


REGULAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Study of the regulation system for access to oral cancer treatment in the state of Rio de Janeiro

Access this article online	
Quick Response Code:	
	Website: https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/53953
	DOI: 10.22409/ijosd.v1i60.53953

Autores:**Elisete Casotti**

Professora Associada da Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde Coletiva, Departamento de Planejamento em Saúde, Niterói, Brasil

<https://orcid.org/0000-0003-3015-6842>

elisete.casotti@gmail.com

Caroline Pimenta dos Santos Monteiro

Discente do Curso de Especialização em Dentística, Faculdade de odontologia, Universidade Federal Fluminense

<https://orcid.org/0000-0002-5290-113X>

carolinepimenta@id.uff.br

Correspondência: Elisete Casotti – Rua Marquês do Paraná, 303 - 3º andar, prédio anexo ao HUAP, Centro. Niterói – RJ CEP 24070-035

elisete.casotti@gmail.com, tel. (21) 982706588

Pesquisa realizada no âmbito do Programa de Iniciação Científica - PIBIC/UFF. Contou com uma bolsa de IC. Código IC178241 – Vigência 2017/2018.

Colaboração dos autores:

Elisete Casotti trabalhou diretamente no desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados e na elaboração e escrita do artigo. Caroline Pimenta trabalhou na revisão bibliográfica, contribuiu na organização e análise dos dados e na composição do artigo.

RESUMO

Objetivos: Descrever o perfil das solicitações de vaga para tratamento do câncer de boca e analisar o tempo entre a solicitação e o agendamento. **Métodos.** Pesquisa com dados secundários do Sistema Estadual de Regulação do Estado do Rio de Janeiro, entre setembro de 2015 e junho de 2018. Incluiu-se as solicitações para “Oncologia Ambulatório de 1ª vez- Cirurgia de Cabeça e Pescoço” classificadas como câncer de boca e excluiu-se as com status “cancelada”. **Resultados.** Foram exportados 5802 registros, sendo 1663 elegíveis. A idade média foi de 61 anos, com um desvio padrão de 12,3 anos. O tempo médio de espera foi de 19 dias com um desvio padrão de 16,6 dias. 19% dos agravos referiram-se as “Neoplasia maligna de outras partes e partes não especificadas da língua”. **Conclusão.** O perfil dos pacientes corrobora o encontrado na literatura e o tempo de espera para o atendimento é considerado aceitável.

Palavras chave: Neoplasias Bucais ; Assistência à Saúde; Atenção à Saúde; Agendamento de Consultas

ABSTRACT

Objectives: To describe the profile of vacancy requests for treatment of oral cancer and to analyze the time between the request and the schedule. **Methods.** Research with secondary data from the State Regulation System of the State of Rio de Janeiro, between September 2015 and June 2018. Included were requests for “First-time Ambulatory Oncology - Head and Neck Surgery” classified as oral cancer and those with “canceled” status were excluded. **Results.** 5,802 records were exported, of which 1663 were eligible. The average age was 61 years, with a standard deviation of 12.3 years. The average waiting time was 19 days with a standard deviation of 16.6 days. 19% of the complaints referred to “Malignant neoplasm from other parts and unspecified parts of the tongue”. **Conclusion.** The profile of patients corroborates that found in the literature and the waiting time for care is considered acceptable.

Keywords: Mouth Neoplasms; Delivery of Health Care ; Health Care (Public Health); Appointments and Schedules

INTRODUÇÃO

De acordo com Instituto Nacional do Câncer, são consideradas como “neoplasias malignas de lábio e cavidade oral aquelas que tenham como localização primária os lábios, a cavidade oral, as glândulas salivares e a orofaringe (C00-C10)”¹.

Um conjunto de fatores de risco como o uso de tabaco e álcool, exposição ao sol sem proteção, excesso de gordura corporal e exposição a alguns materiais e produtos laborais tem sido reconhecidos como associadas com o aparecimento dessas neoplasias. Mais recentemente, outros fatores como a infecção pelo HPV, dieta pobre em frutas e vegetais e má higiene bucal tem sido também estudados².

