, Aguiar MC. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. *Braz Dent J.* 2001; 12: 57-61.

16. Góes, C; Ramalho, LMP; Cangussu, MCT; Oliveira, LR. Perfil epidemiológico do paciente com câncer de cabeça e pescoço atendido no setor de odontologia do Hospital Aristides Maltez (Salvador-Bahia). *Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia*.2009; 38: 27-38.
17. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva(INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. Inca, 2011.
18. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro. Inca, 2014.
19. Kornis G, Machado E, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis* [online]. 2011; 21(1):197-215. Acesso em outubro de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a11.pdf>.
20. Nogueira AS, Pereira KMA, Turatti E, Pouchain EC, Costa FWG, Taboza ZA, Teixeira EH. Perfil Epidemiológico de 23 casos de neoplasias malignas da cavidade oral atendidos em uma instituição odontológica de nível secundário. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*.2012;41(4): 181-185.
21. Parise Junior O. Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 117-179.
22. Rapoport A, Kowalski LP, Herter NT, Brandão LG, Walder F. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Boca. *Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. 2001. Acesso em outubro 2014. Disponível em:http://projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/023.pdf.
23. Rodrigues LA, Vieira JDM, Leite ICG. Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região Sudeste. *Cad. Saúde Colet.* 2013; 21 (1): 40-50.

24. Scully C, Bagan JV. Oral squamous cell carcinoma: overview of current understanding of aetiopathogenesis and clinical implications. *Oral Dis*. 2009; 15(6): 388–99.
25. Teixeira, AKM; Almeida, MEL; Holanda, ME; Souza, FB; Almeida, PC. Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2009; 55(3): 229-236.
26. Torres-Pereira CC, Dias AA, Melo NS, Lemos Junior CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad. Saúde Pública. 2012;* 28 :30-39.
27. Warnakulasuriya S. Living with oral cancer: Epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. *Oral Oncol*. 2010; 46(6): 407–10.

Conclusão

1. Os Centros de Especialidade Odontológicas verificados, apesar de realizarem o procedimento de biópsia, ainda representam um pequeno papel como unidade de referência das neoplasias malignas de boca.

2. Apesar dos grandes avanços alcançados pela PNSB com a organização e divisão dos serviços de saúde bucal nos três níveis de atenção, é nítida a necessidade de divulgação dos CEOs da região estudada, como unidade de referência das neoplasias de cavidade oral, para atenção básica. Esta divulgação deve ser realizada para os CDs, bem como para todos os profissionais de saúde deste nível de atenção.

Referências*

Alcantara CM. A experiência do Paraná. In: Moyses ST, Kriger L, Moyses SJ, editors. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências.1 ed.Artes Médicas, 2008. p.39.

Anantharaman D, Chabrier A, Gaborieau V, Franceschi S, Herrero R, Rajkumar T. Genetic variants in nicotine addiction and alcohol metabolism genes, oral cancer risk and the propensity to smoke and drink alcohol: a replication study in India. PLoS One. 2014; Feb 5; 9(2): e88240.

Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sindransky D. Pathology & genetics head and neck tumours. World health organization classification of tumours. In: Slootweg PJ, Eveson JW. Tumours of the oral cavity and oropharynx: Introduction. In: Johnson N et al. Squamous cell carcinoma Lyon: IARCPress, 2005; p.166-75.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.535, de 02 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia.1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n.1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.570, de 29 de julho de 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2004a.

*De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

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. 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 743, de 22 de dezembro de 2005. Define novos modelos de Laudos para solicitação/ autorização de internação hospitalares no SUS e estabelece que a emissão da AIH está restrita à responsabilidade das seguintes categorias profissionais: médico, cirurgião-dentista e enfermeiro (a) obstetra; 2005a [acesso 2014 Out 15].
Disponível em:
<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/3521-743>.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 741 de 19 de dezembro de 2005. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 17: saúde bucal. 2006; 92 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Sala de Apoio a Gestao Estratégica; 2014a [acesso 2014 out 10]. Disponível em: http://189.28.128.178/sage/.

Brasil. Ministério da Saúde.Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal; 2014b [acesso 2014 out 10].
Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/mapa_centro_especialidades/CEO_PR.php .

Caetano JC. A epidemiologia do câncer bucal em Santa Catarina. Anais II Congresso Sul Brasileiro de Câncer de Boca e II Fórum de Discussão em Diagnóstico Bucal, 2003.

Cimardi ACBS, Fernandes APS. Câncer da boca: a prática e a realidade clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina. RFO UPF, 2009; 14:99-104.

Cotran, Kumar R. Patologia - Bases patológicas das doenças. 7ª ed. Rio de Janeiro : Elsevier; 2005.

Furtado JP. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, Gastão Wagner; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006; p. 715-740.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2014.

Johnson NW, Jayasekara P, Amarasinghe AAHK. Squamous cell carcinoma and precursor lesions of the oral cavity: epidemiology and aetiology. Periodontol 2000. 2011; 57(1): 19–37.

Kornis G, Machado E, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. Physis [online]. 2011; 21(1): 197-215 [acesso 2014 out 10}. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a11.pdf>.

La Vecchia C, Tavani A, Franceschi S,Levi F, Corrao G, Negri E. Epidemiology and Prevention of OralCancer. Oral Oncology 1997; 33: 02-312.

Maia, L.S. Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no Estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2008.

Massano J, Regateiro FS, Januário G,Ferreira A. Oral squamous cell carcinoma: review of prognostic and predictive factors. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol and Endod. 2006;102: 67-76.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR); 2014 [acesso 2014 out 15]. Disponível em: < http://www.saude.pr.gov.br/ >

Parise Junior O. Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier, 2000.

Rapoport A, Kowalski LP, Herter NT, Brandão LG, Walder F. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Boca. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço; 2001 [acesso 2014 out 10].
Disponível em: http://projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/023.pdf.

Souza RL, Fonseca-Fonseca T, Oliveira-Santos CC, Corrêa GTB, Santos FBG, Cardoso CM, et al. Lip squamous cell carcinoma in a Brazilian population: epidemiological study and clinicophatological associations. Med Oral Patol Cir Bucal. 2011.

Scully C, Bagan JV. Oral squamous cell carcinoma: overview of current understanding of aetiopathogenesis and clinical implications. Oral Dis. 2009; 15(6): 388–99.

Warnakulasuriya S. Living with oral cancer: Epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. Oral Oncol. 2010; 46(6): 407–10.

Webber AA. Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal em Cascavel e demais municípios integrantes da 10ª Regional de Saúde no Estado do Paraná. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2009.

Anexo 1 - Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa **"Resolutividade dos Centros de Especialidades Odontológicas como unidade de referência das neoplasias de cavidade oral atendidas no Hospital do Câncer da União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer - UOPECCAN"**, protocolo nº 070/2013, dos pesquisadores Alexandre Almeida Webber e Marcio Ajudarte Lopes, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 06/11/2013.

The Ethics Committee in Research of the Piracicaba Dental School - University of Campinas, certify that the project**"Resolvability of Specialized Dental Clinics as reference unit of tumors of the oral cavity treated at the Cancer Hospital of West Union Paranaense Studies and Fight Cancer - UOPECCAN"**, register number 070/2013, of Alexandre Almeida Webber and Marcio Ajudarte Lopes, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee on Nov 06, 2013.

Prof. Dr. Felippe Bevilacqua Prado
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP

Profa. Dra. Lívia Maria Andaló Tenuta
Coordenadora
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.