

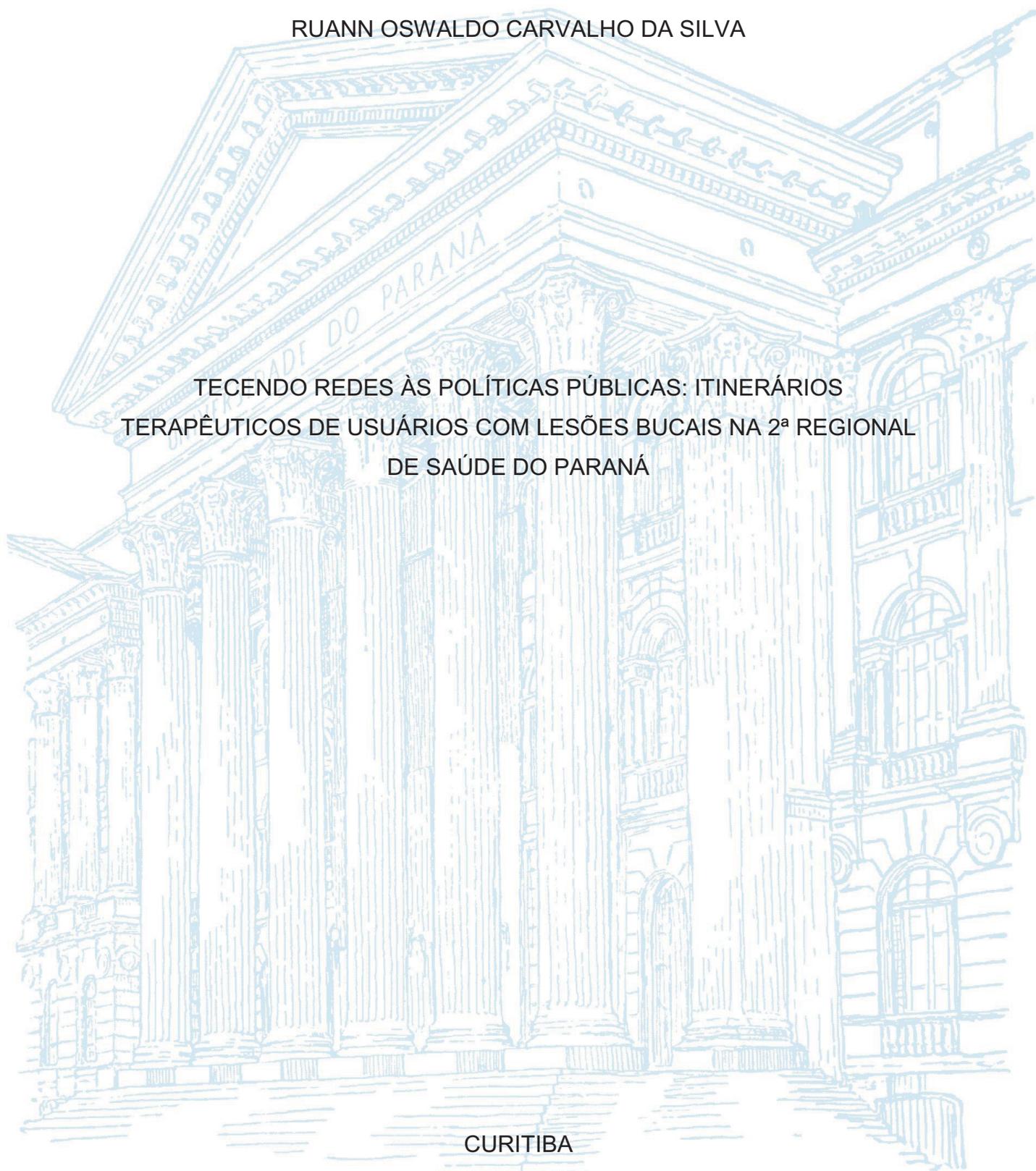
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RUANN OSWALDO CARVALHO DA SILVA

TECENDO REDES ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS: ITINERÁRIOS
TERAPÊUTICOS DE USUÁRIOS COM LESÕES BUCAIS NA 2ª REGIONAL
DE SAÚDE DO PARANÁ

CURITIBA

2019



RUANN OSWALDO CARVALHO DA SILVA

TECENDO REDES ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS: ITINERÁRIOS
TERAPÊUTICOS DE USUÁRIOS COM LESÕES BUCAIS NA 2ª REGIONAL
DE SAÚDE DO PARANÁ

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich

CURITIBA

2019

Silva, Ruann Oswaldo Carvalho da

Tecendo redes às políticas públicas [recurso eletrônico] : itinerários terapêuticos de usuários com lesões bucais na 2ª Regional de Saúde do Paraná / Ruann Oswaldo Carvalho da Silva – Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Setor de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientador: Professor Dr. Rafael Gomes Ditterich

1. Câncer de boca. 2. Política pública. 3. Trajetória clínica. 4. Saúde pública.
5. Lesões bucais. I. Ditterich, Rafael Gomes. II. Universidade Federal do Paraná.
III. Título.

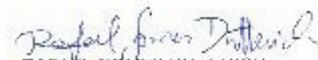
CDD 616.99431

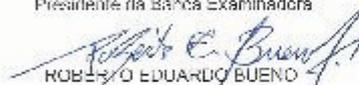
TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **RUANN OSWALDO CARVALHO DA SILVA**, intitulada: **TECENDO REDES ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS: ITINERÁRIOS TERAPÉUTICOS DE USUÁRIOS COM LESÕES BUCAIS NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**. Após terem lido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo Colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 26 de Fevereiro de 2019.


RAPHAEL GOMES DITTLEIRICH
Presidente da Banca Examinadora


ROBERTO EDUARDO BUENO
Avaliador Interno (UFPR)


GIOVANA DANIELA PECHARK
Avaliador Externo (UFPR)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho àqueles que tornaram esse sonho possível.

Mari e Roberto, meus pais, meus exemplos e meus heróis. Estiveram sempre ao meu lado, nunca duvidaram do meu sucesso e, muitas vezes, abdicaram dos seus sonhos para tornar os meus realidade. Esse trabalho é nosso! Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a **Deus** por todas as oportunidades que tive até aqui e por ter segurado a minha mão em todos os momentos.

Agradeço aos participantes que fizeram parte da pesquisa, vocês foram fundamentais para que hoje eu estivesse aqui.

Agradeço ao **Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da UFPR** e à **CAPES** que me financiou em todo esse tempo.

Ao meu Professor e Orientador, **Rafael Gomes Ditterich**, que além de me guiar nessa trajetória acadêmica, tornou-se um grande amigo que tenho total admiração. Obrigado por nunca hesitar em me ajudar e por ter confiado no meu potencial. Você é um exemplo para mim.

Aos Professores **Roberto Eduardo Bueno** e **Giovana Daniela Pecharki Vianna** por todo carinho e prontidão em fazer parte desse trabalho. Saibam que além de exemplos como mestres, são exemplos de seres humanos para mim. Muito obrigado.

Ao Professor **Antonio Adilson Soares de Lima** por sempre acreditar em mim e aceitar esse desafio de ter um aluno em dois mestrados.

Agradeço a todos os professores do **Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPR**, que me ensinaram muito, que me ajudaram muito e que, com toda certeza, tenho como exemplos de profissionais e seres humanos.

À **Gabriela Bataglin** pela ajuda e colaboração com esta pesquisa.

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPR, **Bárbara Spricigo** e **Esther Pereira de Oliveira dos Santos**, pela paciência e gentileza ao me acudir em todas as situações.

À **Secretaria de Estado da Saúde do Paraná** por toda cooperação e oportunidades para que este trabalho pudesse ser realizado.

Ao **Hospital Erasto Gaertner** por abrir as portas do serviço para que esse trabalho pudesse ser realizado.

Ao **Guilherme Fernandes Graziani** por todo companheirismo durante o mestrado e por ter me ajudado em inúmeros momentos.

Aos meus pais, **Roberto** e **Mari**, que nunca hesitaram em medir esforços para que este sonho se tornasse realidade.

Aos meus irmãos, **Ronald, Daniela e Dayana**, meus grandes exemplos de determinação.

A todos os familiares que nunca duvidaram do meu potencial e me ajudaram com orações, palavras de conforto e apoio.

Agradeço aos meus amigos que sempre encontravam uma forma de me fazer sorrir em meio a tanta correria.

Agradeço à sociedade que, direta e indiretamente, me permitiu estar dentro de uma instituição pública fazendo aquilo que eu mais amo: aprendendo, ensinando e pesquisando.

Todas as vitórias ocultam uma abdicação.

Simone de Beauvoir

RESUMO

Anualmente são diagnosticados cerca de 6,4 milhões de casos de tumores malignos no mundo, sendo o câncer de boca responsável por 10% dos casos. O diagnóstico precoce e o acesso ao tratamento para o câncer são essenciais para um bom prognóstico. A compreensão sobre como as pessoas e os grupos sociais constroem seus itinerários terapêuticos é fundamental para orientar as novas práticas em saúde. O objetivo geral deste trabalho foi analisar o itinerário terapêutico de pessoas com lesões bucais em atendimento ambulatorial ou que já passaram pelo tratamento a partir de dados da atenção hospitalar na 2ª Regional de Saúde do Paraná. No geral, as dimensões relativas aos contextos de vida dos usuários e suas histórias escapam aos serviços e aos profissionais de saúde, embora sejam elas que definem as possibilidades de oferta e acesso aos serviços de saúde. O câncer é uma doença de inegável importância nas representações individuais e sociais no Brasil. Os pacientes com câncer buscam possibilidades de cura e percorrem vários serviços de saúde construindo trajetórias terapêuticas com o intuito de suprir suas necessidades de saúde. Tendo como estratégia metodológica o itinerário terapêutico e por meio da utilização de diferentes técnicas na coleta de dados, buscou-se compreender, a partir da perspectiva de distintos atores sociais, como se organiza e funciona a atenção ao paciente com câncer de boca na 2ª Regional de Saúde do Paraná, tendo como eixo orientador da análise a integralidade do cuidado e o trabalho em rede na saúde. Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratório-descritiva utilizando a entrevista semiestruturada com usuários do Sistema Único de Saúde com lesões de boca para coleta de dados sobre o itinerário traçado pela busca por informações, por cuidado e por tratamento. Usuários em tratamento de câncer de boca na 2ª Regional de Saúde do Paraná foram entrevistados. Os usuários que fizeram parte do presente estudo tiveram o Centro de Especialidades Odontológicas, em sua maioria, pelo caminho e isso reflete a importância de uma Atenção Especializada de qualidade e eficaz. Importante também refletir que os cirurgiões-dentistas que estão nas Unidades Básicas de Saúde precisam de treinamento e atenção ao atender usuários que podem apresentar lesões cancerizáveis ou duvidosas, eis aqui a necessidade da educação permanente. Com base nestes discursos, averiguou-se que é preciso formular, monitorar e avaliar políticas públicas de saúde dentro deste contexto visando a melhoria do serviço ofertado, melhorando o cuidado e atenção à saúde, reinserido esse usuário à sociedade.

Palavras-chave: Câncer de Boca. Política Pública. Trajetória Clínica. Saúde Pública. Lesões Bucais.

ABSTRACT

About 6.4 million cases of malignant tumors are diagnosed annually in the world, oral cancer accounts for 10% of cases. Early diagnosis and access to treatment for cancer are essential for good prognosis. Understanding how people and social groups make choices is the key to guiding new health practices. The general objective of this study was to analyze the therapeutic itinerary of people with oral lesions in outpatient care or who have already undergone treatment based on data from tertiary care in the 2nd Health Regional of Paraná. In general, the dimensions related to the life contexts of the users and their histories escape to the services and to the professionals of health, although they are the ones that define the possibilities of offer and access to the health services. Cancer is a disease of undeniable importance in individual and social representations in Brazil. Cancer patients seek healing possibilities and travel through various health services by constructing therapeutic pathways to meet their health needs. Having as a methodological strategy the therapeutic itinerary and through the use of different techniques in data collection, it was sought to understand, from the perspective of different social actors, how is organized and works the attention to the patient with oral cancer in the 2nd Regional of Health of the State of Paraná, based on the analysis of the integrality of care and networking in health. This is a qualitative, exploratory-descriptive research using a semi-structured interview with users of the Unified Health System with mouth lesions to collect data about the itinerary traced by the search for information, care and treatment. Users of oral cancer treatment in the 2nd Regional Health of Paraná were interviewed. The users that were part of the present study had the Center of Dental Specialties, most of them along the way and this reflects the importance of a Specialized Care of quality and effective. It is also important to reflect that dental surgeons who are in the Basic Health Units need training and attention when attending users that may present cancerous or doubtful lesions, here is the need for permanent education. Based on these discourses, it was verified that it is necessary to formulate, monitor and evaluate public health policies within this context aiming at improving the service offered, improving care and health care, reinserted that user to society.

Keywords: Mouth Cancer. Public Policy. Clinical Trajectory. Public Health. Mouth Lesions.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Evolução dos casos de neoplasias no Paraná/Brasil entre os anos de 2005-2012	52
FIGURA 2 - MTP, Curitiba.....	67
FIGURA 3 - MP, Curitiba.....	67
FIGURA 4 - MJF, Colombo.....	68
FIGURA 5 - MPSM, Colombo.....	69
FIGURA 6 -DBCS, Colombo.....	69
FIGURA 7 - CB, Fazenda Rio Grande.....	70
FIGURA 8 - EFF, Fazenda Rio Grande.....	70
FIGURA 9 - WSP, São José dos Pinhais.....	71
FIGURA 10 - BK, Araucária.....	72

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – PLS e Lei em vigência: comparações.....	59
QUADRO 2 – Unidades e categorias de análise.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABS	Auxiliar de Saúde Bucal
CABUL	Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce de Câncer de Boca
CACON	Centro de Atendimento em Alta Complexidade em Oncologia
CEC	Carcinoma de Células Escamosas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNCC	Campanha Nacional de Combate ao Câncer
DNC/MS	Divisão Nacional do Câncer do Ministério da Saúde
ECR	Equipes do Consultório na Rua
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFF	Equipes de Saúde da Família Fluvial
ESFR	Equipes de Saúde da Família Ribeirinha
ESP	Equipes de Saúde no Sistema Prisional
FOSP	Fundação Oncocentro de São Paulo
HEG	Hospital Erasto Gaertner
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPDSE	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social e Econômico
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IT	Itinerário Terapêutico
LARPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEPCCB	Programa de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca
PL	Projeto de Lei
PLS	Projeto de Lei do Senado

PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ-CEO	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PR	Paraná
Pro-Onco	Programa de Oncologia
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
RMC	Região Metropolitana de Curitiba
SNC	Serviço Nacional de Câncer
SOBE	Sociedade Brasileira de Estomatologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UICC	União Internacional Contra o Câncer
UNACON	Unidade Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia
UOM	Unidade Odontológica Móvel
Viva Mulher	Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 JUSTIFICATIVA	18
1.2 OBJETIVOS	21
1.2.1 Objetivo geral	21
1.2.2 Objetivos específicos.....	21
2 MATERIAL E MÉTODOS	22
2.1 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS: PESQUISA DOCUMENTAL E ENTREVISTA.....	22
2.2 A ANÁLISE DE CONTEÚDO SOB A PERSPECTIVA DA PESQUISA QUALITATIVA.....	23
2.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....	24
3 REVISÃO DE LITERATURA	28
3.1 CARCINOGENESE E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	33
3.2 CÂNCER DE BOCA E A ATENÇÃO BÁSICA, ATENÇÃO ESPECIALIZADA, ATENÇÃO HOSPITALAR E ATENÇÃO DOMICILIAR.....	38
3.3 O CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA.....	47
3.4 TECENDO REDES ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM CÂNCER	49
3.5 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE USUÁRIOS COM LESÕES BUCAIS NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ	52
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
4.1 CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL..	54
4.2 O TEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TRATAMENTO.....	56
4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS - LEI ONCOLÓGICA.....	57
4.4 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM LESÕES BUCAIS NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ.....	60
4.5 FLUXOGRAMAS: DO COMEÇO AO TRATAMENTO.....	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	88
ANEXO 1 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	90

ANEXO 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	94
---------------------------------------------	-----------

1 INTRODUÇÃO

Anualmente são diagnosticados cerca de 6,4 milhões de casos de tumores malignos no mundo, sendo o câncer de boca responsável por 10% dos casos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Agência Internacional de Pesquisa de Câncer reconhecem as neoplasias de cabeça e pescoço como uma das topografias mais comuns, com aproximadamente 400.000 novos casos por ano (BOYLE *et al.*, 2008).

O diagnóstico precoce e o acesso ao tratamento para o câncer são essenciais para um bom prognóstico, já que o atraso no diagnóstico torna o tratamento mais difícil ou mesmo impossível, como é observado no caso do câncer de boca (SCOTT *et al.*, 2006).

No Brasil, o carcinoma de células escamosas (CEC) corresponde a 90%-95% dos tumores malignos da boca. Esta localização topográfica preferencial para os tumores de células escamosas reflete um perfil de risco das populações e, desta forma, existem especulações quanto à mudança do padrão epidemiológico destes tumores ao longo do tempo (ELANGO *et al.*, 2006).

A epidemiologia do câncer de boca é assunto bem documentado na literatura, e as diferenças regionais de incidência ao redor do mundo parecem estar relacionadas aos dois principais fatores de risco: tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas. A incidência mundial estimada, por ano, é de aproximadamente 275 mil casos para o câncer de boca e 130 mil de câncer de faringe, sendo dois terços destes em países em desenvolvimento (WARNAKULASURIYA, 2009; CAMARGO-CANCELA *et al.*, 2010).

No Brasil, o câncer de boca apresentou estimativas de, aproximadamente, 15 mil novos casos em 2010 e, dependendo da unidade da federação analisada, a doença chega a ser a quinta colocada dentre as neoplasias malignas de maior incidência em homens (INCA, 2018). Muito embora existam descrições de que as malignidades de boca estariam ocorrendo em populações mais jovens e de que poderiam estar associadas a outros fatores de risco, a realidade epidemiológica aponta, em sua maioria, um doente acima de 40 anos de idade, do sexo masculino e de baixo estrato socioeconômico e educacional (SHIBOSKI *et al.*, 2005; CONWAY *et al.*, 2008). Os determinantes socioeconômicos, em estudos mais recentes, vêm

aparecendo como um fator com associação relevante ao aparecimento de novos casos de câncer da boca (CONWAY *et al.*, 2008).

A magnitude e a tendência das taxas de mortalidade por câncer bucal e de orofaringe, além de espelharem a exposição a fatores de risco, também são influenciadas por aspectos sociodemográficos e socioeconômicos e pela disponibilidade, eficácia e qualidade do tratamento ofertado aos doentes. Piores condições socioeconômicas, refletidas tanto por variáveis de nível individual, como escolaridade e ocupação, quanto de nível contextual, como Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Produto Interno Bruto (PIB), estão associadas a piores desfechos, incluindo óbito. A disponibilidade de acesso oportuno aos serviços de saúde é também um aspecto importante para a mortalidade por essa doença, pois está relacionada à oportunidade de diagnóstico precoce. É ainda mais relevante porque o atraso no diagnóstico é uma situação sobremaneira frequente para esse tipo de câncer (mais de 50% dos casos) e está relacionado à detecção dos tumores em estágios avançados (CUNHA, PRASS, HUGO, 2018).

A despeito dos avanços no diagnóstico e tratamento de várias formas de neoplasia maligna que resultaram em prevenção, diagnóstico precoce e aumento de sobrevida, o câncer da boca permanece como um problema de Saúde Pública em que não se nota melhora dos indicadores epidemiológicos ao longo do tempo (WARNAKULASURIYA, 2009; CAMARGO-CANCELA *et al.*, 2006; INCA, 2010; SHIBOSKI *et al.*, 2005).

Estudos apontam diversos fatores que limitam o enfrentamento da problemática do câncer da boca, e dentre estes são descritas as dificuldades de estabelecimento de políticas públicas dirigidas aos principais fatores de risco relacionados à ocorrência de neoplasia maligna oral (WARNAKULASURIYA, 2009; CAMARGO-CANCELA *et al.*, 2006; CONWAY *et al.*, 2008; TORRES-PEREIRA, 2010). Além disso, fatores relativos ao paciente e/ou ao profissional, juntos ou isolados, contribuem para a demora no diagnóstico do câncer de boca e suas consequências (GOMEZ *et al.*, 2007; WADE *et al.*, 2010).

A compreensão sobre como as pessoas e os grupos sociais realizam escolhas e aderem ou não aos tratamentos, ou seja, como constroem seus itinerários terapêuticos, é fundamental para orientar as novas práticas em saúde. No geral, as dimensões relativas aos contextos de vida dos usuários e suas histórias

escapam aos serviços e aos profissionais de saúde, embora sejam elas que definem as possibilidades de oferta e acesso aos serviços de saúde (MÂNGIA *et al.*, 2008).

A definição de itinerário terapêutico não é simples, nem unidimensional, apresentando-se de modo bastante polissêmico. Ressalta-se a importante contribuição de Alves e Sousa (1999) que, a partir da literatura socioantropológica, o definem como “um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição.”, atentando-se para os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento, pontuando a importância que a participação do usuário tem no processo de produção de cuidado (CARNEIRO *et al.*, 2014).

Chama-se atenção ainda para o fato de que a análise do itinerário terapêutico não se limita a identificar a variedade de serviços e a utilização que as pessoas fazem das instâncias de cura num viés apenas interpretativo e explicativo. É preciso demarcar que o processo de “escolha” é bastante complexo devendo ser compreendido dentro de um contexto sociocultural no qual a dinâmica do percurso individual esteja em cruzamento com as possibilidades e os direcionamentos que os diferentes macroprocessos culturais ensejam (CARNEIRO *et al.*, 2014).

