

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

NISLEY DE SOUSA TOCCHIO DOS ANJOS

O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE  
CABEÇA E PESCOÇO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA.

Brasília

2022

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

NISLEY DE SOUSA TOCCHIO DOS ANJOS

O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE  
CABEÇA E PESCOÇO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA.

Dissertação apresentada como requisito parcial para a  
obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da  
Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Tadeu de Souza Figueiredo

Brasília

2022

**Dedico este trabalho ao meu filho e meu marido, que são meus grandes incentivadores. Muito obrigada pelo apoio incondicional durante todo o projeto!**

## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação de mestrado é o resultado não só do meu trabalho, mas da ajuda de várias pessoas que me forneceram apoio acadêmico e emocional, direta ou indiretamente, durante todo esse período. Como resultado, gostaria de oferecer minha sincera gratidão.

Obrigada, Deus, pelo dom da vida e por me permitir realizar tantos dos meus sonhos durante a minha vida. Obrigada por me permitir cometer erros, aprender com eles e crescer, especialmente, por ter me dado uma família maravilhosa e amigos muito especiais!

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo Tadeu De Souza Figueiredo, por sua inestimável orientação, profissionalismo e dedicação. Obrigado por acreditar em mim e proporcionar tantas oportunidades e incentivos. Sem a sua ajuda, tenho certeza de que não teria chegado tão longe.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Nilce dos Santos Melo, a quem quero externar toda minha gratidão e admiração. Obrigada professora pela ajuda, dedicação, competência, apoio e todo conhecimento compartilhado.

À amiga Suzeli Porto, pela amizade, generosidade, preocupação e apoio constante. Agradeço ainda pelas leituras, revisões, questionamentos e discussões sempre tão produtivas.

A minha gratidão ao amigo Erick que abraçou comigo este projeto, e certamente seu auxílio e parceria fizeram a diferença durante todo processo.

Aos membros da banca examinadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Nilce dos Santos Melo, Prof.<sup>a</sup> Dra. Patrícia do Socorro Queiroz Feio e a Prof.<sup>a</sup> Dra. Carla Ruffeil Moreira Mesquita, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação. Ao Prof. Dr. André Leite, agradeço pelas conversas, ainda breves, porém importantíssimas.

Aos amigos Camila, Priscila, Mariana e Arthur, muito obrigada pelo convívio, amizade e apoio demonstrado.

À minha família, mãe, pai, irmãos e sobrinhos, deixo um agradecimento especial, por apoiarem e compreenderem o meu afastamento por diversas vezes.

Ao meu esposo Marcos e meu filho Vinícius, por todo amor, carinho, compreensão e apoio em tantos momentos estressantes desta caminhada. Amo vocês!

Deixo aqui meus agradecimentos a UnB, instituição que me acolheu de forma fraterna e ao HUB por me permitir realizar esta pesquisa mesmo em tempos difíceis.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram para a realização desta dissertação.

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos  
não é senão uma gota de água no mar. Mas o  
mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”*

***Madre Tereza de Calcutá***

## RESUMO

**Introdução:** Durante a pandemia da doença do novo coronavírus 2019 (COVID-19), observou-se uma diminuição do número de atendimentos no sistema de saúde, reduzindo, assim, os exames diagnósticos de modo geral - inclusive de câncer de cabeça e pescoço (CCP) devido às medidas de distanciamento social e às limitações enfrentadas pelos serviços de saúde. **O objetivo** deste estudo foi avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 no diagnóstico de CCP dos pacientes atendidos na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do Hospital Universitário de Brasília. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, baseado na análise documental dos prontuários de 152 pacientes diagnosticados com neoplasias malignas de cabeça e pescoço, nos períodos de março de 2019 a fevereiro de 2021. O intervalo de tempo avaliado foi o compreendido entre os primeiros sinais e sintomas até o diagnóstico por meio de exame histopatológico verificado nos prontuários. **Resultados:** De forma estatisticamente significativa, este estudo mostrou que não houve redução no número de diagnósticos da doença, bem como não houve aumento no intervalo para a realização desses procedimentos, no ano afetado pela pandemia de COVID-19, em comparação ao ano que a antecedeu. **Conclusão:** a despeito da pandemia de COVID-19 e das medidas restritivas de circulação decorrentes, não houve impacto negativo no intervalo de tempo para diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço (CCP) no HUB, especificamente, câncer de boca, possivelmente pela continuidade nos atendimentos, mesmo nos períodos mais críticos da pandemia

Palavras-chave: COVID-19; câncer cabeça e pescoço; atraso de diagnóstico; intervalos de tempo

## ABSTRACT

**Introduction:** Due to social distancing measures and limits experienced by health services, there was a fall in the number of visits to the health system during the new coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, resulting in a reduction in diagnostic tests in general, including head and neck cancer (HNC). **The goal** of this study was to see if the COVID-19 epidemic affected the diagnosis of HNC in patients treated at the University Hospital of Brasil's High Complexity Oncology Unit (UNACON). **Methodology:** From March 2019 to February 2021, a retrospective study was conducted based on documental examination of the medical records of 152 patients diagnosed with malignant head and neck neoplasms. The time interval studied was from the onset of symptoms to the confirmation of the diagnosis through histopathological examination in the medical records. **Results:** This study found no decrease in the number of disease diagnoses or an increase in the interval for performing these procedures in the year affected by the COVID-19 pandemic compared to the year before it. **Conclusion:** Despite the COVID-19 Pandemic and the resulting restrictive circulation measures, there was no negative impact on the time interval for diagnosing head and neck cancer at the HUB, particularly mouth cancer, possibly due to the continuity of care, even during the pandemic's most critical periods.

Keywords: COVID-19; Head and neck cancer; diagnostic delay; time intervals.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Prevalência de Localização do CCP dos Paciente Atendidos no HUB/USBUC .....	24
Quadro 2 - Descrição das publicações selecionadas segundo; autor, ano, título, população estudada, tipo de câncer e principais resultados. ....	33
Quadro 3. Descrição das publicações selecionadas segundo; autor, ano, título, região, resultados (Atraso/Sem Atraso) .....	34

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Desenho Esquemático Do Estudo .....	21
Figura 2 - Representação do perfil clínico-epidemiológico de CCP relacionada ao gênero dos pacientes atendidos na HUB/USBUC .....	23
Figura 3 - Representação do perfil clínico-epidemiológico de CCP relacionada à idade dos pacientes atendidos na HUB/USBUC .....	24
Figura 4 - Prevalência de localização do CCP nos Paciente Atendidos no HUB/USBUC	24
Figura 5 - Gráfico da média início da lesão até o diagnóstico no período de março de 2019 a março de 2021 .....	25
Figura 6 - Gráfico da média de tempo da biópsia até o diagnóstico no período de março de 2019 a março de 2021 .....	26

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estimativas para o ano de 2020 do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária .....	16
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AJCC - American Joint Committee on Cancer  
AGHU - Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários.  
CCP - Câncer de Cabeça e Pescoço  
CEC - Carcinoma Espinocelular  
CID - Classificação Internacional de Doenças  
COVID-19 - Coronavirus Disease 2019 (Inglês)  
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DCOD - Centro de Diagnóstico de Doenças Bucais  
EBV - Epstein-Barr  
GDF - Governo do Distrito Federal  
HNC - Head and Neck Cancer (Inglês)  
HUB - Hospital Universitário de Brasília  
HPV - Papilomavírus Humano  
INCA - Instituto Nacional de Câncer  
MS - Ministério da Saúde  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde  
SARS-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (Inglês)  
SES/SAA - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde  
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade  
SUS - Sistema Único de Saúde  
USBUC - Unidade de Saúde Bucal  
UICC - União Internacional de Controle do Câncer  
UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1. Objetivo Geral .....</b>	<b>20</b>
<b>2.2. Objetivos Específicos .....</b>	<b>20</b>
<b>3. MÉTODOS .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1. Comitê de Ética .....</b>	<b>20</b>
<b>3.2. Delineamento do Estudo .....</b>	<b>20</b>
<b>3.3. Local de Realização .....</b>	<b>20</b>
<b>3.4. Amostra .....</b>	<b>21</b>
<b>3.5. Critério de Exclusão .....</b>	<b>21</b>
<b>3.6. Coleta de Dados .....</b>	<b>21</b>
<b>3.7. Análise Estatística .....</b>	<b>22</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>35</b>
<b>7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....</b>	<b>35</b>
<b>8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO A- Comprovante de Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa .....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO C - Questionário para pesquisa .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO D - Representação espacial de neoplasia maligna para homens da cavidade oral ajustadas para o ano de 2020.....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO E - Representação espacial de neoplasia maligna para mulheres da cavidade oral ajustadas para o ano de 2020.....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO F - Representação espacial de neoplasia maligna da laringe para homens, estimadas para o ano de 2020 .....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO G- Representação espacial de neoplasia maligna da laringe para mulheres, estimadas para o ano de 2020 .....</b>	<b>50</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No dia 31 de dezembro de 2019, a identificação de um novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, foi anunciada em Wuhan, na China, causadora de uma síndrome respiratória aguda, a COVID-19. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto como "Emergência de Saúde Pública de Preocupação Internacional". Já em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada como uma pandemia (WISE, J. 2020). Esta doença emergente e altamente infecciosa se propagou rapidamente, tendo atingido 216 países e territórios até 30 de novembro de 2020 (GANESH et al., 2021; ROTHE et al., 2020).

A transmissão da COVID-19 acontece pelo contato pessoa-pessoa, sendo o ar contaminado a principal via. Políticas e práticas baseadas em evidências devem incorporar o conhecimento acumulado sobre a transmissão do SARS-CoV-2 para ajudar a instruir a população e retardar a propagação deste vírus (MEYEROWITZ et al., 2021).

Os sinais e sintomas mais comuns são: febre, tosse seca, mialgia, falta de ar que pode progredir para pneumonia viral grave e falência múltipla de órgãos em pacientes suscetíveis (KHAN et al., 2020). Entretanto, pessoas assintomáticas também são fontes potenciais de transmissão do vírus, sendo que o período de incubação é de aproximadamente 1-14 dias (GONZÁLEZ-OLMO et al., 2020). Isso pode justificar a dinâmica do surto, que determinou a utilização de máscaras faciais e o distanciamento social como os mecanismos mais eficazes para o controle da transmissão (ROTHE et al., 2020). A necessidade pertinente de máscaras surge da disseminação plausível da SARS-CoV-2 através de contatos próximos, assim como a possibilidade de transmissão do vírus de indivíduos assintomáticos, pré-sintomáticos e levemente sintomáticos (MANIGANDAN et al., 2020).

Atualmente, no Brasil, apesar da vacinação, a pandemia ainda é motivo de preocupação devido às novas variantes. Hoje cinco variantes são consideradas motivo de preocupação: Alfa, Beta, Delta, Gama e Ômicron, todas apresentam maior capacidade de transmissão. Nesse contexto, os sistemas de saúde em todo o mundo foram extremamente afetados e desde o início da pandemia foi necessário assegurar o atendimento aos casos da nova doença e à contenção do contágio, resultando em restrições a diversos serviços prestados à saúde (REMUZZI; REMUZZI, 2020).

Associado ao colapso do sistema de saúde, o risco de se expor à contaminação pelo novo coronavírus levou os pacientes a evitarem a procura por atendimento, postergando o cuidado, mesmo que apresente sintomas que não deveriam ser negligenciados (GONZÁLEZ-OLMO et al., 2020). Pacientes com outras necessidades médicas urgentes também correram o

risco de não receberem cuidados essenciais, impactando em atraso para o diagnóstico, prevenção ou tratamento de uma doença (GONZÁLEZ-OLMO et al., 2020). Dentre os serviços de saúde afetados pela pandemia, destacam-se os serviços odontológicos. Sabe-se que o ambiente odontológico representa alto risco da infecção pelo SARS-CoV-2, devido aos procedimentos realizados que envolvem contato direto com pacientes e exposição frequente à saliva, ao sangue, e outros fluídos corporais e, principalmente, a geração de aerossol. O potencial risco infeccioso da atividade odontológica deve-se à ação dos agentes patogênicos que podem ser transmitidos em ambientes odontológicos por inalação ou transportados pelo ar, podendo permanecer suspensos por longo período (DA CUNHA et al., 2022).

Em Brasília, o Governo do Distrito Federal (GDF), por meio de uma circular (n.º 55/2021 - SES/SAA) de 22 de março de 2021, determinou o remanejamento dos profissionais odontólogos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para auxiliar no cuidado de pacientes com COVID-19, com o objetivo de controlar focos infecciosos por doenças bucais de pacientes na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) que necessitavam de ventilação mecânica, deixando as unidades odontológicas desassistidas. No entanto, o tratamento odontológico deveria ser mantido como serviço essencial, uma vez que alguns procedimentos são necessários para a manutenção da saúde. A prevenção de agravos e o diagnóstico precoce são de fundamental importância para um melhor prognóstico de diversas condições, como por exemplo o câncer.

Câncer é um termo que engloba mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas, as quais têm em comum o crescimento celular desordenado, podendo invadir tecidos adjacentes ou mesmo órgãos mais distantes. Pelo crescimento celular desordenado, as células são capazes de se dividirem rápido e incontrolavelmente, tendendo a serem muito agressivas, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Por conseguinte, os diferentes tipos de câncer equivalem aos tipos variados de células do corpo, como por exemplo, o crescimento em tecidos epiteliais, como mucosas, inclusive, mucosa oral, que são denominados carcinomas (INCA 2020a). Devido a essa dinâmica celular de divisão rápida e desordenada, o diagnóstico realizado em estágios iniciais constitui um dos fatores importantes relacionados à sobrevida do paciente (DANTAS et al., 2016).