As altas taxas de incidência têm classificado as neoplasias de lábio e cavidade oral como um problema de saúde pública no mundo. No Brasil, o número de casos novos estimado é de 11.180 casos em homens e de 4.010 em mulheres, para cada ano do triênio 2020-2022. Essas estimativas apontam que, para a região sudeste, entre todos os cânceres, exceto pele não melanoma, o câncer de boca é o quinto mais frequente para os homens e o décimo terceiro para as mulheres¹.

Em estudo, prospectivo transversal, com 74 pacientes portadores de câncer bucal (espinocelular) atendidos em hospital de referência em Alagoas, entre 2007-08, os autores concluíram que os pacientes eram de baixo nível socioeconômico; maioria do sexo masculino; melanoderma, faixa etária acima dos 60 anos, trabalhadores rurais, tabagistas e etilistas. A distribuição do estadiamento das lesões foi predominantemente III e IV (78%), caracterizando um diagnóstico tardio e a necessidade de intervenção mais complexa³.

Estudo com 32 mulheres portadoras de câncer bucal, em tratamento em serviço de referência em Pernambuco, identificou que a maioria eram analfabetas (62,5%); de baixa renda, viviam na zona rural (62,5%) e trabalhavam com agricultura (46,9%). Quanto à exposição aos fatores de risco: 70% já tinham fumado, e 18,8% faziam uso de bebida alcoólica e 37,5% eram ex-etilistas⁴.

A influência dos índices socioeconômicos municipais nas taxas de mortalidade por câncer de boca (CB) e de orofaringe (CO), foi demonstrada em investigação com 645 cidades do estado de São Paulo, no período de 2013 a 2015, concluindo que “houve decréscimo significativo ($p < 0,05$) nas taxas de mortalidade por CB e CO em idosos com o aumento dos valores das rendas médias e do IDH-M”⁵.

De acordo com *American Cancer Society*, a taxa de sobrevida em cinco anos para pacientes diagnosticados tardiamente com câncer de lábio, língua ou assoalho da boca, ou seja, quando o câncer já atingiu outros órgãos, é de 24%, 39% e 19%, respectivamente ⁶. Contudo, numerosos estudos sugerem que até 50% dos pacientes apresentam a doença em estágio avançado no momento do diagnóstico ^{7,8}.

O diagnóstico precoce de câncer bucal e o imediato encaminhamento do paciente para tratamento são fatores importantes para a redução da morbidade e mortalidade causadas pela doença ⁹. Nos casos de diagnóstico precoce, as complicações no tratamento podem ser minimizadas, as intervenções podem ser mais conservadoras (não mutiladoras) e os resultados estéticos e funcionais melhores, aumentando o índice de sobrevida e de qualidade de vida do paciente.

Investigação que analisou 340 prontuários com diagnóstico de carcinoma epidermóide oral confirmado por biópsia, pertencentes ao Serviço de Arquivo Médico do HC-FMRP/USP, datados de 1982 a 2002, encontrou uma taxa de sobrevida global de cinco anos em apenas 24%, com as piores taxas de sobrevida para as lesões linguais¹⁰.

No Brasil, a existência de áreas de baixa cobertura de serviços ¹¹, de usuários com dificuldades financeiras acessar os serviços de saúde bucal ¹², a falta de informações associada a maior vulnerabilidade social do grupo de risco (etilistas, maiores de 50 anos, fumantes, baixa renda) ¹³, somadas a centralidade das disciplinas de reabilitação e cirurgia na formação dos dentistas - influenciando negativamente na capacidade de diagnóstico dos tecidos moles - faz com que as lesões de câncer de boca seja reconhecidas muito tardiamente, aumentando a taxa de sofrimento e mortalidade dos pacientes.

Entretanto, estudo mais recente, que relacionou a ampliação da rede de serviços de saúde bucal no Brasil, promovida pela Política Nacional de Saúde Bucal nas duas últimas décadas, com ênfase na atenção primária, “indica que a hipótese de um impacto favorável nas taxas de mortalidade por câncer de boca e orofaringe - como consequência desse maior acesso e oportunidade de diagnóstico precoce - não deve ser descartada e merece atenção”¹⁴.

