





**ARTIGO - ARTICLE - ARTÍCULO****Organização da atenção ao câncer de boca nas unidades de saúde do estado da Bahia**

Organization of oral cancer care in health units in the state of Bahia

Organización de la atención del cáncer bucal en unidades de salud del estado de Bahía

Marília de Matos Amorim¹ , Brenda Queiroz Vinhas² , Rodolfo Macedo Cruz Pimenta¹ , Lília Paula de Souza Santos¹ 

1 - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

2 - Universidade Maria Milza (UNIMAM), Governador Mangabeira, Bahia, Brasil

RESUMO

Introdução: No Brasil, o câncer de boca é a quinta neoplasia mais frequente no sexo masculino e décima terceira, no sexo feminino, possuindo elevadas taxas de mortalidade. Assim, a Política Nacional de Saúde Bucal preconiza a sua prevenção e controle na atenção básica. Objetivo: Descrever a organização da atenção ao câncer de boca nas unidades de saúde do estado da Bahia. Método: Estudo descritivo com análise de dados secundários provenientes do terceiro ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB 2017. Os dados foram processados e analisados com o auxílio do programa Microsoft Excel 2010 e do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0. Resultados: Foram analisadas 2.338 Equipes de Saúde Bucal, em 403 municípios da Bahia. A maior parte das equipes realiza ações voltadas para a prevenção e diagnóstico (94,4%), não realiza biópsias (87,4%), mas possui referência para solicitação (79,0%), realiza o registro dos pacientes com suspeita e diagnóstico de câncer de boca e possui uma rede de referência para o tratamento (63,3%). Conclusão: As Equipes de Saúde Bucal da Bahia desenvolvem um trabalho pautado na Política Nacional de Saúde Bucal, no entanto, o estado apresenta alta incidência e mortalidade por câncer de boca.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

Histórico do Artigo

Recebido 29 Maio 2021
Aprovado 07 Novembro 2021

Correspondência

Marília de Matos Amorim
Núcleo de Câncer Oral da Universidade Estadual de Feira de Santana, Prédio de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Av. Transnordestina s/nº, bairro Novo Horizonte, CEP: 44.036-900. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
E-mail: amorim.mah@hotmail.com

Como citar

Amorim MM, Vinhas BQ, Pimenta RMC, Santos LPS. Organização da atenção ao câncer de boca nas unidades de saúde do estado da Bahia. Saúde Col. UEFS 2021; 11(2): e7256.



INTRODUÇÃO

O câncer pode ser definido como um conjunto de doenças que tem crescimento de células anormais que invadem tecidos e órgãos. Sua prevalência vem aumentando consideravelmente e causando mudanças em seu perfil epidemiológico, além disso, sua complexidade e os fatores sociais e econômicos envolvidos na sua ocorrência geram grandes demandas para o sistema público de saúde brasileiro. É uma doença multifatorial ocasionada pela interação de agentes etiológicos exógenos, tais como hábitos alimentares, tabagismo, estresse e outros, e agentes endógenos, como fatores hereditários, mutações genéticas e imunidade¹.

Dentre as neoplasias malignas, o câncer de boca representa cerca de 3% dos casos de câncer no mundo, sendo mais comum no continente Asiático. O Brasil ocupa o segundo lugar de maior incidência entre países das Américas e o número de casos novos para cada ano do triênio 2020-2022, é estimado em 11.180 casos, em homens, e 4.010, em mulheres²⁻⁴. A neoplasia ocorre de forma mais prevalente em indivíduos do sexo masculino, acima de 50 anos e de baixo nível socioeconômico. As áreas mais acometidas são língua, assoalho de boca, lábio e mucosa jugal^{5,6}.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal, deve ser realizada a prevenção e o controle do câncer de boca por meio de exames preventivos para o diagnóstico precoce da doença, desenvolvendo em momentos de campanhas específicas ou em visitas domiciliares a identificação de lesões bucais suspeitas de malignidade, seguida do encaminhamento para confirmação diagnóstica, tratamento e reabilitação do indivíduo⁷.

