



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARIZÂNGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA SANTIAGO

**ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER
BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ÓPTICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

FORTALEZA-CEARÁ

2016

MARIZÂNGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA SANTIAGO

ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER
BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ÓPTICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz

FORTALEZA-CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Santiago, Marizângela Lissandra de Oliveira.

Análise dos fatores relacionados ao diagnóstico do câncer bucal na atenção primária na óptica do cirurgião-dentista da estratégia saúde da família [recurso eletrônico] / Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 140 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientação: Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz.

1. Neoplasias bucais. 2. Diagnóstico precoce. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

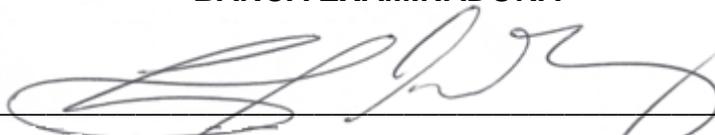
MARIZÂNGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA SANTIAGO

ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER
BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ÓPTICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde da
Família do Centro de Ciências da Saúde
da Universidade Estadual do Ceará, como
requisito parcial à obtenção do título de
mestre em Saúde da Família. Área de
concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 09 de novembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz (Orientador)

Universidade Estadual do Ceará – UECE



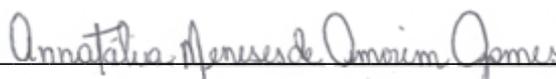
Profa. Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto

Universidade de Fortaleza – UNIFOR



Prof.a Dra. Ana Patrícia Pereira Morais

Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof.a Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes

Universidade Estadual do Ceará - UECE

Ao meu esposo e filhos, que, com muita paciência e compreensão, me acompanharam nessa jornada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela saúde, força e todas as coisas boas que tem me proporcionado.

Aos meus pais, pela formação pessoal que me deram e pelo apoio logístico que me prestaram, sem o qual não seria possível cursar o Mestrado.

Às minhas irmãs, pela companhia e carinho.

À Doutora Ana Patrícia Pereira Morais, pela orientação e apoio nas primeiras ideias para esta pesquisa.

Ao meu orientador, Dr. Erasmo Miessa Ruiz, pela orientação, confiança e tranquilidade transmitida.

Aos Membros da Banca, pelas contribuições dadas a este trabalho.

À UECE e Rede RENASF pela oportunidade de realizar o curso.

À Coordenação do Mestrado, pela organização e condução do curso.

Aos professores, pelo conhecimento transmitido.

Aos colegas de turma, pelos momentos compartilhados.

Aos colegas dentistas da Estratégia Saúde da Família que aceitaram participar da pesquisa, contribuindo para a Saúde Pública.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

(Charles Chaplin)

RESUMO

O câncer bucal é considerado um problema de saúde pública pela sua elevada morbidade e mortalidade. A etiologia do câncer bucal é multifatorial, englobando tanto a predisposição genética como fatores ambientais e comportamentais. Este estudo teve o objetivo de analisar os fatores que podem influenciar o diagnóstico do câncer bucal, na Atenção Primária, na óptica do cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família na 10ª Região de Saúde do Ceará. É uma pesquisa social de campo, transversal, de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, realizada no período de abril a setembro de 2016. Nela foi utilizada a técnica de entrevista para coleta dos dados, assim como aplicado um questionário, com 22 cirurgiões-dentistas, sobre seu perfil sociodemográfico e de formação. Para análise dos dados, aplicou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. Os resultados demonstraram um perfil de cirurgiões-dentistas adultos jovens, com idade de 20 a 40 anos, sendo a maior parte do gênero feminino e formados há menos de dez anos, predominantemente em faculdades privadas. A maioria é especialista clínico com vínculo empregatício sob contrato temporário. Foi detectada dificuldade de discernimento entre prevenção e diagnóstico precoce pelos participantes, 50% consideraram não ter conhecimento suficiente sobre câncer bucal e 72,7% relataram a necessidade de haver melhor capacitação desses profissionais. Dentre as principais estratégias utilizadas, estão: exame clínico das mucosas, busca ativa de lesões, ações de Educação em Saúde e trabalho em equipe. As maiores dificuldades encontradas para realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal foram questões relativas aos pacientes, como falta de conhecimento sobre a doença e o papel do dentista, medo, descuido com a própria saúde, baixa adesão às atividades educativas, questões culturais, dentre outras. No que diz respeito a dificuldades relativas aos profissionais, o perfil de formação e a desatualização relativamente ao tema foram os mais citados. Além disso, a grande demanda, escassez de tempo, falta de apoio da gestão, dificuldade de acesso e a desorganização do serviço foram apontadas como dificuldades relativas a este. A conduta dos cirurgiões-dentistas, ao detectar uma lesão bucal, é o encaminhamento para o serviço especializado, às vezes precedido de anamnese e/ou diagnóstico diferencial. Os profissionais geralmente registram os casos de lesões, mas não

conseguem fazer um controle efetivo. O cuidado com portadores de câncer, no entanto, é pautado no acolhimento, responsabilização e vínculo. Apesar de haver uma rede de atenção em saúde bucal bem estabelecida, esta não é conhecida pelos profissionais da Atenção Primária em sua totalidade. A dificuldade de comunicação entre os pontos da Rede mostrou-se como fragilidade a ser superada. Conclui-se que políticas públicas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal devem ser implantadas. Também se faz necessário reorganizar a Atenção Primária e esclarecer a população sobre o câncer bucal e o papel do dentista na sua prevenção e diagnóstico precoce.

Palavras-Chave: Neoplasias Bucais. Diagnóstico Precoce. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Oral cancer is considered a public health problem because of its high morbidity and mortality. The etiology of oral cancer is multifactorial, encompassing both genetic predisposition and environmental and behavioral factors. This study had the objective of analyzing the factors that may influence the diagnosis of oral cancer in Primary Care, from the perspective of the dentist of the Family Health Strategy in the 10th Region of Health of Ceará. It is a cross-sectional exploratory field social survey with a qualitative approach, carried out from April to September 2016. It used the interview technique for data collection, as well as a questionnaire with 22 dentists, on their sociodemographic and training profile. To analyze the data, the Laurence Bardin Content Analysis technique was applied. The results showed a profile of young adult dental surgeons, aged 20 to 40 years, most of them female and trained less than ten years ago, predominantly in private colleges. The majority is a clinical specialist with employment contract under temporary contract. Difficulty of discernment between prevention and early diagnosis was detected by the participants, 50% considered that they did not have enough knowledge about oral cancer and 72.7% reported the need for better training of these professionals. Among the main strategies used are: clinical examination of mucous membranes, active search of lesions, actions of Health Education and teamwork. The greatest difficulties encountered in the prevention and early diagnosis of oral cancer were questions related to patients, such as a lack of knowledge about the disease and the role of the dentist, fear, carelessness, poor adherence to educational activities, cultural issues, among others. Regarding difficulties related to professionals, the training profile and the outdatedness regarding the theme were the most cited. In addition, the great demand, shortage of time, lack of management support, difficulty of access and disorganization of the service were pointed out as difficulties related to this. The dental surgeon's conduct, when detecting an oral lesion, is referral to the specialized service, sometimes preceded by anamnesis and / or differential diagnosis. Professionals usually record injuries, but can not effectively control them. Care with cancer patients, however, is based on acceptance, accountability and bonding. Although there is a well-established oral health care network, it is not known to primary care professionals in their entirety. The difficulty of communication between

the points of the Network was shown as fragility to be overcome. We conclude that public policies for the prevention and early diagnosis of oral cancer should be implemented. It is also necessary to reorganize primary care and clarify the population about oral cancer and the role of the dentist in its prevention and early diagnosis.