Abdo et al. ¹⁵ ao avaliarem os tempos decorridos entre o encaminhamento e primeira consulta, a primeira consulta e tratamento, entre a primeira observação da lesão e o tratamento, de cento e oitenta registros de pacientes que compareceram à primeira consulta no serviço de cirurgia de cabeça e pescoço, nos anos de 1999 a 2001, concluíram “que a política de saúde pública deve ser desenvolvida para abordar o tempo excessivamente longo

entre o diagnóstico e o tratamento, bem como melhorar os programas de educação em saúde pública para promover a identificação precoce do câncer bucal”.

Na rede SUS, a identificação de lesões suspeitas de malignidade e diagnóstico envolve a rede de serviços de saúde bucal da atenção primária e dos Centros de Especialidades Odontológica (CEO); com a participação dos laboratórios de histopatologia. O tratamento dos casos confirmados é referido à rede de serviços terciários, representada pelas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), sendo a porta de entrada o ambulatório de Oncologia Ambulatório de 1ª vez- Cirurgia de Cabeça e Pescoço¹⁶⁻¹⁸.

Estudo que analisou a organização da rede de serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de lesões suspeitas, no estado do Rio de Janeiro, concluiu que somente 66% dos dentistas da Estratégia Saúde da Família participantes do estudo (n=605), reportaram ter fluxo definido para a referência à especialidade de estomatologia. Sobre os tempos mínimos e máximos de espera para atendimento com o especialista, foi encontrada diferença significativa entre as regiões do estado ($p < 0,001$). Ainda que em média 72% dos profissionais informem que o tempo de espera para uma consulta é menor que 20 dias, em quatro das nove regiões de saúde, esse percentual cai para menos que 42%¹⁹.

São objetivos deste estudo: descrever o perfil dos usuários registrados no Sistema Estadual de Regulação (SER-RJ) com solicitação de vaga para “Oncologia Ambulatório de 1ª vez- Cirurgia de Cabeça e Pescoço”; apresentar o perfil das solicitações, “Oncologia Ambulatório de 1ª vez- Cirurgia de Cabeça e Pescoço”, pertencentes ao banco de dados do SER, de acordo com o Classificação Internacional de Doenças (CID) e verificar o tempo decorrido entre a solicitação e a data do agendamento, para todas as solicitações com CID correspondente ao câncer de boca (C00 a C10), entre setembro de 2015 e junho de 2018.

MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa de natureza quantitativa, descritiva e apoiada em dados secundários provenientes do Sistema Estadual de Regulação (SER) do Estado do Rio de Janeiro, no período entre setembro de 2015 e junho de 2018.

Foram exportados 5802 registros do SER, utilizando o filtro “Oncologia Ambulatório de 1ª vez- Cirurgia de Cabeça e Pescoço”. Destes, 4013 estavam

fora do intervalo de interesse para o CID (C00 a C10), 122 encontravam-se com status “cancelado” e 04 eram solicitações de fora do Estado, sendo todos excluídos do banco, totalizando para análise 1663 registros.

As variáveis selecionadas foram: *idade; região solicitante; data da solicitação; data de agendamento* e CID. As unidades de análises foram o Estado (Rio de Janeiro) e as Regiões de Saúde (Metropolitana 1, Metropolitana 2, Noroeste, Bacia da Ilha Grande, Serrana, Médio Paraíba, Norte, Baixada Litorânea e Centro Sul Fluminense).

Para a descrição dos perfis enunciados foram utilizadas frequências simples e para comparação entre os tempos entre solicitação e agendamento foram calculadas: a média, o desvio padrão, o tempo mínimo e máximo; e a mediana.

A análise descritiva foi realizada para as variáveis categóricas a partir das frequências das categorias, e para as variáveis numéricas utilizou-se as medidas de variabilidade e medidas resumo.

RESULTADOS

Foram analisadas 1663 solicitações para “Oncologia Ambulatório de 1ª vez- Cirurgia de Cabeça e Pescoço” no Estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2015 e 2018. A distribuição por Região de Saúde pode ser vista na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das solicitações de vagas de “Oncologia Ambulatório de 1ª vez- Cirurgia de Cabeça e Pescoço”, por Região de Saúde no estado do Rio de Janeiro, 2015-2018.

Origem	2015*	2016	2017	2018**	Total
Metropolitana 1	62	318	362	135	877
Metropolitana 2	41	101	106	45	293
Noroeste	0	8	7	5	20
Norte	2	4	7	1	14
Serrana	8	38	45	17	108
Baixada Litorânea	10	64	42	18	134
Médio Paraíba	10	60	65	22	157
Centro-Sul Fluminense	5	11	15	10	41
Baia de Ilha Grande	1	12	4	2	19
Total	139	616	653	255	1.663

Fonte: Banco de dados do SER-RJ.