O câncer afeta a todos, independente de idade, classe social ou gênero e representa um enorme fardo para pacientes, famílias e sociedades. Na atualidade, o câncer é uma das principais causas de morte no mundo, todavia, muitas dessas mortes poderiam ser evitadas (aproximadamente 30% a 50%) com escolhas de estilo de vida mais saudáveis, como: evitar uso de tabaco, diminuir o consumo de álcool e realização de medidas de saúde pública eficazes,

tais como imunização contra infecções que podem causar cânceres. Quando diagnosticados precocemente, a maioria deles é tratada e curada (OPAS-SAÚDE 2020).

No que tange ao câncer de cabeça e pescoço, mais de 90% do CCP é composto por carcinomas espinocelulares que usualmente aparecem na orofaringe, cavidade oral, hipofaringe ou laringe, resultantes da interação de fatores ambientais e herança genética, podendo ser associado à importantes fatores de risco para o desenvolvimento da doença como tabagismo e alcoolismo. Tendo em vista a complexidade do tratamento (cirúrgico, radioterápico e quimioterápico), bem como de suas complicações agudas e de longo prazo, uma abordagem multidisciplinar deve ser considerada na assistência aos pacientes portadores de CPP. Desse modo, o estadiamento clínico e radiográfico adequado são de suma importância para o planejamento do tratamento da doença (HADDAD; SHIN, 2008).

Não há que se discutir que um planejamento para tratar a doença seja essencial, porém um fator crucial para o sucesso no tratamento e maiores chances de cura é o diagnóstico quando realizado precocemente e, infelizmente, aproximadamente metade dos cânceres orais já atingiram um estágio avançado, III ou IV, quando diagnosticados (VARELA-CENTELLES et al., 2017). O atraso no diagnóstico tem sido constantemente classificado como: atraso do paciente - período entre o primeiro sintoma notado e sua primeira consulta com um profissional de saúde para abordagem desse sintoma; atraso do profissional - o período transcorrido entre a primeira consulta do paciente com um serviço de saúde profissional e o diagnóstico patológico definitivo e o atraso no diagnóstico, atraso total, inclui o período transcorrido desde o primeiro sintoma ou sinal até o diagnóstico definitivo (SEOANE et al., 2012). Para os pacientes com suspeita de CCP a biópsia incisional com análise histopatológica é o procedimento padrão indicado (MACEY et al., 2015), porém na maioria das vezes, os pacientes observam a lesão, no entanto procuram a assistência em saúde somente quando há dor ou dificuldade em comer ou falar.

A redução dos atrasos no diagnóstico na atenção primária pode ter o maior impacto para melhorar as taxas de sobrevivência e cura (SEOANE et al., 2016). Embora as biópsias de tecidos moles sejam classificadas pelo Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde do Brasil, 2020a) como procedimentos de média complexidade, podendo ser executadas tanto em serviços hospitalares, quanto em ambulatórios, observou-se queda na procura pelo serviço desde o surto da COVID-19 (PANTOJA et al., 2021). Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2019, o SUS realizou 23.110 biópsias bucais e foram estimados 15.210 casos novos de diagnósticos de CCP no país para o ano de 2020 - Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) (Ministério da Saúde do Brasil, 2020b). Estudo realizado no Centro de Diagnóstico de Doenças Buciais

(DCOD) da Universidade Federal de Pelotas, Brasil, entre março e abril de 2020, aponta que o número de biópsias realizadas foi 69,9% inferior ao do mesmo período do ano de 2019 (DA CUNHA et al., 2022).

Levando-se em consideração que o sistema de saúde, em sua maioria, estava voltado para tratamento de pacientes com COVID-19 e sabendo da importância do diagnóstico precoce para o câncer, este estudo buscou avaliar se houve impacto da pandemia de COVID-19 no diagnóstico de CCP dos pacientes atendidos no Hospital Universitário de Brasília.

### **1.1 Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço**

Nas últimas décadas, houve um aumento significativo da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no Brasil e no mundo (WHO, 2013). Dentre elas, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias crônicas e câncer, sendo responsáveis por mais de 36 milhões de mortes todos os anos, correspondendo a aproximadamente 63% das mortes globais, principalmente, em países de baixa e média renda (WHO, 2011).

Para o câncer, a estimativa mundial, realizada em 2018, aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de novos casos de câncer (17 milhões sem contar os casos de câncer de pele não melanoma) e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões excluindo os cânceres de pele não melanoma) (INCAb. 2020)

Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, a incidência, a morbidade hospitalar e a mortalidade são medidas de controle para a vigilância epidemiológica que permitem analisar a ocorrência, a distribuição e a evolução das doenças. Por isso, entender e obter informações sobre o padrão dos diferentes tipos de câncer e caracterizar possíveis mudanças no quadro ao longo do tempo são componentes orientadores para ações de Vigilância do Câncer - componente estratégico para o planejamento eficiente e efetivo dos programas de prevenção e controle de câncer no Brasil. A base para a elaboração desses indicadores são os números provenientes, principalmente, dos Registros de Câncer e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS 2022).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), que é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil, que oferecem uma análise global sobre a importância e a distribuição dos principais tipos de câncer por sexo, regiões geográficas, estados, capitais e o Distrito Federal, projetou uma estimativa de casos novos de câncer para o triênio 2020-2022, para homens 387.980 casos e 297.980 para mulheres. (Tabela 1).

Outro dado importante que o INCA aponta são os óbitos, em 2019, foram 20.722 mortes por câncer de cabeça e pescoço. Foram consideradas como câncer da cavidade oral aquelas que tenham como localização primária lábios, cavidade oral, glândulas salivares, orofaringe, laringe, nasal e língua, uma vez que literaturas nacional e internacional não estão bem estabelecidas sobre quais localizações compõem a sua definição, (C00-C10) (INCA 2016).

Dados do INCA, de 2022 apontam que, o número esperado de novos casos de câncer da cavidade oral no Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, será de 11.180 casos em homens e de 4.010 em mulheres, que correspondem a um risco estimado de 10,69 casos novos a cada 100 mil homens, ocupando a quinta posição, enquanto para as mulheres, corresponde a 3,71 para cada 100 mil mulheres, sendo a décima terceira mais frequente entre todos os cânceres. (Anexo 1 e Anexo 2).

TABELA 1 - ESTIMATIVAS PARA O ANO DE 2020 DAS TAXAS BRUTAS E AJUSTADAS DE INCIDÊNCIA POR 100 MIL HABITANTES E DO NÚMERO DE CASOS NOVOS DE CÂNCER, SEGUNDO SEXO E LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	65.840	62,95	50,78	13.640	60,53	57,33	-	-	-	-	-	-
Mama feminina	-	-	-	-	-	-	66.280	61,61	43,74	19.820	78,88	45,90
Colo do útero	-	-	-	-	-	-	16.590	15,43	12,60	4.180	16,55	10,13
Traqueia, brônquio e pulmão	17.760	16,99	16,19	3.180	14,17	16,11	12.440	11,56	9,24	3.760	14,96	11,32
Cólon e reto	20.520	19,63	18,80	5.320	23,59	21,26	20.470	19,03	13,36	6.260	24,90	15,59
Estômago	13.360	12,81	11,37	2.430	10,85	11,23	7.870	7,34	5,95	1.920	7,71	6,61
Cavidade oral	11.180	10,69	9,25	2.040	9,03	9,19	4.010	3,71	2,66	1.040	4,00	3,21
Laringe	6.470	6,20	5,75	1.150	5,00	4,97	1.180	1,06	0,92	360	1,06	0,79
Bexiga	7.590	7,23	4,61	1.800	7,87	7,12	3.050	2,80	2,03	900	3,44	2,61
Esôfago	8.690	8,32	6,48	1.160	5,00	6,27	2.700	2,49	1,76	460	1,60	1,42
Ovário	-	-	-	-	-	-	6.650	6,18	4,84	1.870	7,50	5,19
Linfoma de Hodgkin	1.590	1,52	1,33	450	1,71	1,93	1.050	0,95	0,88	430	1,35	1,04
Linfoma não Hodgkin	6.580	6,31	5,67	1.430	6,41	7,27	5.450	5,07	3,37	1.260	4,96	4,27
Glândula tireoide	1.830	1,72	1,52	1.090	4,52	1,81	11.950	11,15	8,13	4.650	18,47	8,13
Sistema nervoso central	5.870	5,61	5,22	1.150	5,07	6,27	5.220	4,85	4,17	1.440	5,69	4,55
Leucemias	5.920	5,67	5,55	1.210	5,43	5,93	4.890	4,56	3,95	1.180	4,69	4,64
Corpo do útero	-	-	-	-	-	-	6.540	6,07	5,22	1.930	7,61	6,14
Pele melanoma	4.200	4,03	2,01	790	3,36	3,40	4.250	3,94	1,78	870	3,28	2,49
Outras localizações	48.060	45,97	41,48	9.320	41,34	48,09	42.390	39,43	29,40	9.790	38,88	26,48
Todas as neoplasias, exceto pele não melanoma	225.460	215,65	215,86	46.160	204,92	238,47	222.980	207,36	145,00	62.120	247,24	159,85
Pele não melanoma	83.770	80,12	-	20.010	88,84	-	93.160	86,65	-	19.090	75,98	-
Todas as neoplasias malignas	309.230	295,78	-	66.170	293,75	-	316.140	294,00	-	81.210	323,22	-
Todas as neoplasias malignas, corrigidas para sub-registro	387.980	371,11	-	-	-	-	297.980	277,11	-	-	-	-

(Números arredondados para múltiplos de 100)

Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) 2020

## 1.2 Sobrevida

Devido sua relevante incidência, prevalência, custo econômico e mortalidade, o câncer de cabeça e pescoço dá origem a impactos negativos, e muitas vezes devastadores, na qualidade de vida dos pacientes, ele é considerado um dos principais tumores no Brasil e no mundo (BOING; ANTUNES, 2011).

A taxa de sobrevida em cinco anos dos carcinomas oral e orofaríngeo são aproximadamente 52%, portanto, quase metade dos pacientes sobrevivem pouco tempo após o diagnóstico (KOWALSKI et al., 2020), isto devido ao fato de que a maior parte dos tumores são identificados tardiamente, comprometendo o tratamento, o prognóstico e a sobrevida dos pacientes. Esta taxa de sobrevida também está diretamente associada ao estágio no qual a doença é diagnosticada, a localização anatômica do tumor e o tratamento proposto a ser realizado. Dependendo do local do tumor os índices de sobrevida podem ser melhores, como por exemplo, o tumor de lábio quando comparado a tumores localizados na orofaringe, pois a região do lábio é mais acessível, possibilitando a detecção e o diagnóstico precoce, levando à melhores índices de sobrevida, já que a orofaringe é uma região de difícil acesso, dificultando o diagnóstico e tratamento (MORO et al., 2018).

Numa análise de sobrevida em 5 e 10 anos, Moro e colaboradores, em 2018, observaram que essa taxa foi de 42% e 38%, respectivamente. O estudo ainda concluiu que as taxas de sobrevida do câncer de boca e orofaringe, região anatomicamente de difícil acesso, foram consideradas baixas e apresentaram piores índices de sobrevida, enquanto os que se localizavam no lábio obtiveram os melhores índices (MORO et al., 2018).

Pacientes diagnosticados em países menos desenvolvidos apresentam menor sobrevida em relação aos pacientes atendidos em países desenvolvidos. Um estudo epidemiológico realizado para avaliar os efeitos do HPV na sobrevida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, por região e local do tumor. D'Souza et al. (2016) avaliou amostras de caso de três regiões: Brasil, EUA e Europa. As diferentes regiões foram avaliadas segundo melhor ou pior acesso ao diagnóstico e tratamento. Na pesquisa, os autores observaram que 69% dos pacientes atendidos no Brasil tinham tumores em estágio IV na entrada da atenção terciária, enquanto nos Estados Unidos 48% apresentavam estágio IV na entrada da atenção terciária e na Europa 47% estágio IV na entrada da atenção terciária, levando a concluir através da pesquisa, que tumores considerados de difícil localização necessitam de recursos mais avançados em termos de diagnóstico e tratamento (D'SOUZA et al., 2016).

Os estudos levam a crer que, quanto mais rápido iniciar o tratamento de tumores iniciais, maiores serão as chances de cura. Assim, o atraso do diagnóstico está relacionado ao estadiamento tardio, diminuição da sobrevida e pior prognóstico.

### **1.3 Tempo até o diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço**

O atraso no diagnóstico tem sido constantemente classificado como: atraso do paciente - período entre o primeiro sintoma notado e sua primeira consulta com um profissional de saúde a respeito desse sintoma; atraso do profissional - o período transcorrido entre a primeira consulta do paciente com um serviço de saúde profissional e o diagnóstico patológico definitivo. O atraso no diagnóstico, atraso total, inclui o período transcorrido desde o primeiro sintoma ou sinal até o diagnóstico definitivo (SEOANE et al., 2012).

Varela-Centelles et al. (2017), com o objetivo de identificar pontos-chave e intervalos de tempo no caminho do paciente para o diagnóstico de câncer oral, desde a percepção de uma mudança no corpo até o início do tratamento, realizaram uma revisão sistemática sobre este tema. Nesta revisão, segundo os pesquisadores, deveriam incluir artigos que tivessem uma variável de resultado de 'atraso de diagnóstico', 'intervalo de tempo' ou 'tempo de espera para diagnóstico', ou relatar intervalos de tempo desde o primeiro sintoma até o tratamento, as variáveis de resultado também tinham que possuir um ponto inicial e final bem definidos. Foram incluídos na revisão artigos que relatam dados originais sobre pacientes com carcinoma espinocelular primário de boca ou orofaringe sintomático e patologicamente confirmado. Ainda segundo os pesquisadores, infelizmente, aproximadamente metade dos cânceres orais já atingiram um estágio avançado, III ou IV, quando diagnosticados, possivelmente devido a atrasos no diagnóstico e isso tem uma influência nas taxas de sobrevivência.