Keywords: Oral neoplasms. Early diagnosis. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 -	Fluxo do paciente com lesão bucal entre os pontos da rede de atenção em saúde bucal, 2016.....	45
QUADRO 1 -	Categorias e subcategorias para análise de conteúdo do questionário e das entrevistas aplicadas aos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	50
QUADRO 2 -	Proposta de plano de ação a ser implantado na 10ª Região de Saúde do Ceará, com vistas à prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, 2016.....	112
GRÁFICO 1	Diagnóstico de câncer bucal e de desordens - potencialmente malignizáveis realizados no CEO Regional de Limoeiro do Norte, 2013-2016.....	21
GRÁFICO 2	Aperfeiçoamento dos cirurgiões-dentistas da Estratégia - Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	56
GRÁFICO 3	Distribuição das especialidades dos 14 cirurgiões-dentistas - da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	57
GRÁFICO 4	Relação entre as dificuldades para realizar a prevenção e o - diagnóstico precoce do câncer bucal e os fatores envolvidos, na óptica dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	79

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Cobertura por Equipes de Saúde Bucal dos onze municípios da 10ª Região de Saúde do Ceará, Maio - 2016	44
TABELA 2 -	Variáveis sociodemográficas da população de cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	53
TABELA 3 -	Concepções dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará acerca da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer bucal, 2016.....	59
TABELA 4 -	Fatores de risco para o câncer bucal citados pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	62
TABELA 5 -	Aspectos das lesões considerados sinais de alerta para o câncer bucal pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016	66
TABELA 6 -	Percepção dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará sobre seu conhecimento com relação ao câncer bucal, 2016.....	67
TABELA 7 -	Relatos dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará acerca das capacitações, 2016.....	68
TABELA 8 -	Estratégias de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal utilizadas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	69
TABELA 9 -	Situações em que é feito exame das mucosas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	70
TABELA 10 -	Ações de busca ativa realizadas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	73

TABELA 11	Percepção dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará a respeito das campanhas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, 2016.....	75
TABELA 12 -	Ações de educação em saúde realizadas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	75
TABELA 13 -	Percepção dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará acerca do autoexame, 2016.....	76
TABELA 14 -	Ações realizadas pela equipe multiprofissional relatadas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	77
TABELA 15 -	Outras ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal praticadas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	77
TABELA 16 -	Dificuldades relacionadas ao profissional para realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal, na óptica dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	80
TABELA 17 -	Dificuldades relacionadas ao serviço para realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal, na óptica dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	83
TABELA 18 -	Dificuldades relacionadas ao paciente para realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal, na óptica dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	88
TABELA 19 -	Outras dificuldades encontradas para realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal, na óptica dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	93

TABELA 20 -	Conduta dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará ao detectar uma lesão bucal, 2016.....	95
TABELA 21 -	Registro e controle das lesões bucais encontradas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	96
TABELA 22 -	Ações de acolhimento, responsabilização e vínculo dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará com portador de lesão bucal, 2016.....	99
TABELA 23 -	Experiências dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará com o câncer bucal, 2016.....	101
TABELA 24 -	Conhecimento dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará sobre a Rede de Atenção em Saúde Bucal, 2016.....	103
TABELA 25 -	Fatores da Rede que favorecem o diagnóstico do câncer bucal na óptica dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016	104
TABELA 26 -	Comunicação entre os pontos de atenção e fragilidades da Rede de Atenção em Saúde Bucal da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.....	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CEC	Carcinoma Espinocelular
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEO-R	Centro de Especialidades Odontológicas Regional
CESAU	Conselho Estadual de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DAB	Departamento da Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EaD	Educação à Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
HIPERDIA	Hipertenso e diabético
HPV	Vírus do Papiloma Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
PMAQ	Programa de Avaliação de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
RAS	Rede de Atenção em Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SB	Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal

UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	GERAL.....	23
2.2	ESPECÍFICOS.....	23
3	MARCO TEÓRICO.....	24
3.1	O CÂNCER DE BOCA E OS NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	24
3.2	ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL: DO MODELO TRADICIONAL À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	28
3.2.1	O modelo de atenção odontológico e a política de saúde bucal....	28
3.2.2	A Estratégia Saúde da Família e a equipe de saúde bucal.....	31
3.2.2.1	O cirurgião-dentista e o câncer bucal na atenção primária.....	33
3.2.3	A rede de atenção em saúde bucal.....	40
3.2.3.1	Contexto do cenário do estudo.....	43
4	METODOLOGIA.....	47
4.1	NATUREZA DO ESTUDO.....	47
4.2	O CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO.....	48
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	48
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	49
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	50
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
5.1	CATEGORIA PERFIL DO PROFISSIONAL.....	53
5.2	CATEGORIA CONHECIMENTO.....	59
5.2.1	Subcategoria concepções sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal	59
5.2.2	Subcategoria fatores de risco.....	61
5.2.3	Subcategoria diagnóstico clínico.....	65
5.2.4	Subcategoria percepções sobre o conhecimento.....	66
5.3	CATEGORIA ESTRATÉGIAS.....	69
5.3.1	Subcategoria exame das mucosas.....	69
5.3.2	Subcategoria busca ativa	72

5.3.3	Subcategoria Educação em Saúde	75
5.3.4	Subcategoria trabalho em equipe	76
5.3.5	Subcategoria outras ações.....	77
5.4	CATEGORIA DIFICULDADES.....	79
5.4.1	Subcategoria dificuldades relacionadas ao profissional.....	80
5.4.2	Subcategoria dificuldades relacionadas ao serviço de saúde.....	83
5.4.3	Subcategoria dificuldades relacionadas ao paciente.....	87
5.4.4	Subcategoria outras dificuldades.....	92
5.5	CATEGORIA PRODUÇÃO DO CUIDADO	95
5.5.1	Subcategoria conduta ao detectar lesão bucal.....	95
5.5.2	Subcategoria registro e controle dos casos de lesões.....	96
5.5.3	Subcategoria acolhimento, responsabilização e vínculo.....	98
5.6	CATEGORIA REDE DE ATENÇÃO.....	102
5.6.1	Subcategoria conhecimento da rede.....	102
5.6.2	Subcategoria potencialidades da rede.....	103
5.6.3	Subcategoria fragilidades da rede.....	105
6	CONCLUSÃO.....	110
	REFERÊNCIAS.....	118
	APÊNDICES.....	129
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	130
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA...	131
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	132
	APÊNDICE D – TERMOS DE ANUÊNCIA.....	133
	ANEXO.....	137
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	138

1 INTRODUÇÃO

O câncer - também chamado neoplasia maligna - é a segunda maior causa de morte no Brasil, segundo dados de informações de saúde no Portal da Saúde, do Ministério da Saúde (DATASUS, 2016), ficando atrás somente das doenças cardiovasculares. O câncer bucal é aquele que afeta os lábios e o interior da cavidade oral, tendo sido o causador da morte de 7.144 brasileiros, em 2013. A estimativa para o ano de 2016, no Brasil, foi de 11.140 casos novos de câncer bucal em homens e 4.350 em mulheres (INCA, 2015).

A etiologia do câncer bucal é multifatorial, englobando tanto a predisposição genética como fatores ambientais e comportamentais, como uso do tabaco, ingestão de bebidas alcoólicas, exposição à radiação solar, produtos químicos carcinogênicos e alguns microorganismos cuja integração pode resultar em manifestação do agravo (LIMA *et al.*, 2005). Todos esses fatores, juntamente com a idade (mais de 45 anos), a dieta e o papiloma vírus humano, são considerados fatores de risco para o câncer bucal (LEITE; GUERRA; MELO, 2005), visto que podem desencadear desordens potencialmente malignizáveis na mucosa bucal, as quais são passíveis de evolução para lesão maligna se não forem tratadas adequadamente. O Instituto Nacional do Câncer considera a má higiene oral como fator de risco para o câncer bucal (INCA, 2016). O conhecimento sobre os fatores de risco para o câncer bucal orienta que este deve ser procurado em toda população, principalmente nas pessoas que expressem exposição a um ou mais fatores (BRASIL, 2002a).

Visto que a maioria dos cânceres é de progressão lenta, alguns tipos podem ser evitados, como é o caso do câncer bucal, desde que seja dada ênfase à promoção à saúde, ao aumento do acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce (BRASIL, 2008a). Além disso, a detecção numa fase inicial da doença enseja uma condição mais favorável para seu tratamento e, conseqüentemente, para sua cura (INCA, 2016).

O crescente aumento do número de casos novos de câncer requer maior investimento de recursos financeiros e melhor organização do sistema de saúde para dar conta das necessidades do diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

Logo, medidas preventivas e de controle do câncer devem ser implementadas, merecendo a mesma atenção das medidas assistenciais (INCA, 2016).

Sendo assim, várias são as estratégias que podem ser utilizadas com vistas à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal. Dentre elas, podem ser citadas a realização de um completo exame da cavidade bucal pelos profissionais dentistas; busca ativa para realização desse exame, de maneira periódica; desenvolvimento de ações de promoção da saúde direcionadas ao controle dos fatores de risco; capacitação dos profissionais dentistas para que possam reconhecer lesões malignas ou desordens com potencial de malignização; e acompanhamento contínuo dos pacientes referenciados para diagnóstico especializado (BRASIL, 2008a).

