



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

LAÍS AZEVEDO LINS DE HOLANDA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA**

Recife
2023

LAÍS AZEVEDO LINS DE HOLANDA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Odontologia da Universidade
Federal de Pernambuco, como requisito para a
obtenção do título de Mestre em Odontologia.
Área de concentração: Clínica Integrada.

Orientadora: Jurema Freire Lisboa de Castro

Recife

2023

Catálogo na fonte:
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4: 1895

H722a Holanda, Laís Azevedo Lins de.
Avaliação do impacto da pandemia da covid 19 no diagnóstico e tratamento do
câncer de boca / Laís Azevedo Lins de Holanda. – 2023.
56 p.

Orientadora: Jurema Freire Lisboa de Castro
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de
Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Recife, 2023.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Coronavírus. 2. Câncer de boca. 3. Assistência ao paciente. 4. Tratamento.
Castro, Jurema Freire Lisboa de (orientadora). II. Título.

617.6 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2023 - 183)

LAÍS AZEVEDO LINS DE HOLANDA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.
Área de concentração: Clínica Integrada.

Aprovado em: 09/03/2023.

Orientador:

Prof^a. Dr^a. Jurema Freire Lisboa de Castro

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Alcino Monteiro Gueiros (Presidente)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^a. Dr^a. Elaine Judite de Amorim Carvalho (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^a. Dr^a. Águida Cristina Gomes Henriques Leitão (Examinador Externo)
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre abençoou a minha vida, e me permitiu tantas vitórias e conquistas, pois muitas foram as dificuldades para que eu pudesse chegar até aqui.

Aos meus pais, Dayse Azevedo e Luiz Holanda pelo amor, apoio, dedicação, princípios e ensinamentos. Obrigada por acreditarem em mim em todos os momentos, mesmo diante das dificuldades da vida. Vocês me deram todas as condições para que eu pudesse atingir os meus objetivos e aqui estou dedicando mais esta conquista para vocês. Vocês fizeram de mim a pessoa que hoje sou, e eu só posso retribuir tentando ser a melhor filha que pais, como vocês, merecem ter. Sou e serei eternamente grata por tudo que vocês dedicaram a mim. Eu tenho muita admiração pelos meus pais.

Ao meu irmão, Luiz Holanda Filho pela amizade, pelas conversas, companheirismo, paciência e carinho. Obrigada pela ajuda em todos os momentos que precisei, pois se não fosse você, eu nunca iria cursar Odontologia. Então, eu sou eternamente grata por isso. Agradeço por ter acreditado nos meus sonhos e objetivos.

Ao meu namorado, Ítalo Lemos agradeço por tudo que já fez por mim, por me ouvir, por me fazer sorrir e por ser um grande incentivador dos meus sonhos. Agradeço pelo fato de você existir, e de eu poder contar com seu apoio e companhia todos os dias.

Aos meus familiares, que torcem sempre pelas minhas conquistas e que me deram muito apoio desde o início da minha vida acadêmica e vão continuar me apoiando durante toda minha vida.

A minha orientadora, por toda a atenção, competência, suporte, paciência, conhecimento, por ser um modelo de professora a ser seguido e pelo apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho. Agradeço também por ter acreditado em mim e por tudo isso para sempre terá minha eterna gratidão. Você é uma pessoa maravilhosa e um dia eu quero ser assim como você.

A todos os professores da Pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco que sempre estavam dispostos a ajudar no que fosse preciso e que contribuíram para minha formação. Sou grata pela amizade e pela convivência científica compartilhada ao longo destes dois anos.

Aos meus amigos, principalmente Katarina, Larissa, Nathália que sempre estiveram presentes e me ajudaram a enfrentar de maneira mais divertida possível,

todos os momentos desta jornada. Hoje sou uma pessoa realizada e feliz porque não estive só nesta longa caminhada.

A todas as pessoas que de alguma forma me ajudaram e me transmitiram força.

A Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, pela oportunidade e honra de fazer parte do corpo docente.

A CAPES (Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior) pela concessão da bolsa de Mestrado.

RESUMO

Devido ao surto da *Coronavirus disease-19* (COVID-19), milhões de pessoas no mundo foram infectadas, provocando aumento nas internações hospitalares e óbitos decorrentes das complicações desta doença. Nesse período, mudanças foram enfrentadas no sistema público de saúde, para evitar o contágio e propagação da COVID-19, dentre elas, a diminuição das consultas ambulatoriais e adiamentos das cirurgias, provocando atrasos no início do tratamento oncológico. Apesar da pandemia, está previsto na Lei Federal 12.732/2012 que o início do tratamento do câncer deve ser alcançado em um período de até 60 dias. Contudo, os impactos causados pela pandemia podem ter sido sentidos de forma diferente em cada serviço e ter influenciado de maneira distinta o diagnóstico e tratamento dos pacientes com câncer de boca. O presente estudo teve como objetivo, avaliar o impacto da pandemia da COVID-19, no diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer de boca, admitidos no Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP) e no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC). Trata-se de um estudo de base de dados utilizando os prontuários de pacientes diagnosticados com câncer de boca e admitidos nos períodos de janeiro de 2019 a dezembro de 2020. Cento e sessenta e sete pacientes foram incluídos, sendo 86 diagnosticados com câncer de boca antes da pandemia e 81 durante a pandemia. A língua foi o local mais acometido (28%), o Carcinoma de Células Escamosas foi o tipo histopatológico mais diagnosticado (85%) e os estadiamentos mais avançados foram mais frequentes (IV-54,6% e III-21,2%). Estatisticamente não houve diferenças significativas com as variáveis analisadas a respeito do diagnóstico e tratamento antes e durante a pandemia. Contudo, observou-se que 27,4% ($P=0,460$) dos pacientes diagnosticados no período da pandemia demoraram mais de 12 meses para procurarem um atendimento especializado e 79,6% ($P=0,368$) desses pacientes iniciaram o tratamento posteriormente aos 60 dias, sendo a cirurgia, a modalidade terapêutica mais comumente instituída durante a pandemia. Dessa forma, conclui-se que a COVID-19 não provocou um impacto significativo no diagnóstico e tratamento dos pacientes com câncer de boca atendidos no HUOC e HCP, visto que já eram observados atrasos no diagnóstico e tratamento desses pacientes antes da pandemia.

Palavras-chave: coronavírus; câncer de boca; assistência ao paciente; tratamento.

ABSTRACT

Due to the outbreak of the Coronavirus disease-19 (COVID-19), millions of people worldwide were infected, causing an increase in hospital admissions and deaths resulting from the complications of this disease. During this period, changes were faced in the public health system, to prevent the contagion and spread of COVID-19, among them, the decrease in outpatient consultations and postponement of surgeries, causing delays in the initiation of cancer treatment. Despite the pandemic, Federal Law 12,732/2012 provides that the start of cancer treatment must be achieved within a period of up to 60 days. However, the impacts caused by the pandemic may have been felt differently in each service and may have influenced the diagnosis and treatment of patients with oral cancer in a different way. The present study aimed to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on the diagnosis and treatment of patients with oral cancer admitted to the Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP) and Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC). This is a database study using the medical records of patients diagnosed with oral cancer and admitted from January 2019 to December 2020. One hundred and sixty-seven patients were included, 86 of whom were diagnosed with oral cancer before of the pandemic and 81 during the pandemic. The tongue was the most affected site (28%), Squamous Cell Carcinoma was the most diagnosed histopathological type (85%) and more advanced stages were more frequent (IV-54.6% and III-21.2%) . Statistically, there were no significant differences with the analyzed variables regarding diagnosis and treatment before and during the pandemic. However, it was observed that 27.4% ($P=0.460$) of patients diagnosed during the pandemic took more than 12 months to seek specialized care and 79.6% ($P=0.368$) of these patients started treatment later than 60 days, with surgery being the most commonly instituted therapeutic modality during the pandemic. Thus, it is concluded that COVID-19 did not have a significant impact on the diagnosis and treatment of patients with oral cancer treated at the HUOC and HCP, since delays in the diagnosis and treatment of these patients were already observed before the pandemic.

Keywords: coronavirus; mouth cancer; patient care; treatment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pacientes com câncer de boca admitidos no HCP e HUOC, no período de 2019-2020	27
Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa em relação ao hábito do tabagismo e etilismo	28
Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa das comorbidades associadas aos pacientes com câncer de boca	30
Tabela 4 – Distribuição dos pacientes em relação à localização clínica e ao tipo histopatológico do câncer de boca	31
Tabela 5 – Tempo decorrido desde a descoberta dos sinais do câncer de boca até o primeiro atendimento com o profissional de saúde e o tempo do diagnóstico até o início do tratamento de acordo com a Lei 12.732/2012	33
Tabela 6 – Tipo de tratamento adotado segundo o estadiamento	34
Tabela 7 – Tipo de tratamento adotado para os pacientes com câncer de boca, antes e durante a pandemia da COVID-19	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AJCC	<i>American Joint Committee on Cancer</i>
CEC	Carcinoma de Células Escamosas
COVID-19	<i>Coronavirus disease-19</i>
HCP	Hospital de Câncer de Pernambuco
HUOC	Hospital Universitário Oswaldo Cruz
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
INCA	Instituto Nacional de Câncer
NCDB	<i>Nacional Cancer Database</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAAF	Punção Aspirativa com Agulha Fina
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
RMR	Região Metropolitana do Recife
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UICC	<i>Union for International Cancer Control</i>
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	CÂNCER DE BOCA	15
2.2	TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA	18
3	OBJETIVOS	22
3.1	OBJETIVO GERAL	22
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4	METODOLOGIA	23
4.1	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	23
4.2	DELINEAMENTO DO ESTUDO	23
4.3	LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO	23
4.4	AMOSTRA DO ESTUDO	23
4.5	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	24
4.6	VARIÁVEIS	24
4.7	COLETA DE DADOS	25
4.8	ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	25
5	RESULTADOS	27
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM CÂNCER DE BOCA ADMITIDOS NO HCP E HUOC (2019- 2020)	27
5.2	HÁBITOS: TABAGISMO E ETILISMO DOS PACIENTES ADMITIDOS NO HCP E HUOC (2019-2020)	28
5.3	COMORBIDADES ASSOCIADAS AOS PACIENTES COM CÂNCER DE BOCA ADMITIDOS NO HCP E HUOC (2019- 2020)	30
5.4	CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS DOS PACIENTES COM CÂNCER DE BOCA ADMITIDOS NO HCP E HUOC (2019-2020)	31
5.5	TEMPO RELACIONADO AO ATRASO DO PACIENTE ATÉ A PRIMEIRA CONSULTA COM O PROFISSIONAL E O TEMPO	

	DECORRIDO DO DIAGNÓSTICO ATÉ O INÍCIO DO TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE BOCA	32
5.6	TRATAMENTO INSTITUÍDO PARA OS CASOS DE CÂNCER DE BOCA DOS PACIENTES ADMITIDOS NO HCP E HUOC (2019-2020)	34
6	DISCUSSÃO	36
7	CONCLUSÃO	42
	REFERÊNCIAS	43
	APÊNDICE A – FICHA DE COLETA	48
	ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	51

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 em Wuhan, na China, o mundo se deparou com o surgimento de um novo vírus pertencente à família dos *Coronaviridae*, da ordem *Nidovirales* (LI et al., 2020; PENG et al., 2020). Em 29 de fevereiro de 2020, foi notificado, no Brasil, o primeiro caso de infecção por este vírus e no dia 11 de março de 2020 a *Coronavirus disease-19* (COVID-19) foi caracterizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia (SOLIS et al. 2021; ANJOS, 2022; CUNHA et al., 2022). Esse vírus, por sua vez, apresenta um grande potencial de propagação devido à transmissão através de gotículas (respiratórias e salivares) e com um potencial risco via aerossol (PENG et al., 2020; ANJOS, 2022).

Nesse contexto, a COVID-19 foi retratada como um grande problema de saúde pública global, provocando um aumento nas internações hospitalares e óbitos decorrentes das complicações desta doença (AMBROGGI et al., 2022). Assim, para conter os avanços da pandemia e evitar a propagação desse novo vírus, pessoas do mundo todo tiveram que ficar em quarentena, isolamento ou distanciamento social para impedir o colapso do sistema de saúde (MARTELLI et al., 2021).