O Brasil vem, desde 1998, estruturando sua política oncológica, estabelecendo requisitos para a garantia ao atendimento integral ao doente, parâmetros para o planejamento da assistência e definindo centros hospitalares que disponham de todos os recursos — Centro de Atendimento em Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidade Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são a principal estratégia de atenção secundária no Brasil para a detecção do câncer bucal oferecendo, entre suas especialidades, a área de Patologia para a detecção precoce (SAMPAIO *et al.*, 2015).

1.1 JUSTIFICATIVA

Os tumores de cabeça e pescoço, pela expressiva incidência e mortalidade, assim como alta letalidade, constituem relevante problema de saúde pública, particularmente nos países em desenvolvimento. Dentre os 6,4 milhões de neoplasias malignas diagnosticadas no mundo, aproximadamente 10% estão

localizadas na boca, sendo esse o sexto tipo de câncer mais incidente no planeta. De acordo com as estatísticas mundiais, no ano de 2007, aproximadamente 200 mil novos casos de câncer bucal foram diagnosticados e a maior incidência de casos ocorreu na Melanésia (Papua Nova Guiné, Ilhas Fiji, Ilhas Salomão, Vanuatu) - 31,5 casos por 100 mil homens e 20,2 casos por 100 mil mulheres, seguida pelo Sul da Ásia (Afeganistão, Bangladesh, Butão, Índia, Iran, Cazaquistão, Quirguistão, Nepal, Paquistão, Sri Lanka, Tadjiquistão, Turcomenistão, Uzbequistão) - 12,7 casos por 100 mil homens e 8,3 casos por 100 mil mulheres (MELO *et al.*, 2010).

O Brasil tem uma lei em vigência desde 2012, a Lei nº. 12.732 de novembro de 2012 (BRASIL, 2012a), a qual traz em seu primeiro artigo: “Art. 1º: O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.”, garantindo a qualquer cidadão o direito de atenção e cuidado em saúde durante todo o tratamento do câncer de forma gratuita. O segundo artigo traz no seu escopo que: “O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias 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”. Desta forma será que essa lei está sendo, na sua integridade, cumprida? Como será que o foi todo o percurso do indivíduo desde o diagnóstico até o tratamento final? Foi em 60 dias como previsto em lei? Qual profissional está diagnosticando o câncer de boca? Perguntas como essas que o presente projeto pretende responder.

A despeito dos avanços no diagnóstico e tratamento de várias formas de neoplasia maligna que resultaram em prevenção, diagnóstico precoce e aumento de sobrevida, o câncer da boca permanece como um problema de Saúde Pública em que não se nota melhora dos indicadores epidemiológicos ao longo do tempo. Estudos apontam diversos fatores que limitam o enfrentamento da problemática do câncer da boca, e dentre estes são descritas as dificuldades de estabelecimento de políticas públicas dirigidas aos principais fatores de risco relacionados à ocorrência de neoplasia maligna oral. Além disso, fatores relativos ao paciente e/ou ao profissional, juntos ou isolados, contribuem para a demora no diagnóstico do câncer de boca e suas consequências (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012).

O câncer é uma doença de inegável importância nas representações individuais e sociais no Brasil. Os pacientes com câncer buscam possibilidades de

cura e percorrem vários serviços de saúde construindo trajetórias terapêuticas com o intuito de suprir suas necessidades de saúde (SAMPAIO *et al.*, 2015).

As neoplasias malignas vêm se tornando um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano 10 milhões de casos novos são diagnosticados, transformando-se na segunda causa de morte no Brasil. No ano de 2014 as taxas de incidência por 100 mil habitantes, no Brasil, estimaram um aumento de 15.290 novos casos de câncer bucal, representando o quinto tipo de câncer mais frequente em homens e o décimo segundo em mulheres, e os determinantes socioeconômicos, em estudos mais recentes, vêm aparecendo como um fator com associação relevante ao aparecimento de novos casos de câncer da boca (SAMPAIO *et al.*, 2015).

A detecção precoce pela inspeção visual, seja ela feita pelo próprio indivíduo ou por cirurgiões-dentistas e médicos, pode descobrir anormalidades pré-malignas do câncer da cavidade oral. Quando diagnosticado precocemente, esse tipo de câncer apresenta bom prognóstico (INCA, 2011). Isso é, apesar de sua magnitude, esse tipo de câncer pode ser prevenido além de ser suscetível a ações de controle.

Porém, o diagnóstico precoce do câncer de boca é dificultado pelo fato de que as lesões iniciais, geralmente assintomáticas, não são valorizadas pelo próprio indivíduo e nem pelos profissionais de saúde, sugerindo falta de conhecimento da doença, deficiência na procura de atendimento médico por parte do indivíduo e/ou dificuldades de acesso e qualidade da assistência à saúde, que se associam à ausência de programas governamentais que visem à prevenção (SANTOS *et al.*, 2010).

Esta localização anatômica é a 11ª mais frequente no mundo. A taxa de sobrevivência em cinco anos é de 50% ou menos. A identificação precoce do câncer de boca é a conduta mais efetiva para reduzir a mortalidade, a morbidade e o desfiguramento produzido pela doença (SCOTT *et al.*, 2006).

A maioria dos casos de câncer de boca quando diagnosticado pela primeira vez se encontra em estado avançado (BRENER *et al.*, 2007). A dificuldade de acesso aos serviços de saúde está entre os principais fatores para o atraso no encaminhamento de pacientes com câncer de boca (SANTOS *et al.*, 2010).

Quando o assunto é câncer as questões mais pensadas são: o sofrimento da quimioterapia, da radioterapia, das cirurgias, porém no câncer de boca um fator muito importante é que muitas vezes o tratamento desfigura e mutila esse paciente,

acaba tirando esse indivíduo do contexto social, agravando ainda mais a situação. Há literatura sobre itinerários terapêuticos de câncer de vários tipos e em diversas regiões do país e do mundo, mas ainda não há estudos sobre o itinerário terapêutico voltado ao câncer de boca na região metropolitana de Curitiba. O presente projeto se propôs a fazer essa busca e espera que isso ajude a melhorar todo o percurso desde o diagnóstico da doença até seu desfecho final, compreendendo dessa forma a rede de atenção ofertada e articulada para os usuários portadores dessa doença nesta região.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste trabalho foi analisar os itinerários terapêuticos de pessoas com lesões bucais em atendimento ambulatorial ou que já passaram pelo tratamento a partir de dados da atenção hospitalar na 2ª Regional de Saúde do Paraná.

1.2.2 Objetivos específicos

Conhecer os itinerários terapêuticos trilhados por homens e mulheres que estavam ou estão em tratamento de lesões bucais da 2ª Regional de Saúde do Paraná;

Reconstituir itinerários de busca por cuidado traçados por usuários do Sistema Único de Saúde portadores de lesões bucais procedentes da 2ª Regional de Saúde do Paraná;

Identificar a percepção destes usuários do significado cultural e social do câncer de boca.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS: PESQUISA DOCUMENTAL E ENTREVISTA

A pesquisa qualitativa, com suas características multimetodológicas, possui um número de técnicas e instrumentos de coleta de dados. Entre os mais aplicados, estão a entrevista, individual e grupal, a análise de documentos e a observação, participante ou não. Na pesquisa em foco, a pesquisa documental e a entrevista semiestruturada foram escolhidas como meio de extrair o maior número de informações e aspectos referentes ao tema.

A entrevista na pesquisa qualitativa, ao focar na fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana por meio das opiniões, crenças, valores e significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante (FRASER; GONDIM, 2004). A subjetividade impregnada nas falas dos entrevistados torna essa técnica perigosa e densa, e o papel do entrevistador é crucial em todo o processo de análise e avaliação (BRITTO JÚNIOR; FERES JÚNIOR, 2011). Daí a importância na clareza das questões.

Durante a análise das informações colhidas nos métodos e instrumentos de coleta de dados selecionados, o material deve ser comparado concomitantemente com a literatura científica de referência, para que o tema seja articulado às produções científicas. Entretanto, a fala do entrevistado também é considerada como fonte de conhecimento, e como tal, deve-se dar a sua devida importância (DUARTE, 2004).

Diante do exposto, percebe-se que a abordagem qualitativa é de suma importância no desenvolvimento de pesquisas que buscam, para além da quantificação, o entendimento e interpretação de fenômenos a partir dos significados que os próprios sujeitos atribuem a esses. A sociedade, composta por pessoas que estão inseridas em distintos contextos, com diferentes ideologias, valores, sentimentos, crenças, pode representar um rico universo de pesquisa, podendo transformar suas experiências, vivências e linguagens em conhecimento. É válido ressaltar que a pesquisa qualitativa requer sensibilidade dos pesquisadores, visto

que esses irão adentrar uma realidade à qual às vezes não pertencem, e por meio do olhar, das atitudes, das palavras poderão relacionar materiais empíricos com fontes teóricas, transformando-os em conhecimento.

2.2 A ANÁLISE DE CONTEÚDO SOB A PERSPECTIVA DA PESQUISA QUALITATIVA

A Análise de Conteúdo surgiu no início do século XX com o objetivo de analisar o material jornalístico, e passou a ser conhecida posteriormente como “a semântica estatística do discurso político” (CAREGNATO, MUTTI, 2006). Bardin (1977) define a análise de conteúdo como um conjunto de instrumentos metodológicos e técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. O trabalho da análise de conteúdo se define por regras lógicas de organização, categorização e tratamento de dados quantitativos ou qualitativos.

O principal enfoque nesse método é produzir inferências sobre o texto. A informação puramente descritiva sobre o conteúdo é de pouco valor, mas as comparações entre elas conferem ao método relevância teórica. Assim, produzir inferência, em análise de conteúdo, significa não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas embasá-las com pressupostos teóricos e situações concretas que considere o contexto social e histórico (CAMPOS, 2004).

Na abordagem quantitativa utiliza-se enumeração por frequência, onde conta-se as características repetidas no conteúdo do texto. Na qualitativa, considera-se a presença/ausência de alguma característica de conteúdo, ou conjunto, durante a mensagem. Assim, categorizam-se as unidades do texto (palavras ou frases) que se repetem, atribuindo uma expressão que represente a categoria (CAREGNATO, MUTTI, 2006). O autor ainda comenta que esta é uma técnica que trabalha com a palavra, realizando de forma prática e objetiva inferências em um contexto social.

Bardin (1977) afirma que a análise de conteúdo é composta de três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretação. A primeira fase é referente à organização, onde são geradas as hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Nessa fase, a leitura

de todo material é imprescindível, para apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise, como a compreensão do contexto e as impressões e orientações que surgem a partir dele (BARDIN, 1977).

A segunda etapa seria a codificação dos dados por meio da seleção de unidades de análises, que incluem palavras, frases, parágrafo, entre outros elementos. Nas pesquisas qualitativas, o investigador é orientado pelas questões de pesquisa a serem respondidas e que em muitos casos, elegem a análise temática. A escolha dos fragmentos deve estar norteada pelos objetivos do trabalho, bem como deve considerar a interdependência entre o pesquisador e o material pesquisado (BARDIN, 1977).

A terceira fase é a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e diferenças, e reagrupamento posterior baseando-se nas características comuns. Conjuntamente na formação das categorias e subcategorias, é importante que seja feito uma codificação das unidades de análise para que essas permaneçam organizadas e sistematicamente transformadas em categorias que permitam posteriormente a discussão precisa das características relevantes do conteúdo (BARDIN, 1977).

Por fim, é realizada uma comparação entre as informações obtidas pela população pesquisada e os estudos sobre a temática presentes na literatura e em outros meios de publicação (MINAYO, 2004). Diante do exposto, percebe-se que a análise de conteúdo é um importante método na condução da interpretação de dados qualitativos, sendo eles da área da saúde ou não.

2.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

A pessoa que adoece perpassa um itinerário de cuidado da saúde em busca de orientações, explicações e tratamento para sua doença. A estrutura interna do sistema de saúde é descrita como um sistema cultural local, formado por três subsistemas interrelacionados e interagindo através da passagem das pessoas por eles: subsistema profissional (profissões de cura organizadas, legalmente reconhecidas, com aprendizagem formal e registros sistemáticos extremamente desenvolvidos), subsistema popular (arena da cultura popular, do conhecimento

leigo, não profissional, não especialista, no qual as doenças são primariamente identificadas e enfrentadas) e subsistema folclórico (especialistas em cura, não profissionais, não reconhecidos legalmente e com registros limitados de seu conhecimento) (VISENTIN et al., 2010).

Tendo como estratégia metodológica o itinerário terapêutico e por meio da utilização de diferentes técnicas na coleta de dados, busca-se compreender, a partir da perspectiva de distintos atores sociais, como se organiza e funciona a atenção ao paciente com câncer de boca na 2ª Regional de Saúde do Paraná, tendo como eixo norteador da análise a integralidade do cuidado e o trabalho em rede na saúde.

Os caminhos percorridos pelo paciente na busca por cuidado podem contribuir de forma significativa para a compreensão de suas necessidades de saúde e das formas de acessar as tecnologias necessárias para responder a elas.

Itinerários terapêuticos (IT) podem ser definidos como sequências de caminhos que os indivíduos buscam para solucionar seus problemas de saúde, constituindo-se como um importante indicador dos recursos sociais, culturais e materiais disponíveis (KLEINMAN, 1980). A busca por serviços que atenuem o sofrimento do indivíduo e restabeleçam seu processo de saúde deve considerar também a situação social e cultural individual (GERHARDT, 2008; LAGO *et al.*, 2010).

Para Gerhardt (2007) o itinerário terapêutico tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento. A autora aponta ainda que os itinerários terapêuticos proporcionam um olhar minucioso a respeito das escolhas, avaliação e aderência a tratamentos, considerando o contexto em que o indivíduo está inserido.

Os itinerários terapêuticos têm a capacidade de “revelar, pela experiência e percepção dos usuários, como os serviços estão organizados e a capacidade deles de responderem a suas demandas” (PINHEIRO, 2008). Eles possibilitam o conhecimento de redes de serviços de saúde e sua organização, fornecendo subsídios para se repensar o processo de trabalho, a gestão, o planejamento e a construção de saberes e práticas em saúde (GERHARDT *et al.*, 2008).

Utilizando o itinerário terapêutico como ferramenta para abordar o movimento nas redes tem sido possível identificar algumas dificuldades encontradas por pacientes na busca por cuidado, bem como os pontos reais da rede que são

acessados pelo usuário, incluindo os pontos cegos das redes, que seriam aqueles serviços que não estariam previstos inicialmente na trajetória terapêutica do paciente para a satisfação de suas necessidades.

Alguns trabalhos apontam que a identificação de itinerários terapêuticos numa perspectiva que vá além do reconhecimento de uma pluralidade de possibilidades e de ofertas de cura pode auxiliar na organização da rede de cuidados integrais (PINHEIRO, 2008; GERHARDT *et al.*, 2008; NEVES e NUNES, 2010).

Os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados não necessariamente coincidem com esquemas de fluxos pré-determinados (CABRAL *et al.*, 2011). Assim, dificuldades de acesso aos serviços de saúde podem produzir fluxos alternativos e novas configurações de redes.

Em relação ao local da pesquisa, serão selecionados prontuários de participantes em tratamento oncológico (ou com tratamento finalizado) de câncer de boca do Hospital Erasto Gaertner (Curitiba-PR) e Serviço de Estomatologia do curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná (Curitiba-PR), serviços de referência no diagnóstico e tratamento de câncer da 2ª –Regional de Saúde do Paraná, regional responsável pela Região Metropolitana de Curitiba-PR.

No processo de escolha dos usuários, e diante das possibilidades do pesquisador, busca-se identificar uma variedade de experiências possíveis, ou seja, a partir de prontuários de usuários em tratamento (ou não) de câncer de boca no setor terciário quais os caminhos utilizados pelos usuários, os diferentes percursos desenhados considerando-se os serviços públicos de referência e também o que escapa aos fluxos formais.

A pesquisa nos sistemas de informações trará informações sobre os atendimentos recebidos nos diferentes serviços, ajudando a compreender e esclarecer alguns aspectos da trajetória que será relatada pelo paciente num outro momento (a entrevista). Permitirá, também, colher dados sobre a sequência cronológica desde a descoberta da doença até o tratamento, além de identificar os profissionais envolvidos no atendimento e o cuidado ofertado em cada encontro. A partir da consulta aos prontuários, serão elaborados Fluxogramas Cronológicos (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2008), uma forma objetiva de apresentar a sequência temporal de busca por cuidado nos distintos serviços de saúde, fornecendo elementos essenciais para a análise dos resultados.

Após a busca e seleção dos usuários a partir dos prontuários da atenção hospitalar, uma busca ativa desses usuários será realizada para que uma entrevista com o usuário seja coletada a fim de obter novas informações sobre todo o início até o tratamento final e também para obtenção de novas informações não contidas nos prontuários. Essas entrevistas serão gravadas e transcritas e comporão o estudo final.

Esta é uma pesquisa de abordagem quanti-qualitativa, exploratório-descritiva utilizando a estratégia da entrevista semiestruturada com usuários com lesões bucais para coleta de dados sobre o itinerário traçado pela busca por informações, por cuidado e por tratamento.

No presente trabalho, utilizou-se a reconstituição de itinerários terapêuticos de usuários com câncer de boca como ferramenta de pesquisa em saúde, a fim de mapear a rede de cuidados e analisar o acesso aos serviços e a integralidade do cuidado.

O presente trabalho busca responder às seguintes perguntas de pesquisa:

- 1) Quais interferências os usuários sofrem durante o itinerário terapêutico em busca de tratamento e esclarecimentos?
- 2) O usuário inicia o tratamento em 60 dias como previsto em lei?
- 3) O cirurgião-dentista, como profissional mais adequado para o diagnóstico e encaminhamento do câncer de boca, é o profissional que diagnostica e referencia o usuário ao serviço?
- 4) O usuário perpassa pela atenção básica, atenção especializada e atenção hospitalar, respectivamente?

3 REVISÃO DE LITERATURA

Um dos princípios doutrinários do SUS é a integralidade, que norteia a definição de políticas e programas capazes de responder às demandas e as necessidades da população, no que diz respeito ao acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado. Se concordamos que a Integralidade é uma premissa da qual não podemos abrir mão, temos que incluir a saúde bucal como parte integrante e inseparável do cuidado em saúde (CARRER *et al.*, 2019).

No campo da saúde bucal, a organização dos sistemas sob a lógica de Rede de Atenção à Saúde (RAS) se mostra favorecida pelo desenho Política Nacional de Saúde Bucal que fortalecia os princípios do cuidado, da equidade e da integralidade. Sobre o ponto de vista da RAS, o Brasil Sorridente direcionou a ampliação no acesso da população à atenção à saúde bucal, em diversos eixos estratégicos e pontos de atenção: na vigilância em saúde bucal (sanitária, epidemiológica, ambiental), na ampliação de sistemas de fluoretação de água, na expansão da oferta de serviços da Atenção Primária à saúde (APS), na criação e implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e na implantação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs), na inovação referente à estruturação de Centros/Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON/UNACON) (CARRER *et al.*, 2019).

Em termos de políticas públicas para o câncer da boca de âmbito nacional, identifica-se uma preocupação mais institucional por conta do trabalho quase isolado de profissionais ou de associações dos mesmos e menos uma atenção política de cunho governamental. Mesmo assim, para Torres (1992), essas propostas inovadoras quase sempre se debatiam no plano teórico, refletindo uma intenção no discurso proposto e frustradas em face da ausência das execuções real e prática.

Segundo Saltz (1988), a preocupação com a elevada taxa de morbimortalidade do câncer da boca no Brasil remonta a 1938, quando Mário Kroeff proferia palestras buscando conscientizar os cirurgiões-dentistas para o diagnóstico precoce dessas lesões.

Em 1970, a Fundação das Pioneiras Sociais no Rio de Janeiro elaborou um programa voltado para a detecção de lesões iniciais de câncer da boca, que contou, inclusive, com a criação de consultórios odontológicos (SALTZ, 1988).

O primeiro indício de uma preocupação, no plano nacional, só viria em 1974, quando a Divisão Nacional do Câncer do Ministério da Saúde (DNC/MS) promoveu, em vários estados, cursos de diagnóstico de câncer bucal, com a intenção de estender os conhecimentos acerca da doença e como tentativa de sensibilizar os cirurgiões-dentistas quanto ao diagnóstico (SALTZ, 1988).

Um ano mais tarde, o Ministério da Saúde aprovou um plano inicial para elaboração do Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer da Boca (CABUL) e, em 1976, a DNC/MS, em colaboração com a Sociedade Brasileira de Estomatologia (SOBE, atualmente SOBEP), elaborou um documento que traçou as metas básicas delimitadoras dos trabalhos do CABUL, nos seus cinco subprogramas (a) promoção da saúde; (b) proteção específica, diagnóstico precoce e limitação do dano; (c) formação de recursos humanos; (d) vigilância epidemiológica; e (e) reabilitação do paciente (SALTZ, 1988).

Os meios propostos orientaram-se em princípios inovadores para a constituição de uma rede permanente e hierarquizada, ainda que vertical e, de forma especializada, definida em situações pontuais dos fenômenos saúde/doença. Para tanto, por meio do CABUL se formulou a proposta de instalar 252 módulos hierarquizados e regionalizados, e de treinar 508 profissionais liberais, no período de 1977 a 1981. O CABUL representou um momento de grande importância política enquanto movimentação na esfera pública subsetorial, uma vez que as articulações desencadeadas em torno dele inauguraram no Ministério da Saúde, ainda que timidamente, propostas inovadoras de articulação interinstitucional na busca de recursos financeiros (SALTZ, 1988).

O momento foi oportuno ao menos pela oportunidade política da discussão iniciada por conta da DNC/MS, que quase culmina com a instituição de um órgão de coordenação federal da Odontologia, no Ministério da Saúde (SALTZ, 1988).

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) realizou, no período entre 1977 e 1980, cursos sobre diagnóstico e tratamento de câncer da boca, em vários estados. No Nordeste, duas capitais destacaram-se: Recife (Pernambuco), onde se chegou a instalar um posto do INAMPS para controle do câncer, posteriormente desativado, e Salvador (Bahia), onde também foi

estruturado um ambulatório para controle, igualmente desativado posteriormente (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012).