Existe um consenso na literatura de que o prognóstico de pacientes com câncer de cabeça e pescoço (CCP) em estágios avançados é pior do que os diagnosticados nos estágios iniciais. Baseado nisso, é recomendado que o tratamento do câncer seja iniciado logo após o diagnóstico, sendo que por diversos motivos, isto nem sempre acontece. Se o período de tempo entre a consulta inicial e o tratamento for longo, os pacientes podem ter uma evolução do tumor, o que pode afetar o planejamento do tratamento com possível influência negativa sobre o prognóstico (KOWALSKI; CARVALHO, 2001).

Existem diferentes sistemas de estadiamento, mas o mais comum e útil para a maioria dos tipos de cânceres é o sistema TNM. A American Joint Committee on Cancer (AJCC) e a União Internacional de Controle do Câncer (UICC), propuseram o estadiamento dos tumores, utilizando o sistema de classificação TNM como uma ferramenta para os médicos estadiarem

diferentes tipos de câncer com base em determinadas normas, sendo que tamanho tumoral (T), a disseminação para linfonodos regionais (N) e a apresentação ou não de metástase à distância (M), recomendado para todos os tipos de carcinoma, excluindo os tumores não epiteliais, como melanoma, sarcomas e outros (EDGE SB., 2010).

Para o planejamento de tratamento em pacientes com CCP leva-se em consideração o estágio clínico da doença e a localização do tumor. Nos casos de estádios primários (I e II), e até mesmo em estágio II com extensão um pouco maior, o tratamento pode ser realizado por meio de cirurgia, radioterapia ou conjuntamente, aumentando assim as possibilidades de erradicar completamente as células malignas e impedir o aparecimento de recidivas.

O tratamento cirúrgico com tumor em estágio inicial costuma ser mais conservador, reduzindo a necessidade de retirada do órgão (GALBIATTI et al., 2013). Já nos casos em estádios mais avançados (III e IV), o mais indicado é a radioterapia associada à quimioterapia ou à imunoterapia. Não obstante as taxas de cura obtidas com a combinação desses tratamentos, a cirurgia nem sempre é descartada, se o tumor não for completamente erradicado. Em alguns pacientes com câncer de laringe tratados com radio-quimioterapia, o tumor pode progredir para um quadro de aspiração crônica da saliva e dos líquidos ingeridos, tornando-se necessária a realização de cirurgia para retirada da laringe (GALBIATTI et al., 2013; MELO et al., 2017).

Estudos relatam que no Brasil, a quantidade de tumores diagnosticados já em estádios avançados é considerada alta (SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010), alguns autores ressaltam ainda a dificuldade na avaliação e diagnóstico da doença por parte de profissionais, levando a consequências consideráveis para um prognóstico favorável dos pacientes (FELIPPU et al., 2016; KOWALSKI; CARVALHO, 2001).

Com a finalidade de diminuir o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento dos pacientes com câncer, foi sancionada a Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012, (BRASIL, 2012) que dispõe sobre o primeiro tratamento de pacientes com neoplasia maligna e estabelece o prazo para o início de tratamento. Assim, os pacientes diagnosticados com neoplasia maligna terão direito a receber, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários e este tratamento deverá começar no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que foi diagnosticado em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar se a pandemia de COVID-19 provocou atraso no diagnóstico e no tratamento dos pacientes com CCP atendidos na Unidade de Saúde Bucal (USBUC) do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

### **2.2 Objetivos Específicos**

2.2.1 - Analisar prontuários de pacientes atendidos na USBUC, no período de março de 2019 a fevereiro de 2021 para catalogar a quantidade de diagnósticos realizados.

2.2.2 - Comparar o número de diagnósticos confirmados no período de março de 2019 a fevereiro de 2021 e avaliar se há impacto quantitativo no padrão, devido à pandemia por COVID-19.

2.2.3 - Verificar o tempo médio para recebimento do laudo histopatológico após realização das biópsias no período de março de 2019 a fevereiro de 2021 e avaliar se há impacto quantitativo no padrão devido à pandemia por COVID-19.

2.2.4 - Analisar os intervalos de tempo decorridos entre a percepção do paciente (intervalo do paciente) ao estabelecimento do diagnóstico (intervalo do diagnóstico).

## **3. MÉTODOS**

### **3.1 - Comitê de Ética**

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde com o número 48231321.3.0000.0030 (ANEXO 1).

### **3.2 - Delineamento do Estudo**

Trata-se de um estudo retrospectivo, com análise de prontuários. A busca dos dados foi por meio de prontuário físico (livro de marcação) e prontuário eletrônico (AGHU), realizada por um único pesquisador (NT).

### **3.3 - Local de Realização**

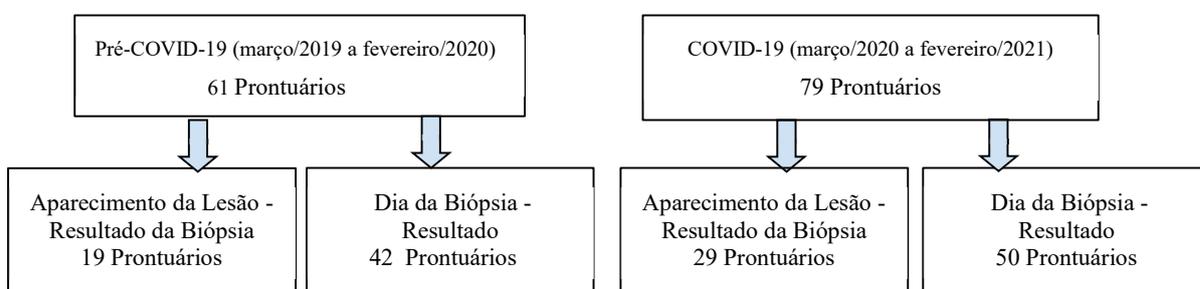
O estudo foi realizado nas dependências da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e da Clínica Odontológica do Hospital Universitário de Brasília.

### 3.4 - Amostra

A amostra para este estudo foi composta por uma seleção de prontuários, de pacientes escolhidos através dos critérios de inclusão e exclusão, totalizando 544 prontuários de pacientes atendidos neste período, sendo que destes, apenas 152 possuíam diagnóstico de CCP. Dos 152 prontuários, no período Pré-COVID-19, somente 19 continham os dados aparecimento da lesão ao diagnóstico e 42 da realização da biópsia ao resultado, totalizando 61. No período da COVID-19, 29 prontuários possuíam as informações do aparecimento da lesão ao diagnóstico e 50 continham referências da realização da biópsia ao resultado, num total de 79 para o período. 12 prontuários não continham parâmetros suficientes para finalidade proposta, eles fizeram parte somente do perfil clínico epidemiológico

No estudo foram incluídos todos os prontuários de pacientes atendidos na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do Hospital Universitário de Brasília (HUB) no período de março de 2019 a fevereiro de 2021, compreendendo período pré e pandêmico, com diagnóstico histopatológico de CCP, maiores de 18 anos e que aceitaram participar e preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e o Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Som de Voz para Fins Científicos e Acadêmicos (ANEXO 2).

FIGURA 1 - DESENHO ESQUEMÁTICO DO ESTUDO



Fonte: Elaboração Própria, 2022.

### 3.5 Critério de Exclusão

Não fizeram parte deste estudo pacientes menores de 18 anos, bem como os maiores que, após esclarecimentos por contato prévio, optaram por não participar, e ainda aqueles que no exame histopatológico não foram diagnosticados CCP. No estudo foram excluídos os prontuários que possuísem dados incompletos, sem diagnóstico histopatológico de CCP e que apresentassem informações dúbias ou conflitantes.

### 3.6 - Coleta de Dados

O procedimento para a coleta de dados ocorreu em três etapas, conforme sequência descrita a seguir:

1º. inicialmente, foi realizada uma busca ativa dos prontuários dos pacientes atendidos na unidade de saúde bucal do Hospital Universitário de Brasília, que foram atendidos no Projeto de Atendimento Odontológico a Pacientes Oncológicos, através dos registros de agendamento em livro no período pré-pandêmico (março/2019 a fevereiro/2020) e pandêmico (março/2020 a fevereiro/2021). A busca foi realizada no período pandêmico da COVID-19;

2º. em seguida, foi realizada a leitura dos prontuários dos pacientes selecionados atendidos no serviço de Odontologia da UNACON/HUB, de onde foram coletadas informações, como tipo e local do tumor, início dos primeiros sintomas, resultado de biópsia, além dos dados pessoais como nome e telefone para que pudéssemos entrar em contato e marcar uma consulta de retorno e convidá-los a participar da pesquisa;

3º. o próximo passo foi entrar em contato com pacientes selecionados, via telefone, os pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE e preencheram um questionário. No questionário não consta o nome dos pacientes, que foram identificados por números e iniciais, a fim de preservar sua privacidade;

4º. por fim, todas as informações obtidas foram compiladas em uma planilha Excel.

No estudo foram avaliados prontuários, tendo sido tomados todos os cuidados para evitar qualquer tipo de constrangimento ao paciente, quebra de privacidade, exposição acidental de informações pessoais. O pesquisador assegura confidencialidade e sigilo dos dados, tanto dos prontuários quanto dos pacientes. No estudo os pacientes foram avaliados clinicamente pela equipe de odontologia do HUB, dando suporte em caso de dor, inflamação, e quaisquer outros efeitos possíveis advindos do estudo. Foi disponibilizado endereço de e-mail e contato telefônico direto com o pesquisador para os participantes da pesquisa, caso necessitasse contactá-lo, bem como foi solicitado ao paciente, através de contato telefônico, fornecimento de endereço de e-mail para envio de cópia de TCLE.

### 3.7 - Análise Estatística

Os dados obtidos a partir dos procedimentos já mencionados foram avaliados mediante análise descritiva. Inicialmente foi feita uma estatística geral em relação ao diagnóstico e dados demográficos da amostra, como gênero e idade dos pacientes. Em seguida, os dados foram catalogados em dois subgrupos: período pré-pandêmico (março/2019 a

fevereiro/2020) e pandêmico (março/2020 a fevereiro/2021). Com isso, foi realizado o cálculo da Média Aritmética e do Desvio Padrão desses dois subgrupos. Por fim, foi encontrado no cálculo do Teste-T um p-valor de 0,5428 - sendo que, o p significa a probabilidade de rejeitar-se a hipótese nula quando ela é correta, e para  $p > 0,05$  aceita-se a hipótese nula. Portanto, as médias entre a diferença de meses da aparição da lesão e do diagnóstico e dos dias da realização da Biópsia e do diagnóstico pré-COVID e COVID foram estatisticamente similares.

#### 4. RESULTADOS

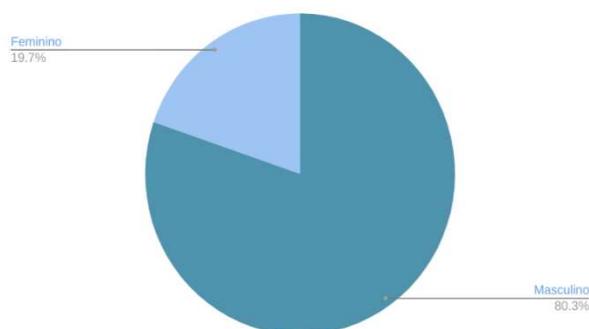
Este foi um estudo retrospectivo, com análise de prontuários, no qual a busca dos dados foi efetuada por meio de prontuário físico (livro de marcação) e prontuário eletrônico (AGHU). A pesquisa foi realizada nas dependências do Hospital Universitário de Brasília.

Assim, o estudo foi dividido em dois grupos; Pré-COVID-19 (março/2019 fevereiro/2020) e COVID-19 (março/2020 a fevereiro/2021), os quais ainda foram subdivididos em dois subgrupos- período do aparecimento da lesão à biópsia e da biópsia ao resultado.

Desse modo, os resultados obtidos através da pesquisa foram:

- 152 prontuários com diagnóstico de CCP, sendo, 122 do sexo masculino e 30 do sexo feminino (Figura 2).
- 140 prontuários com dados suficientes para pesquisa.
- 12 prontuários não continham dados necessários à pesquisa.

FIGURA 2 - REPRESENTAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE CCP RELACIONADA AO GÊNERO



Fonte: Elaboração Própria, 2022.

FIGURA 3 - REPRESENTAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE CCP RELACIONADA À IDADE



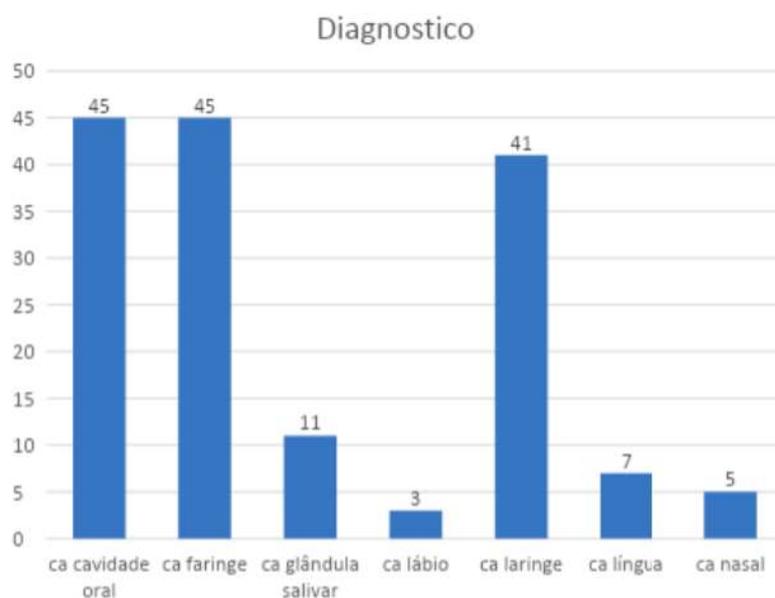
Fonte: Elaboração Própria, 2022.