A pandemia da COVID-19 teve um efeito transformador na educação cirúrgica. O impacto foi experimentado globalmente, em todas as especialidades e em todos os níveis que tiveram as seguintes repercussões: a ascensão das plataformas virtuais de aprendizagem foi necessária, e um substituto fraco para experiência clínica. A restrição do número de pacientes que procuraram atendimento por doenças não COVID-19. A diminuição do número de operações não emergenciais e redução nos atendimentos laboratoriais.

Apesar dos hospitais serem serviços essenciais, mudanças significativas tiveram que ser adotadas durante a pandemia no atendimento dos pacientes. Em geral, foram suspensas consultas ambulatoriais, bem como o cancelamento ou adiamento de cirurgias eletivas devido ao acesso reduzido à sala de cirurgia e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (MARTELLI et al., 2021).

Apesar da maioria dos casos da COVID-19 se caracterizarem como uma infecção viral leve ou moderada do trato respiratório, uma parcela da população pôde desenvolver a forma grave, com alguns casos evoluindo de forma crítica, com complicações severas (MARTINS-CHAVES; GOMES, C. C.; GOMEZ, 2020). Casos mais graves têm sido relacionados aos grupos de risco, que incluem principalmente,

idosos com comorbidades secundárias (hipertensão, doenças crônicas do sistema respiratório, obesidade, diabetes, câncer, doenças hepáticas e cardiopatias) (DESIDERI et al., 2020; MARTINS-CHAVES; GOMES, C. C.; GOMEZ, 2020; YANG, J. et al., 2020; VARELA-CENTELLES et al., 2021).

Em especial, pacientes com câncer têm uma predisposição maior para uma baixa função imunológica, causada pela neoplasia ou regimes de tratamento e, portanto, apresentam alto risco de contaminação e tendem a um pior prognóstico em relação às doenças infecciosas (DESIDERI et al., 2020; TEVETOĞLU et al., 2021). Nesse cenário, os pacientes com câncer de boca também fizeram parte do grupo de pacientes oncológicos que sofreram com os impactos provocados pela pandemia da COVID-19 no diagnóstico e tratamento desta neoplasia, uma vez que os estudos relatam um atraso no diagnóstico e tratamento da doença durante o referido período (CHEN, M. M. et al., 2018; MARTELLI et al., 2021; TEVETOĞLU et al., 2021; ABRANTES et al., 2022).

Uma estimativa realizada aponta que eram esperados aproximadamente 15.200 casos de câncer de boca (11.200 casos em homens e 4.000 em mulheres) para o triênio 2020-2022 no Brasil (ABRANTES et al., 2022). Entretanto, houve uma redução no número de casos de câncer de boca diagnosticados em várias regiões do Brasil devido a pandemia da doença por coronavírus (COVID-19), constatado no trabalho de Cunha et al. (2022).

Outros trabalhos realizados em diversos países, também demonstraram essa mudança no cenário do diagnóstico. Foi constatado no trabalho de Juneja et al. (2021) que durante o período de janeiro a setembro de 2020 houve uma redução de 31% no número de biópsias enviadas ao serviço de diagnóstico de patologia oral da Western University, no Canadá, quando comparadas aos 5 anos anteriores. Também no trabalho de Shen et al. (2020), houve um declínio de aproximadamente 50% no rastreamento do câncer de boca no período da pandemia da COVID-19 (janeiro a abril de 2020) quando comparado ao mesmo período em 2019.

Com relação ao tratamento, verificou-se maior tempo para iniciá-lo (TEVETOĞLU et al., 2021), diminuição na quantidade de cirurgias realizadas (MARTELLI et al., 2021), maior utilização de quimioterapia e radioterapia (MARTELLI et al., 2021; AMBROGGI et al., 2022), além da utilização de terapêuticas alternativas com a finalidade de prevenir a progressão do câncer de boca enquanto aguardava-se

pela cirurgia (GUPTA, GHOSH-LASKAR E AGARWAL, 2020; KAUL *et al.*, 2020; HOSNI; CHIU; HUI; *et al.*, 2021).

Neste contexto, este estudo buscou compreender os impactos da pandemia da COVID-19 no diagnóstico e tratamento do câncer de boca em dois serviços de referência no estado de Pernambuco. A caracterização do diagnóstico e tratamento do câncer de boca no contexto da pandemia poderá contribuir com o estabelecimento de estratégias que visem suprir possíveis deficiências no atendimento ao paciente oncológico.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CÂNCER DE BOCA

Tumores malignos, também referidos como cânceres, são lesões que podem invadir e destruir estruturas adjacentes, podendo disseminar para sítios distantes (metastatizar), além de poder levar o paciente à óbito (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2010). O câncer de boca é um tumor maligno que pode acometer qualquer estrutura da cavidade oral, sendo a língua mais comumente afetada, seguida do assoalho da boca (RODRIGUES et al., 2020).

Histologicamente, as alterações na cavidade oral podem ser diferenciadas e classificadas como tumores benignos ou malignos (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2010). A maioria dos tumores malignos da cavidade oral são de origem epitelial (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2010).

Dentre os casos de câncer de boca, 90% são diagnosticados como Carcinoma de Células Escamosas (CEC), seguido dos tumores malignos de glândulas salivares que representam de 3 a 4% dos cânceres de cabeça e pescoço e apresentam uma variedade histológica muito ampla, sendo os mais prevalentes, o Carcinoma Mucoepidermóide e Carcinoma Adenóide Cístico. Não menos importante, mas em menor frequência, os linfomas também podem ser observados (CAMPION, et al., 2016; MIRANDA, DE et al., 2020; WARNAKULASURIYA e KERR, 2021).

A maioria dos casos de câncer de boca ocorrem em pacientes idosos e do sexo masculino (CAMPION et al., 2016; BUGSHAN e FAROOQ, 2020). Além disso, os cânceres de boca têm uma tendência à metastizar para linfonodos locais e regiões à distância. Os linfonodos cervicais são os mais acometidos e provocam uma redução na taxa de sobrevida em 50% (BUGSHAN e FAROOQ, 2020).

A metástase à distância também pode ser observada em estágios mais avançados, ou seja, tem um pior prognóstico e reduz as chances de sucesso do tratamento. O pulmão é o local mais comum de metástase à distância (BUGSHAN e FAROOQ, 2020).

Fatores de risco estão relacionados ao câncer em diferentes locais da cavidade oral, dentre os fatores etiopatogênicos mais relatados na literatura estão, o tabagismo e consumo de álcool, que também apresentam efeito sinérgico (AL-MAWERI;

HALBOUB; WARNAKULASURIYA, 2020; CHAMOLI et al., 2021). De acordo com a literatura, a fumaça do tabaco tem mais de 70 carcinógenos que atuam como iniciadores e promotores do tumor e os fumantes são 8,4 vezes mais propensos a desenvolver câncer de boca em comparação com os que não possuem o hábito (CHAMOLI et al., 2021; BATISTELLA et al., 2022).

De acordo com *International Agency for Research on Cancer* (IARC), o álcool é classificado como um carcinógeno do grupo 1, sendo associado a um risco aumentado para o desenvolvimento de vários tipos de câncer, bem como o câncer de boca (CHAMOLI et al., 2021). O álcool promove a produção de metabólitos como o acetaldeído, que tem ação carcinogênica e, por isso, pode contribuir para a carcinogênese oral, isoladamente, ou como fator adjuvante (BATISTELLA et al., 2022). Além disso, o risco aumenta com o consumo de quantidades adicionais de bebidas alcoólicas, contudo, a suscetibilidade intrínseca para a metabolização do álcool varia entre os indivíduos (BATISTELLA et al., 2022).

É válido ressaltar ainda que os fatores associados às malignidades das glândulas salivares são incertos, embora a exposição à radiação ionizante possa assumir um papel no desenvolvimento desses cânceres, sendo que os fatores convencionais, como tabagismo e uso de álcool, não influenciam o risco de malignidades salivares (SON et al., 2018).

Também foram propostas uma variedade de outros fatores de risco para o câncer de boca, bem como a irritação crônica, a infecção pelo vírus do papiloma humano, má higiene bucal e exposição ocupacional (BUGSHAN e FAROOQ, 2020; CHAMOLI et al., 2021).

Embora a cavidade oral possa ser facilmente examinada, a maioria dos casos de câncer de boca não é identificada precocemente (ANJOS, 2022). Geralmente os cânceres em estágio inicial são assintomáticos e podem simular condições benignas, reduzindo a procura por um atendimento especializado (CAMPION et al., 2016; BUGSHAN e FAROOQ, 2020; WARNAKULASURIYA, S.; KERR, 2021).

Dessa forma, é notório que o cirurgião-dentista desempenha um papel fundamental na detecção precoce do câncer de boca por meio de rastreamento oportunista durante os atendimentos de rotina. Todavia, durante a pandemia da COVID-19, as oportunidades de triagem da cavidade oral podem ter sido prejudicadas e, conseqüentemente, o diagnóstico de lesões malignas e/ou potencialmente malignas

pode ter sido comprometido (AL-MAWERI; HALBOUB; WARNAKULASURIYA, 2020; VARELA-CENTELLES et al., 2021).

No trabalho de Cunha et al. (2022) foi visto que a pandemia da COVID-19 causou um atraso no diagnóstico do câncer de boca, sendo constatado em todas as regiões do Brasil, sendo o Sudeste a região mais afetada durante a pandemia, contudo dados anteriores a COVID-19 mostraram também uma queda ainda mais alarmante, pois na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste não haviam diagnósticos suficientes antes mesmo da pandemia.

O procedimento padrão para o diagnóstico dessas lesões malignas envolve a biópsia incisional ou excisional, além da utilização da punção aspirativa com agulha fina (PAAF) nos casos envolvendo as glândulas salivares, com posterior análise histológica para a verificação do grau e tipo histopatológico (SON et al., 2018; CHAMOLI et al., 2021; CUNHA, et al., 2022).

O Sistema Único de Saúde (SUS) classifica estas biópsias como procedimento de média complexidade, que pode ser executado em ambulatório ou serviço hospitalar pelo médico ou cirurgião-dentista (CUNHA, et al., 2022). Em 2019, o SUS realizou 23.110 biópsias bucais (ANJOS, 2022; CUNHA, et al., 2022). Contudo, estudos realizados por Arduino, Conrotto e Broccoletti (2021), Juneja et al. (2021), Abrantes et al. (2022) e Cunha et al. (2022), mostraram que a realização de biópsias no início da pandemia foi reduzida quando comparada aos anos anteriores.

É importante citar que o diagnóstico de câncer de boca em estágios iniciais é um dos fatores mais críticos relacionados ao prognóstico e sobrevida do paciente, além da gravidade da mutilação que pode ocorrer como parte de tratamento cirúrgico (TAN et al., 2021; CUNHA, et al., 2022). Verificar o estadiamento no momento do diagnóstico é um passo importante que influenciará fortemente o planejamento do tratamento, evitando um tratamento excessivo ou subtratamento, além de estimar o prognóstico da doença (ALMANGUSH et al., 2020; RODRIGUES et al., 2020).

O estadiamento atual do câncer é baseado em um sistema internacional de estadiamento TNM que foi lançado em colaboração entre o *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) e a *Union for International Cancer Control* (UICC) que permite classificar o paciente de acordo com as características clínicas do câncer e consiste na avaliação de três categorias: extensão do tumor (T), envolvimento dos gânglios linfáticos (N) e metástase à distância (M) (ALMANGUSH et al., 2020). Com o passar dos anos houveram algumas atualizações no estadiamento de diferentes tipos de

câncer. Para os cânceres de boca, a oitava edição do manual de estadiamento da AJCC, é a mais recente e incluiu a incorporação da profundidade de invasão na classificação T e a extensão extranodal na classificação N (ALMANGUSH et al., 2020).

Essa classificação também foi muito importante durante a pandemia para a comparação de dados, pois já está bem estabelecido que atrasos no tratamento ou triagem resultam em progressão do tumor, estágio avançado da doença e diminuição da sobrevida (STEVENS et al., 2022).

2.2 TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA

O câncer de boca é considerado um problema de saúde em todos os países do mundo, incluindo no Brasil (ARDUINO; CONROTTO; BROCCOLETTI, 2021; CHAMOLI et al., 2021). Os gastos com o câncer de boca no Brasil, com dados de 2008 a 2016, mostraram que foram despendidos \$495,6 milhões. Metade (50,8%) envolveu gastos ambulatoriais e 49,2% de internação, ou seja, o custo médio anual é de \$55,1 milhões (RIBEIRO-ROTTA et al., 2022).