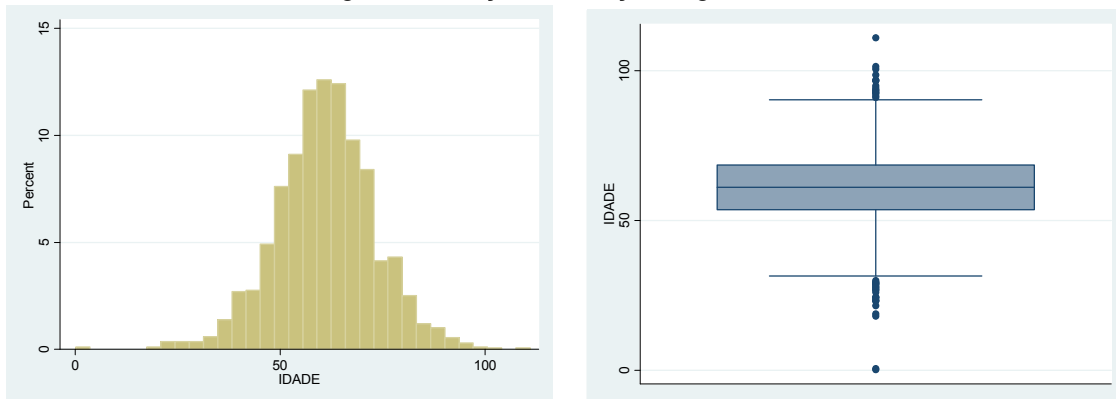
* Set. a dez.

** Jan. a jun.

O perfil dos usuários, com solicitações registradas no SER-RJ, apresentou as seguintes características: idade média dos pacientes de 61 anos, com desvio

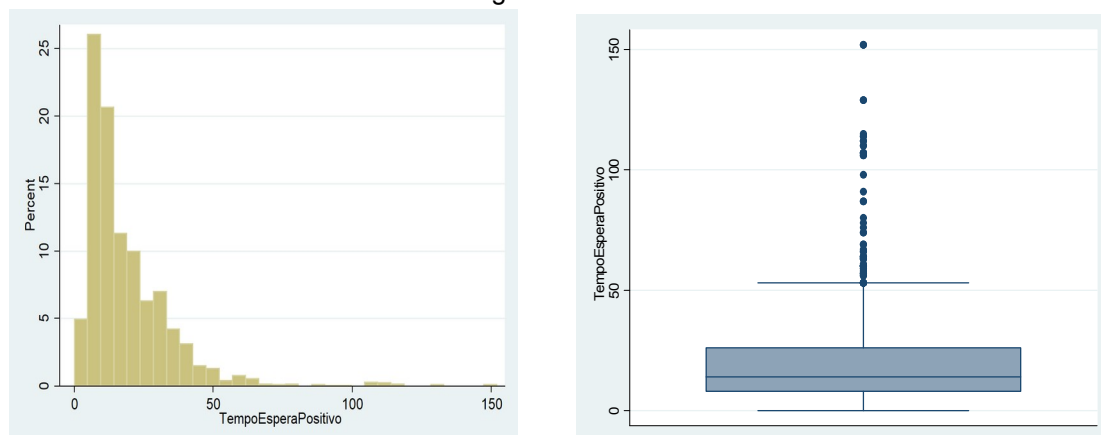
padrão de 12,3 anos e a mediana de 61,1 anos, indicando pouca assimetria na distribuição das idades, o que pode ser visualizado no histograma do Gráfico 1. O coeficiente de Correlação mostra que não há correlação entre a idade e o tempo de espera, visto que esta medida está próxima do valor zero.

Gráfico 1 – Distribuição das solicitações de vagas de “Oncologia Ambulatório de 1ª vez- Cirurgia de Cabeça e Pescoço”, segundo idades.