QUADRO 1 - PREVALÊNCIA DE LOCALIZAÇÃO DO CCP DOS PACIENTE ATENDIDOS NO HUB/USBUC

Diagnostico	Quantidade	%
ca cavidade oral	43	29%
ca faringe	43	29%
ca glândula salivar	11	8%
ca lábio	3	2%
ca laringe	36	25%
ca língua	6	4%
ca nasal	4	3%

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

FIGURA 4 - PREVALÊNCIA DE LOCALIZAÇÃO DO CCP DOS PACIENTE ATENDIDOS NO HUB/USBUC



Fonte: Elaboração Própria, 2022.

- **Período Pré-COVID-19 (março/2019 - fevereiro/2020)**

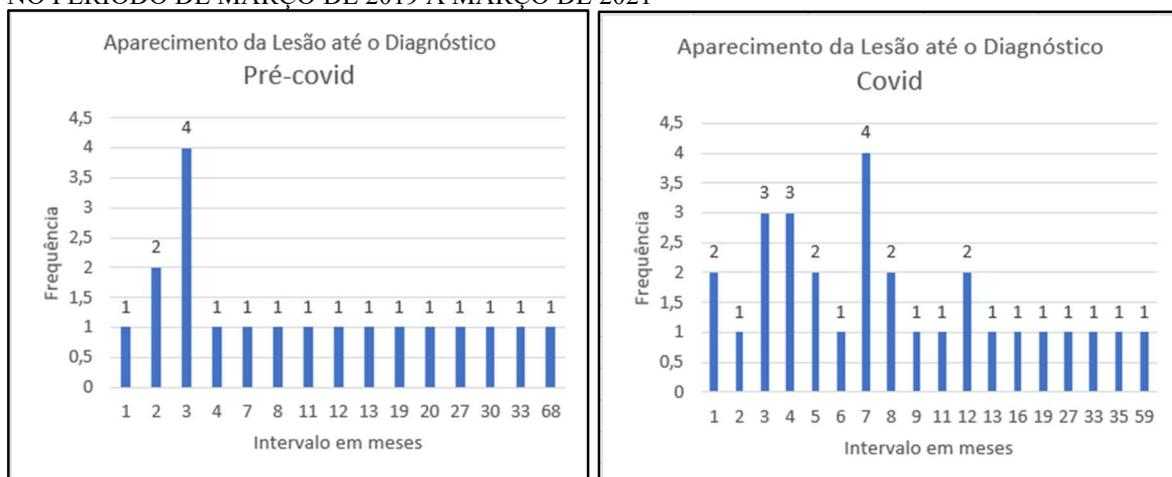
- Aparecimento da Lesão ao Diagnóstico:
  - 19 prontuários continham os dados, constatou-se uma média de tempo de 14,15 meses com desvio padrão de 16,50 meses.
- Realização da Biópsia ao Resultado:
  - 42 prontuários continham esses dados, resultando em uma média de 55,21 dias com desvio padrão de 67,81 dias

- **Período COVID-19 (março/2020 - fevereiro/2021)**

- Aparecimento da Lesão ao Diagnóstico:
  - 29 prontuários continham as informações, constatou-se uma média de tempo de 11,41 meses com desvio padrão de 12,69 meses.
- Realização da Biópsia ao Resultado,
  - 50 prontuários continham esses dados, gerando uma média de 73,44 dias com desvio padrão de 148,70 dias.

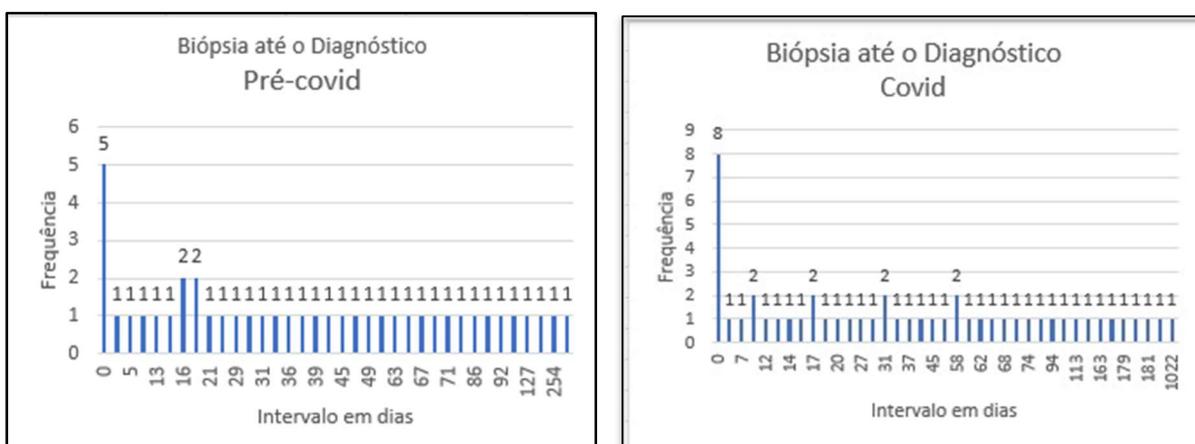
Portanto, por meio do presente estudo, foi possível concluir que não houve diferença estatística dos pacientes atendidos no período da pandemia de COVID-19, em comparação aos atendidos durante ao mesmo período do ano anterior no Hospital Universitário de Brasília, observando os intervalos de tempo propostos.

FIGURA 5 -GRÁFICO DA MÉDIA DE TEMPO DO APARECIMENTO DA LESÃO ATÉ O DIAGNOSTICO NO PERÍODO DE MARÇO DE 2019 A MARÇO DE 2021



Fonte: Elaboração Própria, 2022.

FIGURA 6 - GRÁFICO DA MÉDIA DE TEMPO DA BIÓPSIA ATÉ O DIAGNÓSTICO NO PERÍODO DE MARÇO DE 2019 A MARÇO DE 2021



Fonte: Elaboração Própria, 2022.

## 5. DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou-se de acordo com os dados da literatura em relação aos aspectos epidemiológicos (gênero, idade e prevalência do local do tumor) dos pacientes acometidos pela neoplasia de câncer de cabeça e pescoço. Foram revisados 152 prontuários, sendo 122 do sexo masculino e 30 do sexo feminino. Diante do cenário pandêmico e do caos gerado no sistema de saúde advindos da COVID-19, o intuito da pesquisa foi verificar se a pandemia da COVID-19 teve impacto no diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço no Hospital Universitário de Brasília. Trata-se de um estudo retrospectivo, através de análise de prontuários.

Os resultados encontrados evidenciaram que estatisticamente não houve redução no diagnóstico de pacientes com CCP. Nesse sentido, não foi observada diminuição na quantidade de biópsias realizadas, não foi verificado aumento de tempo entre o aparecimento da lesão ao diagnóstico clínico, nem no intervalo entre a biópsia ao diagnóstico histopatológico.

O estudo foi dividido em 2 grupos: período pré-pandêmico (março/2019 a fevereiro/2020) e pandêmico (março/2020 a fevereiro/2021) e subdividido em dois subgrupos (o primeiro do aparecimento da lesão à realização da biópsia contado em meses, o segundo da realização da biópsia ao resultado contado em dias). Não houve redução na quantidade, nem no tempo.

As evidências encontradas no presente trabalho refutaram a hipótese do trabalho, que era que haveria impacto da Pandemia de COVID-19 no atraso do diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, mais especificamente, o câncer de boca. E as evidências encontradas corroboraram os trabalhos de Lucidi et al, 2022; Solis et al., 2021., Tan et al., 2021.

Ainda que tenhamos encontrado trabalhos que não visualizaram atrasos no diagnóstico, em diferentes locais e países, em diferentes serviços, também houve, na literatura, os que afirmaram ter tido um aumento do tempo gasto para o diagnóstico, como Tevetoğlu et al., 2021, Metzger et al., 2021, Pietro et al., 2022, De Luca et al., 2021, Da Cunha et al., 2021, Martelli et al., 202.

A possível explicação para os resultados conflitantes está na heterogeneidade da oferta dos serviços, dos diferentes tempos de pico da pandemia, das variadas medidas de contenção, ou até mesmo, em razão do cálculo utilizado. O trabalho de Mahl et al, 2020, analisou dados relativos à ansiedade, depressão dos pacientes com CCP no período da pandemia, mas adicionalmente, encontraram um atraso significativo no atendimento ao câncer em até 58,1% dos casos, devido a restrições nos serviços de saúde durante o surto de COVID-19 no Brasil. No entanto, não há menção de como isso foi calculado.

Considerando que todos os esforços do sistema de saúde estavam voltados ao tratamento dos pacientes contaminados pelo vírus, gerando uma catástrofe no sistema, era de se esperar que houvesse um atraso, uma diminuição no número de biópsias (CUNHA et al., 2021). Para esses autores, houve diminuição na taxa de biópsias bucais em todas as regiões brasileiras em 2020, considerando a média de março, abril e maio, quando comparados aos anos anteriores. Tal estudo utilizou dados nacionais e o número de amostras orais coletadas no Centro de Diagnóstico de Doenças Buciais (DCOD) da Universidade Federal de Pelotas, Brasil, e constatou uma redução média de 68,8% em todo território brasileiro para os meses analisados. Essa preocupante diminuição da taxa de biópsias bucais mostrou-se ainda mais alarmante na região norte que teve a pior taxa de 75,3%, porém todas as regiões obtiveram taxas superiores a 60%. Essa era a expectativa geral: de atraso e reduções no número de diagnósticos.

Na Holanda observou-se queda de 40% na incidência semanal de câncer, já no Reino Unido foi possível observar uma redução de 75% nos encaminhamentos por hipótese de câncer desde o início da pandemia da COVID-19 11 (Kaufman et al, 2020).

Em estudo publicado em 2020, os pesquisadores revelaram que no período de um ano poderia ocorrer um aumento de até 20% na mortalidade por câncer devido à pandemia pelo coronavírus, podendo aumentar se forem consideradas todos os pacientes já com câncer (Wise, 2020). Nessa seara, o centro de tratamento de câncer da Universidade do Texas, fez análise de dados epidemiológicos e demográficos durante a pandemia, e observou uma queda de 46,7% nas consultas ambulatoriais e 46,8% nas cirurgias feitas no período de 1º de março de 2020 a 9 de abril de 2020, em comparação com o mesmo intervalo em 2019 (Kiong et al,2020). Contudo, durante a pandemia da doença coronavírus 2019 (COVID-19), observou-se redução do número

de atendimentos para diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço (CCP) devido às recomendações de distanciamento social e às limitações enfrentadas pelos serviços de saúde. Nesse contexto, os sistemas de saúde em todo o mundo foram extremamente afetados.

Desde o início da pandemia foi necessário assegurar o atendimento aos casos da nova doença e a contenção do contágio, resultando em restrições a diversos serviços prestados à saúde (Remuzzi & Remuzzi., 2020).

Monteiro et al, (2021) em uma revisão de literatura, que teve como objetivo selecionar informações sobre o impacto da pandemia COVID-19 em pacientes brasileiros, com diferentes tipos de câncer, com evidência para as neoplasias de cabeça e pescoço, que incluiu, diagnóstico, atendimento e mortalidade, observaram que de maneira geral, todos os trabalhos analisados evidenciaram uma redução nos números de diagnóstico de câncer, assim como um déficit nos volumes de consultas, internações e procedimentos cirúrgicos. (Monteiro et al., 2021)

A questão é que, de maneira geral, não reflete o todo. O que se viu no presente estudo e em outros realizados em Modena, Italy (Lucidi et al., 2022), Victoria, Australia (Kiong et al 2021, Texas, EUA (Tan et al., 2021) e Califórnia, EUA (Solis et al., 2021), foi que não houve atraso. Isso, possivelmente foi porque os estudos citados são do primeiro ano da pandemia, e publicados logo no início. A pressa em publicar gerou algumas reflexões. Apesar de poder representar uma oportunidade otimista com a intenção de melhorar os processos (simplificação de processos, agilidade, aprimoramento de meios eletrônicos e celeridade entre a submissão e publicação) um perigo oculto pode surgir, e se associa diretamente às publicações realizadas sem a devida revisão por pares (Goldenberg, 2020). Nos meses da pandemia foi possível assistir à divulgação de relevantes achados científicos que em seguida foram desmentidos após serem analisadas por revisores experientes nos referentes assuntos (Goldenberg, 2020).

A rapidez em querer divulgar informações não pode ser colocada acima da seriedade científica e não pode estar à frente dos 5 princípios corretos de uma pesquisa, como descrito por London e Kimmelman, são eles: a importância do estudo, desenho adequado, integridade analítica, relato completo do estudo e viabilidade (London & Kimmelman, 2020).

Embora o presente estudo tenha se desenvolvido no decorrer do início da pandemia, efetivamente, em março/2020 a fevereiro/2021, o tempo total foi de quase um ano, o que pode ter se configurado como suficiente para que a população se sentisse em condições de procurar o atendimento. Esse período foi consistente com o início da pandemia, no qual predominou o *lockdown* severo e toda a população afetada pela pandemia estava às escuras, no total desconhecimento do que viria a seguir. As primeiras medidas de controle impactaram de tal

sorte que os serviços de saúde eletivos foram fechados. Consultórios odontológicos privados foram fechados, serviços foram cancelados. Mas isso não perdurou todo o tempo da pandemia. No HUB os atendimentos odontológicos aos pacientes oncológicos não foram interrompidos durante a pandemia, os residentes em oncologia prestaram assistência seguindo todas as normas de biossegurança.