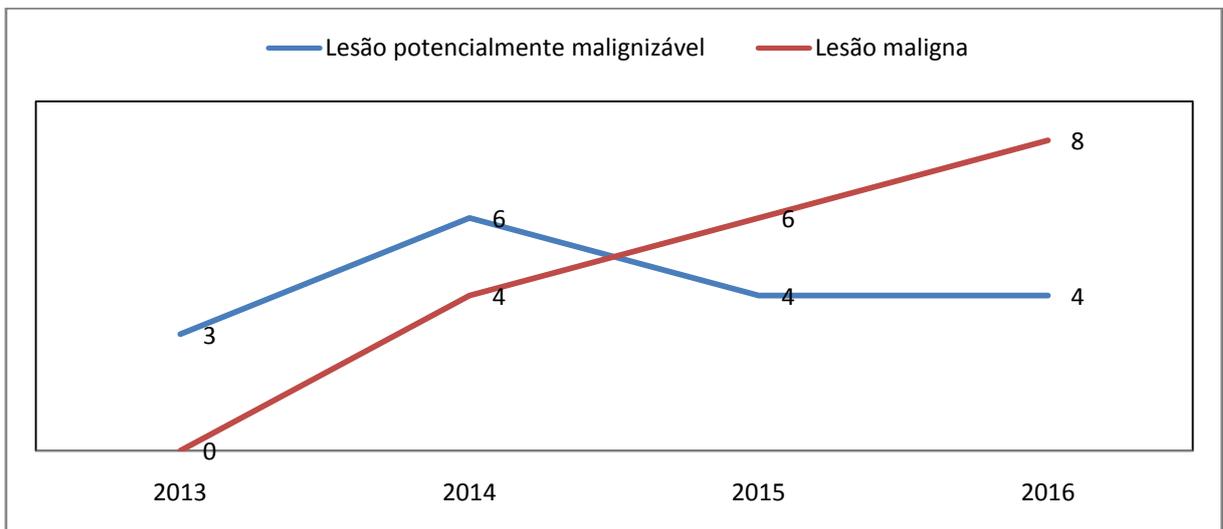
Tais estratégias podem ser utilizadas pelos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária, especialmente na Estratégia Saúde da Família. Por intermédio desta, há o estabelecimento de vínculo entre o profissional e uma população adscrita, assim como uma atuação mediada pela vigilância à saúde, tornando possível a realização do rastreamento de desordens potencialmente malignizáveis e de lesões malignas em estágios iniciais por meio do acompanhamento contínuo das pessoas expostas aos fatores de risco.

Durante a minha trajetória como cirurgiã-dentista na Estratégia Saúde da Família por nove anos, e, posteriormente, como coordenadora de saúde bucal por quase dois anos, pude observar a dificuldade de se estabelecer como rotina o exame das mucosas bucais, sendo essa dificuldade uma realidade para muitos dentistas. A elevada demanda por tratamento de problemas dentários, decorrente da histórica desassistência odontológica; o encurtamento dos turnos para atendimento, comum na Estratégia Saúde da Família, e a produtividade pautada na quantidade de procedimentos realizados automatizam o atendimento do cirurgião-dentista pela necessidade de produzir um procedimento clínico no reduzido intervalo de tempo destinado a cada paciente, sobrepondo-se à consulta odontológica, por meio da qual é possível investigar a história de vida do paciente, numa atuação integral.

No entanto, a partir do Mestrado Profissional em Saúde da Família, percebi a necessidade de aprofundar o conhecimento com relação à temática do câncer bucal, com a finalidade de compreender os fatores envolvidos no diagnóstico dessa patologia.

Foi por meio, porém, da minha atual função de diretora administrativa do Centro de Especialidades Odontológicas Regional (CEO-R) Dr. João Eduardo Neto, localizado no Município de Limoeiro do Norte - Ceará, que pude constatar a grande dificuldade de se realizar o diagnóstico precoce do câncer bucal na 10ª Região de Saúde do Ceará. Desde que iniciei minhas atividades no CEO-R, há dois anos e dez meses, observo que a maioria dos casos de câncer bucal referenciados para aquela Unidade de Saúde chegou com estágio avançado, evolução de mais de um ano, sintomatologia dolorosa, destruição tecidual e/ou limitações de função, fatores estes que levaram os portadores a procurarem o serviço de saúde, viabilizando o diagnóstico, embora tardio. Além disso, o número de casos de câncer bucal diagnosticados no CEO-R tem aumentado progressivamente, a cada ano, sendo somente um caso diagnosticado na fase *in situ*, no período de quatro anos, enquanto o total de desordens potencialmente malignizáveis se mantém constante em um patamar bem inferior (Gráfico 1), evidenciando a dificuldade de realizar o diagnóstico precoce.

Gráfico 1 - Diagnóstico de câncer bucal e de desordens potencialmente malignizáveis realizados no CEO Regional de Limoeiro do Norte, 2013-2016.



Fonte: Livro de registro e acompanhamento de biópsias do CEO Regional Limoeiro do Norte, 2016.

Com suporte nessas evidências, surgiram-me os seguintes questionamentos: quais os motivos da demora da chegada do paciente com câncer bucal ao serviço especializado na 10ª Região de Saúde do Ceará? Que fatores podem influenciar o diagnóstico do câncer bucal na Atenção Primária em Saúde

(APS)? O cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará tem conhecimento suficiente sobre câncer bucal, de maneira a permitir o reconhecimento de fatores de risco e a identificação precoce de desordens potencialmente malignizáveis e de lesões malignas? Como esse cirurgião-dentista reconhece suas práticas dentro da Estratégia Saúde da Família, de modo a realizar ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal? Como se dá a condução dos casos, pela Equipe de Saúde Bucal, de lesões bucais identificadas na Estratégia Saúde da Família? Qual o cuidado prestado pela Equipe de Saúde Bucal/Saúde da Família ao usuário com diagnóstico confirmado de lesão bucal maligna?

Ante do exposto, este estudo teve o objetivo de analisar os fatores que possam influenciar o diagnóstico do câncer bucal, na APS, na óptica do cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família na 10ª Região de Saúde do Ceará. O experimento é capaz de possibilitar a identificação dos fatores que contribuem para o diagnóstico do câncer bucal, permitindo posterior atuação sobre as fragilidades encontradas, no sentido de fortalecer a APS, por via da Estratégia Saúde da Família, na atenção e gestão do cuidado em saúde bucal. Sendo assim, o estudo permitiu a expressão da reflexão crítica dos cirurgiões-dentistas sobre a sua prática profissional e fornece subsídios para a elaboração de um plano de ação visando à implantação de estratégias de superação das dificuldades encontradas por intermédio da pesquisa, no tocante ao diagnóstico do câncer bucal, buscando a efetivação da vigilância em saúde bucal e do cuidado integral.

O estudo foi organizado em seis categorias temáticas, obtendo-se como principais achados: o conhecimento insuficiente sobre o tema pelos profissionais da Atenção Primária; uma variedade de estratégias utilizadas por eles, em concordância com as preconizadas pelo Ministério da Saúde; as principais dificuldades encontradas são relativas ao paciente, podendo estar, também, associadas ao profissional ou ao serviço de saúde; produção do cuidado pautada no acolhimento, responsabilização e vínculo; e a existência de uma Rede de Atenção em saúde bucal bem estabelecida, fato que favorece o diagnóstico precoce.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar os fatores que influenciam o diagnóstico do câncer bucal na Atenção Primária em Saúde, na óptica do cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família, do Ceará.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Traçar o perfil sociodemográfico e de formação dos dentistas da Estratégia Saúde da Família, da 10^a Região de Saúde do Ceará, participantes deste estudo;
- b) Identificar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre câncer bucal e as estratégias utilizadas pela equipe de saúde bucal para sua detecção na Estratégia Saúde da Família;
- c) Delimitar os fatores que favorecem ou dificultam o diagnóstico precoce do câncer bucal na atenção primária;
- d) Descrever como se dá a condução dos casos suspeitos e as ações da equipe de saúde bucal/saúde da família mediante a confirmação do diagnóstico de câncer bucal;
- e) Compreender a influência da Rede de Atenção em Saúde no diagnóstico do câncer bucal.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 O CÂNCER DE BOCA E OS NÍVEIS DE PREVENÇÃO

O câncer bucal pode ser considerado um problema de saúde pública em razão dos seus elevados índices de morbidade e mortalidade (SANTOS *et al.*, 2011; TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estimou-se uma incidência nacional de 15.490 casos novos para o ano de 2016 (INCA, 2015).