Em 1986, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), na tentativa de uma atuação mais global para uma atenção eficaz ao câncer, no país, assinou um protocolo de cooperação técnica com o INAMPS, criando o Programa de Oncologia (Pro-Onco), sediado no Rio de Janeiro (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012).

Um ano depois é instituído, numa ação conjunta do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) com o Ministério da Saúde, por meio do INAMPS e da CNCC, o Programa de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer da Boca (PEPCCB). O PEPCCB surge como uma das estratégias de atuação do Pro-Onco (ANGELIM-DIAS, 2006).

Além disso, o PEPCCB previa o trabalho diferenciado, respeitando-se as características regionais diversas presentes no país. Dois anos mais tarde, o tema câncer da boca volta a entrar na agenda de saúde bucal no plano federal. “Novas mostras de orientações surgiram em 1990 no ‘Plano Quinquenal de Saúde 1990/95: a saúde do Brasil Novo’ do Governo Collor. No item da Saúde Bucal, foi muito destacado o problema de câncer da orofaringe” (DA SILVA, 1989) (p. 3).

O período atual pós-desenvolvimento do SUS apresenta uma intencionalidade discursiva que assenta sobre densa série de unanimidades relacionadas ao processo saúde/doença, mas que ainda é inoperante em relação ao câncer da boca. Sabe-se o que essa neoplasia representa, quais as suas consequências para o paciente e como tratá-lo; porém, o saber acerca dessa doença não é difundido para a coletividade e medidas relativamente fáceis de serem tomadas não são seguidas (ANGELIM-DIAS, 2006; DA SILVA, 1989; HAYASSY, 1998).

Angelim-Dias (2006) registra que, a partir do final de 2004, um grupo técnico de *experts* na área de câncer bucal do Ministério da Saúde começou a discutir políticas públicas voltadas para o controle dessa doença. Os resultados esperados, porém, só poderão ser avaliados quando da real prática das atividades propostas.

Estudos sobre a rede de atenção à saúde demonstram preocupação sobre o modo e o momento em que as pessoas procuram ajuda para solucionar seus problemas de saúde. A intenção é subsidiar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários em momento oportuno e de forma contínua,

propiciando vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, adesão ao tratamento proposto (TRAVASSOS *et al.*, 2002; CABRAL, 2011).

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Assim, ao se discutir uma proposta de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), deve-se começar por analisar que necessidades de saúde se expressam na população brasileira. A situação de saúde dos brasileiros é analisada nos seus aspectos demográficos e epidemiológicos. Na perspectiva epidemiológica, o país vivencia uma forma de transição singular, diferente da transição clássica dos países desenvolvidos. Para a análise epidemiológica, vai se considerar o conceito de condições de saúde, agudas e crônicas, que difere da tipologia mais usual que são doenças transmissíveis e doenças e agravos não transmissíveis (MENDES, 2010).

De acordo com estudos de Mendes (2009; 2010) as redes de atenção à saúde se constituem de três elementos:

- (a) a população, que deve ser colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica, estabelecendo as necessidades segundo os riscos de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências;
- (b) a estrutura operacional, constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que se comunicam de forma diferente, onde o centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o modo intercambiador no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela atenção primária à saúde;
- (c) e o modelo de atenção à saúde que são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, de acordo com o tempo e a sociedade.

O adequado planejamento e avaliação do setor saúde terão de levar em conta a identificação dos polos de atração, a regionalização do atendimento, as distâncias percorridas pela população na busca pela assistência, e os volumes envolvidos nestes deslocamentos. A análise de redes é uma forma de investigar a questão das relações entre local de residência e local do serviço de saúde. A configuração das ligações revela a estrutura da rede (OLIVEIRA, 2011).

As redes de atenção à saúde são serviços organizados hierarquicamente, vinculados entre si pela mesma proposta, de forma cooperativa e interdependentes, permitindo ofertar ações contínuas e integrais à população (MENDES, 2009). As Redes em árvore se caracterizam pela limitação das conexões entre seus diversos ramos, ao passo que redes organizadas em malha – em que cada nó se liga a vários outros – permitem percorrer caminhos variados entre os pontos, de modo que os diversos ramos da rede estão interconectados (OLIVEIRA, 2011).

A Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, instituída em 2005 (Portaria nº. 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005), destaca a “necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer”. Além disso, a Portaria GM nº.741 de 19 de dezembro de 2005 define a necessidade de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b).

A oncologia é uma especialidade que demanda alta complexidade assistencial durante todo o processo terapêutico, além de requerer dos profissionais extrema habilidade relacional e afetiva, considerando as necessidades e especificidades dos usuários. A atenção oncológica coloca os profissionais em contato estreito com situação de dor, e morte, além de mutilações, efeitos colaterais que desencadeiam graves reações físicas e emocionais, desesperança de pacientes e familiares, bem como a expectativa de cura da doença. Esses elementos imputam aos profissionais a necessidade de enfrentamentos, perenizados durante a operacionalização da assistência aos usuários (BRASIL, 2009; INCA, 2013).

O modelo assistencial deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, para que sejam garantidos o acesso aos serviços e o cuidado integral. As pessoas devem ser vistas como sujeitos, na singularidade de sua história de vida, condições socioculturais, anseios e expectativas. A abordagem dos indivíduos com a doença deve acolher as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida. As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do “percurso assistencial” com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2009; INCA, 2013).

Os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; aos prestadores de serviços – características demográficas; à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

3.1 CARCINOGENESE E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A carcinogênese é um processo que envolve as etapas de iniciação, promoção e progressão tumoral. A iniciação tumoral está relacionada com um dano no DNA, resultantes de mutações causadas por carcinógenos. As células iniciadas podem sofrer ação de agentes promotores, que estimulam sua proliferação, podendo induzir o desenvolvimento do câncer (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2004).

O câncer é uma doença crônica, degenerativa, de genes vulneráveis à mutação. No entanto, apenas uma pequena parcela dos cânceres é herdada. Evidências mostram que a incidência do câncer pode decorrer, principalmente, de fatores ambientais, entre eles a dieta. Os fatores ambientais são mais determinantes para o surgimento do câncer e podem ser modificados pela ação do homem. Entre esses fatores estão o uso de tabaco, agentes infecciosos, radiação, produtos

químicos industriais, alimentos, nutrição, atividade física, composição corporal e riscos ocupacionais. Em 80,0% dos casos de câncer, são estabelecidos com os fatores de risco ambiental (ROSA *et al.*, 2011).

O diagnóstico de câncer é marcado pela introdução de um plano de tratamento que pode incluir desde cirurgias, quimioterapia ou radioterapia até a combinação destas ou outras modalidades terapêuticas (ROSA *et al.*, 2011).

Segundo a Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), a detecção precoce melhora o prognóstico de quase todos os tipos de câncer. A detecção precoce se baseia na seguinte premissa: quanto mais cedo diagnosticado o câncer, maiores as chances de cura, a sobrevida e a qualidade de vida do paciente, além de mais favorável a relação efetividade/custo. O objetivo é a detecção de lesões pré-cancerizáveis ou do câncer quando ainda localizado no órgão de origem, sem invasão de tecidos vizinhos ou outras estruturas (INCA, 2010).

De acordo com Weber e Duffrey (2003), o estadiamento é realizado mais comumente pela classificação TNM (características tumorais referentes à extensão, comprometimento de linfonodos e metástase). O INCA (2004) utiliza o Sistema TNM para descrever a extensão anatômica da doença e tem por base a avaliação de três componentes que determina o tamanho do tumor primário, a disseminação linfonodal regional e a presença ou não de metástases à distância:

T - extensão do tumor primário;

N - ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais;

M - ausência ou presença de metástase à distância

As neoplasias malignas da região da cabeça e pescoço, representadas na sua maioria pelos tumores da mucosa de revestimento das vias aéreas e digestivas superiores, constituem uma preocupação para a saúde mundial e, em particular, para os países em desenvolvimento, pela sua relevante incidência e expressiva morbimortalidade. A incidência desses cânceres varia muito dependendo do país analisado. Na Índia, a boca e orofaringe são os sítios mais comuns de câncer. Nesse país, a grande incidência desses sítios de neoplasia é atribuída ao elevado consumo de tabaco e às diferentes formas como é consumido (DIKSHIT; KANHERE, 2000).

Outros tipos de fumo, além do tabaco também podem ser considerados como fator de risco para esse tipo de câncer. Esse é o caso da maconha, considerada risco em potencial, podendo ser, em parte, responsabilizada pelo crescimento da incidência dos carcinomas em boca entre os adultos jovens (ZHANG *et al.*, 1999).

O câncer de boca é uma denominação que inclui várias localizações primárias do tumor, como os lábios e a cavidade bucal (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca). A análise das taxas de incidência do câncer de boca é mais completa quando se avaliam todas as suas partes anatômicas em conjunto, já que elas sofrem influência dos mesmos fatores de risco, e também porque uma lesão em uma localização da boca pode-se estender para outras partes da mesma (INCA, 2013; INCA, 2014).

Para reduzir a mortalidade e o impacto negativo na qualidade vida é necessário detectar e tratar precocemente essa enfermidade (MONTORO *et al.*, 2008). Porém, embora ocorra em região amplamente acessível ao exame clínico, as lesões ainda são diagnosticadas muito tardiamente (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012). Em estudo nacional, identificou-se que apenas 6,25% dos tumores são considerados *in situ* ou estágio I (fase inicial), enquanto os estadiamentos II, III e IV correspondem a 18,19%, 34,45% e 41,12%, respectivamente (BONFANT *et al.*, 2014). Essa situação caracteriza um atraso na linha de cuidado dos usuários com essa neoplasia (LIMA; O'DWYER, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (1997) estabelece que o câncer de boca, classificado nas áreas das neoplasias e tumores, compreende a codificação topográfica de C00 a C14, localizada no capítulo II da Classificação Internacional de Doenças na sua décima revisão (CID-10).

Embora a doença ocorra em uma topografia amplamente acessível ao exame clínico e onde, supostamente, as alterações iniciais neoplásicas seriam facilmente detectáveis, estudos acumulam evidências de que esse tipo de câncer ainda é diagnosticado muito tardiamente e, como consequência, observa-se comumente a necessidade de tratamento mutilador (GOMEZ *et al.*, 2007; WADE *et al.*, 2010; HOROWITZ, 2001; ABDO *et al.*, 2007).

Os cânceres de boca e orofaringe, assim como os demais da região de cabeça e pescoço são representados em sua maioria por neoplasias epiteliais do tipo carcinoma espinocelular (CEC). Estes são responsáveis por cerca de 90 a 95%

do total de casos. As áreas anatômicas acometidas são as regiões dos lábios, cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho), orofaringe (amígdalas, palato mole e base de língua) glândulas salivares, trigonorretromolar, valécula, loja tonsilar, tonsilas palatinas e paredes posteriores e laterais da orofaringe (FURIA, 2004; SOUZA, 2008).

Pacientes com tumores de orofaringe apresentam mais óbitos que os com tumores de boca, com 2,4 vezes mais chance de morte. No momento do diagnóstico, mais de 2/3 de todos os cânceres de orofaringe são lesões avançadas (estádios III e VI), necessitando tratamento mais agressivo. Mesmo assim, resultam em pobre sobrevida e alta mortalidade (DEDIVITIS, 2004; INCA, 2008). A variação na sobrevida de pacientes portadores de câncer de boca gira em torno de 50% ou menos, contudo para lesões com menos de 2 cm de extensão ao diagnóstico, esta taxa sobe além de 90%. De fato, a extensão das lesões ao diagnóstico é importante e acurado indicador para o câncer de boca (LEITE *et al.*, 2010).

Contudo o diagnóstico precoce não é achado comum e os fatores associados ao atraso no diagnóstico ainda não são suficientemente esclarecidos (SCOTT *et al.*, 2005). Algumas variáveis como raça/etnia, escolaridade e conhecimento a respeito dos fatores de risco para o câncer de boca são identificados como preditores de fracasso no rastreamento desta localização de tumor (CRUZ *et al.*, 2002). Esse atraso tem sido associado à demora do paciente na busca pelos serviços, com pouca responsabilização do sistema de saúde pelo cuidado integral aos usuários (VINSENTIN; LENARDT, 2010). Estudos que buscaram razões ligadas à organização do sistema de saúde, direcionaram a análise para a programas específicos (ALMEIDA *et al.*, 2012) ou para a percepção profissional quanto ao problema (ALMEIDA *et al.*, 2012; CUNHA *et al.*, 2013), não relacionando às políticas em vigor e à estrutura disponível.

Os cânceres da boca e orofaringe possuem efeitos adversos, principalmente na capacidade de deglutir e mastigar, no bem-estar emocional e na comunicação. Esses efeitos influem diretamente na qualidade de vida do paciente e podem ser decorrentes do próprio tumor ou do seu tratamento (MATIAS, 2005).

O câncer de boca tem maior incidência entre a quarta e a sexta décadas de vida (MAGRIN *et al.*, 2006). A prevenção e o controle do câncer estão entre os mais importantes desafios científicos e de saúde pública da nossa época (KUJAN, DUXBURY, GLENNY *et al.*, 2006).

No Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) para o ano de 2016, cerca de 11.140 novos casos de câncer com localização primária em cavidade bucal foram diagnosticados no sexo masculino, e 4.350 para o sexo feminino. Calculou-se que, deste total 4.010 casos foram oriundos das capitais brasileiras. Para o estado de Minas Gerais estima-se uma das maiores taxas brutas de incidência no país para 100 mil habitantes, sendo de 8,63 e 2,93 para os gêneros masculino e feminino, respectivamente. O câncer de boca compreendendo doenças do lábio, língua, gengiva, assoalho da boca, palato, glândulas salivares, amígdala e faringe (CID-10 C00.0 a C14.8) têm o seu desenvolvimento associado a fatores extrínsecos ou ambientais (MELO et al., 2010).

Os fatores intrínsecos envolvem tabagismo, etilismo, dietas pobres em vegetais, exposição à luz ultravioleta, infecção viral, má-higiene bucal e os intrínsecos, referentes ao indivíduo como idade, raça, sexo, mutações espontâneas e/ou herdadas. A grande prevalência da doença está relacionada à ação de agentes físicos e químicos com potencial mutagênico, sendo que dentre eles a combinação de tabaco com o consumo de bebidas alcoólicas é a causa de cerca de 65% a 90% das neoplasias bucais. O conhecimento dos fatores de risco constitui a base para uma prevenção efetiva da doença, bem como o reconhecimento da sintomatologia por parte do paciente, podendo o diagnóstico ser realizado precocemente e o indivíduo encaminhado de imediato para tratamento, o que auxilia na redução da morbidade e mortalidade causadas pelo câncer. O diagnóstico precoce é fator preponderante nas taxas de sobrevida que podem atingir 70% a 90%, quando as lesões ainda são pequenas e localizadas, transpondo a média mundial de sobrevida estimada em 46% (MELO et al., 2010).

Dentre os inúmeros problemas de saúde que colocam o desafio da gestão da integralidade do cuidado, o câncer foi tomado como um analisador, em razão da sua magnitude, gravidade, impacto na vida das pessoas e pela complexidade das ações exigidas. É uma doença que demanda a ação qualificada de vários pontos do sistema de saúde para a produção de projetos terapêuticos, configurando um necessário trabalho em rede (CRUZ *et al.*, 2012).

De acordo com dados do INCA (2011), nota-se uma progressiva ascensão da incidência e da mortalidade por neoplasias no Brasil, seguindo tendência mundial, em razão principalmente do envelhecimento da população, resultante do

intenso processo de urbanização e das ações de promoção e recuperação da saúde.

No Brasil, o câncer de boca em homens é o quarto mais frequente na região Nordeste. Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste ocupa a quinta posição, enquanto nas regiões Sul e Norte é o sexto mais frequente. Para as mulheres, é o oitavo mais frequente na região Nordeste. Nas regiões Sudeste e Norte ocupa a nona posição, enquanto nas regiões Centro-Oeste e Sul é, respectivamente, o 12º e o 15º mais incidente (INCA, 2011).

3.2 CÂNCER DE BOCA E A ATENÇÃO BÁSICA, A ATENÇÃO ESPECIALIZADA, A ATENÇÃO HOSPITALAR E ATENÇÃO DOMICILIAR

A estruturação da atenção oncológica no SUS é realizada por meio da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) de 2013, que aprimorou a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) de 2005. Seu objetivo é:

(...) 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 com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2017a).

Na PNPCC são apresentados os aspectos normativos que definem as responsabilidades dos gestores das três esferas do SUS. Como responsabilidade comum, todos devem garantir os recursos alocativos necessários para organização da rede de atenção à saúde, como infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes (BRASIL, 2017a).

Além disso, compete à esfera federal cooperar com os demais gestores na organização dos serviços, garantindo o financiamento, elaborando protocolos clínicos, definindo diretrizes para a organização das linhas de cuidado e monitorando o cumprimento do prazo de sessenta dias após o diagnóstico para início do tratamento (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2012). Ao ente estadual compete definir

estratégias de articulação com as direções municipais do SUS para a elaboração de planos e pactos regionais necessários para o controle do câncer. Além disso, cabe ao estado contratualizar os serviços que estão sob sua gestão e garantir e monitorar o cumprimento do prazo de sessenta dias (BRASIL, 2017b). Aos municípios compete pactuar regionalmente as ações e serviços necessários para a atenção integral da pessoa com câncer, além de contratualizar os serviços necessários quando não existir capacidade instalada no próprio município. Deve pactuar, também, a regulação e o fluxo de usuários, visando a garantia da referência e da contrarreferência (BRASIL, 2017b).

Ao apresentar as diferentes responsabilidades dos gestores, buscou-se regular as relações entre os entes federativos, principalmente na formulação dos pactos para configuração das redes regionalizadas. Entretanto, apesar da normatização, a distribuição dos recursos alocativos e autoritativos é bastante desigual, pois depende das oportunidades, do posicionamento e das relações existentes entre os agentes e suas instituições (GIDDENS, 2003). Isso faz com que os gestores e profissionais, a depender das relações de poder e do acesso aos recursos alocativos, podem ter maiores ou menores dificuldades em sua prática cotidiana do controle do câncer bucal (CUNHA, O'DWYER, 2018).

A atenção básica, como porta de entrada de todo o sistema de atenção em saúde, aparece como espaço privilegiado das ações de controle dos fatores de risco, diagnóstico precoce e atenção em saúde do paciente oncológico (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012).

Observa-se que frequentemente os usuários com câncer são acolhidos como demanda espontânea, sendo que, em muitos casos, inicia-se na atenção primária um fenômeno de sucessivos atrasos, do diagnóstico à referência, que acabam por adiar as possibilidades de abordagem precoce e conseqüentemente limitam as chances de sobrevivência dos pacientes (CONWAY *et al.*, 2008; TORRES-PEREIRA, 2010; GOMEZ *et al.*, 2010).

Apesar dos avanços quantitativos, principalmente em relação à cobertura populacional e ampliação do acesso aos serviços odontológicos, observados recentemente na Estratégia Saúde da Família (ESF), com o aumento do número e incentivo financeiro para equipes de saúde bucal, ainda é possível identificar grande dificuldade na modificação do modelo assistencial, com a esperada reorientação e reorganização de atenção prometida pela ESF (PEDRAZZI *et al.*, 2008).

O sistema de saúde brasileiro, entretanto, não é o único a perceber tais limitações. Estudos que analisam o atraso diagnóstico do câncer bucal mostram limitações semelhantes às observadas no Brasil, mesmo em nações com alto índice de desenvolvimento humano (IDH) e com sistemas de saúde pública historicamente mais consolidados e organizados que o modelo brasileiro (TORRES-PEREIRA, 2010; GOMEZ *et al.*, 2010; FRIEDRICH, 2010).

As Portarias nº. 1570 e nº. 1571 (BRASIL, 2004) e, posteriormente, a nº. 599 (BRASIL, 2006), todas do Ministério da Saúde, que instituíram e indicaram critérios para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) privilegiaram, dentre outras áreas, a Estomatologia, com ênfase na prevenção e diagnóstico do câncer da boca como ações prioritárias. A instalação de aproximadamente 900 CEOs até o final de 2010 coloca a possibilidade de que os municípios, consorciados ou não, possam oferecer informação diagnóstica e de referência na atenção secundária para o câncer bucal (BRASIL, 2006).

Alguns estudos começam a abordar o impacto dos CEOs no sistema público de saúde brasileiro (FIGUEIREDO *et al.*, 2009; CIMARDI *et al.*, 2009). Os resultados, entretanto, ainda não puderam ser analisados sob o ponto de vista da Epidemiologia e do impacto nos indicadores de incidência e morbimortalidade do câncer da boca no país. Esses centros, como iniciativa de organização da atenção especializada em Odontologia, requerem avaliações que permitam colocá-los como estratégia eficaz de organização da atenção ao câncer da boca no Brasil (FIGUEIREDO *et al.*, 2009; CIMARDI *et al.*, 2009).

Por se tratar de um problema específico de saúde, o câncer exige uma política de saúde também específica. Assim, cabe salientar como os princípios do SUS estão se desdobrando na política de oncologia.

O Ministério da Saúde (MS), em 2005, estabeleceu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), por meio da Portaria GM/MS nº 2439 (BRASIL, 2005a). Ela objetivou organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção básica e especializada de média e alta complexidade - envolvendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Conforme esta portaria, à Atenção Básica compete realizar ações de caráter individual e coletivo voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer,

assim como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica dos tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados.

À Atenção Especializada de Média Complexidade cabe realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contra referência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.

Já a Atenção Especializada de Alta Complexidade deve garantir o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a ações que objetivem determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas, assistência essa que se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs).

A escassez de serviços especializados a pacientes com câncer em várias regiões faz com que pacientes e familiares percorram inúmeros caminhos para conseguir acesso a diagnóstico e tratamento, já que a política nacional de atenção oncológica centra o cuidado nesses serviços. Diante da dificuldade de acesso à rede de alta complexidade, tornou-se urgente repensar os serviços de saúde quanto ao seu papel no cuidado a pacientes com câncer, à relação que estabelecem entre si e à possível configuração de uma rede de cuidados progressivos em oncologia (SANTIAGO; ANDRADE, 2007).