O tempo de espera (Gráfico 2) apresentou uma distribuição bastante assimétrica, com um tempo médio de espera no período (2015-2018) de 19 dias com um desvio padrão de 16,6 dias. A mediana foi de 14 dias, ou seja, 50% das pessoas esperaram até 14 dias entre a solicitação e o agendamento. Porém 25% esperaram entre 26 e 152 dias. Observa-se que no “box-plot” do Gráfico 2, que as pessoas que esperaram mais de 50 dias estão fora do padrão do conjunto de dados.

Gráfico 2 – Distribuição das solicitações de vagas de “Oncologia Ambulatório de 1ª vez- Cirurgia de Cabeça e Pescoço”, segundo tempo de espera (dias) entre a solicitação e o agendamento.



A análise das frequências da categoria “estado da solicitação” mostra que somente 12% das solicitações no período, estavam como “Chegada não

confirmada”; “Em fila”; ou “Pendente”. Os pacientes agendados foram destinados ao “INCA Instituto Nacional do Câncer” em 49,7% das vezes, seguido do “HFB - Hospital Federal de Bonsucesso” com 13,7% da destinação (Tabela 2).

Dezenove por cento dos agravos referiram-se as “Neoplasia maligna de outras partes e partes não especificadas da língua”, seguido das “Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca” com 14,1% dos agravos.

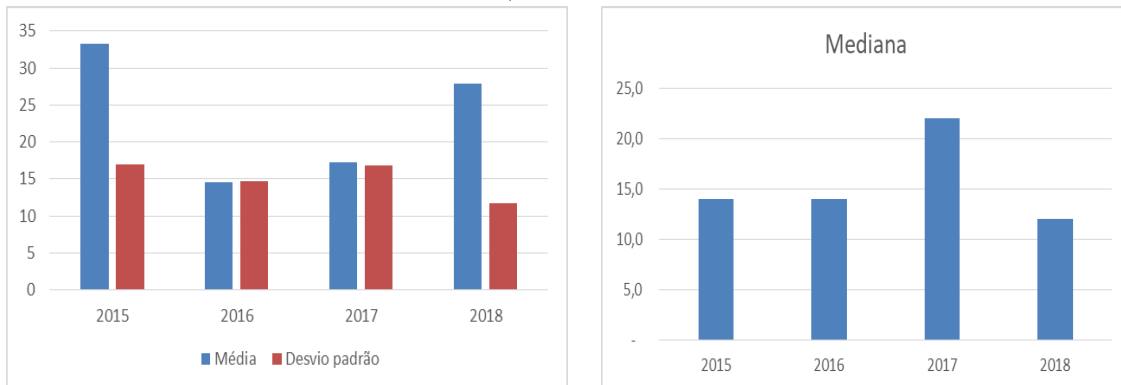
Tabela 2. Distribuição dos encaminhamentos segundo as Unidades com vagas de “Oncologia Ambulatório de 1ª vez- Cirurgia de Cabeça e Pescoço” e número de solicitações de acordo com o Grupo do CID. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2017.

Variável	n	%
Destino do Paciente		
MS INCA 1 Instituto Nacional do Câncer	829	49,7
MS HFB Hospital Federal de Bonsucesso	229	13,7
Hospital Mario Kroeff	155	9,3
MS HFB Hospital Federal dos Servidores	131	7,9
MS HFB Hospital Federal da Lagoa	104	6,2
Santa Casa de Misericórdia de Barra Man	84	5,0
ONKO Sol Assistência Medica Oncologica	81	4,9
Hospital São Jose do Avai (HSJA)	17	1,0
Uerj HUPE Hospital Universitário Pedro	11	0,7
Hospital Universitário Sul Fluminense	9	0,5
Sem resposta	17	1,0
Grupo CID Neoplasias		
Neoplasia maligna de outras partes e partes não especificadas da língua	315	18,9
Neoplasia maligna de outras partes e de e de partes não especificadas da boca	235	14,1
Neoplasia maligna da orofaringe	217	13,0
Neoplasia maligna do palato	203	12,2
Neoplasia maligna da base da língua	155	9,3
Neoplasia maligna do assoalho da boca	151	9,1
Neoplasia maligna da glândula parótida	120	7,2
Neoplasia maligna da amígdala	100	6,0
Neoplasia maligna de outras glândulas salivares maiores não especificadas	76	4,6
Neoplasia maligna do lábio	64	3,8
Neoplasia maligna da gengiva	31	1,9
Outras regiões	4	0,2