Porém a maioria dos serviços odontológicos foram bastante afetados pela pandemia. Esta situação se deu em virtude do ambiente odontológico representar um alto risco da infecção pelo SARS-CoV-2, devido aos procedimentos realizados que envolvem contato direto com pacientes e, principalmente, a geração de aerossol (Cunha et al., 2020). A recomendação era de evitar e/ou minimizar procedimentos que gerassem aerossol, pois as gotículas produzidas podem atingir um raio de dispersão de até dois metros. Todavia as biópsias e manejos aos pacientes com efeitos colaterais resultantes de quimioterapia e radioterapia foram mantidos, uma vez que esses procedimentos normalmente não se utilizam instrumentos que geram aerossóis.

Uma das medidas tomadas pelo Sistema Único de Saúde de reconhecimento nacional e internacional, foi a suspensão de procedimentos eletivos com o intuito de preservar equipamentos de proteção individual, preservar leitos e evitar o colapso do SUS e consequente desassistência a pacientes infectados pelo vírus". (CFM.,2021).

O estudo, realizado no Centro de Câncer A.C. Camargo, de São Paulo, mostrou que as consultas odontológicas diminuíram 53,2% nas primeiras seis semanas de internação em comparação às últimas seis semanas anteriores. Estes dados revelam o cenário preocupante para o tratamento do câncer oral e são compatíveis com outros achados (Arduino, Conrotto, & Broccoletti, 2020).

No Distrito Federal, por meio de uma circular de março de 2020, determinou-se que os profissionais odontólogos da secretaria de saúde fossem realocados, a fim de auxiliar no cuidado de pacientes com COVID-19, para controlar focos infecciosos por doenças bucais de pacientes da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) que necessitasse de ventilação mecânica

Mas uma observação exploratória nos mostra que o medo de se expor à contaminação pelo novo coronavírus também contribuiu para que os pacientes evitassem procurar por atendimento (González-Olmo et al., 2020). As restrições de acesso e o contingenciamento de atendimentos e os leitos reservados para o tratamento da COVID-19, associada ao medo dos pacientes em procurar ajuda médica devido a pandemia, provocaram uma queda de 27 milhões de exames, cirurgias e outros procedimentos eletivos. Segundo levantamento de dados realizado em 2021 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), o qual analisou os efeitos da

crise sanitária instalada no Brasil, quando se comparou a quantidade de atendimentos médicos registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) e realizados entre março, o primeiro mês da pandemia no Brasil e dezembro de 2020 com o mesmo período do ano anterior, o CFM verificou que houve uma redução de pelo menos 16 milhões de exames com finalidade diagnóstica, 8 milhões de procedimentos clínicos, 1,2 milhão de pequenas cirurgias e 210 mil transplantes de órgãos, tecidos e células. As restrições aos atendimentos causaram um impacto negativo nos atendimentos médicos e nos ambulatórios da rede pública. O período mais crítico foram os meses abril e maio de 2020, dois meses após decretada a pandemia, levando a diminuir pela metade os atendimentos eletivos.

Do ponto de vista epidemiológico, o estudo está em consonância com outros realizados no território brasileiro, como o realizado por Da Silva et al, em 2020. Em ambos, o gênero masculino o mais prevalente com (65,4% e 34,60%), respectivamente. Em relação ao gênero, neste estudo, observou-se uma maior prevalência das lesões neoplásicas em homens (64,3%) do que em mulheres (35,7%). Em relação à idade, um estudo retrospectivo observacional transversal, realizado no hospital de alta complexidade oncológica da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais (MG), levantou o perfil epidemiológico sobre neoplasias de cabeça e pescoço em pacientes que se submeteram à radioterapia, e verificou que a idade dos pacientes acometidos variou de 39 a 88 anos, com idade média de 59,78 anos, e faixa etária de 61 a 70 anos apresentando prevalência das alterações (Rocha et al.,2017). Nesse sentido Souza e colaboradores, em 2016, também relataram em seu estudo de perfil clínico epidemiológico de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, uma média de idade dos pacientes de 60,6 anos, com maior predominância também no sexo masculino (D'SOUSA, et al., 2016)

Evidências mostram que a incidência do câncer de cabeça e pescoço aumenta de acordo com a idade. Na Europa, 98% dos pacientes com neoplasia maligna de cabeça e pescoço têm mais de 40 anos de idade, demonstrando que este tipo de tumor é raro em pacientes jovens. Ou seja, “apenas 4% a 6% das neoplasias ocorrem em indivíduos com menos de 40 anos, porém essa incidência vem aumentando em vários países” (Döbrossy, 2005).

O câncer de cabeça e pescoço está entre os mais comuns do mundo, ele ocupa o quinto tipo de câncer frequente na população e a taxa de sobrevivência não tem mudado nos últimos anos, segundo o Observatório de Oncologia, 2021, que é uma plataforma online e dinâmica de monitoramento de dados abertos e compartilhamento de informações relevantes da área de oncologia do Brasil. A neoplasia de cabeça e pescoço compreende um grupo de diversos de tumores que afetam o trato aerodigestivo superior, apesar de existirem diferentes tipos histológicos, o mais comum é o carcinoma de células escamosas (CCE), também conhecido

como carcinoma espinocelular (CEC). Os CCP são anatomicamente heterogêneos e ocorrem na faringe, incluindo nasofaringe, orofaringe e hipofaringe, na cavidade oral, cavidade nasal, laringe e esôfago (Mody et al., 2021). Embora existam tumores diferentes histopatologicamente, o carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço, também conhecido como Carcinoma Espinocelular (CEC), é de longe, o tipo de câncer mais frequente no mundo, chegando a representar mais de 90% dos tumores malignos que envolvem a cavidade oral, porém não obtivemos esse dado, inclusive foi citado como uma das limitações deste estudo. (Mendonça et al., 2015).

No que concerne a este estudo, os locais dos tumores de CPP mais comuns foram os tumores faringe (29%), bem como os tumores de cavidade oral, também com (29%), de um universo de 152 prontuários avaliados. Confirmando os dados obtidos conforme o local dos tumores, os locais mais frequentes segundo um estudo para avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo, 2018, foram os cânceres laríngeos (39,4%) e orais (32,5%), segundo Alvarenga et al., em 2008. A localização dos tumores de CCP está diretamente ligada ao diagnóstico precoce, levando à melhores índices de sobrevida, como por exemplo, o tumor de lábio, quando comparado à tumores localizados na orofaringe é mais acessível, possibilitando assim a detecção precoce, já que a orofaringe é uma região de difícil acesso, prejudicando o diagnóstico e tratamento (MORO et al., 2018).

Embora os tumores de cabeça e pescoço possam ser facilmente identificados pelo exame clínico, muitas vezes são diagnosticados em estádios mais avançados (FELIPPU et al., 2016). É consenso na literatura que o prognóstico do câncer de cabeça e pescoço, para diagnósticos em estádios avançados (EC III e IV), é pior que nos tumores diagnosticados em estádios iniciais, e a demora no diagnóstico, ainda que pequena, pode levar a progressão da doença a estádios mais avançados, minimizando a eficácia no tratamento e diminuindo os índices de cura (KOWALSKI et al, 2001). Portanto, reduzindo o tempo do diagnóstico, o tratamento seria realizado em fases mais adiantadas, diminuindo assim a morbidade e aumentando os índices de sobrevida (MCGURK et al., 2005)

Segundo Seoane et al., (2016), o número real de casos de câncer oral e lesões potencialmente malignas que precisam de diagnóstico não diminuirá no cenário pandêmico.

Diante de uma doença com evolução rápida como o câncer oral, a falta de procedimentos diagnósticos por um breve período possivelmente resultará no diagnóstico de tumores em estágios mais avançados. No entanto, a despeito da assertiva verdadeira de que os casos não diminuiriam, não se configurou um aumento drástico, não houve mudanças nos

intervalos de tempos para o enfrentamento do câncer em 4 artigos, o que pode ser inclusive a maioria quando os estudos forem criteriosamente avaliados, seguindo todo rigor da ciência, sem excepcionalismo.

Não ter havido um atraso generalizado foi positivo, porque o diagnóstico tardio do câncer oral reduz as chances de sobrevivência em mais de 200% (SEOANE et al., 2016); esta situação se torna ainda mais relevante quando consideramos que, em um cenário não pandêmico, apenas 40%-50% dos pacientes com câncer oral sobrevivem após cinco anos (DANTAS et al., 2016).

Ainda que não comprovado o impacto negativo no atraso do diagnóstico do câncer de boca, pela metodologia utilizada neste estudo, isso não configura, necessariamente, uma boa notícia. A realidade é que não houve piora no atraso, o que, pela magnitude da pandemia, é sim, uma boa notícia. Mas o atraso no diagnóstico de CCP sempre foi motivo de preocupação, mesmo antes da pandemia. Muito antes do advento da COVID-19, a fim de identificar os pontos-chave e intervalos de tempo e o trajeto percorrido pelo paciente para o diagnóstico de câncer oral, Varela-Centelles et al (2017), realizaram um estudo de revisão sistemática sobre este tema. O estudo compreende, desde a percepção de uma mudança no corpo até o início do tratamento. Foram incluídas variáveis de resultado de "atraso no diagnóstico", "intervalo de tempo", ou "tempo de espera para diagnóstico", ou relatar intervalos de tempo desde o primeiro sintoma até o tratamento. Nos estudos selecionados além dos intervalos, deveria apresentar uma variável de resultado, ter um ponto inicial e um ponto final claramente definidos com mensuração do tempo apresentado com variável contínua e categórica. Além disso, foram incluídos na revisão artigos que relatam dados originais sobre pacientes com carcinoma espinocelular primário de boca ou orofaringe, sintomático e patologicamente confirmado.

Ainda segundo os pesquisadores, infelizmente, aproximadamente metade dos cânceres orais já atingiram um estágio avançado, III ou IV, quando diagnosticados, possivelmente devido a atrasos no diagnóstico e isso tem uma influência nas taxas de sobrevivência. Levando-se em consideração que o diagnóstico em fase inicial do CCP aumenta uma melhor possibilidade de tratamento e cura, atendimentos e serviços essenciais para realização de exames como por exemplo, biópsias são de suma importância, não devendo, portanto, serem interrompidos.

É importante ter um cuidado especial para garantir maior resolutividade em menor tempo possível nos serviços de saúde em relação ao manejo desses pacientes, que os profissionais da área da saúde tenham um olhar mais atento ao percurso que os pacientes fazem na busca da resolução de seus problemas. Com um menor intervalo de tempo, desde a percepção

dos primeiros sinais ao início do tratamento e dependendo das características do tumor, é possível um tratamento menos agressivo e melhor prognóstico (BARROS et al., 2019).

A seguir, apresentamos uma atualização do Quadro 2 que mostra a descrição das publicações selecionadas segundo; autor, ano, título, população estudada, tipo de câncer e principais resultados e, no quadro elaborado a partir de estudos mais recentes, foram encontradas observações que corroboram nossos resultados, bem como 4 estudos selecionados que contrariam nossos resultados, esses estudos encontram-se no Quadro 3.

QUADRO2. DESCRIÇÃO DAS PUBLICAÇÕES SELECIONADAS SEGUNDO; AUTOR, ANO, TÍTULO, POPULAÇÃO ESTUDADA, TIPO DE CÂNCER E PRINCIPAIS RESULTADOS.

Autor/ano	Título	Região/local	Tipo de Câncer	Principais resultados
Marques et al., 2021.	Cancer diagnosis in Brazil in the COVID-19 era.	Regiões geográficas do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste).	Qualquer neoplasia maligna.	Redução de 35,5% no número de casos novos de câncer.
Aguiar et al., 2021.	Impact of COVID-19 on colorectal cancer presentation.	São Paulo.	Câncer colorretal ou anal.	Redução de 46,3% nos diagnósticos.
Araujo et al., 2020.	Impact of COVID-19 pandemic on care of oncological patients: experience of a cancer center in a Latin American pandemic epicenter.	São Paulo.	Qualquer neoplasia maligna.	Redução de 45% nas consultas médicas. Redução de 56,2% de novas consultas. Redução de 51,2% no tempo de internação e de 60% nas cirurgias.
Abrantes et al., 2020.	Oral cancer diagnosis during the COVID-19 pandemic in an oral pathology laboratory in Rio de Janeiro, Brazil.	Rio de Janeiro.	Câncer oral.	Redução de 51,5% no diagnóstico. Aumento de 14,7% nas taxas de malignidade.
Nabhen et al., 2020.	Impact of the COVID-19 pandemic in patient admission to a high-complexity cancer center in Southern Brazil.	Paraná, (Curitiba).	Gastrointestinal, urogenital, mama, ginecologia, cabeça e pescoço, pele e torácica.	Redução de 42% nas consultas de todas as especialidades.
Da cunha et al., 2021.	The impact of the COVID-19 pandemic on hospitalizations for oral and oropharyngeal cancer in Brazil.	Regiões geográficas do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste).	Câncer de boca e orofaringe	Redução de 49,3% nas internações.
Martelli et al., 2021	Impact of the COVID-19 pandemic in the head and neck cancer treatment in the Brazil.	Regiões geográficas do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste).	Câncer de cabeça e pescoço.	Redução de 35% nas cirurgias. Aumento de 50,8% de radioterapia e quimioterapia.
Araujo-filho et al., 2020.	Lung cancer in the era of COVID-19: what can we expect?	Regiões geográficas do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste).	Câncer de pulmão.	Redução de 7% nas internações. Diminuição de 13% nos números de biópsias pulmonares e 35% de broncoscopias.
Gonçalves et al., 2020.	Overview of care for head and neck cancer cases in Brazilian Cancer Centers during the COVID-19 pandemic.	Bahia, Goiás, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Santa Catarina, São Paulo.	Câncer de cabeça e pescoço.	Redução de 39,9% no número de novos casos tratados. Redução de 63,1%, nas consultas, e de 35,1% nas cirurgias.
Fernandes et al., 2021	Differences in mortality of cancer patients with COVID-19 in a Brazilian cancer center.	São Paulo.	Câncer hematológico, de mama, órgãos digestivos, próstata, trato urinário, órgãos respiratórios, órgãos genitais femininos e sistema nervoso central.	Mortalidade de 12,4% por COVID-19 entre os pacientes com câncer. Maior taxa de risco para câncer de pulmão e hematológico.
Galino et al., 2021.	Women with cancer and COVID-19: an analysis of lethality and clinical aspects in Pernambuco	Pernambuco.	Qualquer neoplasia maligna.	Taxa de letalidade de 72,06%.
Fonseca et al., 2021.	Reduction in the Number of Procedures and Hospitalizations and Increase in Cancer Mortality During the COVID-19 Pandemic in Brazil.	Regiões geográficas do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste).	Qualquer neoplasia maligna.	Redução de 21% no número de internações. Aumento de 14% na taxa de mortalidade. Diminuição de biópsias (29%), colonoscopias (57%), mamografias (55%) e cirurgias oncológicas (9%).
Lima et al., 2021.	COVID-19 cohort on children with cancer: delay in treatment and increased frequency of deaths.	Pernambuco (Recife).	Neoplasias hematológicas e de tumores sólidos.	Adiamento de 66,6% no tratamento oncológico. Mortalidade 16,6% por COVID-19 entre os pacientes

FONTE: Research, Society and Development.