Novas diretrizes da política de saúde têm apontado para o fortalecimento do acesso e do trabalho em rede na atenção em oncologia. Em relação ao acesso, a legislação mais recente (Lei nº 12.732, de 22/11/2012, e Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013 (BRASIL, 2012b; 2013c)), estabeleceu o prazo de 60 (sessenta) dias para o primeiro tratamento cirúrgico ou quimioterápico ou radioterápico do paciente com diagnóstico de neoplasia maligna no SUS, contados a partir do registro do diagnóstico no prontuário do paciente.

Já a Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 (BRASIL, 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. Entre seus vários aspectos, encontra-se a preocupação com a acessibilidade aos

serviços de saúde, o tempo de espera para início do tratamento e a satisfação do usuário. Nas diretrizes relacionadas ao cuidado integral, pode-se destacar o tratamento oportuno dos pacientes de forma mais próxima possível ao seu domicílio, o atendimento multiprofissional e a oferta de reabilitação e cuidado paliativo.

O componente assistencial da atenção básica é regulado por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Desenvolve ações de saúde individuais, familiares e coletivas que abrangem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Trata-se da porta de entrada preferencial do sistema, responsável pela coordenação do cuidado e ordenação dos fluxos e contrafluxos dos usuários pela rede. Deve ser ofertada de forma universal, integral e gratuita (BRASIL, 2017b).

A PNAB tem na ESF sua ação prioritária para expansão e qualificação desse nível de atenção 22. A ESB integrada à equipe da ESF pode ser de Modalidade 1 (um cirurgião-dentista e um técnico de saúde bucal (TSB) e/ou auxiliar de saúde bucal (ASB)) ou Modalidade 2 (uma ESB da Modalidade 1 acrescida de um TSB). As ESB devem compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe da ESF a que está vinculada, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito (BRASIL, 2017b).

Cabe aos cirurgiões-dentistas da Atenção Básica a realização da atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva (BRASIL, 2017a). No âmbito da oncologia, a PNPC estabelece para a Atenção Básica a função de realizar ações de promoção da saúde e prevenção de fatores de risco para o câncer. Dentre esses fatores, destaca-se para o câncer bucal a diminuição da prevalência do uso do tabaco e do álcool (BONFANT *et al.*, 2014; BRASIL, 2017b).

Outra importante função da Atenção Básica destacada na PNPC é o rastreamento de lesões precoces. Entretanto, para o câncer de boca não existem evidências científicas que o seu rastreamento resulta em aumento da sobrevivência dos pacientes (RETHMAN *et al.*, 2012). Assim, cabe à ESB organizar outras estratégias, como o acompanhamento de grupos expostos frequentemente aos fatores de risco, visando a detecção precoce de lesões e posterior encaminhamento oportuno dos usuários para confirmação diagnóstica (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2004).

A responsabilidade pelo financiamento da Atenção Básica é tripartite, mas, devido à instabilidade dos recursos estaduais e municipais, o gasto público em saúde no Brasil tem sido historicamente financiado por recursos federais (MENDES; MARQUES, 2014).

Além da ampliação de serviços, é necessário observar a qualidade em que estes estão sendo prestados. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi lançado em 2011 e se encontra no terceiro ciclo (BRASIL, 2017b). A adesão ao programa é voluntária, mas tem sido fortemente incentivada por repasses financeiros federais (O'DWYER, 2015; BRASIL, 2017). Mais do que um novo instrumento de financiamento e expressão de poder do ente federal, o PMAQ-AB deve servir como importante ferramenta de diagnóstico da qualidade dos serviços (CUNHA; O'DWYER, 2018).

Dados do primeiro ciclo mostram que 72,66% das Equipes de Saúde Bucal (ESB) afirmam fazer campanhas para detecção de lesões suspeitas de malignidade e encaminhamento dos casos. Apesar dessa alta porcentagem, é preciso destacar que não há informações sobre o tipo e método da campanha realizada, a frequência de realização, o público alcançado e, principalmente, a efetividade das mesmas na detecção precoce do câncer bucal ou no aumento de sobrevida dos usuários com lesão identificada. Destaca-se ainda que 48,3% relatam esperar 365 dias ou mais para conseguir consulta com o profissional especialista, 40,9% não registra e acompanha os casos suspeitos e confirmados e apenas 45,8% relataram existir fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer bucal. Ou seja, apesar da normatização da atenção básica, poucas são as mudanças das práticas assistenciais direcionadas à essa enfermidade (CUNHA; O'DWYER, 2018).

Diante desse cenário, observa-se que as regras definidas por meio das políticas de oncologia e de saúde bucal convergem sobre o papel da atenção básica no controle do câncer bucal. No entanto, devido à sobrecarga de trabalho dos profissionais das ESB, acaba dificultando o diagnóstico e tratamento precoce do câncer bucal (CUNHA; O'DWYER, 2018).

A Atenção Especializada Ambulatorial prevista na PNPCC é composta por serviços do segundo nível de atenção, capazes de realizar assistência diagnóstica e terapêutica, além de assegurar o encaminhamento dos usuários com suspeição ou confirmação diagnóstica de câncer para as unidades hospitalares (BRASIL, 2017a).

Na PNSB o CEO é o responsável em prestar esses serviços. Há financiamento federal específico para implantação e custeio do CEO, a depender da modalidade do serviço: CEO Tipo I (3 consultórios), CEO Tipo II (4 a 6 consultórios), CEO Tipo III (7 ou mais consultórios) (BRASIL, 2017a). Os CEOs assumem papel estratégico na detecção do câncer bucal no SUS, pois todas as unidades devem realizar, entre outros serviços, o diagnóstico e detecção do câncer bucal (BRASIL, 2017b).

De forma geral, o CEO tem sido considerado um avanço, pois representa uma ruptura com a histórica limitação de oferta a cuidados especializados em saúde bucal (CUNHA; O'DWYER 2018). Verifica-se que a PNSB estimulou a expansão de serviços especializados em odontologia (dentre eles o diagnóstico do câncer de boca) por todas as regiões do país. Entretanto, a expansão é limitada a poucos municípios (15% das cidades), o que resulta em dificuldade de acesso para uma parcela da população. Além disso, o modelo de expansão aumentou a desigualdade de acesso, pois o direcionamento de recursos foi feito para cidades que já apresentavam os melhores indicadores sociais (CUNHA; O'DWYER, 2018). Frente ao processo incipiente de regionalização do cuidado bucal, é importante investir de forma mais efetiva no CEO como um estabelecimento de âmbito regional (conforme já preconiza a legislação), para que os moradores de pequenos municípios também acessem esses serviços (CUNHA; O'DWYER, 2018).

Outra estratégia para expansão do diagnóstico do câncer de boca que tem sido discutida é o estímulo para que profissionais da atenção básica também possam realizar as biópsias. Porém, sabe-se que esses cirurgiões-dentistas, além de sobrecarregados com outras demandas, não se sentem habilitados para realizar esse procedimento, sendo necessário investimento em educação permanente e em materiais e instrumentais necessários (CUNHA; O'DWYER 2018).

Os repasses financeiros do CEO são vinculados a metas de produção para cada especialidade e modalidade de implantação. Porém, não há uma meta específica para o serviço de diagnóstico bucal, estando as biópsias de lesões suspeitas inseridas no grupo de procedimentos de cirurgia oral. A ausência de uma meta específica pode fazer com que os gestores direcionem os serviços para outras prioridades e não se sintam obrigados a oferecer esse serviço. Um indicativo dessa situação foi apresentado em estudo realizado com dados do PMAQ-AB referentes ao estado do Rio de Janeiro. Entre as ESB que possuíam um CEO de referência, 25% responderam negativamente para acesso à especialidade de estomatologia. Ou

seja, mesmo sendo essa a especialidade odontológica mais habilitada para o diagnóstico do câncer bucal e esse serviço ser obrigatório nos CEO, um número significativo de ESB está com dificuldades para confirmação diagnóstica das lesões suspeitas (CUNHA; O'DWYER, 2018).

Visando qualificar as ações, foi criado em 2013 o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), que trouxe a definição de parâmetros de qualidade para essas unidades 25. Assim como no PMAQ-AB, o incentivo financeiro tem servido como incentivo para adesão dos municípios 28. Ainda não foram encontrados estudos referentes ao primeiro ciclo do PMAQ-CEO. Esse tipo de ação é imprescindível, pois sabe-se do descompasso existente entre a proposta da política e a prática no cotidiano dos serviços (CUNHA; O'DWYER, 2018).

A Atenção Especializada Hospitalar em oncologia é composta pelas unidades habilitadas como Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica. Esses serviços tem o objetivo de oferecer tratamentos especializados de alta complexidade para as pessoas com câncer, ofertar e orientar os cuidados paliativos na internação e na assistência ambulatorial e domiciliar (CUNHA; O'DWYER, 2018).

Os CACONS são estabelecimentos que realizam diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer (mas não obrigatoriamente para os cânceres raros e infantis). Todos CACONS devem oferecer cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar. Os UNACONS realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento apenas para os cânceres mais prevalentes, oferecendo minimamente os tratamentos cirúrgico e quimioterápico. Caso não ofereçam tratamento radioterápico, devem contratualizar formalmente esse serviço com outra unidade. Os Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica procedem o tratamento cirúrgico do câncer e realizam o encaminhamento, de forma regulada, dos casos que necessitam de complementação terapêutica (CUNHA; O'DWYER, 2018).

Na Portaria MS/SAS nº 140 de 2014 são apresentados os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos habilitados na atenção especializada em oncologia. Esse

aspecto é denominado por Giddens como regulador, pois define os limites de atuação que cada estrutura possui (CUNHA; O'DWYER, 2018; GIDDENS, 2003).

Segundo essa Portaria, o processo de habilitação deve obedecer a razão de um estabelecimento para cada 500.000 habitantes. É autorizado à região Norte a habilitação de um UNACON em regiões com menos que 500.000 habitantes e baixa densidade demográfica. Por sua vez, nas regiões Sul e Sudeste é admitida habilitação de CACON ou UNACON em áreas com menos que 500.000 habitantes, desde que haja estimativa de 900 casos novos anuais de câncer (CUNHA; O'DWYER 2018).

O tratamento do câncer bucal deve seguir as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2015. Nesse documento são definidos os critérios de diagnóstico, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação de caráter nacional. Segundo essas diretrizes, os usuários devem ser preferencialmente atendidos em hospitais habilitados como CACON ou UNACON com radioterapia (CUNHA; O'DWYER, 2018).

De fato, todos os CACONs devem realizar tratamento para o câncer bucal. O tratamento nas UNACONs e nos Hospitais Gerais de Cirurgia Oncológica pode ser realizado, desde que haja programação para esse serviço definido pelas comissões intergestores do SUS. No período de seis meses após a publicação da portaria de habilitação, 219 estabelecimentos, dos 299 habilitados, lançaram no Sistema de Informação Hospitalar do SUS a realização de 1.891 cirurgias para tratamento do câncer bucal (CUNHA; O'DWYER, 2018).

As regras de implantação e funcionamento dos CACONs e UNACONs são importantes instrumentos normativos de estruturação dos serviços especializados em oncologia. Essas normas apresentam requisitos mínimos que buscam garantir a qualidade dos serviços prestados à população. Entretanto, apesar desse aspecto facilitador para padronização e qualidade, essas normas podem dificultar a implantação de serviços nas regiões onde os gestores têm a sua disposição menos recursos alocativos. Essa situação se agrava ao observarmos que não foi estabelecida uma política de financiamento específica, conforme ocorreu nos outros níveis de atenção (CUNHA; O'DWYER, 2018).

A atenção domiciliar, no âmbito da PNPC, se refere aos cuidados paliativos dos usuários com câncer, que devem ser realizados de forma compartilhada com as

equipes de atenção básica e articulados com as unidades especializadas. As Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) devem respeitar a cultura e os valores das famílias, dando ênfase no controle dos sintomas e na comunicação clara com os usuários e familiares (CUNHA; O'DWYER, 2018).

3.3 O CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

No Brasil, a abordagem do câncer como problema sanitário a ser enfrentado pelo Estado se deu somente a partir da década de 30 do século XX, pela atuação de pesquisadores da área como Mario Kroeff, Eduardo Rabello e Sérgio Barros de Azevedo. O caráter nacional do controle do câncer viria sob a forma de criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC) em 1941, destinado a orientar e controlar a campanha de câncer em todo o país (PARADA *et al.*, 2008).

Em 1954, o Brasil sediou o VI Congresso Internacional de Câncer, em São Paulo, organizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC). Neste evento, foram destacados o câncer como problema de saúde pública e o conceito de controle como “meios práticos aplicados às coletividades ou aos indivíduos, capazes de influenciar a mortalidade por câncer” construído através da prevenção, educação, diagnóstico e tratamento (PARADA *et al.*, 2008).

Em 1957, foi inaugurado o hospital-instituto (atual INCA), no Rio de Janeiro, que passou a ser sede do SNC. A partir de então, esforços de unificação das ações de controle do câncer resultaram, em 1967, na institucionalização da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (BRASIL, 2006).

Após um período de retrocesso nas políticas de controle do câncer na década de 70, foi criado, nos anos 80, o Programa de Oncologia (Pro-Onco), com o objetivo de retomar o controle da doença. A partir da década de 90, com o processo de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), coube ao INCA o papel de agente diretivo das políticas de controle do câncer no país. Em 1998, surgiu o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (Viva Mulher) e, em 2000, as primeiras iniciativas para o controle do câncer de mama, consolidadas com as diretrizes técnicas nesta área (BRASIL, 2004). Outras ações como a ampliação dos registros de câncer e a expansão da assistência oncológica, por meio dos

Centros de Alta Complexidade, foram implementadas nos últimos 10 anos (BRASIL, 2007).

Este esforço para consolidar ações nacionais de controle do câncer culminou, no final de 2005, com o lançamento da Portaria 2.439/GM (BRASIL, 2005a) que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). De forma inovadora na abordagem integrada de tratar a questão do câncer, esta Política estabeleceu diretrizes para o controle do câncer no Brasil desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos.

A Portaria nº 2.439/2005 (BRASIL, 2005a) do Ministério da Saúde propõe e orienta a organização da Rede de Atenção Oncológica nos Estados, uma estratégia de articulação institucional voltada para superar a fragmentação das ações e garantir maior efetividade e eficiência no controle do câncer. Ela prevê o conjunto de ações necessárias para a atenção integral ao câncer: “Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão” (BRASIL, 2005b). Dentre seus componentes, destacam-se: vigilância em saúde (ênfase no controle do tabagismo, promoção da alimentação saudável e da atividade física, preservação do meio ambiente e segurança ocupacional), em articulação com a política nacional de promoção da saúde (BRASIL, 2006); ampliação da cobertura com assistência qualificada conforme os princípios de universalidade, integralidade e humanização; definição de parâmetros técnicos para avaliação, controle e regulação dos serviços; educação permanente dos profissionais; fortalecimento dos sistemas de informação; avaliação tecnológica e incentivo à pesquisa (PARADA *et al.*, 2008).

As proposições desta Política estão em consonância com o ideário do SUS de constituição de um modelo assistencial voltado para a melhoria da qualidade de vida, através do investimento na promoção, proteção e recuperação da saúde. A organização do rastreamento dos cânceres do colo do útero e mama tem sido a linha de frente do processo de estruturação da rede assistencial.

Hoje, as ações públicas de prevenção e o controle do câncer de boca encontram-se na interseção entre a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Apesar da ampliação do financiamento, da infraestrutura e dos recursos humanos na área de saúde bucal, ainda existem desafios para o acesso qualificado ao diagnóstico e

tratamento pelo SUS. Para superá-los é necessário compreender os fatores estruturais relacionados à essas políticas (CHAVES *et al.*, 2017)

3.4 TECENDO REDES ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM CÂNCER

O itinerário terapêutico existe desde tempos remotos. Enfrentar as doenças faz parte do cotidiano, para tanto, o ser humano desenvolve diversas estratégias no processo saúde-doença. O cotidiano representa o cenário de base para o estudo dos itinerários terapêuticos, pois os tratamentos das doenças são construções individuais e sociais que se materializam nos pequenos jogos sociais, reconhecidos como trama social (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

Nesse cenário destacam-se as contribuições de Merhy (2005), que compreende que um dos nós críticos a serem superados na atualidade é o das práticas assistenciais centradas nos procedimentos profissionais, como marca da ação ainda hegemônica do paradigma biomédico. Discutindo o conceito de integralidade, alerta que somos nós que podemos dotar esse conceito de sentido a depender das práticas de saúde que protagonizamos. Como fazer isso em nosso contexto no qual o cuidado em saúde ainda se estrutura a partir dos territórios de cada profissão e de acordo com o modelo biomédico, ainda hegemônico, que tem como uma de suas características centrais a oferta de práticas centradas em procedimentos profissionais? Para Merhy (2005), o único caminho possível é o de permitir que o nosso agir profissional seja reconfigurado, desterritorializado e esse processo só pode ocorrer como ato coletivo no contexto do trabalho em equipe. O profissional deveria refletir sobre a oferta que faz se colocando no lugar de quem recebe ou receberia o cuidado e criticar a oferta focada em parciais, que fragmenta o sujeito em diversos procedimentos técnicos. Essa fragmentação não permite reconhecer o usuário como um sujeito de desejos, possibilidades, necessidades, direitos e capacidade de apropriação e invenção de seu projeto de saúde e, mais do que isso, não o reconhece como parceiro na construção de projetos terapêuticos (MÂNGIA *et al.*, 2008).

Toma-se como pressuposto à noção de integralidade como intercruzamento de dimensões e planos de ação, por meio da superação da fragmentação que não permite reconhecer o usuário como sujeito de desejos, possibilidades, direitos e

capacidade de apropriação de seu projeto de saúde e, mais do que isso, não o reconhece como parceiro na construção de projetos terapêuticos (MERHY, 2005).

Por meio dos pressupostos constitutivos dos subsistemas, diferentes indivíduos e grupos sociais constroem suas concepções de tratamento e cura, ingressam e fazem escolhas neles. A investigação sobre o itinerário terapêutico dos idosos possibilita aos profissionais da área conhecer como a pessoa doente percebe, vive e reage diante dos sinais, sintomas e da incapacidade provocada pela doença, em especial a doença oncológica (VISENTIN *et al.*, 2010).

Desta forma, para compreendermos as escolhas de cuidado de cada indivíduo é necessário também compreendermos, como afirmam Scholze e Silva (2005), que as formas de cuidados são adotadas a partir da rede de relações do indivíduo com os familiares, vizinhos, terapeutas populares, organizações religiosas e dos próprios serviços de saúde.

Então, estar doente não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo confere a ela, o que inclui etiologia, curso e duração dos sintomas, diagnóstico e formas de tratamento. As escolhas terapêuticas que os indivíduos fazem são frutos de operações racionais, baseadas em uma lógica econômica e da avaliação custo-benefício (SCHOLZE; SILVA, 2005).

O itinerário terapêutico se constitui por uma rede de relações estabelecidas entre o indivíduo e familiares, vizinhos, terapeutas populares, organizações religiosas, serviços de saúde e os vários e diferentes grupos com que cada pessoa se inter-relaciona ao longo de sua existência. As escolhas de cuidados resultam então de operações racionais baseadas na lógica e na avaliação do custo-benefício para os momentos de saúde e/ou doença, isto é, para manutenção e resgate da saúde ou combate à doença (SCHOLZE *et al.*, 2005).

O termo itinerário terapêutico é usado para definir o percurso e todos os movimentos realizados por pessoas ou grupos, na preservação ou recuperação da saúde, que podem utilizar diversos recursos que incluem desde cuidados caseiros e religiosos até procedimentos médicos convencionais. Referem-se à sequência de acontecimentos e decisões que, tendo como objeto o tratamento da doença, constrói uma determinada trajetória. O itinerário, nessa perspectiva, é considerado como um percorrer dos indivíduos pelos serviços de saúde. Sob esse olhar – ainda que, adiantamos, tais abordagens sejam interessantes e importantes para, por exemplo,

a elaboração de políticas públicas –, o itinerário é circunscrito aos serviços de saúde, excluindo-se partes significativas dos caminhos seguidos (MARTINEZ, 2006; PINHO; PEREIRA, 2012).

As relações interpessoais entre a pessoa doente, seus familiares e os profissionais de saúde possibilitam que novos cuidados possam fazer parte do cotidiano da vida familiar, modificando, assim, ao longo do tempo, os constituintes dos sistemas de cuidados à saúde, cujo comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, sendo os profissionais de saúde, responsáveis pelos contatos subsequentes (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; ROSA *et al.*, 2011).

Não obstante, a escolha de gestores e trabalhadores de serviços de saúde, os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados. Suas escolhas expressam construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos. Estas escolhas vão definir ações que, passo a passo, constituirão um determinado percurso (ALVES *et al.*, 1999; CABRAL, 2011).

O uso efetivo dos serviços de saúde pode ser uma medida de avaliação do acesso, pois resulta de uma multiplicidade de fatores, tais como os individuais predisponentes, contextuais e os relativos à qualidade do cuidado, que influenciam o uso e a efetividade do cuidado (TRAVASSOS, 2004).

Dessa forma, enfrentar um diagnóstico de câncer exige de cada pessoa a reavaliação do próprio itinerário terapêutico, novas inter-relações e a própria reflexão sobre a existência, o autoconhecimento e o autodesenvolvimento, assim possibilitará a busca por cuidados, através de trajetórias, na tentativa de solucionar problemas da doença e movimentos para preservar ou recuperar a saúde. Trata-se de um conjunto de planos e ações que se sucedem, mesclam-se ou se sobrepõem para lidar com a enfermidade (ROSA *et al.*, 2011; PINHO; PEREIRA, 2012).