Os custos de tratamento para o câncer podem variar de acordo com o estágio da doença. No Brasil, a maioria dos pacientes são diagnosticados em estágios avançados (III e IV), exigindo, portanto, um tratamento que inclui mais procedimentos, demandando mais recursos financeiros (RIBEIRO-ROTTA et al., 2022).

De modo geral, o tratamento dos tumores de cabeça e pescoço dependem da localização anatômica, estágio clínico e critérios histopatológicos (MARTELLI et al., 2021). A modalidade de tratamento mais aceita é a cirurgia e tem sido a base da terapia por décadas (FORNER et al., 2020; KAUL, 2020). Esta modalidade inclui ressecções e reconstruções complexas, exigindo cuidados no pós-operatório (IMADUDDIN et al., 2021). No estudo feito usando dados do *National Cancer Database* (NCDB), observou-se que dentre os 20.000 cânceres orais em estágio inicial, a cirurgia foi a modalidade de escolha em 95% dos casos (FORNER et al., 2020).

O manejo cirúrgico pode aumentar a duração e o tempo de permanência dentro dos hospitais, durante o período pré-operatório, operatório e pós-operatório, aumentando o risco de infecções nosocomiais. A intubação, traqueostomia, manipulação cirúrgica do trato aerodigestivo superior e cuidados pós-operatórios com aspiração da cavidade oral são procedimentos geradores de aerossol e vias de

transmissão para a COVID-19 (FORNER et al., 2020). Dada a pandemia em curso, o risco de infecção pela COVID-19 de pacientes e profissionais da saúde, levaram a vários questionamentos de como tratar esses pacientes durante esse período (SALARI; JALAEEFAR; SHIRKHODA, 2020; IMADUDDIN et al., 2021).

Para alguns estudiosos, como Forner et al. (2020) os riscos a curto prazo da cirurgia podem ser superados pelo risco coletivo de apresentação diária, durante a pandemia, a um centro de radiação ao longo de 7 semanas e a maior suscetibilidade à infecção associada à radioterapia nos casos de cânceres de boca, particularmente em estágio inicial. Já no trabalho de Martelli et al. (2021), realizado no Brasil, no período entre março de 2015 a julho de 2019, constatou que a média de cirurgias por câncer de cabeça e pescoço foi de 5.410, já em 2020, no mesmo período, foram 3.522 cirurgias, representando uma queda de 35% no período da pandemia.

Existem vários fatores que podem resultar no atraso no diagnóstico e tratamento para o câncer de boca, resultando na progressão da doença (ILHAN; GUNERI; WILDER-SMITH, 2021). O primeiro é o atraso do paciente, que corresponde ao tempo decorrido entre o paciente perceber, pela primeira vez, um sinal ou sintoma da doença e sua primeira consulta com o profissional de saúde (GIGLIOTTI; MADATHIL; MAKHOUL, 2019; ANJOS, 2022). Esse atraso corresponde aproximadamente de 1,6 a 5,4 meses, sendo menor em indivíduos que têm um acompanhamento odontológico regularmente e maior em indivíduos que residem em áreas rurais com acesso limitado a centros médicos, pois o acesso aos serviços de saúde em tempo hábil é mais difícil (ILHAN; GUNERI; WILDER-SMITH, 2021).

Os fatores relacionados ao atraso profissional e tratamento são de extrema importância, visto que o tempo necessário para agendamento, planejamento do tratamento, bem como acesso, disponibilidade e acessibilidade de cuidados adequados podem aumentar ou diminuir o tempo necessário para o início do tratamento (ILHAN; GUNERI; WILDER-SMITH, 2021).

Um conceito utilizado para medir o tempo do início do tratamento é o tempo que decorre desde a data do diagnóstico, com base na confirmação histológica, citológica ou imuno-histoquímica, até a data de realização da terapia antineoplásica (GIGLIOTTI; MADATHIL; MAKHOUL, 2019).

No Brasil, a Lei Federal 12.732/2012, determina que o paciente com neoplasia maligna tem direito de iniciar o tratamento no SUS, no prazo de até 60 dias, ou em menor prazo, contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo

patológico (BRASIL, 2012). Contudo, devido ao contexto da pandemia, o início do tratamento de alguns casos de câncer de boca não foi alcançado dentro de um período de 60 dias, previsto na Lei Federal no 12.732/2012, e alguns centros podem ter optado por usar outros tipos de tratamento devido aos cancelamentos e adiamentos das cirurgias (FORNER et al., 2020; FRANÇA et al., 2021).

Durante a pandemia em curso, vários estudos recomendam em não atrasar a cirurgia em pacientes com câncer em estágio inicial (estágio I-II) por mais de 8 semanas, enquanto o máximo de 4 semanas de atraso era aceitável para câncer em estágio avançado (estágio III-IV), pois atrasos na cirurgia do câncer podem arriscar perder uma janela de oportunidade para ressecção, piorando potencialmente os resultados oncológicos e funcionais (TEVETOĞLU et al., 2021; VARELA-CENTELLES et al., 2021). Ainda que os atrasos cirúrgicos fossem inevitáveis durante a pandemia da COVID-19, todos os esforços deveriam ter sido feitos para agilizar a cirurgia primária para CEC de cabeça e pescoço (RYGALSKI et al., 2021).

Metzger et al. 2021 analisaram 624 pacientes com câncer de boca, dos quais 566 foram tratados com cirurgia entre os anos de 2010-2019 e apenas 58 em 2020. Os pacientes atendidos em 2020 foram diagnosticados em um estágio tumoral significativamente mais alto e experimentaram um tempo médio prolongado de 42 dias desde a apresentação inicial até a terapia cirúrgica, em comparação com os 32 dias dos anos de 2010-2019 (METZGER et al., 2021). O estudo de Rygalski et al. (2021), também encontrou uma associação significativa com o atraso cirúrgico e aumento da mortalidade, sendo constatado quando a cirurgia da cavidade oral foi adiada por mais de 60 dias.

A pandemia da COVID-19 provocou tensões significativas nos sistemas de saúde em todo o mundo, gerando um dilema terapêutico e ético para os cirurgiões de cabeça e pescoço, já que adiar a cirurgia para câncer oral pode provocar uma sobrevida geral inferior e uma baixa qualidade de vida (FORNER et al., 2020; KAUL, 2020).

Outra modalidade utilizada em alguns centros durante a pandemia da COVID-19 foi a quimioterapia. Esta terapia é baseada na administração de drogas que tem a função de atacar células cancerígenas em rápida divisão, interrompendo o crescimento dessas células e destruindo-as (CHAMOLI et al., 2021). Como as drogas entram no sistema circulatório do corpo, seu efeito é sistêmico e, portanto, oferece maior aplicabilidade em estágios tumorais mais altos, onde existe um risco maior de metástases para outras partes do corpo (CHAMOLI et al., 2021). A quimioterapia

neoadjuvante ou primária, que é realizada antes da cirurgia, tem como objetivo reduzir a dimensão do tumor para torná-lo operável e/ou proporcionar a possibilidade de uma cirurgia mais conservadora (CHAMOLI et al., 2021).

Um exemplo desta utilização é a quimioterapia oral à base de metotrexato para o câncer oral avançado. O estudo de Kaul (2020) abordou a população de pacientes tratados com intenção paliativa, e observou que o benefício pode ser extrapolado em pacientes com câncer oral avançado não metastático que não podem ser operados devido à pandemia e quando também não pode ser prescrito quimioterapia intravenosa (IMADUDDIN et al., 2021). Um estudo feito durante a pandemia constatou que, no período compreendido entre 2015 e 2019, a média de procedimentos de radioterapia e quimioterapia foi de 9.893 e em 2020, no mesmo período, foram 14.919 procedimentos, identificando um aumento de 50,8% no período da pandemia, sendo também importante constatar que o maior aumento foi observado na região Nordeste com 75,1% (MARTELLI, et al., 2021).

Outra modalidade de tratamento que pode ser utilizada em pacientes com câncer de boca é a radioterapia. Essa modalidade terapêutica pode ser usada no tratamento de câncer de boca em estágio inicial ou usada em conjunto com cirurgia e/ou quimioterapia (CHAMOLI et al., 2021). Uma coorte publicada durante a pandemia, com 108 pacientes tratados com radioterapia definitiva e acompanhamento médio de 52 meses, mostrou que o manejo não cirúrgico do CEC (radioterapia curativa) resultou em taxas significativas de controle locorregional, podendo ser uma alternativa quando a cirurgia primária for recusada, inadequada ou inaceitavelmente atrasada (HOSNI; CHIU; HUI; et al., 2021).

Mesmo durante a pandemia, a radioterapia e quimioterapia devem ser continuadas, mas, pode-se optar por esquemas que reduzem o número de visitas hospitalares. Como é caso demonstrado no trabalho de Gupta, Ghosh-laskar, Agarwal (2020) que relataram a radioterapia hipofracionada de curta duração como uma alternativa que pode ser oferecida na prática clínica, durante a pandemia, em alguns casos de câncer de cabeça e pescoço.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 no diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer de boca, admitidos de janeiro de 2019 a dezembro de 2020 no Hospital Universitário Oswaldo Cruz e Hospital do Câncer de Pernambuco.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes diagnosticados com câncer de boca: sexo, faixa etária, procedência, estado civil, ocupação e escolaridade) e aspectos relacionados a tabagismo, etilismo e comorbidades no período antes e durante a pandemia da COVID-19;
- Caracterizar a amostra de acordo com a localização mais acometida pelo câncer de boca e o tipo histológico mais frequente no período antes e durante a pandemia da COVID-19;
- Identificar o serviço de saúde e o profissional de saúde que realizou a biópsia dos casos de câncer de boca no período antes e durante a pandemia da COVID-19;
- Determinar o intervalo de tempo, desde a descoberta dos primeiros sinais e/ou sintomas do câncer de boca até a data da consulta com o profissional de saúde e o tempo decorrido do diagnóstico até o início do tratamento no período antes e durante a pandemia da COVID-19;
- Verificar o tipo de tratamento mais comumente instituído para os pacientes atendidos com câncer de boca no período antes e durante a pandemia da COVID-19;
- Correlacionar o estadiamento clínico com o tratamento adotado.

4 METODOLOGIA

4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O referido trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) e do Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP) (CAE: 56421222.9.3001.5192, Número do Parecer: 5.306.679).

4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de base de dados utilizando os prontuários de pacientes diagnosticados com câncer de boca e admitidos nos períodos de janeiro de 2019 a dezembro de 2020.

4.3 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado a partir de dados secundários obtidos em dois centros de referência na oncologia do estado de Pernambuco: o Centro de Oncologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) e o Centro de Oncologia do Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP), ambos localizados, na Região Metropolitana do Recife (RMR), em Pernambuco, Brasil.

4.4 AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra foi por conveniência e composta de pacientes que foram admitidos nos dois hospitais, no período compreendido de janeiro de 2019 a dezembro de 2020, com diagnóstico confirmado de câncer de boca. Para a verificação do quantitativo de pacientes atendidos durante esse intervalo de tempo (2019-2020), levou-se em consideração as informações do Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

Diante disso, foi visto que foram admitidos, no total, 507 pacientes no ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço durante o período de janeiro de 2019 a dezembro de 2020. Contudo, desse montante, foram disponibilizados 402 prontuários

e cada um passou por uma análise. Ao final, 167 prontuários foram incluídos para a pesquisa e 194 foram excluídos.

Com base nos 167 prontuários incluídos na pesquisa, a amostra foi dividida em dois grupos: o grupo A corresponde aos pacientes diagnosticados antes da pandemia e o grupo B durante a pandemia, para a devida comparação das variáveis. Para esta divisão, foi adotado que todos os diagnósticos anteriormente a data 11 de março de 2020 seriam incluídos no grupo A e posteriormente a essa data seriam do grupo B. Essa data está de acordo ao que foi estabelecido pela OMS que declarou pandemia da COVID-19. Dessa forma, 86 pacientes foram incluídos no grupo A e 81 pacientes no grupo B.