Entre os anos estudados, observa-se que a maior média do tempo de espera foi em 2015 (33 dias; dp=17dias), com decréscimo em 2016 (14,5 dias; dp=14,7 dias) e 2017 (17,3 dias; dp=16,9 dias) e crescimento em 2018 (27,9

dias; $dp=11,8$ dias). Ao testarmos a igualdade das medianas por ano, tivemos evidências de que estas medianas não são iguais, segundo o teste Kruskal-Wallis (p valor= $0,0001 < 0,05$). A diferença das médias e medianas podem ser observadas no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Média e mediana do tempo de espera (dias) para agendamento de consulta para a especialidade “Oncologia Ambulatório de 1ª vez- Cirurgia de Cabeça e Pescoço”. Estado do RJ, 20015-2018.



DISCUSSÃO

O perfil etário dos usuários é consoante com o apresentado na literatura para o Brasil²⁰, como predomínio de usuários com idade em torno de 60 anos. Como o SER-RJ não transfere as variáveis sexo e cor/raça, de forma automática para o banco de dados, essas informações não puderam ser analisadas.

Como a hipótese diagnóstica da neoplasia é registrada somente no Grupo da CID10, não detalhando o subgrupo, a análise das solicitações é pouco discriminatória. Entretanto o maior percentual de solicitações (28,2%), tem como registro a localização na língua, confirmando os dados conhecidos sobre alta prevalência das neoplasias nessa região²¹.

A análise do tempo de espera entre a solicitação e o agendamento para uma consulta de primeira vez na especialidade Oncologia Ambulatório de 1ª vez- Cirurgia de Cabeça e Pescoço, parece estar dentro do aceitável, comparando-se com estudo de diferentes com outros países que avaliam o acesso a consultas especializadas²²⁻²⁴. As diferenças apresentadas entre os anos, particularmente sobre a maior variação para os anos de 2015 e 2018, podem estar relacionadas com o fato de 2015 corresponder ao ano de implantação do SER-RJ e, da mesma forma que o ano de 2018, ter um número menor de meses analisados – quatro e seis, respectivamente.

CONCLUSÃO

A avaliação do tempo de espera entre a solicitação e a consulta de primeira vez na especialidade Oncologia Ambulatório de 1ª vez- Cirurgia de Cabeça e Pescoço, mostrou-se, nesse período, dentro do aceitável, comparado com outros países que avaliam seus sistemas regulatórios.

Estudos sobre o tempo de resposta, de pontos específicos da rede de atenção às neoplasias, são importantes. Portanto, investigações que envolvam toda a linha de cuidado, a partir dos itinerários terapêuticos dos usuários, desde a suspeita diagnóstica até o tratamento da lesão, são fundamentais para conhecer a capacidade da rede de serviços garantir um percurso rápido e oportuno.

Sistemas de ordenamento de fluxos e regulação de vagas são parte da garantia dos princípios de acesso e integralidade do cuidado, mas não os garantem isoladamente. Monitorar o funcionamento destes Sistemas, integrá-los e ajustá-los às necessidades dos serviços e usuários é condição para a melhoria do cuidado ao paciente com diagnóstico de câncer de boca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf> Acesso em: 20 mar. 2020.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>. Acesso em: 20 mar. 2020.
3. Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. **Braz. j. otorhinolaryngol.** São Paulo , v. 76, n. 4, Aug. 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000400002&lng=en&nrm=iso Acesso em: 30 nov. 2019.
4. Melo MCB de, Lorenzato FRB, Cabral Filho JE, Melo ZMM, Cardoso SO. A família e o processo de adoecer de câncer bucal. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 413-419, set./dez. 2005. Disponível em:

- <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a08.pdf> Acesso em: 30 nov. 2019.
5. Sakamoto AJ, Brizon VSC, Bulgareli JV, Ambrosano GMB. Influência dos índices socioeconômicos municipais nas taxas de mortalidade por câncer de boca e orofaringe em idosos no estado de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 22, e190013, 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100413&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2019.
 6. American Cancer Society. Survival Rates for Oral Cavity and Oropharyngeal Cancer. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html> Acesso em 20 mar. 2020.
 7. Onizawa K , Nishihara K , Yamagata K , Yusa H , Yanagawa T , Yoshida H. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 2003;39:781-8
 8. Scott, SE, Grunfeld EA, Mcgurk M. The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 2005;41:396-403.
 9. Brad WN; Terry AD. Oral Cancer and Precancerous Lesions. *CA Cancer J Clin* 2002;52: 195- 215.
 10. Oliveira LR de, Ribeiro-Silva A, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *J. Bras. Patol. Med. Lab.*, Rio de Janeiro , v. 42, n. 5, p. 385-392, Oct. 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442006000500010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 Nov. 2019.
 11. Rocha TAH, Thomaz EBAF, Silva NC, Queiroz RCS, Souza MR, Barbosa ACQ, et al. Atenção primária à saúde bucal: uma análise do seu impacto nas taxas de incidência e mortalidade de câncer de boca. *BMC Cancer* 2017; 17: 706. [[Links](#)]
 12. Aquino RCA de, Lima MLLT de, Silva VL, Alencar FL de, Rodrigues M. Roteiro terapêutico e acesso a serviços de saúde em casos de morte por câncer de boca. *Rev. CEFAC* , São Paulo, v. 20, n. 5, p. 595-603, outubro de 2018. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

- script=sci_arttext&pid=S1516-18462018000500595&lng=en&nrm=iso>. acesso em 07 abr. 2020. Acesso em 20 Nov. 2019
13. Bonfante GMdaS, Machado CJ, Souza PEA de, Andrade EIG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 May [cited 2020 Apr 07] ; 30(5): 983-997. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000500983&lng=en. Acesso em: 20 Nov. 2019
 14. Cunha AR da, Prass TS, Hugo FN. Mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Brasil: impacto da Política Nacional de Saúde Bucal. Cafajeste. Saúde Pública. 2019 [citado 2020 abr 03]; 35 (12): e00014319. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001405007&lng=en. Acesso em: 28 Fev. 2020.
 15. Abdo EN, Garrocho AdeA, Barbosa AA, Oliveira EL de, França-Filho L, Negri SLC 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 (Internet) [Internet]. 2007 Nov [citado 2020 Abr 07] ; 12(7): 469-473. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462007000700001&lng=es. Acesso em: 20 Nov. 2019
 16. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html Acesso: 15 Nov. 2019.
 17. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 15 Nov. 2019.
 18. Moysés S. Redes de atenção e organização de ações e serviços de saúde bucal. In: MOYSÉS, S. Saúde Coletiva: Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológica (Abeno). São Paulo: Artes Médicas, 2013. p. 103-110.



19. Casotti E, Monteiro ABF, Castro Filho EL de, Santos MP dos. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de distúrbios com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 May [cited 2020 Apr 07] ; 21(5): 1573-1582. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501573&lng=en. Acesso em: 15 Nov. 2019.
20. Ribeiro ILA, Nóbrega JBM, Valença AMG, Castro RDde. Preditores de câncer de boca no Brasil. *Rev. odontol. UNESP* [Internet]. 2017 Dec [citado 2020 abr 03]; 46 (6): 325-329. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772017000600325&lng=en. Acesso em 12 Dez. 2019.
21. Oreamuno YVB. Carcinoma oral de células escamosas diagnosticado precocemente: Reporte de caso y revisión de literatura. *Odovtos* [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Apr 03] ; 19(1): 43-50. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-34112017000100043&lng=en. Acesso em 12 Dez. 2019.
22. Conill, Eleonor Minho, Giovanella Lígia, Almeida Patty Fidelis de. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 June [cited 2020 Apr 03] ; 16(6): 2783-2794. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600017&lng=en. Acesso em 12 Dez. 2019.
23. Sanmartin, C; Berthelot J-M, Mcintosh C. Determinants of Unacceptable Waiting Times for Specialized Services in Canada. *Healthcare Policy*. 2 (3) Online Exclusive, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585450/pdf/policy-02-e140.pdf>
24. Harrington DW, Wilson K, Rosenberg MW. Waiting for a specialist consultation for a new condition in Ontario: impacts on patients' lives. *Healthcare Policy* . 9 (4) Online Exclusive, 2014. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/ae27/e5c08c28bf7a222871b6bdd751255cb4e651.pdf?_ga=2.129910796.1060069606.1585941886-1615469233.1585941886
http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html