A prevenção primária para o câncer de boca ocorre por meio do diálogo com a população para alertar os indivíduos dos riscos do uso combinado de bebida alcoólica e tabaco e explicar as consequências de longo prazo da doença. Já, o exame físico feito pelo cirurgião-dentista para a identificação de possíveis lesões cancerizáveis e assintomáticas é uma medida secundária de prevenção. A realização destas ações pode levar ao diagnóstico precoce da doença e, assim, possibilitar um melhor prognóstico⁸.

É responsabilidade de o cirurgião-dentista estar apto a detectar lesões cancerizáveis através do exame clínico e relacionar os fatores de risco. Desta forma, poderá cooperar para um diagnóstico precoce do câncer de boca e, consequentemente, um melhor prognóstico⁹.

Com o intuito de melhorar a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica, em 2011, surgiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o programa avalia desde estrutura das Unidades básicas de saúde, equipes de atenção básica, e atendimento aos usuários do SUS para uma avaliação de indicadores¹⁰.

Considerando o câncer como um dos problemas de alto impacto na saúde da população, especialmente no contexto dos países em desenvolvimento, a avaliação de seus

cuidados, especialmente na atenção básica, é fundamental para reorientar as ações e políticas de saúde. Desta forma, estudos que descrevem a atenção ao câncer de boca constituem uma ferramenta para o planejamento e gestão, pois geram informações que podem apoiar o processo de planejamento de ações voltadas para o diagnóstico precoce, tratamento da doença e tomadas de decisão, podendo contribuir para organização e qualificação dos serviços e cuidados de saúde bucal na rede de atenção.

Assim, o objetivo deste estudo é descrever a organização da atenção ao câncer de boca nas unidades de saúde do estado da Bahia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo-descritivo realizado através dos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde. Foram utilizados dados secundários provenientes do terceiro ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB que ocorreu no ano de 2017, relativos à avaliação das Equipes de Saúde Bucal no estado da Bahia.

A Bahia é um estado localizado na região Nordeste, possui cerca de 14.016.906 de habitantes, segundo último censo de 2010, é dividida em 417 municípios. No total, participaram do terceiro ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB 38.865 Equipes de Atenção Primária à Saúde em todo Brasil e 25.090 Equipes de Saúde Bucal (ESB). Na Bahia, foram avaliadas 2.354 ESB em 403 municípios.

As informações do presente estudo foram coletadas através do banco de dados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB, do ano de 2017, disponíveis no site do Ministério da Saúde (<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>). Foram utilizados os dados sobre a atenção ao câncer de boca referente ao Módulo VI Equipe de Saúde Bucal do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB.

Todas as informações foram processadas e analisadas de forma descritiva, apresentando a frequência absoluta e relativa das variáveis referentes ao núcleo regional de saúde, as ações voltadas para a prevenção do câncer de boca, ao diagnóstico, registro dos pacientes com suspeita e rede de referência para tratamento. Foi utilizado o programa Microsoft Excel 2010 e o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0 (SPSS Inc., ChiCad. Estados Unidos) para análise de dados. Após a análise, os dados foram organizados em tabelas.

O presente trabalho utilizou dados secundários de domínio público, por essa razão, não houve necessidade de encaminhamento do projeto para aprovação de um comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

Um total de 2.338 Equipes de Saúde Bucal foi avaliado em 403 municípios da Bahia. A maior parte dos municípios avaliados fazia parte do Núcleo Regional de Saúde Sudoeste

(17,9%), seguido do Núcleo Centro-Leste (17,4%). Com relação as Equipes de Saúde Bucal, a maioria era do Núcleo Regional de Saúde Leste (20,6%), seguido de Sudoeste (16,7%). Apesar dos núcleos Sudoeste e Centro-leste concentrarem

maior quantidade de municípios, o maior número de Equipes de Saúde Bucal concentrou-se nos Núcleos Leste e Sudoeste, que têm como referência as cidades de Salvador e Vitória da Conquista, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos municípios e Equipes de Saúde Bucal, segundo os Núcleos Regionais de Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Bahia, Brasil, 2017