4.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para os critérios de inclusão foram adotados os prontuários de pacientes de ambos os sexos; ter idade igual ou maior que 18 anos; ter diagnóstico confirmado de câncer de boca (laudo histopatológico); possuir uma lesão maligna que acometesse a cavidade oral (lábio externo; comissura labial; mucosa labial; mucosa jugal; área retromolar; vestíbulo da boca; alvéolo e gengiva superior e inferior; palato duro; soalho bucal; superfície ventral e dorsal da língua; e borda lateral anteriormente as papilas valadas), possuir prontuário no hospital e que foram admitidos no serviço de oncologia no período compreendido de janeiro de 2019 a dezembro de 2020.

Foram excluídos pacientes com diagnóstico de câncer de orofaringe (amídalas, palato mole, úvula, parede posterior da orofaringe e base de língua - língua posteriormente as papilas valadas), tumores de sítio primário oculto e prontuários sem informações sobre a data do diagnóstico do câncer de boca.

4.6 VARIÁVEIS

As variáveis utilizadas neste trabalho foram: faixa etária, sexo, estado civil, procedência (Região Metropolitana do Recife, Região do Agreste, Região da Mata, Região do São Francisco ou Região do Sertão), ocupação (trabalhador da zona urbana ou trabalhador da zona rural), grau de escolaridade, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, comorbidades, serviço em que foi realizada a biópsia (fora do serviço, HCP ou HUOC) e profissional que a realizou (médico ou dentista), localização anatômica da

lesão maligna, estadiamento do tumor maligno, tipo histopatológico, se a lesão era um caso de recidiva, se já havia a ocorrência de metástase (local da metástase), local onde foi realizado o tratamento, tipo do tratamento, tempo do diagnóstico até o início do tratamento e tempo decorrido dos primeiros sinais e/ou sintomas até o atendimento com o profissional.

4.7 COLETA DE DADOS

A lista fornecida pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) de cada hospital (HCP e HUOC) com os respectivos números dos prontuários para a pesquisa foi entregue para o setor responsável (Arquivo), fornecer os devidos prontuários. Semanalmente, foram separados na faixa de 20 prontuários para a coleta das informações.

As variáveis foram coletadas através de uma ficha de coleta (Apêndice A), com o propósito de auxiliar a pesquisadora durante a obtenção dos dados e colocação dos mesmos na planilha para posterior análise estatística. A coleta iniciou-se em 10 de maio de 2020 e terminou em 14 de dezembro de 2020. Ao final, foi criado, através do programa Microsoft Excel® 2010, um banco de dados com todas as informações coletadas.

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Para a análise estatística, utilizou-se o banco de dados com as informações coletadas e digitadas no programa Excel, sendo o mesmo inserido no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24.0 para Windows para a realização dos testes.

Os testes utilizados nesta pesquisa, foram o Teste Qui-Quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher para variáveis categóricas, com o propósito de verificar a existência de associação entre as variáveis com o período investigado. Para as variáveis quantitativas, foi feito o Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov e aplicado o teste de Mann-Whitney para comparação dos dois grupos. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança e os resultados foram calculados levando em

consideração respostas válidas, ou seja, não foram contabilizadas as respostas ignoradas.

Os resultados estão apresentados em forma de tabela e/ou gráficos com suas respectivas frequências absoluta e relativa e as variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão.

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM CÂNCER DE BOCA ADMITIDOS NO HCP E HUOC (2019-2020)

Cento e sessenta e sete pacientes com câncer de boca foram admitidos no HCP e no HUOC durante o período de 2019 a 2020, sendo 62,9% do gênero masculino e com idade média aproximadamente de 65 anos, variando entre 20 e 103 anos. Além disso, 22,8% não eram alfabetizados e 42,2% eram trabalhadores rurais (Tabela 1). Ademais, não houve diferença estatisticamente significativa no perfil sociodemográfico dos pacientes, entre os grupos A e B (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pacientes com câncer de boca admitidos no HCP e HUOC, no período de 2019-2020

Variáveis	Total n (%)	Grupos		p-valor
		A n (%)	B n (%)	
Sexo				
Masculino	105 (62,9)	55 (64,0)	50 (61,7)	0,766 *
Feminino	62 (37,1)	31 (36,0)	31 (38,3)	
Idade (anos)				
< 60	54 (32,3)	27 (31,4)	27 (33,3)	0,939 *
60 – 74	72 (43,1)	37 (43,0)	35 (43,2)	
≥75	41 (24,6)	22 (25,6)	19 (23,5)	
Mesorregião de Pernambuco				
Região Metropolitana do Recife	80 (48,8)	32 (38,6)	48 (59,3)	0,086 *
Região do Agreste	37 (22,6)	22 (26,5)	15 (18,5)	
Região da Mata	21 (12,8)	14 (16,9)	7 (8,6)	
Região do São Francisco	14 (8,5)	7 (8,4)	7 (8,6)	
Região do Sertão	12 (7,3)	8 (9,6)	4 (4,9)	
Estado civil				
Casado(a)	75 (45,4)	42 (50,0)	33 (40,7)	0,335 **
Solteiro(a)	59 (35,8)	25 (29,8)	34 (42,0)	
Viúvo(a)	22 (13,3)	11 (13,1)	11 (13,6)	

Divorciado(a)	9 (5,5)	6 (7,1)	3 (3,7)	
Grau de escolaridade				
Não alfabetizado	29 (22,8)	19 (26,4)	10 (18,2)	0,071 **
Somente alfabetizado	12 (9,4)	5 (6,9)	7 (12,7)	
Ensino fundamental incompleto	47 (37,0)	23 (31,9)	24 (43,6)	
Ensino fundamental completo	16 (12,6)	9 (12,5)	7 (12,7)	
Ensino médio incompleto	10 (7,9)	2 (2,8)	8 (14,5)	
Ensino médio completo	10 (7,9)	8 (11,1)	2 (3,6)	
Ensino superior incompleto	1 (0,8)	1 (1,4)	0 (0,0)	
Ensino superior completo	2 (1,6)	1 (1,4)	1 (1,8)	
Ocupação				
Trabalhador da zona urbana	78 (57,8)	39 (52,0)	39 (65,0)	0,129 *
Trabalhador da zona rural	57 (42,2)	36 (48,0)	21 (35,0)	

(*) Qui-quadrado (**) Exato de Fisher

Fonte: HCP e HUOC 2019-2020.

5.2 HÁBITOS: TABAGISMO E ETILISMO DOS PACIENTES ADMITIDOS NO HCP E HUOC (2019-2020)

Em relação aos hábitos de fumar e consumir bebidas alcoólicas, 79% dos pacientes relataram serem tabagistas ou ex-tabagistas e 60,1% da amostra, eram ex-etilistas ou etilistas, sendo a maioria ter relatado possuir esse hábito por 40 anos ou mais, com consumo mais frequente de 1 carteira de cigarros/dia (42,9%) e o consumo mais de um litro de álcool por dia sendo observado em 29,4% da amostra (Tabela 2). Além disso, não houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis relacionadas ao hábito do tabagismo e etilismo entre os grupos A e B (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa em relação ao hábito do tabagismo e etilismo

Variáveis	Total n (%)	Grupos		p-valor
		A	B	
		n (%)	n (%)	
Tabagismo				
Ex-tabagista	83 (51,2)	38 (46,3)	45 (56,3)	0,091 *
Tabagista	45 (27,8)	29 (35,4)	16 (20,0)	

Não	34 (21,0)	15 (18,3)	19 (23,8)	
Duração do hábito				
Até 19 anos	6 (6,5)	1 (1,9)	5 (12,2)	0,128 **
De 20 a 39 anos	31 (33,3)	20 (38,5)	11 (26,8)	
De 40 a 59 anos	46 (49,4)	27 (51,9)	19 (46,4)	
De 60 anos em diante	10 (10,8)	4 (7,7)	6 (14,6)	
Tipo				
Cigarro	66 (84,7)	37 (82,3)	29 (87,9)	0,738 **
Cachimbo	5 (6,4)	4 (8,9)	1 (3,0)	
Fumo in natura	4 (5,1)	2 (4,4)	2 (6,1)	
Fumo de rolo	3 (3,8)	2 (4,4)	1 (3,0)	
Quantidade				
Menos de 20 cigarros/dia	30 (47,6)	21 (58,3)	9 (33,3)	0,112 *
20 cigarros/dia	24 (38,1)	10 (27,8)	14 (51,9)	
40 ou mais cigarros/dia	9 (14,3)	5 (13,9)	4 (14,8)	
Etilismo				
Ex-etilista	67 (41,4)	29 (35,4)	38 (47,5)	0,189 *
Etilista	32 (19,8)	20 (24,4)	12 (15,0)	
Não	63 (38,8)	33 (40,2)	30 (37,5)	
Duração do hábito				
Até 19 anos	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (5,9)	0,203 **
De 20 a 39 anos	17 (40,5)	12 (48,0)	5 (29,4)	
De 40 a 59 anos	24 (57,1)	13 (52,0)	11 (64,7)	
Tipo de bebida				
Bebida destilada	8 (88,9)	4 (80,0)	4 (100,0)	1,000 **
Bebida não destilada	1 (11,1)	1 (20,0)	0 (0,0)	
Quantidade				
Socialmente	13 (38,3)	8 (36,4)	5 (41,7)	0,373 **
Menos de meio litro por dia	5 (14,7)	5 (22,7)	0 (0,0)	
Meio litro por dia	6 (17,6)	3 (13,6)	3 (25,0)	
Um litro ou mais por dia	10 (29,4)	6 (27,3)	4 (33,3)	

(*) Qui-quadrado (**) Exato de Fisher

Fonte: HCP e HUOC 2019-2020.

5.3 COMORBIDADES ASSOCIADAS AOS PACIENTES COM CÂNCER DE BOCA ADMITIDOS NO HCP E HUOC (2019-2020)

Com base na saúde geral, 51,9% dos pacientes apresentavam algum tipo de comorbidade, sendo a hipertensão (88,1%) a mais frequente, seguida da diabetes com 28,9% (Tabela 3). Ademais, não houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis relacionadas a comorbidades dos pacientes entre os grupos A e B (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa das comorbidades associadas aos pacientes com câncer de boca

Variáveis	Total n (%)	Grupos		p-valor
		A n (%)	B n (%)	
Comorbidade				
Sim	84 (51,9)	38 (46,3)	46 (57,5)	0,155 *
Não	78 (48,1)	44 (53,7)	34 (42,5)	
Tipo de comorbidade				
Hipertensão	74 (45,7)	33 (40,2)	41 (51,2)	0,160 *
Diabetes	24 (14,8)	12 (14,6)	12 (15,0)	0,948 *
Cardiopata	5 (3,1)	3 (3,7)	2 (2,5)	1,000 **
Hepatopata	4 (2,5)	2 (2,4)	2 (2,5)	1,000 **
Acidente Vascular Cerebral	4 (2,5)	2 (2,4)	2 (2,5)	1,000 **
Depressão	2 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,3)	1,000 **
Hanseníase	2 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,3)	1,000 **
Encefalopatia de Wernicke	2 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,3)	1,000 **
Hipotireoidismo	1 (0,6)	1 (1,2)	0 (0,0)	1,000 **
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	1 (0,6)	1 (1,2)	0 (0,0)	1,000 **
Osteoporose	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (1,3)	0,494 **
Epilepsia	1 (0,6)	1 (1,2)	0 (0,0)	1,000 **
Asma	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (1,3)	0,494 **

(*) Qui-quadrado (**) Exato de Fisher

Fonte: HCP e HUOC 2019-2020.

5.4 CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS DOS PACIENTES COM CÂNCER DE BOCA ADMITIDOS NO HCP E HUOC (2019-2020)

Da amostra de 167 pacientes, 86 pacientes foram diagnosticados com câncer de boca antes da pandemia e 81 pacientes durante a pandemia. Não houve diferença estatisticamente significativa nas características clinicopatológicas dos pacientes entre os grupos A e B (Tabela 4).

Com base na tabela 4, a localização do câncer de boca mais prevalente foi a língua (28%), seguido pelo soalho bucal (23,4%) e glândula parótida (15%). Os tipos histopatológicos mais frequentes foram, o CEC e o Carcinoma Adenóide Cístico, com 85% e 4,8%, respectivamente. É válido ressaltar ainda que 6,7% dos casos de câncer de boca dessa pesquisa eram casos de recidiva da doença.