No Brasil, a incidência do câncer bucal é considerada uma das mais altas do mundo, estando entre os cinco tipos de câncer mais comuns que acometem o gênero masculino. Pode ser considerado o câncer mais comum da região de cabeça e pescoço, excluindo-se o câncer de pele (DEDIVITIS *et al.*, 2004). Na Região Nordeste, o câncer bucal é o quinto mais frequente entre os homens e o nono entre as mulheres. O Ceará é o oitavo Estado brasileiro com maior número de casos novos de câncer bucal estimados para 2016 (INCA, 2015).

Embora os avanços do conhecimento técnico-científico no manejo das neoplasias malignas sejam notórios, ele não consegue traduzir-se em ações que influem positivamente nos indicadores de incidência e de morbimortalidade dessa doença (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012). A última estimativa mundial apontou que ocorreriam cerca de 300 mil casos novos e 145 mil óbitos, para o ano de 2012, por câncer de boca e lábio. Desses, cerca de 80% incidiram em regiões menos favorecidas (INCA, 2015).

A possibilidade de redução da incidência do câncer de boca está relacionada ao conhecimento e controle dos fatores de risco que levam ao desenvolvimento da doença (SANTOS *et al.*, 2011). O diagnóstico precoce de distúrbios potencialmente malignizáveis e de lesões malignas, no entanto, é necessário, o que pode ser feito por meio do exame clínico dos tecidos da boca, realizado obrigatoriamente por um profissional de saúde capacitado, com suporte no qual será possível identificar tanto distúrbios potencialmente malignizáveis quanto o câncer em estágios iniciais, possibilitando um tratamento menos agressivo e o aumento da sobrevivência (INCA, 2016).

Os principais fatores de risco para o câncer da cavidade oral são: tabagismo, etilismo, infecções por HPV, principalmente pelo tipo 16, e exposição à radiação solar (câncer de lábio) (INCA, 2016). Entre esses fatores, contudo, se destacam o tabagismo e o etilismo.

Estudos mostram um risco muito maior de desenvolver câncer na cavidade oral em tabagistas e etilistas do que na população em geral, evidenciando a existência de uma sinergia entre o tabagismo e o etilismo. Ressaltam, ainda, um aumento no risco de acordo com o tempo que a pessoa fuma, com o número de cigarros fumados por dia e com a frequência de ingestão de bebidas alcoólicas (INCA, 2016).

Dedivits *et al.* (2004) constataram que, dos pacientes com carcinoma espinocelular (CEC) de boca tratados em dois hospitais em Santos, de 1997 a 2000, 35% fumavam até 40 cigarros por dia, enquanto 23,2% não denotavam antecedentes de fumo. Além disso, 74% eram etilistas, enquanto os demais relataram não ingerir bebida alcoólica.

A taxa de incidência para câncer de cavidade oral, em amígdala, base da língua e orofaringe, relacionada à infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), vem aumentando entre a população de adultos jovens em ambos os gêneros. Parte desse crescimento pode ocorrer em razão de mudanças no comportamento sexual (INCA, 2016). Soares *et al.* (2002) detectaram os tipos de HPV anogenitais de alto risco (HPV 16/18) em lesões malignas de mucosa oral, sugerindo o envolvimento do HPV na transformação maligna celular dessa mucosa. Xavier, Bussoloti Filho e Lancellotti (2005) identificaram sinais sugestivos de infecção pelo HPV em 75% das amostras de tumores de CEC da cavidade oral e orofaringe, examinados microscopicamente.

Alguns estudos, entretanto, apontam a maior participação do HPV como agente sinérgico ou cocarcinógeno do câncer de boca, à semelhança do carcinoma uterino, potencializando a carcinogênese quando associado a outros carcinógenos químicos e físicos de grande importância, como o fumo e o álcool, estando apenas uma reduzida percentagem de carcinomas orais associada exclusivamente à ação das proteínas virais (OLIVEIRA *et al.*, 2003; VIDAL *et al.*, 2004).

Em suma, é inegável a importância dos fatores de risco, atuam eles independente ou sinérgicamente, na gênese do câncer bucal. Esse fato torna mister

que ações sobre esses fatores sejam adotadas como expediente para prevenção do câncer bucal em seus vários níveis.

Nesse sentido, com suporte nos conceitos da Medicina preventiva de Leavell & Clarck (1976), a prevenção das doenças, dentre elas o câncer bucal, pode ser dividida em fases - primária, secundária e terciária. A prevenção primária é a prevenção de processos patogênicos antes do início da doença (pré-patogênico), visando à redução da incidência e da prevalência da patologia mediante ações que proporcionem a modificação dos hábitos da comunidade, buscando interromper ou diminuir os fatores de risco antes que a doença se instale (PETERSEN, 2009). A Educação em Saúde é elemento importante para esse objetivo (BUSS, 2000).

Sendo assim, a prevenção primária pode ser dar por meio de dois níveis: da promoção da saúde e da proteção específica contra agentes patológicos. A Promoção da Saúde consiste, por um lado, em ações que visam ao estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente, tendendo a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle das próprias pessoas, como hábitos de fumar, beber etc. Por outro lado, consiste em atuar nos fatores mais gerais que interferem nas condições de saúde da população, como a melhoria da qualidade de vida das pessoas, da situação educacional e sanitária, assim como melhoria das condições de vida e trabalho (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2011; BUSS, 2000).

A prevenção secundária é empregada durante o período patogênico, quando o processo saúde-doença já foi estabelecido. Pretende alcançar uma evolução clínica favorável e atingir os melhores resultados para as pessoas afetadas. Para atingir essas metas, são definidos outros dois níveis: o diagnóstico precoce, com tratamento imediato, e a limitação da deficiência (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2011).

O diagnóstico precoce é aquele realizado em uma fase anterior ao ato de o paciente expressar alguma queixa clínica, sendo possível realizá-lo quando o caso é câncer bucal, já que este pode levar meses antes de demonstrar sinal ou sintoma percebido pelo paciente. Ele faz com que os níveis de cura alcancem mais de 90% dos casos (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012). Muitos estudos em Estomatologia

ênfatizam a identificação de lesões orais ou condições sistêmicas com potencial de malignização como atividade prioritária de prevenção secundária.

A prevenção terciária diz respeito ao momento quando o processo saúde-doença alcançou a cura ou progrediu para estado crônico, defeitos irreversíveis ou incapacidade (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2011). Tem o objetivo de limitar o dano e melhorar a qualidade de vida das pessoas durante ou após o tratamento, tentando reintegrar a pessoa à sociedade (BUSS, 2000).

Com efeito, conclui-se que, para reduzir a morbimortalidade e as sequelas produzidas pelo câncer bucal, faz-se necessário atuar na primeira e na segunda fases da prevenção. Isso pode ser feito ativando-se ações educativas e o diagnóstico precoce realizado com amparo no exame clínico dos tecidos da boca por um profissional de saúde capacitado. O autoexame não deve ser preconizado como método preventivo, pois há risco de mascarar lesões e retardar o diagnóstico do tumor (INCA, 2016).

Como a maioria dos casos de câncer bucal é diagnosticada tardiamente, as sequelas da doença e/ou tratamento tendem a ser profundas, visto que os tratamentos de pacientes com tumor podem ser agressivos, acarretando modificações do esquema corporal e da imagem inconsciente do corpo. A cirurgia do câncer de boca pode causar grande mutilação, levando à modificação significativa na estrutura facial, perdas funcionais e estéticas, atingindo o psiquismo e acarretando mudanças profundas na subjetividade do seu portador, o que ocasiona problemas na sua vida singular e social (TEIXEIRA, 2009).

O diagnóstico tardio pode estar relacionado a diversos fatores, dentre eles: a desinformação da população; a falta de alerta dos profissionais da saúde para o diagnóstico precoce dos casos; e a falta de rotinas abrangentes programadas nos serviços de saúde, públicos e privados, que favoreçam a detecção do câncer (THOMAZ; CUTRIM; LOPES, 2000). O não reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer bucal pelo paciente o leva a não procurar o serviço de saúde ao detectá-los, procedendo à automedicação e elevando o tempo entre o aparecimento da lesão e seu diagnóstico.

A falta de alerta dos cirurgiões-dentistas foi detectada por Cimardi e Fernandes (2009), visto que, em seus estudos, 21,9% daqueles profissionais não julgavam necessário realizar o exame das mucosas. Tal fato evidencia a

necessidade de engajamento, de modo mais efetivo, com as ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. A inclusão dessas ações na agenda da Saúde Bucal, de maneira programada, é necessária à sua implantação na rotina da ESB.