QUADRO 3. DESCRIÇÃO DE PUBLICAÇÕES SELECIONADAS SEGUNDO; AUTOR, ANO, TÍTULO, REGIÃO, RESULTADOS (ATRASO/SEM ATRASO)

Autor/ano	Título	Região	Atraso	Sem atraso
Mahl/2020	Delay in head and neck cancer care during the COVID-19 pandemic and its impact on health outcomes	Nordeste do Brasil.	A demora no atendimento oncológico por restrições nos serviços de saúde foi relatada em 58,1% dos casos e não houve relato de uso de telemedicina durante o surto de COVID-19.	
Lucidi/ 2022	Head and Neck Cancer During COVID-19 Pandemic: Was there a Diagnostic Delay?	Modena, Italy		Estatisticamente não foi avaliado um atraso no tempo entre o diagnóstico e o tratamento, confirmando assim um alto nível de atendimento mesmo durante a COVID-19
Kiong/2021	The impact of COVID-19 on head and neck cancer diagnosis and disease extent	Texas, EUA		Os achados sugerem aumento da carga tumoral em pacientes com CCP durante a pandemia, apesar do tempo semelhante ao diagnóstico.
Tan/2021	COVID-19 did delay time from referral to definitive management for head and neck cancer patients in a regional Victorian center	Victoria, Australia		Não houve aumento no tempo para o tratamento a partir do momento do encaminhamento para o serviço regional de câncer de cabeça e pescoço.
Solis/2021	The Impact of COVID-19 on head and Neck Cancer Treatment: Before and During the Pandemic	California, EUA		Apesar de características semelhantes, tempo de diagnóstico e cirurgia, os achados sugerem que houve um aumento na carga tumoral primária em pacientes com CEC de cabeça e pescoço durante o início da pandemia de COVID-19.
De Luca/2021	Diagnosis and treatment delay of head and neck cancers during COVID-19 era in tertiary care academic hospital: what should we expect?	Salerno, Italy	Os resultados sugerem que a pandemia de COVID-19 está associada a uma diminuição no número de novos diagnósticos de CCP, e um atraso significativo no diagnóstico pode ser atribuído às medidas de controle de COVID-19	
Tevetoğlu/2021	Delayed presentation of head and neck cancer patients during COVID-19 pandemic	European Archives of Oto-Rhino-Laryngology	A pandemia de COVID-19 causou atraso no diagnóstico e tratamento de muitas doenças como o CCP.	

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

Como inferência, podemos citar as causas que explicariam nossos resultados, como sendo: a rápida reabertura do atendimento clínico pelo corpo de profissionais do HUB, pela facilidade de acesso ao HUB e, ousado dizer, pela confiança dada pelas inúmeras medidas protetivas, de biossegurança instauradas no HUB.

Os resultados controversos encontrados na literatura poderiam ser creditados ao início da pandemia? O presente estudo também englobou os primeiros períodos da pandemia e como

não são conhecidos os fatores relativos à localização do serviço, características de atendimento (se públicos, privados, em escolas e outros.) não há como comparar os resultados ou como explicar, porque em alguns lugares a expectativa de atraso devido à COVID-19 se concretizou e em outros lugares, não.

## **6. CONCLUSÃO**

Baseado nos dados coletados dos prontuários de pacientes atendidos na Unidade de Saúde Bucal (USBUC) do Hospital Universitário de Brasília (HUB), no período de Pré-COVID-19 (março/2019 a fevereiro/2020) e COVID-19 (março/2020 a fevereiro/2021) foi concluí-se que:

- Os resultados obtidos nesta pesquisa mostraram que não houve atraso no diagnóstico de câncer no período analisado, em que pese a pandemia.
- Os resultados encontrados permitem refutar a hipótese de trabalho, e de acordo com a literatura encontram respaldo parcial. Trabalhos semelhantes encontraram resultados diversos, em uma proporção quase igual.
- Estatisticamente não houve diferença significativa no atraso do diagnóstico de CCP nos períodos verificados neste estudo.

## **7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES**

O presente estudo possui algumas limitações, dentre elas, as falhas comuns decorrentes de estudos retrospectivos baseados em análises documentais. A coleta de dados em prontuários de pacientes que recebem atenção multidisciplinar, apresenta limitações como: letra ilegível nos prontuários físicos, prontuários preenchidos com dados incorretos, inadequados e muitas vezes desatualizados; número de telefones errados e/ou não anotação; número de prontuários trocados (o número do prontuário não correspondia ao nome do paciente); falta de padronização dos registros nos prontuários; linguagem e siglas inadequadas; prontuários sem CIDs, informações clínicas limitadas e incompletas; além de consultas realizadas sem evolução dos prontuários. Uma ressalva a equipe de enfermagem que em grande parte, faziam a evolução.

Acredita-se num grande prejuízo ao estudo, devido à falta de biópsias ou descrição dos resultados com datas, para adequada mensuração do tempo. E não menos importante, a pouca

quantidade de prontuários com classificação histológica, estadiamento dos tumores e a falta de padronização quanto ao local do tumor.

Possivelmente, foram incluídos pacientes com data de diagnóstico anterior ao período da pesquisa. Outro ponto importante a ser considerado foi a falta de padronização do local do tumor. Um outro fator muito importante relacionado aos CCP são os inúmeros fatores de risco, dentre eles, predominantemente são o uso do tabaco, o abuso de bebida alcoólica e vírus oncogênicos, como papilomavírus humano (HPV) e o vírus Epstein-Barr (EBV).

Novas pesquisas ainda são necessárias para se estudar e buscar soluções para o atraso do diagnóstico e para nos prepararmos para o enfrentamento de situações adversas, que, muito provavelmente acontecerão. A Telemedicina pode ser um caminho.

Além disso, é importante entender os motivos que levam os pacientes com lesões potencialmente malignas, não só no período pandêmico, como em tempos comuns a procurar os serviços de saúde tardiamente, muitas vezes já em estádios avançados do CCP, para que possamos aclarar os obstáculos ao acesso aos serviços de saúde pública e norteá-lo.

Os tumores de cabeça e pescoço continuam sendo um desafio, exigindo uma abordagem multidisciplinar, diagnóstico precoce e tratamento adequado, ao mesmo tempo em que se discute direções futuras para melhorar o tratamento dos pacientes com essas malignidades. É importante para a garantia de maior resolutividade nos serviços de saúde em relação a atenção e cuidado de pacientes, que os profissionais da área da saúde desenvolvam um olhar atento ao percurso que os pacientes fazem na busca da resolução de seus problemas. Com um itinerário menor até o início do tratamento e dependendo das características do tumor, é possível um tratamento menos agressivo e melhor prognóstico.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS,

1. ALVARENGA, L. de M., Ruiz, M. T., PAVARINO-BERTELLI, É. C., RUBACK, M. J. C., MANIGLIA, J. V. & GOLONI-BERTOLLO, M. (2008) Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 74(1), 68–73. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992008000100011>
2. ARDUINO, P., CONROTTO, D., BROCCOLETTI, R. (2020) Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2008;74(1):68-73.
3. BARBERIA, L. G., & ROSA, I. S. C. (2021) De que maneira a ideologia afeta a disposição a se vacinar contra o Sars-Cov-2? *Revista USP*, 1(131), 47–64. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.i131p47-64>
4. BARROS, Â.F.; ARAÚJO, J.M.; MURTA-NASCIMENTO, C.; DIAS, A. (2019). Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas no Distrito Federal, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. v. 53, 14, 2019.
5. BOING, A. F., & ANTUNES, J. L. F. (2011) Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(2), 615–622. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200025>
6. BONFATE, G. M. S., MACHADO, C. J., SOUZA, P. E. A. de, ANDRADE, E. I. G., ACURCIO, F. de A., & CHENCHIGLIA, M. L. (2014) Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(5), 983–997. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00182712>
7. BRASIL 2012, LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012, Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.
8. BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva Coordenação de Prevenção e Vigilância Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede (2020). Procedimentos para confirmação diagnóstica registrados no SIA. Jul 2020, 8-27.
9. BRASIL, Ministério da Saúde (2020a). Sigtap - Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. 20 de junho de 2020. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.
10. BRASIL, Ministério da Saúde (2020b). Estimativa 2020 da Incidência de Câncer no Brasil do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-> BRASIL. Ministério da Saúde (2020c). Estimativa 2020 da Incidência de Câncer no Brasil do Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019 Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-..>
11. BRASÍLIA, Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde - SES, Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVEP, Gerência de Epidemiologia de Campo - GECAMP, Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde -

- CIEVS, e o Plano de Contingência do Hospital Universitário de Brasília para Enfrentamento da COVID-19 Versão 5 Brasília-DF, 23 de dezembro de 2020.
12. CFM 2021- Conselho Federal de Medicina. Pandemia derruba quase 30 milhões de procedimentos médicos em ambulatórios do SUS (2021)
  13. CUNHA, A., ANTUNES, J., MARTINS, M; HUGO, S. (2020) The impact of the COVID-19 pandemic on oral biopsies in the Brazilian National Health System . Faculty of Dentistry, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil School of Public Health, University of São Paulo, São Paulo, Brazil Department of Public Health and Infectious Disease, Sapienza University of Rome, Rome, Italy.: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/odi.13620>.
  14. D'SOUSA, G., ANANTHARAMAN, D., GHEIT, T., ABEDI-ARDEKANI, B., BEACHLER, D. C., CONWAY, D. I., OLSHAN, A. F., WUNSCH-FILHO, V., TOPORCOV, T. N., AHRENS, W., WISNJEWSKI, K., MERLETTI, F., BOCCIAS, S., TAJARA, E. H., ZEVALLOS, J. P., LEVI, J. E., WEISSLER, M. C., WRIGHT, S., SCELO, G., ... BRENNAN. (2016) P. Effect of HPV on head and neck cancer patient survival, by region and tumor site: A comparison of 1362 cases across three continents. *Oral Oncology*, 62, 20–27. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2016.09.005>
  15. DA SILVA, F. A., ROUSSENQ, S. C., GONÇALVES de SOUZA TAVARES, M., PEZZI F de SOUZA, C., BARRETO MOZZINI, C., BENETTI, M., & DIAS, M. (2020) Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço em um Centro Oncológico no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 66(1). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.455>
  16. DANTAS, T., SILVA, P., SOUSA, E., CUNHA, M., AGUIAR, A., COSTA, F; MOTA. M., Alves, A., Sousa F. (2016) Influence of Educational Level, Stage, and Histological Type on Survival of Oral Cancer in a Brazilian Population: A Retrospective Study of 10 Years Observation. *Medicine (Baltimore)*, 95(3), e231. Disponível em: DOI:10.1097/MD.0000000000002314
  17. DE LUCA, P., BISOGNO, A., COLACURCIO, V., MARRA, P., CASSANDRO, C., CAMAIONI, A., CASSANDRO, E., & SCARPA, A. (2022). Diagnosis and treatment delay of head and neck cancers during COVID-19 era in a tertiary care academic hospital: what should we expect? *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 279(2), 961–965 <https://doi.org/10.1007/s00405-021-06834-1>
  18. DOBROSSV L. (2005). Epidemiology of head and neck cancer: Magnitude of the problem. *Cancer and Metastasis Reviews*, 24(1), 9–17. <https://doi.org/10.1007/s10555-005-5044-4>
  19. EPSTEIN, J. B., GORSKY, M., CABAY, R. J., DAY, T., & GONÇALVES, W. (2008) Screening for and diagnosis of oral premalignant lesions and oropharyngeal squamous cell carcinoma: role of primary care physicians. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 54(6), 870–875.
  20. treatment. *Braz J Otorhinolaryngol*. FELIPPU, A. W. D., FREIRE, E. C., SILVA, R. A., GUIMARAES, A. V., & DEDIVITIS, R. A. (2016). Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 82(2), 140–143. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.10.009>
  21. FERLAY, J., PARKIN, D. M., & STELIAROVA-FOUCHER, E. (2010). Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *European Journal of Cancer*, 46(4), 765–781. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.12.014>
  22. GALBIATTI A. L., PADOVANI-JUNIO J. A., MANÍGLIA J. V., RODRIGUES C. D. S., PAVARINO E C, GOLONI-BERTOLLO E M. (2013) Head and neck