3.5 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE USUÁRIOS COM LESÕES BUCAIS NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

No período de 2005 a 2012 foram registrados 132.480 casos de neoplasias no Paraná/Brasil. Verificou-se ao longo dos anos um aumento nos casos, passando de 10.257 em 2005 para 17.127 em 2012, correspondendo a um aumento de 66,98%, conforme observado na figura 1. Entretanto, verifica-se que após 2010 ocorre um declínio no número de casos, de 13,40%, que continua até o final do período analisado (NOBRE *et al.*, 2016).

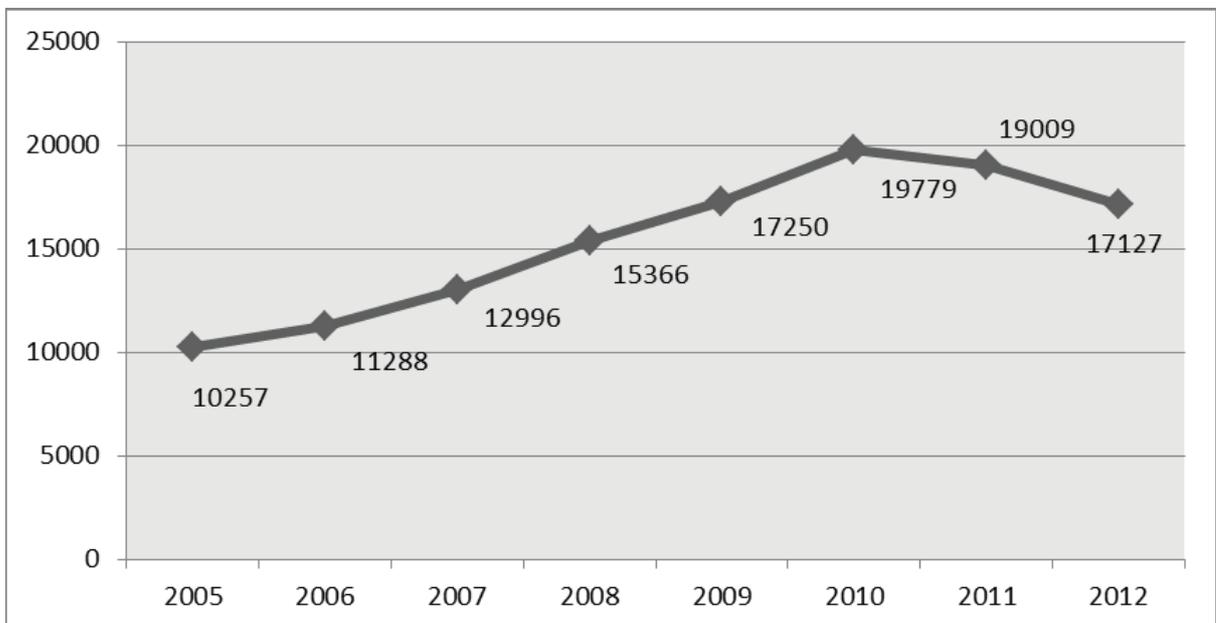


Figura 1 - Evolução dos casos de neoplasias no Paraná/Brasil entre os anos de 2005-2012 (NOBRE *et al.*, 2016).

No Brasil ocorreu em 1983 a implantação do primeiro Registro Hospitalar de Câncer, no Instituto Nacional de Câncer, no Rio de Janeiro. Em 1984, o Ministério da Saúde recomendou uma integração a nível nacional. A partir dessa data é possível obter um panorama dos casos ocorridos no território nacional. Ao analisar a evolução dos casos de neoplasias no Paraná/Brasil e suas características, foi possível observar que a tendência da doença foi crescente e vertiginosa até 2009 e que a partir de 2010 há um declínio no número de casos. Existem poucos estudos que trazem informações sobre a incidência no Brasil, dentre estes, vale considerar

as estimativas atuais realizadas pelo Instituto Nacional do Câncer que fornece um panorama sobre a magnitude da doença no país (INCA, 2016).

Sabe-se que o câncer é um problema de saúde pública no Brasil, constituindo a segunda causa de morte por doença no país. Dentre os fatores associados às neoplasias estão urbanização e a industrialização, pelo favorecimento à exposição aos fatores de risco ambientais, substâncias químicas, como o tabagismo, a poluição ambiental e a disparidade socioeconômica são agentes carcinogênicos, além de influenciarem a distribuição e a incidência do câncer nas diferentes regiões brasileiras (LOPES *et al.*, 1992).

De acordo com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social e Econômico o Paraná é um estado com bom nível de desenvolvimento social e econômico, possui autonomia para gerenciar, regular e controlar procedimentos de baixa, média e alta complexidade, inseridos no SUS, incluindo os procedimentos para neoplasias (IPDSE *et al.*, 2000). Estudos que traçam o perfil epidemiológico do problema permitem um planejamento e direcionamento das políticas de saúde, bem como, melhorias na qualidade da assistência.

Um estudo realizado para avaliar a tendência da mortalidade por neoplasia no Brasil verificou que as regiões mais desenvolvidas do país, Sul e Sudeste, seguem tendência crescente, com coeficientes elevados de mortalidade, porém com menor aumento ao longo da série temporal. Esse menor aumento da mortalidade é caracterizado por maior avanço no processo de transição demográfica e epidemiológica, e melhores serviços de assistência médica (CERVI *et al.*, 2000).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL

Durante as primeiras décadas do século XX, houve uma verdadeira tomada de consciência dos médicos brasileiros em relação ao câncer, o que levou ao surgimento das primeiras iniciativas para incluí-lo na agenda da saúde pública nacional. O reconhecimento da importância da doença se relacionou muito mais ao contato de um grupo de profissionais com as discussões sobre a doença ocorridas em congressos internacionais do que à expressão epidemiológica e se formalizou nos debates ocorridos nas academias e periódicos médicos. Em relação às iniciativas diante da doença, destacam-se a inclusão de medidas para a sua prevenção no âmbito da Inspetoria da Lepra e Doenças Venéreas, criada por uma reforma sanitária ocorrida em 1920; a criação do primeiro hospital especializado no tratamento radiológico do câncer em Belo Horizonte, em 1922; e a criação do Centro de Cancerologia do Distrito Federal, em 1937, pelo cirurgião Mario Kroeff (TEIXEIRA, 2009).

Apesar dessa efervescência, o alicerce do que viria a ser a política nacional de controle da doença só seria erguido a partir de 1941, quando uma reforma do então Ministério da Educação e Saúde instituiu serviços verticalizados, de caráter nacional, direcionados às doenças vistas como entrave ao desenvolvimento nacional (BODSTEIN, 1987). Entre os 16 serviços criados nesse momento, um destinava-se ao câncer. A criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC) se relaciona ao intenso trabalho do médico gaúcho Mario Kroeff, que tirou proveito da sua proximidade com o poder durante o governo getulista e pôs em marcha um incansável trabalho de conscientização das elites políticas e econômicas sobre a importância epidemiológica da doença e a necessidade de seu controle. Como cirurgião especializado em câncer, ele criara no Distrito Federal o Centro de Cancerologia, pequeno hospital especializado no tratamento da doença que viria a se transformar no INCA. Além disso, Kroeff protagonizou a criação do SNC e foi seu primeiro diretor (TEIXEIRA, 2010).

O SNC tinha como principais funções a elaboração de estudos epidemiológicos para a prevenção do câncer e o auxílio financeiro e técnico às

unidades locais de tratamento. O Serviço era composto pelo Instituto de Câncer do Distrito Federal (antigo Instituto de Cancerologia) — responsável pelo atendimento aos cancerosos, pelas pesquisas relacionadas à doença e pelo ensino da cancerologia — e pela Seção de Organização e Controle, responsável pela busca de normatização das ações contra o câncer e pela estruturação da rede de instituições locais direcionadas à doença. Embora o SNC tenha tido um pequeno raio de ação em seus primeiros anos, progressivamente a ele se incorporaram diversos hospitais filantrópicos, unidades mantidas por governos estaduais e entidades civis (ligas) de apoio à criação de novas instituições. Esse conjunto viria a compor uma rede denominada Campanha Nacional de Combate ao Câncer, embrião da ação nacional contra a doença (TEIXEIRA, 2010).

Não obstante o crescente interesse pelo tema, a política de controle do câncer continuaria muito aquém das necessidades nacionais, tanto no campo da prevenção como no do tratamento. Em relação ao primeiro aspecto, campanhas educativas começaram a ser organizadas nas cidades do Rio de Janeiro (então capital federal) e de São Paulo, a partir do final da década de 1940. Apesar de seu caráter inovador e do grande interesse popular que geravam, eram geograficamente restritas, deixando a maior parte do país distante de informações sobre a doença. No que tange ao tratamento, o problema da falta de leitos permanecia em decorrência da inexistência de planejamento que garantisse o acesso dos pacientes nas regiões onde as necessidades eram maiores. Os hospitais dedicados aos cancerosos se estabeleciam em função das possibilidades ou dos interesses das instituições privadas — filantrópicas ou não —, que se vinculavam ao SNC para obter auxílio para tratamento gratuito de cancerosos (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

A ampliação da rede de instituições relacionadas ao tratamento de câncer no País ocorreu simultaneamente ao aumento do interesse médico-científico na doença e ao fortalecimento institucional do campo da cancerologia. Os principais marcos desse processo foram a criação da Sociedade Brasileira de Cancerologia (1946); o surgimento da Revista Brasileira de Cancerologia, a partir do ano seguinte; a organização do VI Congresso Internacional de Câncer, da União Internacional Contra o Câncer no Estado de São Paulo, em 1953; e o fortalecimento do Instituto de Câncer que, em 1957, passou a funcionar em uma nova e bem aparelhada sede na Praça da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro (TEIXEIRA, 2010).

Esse conjunto de eventos resultou no melhor posicionamento dos profissionais do câncer em seu campo de atuação, possibilitando-lhes mais apoio para suas demandas institucionais, aspecto facilmente observável no progressivo aumento das verbas do SNC e no crescente número de instituições a ele filiadas. No entanto, acreditamos que o ponto fundamental nesse processo foi o surgimento de uma nova comunidade, de especialistas em câncer, a partir dos cursos de cancerologia elaborados pelo INCA, a partir de 1944. Ministrados pelos mais conceituados especialistas na doença do País e por pesquisadores estrangeiros, tais cursos foram de grande importância na homogeneização dos saberes sobre a doença e no fortalecimento e criação de identidade dos cancerologistas brasileiros. De suas carteiras, despontaram os médicos responsáveis pelas seções — ou mesmo pela direção geral — do INCA e por várias direções do SNC (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

4.2 O TEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA

O tempo despendido pelo paciente do diagnóstico ao tratamento, considerando os exames prévios, o tempo de internação (cirurgia) e o tratamento específico pode ser de aproximadamente dois a três meses. A morbidade e suas sequelas, temporárias ou definitivas, comprometem significativamente a qualidade de vida do paciente nesse período. A reabilitação, especialmente quanto à fala e à deglutição também pode ser demorada, o que explica o longo intervalo para que o paciente recupere, ou não, sua qualidade de vida (AMAR, 2002).

A preocupação sobre como e em que momento as pessoas procuram ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde, tem estado cada vez mais presente em estudos sobre planejamento, organização e avaliação das redes de atenção aos serviços assistenciais de saúde (MARTINEZ, 2006; SISSON, 2011; CABRAL, 2011).

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à

saúde – prestada no tempo, no lugar, com o custo certo e a qualidade certa, de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas para esta população (MENDES, 2009).

Os diversos enfoques possíveis na observação de itinerários terapêuticos podem subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas (MARTINEZ, 2006; CABRAL, 2011).

O tratamento específico para câncer de boca pode causar efeitos indesejáveis e irreversíveis ao sistema estomatognático, comprometendo inclusive as funções orais. As lesões podem repercutir na fonoarticulação e dificuldades de deglutição de saliva e alimentos, assim como alterações de fala e mastigação. Na maioria dos casos, a voz assume característica pastosa, monótona e hipernasal, além do comprometimento da fala, causados por imprecisão articulatória, que acrescida do trismo acentuado, prejudicam o processo de falar (MENDES, 2000; MENDES, 2007).

4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS – LEI ONCOLÓGICA

Em 1997, o então senador do Paraná, Osmar Dias (PSDB/PR) propôs o Projeto de Lei do Senado nº 32, de 1997, na data de 06/03/1997, o qual trazia em sua ementa:

“Dispõe sobre o tratamento medicamentoso da dor em pacientes portadores de neoplasias comprovadas, por meio de entorpecentes, e dá outras providências.”

Porém esse PLS estava encarregado apenas de prover medicação aos pacientes portadores de neoplasias malignas que precisavam fazer uso de medicações mais fortes, de uso e distribuição controlados.

Cria-se então uma nova ementa:

“Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.”

E a explicação da ementa:

“Estabelece o acesso gratuito a analgésicos e entorpecentes, no âmbito do SUS, incluindo a morfina, petidina, codeína, tramadol, bupremorfina, naloxone, no programa especial de dor oncológica, para pacientes com neoplasia maligna e câncer.”

Substituindo esse PLS (nº 32, de 1997), na sequência, tem-se a criação do Substitutivo da Câmara dos Deputados nº 32, de 1997, ao PLS nº 32, de 1997. De autoria da Câmara dos Deputados, tendo a iniciativa partida do Senador Osmar Dias (PSDB/PR) na época, abordando o assunto: Social – Saúde.

A ementa do Substitutivo da Câmara dos Deputados nº 32, de 1997, ao PLS nº 32, de 1997 trouxe:

“Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.”

E em sua explicação da ementa:

“Dispõe que o paciente de câncer tem direito ao primeiro tratamento (terapia cirúrgica, radioterapia ou quimioterapia), gratuitamente, pelo SUS, no prazo de até 60 dias a partir do diagnóstico ou em prazo menor, conforme a necessidade. Determina a prioridade e gratuidade no atendimento, inclusive o acesso a medicamentos, aos pacientes de câncer acometidos por manifestações dolorosas. Sujeita os gestores do SUS a penalidades administrativas pelo descumprimento dessas disposições. Estabelece o início da vigência da lei resultante deste projeto depois de 180 dias de sua publicação.”

Esse Substitutivo da Câmara dos Deputados nº 32, de 1997, ao PLS nº 32, de 1997, torna-se mais tarde a LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012. Carinhosamente apelidada de “Lei dos 60 dias”.

O quadro 1 compara o PLS e a Lei em vigência:

**SUBSTITUTIVO DA CÂMARA AO
PROJETO DE LEI DO SENADO
Nº 32, DE 1997**

Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

**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.

<p>Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.</p> <p>Parágrafo único. A padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, deverá ser revista e republicada, e atualizada sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico e à disponibilidade de novos tratamentos comprovados.</p>	<p>Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.</p> <p>Parágrafo único. A padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, deverá ser revista e republicada, e atualizada sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico e à disponibilidade de novos tratamentos comprovados.</p>
<p>Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias 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.</p> <p>§ 1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, 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.</p> <p>§ 2º Os pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos.</p>	<p>Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias 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.</p> <p>§ 1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, 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.</p> <p>§ 2º Os pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos.</p>

Art. 3º O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.	Art. 3º O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.
Art. 4º Os Estados que apresentarem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para superar essa situação.	Art. 4º Os Estados que apresentarem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para superar essa situação.
Art. 5º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.	Art. 5º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

QUADRO 1 – PLS e Lei em vigência: comparações (FONTE: O AUTOR).

Como pode ser observado, nada mudou desde o PLS até a Lei em vigência. A única questão que chama atenção é o tempo de tramitação. Desde o PLS até a Lei estar vigente 15 anos se passaram.

4.4 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE USUÁRIOS COM LESÕES BUCAIS NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Os resultados serão apresentados de acordo com a metodologia proposta por Bardin (1977), em que, por meio de uma apreciação das falas dos entrevistados, emergiram unidades de análise e estas foram categorizadas e subdivididas de acordo com os aspectos pontuados nas entrevistas realizadas (Quadro 02).

Quadro 02 – Unidades e categorias de análise

UNIDADES	CATEGORIAS DE ANÁLISE
Sinais e sintomas	- O que você sentiu? - Como procurou ajuda? - Como foi o início da doença?
Tratamento	- Como foi/está o tratamento? - Angústias; - Aflição; - Sentimentos;

Ajuda fora do ambiente médico	<ul style="list-style-type: none"> - Buscou ajuda em religiões? - Buscou ajuda em igrejas? - Misticismo; - Curandeirismo;
O que sente nesse momento do tratamento?	<ul style="list-style-type: none"> - Esperança; - Medo; - Aflição; - Cura;
Tabagismo e etilismo	<ul style="list-style-type: none"> - Já fumou? - Fuma ainda? - Já bebeu? - Bebe ainda? - Vícios;

Fonte: O Autor (2019)

SINAIS E SINTOMAS

Estava meio confuso, não sei muito bem explicar, senti que algo não estava bem e fui ao médico. A doutora me pediu para passar pelo dentista do postinho pra que eu pudesse tratar as aftas. Foi aí que começou o pesadelo (MTP, Curitiba).

Eu tava com uns caroço no pescoço, mas não tinha dor de garganta... achava aquilo estranho. Foi quando fui ao médico e ele já me encaminhou (MP, Curitiba).

Nos exames de rotina uma doutora viu que alguma coisa não tava certa, aí descobri um câncer de mama, nesse meio tempo acabei descobrindo essa porcaria na boca também. Que desespero. Aí fui encaminhada de um lugar para o outro pra tratar as duas coisa (MJF, Colombo).

Eu fui no dentista do postinho porque um dente meu tava meio mole. A doutora na hora já me fez um monte de pergunta sobre aquela ferida, era tipo uma afta que não doía, aí ela não quis me assustar nem nada, mas disse que era bom dar uma olhadinha num outro doutor lá. Foi aí que descobri (MPSM, Colombo).

A gente que bebe e fuma sabe dos problema que isso traz, eu meio que já sabia, no fundo eu meio que sentia, fazia tempo que não procurava um médico ou dentista pra cuidar da saúde, mas foi batata. Fui na médica, ela já me mandou no dentista e comecei os tratamento (DBCS, Colombo).

Fui no posto pra ver minha garganta que tava inflamada, aí aproveitei e fui no dentista, deixei marcado. Quando melhorei da garganta, descobri que tinha que

investigar uma feridinha da língua. Assim que eu descobri (CB, Fazenda Rio Grande).

Confesso que tava bem, não tinha nada, fui ver a questão da chapa que eles encaminham no posto pra conseguir e deu nisso. Ao invés de ganhar uma prótese, ganhei isso (EFF, Fazenda Rio Grande).

Fui tratar meus dentes que não tavam muito bom, aí o dentista do posto me encaminhou explicando que tinha que ver uma manchinha da minha boca. Aí fui num outro dentista e fiquei sabendo que era isso (WSP, São José dos Pinhais).

Queria fazer uma chapa nova, aí fui num dentista particular e ele pediu pra eu ir no posto, achei estranho, mas fui. Chegando lá a mulher me encaminhou prum centro onde eles descobriram (BK, Araucária).

No Brasil, a prevenção primária do câncer de boca consiste fundamentalmente em programas e medidas de combate ao consumo de tabaco e álcool, num esforço integrado de promoção da saúde que visa à redução de vários outros agravos. O exame visual da boca para detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores não sintomáticos é uma estratégia de prevenção secundária intuitiva e atraente, a partir da qual se espera viabilizar o diagnóstico da doença em seus estágios iniciais e, assim, possibilitar um melhor prognóstico por meio da pronta e efetiva intervenção terapêutica (ANTUNES *et al.*, 2007).

O câncer de boca é um problema grave de Saúde Pública no Brasil e em muitos países. A maior parte dos casos da doença é detectada em fase avançada, em indivíduos de baixa renda e economicamente produtivos, com pouco acesso aos serviços de saúde. Além disso, o tratamento revela-se de alto custo econômico e social (FALCÃO *et al.*, 2010). Infelizmente os sinais e sintomas são detectados de forma tardia e/ou errônea, e isso prejudica o prognóstico.

A média de idade dos pacientes acometidos pelo CEC da cavidade bucal é de 55 anos (DURAZZO, *et al.*, 2005; BORGES, *et al.*, 2008). O que também corrobora ao presente estudo, uma vez que os pacientes estão nessa mesma média de idade ao ser acometido pelo câncer de boca.

TRATAMENTO

Muito ruim, mal tive muito tempo pra pensar e já tive que começar a tomar remédio forte e daí veio o pior, cirurgia e radioterapia. Não gosto nem de falar muito sobre isso que até agora tô sofrendo... é duro demais (MTP, Curitiba).

Comecei a fazer muitos exames, e daí veio a notícia que eu precisava fazer uma cirurgia que ia mudar minha vida, eu ia precisar tirar muito osso da boca pra poder parar o câncer. Tá sendo muito sofrido, você consegue ver... além da cirurgia eu vou começar a radioterapia em breve (MP, Curitiba).

É tristeza que não acaba mais, não consigo comer direito, dormir, penso nisso dia e noite... mas tá indo, tenho fé em Deus que logo isso passa, minha cirurgia tá marcada e eu só penso que não quero morrer. O doutor me avisou como vai ser a cirurgia, tenho medo, espero continuar viva pra ver meus netos (MJF, Colombo).

Ainda tá sendo, a radioterapia é forte, tem acabado comigo, mas me falaram que isso passa depois, tô tomando muito remédio também... nada está sendo fácil. Só quero que isso acabe logo, eles judiam muito da gente, mas sei que é pro bem, esse maldito (o câncer) vai morrer e eu vou viver (MPSM, Colombo).

Sufrido, além das dores, a cirurgia me desfigurou, eu era tão bonito, agora tô assim, mas espero poder viver melhor um dia. Os remédios ajudam um pouco... mas a radioterapia machuca (DBCS, Colombo).

Dolorido, bem dolorido... a gente tenta se mostrar forte por causa da família, mas não tem sido fácil, meu filho, é dor dia e noite. Aí a gente volta pior do hospital, eles estão vendo se vai precisar de mais coisa pra me ajudar (CB, Fazenda Rio Grande).