Núcleos Regional de Saúde	Municípios		Equipes de Saúde Bucal	
	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Norte	27	6,7	185	7,9
Nordeste	31	7,7	141	6,0
Sul	68	16,9	288	12,3
Extremo-sul	21	5,2	172	7,4
Sudoeste	72	17,9	391	16,7
Oeste	34	8,4	155	6,6
Centro-leste	70	17,4	365	15,6
Centro-norte	36	8,9	160	6,9
Leste	44	10,9	481	20,6
Total	403	100,0	2.338	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A Tabela 2 descreve as ações realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal voltadas para à prevenção do câncer de boca. A maior parte das equipes afirmou, de forma geral, realizar ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca (94,4%), sendo que, para ações específicas, 98,8% das equipes afirmaram realizar orientação sobre o uso do tabaco, 97,7% sobre o uso

de álcool e outras drogas e 91,9%, sobre exposição solar. Com relação à busca ativa de lesões potencialmente cancerizáveis e de casos na comunidade, a maior parte das equipes (80,6%) informou realizar e 92,5% delas examinam sistematicamente as mucosas orais (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização das ações realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal voltadas para a prevenção do câncer de boca, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Bahia, Brasil, 2017

Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Ações de prevenção e diagnóstico de câncer de boca (n = 2.106)		
Sim	1.989	94,4
Não	117	5,6
Orientação sobre o uso do tabaco (n = 1989)		
Sim	1.965	98,8
Não	24	1,2
Orientação sobre uso de álcool e drogas (n = 1989)		
Sim	1.943	97,7
Não	43	2,3
Orientação sobre a prevenção da exposição à radiação solar (n = 1989)		
Sim	1.827	91,9
Não	162	8,1
Busca ativa de lesões potencialmente cancerizáveis e casos na comunidade (n = 1989)		
Sim	1.603	80,6
Não	386	19,4
Orientação e exame sistemático das mucosas orais (n = 1989)		
Sim	1.839	92,5
Não	150	7,5
Outros (n = 1989)		
Sim	309	15,5
Não	1.680	84,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

No que tange a caracterização de diagnóstico da doença e registro dos pacientes, a maior parte das equipes informou não realizar biópsia (87,4%), no entanto, 79,0% informaram possuir referência para solicitação de biópsias para casos suspeitos de câncer de boca. Apenas 23,4% das equipes informaram realizar registro dos pacientes com suspeita da doença, entretanto, a maior parte das equipes informou não possuir pacientes com suspeita de câncer de boca (68,1%), além disso, 85,4% afirmaram ter documentos que comprovam essa ação (Tabela 3).

O monitoramento dos pacientes submetidos à biópsia para avaliação de resultado dos exames também foi realizado por grande parte das equipes (90,6%). E, 63,3% das equipes

informaram possuir referência para tratamento dos casos de confirmados. A maioria das equipes (93,5%) afirmou realizar acompanhamento após a referência do usuário para o tratamento, no entanto, apenas 14,7% das equipes responderam possuir na rede de atenção à saúde a disponibilidade de próteses de maxila e/ou mandíbula para pacientes submetidos à remoção cirúrgica (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), o estado conta com 2.833 Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) de 416 municípios,

Tabela 3. Caracterização de diagnóstico, registro dos pacientes com suspeita e rede de referência para tratamento de câncer de boca segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Bahia, Brasil, 2017

Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Realização de biópsias para diagnóstico de câncer de boca (n = 1.989)		
Sim	250	12,6
Não	1.739	87,4
Posse de laboratório de referência para exames histopatológicos (n = 1.989)		
Sim	1.184	59,5
Não	805	40,5
Posse de referência para solicitação de biópsias para casos suspeitos de câncer de boca (n = 1.989)		
Sim	1.571	79,0
Não	418	21,0
Registros de pacientes com suspeita de câncer de boca biopsiados na unidade ou encaminhados (n = 1.989)		
Sim	466	23,4
Não	168	8,4
Não possui pacientes com suspeita	1.355	68,1
Documento que comprove a realização da biópsia (n = 466)		
Sim	398	85,4
Não	68	14,6
Monitoramento de pacientes submetidos à biópsia para avaliação de resultado dos exames (n = 466)		
Sim	422	90,6
Não	44	9,4
Posse de referência para tratamento dos casos de confirmados de câncer de boca (n = 1.989)		
Sim	1.260	63,3
Não	729	36,7
Documento que comprove a referência (n = 1.260)		
Sim	711	56,4
Não	549	43,6
Acompanhamento da ESB após a referência do usuário para o tratamento (n = 1260)		
Sim	1.178	93,5
Não	82	6,5
Disponibilidade de próteses de maxila e ou/ mandíbula (n = 1.989)		
Sim	293	14,7
Não	1.308	65,8
Não sabe informar	388	19,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

coabrindo cerca de 67,28% da população baiana¹¹. Nesse estudo, 2.338 equipes foram avaliadas, representando 82,5%, assim, o estado da Bahia possui uma boa concentração de equipes avaliadas no PMAQ-AB. Em um estudo realizado por Rodrigues *et al.*¹², que objetivou descrever as ações em saúde bucal frente ao câncer de boca no Nordeste relativos ao 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB de 2012 a 2014, verificou-se que a maior concentração de equipes avaliadas, tanto no 1º ciclo quanto do 2º ciclo, foi no estado da Bahia. No primeiro ciclo deste estudo, foram 1.534 ESB, representando 27,6% de todas as equipes do Nordeste. No segundo ciclo, 1.642, representando 21,3%.

O câncer de boca é uma doença multifatorial, envolvendo fatores ambientais, genéticos e relacionados ao estilo de vida, destacando-se como principais fatores de risco o uso do tabaco nas suas variadas formas, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e a exposição à radiação ultravioleta (considerando-se o câncer de lábio)¹³. Portanto, as ações de prevenção abordam estes principais fatores de risco para a doença por meio do diálogo com a população para alertar os indivíduos dos riscos dessas exposições e explicar as consequências de longo prazo da doença⁸. Deste modo, o presente estudo aponta que a maioria das ESB realizou ações de prevenção e diagnóstico de câncer de boca conforme orientado pela Política Nacional de Saúde Bucal, realizando orientação sobre o uso do tabaco, sobre o uso de álcool e outras drogas e sobre exposição solar¹⁴.

No que se refere à busca ativa de lesões potencialmente malignas, a maior parte das equipes informou realizar a prevenção secundária, que é a realização de exame físico feito pelo cirurgião-dentista para a identificação de possíveis lesões cancerizáveis e assintomáticas, visa o diagnóstico precoce da doença em uma fase anterior ao paciente apresentar alguma queixa clínica. Sendo assim, a maioria das equipes está de acordo com que é preconizado pela Política Nacional de Saúde Bucal, que é realizar a prevenção e o controle da neoplasia por meio de exames preventivos para o diagnóstico precoce da doença, desenvolvendo em momentos de campanhas específicas ou em visitas domiciliares a identificação de lesões bucais^{7,15}. Porém, alguns casos, por falta de conhecimento do assunto e suporte técnico, o cirurgião-dentista não faz o correto diagnóstico, consequentemente, os casos da doença são diagnosticados tardiamente e o prognóstico do paciente torna-se desfavorável, pois a lesão identificada está em estágio avançado¹⁶.

Um estudo realizado por Falcão¹⁷, que teve como objetivo verificar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas do município de Feira de Santana sobre câncer de boca verificou que o nível de confiança para realizar o diagnóstico da doença foi considerado baixo para a maioria dos profissionais, assim, esses resultados apontam que a falta de conhecimento é um dos fatores explicativos do diagnóstico tardio.

Ressalta-se que o manejo de pacientes com câncer de boca deve acontecer do diagnóstico da doença até o encaminhamento do paciente a um centro de referência para

tratamento, além disso, é necessário o acompanhamento da ESB como forma de amenizar os efeitos do tratamento oncológico¹.