Veloso *et al.* (2012) apontam, ainda, como causas do retardo no diagnóstico do câncer bucal a falta de capacitação dos profissionais para o diagnóstico precoce da lesão maligna ou das desordens potencialmente malignas e a falta de um sistema local de saúde estruturado para atender pacientes com lesões bucais e possibilitar um diagnóstico rápido destas. A falha no reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer bucal pode induzir o profissional a negligenciar as alterações encontradas, inviabilizando a conduta adequada ao caso e, por consequência, o diagnóstico precoce.

A estruturação da média complexidade na Odontologia, por meio da implantação dos CEOs, proporciona a continuidade da assistência pelo encaminhamento de procedimentos de maior densidade tecnológica, mantendo a integridade da linha do cuidado em saúde bucal (MELLO *et al.*, 2014). O fluxo do paciente dentro da Rede, no entanto, torna-se possível, apenas, se houver acesso ao serviço de saúde por via da Atenção Primária, a porta de entrada no sistema, havendo necessidade de reorganização desse nível de atenção.

Nesse sentido, faz-se necessária a estruturação do serviço de saúde e a implantação de políticas públicas voltadas para o controle do câncer bucal, de modo que o cuidado em saúde bucal não se dê através de ações isoladas de alguns profissionais, mas que realmente seja institucionalizada como uma ação governamental.

3.2 ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL: DO MODELO TRADICIONAL À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

3.2.1 O modelo de atenção odontológico e a política de saúde bucal

Modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais são combinações tecnológicas (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde (PAIM, 2002).

A maneira como os modelos assistenciais são organizados está vinculada a determinado paradigma. O modelo biomédico está assentado no paradigma biomédico, para o qual a saúde é apenas a ausência de doença, havendo exclusão do contexto psicossocial dos significados, dos quais depende uma compreensão plena e adequada dos pacientes e suas doenças (MARCO, 2006).

O modelo biomédico é o modelo tradicional e hegemônico no País, e está voltado para a assistência à doença, em seus aspectos individuais e biológicos, estando centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologias, assim como no consumo de medicamentos como respostas para o enfrentamento dos problemas de saúde, demandando alto custo (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

No entanto, o atual cenário sanitário brasileiro é caracterizado por uma transição paradigmática, na qual emerge o paradigma contemporâneo de promoção da saúde, que busca sustentar modelos de assistência à saúde comprometidos com os princípios do SUS de universalidade, equidade e justiça social, entre outros (SILVA *et al.*, 2013). Para esse novo paradigma, a saúde pode ser conceituada como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida (WHO, 1986).

Desde 1990, o Brasil vem buscando modificar o modelo tradicional de assistência à saúde, já que ele não tem sido suficiente para melhorar o perfil de saúde da população brasileira. Nesse contexto, surge, então, a Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma proposta inovadora que tem buscado modificar as práticas de saúde e o modo de organização das ações com vistas a substituir o modelo biomédico de assistência à saúde (SILVA *et al.*, 2013).

Com relação à saúde bucal, ela também refletiu, ao longo de anos de atuação, a reprodução de práticas hegemônicas de assistência à saúde, com pouca capacidade de equacionar os principais problemas da população (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Somente com o advento do SUS, nos anos de 1990, surgiram modelos inovadores de saúde bucal. Porém tais modelos, apesar de terem uma perspectiva preventivo-promocional, não estavam em consonância com os princípios do SUS de integralidade das ações, universalidade e equidade (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008), o que só se tornou possível com a inclusão do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde

da Família, em 2000, através das Equipes de Saúde Bucal, por meio da Portaria Ministerial nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000).

No entanto, apenas em 2004 foi elaborada a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, a qual resgatou o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica por meio de ações governamentais que visam superar a falta de compromisso com a saúde bucal da população e o histórico abandono, a qual ficou limitada em seu exercício de cidadania durante décadas.

Essa Política tem trazido resultados favoráveis e visíveis em prol da melhoria das condições de vida (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006). Ela apresenta diretrizes que

Apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2004a, p. 3).

Nesse sentido, a Política do Brasil Sorridente surgiu como uma alternativa para a melhoria da atenção à saúde de todos os brasileiros, tornando possível a realização de ações conjuntas através da participação da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, permitindo a realização de um trabalho em equipe multiprofissional.

No que diz respeito ao câncer bucal, somente 11 anos depois da implantação da Política de Saúde Bucal, foi sancionada uma lei que coloca em evidência a importância de se trabalhar essa questão, a Lei nº 13.230, de 28 de dezembro de 2015 - que instituiu a Semana Nacional de Prevenção do Câncer Bucal, a qual deverá ser celebrada na primeira semana de novembro, anualmente. Dentre os objetivos dessa semana, estão: o estímulo às ações de prevenção e campanhas educativas relacionadas ao câncer bucal; promoção de debates e eventos sobre políticas públicas de atenção integral aos portadores de câncer bucal; apoiar as atividades organizadas pela sociedade com vistas ao controle do câncer bucal; assim como difundir avanços técnico-científicos relacionados ao câncer bucal (BRASIL, 2015a).

Apesar dessa iniciativa do Governo Federal, será um grande desafio tornar as ações da saúde bucal visíveis durante o mês de novembro, concorrendo com a Campanha Nacional de Prevenção do Câncer de Próstata (Novembro Azul), já bem implantada em nível nacional e com grande divulgação da mídia.

3.2.2 A Estratégia Saúde da Família e a equipe de saúde bucal

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Ela tem como eixo fundamental a proteção, a prevenção e a promoção da saúde, a integralidade, a territorialização, com definição da área de abrangência, a coordenação do cuidado, o trabalho em equipe multiprofissional e a continuidade das ações de saúde, visando atender às necessidades de saúde da população, a partir do núcleo familiar, por meio de uma nova concepção do processo saúde-doença (SILVA; SENNA; JORGE, 2013).

A atenção básica é estruturada como primeiro ponto de atenção das Redes de Atenção à Saúde. Estas se constituem em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de modo complementar e com base territorial (BRASIL, 2012a).

Sendo assim, a ESF é a principal porta de entrada do sistema de saúde, sendo responsável pelo primeiro contato da população com o serviço de saúde, o que implica acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema para os quais se procura atenção à saúde (BRASIL, 2008a). Ela deve garantir o maior acesso possível, inclusive por meio do atendimento domiciliar, e a criação de vínculo entre profissional e usuário, de maneira que as equipes tenham responsabilidade sanitária por um território de referência (BRASIL, 2012a).

Segundo a Política, a inserção do cirurgião-dentista na ESF veio romper com a prática da odontologia tradicional, centrada, essencialmente, no alívio da dor e no trabalho no consultório. Ela aponta para uma reorganização da atenção em saúde bucal com o desenvolvimento de ações intersetoriais, com vistas a dar respostas às demandas da população. Além disso, ela deve ampliar o acesso às ações e serviços de saúde bucal, considerando o conceito do cuidado com o

objetivo de responder a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de modo mais abrangente (BRASIL, 2004a).

Realizar esse rompimento com a prática tradicional, no entanto, ainda representa um desafio a ser superado. Pereira *et al.* (2009), em estudo sobre o impacto da Estratégia Saúde da Família com equipes de saúde bucal na utilização de serviços odontológicos, em Natal – RN, observaram que o número de usuários que relataram necessitar de tratamento dentário e que não foram ao cirurgião-dentista da Unidade de Saúde no último ano (população desassistida) foi maior nas ESB integradas à ESF (68%) do que nas unidades onde o dentista não está integrado ao processo de trabalho da ESF (54,6%), porém foi maior ainda nas unidades sem ESF (82,5%). Os dados sugerem que, apesar de a inclusão do dentista na ESF ter melhorado o acesso à assistência odontológica em relação ao modelo tradicional,

A inclusão das equipes de saúde bucal nas unidades de saúde da família não se traduziram em uma mudança no processo de trabalho. Ao que parece, a prática das equipes de saúde bucal continua se dando no modo tradicional, com baixo impacto, baixa cobertura e um processo de trabalho ainda pautado na abordagem curativo-reparadora. (PEREIRA *et al.*, 2009, p. 993).

Apesar, no entanto, das dificuldades encontradas pelos cirurgiões-dentistas de substituírem seu histórico trabalho desenvolvido à distância, entre quatro paredes, pelo trabalho em equipe, o fato de a Estratégia Saúde da Família ter uma população cadastrada favorece a identificação e a abordagem, pela ESB, das pessoas com maior risco de adoecer. Isso propicia o seu acompanhamento com o objetivo de prevenir várias doenças, dentre elas o câncer bucal (MARTINS *et al.*, 2012). Soma-se a isso a capilaridade da ESF, com a ampliação do número de Equipes de Saúde Bucal de 1.448 ESB, em 2001, para 24.697 ESB, em 2016 (DAB, 2016).