Já em relação aos estadiamentos, observa-se que o estadiamento mais avançado correspondeu a 54,6% dos casos desta pesquisa e sendo o pulmão (8,4%) o sítio metastático acometido quando havia metástase (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes em relação à localização clínica e ao tipo histopatológico do câncer de boca

Variáveis	Total n (%)	Grupos		p-valor
		A n (%)	B n (%)	
Localização anatômica				
Língua	47 (28,0)	28 (32,5)	19 (23,7)	0,068 **
Soalho de boca	38 (22,8)	20 (23,3)	18 (22,2)	
Glândula parótida	25 (15,0)	7 (8,1)	18 (22,2)	
Lábios	14 (8,4)	8 (9,3)	6 (7,4)	
Palato duro	14 (8,4)	4 (4,7)	10 (12,3)	
Rebordo alveolar inferior	12 (7,2)	8 (9,3)	4 (4,9)	
Mucosa jugal	6 (3,6)	5 (5,8)	1 (1,2)	
Glândula submandibular	6 (3,6)	3 (3,5)	3 (3,7)	
Trígono retromolar	4 (2,4)	3 (3,5)	1 (1,2)	
Rebordo alveolar superior	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (1,2)	
Histopatológico				
Carcinoma de Células Escamosas	142 (85,0)	76 (88,2)	66 (81,6)	0,410 **

Carcinoma Adenóide Cístico	8 (4,8)	4 (4,7)	4 (4,9)	
Adenocarcinoma	5 (3,0)	2 (2,3)	3 (3,7)	
Carcinoma Mioepitelial	3 (1,8)	0 (0,0)	3 (3,7)	
Carcinoma Mucoepidermóide	3 (1,8)	1 (1,2)	2 (2,5)	
Carcinoma Basoescamoso	1 (0,6)	1 (1,2)	0 (0,0)	
Carcinoma de Células Claras	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (1,2)	
Neoplasia Epitelióide de Células Claras	1 (0,6)	1 (1,2)	0 (0,0)	
Carcinoma de Ducto Salivar	1 (0,6)	1 (1,2)	0 (0,0)	
Carcinoma de Células Acinares	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (1,2)	
Linfoma não Hodgkin	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (1,2)	
Estadiamento				
1	7 (5,3)	4 (5,3)	3 (5,3)	0,956 **
2	25 (18,9)	13 (17,3)	12 (21,1)	
3	28 (21,2)	16 (21,3)	12 (21,1)	
4	72 (54,6)	42 (56,1)	30 (52,5)	
Sítios metastáticos				0,119 *
Sim	14 (8,4)	10 (11,6)	4 (4,9)	
Não	153 (91,6)	77 (95,1)	76 (88,4)	
Recidiva				0,394 *
Sim	11 (6,7)	7 (8,3)	4 (5,0)	
Não	153 (93,3)	77 (91,7)	76 (95,0)	

(*) Qui-quadrado (**) Exato de Fisher

Fonte: HCP e HUOC 2019-2020.

5.5 TEMPO RELACIONADO AO ATRASO DO PACIENTE ATÉ A PRIMEIRA CONSULTA COM O PROFISSIONAL E O TEMPO DECORRIDO DO DIAGNÓSTICO ATÉ O INÍCIO DO TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE BOCA

Não houve diferença estatisticamente significativa no intervalo de tempo correspondente a identificação dos primeiros sinais até o contato do paciente com o profissional de saúde entre os grupos A e B. Contudo, no grupo B, 58,1% dos pacientes demoraram mais de 6 meses para receberem um primeiro atendimento com o profissional de saúde, após a descoberta dos primeiros sinais do câncer de boca em

comparação com os 48,6% do grupo A (Tabela 5). A média desse intervalo de tempo foi de 5 meses para o grupo antes da pandemia e 6 meses para o grupo da pandemia.

O tempo do diagnóstico até o início do tratamento foi verificado no presente trabalho, que constatou que não houve diferenças significativas ($p=0,368$) entre o período antes e durante a pandemia. Contudo, 72,2% dos pacientes diagnosticados antes da pandemia e 79,6% dos pacientes diagnosticados durante a pandemia, receberam tratamento com mais de 60 dias após a confirmação do resultado histopatológico (Tabela 5). A média desse intervalo de tempo foi de 98,0 dias para o grupo antes da pandemia e 96,5 dias para o grupo da pandemia.

Tabela 5 – Tempo decorrido desde a descoberta dos sinais do câncer de boca até o primeiro atendimento com o profissional de saúde e o tempo do diagnóstico até o início do tratamento de acordo com a Lei 12.732/2012

Variáveis	Total n (%)	Grupos		p-valor
		A n (%)	B n (%)	
Intervalo de Tempo decorrido: da identificação dos sinais/sintomas até o primeiro atendimento com profissional				
< 6 meses	61 (46,9)	35 (51,4)	26 (41,9)	0,460 *
6 - 11 meses	34 (26,2)	15 (22,1)	19 (30,7)	
12 ou mais meses	35 (26,9)	18 (26,5)	17 (27,4)	
Intervalo de tempo decorrido: do diagnóstico até o início do tratamento de acordo com a Lei 12.732/2012				
Até 60 dias	26 (24,1)	15 (27,8)	11 (20,4)	0,368 *
Mais de 60 dias	82 (75,9)	39 (72,2)	43 (79,6)	
Onde foi realizada a biópsia				
Fora do serviço	66 (40,0)	39 (45,9)	27 (33,8)	0,107 **

HCP	92 (55,8)	41 (48,2)	51 (63,7)	
HUOC	7 (4,2)	5 (5,9)	2 (2,5)	
Profissional que realizou a biópsia				
Médico	111 (71,6)	56 (72,7)	55 (70,5)	0,760 **
Dentista	44 (28,4)	21 (27,3)	23 (29,5)	

(*) Qui-quadrado (**) Exato de Fisher

Fonte: HCP e HUOC 2019-2020.

5.6 TRATAMENTO INSTITUÍDO PARA OS CASOS DE CÂNCER DE BOCA DOS PACIENTES ADMITIDOS NO HCP E HUOC (2019-2020)

Esse trabalho analisou que também não houve mudanças significativas ($p=0,423$) no tipo do tratamento adotado antes e durante a pandemia, sendo a cirurgia a principal modalidade terapêutica realizada em ambos os períodos (Tabela 6).

Considerando toda a amostra que tinham a informação de estadiamento, foi possível verificar a correlação com o tratamento realizado. Foi averiguado que a cirurgia representou a única modalidade realizada no estadio 1, 100% ($p<0,001$), sendo também o tratamento mais frequente no estadio 2, com 60% ($p<0,001$). Além disso, foi observado que quanto maior o estadiamento, maior era a frequência de utilização da radioterapia e quimioterapia, conforme mostrado na tabela 7.

Tabela 6 – Tipo de tratamento adotado para os pacientes com câncer de boca, antes e durante a pandemia da COVID-19

Variáveis	Total n (%)	Grupos		p-valor
		A n (%)	B n (%)	
Tipo de Tratamento				
Cirurgia	45 (34,0)	22 (32,9)	23 (35,4)	0,423 *
Cirurgia + Radioterapia	26 (19,7)	10 (14,9)	16 (24,6)	

Cirurgia + Radioterapia + Quimioterapia	19 (14,4)	13 (19,4)	6 (9,2)	
Radioterapia	15 (11,4)	9 (13,4)	6 (9,2)	
Radioterapia + Quimioterapia	22 (16,7)	10 (14,9)	12 (18,5)	
Quimioterapia	5 (3,8)	3 (4,5)	2 (3,1)	
Onde foi realizado o tratamento				
HUOC	6 (4,5)	4 (6,0)	2 (3,1)	0,680 **
HCP	126 (95,5)	63 (94,0)	63 (96,9)	

(*) Qui-quadrado (**) Exato de Fisher

Fonte: HCP e HUOC 2019-2020.

Tabela 7 – Tipo de tratamento adotado segundo o estadiamento

Variáveis	Estadiamento				p-valor
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	
Tipo de Tratamento					
Cirurgia	7 (100,0)	15 (60,0)	2 (9,1)	3 (5,6)	< 0,001 *
Cirurgia + Radioterapia	0 (0,0)	5 (20,0)	12 (54,6)	7 (13,0)	
Cirurgia + Radioterapia + Quimioterapia	0 (0,0)	1 (4,0)	3 (13,6)	15 (27,8)	
Radioterapia	0 (0,0)	2 (8,0)	4 (18,2)	7 (13,0)	
Radioterapia + Quimioterapia	0 (0,0)	1 (4,0)	1 (4,5)	18 (33,2)	
Quimioterapia	0 (0,0)	1 (4,0)	0 (0,0)	4 (7,4)	

(*) Exato de Fisher

Fonte: HCP e HUOC 2019-2020.

6 DISCUSSÃO

Esse estudo demonstrou que os aspectos relacionados aos pacientes portadores do câncer de boca, as características clinicopatológicas, diagnóstico e tratamento da doença foram semelhantes antes e durante a pandemia da Covid 19. Contudo, esse trabalho mostrou um atraso importante no diagnóstico e tratamento do câncer de boca em uma amostra da população brasileira, os quais implicam na necessidade de adoção de estratégias eficazes do sistema de saúde.

O presente estudo mostrou-se em concordância com a literatura atual em relação aos principais aspectos epidemiológicos da amostra coletada em relação ao gênero (CAMPION, et al., 2016; BUGSHAN e FAROOQ, 2020; METZGER et al., 2021; ANJOS, 2022; BATISTELLA et al., 2022), idade (CAMPION, et al., 2016; METZGER et al., 2021; WARNAKULASURIYA, S.; KERR, 2021; ANJOS, 2022) e hábitos tabagistas e etilistas (CAMPION, et al., 2016; AL-MAWERI; HALBOUB; WARNAKULASURIYA, 2020).

Em relação às características clínicas e patológicas da amostra estudada, estavam de acordo com estudos realizados na área, sendo a língua o local mais comum (RODRIGUES et al., 2020; BATISTELLA et al., 2022), o CEC o tipo histológico mais frequente (CAMPION et al., 2016; MIRANDA et al., 2020; JUNEJA et al., 2021; WARNAKULASURIYA; KERR, 2021; ABRANTES et al., 2022) e o diagnóstico tardio prevalente, representado pela frequência maior de estadiamentos mais avançados (III e IV) (METZGER et al., 2021; RYGALSKI et al., 2021; SOLIS et al. 2021; WARNAKULASURIYA, S.; KERR, 2021).

Durante a pandemia da COVID-19 havia uma preocupação devido à alta possibilidade de contágio dos pacientes nas unidades de saúde. Por isso, várias diretrizes e mudanças foram propostas para controlar a infecção pela COVID-19, garantindo, assim, uma prática odontológica e médica mais segura, possibilitando o atendimento desses pacientes dentro dos hospitais.

Contudo, foram relatados trabalhos pelo mundo e no Brasil que constataram um impacto no número de atendimentos de pacientes com câncer de boca, resultando em uma redução no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço (TEVETOĞLU et al., 2021; VARELA-CENTELLES et al., 2021) e mais especificamente do câncer de boca (SHEN, et al., 2020; ARDUINO; CONROTTO; BROCCOLETTI, 2021; CUNHA, et al., 2022).

Ainda que a maioria dos trabalhos evidenciaram uma redução no diagnóstico, em diferentes locais e países, em diferentes serviços, também houve, na literatura, os que afirmaram não ter tido uma redução no diagnóstico de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, incluindo o câncer de boca, como demonstrado nos trabalhos de Anjos (2022) e Stevens et al. (2022). Dentre as possíveis explicações para os resultados conflitantes estão: a heterogeneidade da oferta dos serviços, o tempo de realização do estudo (diferentes tempos de pico da pandemia), das medidas de contenção, ou até mesmo, em razão do cálculo utilizado (ANJOS, 2022).

No presente estudo, pode-se observar uma pequena redução no número de casos totais de diagnósticos de câncer de boca que foram atendidos no HCP e HUOC durante a pandemia, mas sem diferença significativa na proporção. Esse achado assemelhou-se ao encontrado no estudo de Solis et al. (2021) e Tan et al. (2021) em uma população com câncer de cabeça e pescoço, incluindo o câncer de boca.

Não obstante a redução dos diagnósticos de câncer de boca e câncer de cabeça e pescoço pelo mundo e no Brasil, o atraso do diagnóstico e tratamento também foram relatados (CAMPION et al., 2016; METZGER et al. 2021; TEVETOĞLU et al., 2021; LUCIDI et al., 2022).