No presente estudo, com relação à realização biópsias nas unidades para diagnóstico de câncer de boca, a maioria das equipes afirmou não realizar, no entanto, grande parte afirmou ter referência para solicitação de biópsias em casos suspeitos da doença. Os exames de biópsias e citologia esfoliativa e outros exames complementares podem ser realizados na atenção básica, caso a equipe tenha experiência e materiais suficientes para realizar o procedimento, caso não seja possível, o paciente deve ser encaminhado para atenção secundária¹, uma vez que o Ministério da Saúde estabeleceu através da Portaria nº 1570 e nº. 1571 (2004)¹⁸, seguida da nº 599 (2006)¹⁹ a Política Nacional de Saúde Bucal em relação ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que contempla os serviços de diagnóstico e biópsias de lesões. Sendo assim, quando um indivíduo é identificado com alguma lesão potencialmente maligna em boca, pode ser encaminhado para CEO, onde será realizado biópsia para comprovação da doença^{1,14}.

No que diz respeito aos registros de pacientes com suspeita de câncer de boca que foram biopsiados nas unidades de saúde ou encaminhados, 23,3% afirmaram possuir e 68,1% afirmaram não possuir pacientes com suspeita de câncer de boca. No estudo de Rodrigues *et al.*¹², que descreveu as ações em saúde bucal frente ao câncer de boca no Nordeste brasileiro de 2012 a 2014, foi verificado no 2º ciclo que, no estado da Bahia, apenas 20,46% das equipes afirmaram ter registro e acompanhamento de suspeita ou confirmação casos de câncer de boca, número muito próximo da presente pesquisa. No entanto, apenas 13,76% das equipes afirmaram ter documentos que comprovassem essa ação, porcentagem bastante inferior quando comparada a encontrada no presente estudo.

No que tange ao monitoramento dos pacientes submetidos a biópsia para avaliação de resultado dos exames, grande parte das equipes afirmou realizar, além disso, a maioria (63,3%) afirmou possuir referência para tratamento dos casos de confirmados. As ESB precisam monitorar os pacientes submetidos à biópsia para a avaliação do resultado e posterior planejamento pré-oncoterapia, pois, o pós-diagnóstico do cuidado com o paciente portador de câncer de boca envolve a adequação do meio bucal. O preparo odontológico prévio do paciente que irá se submeter à oncoterapia tem como objetivo principal eliminar ou estabilizar as condições bucais para minimizar a infecção local e sistêmica, durante e após o tratamento do câncer e, consequentemente, aumentar a qualidade de vida do paciente. Um profundo conhecimento do processo de diagnóstico, do estadiamento do câncer e do planejamento da oncoterapia, além de minuciosa avaliação dentária é necessário para ajudar o cirurgião-dentista a planejar o tratamento odontológico de forma adequada^{1,20,21}.

Após a confirmação do diagnóstico e preparo odontológico prévio, os pacientes portadores de câncer de boca devem

ser referenciados para a alta complexidade para realização do tratamento oncológico. O SUS possui serviços de tratamento oncológico no Brasil, cadastrado pelo Ministério da Saúde - os CACON e as UNACON -, que são serviços hospitalares que dispõem de equipamentos modernos fundamentais para um atendimento integral ao paciente oncológico, a partir do diagnóstico, auxílio ambulatorial e hospitalar, serviço de emergência oncológicas até cuidados paliativos. Neste sentido, o acompanhamento do paciente deve ser realizado por um especialista em oncologia de cabeça e pescoço²².

A maioria das equipes afirmou realizar acompanhamento após a referência do usuário para o tratamento. As ESB devem acompanhar o paciente oncológico durante e posteriormente o tratamento oncológico, este acompanhamento odontológico, deve ser realizado a cada três meses. Desta forma, a promoção de saúde é reforçada e que quaisquer problemas dentários podem ser resolvidos precocemente. A higiene oral do paciente deve ser avaliada e todas as oportunidades para a educação devem ser aproveitadas. Além disso, é importante que o cirurgião-dentista envie relatórios detalhando as consultas odontológicas do paciente para o restante da equipe¹.