Usar aquela máscara lá é dureza, o pior é o jeito que a gente fica depois, dói muito e incomoda. Eu não sei mais o que é ficar sem sentir nada, antes eu não sentia, agora tá bem complicado... só na base do remédio dia e noite (EFF, Fazenda Rio Grande).

Tem sido uma luta, todos os dias com dor e desconforto, mas tento ser forte. Tomo os remédios certinho e tenho tomado muito cuidado, minha família me ajuda muito e isso ajuda. Tô com fé que não vou precisar de mais sessões no hospital (WSP, São José dos Pinhais).

Não tá fácil, só sofrimento. Eu era feliz e não sabia, filho, tristeza demais. Até pra falar dói. Tô sofrendo, mas tenho fé que isso passa logo (BK, Araucária).

As modalidades de tratamento das neoplasias malignas mais comumente utilizadas são três: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. O tratamento cirúrgico do câncer tem dois objetivos principais: ressecção da massa cancerosa e de outros tecidos envolvidos, como os linfonodos e a remoção de órgãos endócrinos que podem modificar a disseminação da doença. Diferentemente do tratamento cirúrgico, a radioterapia e a quimioterapia não são específicos para o tecido, atuando pela inibição do crescimento de células que se dividem rapidamente, interferindo na divisão celular (MCCARTHY, *et al.*, 1998). Como a quimioterapia e a radioterapia não diferenciam as células neoplásicas, que se dividem rapidamente, das células

normais que proliferam com rapidez, como as da mucosa bucal ou da medula óssea, provocam vários efeitos colaterais que se manifestam na cavidade bucal (CHILDERS, *et al.*, 1993). Além disso, a boca abriga inúmeras bactérias, transformando-se em porta de entrada para microrganismos infecciosos no hospedeiro mielossuprimido (EPSTEIN, *et al.*, 2001). O desconforto presente no discurso, bem como os efeitos colaterais dos fármacos e radiação estão de acordo com o que a literatura traz, infelizmente é o “ônus” que o tratamento causa.

AJUDA FORA DO AMBIENTE MÉDICO

Todos procuraram ajuda do âmbito médico. A maioria buscou igrejas, e na sequência benzedadeiras e misticismo. Nenhum participante da pesquisa tomou ou bebeu algo oferecido por parentes ou vizinhos, nem de líderes religiosos.

Haja vista que a medicina alopática não confere a certeza da cura do câncer (tratamento por vezes agressivo, focado na dimensão biológica do ser humano), não levam em consideração seus aspectos afetivos, sociais, espirituais, o que compromete a qualidade de vida dos pacientes, faz com que estes, quando diante de tal diagnóstico, fiquem angustiados e recorram a outras alternativas de tratamento para aliviar a dor emocional e a incerteza em relação a vida. Neste sentido, recorrem a práticas místicas, panaceias, em busca de milagres que possam mudar o curso da doença instalada. Confundem então a medicina alternativa e complementar com outras práticas não sistematizadas e reconhecidas por profissionais gabaritados na medicina alternativa (MAO *et al.*, 2007).

O QUE SENTE NESSE MOMENTO DO TRATAMENTO?

Uma angústia tomou conta de mim. Não durmo mais, não tenho mais apetite e considero minha vida indo pelo ralo, doutor... não sei o que pensar, pode ser que eu morra a qualquer momento ou que descubram um novo câncer... Deus me livre, quero nem pensar. Mas eu me sinto presa, me sinto refém de uma doença que jamais pensei que fosse dessa forma. Hoje me desespero e dou valor a cada dia da minha vida, tenho muito medo do que vem pela frente. Minha família não sabe, mas eu durmo e acordo pensando que é meu último dia (MTP, Curitiba).

Me sinto triste, por um lado sei que eu que busquei isso. Eu fumei e bebi, ainda fumo e bebo, não consigo parar totalmente, me sinto responsável por tudo o que está

acontecendo. O que mais me deixa triste é a minha família. Eles não querem dizer, mas aquela frase “eu te avisei” está estampada no rosto de cada um. Tenho medo de morrer, doutor... mas espero superar isso. Espero poder falar e comer normalmente um dia. Tá sendo triste, pesado, tenho pedido a Deus muita força pra superar tudo isso. Não tá fácil (MP, Curitiba).

O senhor consegue me ver, então consegue imaginar como sinto... me sinto arrasada, sem perspectiva, me sinto feia e sei que devido ao tratamento posso piorar. Confesso estar bem depressiva, não sei se quero viver se for dessa forma... nunca mais poderei viver normal novamente, isso me chateia e me faz mal, quero tentar melhor e me curar, depois quero tentar me reerguer, mas agora não tá fácil. Que Deus me perdoe por pensar o pior as vezes, mas ele sabe de todas as coisas... (MJF, Colombo).

Tento me sentir forte, mas é um sentimento que vai e volta. Tem horas que desabo, nunca me senti fraca, sempre fui uma mulher muito, mas muito forte. E hoje tô assim, tô refém de uma doença que eu sei que causei, quando penso que causei isso me arrependo... mas agora não adianta, preciso tentar seguir a vida... quero melhorar pra aproveitar mais a vida... hoje dou valor a cada hora do dia e a cada momento, é triste pensar que eu tô tendo que passar por isso pra pensar dessa forma (MPSM, Colombo).

Tô me sentindo bem, achei que seria pior, mas tô no começo do tratamento, incomoda e sei que vai piorar, mas acho que a minha ficha não caiu. Tô confuso, espero poder vencer isso, quero ser lição pra todos que fumam e bebem, isso é uma desgraça e tô aqui pra provar. Mas com fé em Deus tudo vai melhorar... (DBCS, Colombo)

Me sentindo perdida, desorientada. Tento ser otimista, mas não consigo ficar assim por muito tempo... é triste, sabe? Você se sente sem chão, sem rumo... já pensei em desistir, mas faço isso pelos meus netos... eles merecem uma avó, é o que me dá forças. Hoje mesmo tô abalada, mas desabafar me fez bem... quero te contar um dia que venci isso, filho, você vai ver.... (CB, Fazenda Rio Grande)

Me sinto até que conformado, quero tentar manter assim... quero viver, mas sei que preciso passar pelo meu calvário primeiro. Tô buscando muita ajuda na igreja, eles me fazem ver o melhor da vida, é assim que tô me sentindo, ainda bem que tô sendo tratado, e muito bem tratado, mas penso nas pessoas que não estão, queria que todas estivessem se tratando já... pra que a gente fique bem, tô pensando o melhor, me sentindo no presente, vamos ver o que vai dar (EFF, Fazenda Rio Grande).

De saúde? Nada bem. Mas vamos, seguimos, tem que continuar. Busco pensar que tô melhorando e internalizo isso, a vida não é nada, nada, nada fácil, nunca foi e não seria agora, mas tô buscando forças em mim pra tentar me melhorar. A vida é mais que isso, né doutor? O senhor ainda vai conversar comigo e eu vou estar bem (WSP, São José dos Pinhais).

Buscando o melhor pro meu corpo e pra minha cabeça, se a minha cabeça estiver bem ela pode ajudar meu corpo. Dói, me sinto desconfortável, mas sei que isso vai

passar, esse tratamento vai fazer efeito... sei que não é fácil, mas tô esperando por dias melhores (BK, Araucária).

Diante de relatos tão tristes e densos, beira o impossível não se comover e tentar buscar o entendimento sobre esse sofrimento que é o tratamento de câncer de boca. Sabe-se na literatura que o tratamento de câncer pode resultar em mucosite, xerostomia, hipossalivação, infecções bacterianas, infecções fúngicas, infecções virais e sangramento (SEMBA *et al.*, 1994; SPIJKERVET, SONIS, 1998)

Tabagismo e etilismo

Todos os participantes da pesquisa já foram ou são etilistas e/ou tabagistas.

Estudos epidemiológicos têm mostrado existir correlação entre a incidência desses tumores e a exposição a agentes carcinogênicos, os quais são conhecidos por suas propriedades mutagênicas (GÜNERI *et al.*, 2005). Carcinógenos exógenos, incluindo tabaco e álcool, estão associados ao aumento do risco de desenvolvimento da doença, devido à ação sinérgica do álcool potencializando os efeitos do tabaco (WARNAKULASURIYA *et al.*, 2008; CASTELLSAGUÉ *et al.*, 2004; HASHIBE *et al.*, 2009; Hirota *et al.*, 2008). Esses estudos corroboram aos achados da presente pesquisa, todos os pacientes são ou já foram etilistas e/ou tabagistas.

Todos os pacientes da pesquisa foram diagnosticados com CEC, o câncer de boca mais comum. Embora pela pequena quantidade de pacientes utilizados na amostra do presente estudo, vê-se que, de fato, esse tipo de neoplasia em região de cabeça e pescoço se mostra bem prevalente (CRUZ *et al.*, 2015).

4.5 FLUXOGRAMAS: DO COMEÇO AO TRATAMENTO

Como Mângia e Muramoto (2008) preconizam, o fluxograma traz à luz a organização de uma dada situação. A seguir é possível observar como os pacientes trilharam seu caminho até o tratamento da neoplasia.

A usuária MTP (Figura 02) perpassou por um trajeto de tempo curto quando comparada aos outros usuários. Dentro de 31 dias ela conseguiu iniciar o seu tratamento no HEG para câncer de boca.

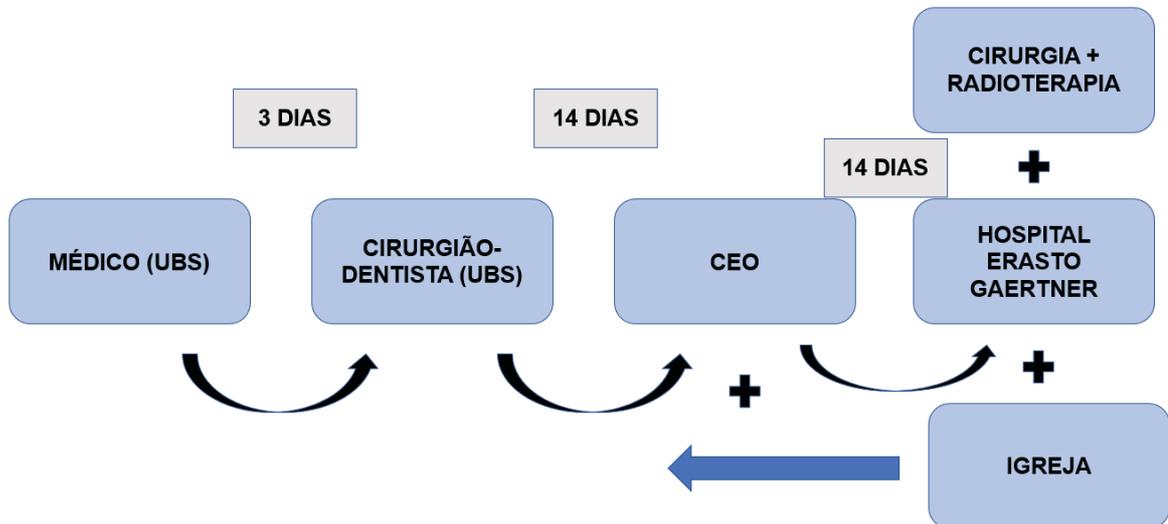


FIGURA 02 – MTP, Curitiba (Fonte: O AUTOR, 2019).

A usuária MP, de Curitiba (Figura 03) demorou 48 dias desde a consulta médica até o início do tratamento contra o câncer de boca no HEG.

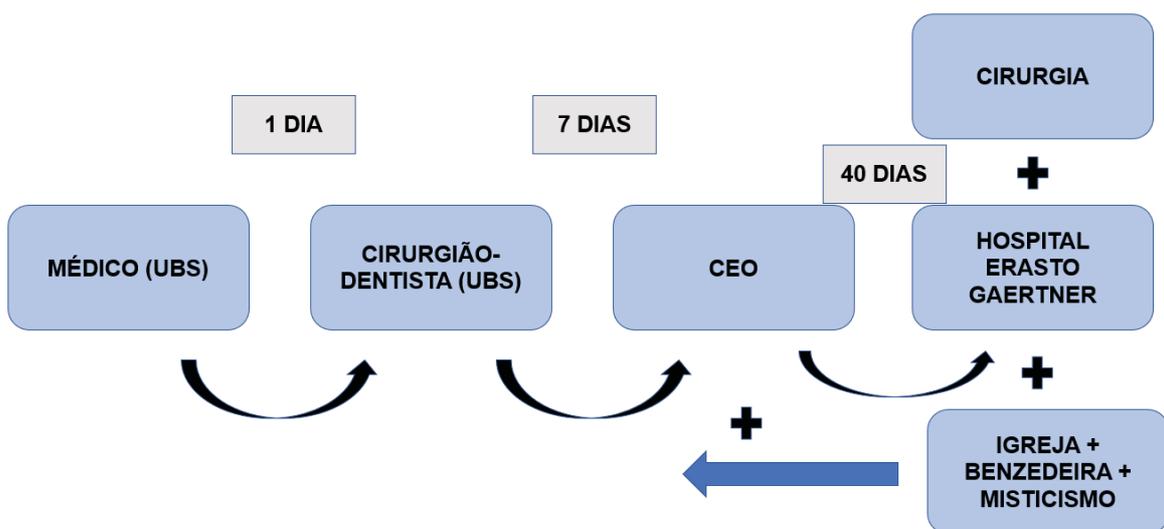


FIGURA 03 – MP, Curitiba (Fonte: O AUTOR, 2019).

A usuária MJF, de Colombo (Figura 04) fez um caminho diferente das demais usuárias citadas acima. Essa demorou 6 meses para início do efetivo tratamento e não passou por nenhum cirurgião-dentista ao longo da descoberta do câncer de boca.

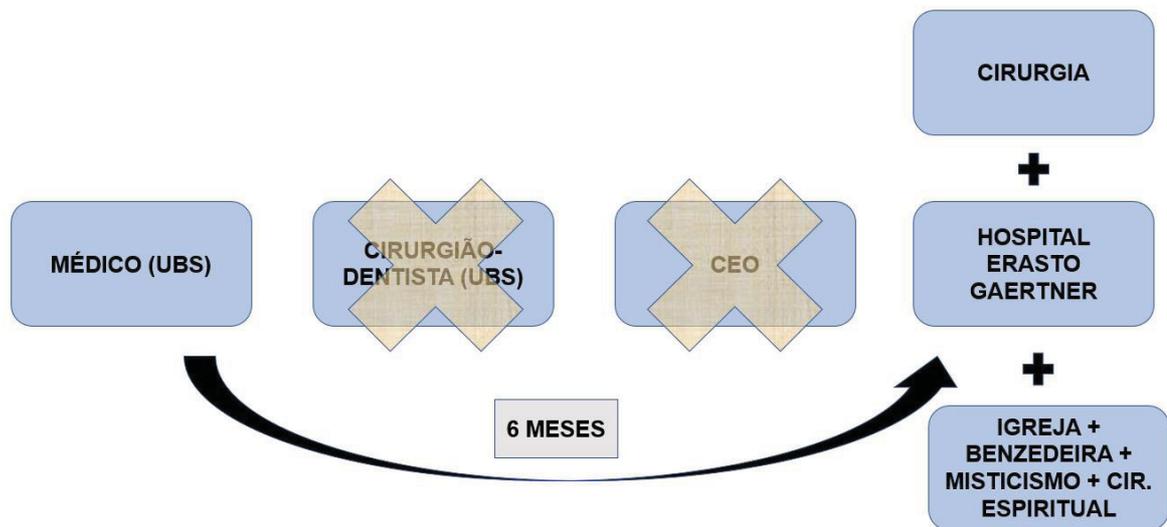


FIGURA 04 – MJF, Colombo (Fonte: O AUTOR, 2019).

A usuária MSPM, de Colombo (Figura 05) em menos de um mês, mais exatamente, 28 dias perpassou pelos profissionais até a chegada ao HEG para tratamento com a equipe de cabeça e pescoço e cirurgia bucomaxilofacial do serviço.

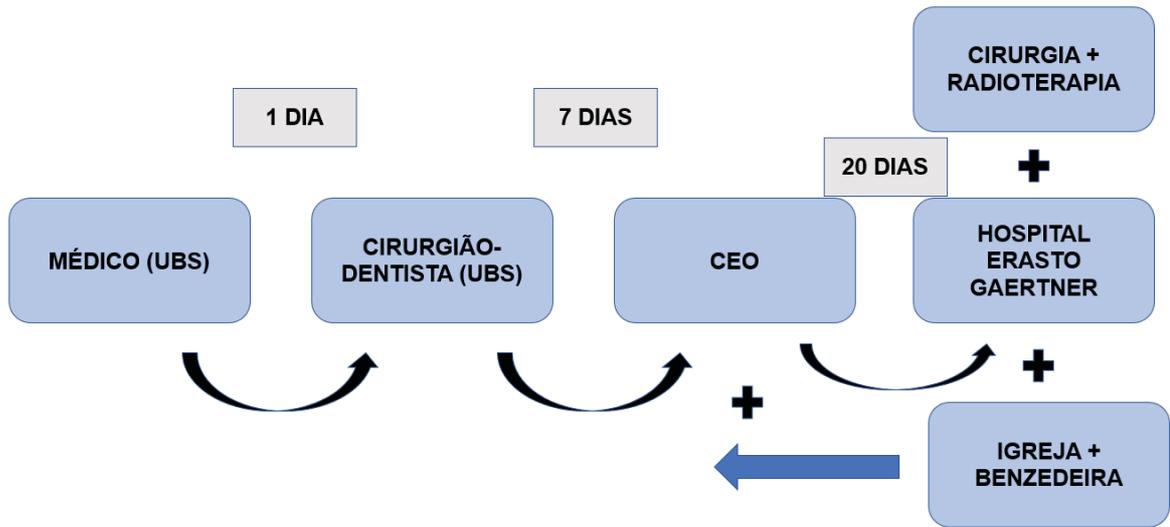


FIGURA 05 – MPCM, Colombo (Fonte: O AUTOR, 2019).

A usuária DBCS, de Colombo (Figura 06) em 3 meses iniciou o tratamento no HEG.

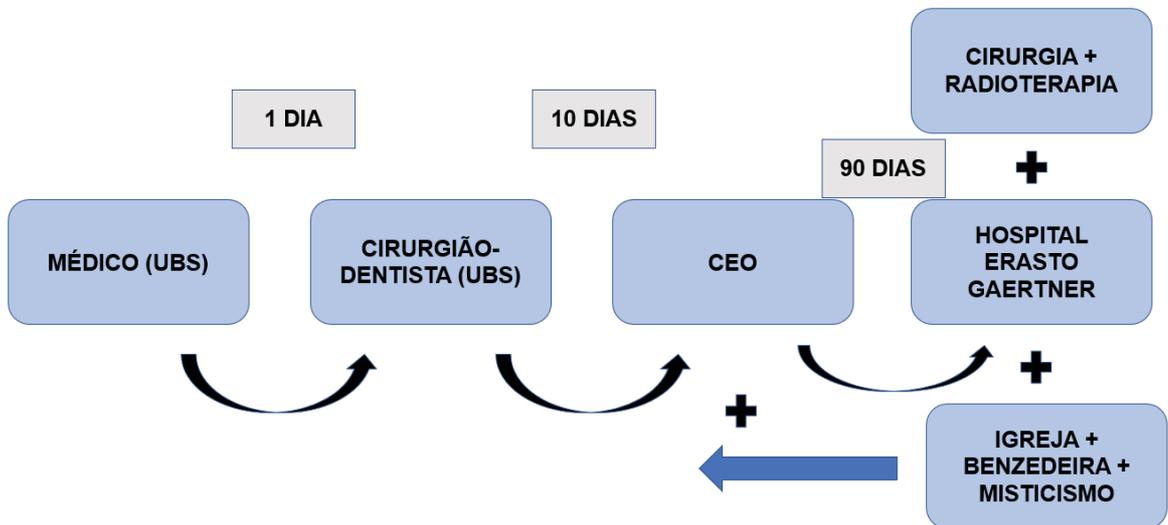


FIGURA 06 – DBCS, Colombo (Fonte: O AUTOR, 2019).

O usuário CB, de Fazenda Rio Grande (Figura 07) em 112 dias iniciou o tratamento no HEG.

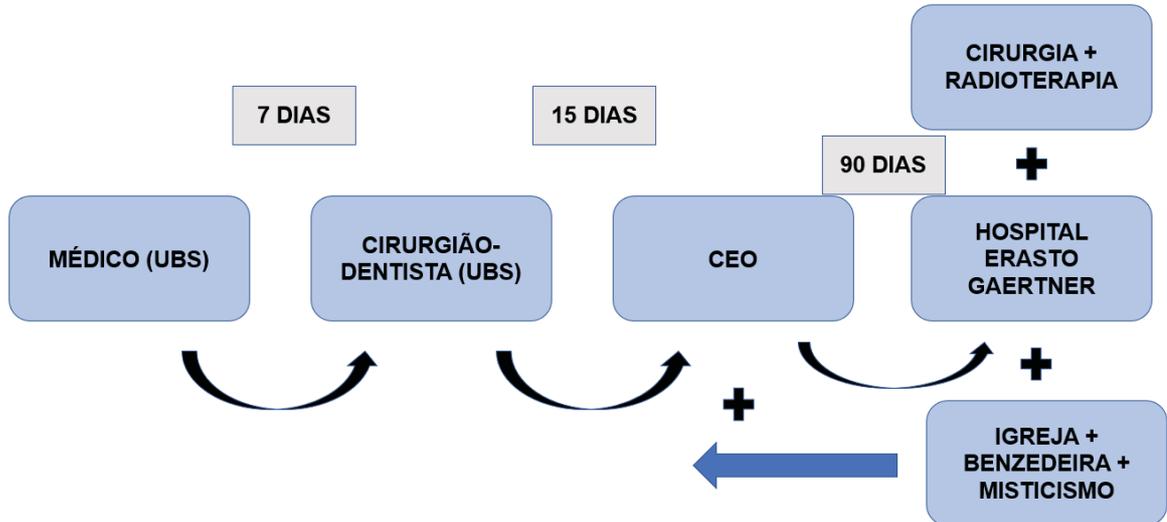


FIGURA 07 – CB, Fazenda Rio Grande (Fonte: O AUTOR, 2019).