O atraso pode ser associado a três fatores: ao paciente, profissional e/ou tratamento (CHIOU et al., 2016). Apesar de existirem inúmeras publicações sobre atrasos no diagnóstico e tratamento do câncer de boca, falhas metodológicas limitam grandes avanços no campo. Uma delas é a existência da multiplicidade de definições usadas para descrever e determinar adequadamente o período de atraso (GIGLIOTTI; MADATHIL; MAKHOUL, 2019).

Com isso, nosso trabalho analisou dois tipos de atrasos. O primeiro deles foi o atraso em relação ao paciente, sendo o intervalo de tempo entre a primeira percepção do paciente aos sinais e/ou sintomas da doença e sua primeira consulta com o profissional de saúde, podendo ser médico ou cirurgião-dentista.

Em relação ao atraso no período da pandemia foi demonstrado que 27,4% dos pacientes, esperaram mais de 12 meses para procurarem um atendimento depois de perceberem os primeiros sinais do câncer, em comparação com os 26,5% dos pacientes atendidos antes da pandemia. Dado este importante, visto que uma parte dos pacientes não receberam um diagnóstico precoce, etapa esta, fundamental para que bons resultados terapêuticos sejam alcançados (TEVETOĞLU et al., 2021; VARELA-CENTELLES et al., 2021).

Essa demora gera uma preocupação, porque, independente do surgimento da COVID-19, já era observado um diagnóstico tardio devido ao intervalo de tempo relativamente grande que os pacientes levam para procurar um atendimento especializado. Corroborando esses dados, o trabalho de Cunha et al. (2022) demonstrou que especificamente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste não haviam diagnósticos suficientes antes mesmo da pandemia, ou seja, há uma demora na procura de um atendimento especializado para realizar as biópsias.

Ao analisar o tempo médio, foi visto que o tempo de atraso era de 5 meses para o grupo antes da pandemia, dado bem semelhante a literatura, com a maioria dos estudos indicando que os pacientes esperam de 2 a 5 meses antes de fazer uma consulta com o profissional especializado (GIGLIOTTI; MADATHIL; MAKHOUL, 2019). Já em relação ao trabalho de Campion et al. (2016), realizado em outro estado brasileiro, foi observado uma média de 197,8 dias ($\cong 6,5$ meses), o que fica claro que esse tempo pode mudar entre as regiões e até mesmo em outros serviços hospitalares na mesma localidade. Durante a pandemia, houve um aumento nesse tempo médio para 6 meses, resultado esse não muito expressivo, mas que pode contribuir para um diagnóstico tardio.

Outro atraso analisado, segundo Gigliotti, Madathil e Makhoul (2019), corresponde ao tempo para o início do tratamento que decorre do momento em que houve o diagnóstico, com base na confirmação histológica, citológica ou imuno-histoquímica, até a data de realização da terapia antineoplásica. Vale ressaltar que, o presente trabalho adotou como referência a quantidade de dias, pois, no Brasil, a Lei Federal 12.732/2012, que determina que o paciente com neoplasia maligna tem direito de iniciar o tratamento no SUS, no prazo de até 60 dias, ou em menor prazo, contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico (BRASIL, 2012).

No presente estudo, constatou-se que 24,1% da nossa amostra total iniciou o tratamento em até 60 dias, ou seja, dentro do prazo estabelecido pelas normas federais (BRASIL, 2012). Todavia, 75,9% dos pacientes encontravam-se fora do tempo ideal para começar o tratamento, resultado este alarmante, visto que no trabalho de França et al. (2021), revelou que a meta de iniciar o tratamento em no máximo 60 dias, no Brasil, foi alcançada em 61% dos casos no país em 2019. Esse atraso pode estar relacionado ao paciente e/ou a instituição, na qual o tratamento é realizado.

É importante dizer que o presente estudo também se propôs, principalmente, verificar se houveram atrasos durante a pandemia no tempo para iniciar o tratamento dos pacientes com câncer de boca, considerando que, apesar dos hospitais serem serviços essenciais, sofreram com os impactos da pandemia, porque consultas ambulatoriais e cirurgias não urgentes foram suspensas ou adiadas para reduzir as internações e o risco de contágio.

Entretanto, nos hospitais analisados, HCP e HUOC, não houveram diferenças significativas no tempo decorrido do diagnóstico até o início do tratamento, no período pré-pandemia e durante a pandemia. Resultados semelhantes foram demonstrados nas pesquisas de Solis et al. (2021) e Lucidi et al. (2022) que constaram intervalos de tempo semelhantes em ambos os períodos analisados (antes e durante a pandemia).

Contraoando-se ao achado de Metzger et al. (2021) que verificaram um atraso médio de 45 dias do início do tratamento durante a pandemia, em comparação com o período de referência de 34 dias. Mesmo se tratando de trabalhos realizados em países diferentes, os achados são importantes, tendo em vista que entendimento de que quanto mais rápido se inicia o tratamento do câncer, melhor a resposta (TEVETOĞLU et al., 2021; VARELA-CENTELLES et al., 2021).

Apesar das peculiaridades e dificuldades enfrentadas em cada serviço de saúde durante a pandemia da COVID-19, as diretrizes recomendavam em não atrasar a cirurgia por mais de 8 semanas (TEVETOĞLU et al., 2021). Isso se deve ao fato de que, baseado na literatura, os cânceres de cabeça e pescoço aumentam de volume dentro de 1 a 3 meses. Assim, o início do tratamento deve ser priorizado o mais breve possível para controlar o câncer (TEVETOĞLU et al., 2021; VARELA-CENTELLES et al., 2021).

O tempo médio obtido na presente pesquisa foi de 98,0 dias (3,22 meses) antes da pandemia e 96,5 (3,17 meses) durante a pandemia. Portanto, independente da pandemia, já havia um atraso no tratamento desses pacientes, o que também foi observado no trabalho de Champion et al. (2016), cujo tempo encontrado foi superior aos 60 dias, com média de 71,1 dias, antes da pandemia no Brasil. Dessa forma, apesar da lei 12.732/2012, estar em vigor, nota-se que não houve mudanças consideráveis no acesso dos pacientes ao tratamento oncológico em tempo hábil antes e durante a pandemia.

Fatores como a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, o sistema de marcação de consultas, o sistema de transportes e a questão cultural e financeira

poderiam estar relacionados a atrasos no encaminhamento e conseqüentemente atrasos para dar início ao tratamento (CAMPION et al., 2016).

Essas informações são relevantes, visto que o atraso do tratamento pode estar relacionado com tumores em estágio mais avançado e que necessitam de um regime de tratamento mais extenso e invasivo, gerando um aumento nos custos hospitalares para garantir o atendimento e tratamento desses pacientes (RIBEIRO-ROTTA et al., 2022). Além disso, com base na literatura, sabe-se que o atraso prolongado no tratamento afeta negativamente as taxas de sobrevida dos pacientes com câncer de cavidade oral, principalmente no estadiamento inicial (GIVI et al., 2020; METZGER et al., 2021; RYGALSKI et al., 2021).

Com relação ao tipo de tratamento adotado para os pacientes com câncer de boca em estágios iniciais e ressecável, a cirurgia é o padrão de tratamento (KONING et al., 2021). Foi constatado no presente estudo que todos os pacientes do estadio I realizaram apenas cirurgia ($p < 0,001$), no estadio II a cirurgia também foi a mais utilizada correspondendo 60,0% ($p < 0,001$) e nos estadiamentos III e IV, notou-se uma maior frequência de outras modalidades terapêuticas, como: quimioterapia exclusiva, radioterapia e quimioterapia concomitantes ou radioterapia exclusiva. Além disso, em relação à taxa de metástase, foi observado que o local acometido foi o pulmão, sítio este bem estabelecido na literatura quando há metástases no câncer de boca (BUGSHAN e FAROOQ, 2020)

É válido ressaltar que, durante a pandemia, em alguns hospitais, a cirurgia foi a modalidade terapêutica mais afetada devido ao adiamento da mesma (FORNER et al., 2020). Apesar disso, os cirurgiões de cabeça e pescoço recomendavam o tratamento cirúrgico primário para cânceres de boca mesmo durante a pandemia de COVID-19 (METZGER et al., 2021). É apontado por vários trabalhos na literatura que a radioterapia primária e a radioterapia e quimioterapia concomitantes são inferiores ao tratamento cirúrgico do CEC oral em estágio inicial (METZGER et al., 2021). Apesar dessas recomendações, Martelli et al. (2021) observaram reduções significativas no quantitativo das cirurgias, de modo geral, nos cânceres de cabeça e pescoço.

Contraopondo-se ao achado do presente estudo, no qual a cirurgia mesmo durante a pandemia, foi realizada em 35,4% dos casos ($p = 0,423$), em comparação com 32,9% antes da pandemia ($p = 0,423$), ou seja, mesmo com possíveis adiamentos ainda foi realizada. De acordo com especialistas, o manejo dessas doenças

causadoras de mortalidade e morbidade não deve ser negligenciado e as prioridades deveriam ter sido definidas durante a pandemia (TEVETOĞLU et al., 2021).

Além da cirurgia, à medida que as pressões da COVID-19 aumentaram, os cirurgiões de cabeça e pescoço tiveram que se adaptar para atender às necessidades do sistema de saúde durante esse período e avaliar as opções de manejo não padronizadas e pesar a conduta a partir de evidências disponíveis (FORNER et al., 2020).

De acordo com Tevetoğlu et al. (2021), embora a cirurgia seja a principal modalidade de tratamento, alternativas não cirúrgicas deveriam ser consideradas para evitar atrasos no tratamento e o risco de disseminação da COVID-19 durante e após a cirurgia. Dessa forma, de acordo com o estudo de Martelli et al. (2021), houve um aumento na utilização da radioterapia e quimioterapia durante a pandemia e outros estudos como de Gupta, Ghosh-laskar, Agarwal (2020) e Hosni et al. (2021) que trataram os pacientes com radioterapia na pandemia e o trabalho de Kaul (2020) que utilizou a quimioterapia a base de metotrexato no período pré-pandêmico, mostraram-se como alternativas aceitáveis no tratamento do câncer devido aos impactos impostos pela COVID-19.

Porém, no presente estudo não houve um aumento na utilização de radioterapia e quimioterapia durante a pandemia. Sendo assim, não foram observadas mudanças no tipo de tratamento para o câncer de boca nos hospitais pesquisados.

Não obstante, certas limitações deste estudo devem ser abordadas. Primeiramente, como incluímos apenas pacientes com câncer de boca nas análises, esses achados podem não se aplicar a pacientes com outros tipos de câncer. Além disso, como o estudo exigiu necessariamente um desenho retrospectivo e por ser conduzido em dois centros de referência, não podemos excluir totalmente a possibilidade de viés de seleção.

Devido também ao início relativamente recente da COVID-19, as taxas de sobrevivência e verificação das taxas de progressão e regressão tumoral ainda não podem ser comparadas. Embora essas limitações levantem questões para futuros estudos, nosso estudo fornece informações importantes sobre o atendimento prestado em dois centros hospitalares para tratamento de câncer, na cidade do Recife, em Pernambuco.

7 CONCLUSÃO

A pandemia não provocou um impacto significativo no diagnóstico e tratamento dos pacientes com câncer de boca admitidos no Hospital Universitário Oswaldo Cruz e no Hospital do Câncer de Pernambuco.

O trabalho também observou que a maioria da amostra analisada levou mais de 6 meses da descoberta dos sinais ou sintomas até a data do atendimento com o profissional, representando um atraso no diagnóstico por parte do paciente e que os estadiamentos III e IV foram os mais prevalentes da amostra, corroborando o diagnóstico ainda tardio dessas lesões.