É necessário que haja comunicação entre os níveis de atenção, uma vez que o SUS é estruturado através de Rede de Atenção à Saúde (RAS), e este, por sua vez, tem como objetivo permitir a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, assim como, enriquecer o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, efetividade clínica e sanitária e eficiência econômica. Nesse sentido, a atenção básica é considerada a porta de entrada do sistema público de saúde além de coordenadora do cuidado e ordenadora de ações e serviços na RAS. Desta forma, deve haver comunicação com toda a rede, o que implica a continuidade da atenção à saúde (Atenção Primária/Básica, atenção especializada e hospitalar à saúde) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição)^{23,24}.

Apesar da maioria das ESB realizar acompanhamento após a referência do usuário para o tratamento, poucas equipes afirmaram possuir na rede de atenção à saúde a disponibilidade de próteses de maxila e ou/ mandíbula para pacientes submetidos à remoção cirúrgica. Sabe-se que o tratamento para o câncer de boca varia entre cirurgia, radioterapia e quimioterapia, podendo ser utilizadas de forma isolada ou associada. Estudos mostram que o diagnóstico do câncer de boca ainda é tardio e, como consequência, observa-se comumente a necessidade de tratamento mutilador. Na maioria dos casos, a ressecção cirúrgica do tumor é o tratamento de escolha, sozinho ou em combinação com radioterapia e/ou quimioterapia²⁵⁻²⁷, levando, dessa forma, a necessidade de reabilitação com próteses de maxila e ou/ mandíbula.

As próteses são de fundamental importância para a qualidade de vida dos pacientes, apesar disso, a oferta desses

serviços ainda é escassa no Brasil, refletindo, no presente estudo, o baixo número de ESB que tem disponibilidade na rede de atenção.

O estado da Bahia apesar de ter o maior número de ESB avaliadas dos estados do nordeste¹² e parecer ter uma boa organização da atenção ao câncer de boca, segundo os dados da presente pesquisa, é um estado onde os cânceres de boca são diagnosticados tardiamente, implicando um número maior de mortes pela patologia¹⁷.

Apesar do aumento do número de equipes e incentivos à qualificação e acesso aos serviços da atenção básica para câncer de boca, estudos evidenciam que mudanças no processo de trabalho em saúde bucal ainda são incipientes^{29,30}. Neste sentido, estes achados chamam atenção à necessidade de reorganização da assistência à saúde bucal, especialmente o oferecido pela atenção básica, a fim de um planejamento efetivo e permanente de prevenção primária e rastreamento de casos suspeitos. Ademais, é necessário que haja uma comunicação entre os níveis de atenção, permitindo a integração sistêmica de ações e serviços de saúde e, conseqüentemente, a integralidade e continuidade da atenção ao indivíduo portador de câncer de boca^{23,24}.

Deve-se levar em consideração as limitações do presente estudo. Por se tratar de um estudo descritivo, não foi avaliada associação entre variáveis. Além disso, o presente trabalho foi desenvolvido através de dados secundários e as informações estão sujeitas a erros devido a problemas em seu preenchimento, além do mais, há uma grande quantidade de dados perdidos.