A usuária EFF, de Fazenda Rio Grande (Figura 08) em menos de 2 meses iniciou o tratamento no HEG.

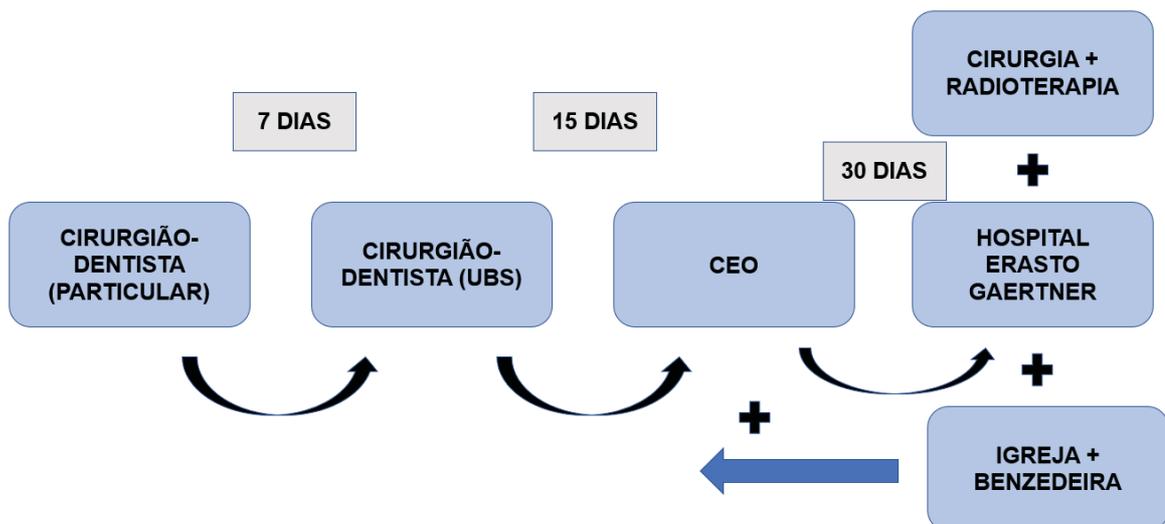


FIGURA 08 – EFF, Fazenda Rio Grande (Fonte: O AUTOR, 2019).

O usuário WSP, de São José dos Pinhais (Figura 09) em 67 dias iniciou o seu tratamento no HEG. Sem passagem por médicos, foi referenciado ao serviço do HEG por cirurgiões-dentistas da atenção básica e especializada.

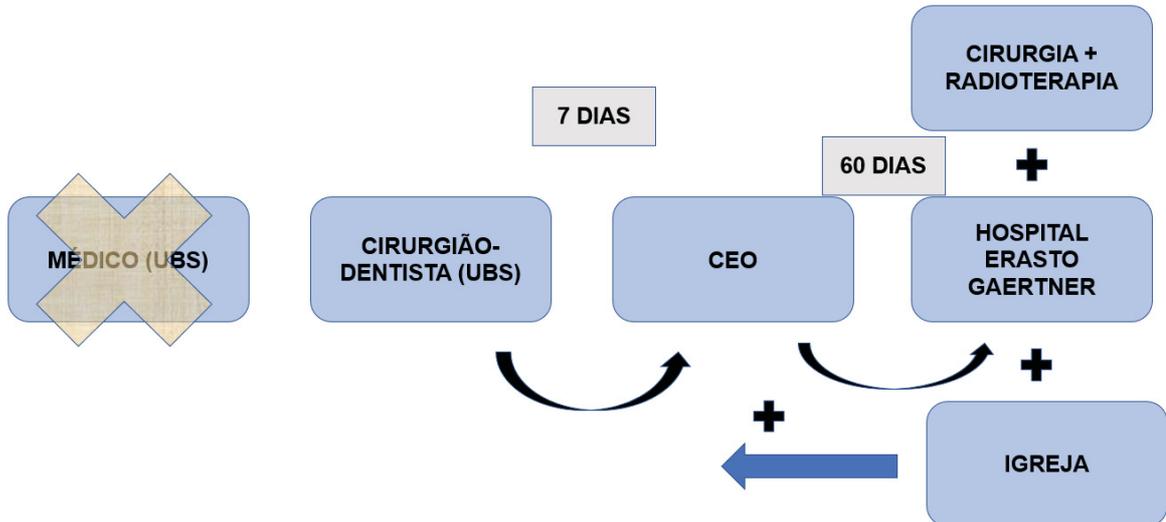


FIGURA 09 – WSP, São José dos Pinhais (Fonte: O AUTOR, 2019).

O usuário BK, de Araucária (Figura 10) assim o usuário citado anteriormente, não passou por médicos na fase de referência à atenção hospitalar.

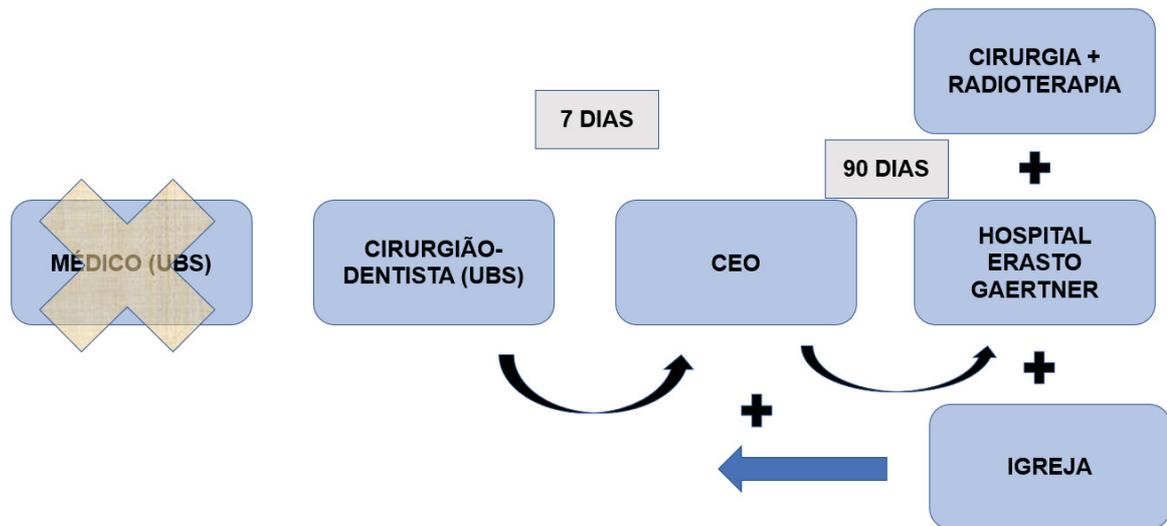


FIGURA 10 – BK, Araucária (Fonte: O AUTOR, 2019).

A maioria dos usuários que fizeram parte do presente estudo tiveram passagem pelo cirurgião-dentista e foram referenciados, também em sua maioria, por esse profissional. Interessante também o fato de muitos terem passado pelo CEO e iniciado o tratamento em até 60 dias, como está previsto em lei.

Infelizmente nem todos iniciaram o tratamento em 60 (sessenta) dias como previsto em lei, e embora o presente estudo não tenha força quantitativa, mas pode-se imaginar que muitos usuários acabam perpassando por esse mesmo problema que é a demora de acesso ao tratamento oncológico.

A Atenção Básica, como porta de entrada de todo o sistema de atenção em saúde, é o espaço privilegiado das ações de controle dos fatores de risco, diagnóstico precoce e atenção em saúde do paciente oncológico (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2011). E, de fato, a Atenção Básica desempenha um papel fundamental. Sem ela não se tem acesso aos CEOs, ao diagnóstico precoce e busca por cuidado e informações. Mesmo o usuário utilizando o serviço privado em Odontologia, esse volta ao SUS para trilhar seu itinerário dentro do serviço público em prol de informações e tratamento subsequente.

O cirurgião-dentista que está nas UBS precisa estar atento às necessidades e particularidades do paciente oncológico. Esse paciente muitas vezes busca por ajuda e informações, mas na maioria das vezes, como observado no presente trabalho, tem

uma queixa principal que não é em prol da doença e sim dentes com mobilidade e próteses mal adaptadas.

No entanto, a despeito da pretensa facilidade, poucos profissionais o realizam (WADE *et al.*, 2010), muito embora o cirurgião-dentista seja considerado o profissional de saúde mais adequado para realizar o diagnóstico precoce do câncer bucal, pela natureza de sua prática clínica. Estudos indicam, de forma clara, que há necessidade de educação continuada para que o dentista realize o exame clínico com o objetivo de detecção de lesões potencialmente malignas ou malignas (WADE *et al.*, 2010; MESSADI *et al.*, 2009; ERGUN *et al.*, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de boca continua sendo um problema relevante de Saúde Pública em que, apesar do avanço científico sobre a doença, tal conhecimento não consegue ser traduzido, mundialmente e a despeito das diferenças entre os países, em ações que impactem positivamente os indicadores de incidência e morbimortalidade. Os movimentos recentes de organização da atenção pública especializada em Odontologia no Brasil parecem promissores no sentido de dotar o sistema público de uma racionalidade que permita a organização de rotinas eficientes de referência e contrarreferência em Estomatologia. Há que se considerar, entretanto, que iniciativas verticais são apenas indutoras da organização de uma rede de atenção. Com a municipalização do sistema de saúde, torna-se imperioso que a avaliação e o controle social voltem sua atenção para as unidades administrativas municipais e consorciadas no nível microrregional. São nessas esferas que, efetivamente, as ações poderão ser implantadas e avaliadas considerando as diferenças e características epidemiológicas, de infraestrutura, socioeconômicas e organizacionais. Há necessidade ainda de produção de evidências científicas que suportem ações que demonstrem verdadeiro impacto sobre os indicadores epidemiológicos do câncer da boca em detrimento de ações isoladas, voluntárias e desconexas de ação pública, principalmente no nível local.

Os usuários que fizeram parte do presente estudo tiveram o CEO, em sua maioria, pelo caminho e isso reflete a importância de uma Atenção Especializada de qualidade e eficaz. Importante também refletir que os cirurgiões-dentistas que estão nas UBS precisam de treinamento e atenção ao atender usuários que podem apresentar lesões cancerizáveis ou duvidosas, eis aqui a necessidade da educação permanente.

Entender o significado cultural do câncer não é fácil e muitas vezes cruel. O relato desses usuários é muito denso e comparado às sequelas que esse tipo de tratamento deixa é algo delicado. O câncer de boca mutila e reaprender a viver com isso é algo muito desafiador.

É importante traçar os itinerários terapêuticos pelos quais os usuários perpassam em buscas de cuidado, informações, diagnóstico e tratamento em diversas situações e em diversos tipos de doenças, entretanto, esse tipo de mapeamento quando se trata de câncer, mais especificamente o de boca é ainda mais útil.

Quando se tem um perfil de como é a busca do usuário com câncer de boca desde a descoberta da doença até o efetivo tratamento ajuda a própria rede, o próprio sistema a se (re)organizar e melhorar a forma como esse usuário terá acesso. Uma vez que a velocidade e a facilidade de busca por cuidados é de extrema importância no câncer de boca. Câncer esse que além de matar, mutila, as sequelas do tratamento são muito cruéis e quanto mais cedo o diagnóstico e o início do tratamento, melhores as chances de vida e melhores as chances de sequelas mais brandas.

Câncer é uma questão de saúde pública, deve ser enfrentado e encarado como tal. É preciso formular, monitorar e avaliar políticas públicas dentro deste contexto visando a melhoria do serviço prestado, melhorando as chances de cura e melhorando a forma de devolver esse usuário à sociedade com o mínimo de sequela possível. Dentre todos os tipos de cânceres, sem sombra de dúvidas, o de boca não é o mais letal, porém mata, exclui o indivíduo da sociedade, desfigura um ser humano. É importante sim estudar os itinerários terapêuticos de usuários com câncer de boca em seus diversos contextos. A sociedade é a maior recompensada com esse tipo de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ABDO, E.N.; GARROCHO, A.A.; BARBOSA, A.A.; OLIVEIRA, E.L.; FRANCA-FILHO, L.; NEGRI, S.L.; *et al.* Time elapsed between the first symptoms, diagnosis and treatment of oral cancer patients in Belo Horizonte, Brazil. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal** 2007; 12:E469-73.
- ALMEIDA, F.C.S.; CAZAL, C.; PUCCA JÚNIOR, G.A.; SILVA, D.P.; FRIAS, A.C.; ARAÚJO, M.E. Reorganization of Secondary and Tertiary Health Care Levels: Impact on the Outcomes of Oral Cancer Screening in the São Paulo State. **Braz Dent J**, 2012; 23(3): 241-255.
- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In Rabelo, M. C. M.; Alves, P. C. B.; Souza, I. M. A. (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 125-138.
- AMAR, A; RAPOPORT, A; FRANZI, S.A; BISORDI, C; LEHN, C.N. Qualidade de vida e prognóstico nos carcinomas epidermóides de cabeça e pescoço. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**, 2002.
- ANGELIM-DIAS A. **Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas**. São Paulo: Editora Santos; 2006.
- ANTUNES, J.L.F.; TOPORCOV, T.N.; WÜNSCH-FILHO, V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2007; 21(1):30–6.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece o prazo para seu início. Brasília: 2012a.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2008. **Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
- BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2017a; 03 out.
- 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 2012b; 23 nov.
- BRASIL. Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as

ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2017b; 30 out.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº. 599 de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 2006; 24 mar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº. 2.439, de 8 de dezembro de 2005. **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**. Diário Oficial da União de 19 de dezembro de 2005a.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM 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)**. Diário Oficial da União de 16 de maio de 2013.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº. 741 de 19 de dezembro de 2005. **Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, 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**. Diário Oficial da União de 21 de dezembro de 2005b.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Diário Oficial da União de 22 de novembro de 2012c.

BODSTEIN R. História e Saúde Pública: a política de controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: **PEC/ENSP**; 1987.

BONFANT, G.M.S.; MACHADO, C.J.; SOUZA, P.E.A.; ANDRADE, E.L.G.; ACURCIO, F.A.; CHERCHIGLIA, M.L. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. **Cad Saude Publica** 2014; 30(5): 983-997.

BORGES, D.M.L.; SENA, M.F.; FERREIRA, M.A.F.; RONCALLI, A.G. Mortality for oral cancer and socioeconomic status in Brazil. **Cad Saude Públ** 2009; 25(2):321-7.

BOYLE, P.; LEVIN, B. **World Cancer Report**. Genève: World Health Organization; 2008. IARC Sci Publ.

BRENER, S.; JEUNON, F.A.; BARBOSA, A.A.; GRANDINETTI, H.A.M. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente,

estadiamento clínico e tratamento proposto. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2007; 53(1): 63-9.

BRITTO JUNIOR, A. F., FERES JUNIOR, N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Evidência**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250. 2011.

CABRAL, A.L.L.V.; MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E.I.G.; CHERCHIGLIA, M.L. Itinerários Terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2011; 16 (11): 4433-42.

CAMARGO-CANCELA, M.; VOTI, L.; GUERRA-YI, M.; CHAPUIS, F.; MAZUIR, M.; CURADO, M.P. Oral cavity cancer in developed and in developing countries: population based incidence. **Head Neck** 2010; 32:357-67.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 57(5):611-4. 2004.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 15(4): 679-84. 2006.

CARNEIRO, U. S. A.; AQUINO, G. C.; JUCÁ, V. J. S. Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 46-57, 2014.

CARRER, F.C.A.; GALANTE, M.L.; MARTINS, F.C.; DITTERICH, R.G.; FRIAS, A.C.; GABRIEL, M.; FRATUCCI, M.V.B.; ARAUJO, M.E.; PUCCA JUNIOR, G.A. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): a maior política pública de saúde bucal do mundo. In: CARRER, F.C.A.; PUCCA JR, G.A.; ARAÚJO, M.E. (Org.). **SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir**. 1ed.São Paulo-SP: Faculdade de Odontologia da USP, 2019, v. 1, p. 23-31.

CASTELLSAGUÉ, X.; QUINTANA, M.J.; MARTÍNEZ, M.C.; NIETO, A.; SÁNCHEZ, M.J.; JUAN, A.; *et al*. The role of type of tobacco and type of alcoholic beverage in oral carcinogenesis. **Int J Cancer** 2004; 108:741-9.

CERVI, A.; HERMSDORFF, H.H.M.; RIBEIRO, R.C.L. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. **Rev Bras Epidemiol** 2005; 8(4): 407-418.

CHAVES, S.C.L.; ALMEIDA, A.M.F.L.; ROSSI, T.R.A.; SANTANA, S.F.; BARROS, S.G.; SANTOS, C.M.L. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Cien Saude Colet**, 2017; 22(6):1791-1803.

CHILDERS, N.K.; STINNETT, E.A.; WHEELER, P.; WRIGHT, J.T.; CASTLEBERRY, R.P.; DASANAYAKE, A.P. Oral complications in children with cancer. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1993; 75:41-7.

CIMARDI, A.C.B.S.; FERNANDES, A.P.S. Câncer da boca: a prática e a realidade clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina. **RFO UPF** 2009; 14:99-104.

CONWAY, D.I.; PETTICREW, M.; MARLBOROUGH, H.; BERTHILLER, J.; HASHIBE, M.; MACPHERSON, L.M. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. **Int J Cancer** 2008; 122:2811-2819.

CRUZ, G.D.; LE GEROS, R.Z.; OSTROFF, J.S.; HAY, J.L.; KENIGSBURG, H.; FRANKLIN, D.M. Oral cancer knowledge, risk factors and characteristics of subjects in a large oral cancer screening program. **J Am Dent Assoc** 2002; 133: 1064-71.

CRUZ, G. D. *et al.* Preventing and detecting oral cancer. Oral health care providers' readiness to provide health behavior counseling and oral cancer examinations. *Journal of the American Dental Association* (1939), v. 136, n. 5, p. 594- 601; quiz 681-682, maio 2005.

CUNHA, A.R.; PRASS, T.S.; HUGO, F.N. Mortalidade por câncer bucal e de orofaringe no Brasil, de 2000 a 2013: Tendências por estratos sociodemográficos. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2018/Nov). [Citado em 14/02/2019]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/mortalidade-por-cancer-bucal-e-de-orofaringe-no-brasil-de-2000-a-2013-tendencias-por-estratos-sociodemograficos/17046>

CUNHA, A.R.; BAVARESCO, C.S.; CARRARD, V.C.; LOMBARDO, E.M. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com suspeita de câncer bucal: percepção dos cirurgiões-dentistas na atenção básica à saúde. **J Bras Tele**, 2013; 2(2): 66-74.

DA SILVA A.M.R. Apresentação do programa de expansão e prevenção do câncer da boca. In: **Anais do Fórum Internacional de Saúde Bucal**. Campo Grande: Divisão Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde; 1989. p. 1-3.

DEDIVITIS, R.A; FRANÇA, C.M; MAFRA, A.C.B; GUIMARÃES, F.T; GUIMARÃES, A.V. Características clínico- epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, 2004.

DIKSHIT, R.P; KANHERE, S. Tobacco habits and risk of lung, oropharyngeal and oral cavity cancer: a population- based case-control study in Bhopal, India. **Int. J. Epidemiol.**, 2000.

DÖBROSSY L. Epidemiology of oral cancer. **Fogorv Sz** 2007; 100:47-52.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba: Editora UFPR, 2004.

DURAZZO, M.D.; ARAUJO, C.E.N.; BRANDÃO NETO, J.S.; POTENZA, A.S.; COSTA, P.; TAKEDA, F.; *et al.* 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):293-8.

ELANGO, J.K.; GANGDHARAN, P.; SUMITHRA, S.; KURIAKOSE, M.A. Trends of head and neck cancers in urban and rural India. **Asian Pac J Cancer Prev** 2006; 7: 108-12.

EPSTEIN, J.B.; TRUELOVE, E.L.; OIEN, H.; ALLISON, C.; LE, N.D.; EPSTEIN, M.S. Oral topical doxepin rinse: analgesic effect in patients with oral mucosal pain due to cancer or cancer therapy. **Oral Oncol**, 2001; 37:632-7.

ERGUN, S.; OZEL, S.; KORAY, M.; KURKLU, E.; AK, G.; TANYERI, H. Dentists' knowledge and opinions about oral mucosal lesions. **Int J Oral Maxillofac Surg**, 2009; 38:1283-8.

FALCAO, M.M.L.; *et al.* Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. RGO, Rev. gaúch. odontol. (Online), Porto Alegre, v. 58, n. 1, mar. 2010. Disponível em http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372010000100006&lng=pt&nrm=iso. acessos em 17 fev. 2019.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2009; 25:259-67.

FRIEDRICH, R.E. Delay in diagnosis and referral patterns of 646 patients with oral and maxillofacial cancer: a report from a single institution in Hamburg, Germany. **Anticancer Res** 2010; 30:1833-6.

FOSP. Fundação ONCOCENTRO de São Paulo. Disponível em <http://www.fosp.saude.sp.gov.br/epidemiologia/docs/rede-Oncologia.pdf> (acesso em 31/10/18).

FRASER, M. T. D., GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, 2004.

FURIA, C.L.M. Disfagias mecânicas. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Rocca; 2004.

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 1 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007, v. 1, p. 279-300.

GERHARDT, T.E.; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D.L. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da atenção básica a alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO R, SILVA JUNIOR AG, MATTOS RA (orgs.). **Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos das práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes; 2003.

GIGANTE, E.C.; GUIMARÃES, J.P. A trajetória da saúde bucal pelas políticas públicas no Brasil a partir da criação do SUS. **Cad Saude Desenv**, 2013; 3(2): 66-77.