Vale salientar o fato de que a Estratégia Saúde da Família não se restringe à Atenção Primária à Saúde. A saúde da família passa pelos níveis de atenção secundária e terciária na medida em que sua equipe pode se responsabilizar pelo paciente e pelo apoio à sua família, acompanhando-o na

atenção especializada, podendo, inclusive, discutir procedimentos diagnósticos e terapêuticos (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 2000).

Nesse processo, o cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família tem papel primordial. Conquanto, porém, haja o percurso do paciente com câncer bucal pelos demais níveis de atenção em saúde, é importante salientar que ele deve ficar sob acompanhamento contínuo da APS, a coordenadora da Rede de Atenção, responsabilizando-se pelo paciente, desde a identificação e seu encaminhamento, até o recebimento do mesmo após o tratamento, acompanhando-o e garantindo a continuidade do cuidado.

3.2.2.1 O cirurgião-dentista e o câncer bucal na atenção primária

Ante os avanços conseguidos pelas áreas médica e de enfermagem, visualizados por meio da influência positiva das ações de saúde pública na melhoria da saúde da população, a Odontologia ainda tem um longo caminho a ser percorrido. Isso decorre, em parte, da formação do cirurgião dentista, já que

Tradicionalmente um grande número de cursos de odontologia ainda está focado na formação profissional para o mercado de trabalho da rede privada. Nem mesmo a crescente oferta de postos de trabalho no setor público, em função da implantação do SUS, promovido pela inserção do dentista na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) foram suficientes para alterar a lógica “mercantilista” da formação no ensino de graduação em odontologia. (FONSECA, 2012, p. 162).

Com o objetivo de desenvolver um profissional dotado de conhecimento para exercer as competências e habilidades de atenção à saúde, comunicação, tomada de decisão, liderança, administração e gerenciamento, e Educação Permanente, foram instituídas, em 2002, as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Graduação em Odontologia (BRASIL, 2002b). As DCN legitimaram o rompimento com a odontologia de mercado, por “orientar a necessidade de incorporação, pelos projetos pedagógicos, das questões que envolvem os princípios do SUS e sua inserção no modelo de atenção” (FONSECA, 2012, p. 163), com vistas a formar um profissional voltado para atuação no serviço público.

O perfil do profissional de saúde definido nas diretrizes é de um indivíduo com formação generalista, técnica, científica e humanista, com capacidade crítica e reflexiva, preparado para atuar, pautado por princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. (HADDAD, 2006, p. 13)

Esse é o perfil que o profissional da Estratégia Saúde da Família precisa ter para que possa realizar as ações propostas por esse modelo de atenção.

Nesse sentido, o papel do cirurgião-dentista na prevenção do câncer bucal é de suma importância, principalmente quando o assunto é prevenção primária e secundária, o que pode ser feito por via de ações que facilitem o reconhecimento dos grupos de risco e a identificação precoce de lesões suspeitas (SANTOS *et al.*, 2011).

Tal fato decorre da possibilidade de a exposição da mucosa bucal a agentes carcinogênicos resultar em lesões inflamatórias inespecíficas que podem ser reversíveis, caso a agressão seja suspensa. A continuidade da agressão, no entanto, pode provocar alterações chamadas de displasias, as quais podem evoluir de leve para moderada e grave, ou até um carcinoma *in situ* (FERREIRA; MELO, 2010).

Em decorrência do aparecimento de qualquer alteração na mucosa bucal que esteja fora do padrão de normalidade, o primeiro profissional indicado para o diagnóstico deverá ser o cirurgião-dentista (PRADO; PASSARELLI, 2009). Este deve estar apto a prevenir e diagnosticar o câncer bucal, por meio do reconhecimento de lesões e alterações com potencial de malignização, realizando a prevenção e o diagnóstico precoce e favorecendo o tratamento adequado em tempo hábil.

Sendo assim, o diagnóstico precoce do câncer bucal pode ser realizado a partir do exame minucioso das mucosas orais por um cirurgião-dentista devidamente capacitado, o qual permite a detecção de alterações antes mesmo de qualquer sintoma. Esse exame é de simples execução e deve ser realizado em toda a população como medida preventiva, possibilitando o diagnóstico precoce (FERREIRA; MELO, 2010).

O exame bucal de rotina, geralmente, é realizado após a anamnese e tem como objetivo pesquisar sinais notórios da doença, utilizando-se dos sentidos naturais do profissional. As manobras aplicadas, classicamente, para esse exame

são inspeção, palpação, percussão, auscultação e olfato, sendo as mais utilizadas em Estomatologia a inspeção visual direta e a indireta (por meio de espelhos) e a palpação digital (TOMMASI, 2014).

O cirurgião-dentista deve realizar o exame clínico extrabucal e intrabucal (exame de lábios, bochecha, língua e palato) de maneira a detectar anormalidades, devendo ser considerados alguns tipos de lesões que podem ser câncer bucal ou desordens com potencial de malignização: leucoplasias, queilose actínica, líquen plano, na sua modalidade erosiva ou ulcerada (BRASIL, 2008a).

Apesar de simples, no entanto, o exame das mucosas bucais exige algumas condições técnicas para que seja executado a contento. Para a inspeção visual intrabucal, devem ser assegurados boa iluminação, lavagem da boca e utilização de afastadores (espátula de madeira, por exemplo), gaze para tracionar a língua e espelho bucal (TOMMASI, 2014).

Além desses quesitos, para desenvolver uma boa técnica de exame das mucosas bucais, faz-se necessário que o profissional tenha conhecimento para detectar as principais desordens potencialmente malignizáveis, lesões malignas em estágios iniciais, assim como as diversas estruturas intrabucais normais, para que não incorra em erros de interpretação (TOMMASI, 2014).

Muitos dentistas, contudo, ainda não estão devidamente capacitados para diagnosticar lesões suspeitas de câncer ou com risco de malignização. Yellowtiz *et al.* (1998) observaram deficiência de conhecimentos dos cirurgiões-dentistas em relação à aparência das lesões cancerígenas e quais as desordens mais relacionadas à transformação maligna. Vasconcelos (2006) demonstrou a insegurança que muitos cirurgiões-dentistas possuem para diagnosticar as lesões de câncer bucal, principalmente nos estágios iniciais. Nos estudos de Falcão *et al.* (2010), 69,5% dos dentistas consideraram baixo seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico de câncer bucal e apenas 3,7% obtiveram conceito ótimo em relação ao conhecimento.

Esses dados demonstram a necessidade de realizar a Educação Permanente em Saúde e Educação Continuada para os profissionais da saúde bucal, com a finalidade de mantê-los atualizados e devidamente capacitados para realizarem um exame clínico de qualidade, com adequada condução dos casos suspeitos. Araújo e Dimenstein (2006) apontaram como medida inicial para motivar

os profissionais a refletirem e redirecionarem suas práticas o investimento e estímulo à Educação Permanente.

Embora falte sensibilização e/ou capacitação de muitos profissionais dentistas para o diagnóstico precoce do câncer bucal, essa não constitui a causa única do retardo no diagnóstico desse tipo de câncer. A demora no diagnóstico pode estar relacionada, também, a outras situações, dentre elas: fatores relacionados ao paciente, que não conhece e/ou não percebe a gravidade dos sintomas de suas doenças, ou fatores relacionados ao sistema local de saúde, o qual pode não estar estruturado para atender pacientes com lesões bucais de modo a possibilitar um diagnóstico rápido dessas manifestações patológicas (VELOSO *et al.*, 2012; SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010).

No que concerne aos fatores relacionados ao paciente e que levam ao retardo no diagnóstico do câncer bucal, estão o desconhecimento sobre as lesões malignas, levando à ideia de ser uma lesão que se resolverá espontaneamente ou por automedicação, havendo preocupação com ela apenas quando adquire grandes proporções, produzindo dor, dificuldade de mastigação e/ou fonação; o medo do diagnóstico de lesão maligna; e o desconhecimento sobre qual profissional demandar, o que leva a maioria dos portadores a procurarem inicialmente um profissional médico (GRANT *et al.*, 2010; SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010; SCOTT *et al.*, 2009; CAMPOS; CHAGAS; MAGNA, 2007).