Dessa forma, o presente estudo sugere que há entraves envolvidos na assistência ao portador desta neoplasia maligna, como por exemplo, a cobertura das equipes, o modelo de atenção e processo de trabalho adotado pelas equipes de saúde, bem como acesso a exames para o diagnóstico precoce. Sendo assim, mais estudos devem ser realizados a fim de elucidar outras questões intrínsecas e não menos importantes para a organização da atenção ao câncer de boca.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo apontam que no 3º ciclo do PMAQ- AB, no módulo de avaliação da atenção ao câncer de boca, as ESB da Bahia desenvolvem um trabalho pautado na Política Nacional de Saúde Bucal. A maior parte das equipes realiza ações voltadas para a prevenção, não realiza biópsias, mas possui referência para solicitação, realiza o registro dos pacientes com suspeita e diagnóstico de câncer de boca e possui uma rede de referência para o tratamento, que são os CACONS e UNACONS. No entanto, apesar dos resultados do presente estudo apontarem uma boa organização da atenção ao câncer de boca, estudos mostram que ainda assim a Bahia apresenta alta incidência e mortalidade pela doença.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 1 dez 2020]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf>
2. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral oncology* 2009; 5(4-5):309-16.
3. Borges FT, Garbin CAS, Carvalhosa AAD, Castro PHDS, Hidalgo LRDC. Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(9):1977-82.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [acesso em 1 dez 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
5. Moro JDS, Maroneze MC, Ardenghi TM, Barin LM, Danesi CC. Câncer de boca e orofaringe: epidemiologia e análise da sobrevida. *Einstein* 2018; 16(2):eAO4248.
6. Amorim MM, Lisboa LJ, Conceição SS, Almeida TF., Freitas VS. Social determinants of health and death by oral cancer in a unit of high complexity in oncology of a municipality of Bahia. *J. Dent. Public Health* 2019; 10(2):97-107.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [acesso em 1 dez 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
8. Antunes JLF, Toporcov TN, 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.
9. Santos IV, Alves TDB, Falcão MML, Freitas VS. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. *Odontol. Clín.-Cient. (Recife)* 2011; 10(3):207-210.
10. Lorena Sobrinho JED, Martelli PJDL, Albuquerque MDSVD, Lyra TM, Farias SF. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. *Saúde debate* 2015; 39:136-46.
11. Secretaria da Saúde da Bahia (BA). Nota Técnica 004/2020. Assunto: Câncer de Boca (Prevenção, Diagnóstico e Tratamento) [Internet]. SESAB; 2020. [acesso em 1 dez 2020]. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/NOTA-T%C3%89CNICA-004-2020-C%C3%82NCER-DE-BOCA.pdf>>
12. Rodrigues LV, Ribeiro ILA, Protasio APL, Valença AMG, Lima Neto EDA. Oral health actions in the primary health care network of northeastern Brazil in relation to oral cancer. *Rev. Gaúch. de Odontol.* 2019; 67:e000273565.
13. Scully C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma overview. *Oral Oncol* 2009; 45(4/5): 301-08.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2008. [acesso em 1 dez 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_especialidades_saude_bucal.pdf
15. Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos Jr CA, Oliveira EMFD. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(supl):s30-s39.
16. Santos LPS, Carvalho FS, Carvalho CAP, Santana DA. Características de casos de câncer bucal no estado da Bahia, 1999-2012: um estudo de base hospitalar. *Rev. bras. cancerol.* 2015; 61(1):7-14.
17. Falcão MML. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. Dissertação [Mestrado Dissertação – Universidade Estadual de Feira de Santana]. Feira de Santana, 2006.
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1571, de 29 de julho de 2004. Da implantação e do credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas [Internet]. Brasília: MS; 2004. [acesso em 1 dez 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1571_29_07_2004.html
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 599, de 23 de março 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 [Internet]. Brasília: MS; 2006. [acesso em 1 dez 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html
20. Brennan MT, Woo SB, Lockhart PB. Dental treatment planning and management in the patient who has cancer. *Dent. Clin. North Am.* 2008; 52(1):19-37.
21. Vieira DL, Leite AF, de Melo NS, de Souza Figueiredo PT. Tratamento odontológico em pacientes oncológicos. *Oral Sci.* 2012; 4(2):37-42.
22. Freire JCP, de Oliveira CR, de Oliveira AC, Valença AMG, Santiago BM. Incidência de neoplasias malignas orais nas regiões brasileiras e capitais do Nordeste. *Arch Health Invest* 2017; 6(11):535-39.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. [acesso

em 1 dez 2020]. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/18/2-B---Documento-de--Diretrizes-para-Organiza----o-das-Redes-de-Aten----o---Sa--de-do-SUS.pdf>>

24. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. [acesso em 1 dez 2020]. Disponível em: <https://apsredes.org/as-redes-de-atencao-a-saude-eugenio-vilaca-mendes/>

25. Ho HC, Lee MS, Hsiao SH, Hwang JH, Hung SK, Chou P, Lee CC. Squamous cell carcinoma of the oral cavity in young patients: a matched-pair analysis. *Eur. Arch. Oto-Rhino-Laryngol.* 2008; 265(1):57-61.