- cancer: causes, prevention and 79(2):239-47. Mar-Apr;doi: 10.5935/1808-8694.20130041
23. GANESH B; RAJAKUMAR T; MALATHI M; MANIKANDAN N; NAGARAJ J; SANTHAKUMAR A; ELANGO VAN A; MALIK YS. (2021) Epidemiology and pathobiology of SARS-CoV-2 (COVID-19) in comparison with SARS, MERS: An updated overview of current knowledge and future perspectives. *Clin Epidemiol Glob. Health.* Apr-Jun; 10:100694. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33462564/>
  24. GOLDENBERG, D. (2020). The risks of rapid publications during the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (RBCP) – Brazilian Journal of Plastic Surgery*, 35(2), 140–141. <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2020RBCP0024>
  25. GONZÁLEZ-OLMO, M. J., ORTEGA-MARTÍNEZ, A. R., DELGADO-RAMOS, B., ROMERO-MAROTO, M., & CARRILLO-DÍAZ, M. (2020). Perceived vulnerability to Coronavirus infection: impact on dental practice. *Brazilian Oral Research*, 34. (2020)<https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0044>
  26. HADDAD, R. I., & SHIN, D. M. (2008) Recent Advances in Head and Neck Cancer. *New England Journal of Medicine*, 359(11), 1143–1154. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0707975>
  27. INCAa INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. O que é câncer? (2020)
  28. INCAb INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2020 (2020)
  29. KAUFMAN, H. W., CHEN, Z., NILES, J., & FESKO, Y. (2020). Changes in the Number of US Patients With Newly Identified Cancer Before and During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *JAMA Network Open*, 3(8), e2017267. (2020) <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.17267>
  30. KHAN S; ALI A; SHI H; SIDDIQUE R; SHABANNA; NABI G; HU J; WANG T; DONG M; ZAMAN W; HAN G. (2020) COVID-19: Clinical aspects and therapeutics responses. *Saudi Pharm J. Saudi Arabia.* Aug;28(8):1004-1008. doi: 10.1016/j.jsps.2020.06.022. (2020) Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2020.06.022>
  31. KIONG, K. L., DIAZ, E. M., GROSS, N. D., DIAZ, E. M., & HANNA, E. Y. (2021). The impact of COVID-19 on head and neck cancer diagnosis and disease extent. *Head & Neck*, 43(6), 1890–1897. <https://doi.org/10.1002/hed.26665>Tan,
  32. KIONG, K. L., GUO, T., YAO, C. M. K. L., GROSS, N. D., HANASONO, M. M., FERRAROTTO, R., ROSENTHAL, D. I., MYERS, J. N., HANNA, E. Y., & LAI, S. Y. (2020). Changing practice patterns in head and neck oncologic surgery in the early COVID-19. *Head & Neck*, 42(6), 1179–1186. <https://doi.org/10.1002/hed.26202>
  33. KOWALSKI L. P e CARVALHO A L. Influence of time delay and clinical upstaging in the prognosis of head and neck cancer. *Oral Oncology* vol.37, Issue 1, pages 94-98,( 2001).[https://doi.org/10.1016/S1368-8375\(00\)00066-X](https://doi.org/10.1016/S1368-8375(00)00066-X)
  34. KOWALSKI L. P., Oliveira, M. M., Lopez, R. V. M., e Silva, D. R. M., Ikeda, M. K., & Curado, M. P. (2020). Survival trends of patients with oral and oropharyngeal cancer treated at a cancer center in São Paulo, Brazil. *Clinics*, 75. <http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2020/e1507>
  35. LONDON, A. J., & KIMMELMAN, J. (2020). Against pandemic research exceptionalism. *Science*, 368(6490),476–477. <https://doi.org/10.1126/science.abc1731>

36. LUCIDI, D., VALERINI, S., FEDERICI, G., MIGLIO, M., CANTAFFA, C., CIUFELLI, M. A. (2022) Head and Neck Cancer During COVID-19 Pandemic: Was there a Diagnostic Delay? *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022 Jan 15;1-7. doi: 10.1007/s12070-021-03050-5.
37. MACEY R. Walsh, T., Brocklehurst, P., Kerr, A. R., Liu, J. L., Lingen, M. W., Scully, C. (2015). Diagnostic tests for oral cancer and potentially malignant disorders in patients presenting with clinically evident lesions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5 (5), CD010276. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010276.pub2>
38. MAHL, C., MELO, L. R. S. DE, ALMEIDA, M. H. A., CARVALHO, C. S., SANTOS, L. L. S., NUNES, P. S., QUINTANS-JÚNIOR, L. J., ARAÚJO, A. A. DE S., SANTOS, V. S., & MARTINS-FILHO, P. R. (2020). Delay in head and neck cancer care during the COVID-19 pandemic and its impact on health outcomes. *Brazilian Oral Research*, 34. vol34.0126. [https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-](https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-3107bor-)
39. MANIGANDAN, S., WU, M.-T., PONNUSAMY, V. K., RAGHAVENDRA, V. B., PUGAZHENDHI, A., & BRINDHADEVI, K. (2020). A systematic review on recent trends in transmission, diagnosis, prevention and imaging features of COVID-19. *Process Biochemistry*, 98, 233–240. <https://doi.org/10.1016/j.procbio.2020.08.016>
40. MCGURK, M., CHAN, C., JONES, J., O'REGAN, E., & SHERRIFF, M. (2005). Delay in diagnosis and its effect on outcome in head and neck cancer. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 43(4), 281–284. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2004.01.016>
41. MELO, G. M., SOUZA, P. D., BASTOS FILHO, L. C., NEVES, M. C., SANTOS, K. S. E., CERVANTES, O., ABRAHÃO, M. (2017) Condroradionecrose de laringe após radioterapia. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 44, n. 4, pp. 374-382. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0100-69912017004012>>. ISSN 1809-4546. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017004012>.
42. MENDONÇA, J. C. G. DE, MELO, R. L. DE, BARROS, R. M. G. DE, TEIXEIRA, F. R., GAETTI JARDIM, E. C., MACENA, J. A., MASOCATTO, D. C., OLIVEIRA, M. M., SANTOS, C. M. DOS, & QUADROS, D. C. DE. (2016). Carcinoma epidermoide lingual com esvaziamento cervical unilateral supra-omohioideo: relato de caso. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, 4(6). <https://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/907>
43. MEYEROWITZ E. A., RICHTERMAN, A., GANDHI, R. T., & SAX, P. E. (2021). Transmission of SARS-CoV-2: A Review of Viral, Host, and Environmental Factors. *Annals of Internal Medicine*, 174(1), 69–79. <https://doi.org/10.7326/M20-5008>
44. MINISTÉRIO DA SAÚDEa Portaria GM/MS Nº 3.712, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2020 Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema Único de Saúde. *DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO* 23/12/2020 | Edição: 245 | Seção: 1 | Página: 98
45. MINISTÉRIO DA SAÚDEb Câncer de boca: atendimento odontológico e hábitos saudáveis são aliados na prevenção e no diagnóstico precoce (2020)

46. MODY, M. D., ROCCO, J. W., YOM, S. S., HADDAD, R. I., & SABA, N. F. (2021). Head and neck cancer. *The Lancet*, 398(10318), 2289–2299. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01550-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01550-6)
47. MONTEIRO, M. C. C., PANTOJA, R. E. de L., MIRANDA, A. L. de A., COUCEIRO, F. de A. V., MAGALHÃES, L. W., CRUVINEL, M. M. C., ARAUJO, S. A. N., GOMES, M. F., LIMA, A. de M., PIMENTEL, C. P., SILVA, S. F. da, & CARVALHO, D. C. (2021). Impactos da pandemia da COVID-19 no diagnóstico, atendimento e mortalidade de pacientes oncológicos no Brasil: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 10(13), e350101321235. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21235>
48. MORO, J. da S., MARONEZE, M. C., ARDENGHI, T. M., BARIN, L. M., & DANESI, C. C. (2018). Oral and oropharyngeal cancer: epidemiology and survival analysis. *Einstein (São Paulo)*, 16(2). <https://doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4248>
49. OLMO, M. J. G., MARTINEZ, A. R. O., RAMOS, B. D., MAROTO, M. R., & DIAZ, M. C. (2020) Braz. oral res. vol.34 São Paulo 2020 Epub May 08, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32401934/>
50. OMS. Organização Mundial da Saúde. Home/Diseases/Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
51. OPAS-SAÚDE Organização Pan-Americana de Saúde Folha informativa atualizada em outubro de 2020
52. PENG, X., XU, X., LI, Y., CHENG, L., ZHOU, X., & REN, B. (2020). Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *International Journal of Oral Science*, 12(1), 9. <https://doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9>
53. REMUZZI A; REMUZZI G. (2020) COVID-19 and Italy: What next? *Lancet*, University of Bergamo, Dalmine, Italy 395(10231), 2020 1225–1228. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32178769/> DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9)
54. ALVARENGA, L. M., RUIZ, M. T., Bertelli, E. C. P., Ruback, M. J. C., Maniglia, J. V., Goloni-Bertollo, E. M. (2008) .,REVISTA BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA 74 (1) <http://www.rborl.org.br> / e-mail: [revista@aborlccf.org.br](mailto:revista@aborlccf.org.br)
55. ROCHA, B. Q. C., ENEAS, L., OLIVEIRA, R. G., JUNQUEIRA, R. B., & VERNER, F. S. (2017). Características epidemiológicas de pacientes portadores de neoplasias de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia em Juiz de Fora – MG. *HU Revista*, 43(1). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.455>
56. ROTHE, C; SCHUNK, M; SOTHMANN, P; BRETZEL, G; FROESCHL, G; WALLRAUCH, C; ZIMMER, T; THIEL V; JANKE, C; GUGGEMOS, W; SEILMAIER, M; DROSTEN, C; VOLLMAR, P; ZWIRGMAIER, K; ZANGE, S; WOLFEL R; HOELSCHER, M. (2020). Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *N Engl J Med*. 2020 Mar 5;382(10):970-971 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32003551/>.
57. SANTOS, L. C. O., BATISTA, O. M., e CANGUSSU, M. C. T. (2010) Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology [online]*, v. 76, n. 4, pp. 416-422. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000400002>. Epub 30 Aug 2010. ISSN 1808-8686. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000400002>.

58. SCHMIDT, M. I., DUNCAN, B. B., e SILVA, G. A., MENEZES, A. M., MONTEIRO, C. A., BARRETO, S. M., CHOR, D., & MENEZES, P. R. (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, 377(9781), 1949–1961. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
59. SCHUTTE, H. W., HEUTINK, F., WELLENSTEIN, D. J., VAN DEN BROEK, G. B., VAN DEN HOOGEN, F. J. A., MARRES, H. A. M., VAN HERPEN, C. M. L., KAANDERS, J. H. A. M., MERKX, T. M. A. W., & TAKES, R. P. (2020). Impact of Time to Diagnosis and Treatment in Head and Neck Cancer: A Systematic Review. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 162(4), 446–457. <https://doi.org/10.1177/0194599820906387>
60. SEOANE J, TAKKOCHE B, VARELA-CENTELLES P, Tomás I, SEOANE-ROMERO J M,. (2012) Impact of delay in diagnosis on survival to head and neck carcinomas: a systematic review with meta-analysis. *Clin. Otolaryngol. Espanha*. 2012, 37, 99–106. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22429704/> Acesso em:15/04/2021.
61. SEOANE J; ALVAREZ-NOVO P, GOMES I; TAKKOCHE B, DIZ P, WARNAKULASIRUYA S; SEOANE-ROMERO J; VARELA-CENTELLES P. (2016.)Early oral cancer diagnosis: The Aarhus statement perspective. A systematic review and meta-analysis. *Head & Neck*, 38(1), E2182–E2189. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25783770>
62. SEOANE, J., TAKKOCHE, B., VARELA-CENTELLES, P., TOMÁS, I., & SEOANE-ROMERO, J. M. (2012). Impact of delay in diagnosis on survival to head and neck carcinomas: a systematic review with meta-analysis. *Clinical Otolaryngology*, 37(2), 99–106. <https://doi.org/10.1111/j.1749-4486.2012.02464.x>
63. SIM/MS 2022 Sistema de Informação sobre Mortalidade/Ministério da Saúde, Estatísticas de câncer (2021).
64. SOLIS, R. N., MEHRZAD, M., FAIQ, S., FRUSCIANTE, R. P., SEKHON, H. K., ABOUYARED, M., BEWLEY, A. F., FARWELL, D. G., & BIRKELAND, A. C. (2021). The Impact of COVID-19 on Head and Neck Cancer Treatment: Before and During the Pandemic. *OTO Open*, 5(4), 2473974X2110680. <https://doi.org/10.1177/2473974X211068075>
65. EDGE SB, COMPTON CC (2010). The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Ann Surg Oncol*. 2010 Jun;17(6):1471-4. doi: 10.1245/s10434-010-0985-4. PMID: 20180029.
66. TAN, H., PRESTON, J., HUNN, S., KWOK, M., & BORSCHMANN., M. (2021). 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*, 91(7–8), 1364–1368. <https://doi.org/10.1111/ans.17057>
67. VARELA-CENTELLES P., LÓPEZ-CEDRÚN JL., FERNÁNDEZ-SANROMÁN J., SEOANE-ROMERO J M., SANTOS DE MELO N., ÁLVAREZ-NÓVOA P., GÓMES, I., SEOANE J. (2017) Key points and time intervals for early diagnosis in symptomatic oral cancer: a systematic review. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*; 46: 1–10
68. WHO. World Health Organization. Noncommunicable diseases and mental health - Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Disponível em: <[https://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/)>
69. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.

70. WISE, J. (2020). COVID-19: Cancer mortality could rise at least 20% because of pandemic, study finds. *BMJ*, m1735. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1735>.