Santos, Batista e Cangussu (2010), em estudo sobre câncer bucal em Alagoas, observaram que 40% dos pacientes com a doença procuraram o serviço de saúde depois de seis meses do aparecimento dos sintomas. Além disso, 41,9% dos pacientes relataram que sabiam da lesão, mas só procuraram o serviço de saúde quando esta começou a incomodar, já que são lesões inicialmente assintomáticas. Silva *et al.* (2009) notaram que pacientes com câncer bucal ou de orofaringe conviveram com sinais ou sintomas por 11,4 meses, sem procurar assistência profissional, sendo o tempo maior quando o caso se dá em pacientes da zona rural.

As condições socioeconômicas também foram identificadas como fator que pode influenciar o aparecimento da doença e o retardo no diagnóstico do câncer bucal, havendo maior predomínio nas pessoas de baixas escolaridade e renda, já que possuem pouco conhecimento sobre os fatores de risco, os feitos de prevenir e

os sinais e sintomas, assim como dificuldades de acesso aos serviços de saúde (SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010; MOREIRA *et al.*, 2005).

A baixa utilização do serviço de saúde bucal e a dificuldade de acesso, que se mostram como fatores que dificultam o diagnóstico precoce do câncer bucal, se dão, principalmente, com a população idosa. Dados do SB Brasil apontam que 28% da população de 65 a 74 anos nunca foram ao dentista, apenas 22% dessa população foram no último ano e somente 7% das pessoas dessa faixa etária relataram que a última consulta teve como motivo a prevenção (BRASIL, 2012b).

Além dos aspectos sociodemográficos, outros podem influenciar o acesso e a utilização do serviço de saúde pela população idosa. Dentre eles, estão a capacidade funcional da pessoa e a autoavaliação da saúde, assim como aspectos comportamentais e/ou culturais, que dizem respeito às necessidades em saúde - percebida ou diagnosticada, o suporte social e as crenças pessoais (MOREIRA *et al.*, 2005).

O fato de a população idosa brasileira ser considerada uma população de desdentados ficou evidenciado no SB Brasil 2010, quando detectou o fato de que 63% da população de 65 a 74 anos usavam prótese total em pelo menos um maxilar e que 15% necessitavam de prótese total em ambos os maxilares. Tal fato, aliado ao dado obtido, no mesmo levantamento, de que 42% dessa população se encontravam satisfeitos com sua situação de saúde bucal, demonstram a distorção na necessidade percebida por parte dos pacientes, fazendo com que eles não se percebam mais com necessidades de se submeterem à consulta de um dentista (BRASIL, 2012b).

O edentulismo, associado à cultura “medicalocêntrica” da população brasileira, faz com que, havendo lesão bucal, principalmente em desdentados, seu portador procure um profissional médico, que não é o profissional habilitado para atuar na região bucal. Estudos de Santos, Batista e Cangussu (2010), Dedivits *et al.* (2004) e de Campos, Chagas e Magna (2007) detectaram uma prevalência de 71%, 81% e 87%, respectivamente, de pacientes com diagnóstico de câncer bucal sendo encaminhados por médicos para serviço especializado, evidenciando esse fato.

Desse modo, a realização do diagnóstico precoce do câncer bucal ainda não faz parte da realidade brasileira. Apesar de o profissional mais indicado para detectar precocemente o câncer bucal ser o cirurgião-dentista, este realiza a maior

parte dos encaminhamentos das lesões em estágio avançado, evidenciando que o desconhecimento e o despreparo do profissional com relação às lesões suspeitas da boca dificultam o encaminhamento desses pacientes em tempo adequado (CAMPOS; CHAGAS; MAGNA, 2007; DEDIVITS *et al.*, 2004). Tal fato também pode ser consequência da peregrinação do paciente dentro do sistema de saúde, passando por inúmeros profissionais antes de chegar ao cirurgião-dentista.

Muito se tem pesquisado sobre os motivos que levam ao baixo índice de diagnóstico precoce e pouco engajamento dos cirurgiões-dentistas no encaminhamento de pacientes para o tratamento do câncer de boca em unidades especializadas (CIMARDI; FERNANDES, 2009). Dedivits *et al.* (2004) observaram que 81% dos pacientes com carcinoma espinocelular (CEC) de boca, tratados em dois hospitais em Santos, foram encaminhados por profissionais médicos, enquanto apenas 14% foram encaminhados por cirurgiões-dentistas. Além disso, todos os pacientes encaminhados por cirurgiões-dentistas já estavam com tumor em estadiamento III ou IV, enquanto que, dos pacientes encaminhados por médicos, 54,3% estavam em estadiamento I ou II e 45,7% em estadiamento III ou IV, demonstrando que os cirurgiões-dentistas nem sempre estão sensibilizados e/ou capacitados para detectar precocemente essas lesões ou o paciente está demorando mais a chegar ao profissional dentista, o que leva ao retardo do diagnóstico.

Desse modo, a pouca valorização do autocuidado e o desconhecimento em relação aos sinais da lesão por parte dos pacientes, assim como o despreparo dos profissionais, demonstram a necessidade de programas de Educação em Saúde da população e Educação Continuada dos profissionais, no sentido de identificar os sinais iniciais da doença, visto que o acesso precoce é definidor do prognóstico (SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010).

Além dos aspectos relacionados aos pacientes e aos profissionais de saúde, o retardo no diagnóstico pode ocorrer em razão da dificuldade de acesso ao serviço de saúde bucal por questões estruturais no sistema de saúde, ou seja, dificuldades quanto à organização e ao planejamento das ações de saúde. Esse aspecto pode ser traduzido pelo tipo de serviço oferecido e como sucede a articulação entre os serviços que compõem a rede (atenção primária, secundária ou terciária); modo de pagamento do serviço (desembolso direto, plano de saúde ou

pelo SUS); local procurado para o atendimento (posto/centro de saúde, consultório particular ou hospital); existência de um local regular de atendimento; ter um profissional regular (de referência); localização geográfica do serviço de saúde (formas e custos de deslocamento); horário de atendimento e maneira de marcação das consultas – tempo de espera para ser atendido (agendamento ou ordem de chegada); acolhimento do usuário pelos serviços de saúde; flexibilidade de rotinas; infraestrutura dos serviços; e distribuição de recursos (humanos, financeiros e materiais), fatores que podem refletir na agilidade do atendimento (MOREIRA *et al.*, 2005).

Em virtude de todos esses fatores que influenciam o retardo do diagnóstico do câncer bucal, no que diz respeito ao paciente, ao profissional e ao serviço de saúde, faz-se necessária a utilização de estratégias operacionais que visem à informação da população sobre os fatores de risco para a doença, assim como a detecção de lesões suspeitas de câncer bucal. Isso pode ser feito com a melhoria do acesso ao serviço de saúde bucal, realizando-se a busca ativa, já que, frequentemente, os usuários com essa doença são acolhidos como demanda espontânea, iniciando na atenção primária, com sucessivos atrasos, do diagnóstico à referência, adiando uma possível abordagem precoce que geralmente resulta em limitação das chances de sobrevivência dos pacientes.

O Ministério da Saúde aponta algumas estratégias para realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal, dentre as quais o desenvolvimento de intervenções centradas na Promoção da Saúde, com ações individuais e coletivas, para todas as faixas etárias, direcionadas ao controle dos fatores e condições de risco. Além disso, deve-se estimular o exame completo e sistemático da cavidade bucal pelos profissionais de saúde, precedido de uma boa anamnese, na primeira consulta e nas consultas de urgência, para detecção precoce do câncer bucal. Preconiza também a informação da população sobre os locais de referência para exame de diagnóstico precoce do câncer de boca e o acompanhamento contínuo dos pacientes referenciados para serviço especializado de alterações com potencial de malignização ou com suspeita de malignidade na boca, sensibilizando-os para o seu comparecimento aos locais de referência desde a suspeita da lesão até a comprovação do diagnóstico e o eventual tratamento (BRASIL, 2008a).

Visto que tais estratégias são inerentes ao cirurgião-dentista, especialmente da Estratégia Saúde da Família, fica explícita a importância do papel desse profissional na prevenção, diagnóstico precoce e redução de danos causados pelo câncer bucal. Sua atuação na Atenção Primária, cujos fundamentos são pautados na efetivação da integralidade, na coordenação do cuidado de forma multidisciplinar, e no desenvolvimento de vínculo e responsabilização entre equipe e população (BRASIL, 2008a) possibilita a prática das estratégias propostas, objetivando a longitudinalidade do cuidado.