GOMEZ, I.; WARNAKULASURIYA, S.; VARELA-CENTELLES, P.I.; LOPEZ-JORNET, P.; SUAREZ-CUNQUEIRO, M.; DIZ-DIOS, P.; *et al.* Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? **Oral Dis** 2010; 16:333-42.

GÜNERI, P.; ÇANKAYA, H.; YAVUZER, A.; GÜNERI, E.A.; ERİSEN, L.; ÖZKUL, D.; *et al.* Primary oral cancer in a Turkish population sample: Association with sociodemographic features, smoking, alcohol, diet and dentition. **Oral Oncol** 2005; 41:1005-12.

HASHIBE, M.; BRENNAN, P.; CHUANG, S.C.; BOCCIA, S.; CASTELLSAGUE, X.; CHEN, C.; *et al.* Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev** 2009;18(2):541-50.

HAYASSY A. Câncer da boca no setor público de saúde. **Rev Bras Odontol** 1998; 55:173-5.

HIROTA, S.K.; BRAGA, F.P.F.; PENHA, S.S.; SUGAYA, N.N.; MIGLIARI, D.A. Risk factors for oral squamous cell carcinoma in young and older Brazilian patients: A comparative analysis. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal** 2008; 13(4):E227-31.

HOROWITZ, A.M. Perform a death-defying act. The 90-second oral cancer examination. **J Am Dent Assoc** 2001; 132 Suppl:36S-40S.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM**: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativas de incidência do câncer no Brasil 2010. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/> (acessado em 27/Out/2018).

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 / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: Inca, 2011. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf> (acesso em 31/10/2018).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

_____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. **Linha de cuidado e integralidade da atenção. INCA, 2013. Acessado em 01/11/2018.** Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_linha_cuidado.pdf

_____. **Coordenação de prevenção e vigilância.** Estimativa 2014 - Incidência de câncer no Brasil.. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

Instituto Paranaense de desenvolvimento social e econômico. Paraná em Números, 2015 [Internet]. 2015. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=2

KLEINMAN, A. Patients and healers in the context of culture. **Berkeley: University of California Press;** 1980.

KUJAN, O.; DUXBURY, A.J.; GLENNY, A.M. *et al.* Opinions and attitudes of the UK's GPs and specialists in oral surgery, oral medicine and surgical dentistry on oral cancer screening. **Oral Dis.**, v.12, n.2, p.194-9, Mar. 2006.

LAGO, L.M.; MARTINS, J.J.; SCHNEIDER, D.G.; BARRA, D.C.C.; NASCIMENTO, E.R.P.; ALBUQUERQUE, G.L. *et al.* Itinerario terapêutico de los usuarios de una urgência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva.** 2010 Jun; 15(1). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700037&lng=pt&nrm=iso (acesso em 31/10/2018).

JUNQUEIRA, L. C. V. & CARNEIRO, J. **Histologia Básica.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2004.

LEITE, I.C.G.; NUNES, L.C.; MOREIRA, R.C.; COUTO, C.A.; TEIXEIRA, M.T.B. Mortalidade por Câncer de Boca e Faringe em Cidade de Médio Porte na Região Sudeste do Brasil, 1980-2005. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2010; 56(1): 17-23.

LIMA, F.L.T.; O'DWYER, G. Políticas de Prevenção e Controle do Câncer Bucal à luz da Teoria da Estruturação de Giddens. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2018/Dez). [Citado em 14/02/2019]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/politicas-de-prevencao-e-controle-do-cancer-bucal-a-luz-da-teoria-da-estruturacao-de-giddens/17059?id=17059>

LOPES, E.R.; MENDONÇA, G.A.S.; GOLDFARB, L.M.C.S.; *et al.* Câncer e meio ambiente. **Rev Bras Cancerol** 1992; 38(1):35-64.

MAGRIN, J.; KOWALSKI, L.P.; BENEVIDES, G.M.; PELLIZZON, A.C.A. Câncer da orofaringe. In.: Kowalski LP, Guimarães GC, Salvajoli JV, Feher O, Antoneli CBG. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia.** 2ª edição. São Paulo: Âmbito Editores, 2006. P. 397-402.

MALISKAI, I. C. A.; PADILHAI, M. I. C. S. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 687-698, 2007.

MÂNGIA, E. F. Formação e educação permanente para produzir boas práticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, São Paulo, v. 20, n. 2, p. i-ii, 2009.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, 2008.

MAO, J.J.; FARRAR, J.T.; XIE, S.X.; BOWMAN, M.A.; ARMSTRONG, K. Use of complementary and alternative medicine and prayer among a national sample of cancer survivors compared to other populations without cancer. **Complement Ther Med**, 2007, 15:21-29.

MARTINEZ, H.A. Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente. Universitat Rovira i Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril 2006.
MATIAS, K.S. **Qualidade de vida de pacientes com câncer bucal e da orofaringe através do questionário UW-QOL** [dissertação]. São Paulo (SP): Univ. de São Paulo; 2005.

MATIAS, K.S. **Qualidade de vida de pacientes com câncer bucal e da orofaringe através do questionário UW-QOL** [dissertação]. São Paulo (SP): Univ. de São Paulo; 2005.

MCCARTHY, G.M.; AWDE, J.D.; GHANDI, H.; VINCENT, M.; KOCHA, W.I. Risk factors associated with mucositis in cancer patients receiving 5-fluorouracil. **Oral Oncology**, 1998; 34:484-90.

MELO, L. C. *et al.* Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v. 58, n. 3, p. 351-355, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Caderno de Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010.

MENDES, A.; MARQUES, R.M.M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saude debate**, 2014; 38(103): 900-916.

MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. Palestra proferida no congresso da Rede Unida, Belo Horizonte. 14f.. (2005).

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. i-ii, 2003.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. 385 p.

MESSADI, D.V.; WILDER-SMITH, P.; WOLINSKY, L. Improving oral cancer survival: the role of dental providers. **J Calif Dent Assoc**, 2009; 37:789-98.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MONTORO, J.R.M.C.; HICZ, H.Á.; SOUZA, L.; LIVINGSTONE, D.; MELO, D.H.; TIVERON, R.C.; *et al.* Fatores prognósticos no carcinoma espinocelular de cavidade oral. **Rev Bras Otorrinolaringol** 2008; 74(6): 861-866.

NASCIMENTO, A.C.; MOYSÉS, S.T.; WERNECK, R.I.; MOYSÉS, S.J. Oral health in the context of primary care in Brazil. **Int Dent J**, 2013; 63: 237–243

NEVES, R.F.; NUNES, M.O. From legitimation to (re-)signification: the therapeutic itinerary of workers with RSIs/WMSDs. **Ciênc. saúde coletiva**. 2010 Jan; 15(1).

NOBRE, R.M.B.; NISHIDA, F.S.; SCARDOELLI, M.G.C.; *et al.* Perfil clínico-epidemiológico das neoplasias ocorridas no período de 2005-2012 no Estado do Paraná. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8189>>. Acesso em: 02 nov. 2018. doi:<https://doi.org/10.17058/reci.v1i1.8189>.

O'DWYER G. Estudos de políticas e a Teoria da Estruturação de Giddens. In: BAPTISTA, T.W.F.; AZEVEDO, C.S.; MACHADO, C.V. Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**; 2015. p. 173-192.

OLIVEIRA, E.X.G; MELO, E.C.P; PINHEIRO, R.S; NORONHA, C.P; CARVALHO, M.S. Acesso à assistência oncológica: O caso do câncer de mama. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(2):317-326, fev, 2011.

ONOCKO-CAMPOS R., FURTADO J. P. Narrativas: utilização na pesquisa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. XLII, n. 6, p. 1090-1096, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

PARADA, R.; ASSIS, M.; SILVA, R.C.F; ABREU, M.F.; SILVA, M.A.F.; DIAS, MB.K.; TOMAZELLI, J.G. a política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Rev. APS**, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008.

PEDRAZZI, V.; DIAS, K.R.H.C.; MELLO, R.S. Oral health in Brazil - Part II: dental specialty centers (CEOs). **Braz Oral Res** 2008; 22(Spec Iss 1):18-23.

PERONI, F. M. A. **TECENDO REDES**: Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer na macrorregião de Campinas, SP. 2013. 217 f.. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Campinas.

PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A.G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde. In: PINHEIRO R, SILVA JÚNIOR AG, MATTOS RA (orgs.). **Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 17-41.

PINHO, P.A.; PEREIRA, P.P.G. Therapeutic itineraries: paths crossed in the search for care. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.435-47, abr./jun, 2012.

RETHMAN, M.P.; CARPENTER, W.; COHEN, E.E.; EPSTEIN, J.; EVANS, C.A.; FLAITSZ, C.M.; *et al.* American Dental Association Council on Scientific Affairs Expert Panel on Screening for Oral Squamous Cell Carcinomas. Evidence-based clinical recommendations regarding screening for oral squamous cell carcinomas. **Tex Dent J**, 2012; 129(5):491-507.

ROSA, L.M.; BÚRIGO, T; RADUNZ, V. Itinerário terapêutico: alimentação e câncer. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro; jul/set; 19(3):463-7, 2011.

SALTZ, E. Projeto de expansão e prevenção do câncer da boca. **Rev Bras Cancerol** 1988; 34:221-39.

SAMPAIO, E. T. M. *et al.* Acesso ao tratamento do câncer bucal na região do colegiado de gestão regional de Campinas – SP: estudo de caso. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 150-155, 2015.

SANTIAGO, S.M.; ANDRADE, M.G.G. Redes sociais, redes de saúde e integralidade do cuidado: experiência de trabalho e investigação na atenção a pacientes com câncer, 2007.

SANTOS, L.C.O.; BATISTA, O.M.; CANGUSSU, M.C.T. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. **Braz. j. otorhinolaryngol.**

(Impr.) [online]. 2010, vol.76, n.4, pp. 416-422. ISSN 1808-8694. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v76n4/v76n4a02.pdf> (acesso em 31/10/18).

SCOTT, S.E.; GRUNFELD, E.A.; MCGURK, M. The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. **Oral Oncol** 2005; 41:396–403.

SCOTT, S.E.; GRUNFELD, E.A.; MCGURK, M. Patient's delay in oral cancer: a systematic review. **Community Dent Oral Epidemiol** 2006; 34: 337–43.

SCHOLZE, A.S.; SILVA, Y.F. Riscos potenciais à Saúde em itinerários de cura e cuidado. **Cogitare Enferm.** [site de internet] 2005 [citado em 31 out 2018]. 10: 9-16. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5008/3786>

SEMBA, S.E. *et al.* Dentistry and the cancer patient: Part 2 - Oral health management of the chemotherapy patient. **Compendium**, Janesburg, v.15, n.11, p.1378,1380-1387, 1994.

SHIBOSKI, C.H.; SCHMIDT, B.L.; JORDAN, R.C. Tongue and tonsil carcinoma: increasing trends in the US population ages 20-44 years. **Cancer** 2005; 103:1843–1849.

SISSON, M.C. Users' satisfaction with the use of public and private health services within therapeutic Itineraries in southern Brazil. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.36, p.123-36, jan./mar, 2011.

SOUZA, R.M; SAKAE, T.M; GUEDES, A.L. Características clínico-epidemiológicas de pacientes portadores de carcinomas da cavidade oral e orofaringe em clínica privada no sul do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**; Vol. 37, no. 2, 2008.

SPIJKERVET, F.K.; SONIS, S.T. New frontiers in the management of chemotherapy-induced mucositis. **Curr Opin Oncol**, Hagerstown, v.10, Suppl 1, p.23-27, 1998.

TEIXEIRA, L.A. O câncer na mira da medicina brasileira. **Revista Brasileira de História da Ciência**. 2009;2(1):104-17.

TEIXEIRA, L.A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. História, Ciência, Saúde – Manguinhos. **Câncer no século XX: ciência, saúde e sociedade**. 2010;17(Suppl 1):S13-31.

TEIXEIRA, L.A.; PORTO, M.A.N.; CLAUDIO, P. O Câncer no Brasil: passado e presente. Rio de Janeiro: **Outras Letras/FAPERJ**; 2012.

TOMÁZ, V. A. Itinerários terapêuticos de mulheres portadoras de câncer ginecológico a partir de seu diagnóstico. 2009. 121 f.. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.

TORRES, I.A. Câncer da boca no Brasil – perfil atual do odontólogo frente ao problema. **Saúde Debate** 1992; 37:44-7.

TORRES-PEREIRA, C. C. *et al.* Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. i, p. 30-39, 2012.

TRAVASSOS, C; VIACAVA, F; PINHEIRO, R; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**; 11(5/6):365-373, 2002.

VAN HOUT, M.C.; HEARNE, E. Oral health behaviours amongst homeless people attending rehabilitation services in Ireland. **J Ir Den Assoc**, 2014; 60(3):144-149.

VISENTIN, A; LENARDT, M. H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n.4 p. 486-492, 2010.

VISENTIN, A.; LENARDT, M.H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta paul enferm**, 2010; 23(4): 486-492.

WADE, J.; SMITH, H.; HANKINS, M.; LLEWELLYN, C. Conducting oral examinations for cancer in general practice: what are the barriers? **Fam Pract** 2010; 27:77-84.

WARNAKULASURIYA S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. **Oral Oncol** 2009; 45:309-16.

WARNAKULASURIYA, S.; PARKKILA, S.; NAGAO, T.; PREEDY, V.R.; PASANEN, M.; KOIVISTO, H.; *et al.* Demonstration of ethanol-induced protein adducts in oral leukoplakia (pre-cancer) and cancer. **J Oral Pathol Med** 2008; 37:157-65.

WEBER, R.S; DUFFREY, D.C. **Cabeça e Pescoço**. IN: Sabiston. Tratado de Cirurgia. Rio de Janeiro. 16a ed. Editora Guanabara Koogan, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: **WHO**; 2007.

WUNSCH FILHO, V.; MONCAU, J.E. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. **Rev Assoc Med Bras** 2002; 48:250-7.

ZHANG, Z; MORGENSTERN, H; SPITZ, M.R; TASHKIN, D.P; YU, G; MARSHALL, J.R. Use and Increased Risk of Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. **Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.**; 8(12): 1071–1078, 1999.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Ruann Oswaldo Carvalho da Silva e Rafael Gomes Ditterich, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você paciente em tratamento no Hospital Erasto Gaertner a participar de um estudo intitulado "TECENDO REDES: Itinerários Terapêuticos de Usuários com Lesões de Boca na Segunda Regional de Saúde do Paraná". É através das pesquisas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.

O objetivo desta pesquisa é descobrir qual o caminho trilhado por pacientes na busca por informações, esclarecimentos e tratamento de lesões de boca na segunda regional de saúde do Paraná.

- a) Caso você participe da pesquisa, será necessário ser entrevistado por um dos pesquisadores.
- b) Para tanto você deverá comparecer no Hospital Erasto Gaertner para que a entrevista seja realizada.
- c) Este tipo de exame não proporciona qualquer tipo de risco ao participante nem desconforto.
- d) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a) Entender como funciona a busca por tratamento, esclarecimento e informações sobre lesões de boca. b) Além disso, os resultados obtidos contribuirão para outros futuros trabalhos na área.
- e) Os pesquisadores Ruann Oswaldo Carvalho da Silva, Mestrando em Odontologia da UFPR, telefone: 41-996343694, email: ruann.carvalho@gmail.com e Rafael Gomes Ditterich, Orientador do Projeto e Professor na UFPR, telefone: 41-997199755, email: prof.rafaelgd@gmail.com, responsáveis por este estudo poderão ser contatados no seguinte endereço: Rua Prof. Lothário Meissner, 632 - Campus Jardim Botânico, Curitiba-PR no período das 8h30 às 11h30 nas quartas-feiras, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- f) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.
Rua Pe. Camargo, 280 - 2º andar - Alto da Glória - Curitiba-PR - CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- h) As informações relacionadas ao estudo não serão conhecidas por outras pessoas. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a **confidencialidade**.
- i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa (exames, medicamentos etc.) não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento no Hospital Erasto Gaertner.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)

Curitiba, ____ / ____ / ____

Assinatura do Pesquisador

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Rua Pe. Camargo, 280 - 2º andar - Alto da Glória - Curitiba-PR - CEP:80060-240 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 1 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tecendo Redes: Itinerários Terapêuticos de usuários com Lesões de Boca na 2ª Regional de Saúde do Paraná

Pesquisador: Rafael Gomes Ditterich

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 98134818.5.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.993.595

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta as pendências do protocolo de pesquisa intitulado Tecendo Redes: Itinerários Terapêuticos de usuários com Lesões de Boca na 2ª Regional de Saúde do Paraná, encaminhado pelo Departamento de Saúde Comunitária, tendo pesquisador responsável Rafael Gomes Ditterich e como colaboradores RuannOswaldo Carvalho da Silva e Gabriela Bataglin.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar e descrever o itinerário terapêutico de usuários com lesões de boca em atendimento ambulatorial ou que já passaram pelo tratamento a partir de dados da atenção hospitalar na segunda regional de saúde do Paraná.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos:

"Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser apresentados ao responder a entrevista. Estes riscos serão minimizados, pois os dados, informações ou relatos obtidos serão confidenciais e preservarão o anonimato, já que em nenhum documento será identificado o nome do usuário."

Benefícios:

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Têneo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.993.595

"Analisando o caminho que o usuário oncológico perpassa desde o diagnóstico até o seu tratamento possibilita entender e melhorar esse itinerário. Quanto mais cedo, mais chances de cura e menos invasivos os tratamentos quando se trata de câncer, em especial o câncer de boca que tem uma característica de ser muito traumático para o paciente por envolver a face do paciente. Entendendo melhor como é o itinerário, pode-se melhorar a agilidade do início do tratamento logo aumentando as chances de cura; pode-se, também, criar uma melhor comunicação entre serviço de referência e contrarreferência; pode-se obter uma melhor relação interprofissionais; e, por fim, conseguir que atenção básica, especializada e hospitalar paciente oncológico."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

trata-se de resposta as pendencias

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

pendencias atendidas

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento,

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Têneo
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	12/10/2018		Aceito
Outros	ROJETO_892688.pdf	23:00:47		Aceito
Outros	PENDENCIAS_CORRIGIDAS.docx	12/10/2018	Ruann Oswaldo Carvalho da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.docx	12/10/2018	Ruann Oswaldo Carvalho da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_de_Pesquisa_corrigido.docx	12/10/2018	Ruann Oswaldo Carvalho da Silva	Aceito
Outros	ANALISE_MERITO.pdf	11/09/2018	Ruann Oswaldo Carvalho da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/09/2018	Ruann Oswaldo Carvalho da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_de_Pesquisa.docx	09/09/2018	Ruann Oswaldo Carvalho da Silva	Aceito
Outros	CHECKLIST_CERTO.pdf	09/09/2018	Ruann Oswaldo Carvalho da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	30/08/2018	Ruann Oswaldo Carvalho da Silva	Aceito
Outros	CONCORDANCIA_SERVICOS_ENVOLVIDOS.pdf	30/08/2018	Ruann Oswaldo Carvalho da Silva	Aceito
Outros	DECLARACAO_RESPONSABILIDADE.pdf	21/08/2018	Ruann Oswaldo Carvalho da Silva	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.pdf	20/08/2018	Rafael Gomes Dittrech	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_INCIO_PESQUISA.pdf	20/08/2018	Rafael Gomes Dittrech	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Têneo
 Bairro: Alto da Glória
 UF: PR Município: CURITIBA
 CEP: 80.060-240
 Telefone: (41)3560-7259
 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.993.595

Outros	OFICIO.pdf	20/08/2018 14:12:12	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	DECLARACAO_TORNAR_PUBLICO_R ESULTADOS.pdf	20/08/2018 14:11:59	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_USO_ESPECIFICO MATERIAL.pdf	20/08/2018 14:11:21	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	Erasto_coparticipante.pdf	08/08/2018 13:39:29	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	Extrato_Atta.pdf	08/08/2018 13:37:28	Rafael Gomes Ditterich	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 31 de Outubro de 2018

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Têneo
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

FICHA DE COLETA DE DADOS

Nº PRONTUÁRIO:

1. IDENTIFICAÇÃO

Iniciais do nome:

Data da aplicação do questionário:

1.3 Idade:

1.4: Grau de escolaridade:

() Fundamental incompleto () Fundamental Completo () Médio Incompleto () Médio

Completo

() Superior Incompleto () Superior Completo () pós- graduado : especificar:

1.5 Renda familiar:

() 1-2 Salários mínimo () 3-5 Salários mínimos () 5-7 () acima de 7 salários mínimos

2. A DOENÇA

2.1 Quando começou a sentir que algo mudou?

2.2 Data do diagnóstico de lesão de boca:

2.3 Tipo de lesão de boca:

() Carcinoma espinocelular () Carcinoma verrugoso

3. TERAPIAS : ALOPÁTICA E/OU ALTERNATIVA

3.1 Nos últimos 15 dias você utilizou medicamento para outros fins que não o tratamento de câncer?

() SIM () NÃO Qual(s): Paracetamol, Ceroquel

3.2 Nos últimos 15 dias você fez uso de algum produto alternativo (chá, garrafada, erva, babosa ou

etc) para auxiliar no tratamento do câncer? Se sim, descreva o produto.

3.3 Nos últimos 15 dias você fez uso de algum produto alternativo (chá, garrafada, ervas e etc) para outros fins que não o tratamento de câncer? Para qual finalidade?

4 . RECURSOS TERAPÊUTICOS

4.1 Após o diagnóstico de lesão de boca procurou algum outro tipo de tratamento sem ser o médico ?

- SIM NÃO
- Cirurgia espiritual
- Curandeiro
- Benzedeira
- Ervas Penicilina
- Fitoterápicos
- Igreja
- Remédios por indicação do vizinho
- Cromoterapia
- Banhos relaxantes
- Misticismo
- terapia com cristais
- Outros : Especificar: suco de tomate, babosa, verduras.

4.2 Você crê em alguma terapia e ou recurso terapêutico que possa auxiliar no tratamento do câncer? Fale-me um pouco sobre o que você acredita.

4.3 Você tem filhos? Quantos? Quantos menores de 18 anos?