## ANEXO A- Comprovante de Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA.

**Pesquisador:** NISLEY DE SOUSA TOCCHIO DOS ANJOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 48231321.3.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.908.439

**Apresentação do Projeto:**

Conforme o documento 'PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1743238.pdf' postado em 02/08/2021:

"Resumo:

Durante a pandemia da doença do novo coronavírus 2019 (COVID-19), observou-se redução do número de atendimentos para diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço (CCP) devido às medidas de distanciamento social e às limitações enfrentadas pelos serviços de saúde. O objetivo deste estudo é avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 no atraso de diagnóstico de CCP dos pacientes atendidos na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital Universitário de Brasília. Inicialmente, será realizada análise dos prontuários de pacientes atendidos na Unidade que foram diagnosticados com neoplasias malignas de cabeça e pescoço, nos anos 2017, 2018, 2019 e 2020 para coleta de dados quanto ao intervalo de tempo da primeira consulta, ao diagnóstico e início do tratamento. A segunda etapa consistirá em um estudo retrospectivo no ano de 2021 e tão logo seja possível, o projeto será prospectivo com os resultados das novas biópsias. Posteriormente, os dados coletados serão comparados a fim de avaliar o impacto da pandemia no intervalo e número de diagnósticos.

Introdução:

No dia 31 de dezembro de 2019, a identificação de um novo coronavírus, denominado SARS-COV-2, foi anunciada em Wuhan, na China, caracterizando uma doença infecciosa de síndrome

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

## ANEXO B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa **“O Impacto da Pandemia de COVID-19 no Diagnóstico de Câncer de Cabeça e Pescoço no Hospital Universitário de Brasília”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Nisley de Sousa Tocchio dos Anjos, em nível de mestrado, e de seu professor orientador Paulo Tadeu de Souza Figueiredo. **Sua participação é voluntária.** Caso concorde em participar, deverá fornecer endereço de e-mail e contato telefônico para que o pesquisador possa manter contato. **É muito importante que o Senhor(a) guarde em seus arquivos este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual serve como confirmação/consentimento do seu interesse em participar dessa pesquisa.**

Nesta pesquisa estudaremos se a pandemia de COVID-19 pode implicar no atraso no diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço (CCP) nos pacientes atendidos no HUB. Para participar da pesquisa, este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será apresentado ao (a) Senhor(a) pela pesquisadora Nisley de Sousa Tocchio dos Anjos e equipe, no Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário de Brasília. Se concordar em participar, o(a) Senhor(a) precisa assinar este TCLE. Se o(a) Senhor(a) já é paciente e possui o diagnóstico de CCP e foi chamado para a consulta de retorno, que ocorre a cada 6 meses como rotina no serviço, também será convidado(a) a participar da pesquisa, depois da apresentação deste TCLE. Se concordar, também deverá assinar o presente TCLE.

Com a sua participação na pesquisa, o(a) Senhor(a) vai ser examinado numa consulta de retorno pela pesquisadora, Dra. Nisley de Sousa Tocchio dos Anjos, na Unidade de Saúde Bucal do HUB. Neste exame será verificado se o Senhor(a) possui alguma alteração na boca. As avaliações serão feitas por profissionais especializados, médicos e dentistas, e havendo qualquer alteração da normalidade em seus exames o(a) Senhor(a) será informado, diagnosticado e tratado.

O(a) Senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá. Os pesquisadores se comprometem com o mais rigoroso sigilo, pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Os resultados da pesquisa serão divulgados em meio acadêmico, podendo ser publicados posteriormente, e ainda assim sua identidade será preservada. Os resultados também serão divulgados para os participantes da pesquisa, caso queiram. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por cinco anos, após este período serão destruídos e a qualquer momento o(a) Senhor(a) poderá solicitar o acesso e/ou a retirada dos dados e do material. Serão tomados todos os cuidados para evitar qualquer tipo de constrangimento ao paciente, quebra de privacidade, exposição acidental de informações pessoais. O pesquisador assegura confidencialidade e sigilo dos dados (prontuários de pacientes)

O(a) Senhor(a) não terá nenhum ganho financeiro por participar da pesquisa. Todas as despesas diretamente relacionadas ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) que você e seu acompanhante tiverem, serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Em caso de algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) Senhor(a) poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil e terá todo apoio da equipe e da instituição para correção e/ou tratamento de possíveis riscos da pesquisa como por exemplo: infecção pós-operatória, perda de sutura (deiscência), hemorragia (sangramento), hematomas (manchas arroxeadas) na área que foi realizada a biópsia, bem como reações a alguns medicamentos e quaisquer outros efeitos advindos do procedimento.

Havendo necessidade de entrar em contato direto com o pesquisador responsável (Nisley de Sousa T. dos Anjos), o senhor(a) poderá fazê-lo pelo telefone (61) 99311-5284 (podendo ligar à cobrar) ou através do e-mail [nisleysousa@mail.com](mailto:nisleysousa@mail.com). Qualquer das situações acima será tratada pela equipe responsável pela pesquisa no Hospital Universitário de Brasília.

Após o término da pesquisa, como benefício direto, o(a) Senhor(a) continuará sendo acompanhado

pela equipe do ambulatório de Cirurgia e Traumatologia do HUB, na rotina do serviço.

Rubrica paciente

Rubrica Pesquisador Responsável

O principal benefício desta pesquisa, para o(a) Senhor(a), será a avaliação da sua saúde bucal, com o diagnóstico de possíveis alterações na boca. Com essa pesquisa poderemos demonstrar se a pandemia impactou no atraso de diagnóstico de CCP.

O papel do dentista seria o de triagem de pacientes com suspeita de câncer de cabeça e pescoço, quando esse paciente tivesse uma lesão na boca. A triagem se daria em ambiente odontológico, cujo acesso do paciente pode ser mais fácil do que no ambulatório médico. Assim, um benefício adicional dessa pesquisa é agilizar o diagnóstico precoce de manifestações orais de doenças, bem como seu tratamento.

Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento e pode se recusar a participar de qualquer procedimento, podendo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou coação para o(a) Senhor(a).

Não participaram deste estudo pacientes menores de 18 anos, bem como os maiores que, após esclarecimentos por contato prévio, optem por não fazer parte, e ainda aqueles que no exame histopatológico não seja diagnosticado CCP.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre Esclarecido ficará com o(a) Senhor(a). Caso tenha qualquer dúvida em relação à pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Nisley de Sousa Tocchio dos Anjos, pelo telefone: (61)99311-5284 (podendo inclusive fazer ligação a cobrar), ou diretamente no Ambulatório do HUB, pelo telefone: (61)20285000 ou por e-mail: nisleysousa@gmail.com.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a). Todas as folhas do TCLE deverão ser rubricadas pelo(a) Senhor(a) responsável e pelo pesquisador responsável.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

## ANEXO C - Questionário

**Questionário para pesquisa “O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO  
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO NO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA.”**

Período de Pesquisa: mar/2019 à mar/2021

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_ Número de identificação:  
\_\_\_\_\_

1) Você esperou para procurar atendimento médico devido a Pandemia de COVID-19?

( ) Sim ( ) Não

2) Você faz ou fez uso de:

Cigarro ( ) Tabaco ( ) Cigarro Eletrônico ( ) Narguilé ( ) Maconha ( ) ( ) Não

A. Quanto você fuma por dia? Especifique maços ou cigarros. \_\_\_\_/dia

B. Há quanto tempo você fuma? \_\_\_\_\_

C. Se você parou, há quanto tempo você parou? \_\_\_\_\_

3) Você faz ou fez uso de bebidas alcoólicas? Sim ( ) Não ( )

A. Se você parou, há quanto tempo você parou? \_\_\_\_\_

4) Você trabalha/trabalhou em exposição ao sol? Sim ( ) Não ( )

5) Você foi diagnosticado com HPV?

6) Datas estimadas

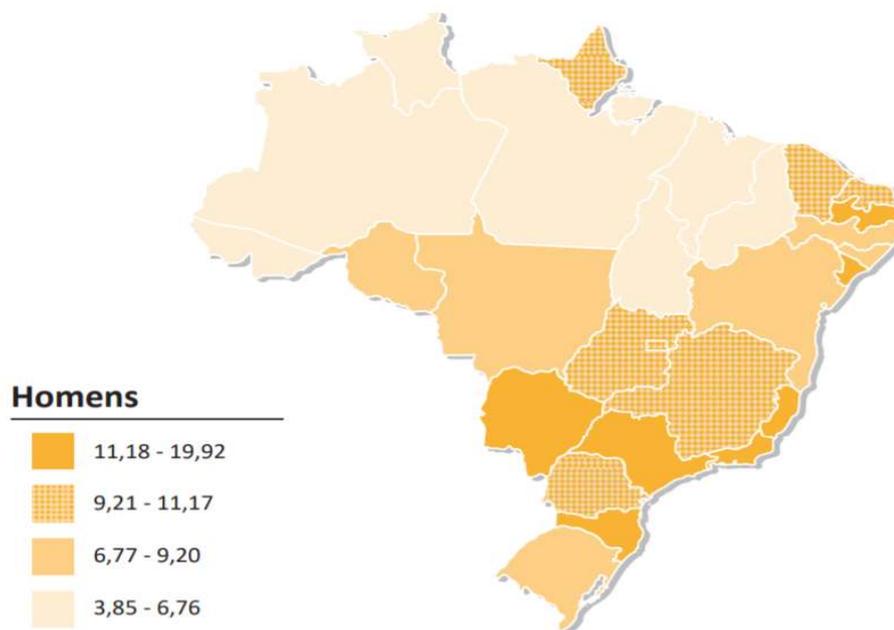
<b>Data Aparecimento da lesão (sinais e sintomas)</b>	<b>Data 1ª consulta</b>	<b>Data Solicitação da biópsia</b>	<b>Data da biópsia</b>	<b>Data do Diagnóstico</b>	<b>Data início tratamento</b>

## 7) Quais foram os sinais e sintomas percebidos?

	Boca dolorida		Problemas para abrir a boca		Nariz entupido
	Protuberância no pescoço		Problemas de mastigação		Diminuição do olfato
	Mancha branca		Problemas para engolir		Problemas para ouvir
	Mancha vermelha		Dor ao engolir		Drenagem na orelha
	Dor		Mudança na voz/Rouquidão		Visão dupla
	Sangramento		Dificuldade para respirar		Olhos lacrimejantes
	Dentes soltos		Dores de cabeça		Dormência/ formigamento
	Dentadura que não encaixa		Nariz escorrendo		Crescimento de pele
	Outro				

## Anexo D

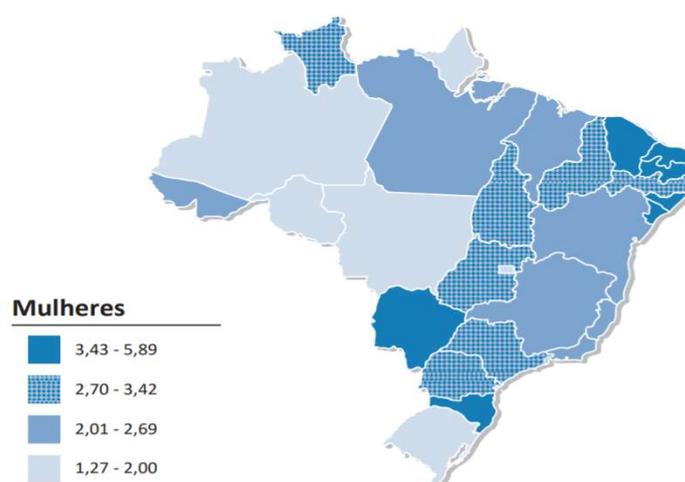
Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2020, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da cavidade oral)



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) 2020

## Anexo E

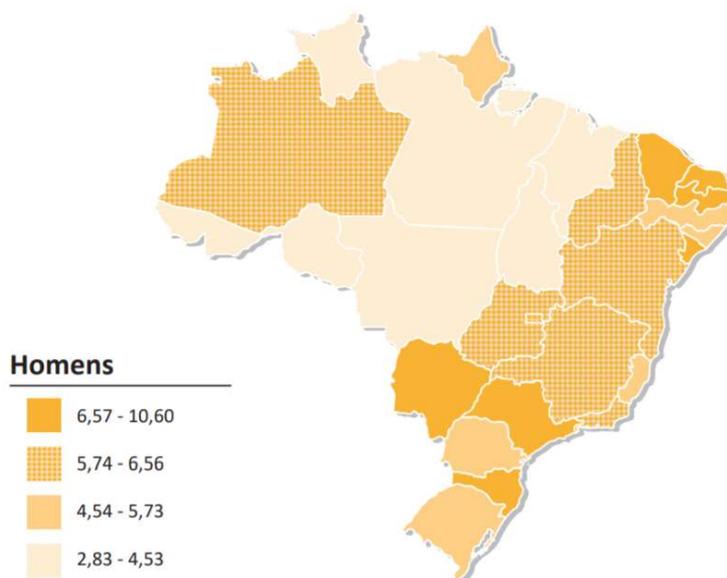
Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2020, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da cavidade oral)



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) 2020

## Anexo F

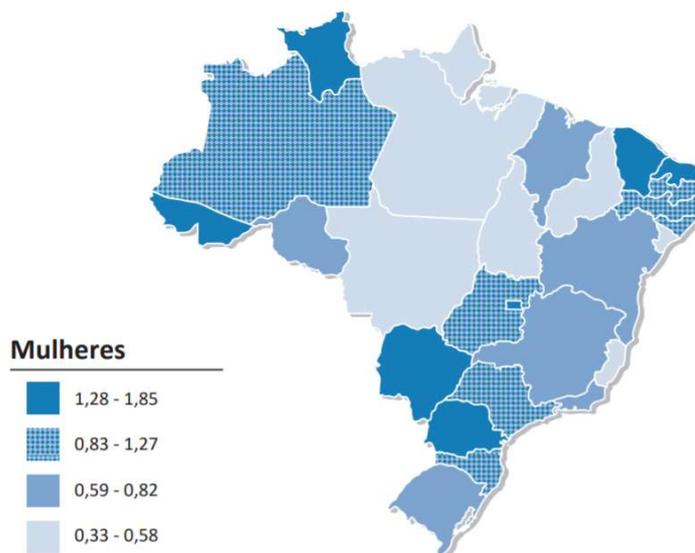
Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2020, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da laringe)



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) 2020

## Anexo G

Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2020, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da laringe)



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) 2020