A maioria dos pacientes receberam tratamento após 60 dias do diagnóstico, caracterizando um atraso no início do tratamento, independente da pandemia. Em relação à modalidade de tratamento para o câncer de boca, a cirurgia foi a modalidade mais utilizada, mesmo durante a pandemia, principalmente nos estágios iniciais.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, T. C. *et al.* Oral cancer diagnosis during the COVID-19 pandemic in an oral pathology laboratory in Rio de Janeiro, Brazil. **Oral Diseases**, 2022. v. 28, n. S1, p. 997–998.
- AL-MAWERI, S. A.; HALBOUB, E.; WARNAKULASURIYA, Saman. Impact of COVID-19 on the early detection of oral cancer: A special emphasis on high risk populations. **Oral Oncology**, jul. 2020. v. 106, n. April, p. 104760. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2020.104760>>.
- ALMANGUSH, A. *et al.* Risk stratification in oral squamous cell carcinoma using staging of the eighth American Joint Committee on Cancer: Systematic review and meta-analysis. **Head and Neck**, 2020. v. 42, n. 10, p. 3002–3017.
- AMBROGGI, M. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on the oncologic activities (diagnosis, treatment, clinical trials enrollment) of a general hospital in a district with high prevalence of SARS-COV-2 in Italy. **Supportive Care in Cancer**, 2022. v. 30, n. 4, p. 3225–3231. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00520-021-06667-y>>.
- ANJOS, Nisley de Sousa Tocchio dos. **O impacto da pandemia de Covid-19 no diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço no Hospital Universitário de Brasília**. Orientador: Paulo Tadeu de Souza Figueiredo. 2022. 51 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2022. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/43970>. Acesso em: 10 jan. 2023.
- ARDUINO, P. G.; CONROTTO, D.; BROCCOLETTI, R. The outbreak of Novel Coronavirus disease (COVID-19) caused a worrying delay in the diagnosis of oral cancer in north-west Italy: The Turin Metropolitan Area experience. **Oral Diseases**, 11 abr. 2021. v. 27, n. S3, p. 742–743. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/odi.13362>>.
- BATISTELLA, E. Â. *et al.* Comparison of tobacco and alcohol consumption in young and older patients with oral squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Oral Investigations**, 2022. v. 26, n. 12, p. 6855–6869. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00784-022-04719-z>>.
- BRASIL. Lei n12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF, nov, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm
- BUGSHAN, A.; FAROOQ, I. Oral squamous cell carcinoma: metastasis , potentially associated malignant disorders , etiology and recent advancements in diagnosis [version 1 ; peer review : 3 approved] Amr Bugshan. **F1000Research**, 2020. v. 229, n. Apr, p. 1–10. Disponível em: <<https://doi.org/10.12688/f1000research.22941.1>>.
- CAMPION, A. C. O. V. *et al.* Characterization of diagnostic delay in oral and

oropharyngeal cancer at two referral centers. **Cadernos Saúde Coletiva**, 23 jun. 2016. v. 24, n. 2, p. 178–184. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000200178&lng=pt&tlng=pt>.

CHAMOLI, A. *et al.* Overview of oral cavity squamous cell carcinoma: Risk factors, mechanisms, and diagnostics. **Oral Oncology**, 2021. v. 121, n. April, p. 105451. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2021.105451>>.

CHIOU, S. J. *et al.* Assessment of duration until initial treatment and its determining factors among newly diagnosed oral cancer patients: A population-based retrospective cohort study. **Medicine**, 2016. v. 95, n. 50, p. e5632.

CUNHA, A. R. DA *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on oral biopsies in the Brazilian National Health System. **Oral Diseases**, 2022. v. 28, n. S1, p. 925–928.

DESIDERI, I. *et al.* Caring for older patients with cancer during the COVID-19 pandemic: A Young International Society of Geriatric Oncology (SIOG) global perspective. **Journal of Geriatric Oncology**, 2020. v. 11, n. 7, p. 1175–1181.

FORNER, D *et al.* Idle management of resectable oral cavity cancer after COVID-19: a rapid review and meta-analysis. **Oral Oncology**, 2020. V 109, p 104849.

FRANÇA, M. A. S. A. *et al.* Tempo máximo para o início do tratamento do câncer de boca no Brasil após a publicação da legislação de 2012: tendência no período 2013-2019. **Cadernos de Saúde Pública**, 2021. v. 37, n. 10, p. 1–13. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021001005018&tlng=pt>.

GIGLIOTTI, J.; MADATHIL, S.; MAKHOUL, N. Delays in oral cavity cancer. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 2019. v. 48, n. 9, p. 1131–1137. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ijom.2019.02.015>>.

GIVI, B. *et al.* Safety Recommendations for Evaluation and Surgery of the Head and Neck during the COVID-19 Pandemic. **JAMA Otolaryngology - Head and Neck Surgery**, 2020. v. 146, n. 6, p. 579–584.

GUPTA, T.; GHOSH-LASKAR, S.; AGARWAL, J. P. Resource-sparing curative-intent hypofractionated-accelerated radiotherapy in head and neck cancer: More relevant than ever before in the COVID era. **Oral Oncology**, dez. 2020. v. 111, p. 105045. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1368837520304814>>.

HOSNI, A.; CHIU, K.; HUI, S.; *et al.* Non-operative management for oral cavity carcinoma: Definitive radiation therapy as a potential alternative treatment approach. **Radiotherapy and Oncology**, 2021. v. 154, n. January, p. 70–75. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.radonc.2020.08.013>>.

ILHAN, B.; GUNERI, P.; WILDER-SMITH, P. The contribution of artificial intelligence to reducing the diagnostic delay in oral cancer. **Oral Oncology**, maio. 2021. v. 116, n. 3, p. 105254. Disponível em:

<<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1368837521000774>>.

IMADUDDIN, M. *et al.* Metronomic therapy using Methotrexate and Celecoxib: A Boon for Oral Cancer patients during COVID-19 Pandemic. **Oral Oncology**, mar. 2021. v. 114, n. January, p. 105069. Disponível em:

<<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1368837520305054>>.

JUNEJA, H. *et al.* Impact of the COVID-19 Pandemic on the Diagnosis of Oral and Maxillofacial Malignancies: A Retrospective Study. **J Can Dent Assoc**, 2021. v. 87, p. 1–10.

KAUL, P. *et al.* Methotrexate based oral chemotherapy for advanced oral cancer during COVID-19 pandemic: Another option in the therapeutic armamentarium. **Oral Oncology**, ago. 2020. v. 107, p. 104839. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2020.104839>>.

KONING, B. S. G. *et al.* Assessment of the deep resection margin during oral cancer surgery: A systematic review. **European Journal of Surgical Oncology**, 2021. v. 47, n. 9, p. 2220–2232. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ejso.2021.04.016>>.

KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010;

LI, Q. *et al.* Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. **New England Journal of Medicine**, 2020. v. 382, n. 13, p. 1199–1207.

LUCIDI, D. *et al.* Head and Neck Cancer During Covid-19 Pandemic: Was there a Diagnostic Delay? **Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery**, 15 out. 2022. v. 74, n. S2, p. 3245–3251. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1007/s12070-021-03050-5>>.

MARTELLI, A. J. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic in the head and neck cancer treatment in the Brazil. **Oral Oncology**, 2021. v. 116, n. January, p. 105148.

MARTINS-CHAVES, R. R.; GOMES, C. C.; GOMEZ, R. S. Immunocompromised patients and coronavirus disease 2019: A review and recommendations for dental health care. **Brazilian Oral Research**, 2020. v. 34, n. January, p. 1–7.

METZGER, K. *et al.* Treatment delay and tumor size in patients with oral cancer during the first year of the COVID-19 pandemic. **Head and Neck**, 2021. v. 43, n. 11, p. 3493–3497.

MIRANDA, R. R. DE *et al.* Head and neck cancer therapy-related oral manifestation management in the COVID-19 pandemic: a critical review. **Brazilian Oral Research**, 2020. v. 34, n. December 2019, p. 1–10.

PENG, X. *et al.* Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. **International Journal of Oral Science**, 2020. v. 12, n. 1, p. 1–6. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9>>.

RIBEIRO-ROTTA, R. F. *et al.* The cost of oral cancer: A systematic review. **PLoS ONE**, 2022. v. 17, n. 4 April, p. 1–26.

RODRIGUES, R. M. *et al.* How pathological criteria can impact prognosis of tongue and floor of the mouth squamous cell carcinoma. **Journal of Applied Oral Science**, 2020. v. 28, p. 1–7.

RYGALSKI, C. J. *et al.* Time to Surgery and Survival in Head and Neck Cancer. **Annals of Surgical Oncology**, 2021. v. 28, n. 2, p. 877–885. Disponível em: <<https://doi.org/10.1245/s10434-020-09326-4>>.

SALARI, A.; JALAEFFAR, A.; SHIRKHODA, M. What is the best treatment option for head and neck cancers in COVID-19 pandemic? A rapid review. **American Journal of Otolaryngology - Head and Neck Medicine and Surgery**, 2020. v. 41, n. 6, p. 102738. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102738>>.

SHEN, C. T. *et al.* Different impacts of cancer types on cancer screening during COVID-19 pandemic in Taiwan. **Journal of the Formosan Medical Association**, 2020. v. 121, n. October, p. 1993–2000.

SOLIS, R. N. *et al.* The Impact of COVID-19 on Head and Neck Cancer Treatment: Before and During the Pandemic. **OTO Open**, 23 out. 2021. v. 5, n. 4. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/2473974X211068075>>.

SON, E. *et al.* Cancers of the Major Salivary Gland. **Journal of Oncology Practice**, 2018. v. 14, n. 2, p. 99–109. Disponível em: <<https://doi.org/10.1200/JOP>>.

STEVENS, M. N. *et al.* Impact of COVID-19 on presentation, staging, and treatment of head and neck mucosal squamous cell carcinoma. **American Journal of Otolaryngology - Head and Neck Medicine and Surgery**, 2022. v. 43, n. 1, p. 103263. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2021.103263>>.

TAN, H. *et al.* COVID-19 did not delay time from referral to definitive management for head and neck cancer patients in a regional Victorian centre. **ANZ Journal of Surgery**, 2021. v. 91, n. 7–8, p. 1364–1368.

TEVETOĞLU, F. *et al.* Delayed presentation of head and neck cancer patients during COVID-19 pandemic. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, 2021. v. 278, n. 12, p. 5081–5085. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00405-021-06728-2>>.

VARELA-CENTELLES, P. *et al.* Covid-19 pandemic: A new contributing factor to diagnostic and treatment delay in oral cancer patients. **Oral Oncology**, maio. 2021. v. 116, p. 105176. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1368837520306126>>.

WARNAKULASURIYA, S.; KERR, A. R. Oral Cancer Screening: Past, Present, and Future. **Journal of Dental Research**, 2021. v. 100, n. 12, p. 1313–1320.

YANG, J. *et al.* Prevalence of comorbidities and its effects in coronavirus disease 2019 patients: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Infectious Diseases**, 2020. v. 94, p. 91–95.

APÊNDICE A – FICHA DE COLETA

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA

Prontuário: _____

Data da Admissão no Hospital: ___/___/_____

DADOS SÓCIO ECONÔMICOS

1. Data de nascimento: ___/___/_____
2. Gênero: () Feminino () Masculino () Não tem dados
3. Grau de escolaridade:
 - () Fundamental incompleto () Ensino médio completo
 - () Fundamental completo () Ensino superior incompleto
 - () Ensino médio incompleto () Ensino superior completo
 - () Não tem dados () Pós graduação
4. Ocupação: _____ () Não tem dados
5. Estado Civil:
 - () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a)
 - () Viúvo(a) () Não tem dados
6. Endereço: _____ () Não tem dados

DADOS SOBRE A SAÚDE

7. Tabagismo: () Tabagista () Ex-tabagista
 - () Não tabagista () Não tem dados

Tempo de duração do hábito de fumar: _____ () Não tem dados

Tipo: () Cigarro () Cachimbo () Cigarro eletrônico

() Fumo in natura () Fumo de rolo () Não tem dados

Quantidade por dia: _____ () Não tem dados
8. Etilismo: () Etilista () Ex- Etilista
 - () Não etilista () Não tem dados

Tempo de duração do hábito de beber bebidas alcoólicas (em anos):

_____ () Não tem dados

Tipo de bebida: _____ () Não tem dados

Quantidade por dia: _____ () Não tem dados

9. Comorbidades sistêmicas: () Doença Respiratória
 () Depressão
 () Hipertensão
 () Diabetes
 () Outra doença: _____
 () Não tem dados

DADOS REFERENTE AO CÂNCER E TRATAMENTO

10. Tempo de queixa do paciente (tempo entre a queixa do paciente e a primeira consulta com o profissional da área de saúde)? _____
11. Deu entrada no Hospital com ou sem biópsia?
 () Com biópsia () Sem biópsia () Não tem dados
12. Onde foi realizada a Biópsia?
 () HUOC () HCP () Fora do serviço () Não tem dados
13. Quem fez a biópsia? () Médico () Dentista () Não tem dados
14. Passou por uma avaliação da odontologia?
 () Sim () Não () Não tem dados
15. Laudo do histopatológico: _____

16. Localização anatômica do câncer de boca:

17. Estadiamento do tumor (Classificação de Tumores Malignos) no momento da entrada no Hospital: _____
18. Metástase: () Sim, onde: _____ () Não () Não tem dados
19. Foi um caso de recidiva: () Sim () Não () Não tem dados
20. Data do diagnóstico do câncer de boca (data do resultado do histopatológico)? ___/___/____
21. Data do início do tratamento para o câncer de boca? ___/___/____
22. Tratamento realizado:

-) Cirurgia
-) Cirurgia e Radioterapia
-) Radioterapia exclusiva
-) Cirurgia, radioterapia e quimioterapia
-) Radioterapia e quimioterapia
-) Quimioterapia exclusiva
-) Outro

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA DURANTE O PERÍODO DA PANDEMIA POR COVID-19.