26. Hilly O, Shkedy Y, Hod R, Soudry E, Mizrahi A, Hamzany Y et al. Carcinoma of the oral tongue in patients younger than 30 years: comparison with patients older than 60 years. *Oral oncology* 2013; 49(10):987-90.

27. Morais EF de, Mafra RP, Gonzaga AKG, Souza DLB de, Pinto LP, Silveira ÉJD da. Prognostic factors of oral squamous cell carcinoma in young patients: a systematic review. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2017; 75(7):1555-66.

28. Contis SM, Pérez IM. Necesidad de prótesis buco-maxilofacial en pacientes atendidos en la consulta de somatoprótesis. *Rev. Cuba. Med. Mil* 2006; 35(3):0-0.

29. Petersen PE. Oral cancer prevention and control – the approach of the World Health Organization. *Oral oncology* 2009; 45(4-5):454-460.

30. Scherer CI, Scherer MDDA. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. *Rev Saúde Pública* 2016; 49(98):049005961.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, oral cancer is considered the fifth most common neoplasm in males and thirteenth in females, with high mortality rates. Thus, the National Oral Health Policy professes the prevention and control of oral cancer in basic attention. **Objective:** To describe the organization of oral cancer care in health units in the state of Bahia. **Method:** Descriptive study with analysis of secondary data from the third external evaluation cycle of the PMAQ-AB that occurred in 2017. The information was processed and analyzed with the aid of the Microsoft Excel 2010 program and the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 22.0. **Results:** Oral Health Teams (2,338) were analyzed in 403 municipalities in Bahia, the majority of which were from the Regional Health Center East. Most teams carry out actions aimed at prevention and diagnosis (94.4%), do not perform biopsies (87.4%), but have reference for request (79.0%), perform the registration of patients with suspicion and diagnosis mouth cancer and most has a referral network for treatment (63.3%). **Conclusion:** The Bahia Oral Health Teams develop work based on the National Oral Health Policy, however, the state has a high incidence and mortality from oral cancer.

Keywords: Mouth Neoplasms; Primary Health Care; Health Services Accessibility.

RESUMEN

Introducción: En Brasil, el cáncer bucal es la quinta neoplasia más frecuente en hombres y la decimotercera en mujeres, con altas tasas de mortalidad. Así, la Política Nacional de Salud Bucal aboga por su prevención y control en la atención primaria. **Objetivo:** Describir la organización de la atención del cáncer bucal en las unidades de salud del estado de Bahía. **Método:** Estudio descriptivo con análisis de datos secundarios del tercer ciclo de evaluación externa del PMAQ-AB 2017. Los datos fueron procesados y analizados utilizando el programa Microsoft Excel 2010 y el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 22.0. **Resultados:** Se analizaron 2.338 Equipos de Salud Bucal en 403 municipios de Bahía. La mayoría de los equipos realiza acciones orientadas a la prevención y diagnóstico (94,4%), no realiza biopsias (87,4%), pero tiene referencia por solicitud (79,0%), realiza el registro de pacientes con sospecha y diagnóstico de cáncer bucal y cuenta con una red de derivación para tratamiento (63,3%). **Conclusión:** Los Equipos de Salud Bucal de Bahía desarrollan un trabajo basado en la Política Nacional de Salud Bucal, sin embargo, el estado tiene una alta incidencia y mortalidad por cáncer bucal.

Palavras chave: Neoplasias bucales; Atención Primaria de Salud; Acceso a los servicios de salud.