Pesquisador: Laís Azevedo Lima de Holanda

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56421222.9.3001.5192

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.306.679

Apresentação do Projeto:

Devido ao surto da doença Coronavírus em 2019 milhões de pessoas no mundo foram infectadas, provocando um aumento nas internações hospitalares e óbitos decorrentes das complicações desta doença. Nesse período, mudanças tiveram que ser adotadas no atendimento dos pacientes com câncer de boca, como alterações nas estratégias terapêuticas devido ao adiamento das cirurgias eletivas. O objetivo dessa pesquisa é avaliar o tratamento antineoplásico adotado em pacientes com câncer de boca e as repercussões na escolha desse tratamento na saúde desses indivíduos durante a pandemia do Covid. O presente trabalho caracteriza-se como um estudo de base de dados utilizando prontuários de pacientes com diagnóstico de câncer de boca assistidos no Hospital Universitário Oswaldo Cruz e no Hospital de Câncer de Pernambuco. A pesquisa será feita em duas etapas: a primeira consiste na análise de dados iniciais no período de março de 2020 a março de 2021 e a segunda contará com a avaliação final da evolução desses pacientes até o final de setembro de 2022. Serão coletados dados referentes aos dados sociodemográficos,

saúde geral, informações relativas ao câncer e tratamento antineoplásico. Ao final da coleta de dados será feita uma análise descritiva e analítica das variáveis, pelos testes paramétricos e não paramétricos e utilização de um modelo multivariado para análise do peso das variáveis independentes, através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23.0.

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo de base de dados utilizando os prontuários

Endereço: Rua Antônio Marques, 315
Bairro: Santo Amaro CEP: 50.100-130
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)3184-1221 Fax: (81)3184-1221 E-mail: cep_huoc.procape@upe.br

COMPLEXO HOSPITALAR HUOC/PROCAPE



Continuação de Protocolo LUB 01/20

dos pacientes. O estudo será realizado a partir de dados secundários obtidos em dois centros de referência na oncologia do estado de Pernambuco: o Centro de Oncologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) e o Centro de Oncologia do Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP). A amostra será composta de pacientes com diagnóstico confirmado de câncer de boca. Para essa amostra levou-se em consideração que foram atendidos ao todo 414 pacientes com câncer de boca (C00 a C14) em 2020 (totalizando 269 casos de câncer de boca no HCP e 146 no HUOC). A partir desses dados realizou-se um cálculo amostral, considerando um erro de 5%, intervalo de confiança de 95% e 20% de diferença entre os grupos, além disso o valor encontrado da

amostra final (156) foi multiplicado por 20% pensando nas perdas amostrais, totalizando um valor de 366 pacientes, mantendo a representatividade em relação à população a ser estudada. Essa amostra será dividida em dois grupos: o grupo A e o grupo B. O grupo A representa os pacientes em tratamento direcionado ao câncer durante a pandemia, e o grupo B é aquele que foi restringido devido à não prestação do tratamento pelos serviços

de saúde. Além disso, o estudo deverá ser realizado em duas etapas: a primeira consiste em uma análise de dados iniciais com base na revisão dos prontuários médicos dos pacientes com câncer de cavidade oral e sob tratamento antineoplásico, atendidos no HCP e HUOC, no período de março de 2020 a março de 2021 e a segunda etapa consiste na avaliação da evolução desses pacientes que será realizada até o final de setembro de 2022. As variáveis demográficas serão: sexo do paciente (feminino ou masculino), faixa etária, estado civil, ocupação, escolaridade. As variáveis comportamentais foram tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas. As variáveis sobre a saúde são: comorbidades (Diabetes mellitus, Hipertensão arterial, Doenças Cardiovasculares e entre outras), variáveis relativas ao câncer e tratamento como: quantidade de casos novos de câncer de boca e biópsias realizadas, localização anatômica primária da lesão, estadiamento do tumor (Classificação de Tumores Malignos) no momento da entrada no hospital e o estado da doença até o último seguimento no hospital, resultado histopatológico da biópsia, regressão ou progressão tumoral, sítio

(s) metastático (s), tamanho do câncer em cm², recidivas, tratamento oncológico prévio, tipo de tratamento adotado durante a pandemia, complicações/implicações do tratamento quimioterápico ou radioterápico escolhido como primeira opção, taxa de letalidade dos pacientes com câncer de boca e tempo decorrido do momento do diagnóstico até o dia da realização do início do tratamento. Os prontuários que utilizarmos poderão ser físicos e/ou digitais, a depender da disponibilidade de cada Hospital (HCP e HUOC) e serão solicitados semanalmente ao Serviço de Arquivos Médicos e Estatística (SAME) da instituição onde será realizado o estudo, conforme:

Endereço:	Rua Antônio Marques, 310		
Bairro:	Santo Antão	CEP:	50.106-100
UF:	PE	Município:	RECIFE
Teléfono:	(81) 3184-1271	Fax:	(81) 3184-1271
		Email:	cap_huoc.procape@upe.br

**COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE**



Continuação do Formulário 1.366.679

protocolo institucional para obtenção dos dados dos pacientes incluídos no estudo e preenchimento do instrumento. As variáveis serão coletadas através de uma ficha de coleta (Anexo 1) para auxiliar a pesquisadora durante a obtenção dos dados e posterior análise estatística. Será criado um banco de dados com as informações coletadas através do Microsoft Excel® 2010. Os procedimentos metodológicos do estudo atenderão as normas éticas de acordo com a resolução no 466/12 – CNS, sobre pesquisa científica desenvolvida em seres humanos. Para tal, esse projeto será submetido à avaliação pelo Comitê de Ética do HUOC e HCP.

Armazenamento dos dados coletados: Os pesquisadores declaram que os dados coletados através dos prontuários nesta pesquisa ficarão armazenados em ficha específica para coleta de dados, sob a responsabilidade das pesquisadoras, pelo período de mínimo 5 anos.

Critério de Inclusão:

Para os critérios de inclusão, serão adotados os prontuários de pacientes de ambos os sexos; ter idade igual ou maior de 18 anos; possuir prontuário no Hospital e que foram atendidos no serviço de Oncologia no período compreendido março de 2020 a março de 2021 e terem diagnóstico confirmado de câncer de boca.

Critério de Exclusão:

Os critérios de exclusão da pesquisa são: pacientes com diagnóstico de outro tumor maligno sincrônico (segundo primário) ou que tenham recebido tratamento prévio para a doença de base.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o tratamento antineoplásico adotado durante a pandemia do Covid 19 e suas repercussões na saúde dos pacientes admitidos com o diagnóstico de câncer de boca, através da verificação de prontuários.

Objetivo Secundário:

Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes (sexo do paciente, faixa etária, estado civil, ocupação, escolaridade, tabagismo, alcoolismo, comorbidades); Verificar o tipo de tratamento instituído durante a pandemia para os pacientes com câncer de boca, identificando dados relativos a doença e tratamento; Verificar a quantidade de casos novos de câncer de boca que foram admitidos durante o período de março de 2020 até março de 2021;

Endereço: Rua Amélio Marques, 310
Bairro: Santo Antônio **CEP:** 55.105-130
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81) 3184-1271 **Fax:** (81) 3184-1271 **E-mail:** cep_huoc.procape@upe.br

COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE



Continuação do Protocolo: L.300.679

Verificar o número de biópsias realizadas durante o período de março de 2020 até março de 2021; Verificar a taxa de letalidade/mortalidade dos pacientes com câncer de boca.

Identificar o tempo decorrido do momento do diagnóstico até o dia da realização do início do tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa oferece um risco mínimo ao paciente, contudo, os dados e as informações pessoais serão mantidos em sigilo, garantindo o direito à privacidade e ao anonimato dos pacientes.

Benefícios:

Com o referido trabalho poderemos colaborar para um entendimento das implicações a longo prazo no tratamento e diagnóstico dos casos de câncer de boca causadas pelo impacto da pandemia nos serviços de saúde, sendo um importante trabalho indicando prognóstico (regressão ou progressão do câncer), ou seja, fornecerá informações adicionais a respeito do câncer de boca.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Da forma apresentada o projeto encontra-se em conformidade com as resoluções vigentes (Resolução 466/12, Norma Operacional 001/13 CNS-MS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados atendendo o protocolo de pesquisas, em conformidade com as resoluções vigentes (Resolução 466/12, Norma Operacional 001/13 CNS-MS).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o CEP-HUOC/PROCAPE, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se, pela aprovação da proposta ao projeto de pesquisa, não apresentando óbice ético, devendo o pesquisador enviar à Plataforma Brasil, relatório parcial caso durante a pesquisa for demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento e um relatório final após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-HUOC/PROCAPE, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se, pela aprovação da proposta ao projeto de pesquisa, não apresentando óbice ético, devendo o pesquisador enviar à Plataforma Brasil, relatório parcial caso durante a pesquisa for

Endereço: Rua Antônio Marques, 310
 Bairro: Santo Amaro CEP: 50.100-130
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (01)3184-0271 Fax: (01)3184-0271 E-mail: cep_huoc.procape@cpqg.br

**COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE**



Contribuição do Parecer: 1.306.679

demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento e um relatório final após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto2022.pdf	04/03/2022 13:12:43	Lais Azevedo Lins de Holanda	Aceito
Outros	termodeautorizacaoaparapesquisa.pdf	04/03/2022 13:06:56	Lais Azevedo Lins de Holanda	Aceito
Outros	fichadecoleta.pdf	04/03/2022 12:59:06	Lais Azevedo Lins de Holanda	Aceito
Outros	Lattes_MariannedeVasconcelosCarvalho.pdf	03/03/2022 00:43:03	Lais Azevedo Lins de Holanda	Aceito
Outros	Lattes_MariaGabrielaThorpedeOliveira.pdf	03/03/2022 00:42:47	Lais Azevedo Lins de Holanda	Aceito
Outros	Lattes_IgorHenriqueMoraesSilva.pdf	03/03/2022 00:42:33	Lais Azevedo Lins de Holanda	Aceito
Outros	Lattes_JuanaFreireLisboadeCastro.pdf	03/03/2022 00:42:17	Lais Azevedo Lins de Holanda	Aceito
Outros	Lattes_LaisAzevedoLinsdeHolanda.pdf	03/03/2022 00:41:58	Lais Azevedo Lins de Holanda	Aceito
Declaração do Patrocinador	termodecustosdapesquisa.pdf	03/03/2022 00:03:11	Lais Azevedo Lins de Holanda	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensadotoe.pdf	03/03/2022 23:59:46	Lais Azevedo Lins de Holanda	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 23 de Março de 2022

Assinado por:
Magaly Bushatsky
(Coordenador(a))

Endereço: - Rua Antônio Marques, 310
Bairro: Santo Amaro
UF: PE Município: RECIFE CEP: 50.105-130
Telefone: (01)3184-1271 Fax: (01)3184-1271 E-mail: exp_huoc_procape@ipe.br

COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE



Contrato de Fornecedor: 0.000.078

Endereço: Rua Amélio Marques, 310
Bairro: Santo Antonio CEP: 50.100-130
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (01)2104-1271 Fax: (01)2104-1271 E-mail: cep_huoc.procape@uapa.br