O dentista da Estratégia Saúde da Família, portanto, tem o papel de realizar diagnóstico e traçar o perfil epidemiológico da comunidade, com o objetivo de planejar e programar ações de saúde bucal a serem implantadas em território adscrito à Unidade Básica de Saúde (UBS). Dentre essas ações, a promoção e proteção da saúde bucal, prevenção de agravos, acompanhamento e manutenção da saúde bucal das pessoas e dos coletivos merecem destaque. Ademais, o desenvolvimento, junto aos outros membros da equipe, de atividades referentes à saúde bucal, procurando aproximar e integrar ações de saúde, de modo multidisciplinar, deve ser praticado por aquele profissional (DAB, 2016).

3.2.3 A rede de atenção em saúde bucal

O Sistema Único de Saúde prevê o acesso dos usuários do serviço público aos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) por meio da criação de um sistema regionalizado, hierarquizado e articulado, de modo a garantir a integralidade da assistência em saúde (SILVA; SENNA; JORGE, 2013). Nesse sentido, foram criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), organizações poliárquicas de unidades de saúde interligadas, de modo cooperativo e interdependente, que visam oferecer um cuidado em saúde contínuo e integral (MENDES, 2011).

As RAS são constituídas por três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção. A população constitutiva das RAS é aquela vinculada a uma Unidade de Atenção Primária em Saúde (APS). A estrutura operacional é constituída pelos “nós” da rede e pela comunicação entre eles, sendo composta pelo centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção secundários e

terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, sistema de informação); o sistema logístico (prontuário eletrônico, regulação e transporte sanitário); e o sistema de governança. Os modelos de atenção podem ser voltados para as condições agudas ou para as condições crônicas (BRASIL, 2015b).

A atenção básica deve estar qualificada para atender e resolver os problemas de saúde mais prevalentes da população vinculada às unidades básicas de saúde, cabendo-lhe assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades de saúde da população e providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso, assim como monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento (BRASIL, 2004a).

Segundo a atual Política Nacional de Saúde Bucal, entre as ações a serem organizadas e desenvolvidas pela atenção básica estão a prevenção e o controle do câncer bucal, com acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados por meio da definição de um serviço de referência, garantindo o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2004a).

Expandida, contudo, a atenção básica, e com o conseqüente aumento da oferta da diversidade de procedimentos, houve a necessidade, também, de investimentos que propiciassem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006) para que fosse garantida a integralidade da atenção com a continuidade do cuidado.

Corroborando essa necessidade, foram instituídos os Centros de Especialidades Odontológicas Regionais nas várias regiões de saúde do Ceará, organizando a Atenção Secundária no Estado por via do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada. Com essas novas Unidades, tornou-se possível estabelecer um fluxo de encaminhamento dos casos suspeitos de câncer bucal, já que, até então, não havia uma Unidade de Referência em Saúde Bucal definida, ficando a cargo de cada profissional inserir esses pacientes, informalmente, nas faculdades de Odontologia e nos cursos de pós-graduação, na Capital, para receberem o tratamento adequado, processo que demandava muito tempo.

Nesse sentido, foi definida a implantação, assim como estabelecidos os requisitos, normas e critérios para o credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pelas Portarias nº 1570/GM (BRASIL, 2004b) e nº 1571

(BRASIL, 2004c), de 29 de julho de 2004, e, posteriormente, a Portaria nº599/GM, de 23 de março de 2006 (BRASIL, 2006a), com vistas a ampliar e a qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, possibilitando que os municípios pudessem oferecer informação diagnóstica e de referência na atenção secundária.

A Portaria nº 599/GM estabelece que todo Centro de Especialidade Odontológica deve realizar, dentre o elenco mínimo de atividades estabelecido, atendimento em Estomatologia, com ênfase no diagnóstico de câncer bucal. A avaliação estomatológica nos Centros Especializados, no entanto, não deve invalidar os esforços dos profissionais para o diagnóstico precoce de doenças bucais nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008a).

Os CEOs, sendo unidade de referência para a Atenção Básica classificada como clínica especializada, são unidades de saúde que prestam atenção complexa, exigindo profissionais especializados e ofertando ações clínicas que utilizam alta tecnologia (tecnologia dura), quando comparados com a atenção básica em saúde bucal (SILVA; SENNA; JORGE, 2013). Esses serviços de maior densidade tecnológica estão distribuídos em menor número em relação às unidades básicas de saúde.

Embora sejam pontos de atenção de níveis distintos, a atenção básica e a secundária estão articuladas por um sistema de referência e contrarreferência que busca acolher e atender o usuário de maneira integral, formando um sistema de saúde único (SILVA; SENNA; JORGE, 2013). Assim, devem ser encaminhados, preferencialmente, pacientes em tratamento nas Unidades Básicas de Saúde ou nas Unidades de Saúde da Família, e, após o término do tratamento, o paciente será encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção (BRASIL, 2008a).

O acompanhamento contínuo do paciente dentro da Rede de Atenção à Saúde é de suma importância, principalmente quando ocorrem lesões bucais. Desse modo, o paciente referenciado para diagnóstico especializado de desordens com potencial de malignização ou com suspeita de malignidade na boca deve ser acompanhado e continuamente sensibilizado para seu comparecimento aos locais de referência, desde a suspeita da lesão e comprovação do diagnóstico até o eventual tratamento (BRASIL, 2008a), visto que muitos pacientes não conhecem e/ou não percebem a gravidade do seu problema de saúde, podendo levar ao

retardo no diagnóstico do câncer bucal (VELOSO *et al.*, 2012). A atuação na Estratégia Saúde da Família, por meio de uma equipe multiprofissional, cujo trabalho é pautado na vigilância em saúde, responsabilização, longitudinalidade, adscrição de clientela e formação de vínculo, torna-se essencial e salutar para esse acompanhamento contínuo.

3.2.3.1 Contexto do cenário do estudo

A 10ª Região de Saúde do Ceará - Limoeiro do Norte - é composta por 11 municípios: Alto Santo, Ererê, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixeré, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte, conforme o Plano Diretor de Regionalização - PDR/2011, aprovado pelo CESAU em 30/02/12 (CEARÁ, 2012).

O Município de Limoeiro do Norte é responsável pelo atendimento das referências dos demais municípios da 10ª Região de Saúde Ceará, por dispor de maior capacidade resolutiva em vários serviços de média complexidade, sendo classificado como Município Pólo.

No que diz respeito à organização da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família está em todos os municípios. A cobertura populacional pela Estratégia, na região, é de 121,5% pelas Equipes de Saúde da Família, e de 94,7% pelas Equipes de saúde Bucal. Dos 11 municípios, nove têm mais de 100% de cobertura de ESF, estando os outros dois com cobertura superior a 97%, no entanto cinco têm menos de 100% de cobertura de ESB. A população coberta por Equipes de Saúde Bucal, atualmente, varia de 49,1%, em Limoeiro do Norte, a 177,2%, em São João do Jaguaribe (Tabela 1).

Relativamente à Atenção Secundária, a rede assistencial é composta por dois CEOs municipais, localizados nos Municípios de Limoeiro do Norte e de Alto Santo, assim como um CEO Regional, o Centro de Especialidades Odontológicas Dr. João Eduardo Neto, implantado pelo Governo do Estado do Ceará como parte do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde, através do Consórcio Público de Saúde, o qual serve de referência para os onze municípios consorciados e fica localizado no município pólo (Limoeiro do Norte).

Tabela 1 - Cobertura por Equipes de Saúde Bucal dos 11 municípios da 10ª Região de Saúde do Ceará, Maio - 2016.

Município	População	Nº ESB 2016	Cobertura¹ por ESB 2016
Alto Santo	16.505	3	62,7%
Ererê	6.922	3	149,5%
Iracema	13.808	6	149,9%
Jaguaribara	10.652	3	97,2%
Jaguaribe	34.317	9	90,5%
Limoeiro do Norte	56.255	8	49,1%
Pereiro	15.838	6	130,7%
Potiretama	6.181	1	55,8%
Quixerê	20.810	9	149,2%
São João do Jaguaribe	7.788	4	177,2%
Tabuleiro do Norte	29.522	9	105,2%
TOTAL	218.598	60	94,7%

Fonte: DAB (2016).

A cirurgia bucal é ofertada pela rede municipal em Tabuleiro do Norte, ficando os demais sob a assistência exclusiva do CEO Regional de Limoeiro do Norte. O serviço de cirurgia bucal desta Unidade inclui ações na área da Estomatologia, com ênfase no câncer bucal, conforme Portaria nº 599/GM, de 23 de Março de 2006, a qual define a implantação dos CEOs, e por meio da qual estabelece que, dentre as atividades mínimas, os CEOs devem ofertar o serviço de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal (BRASIL, 2006a).

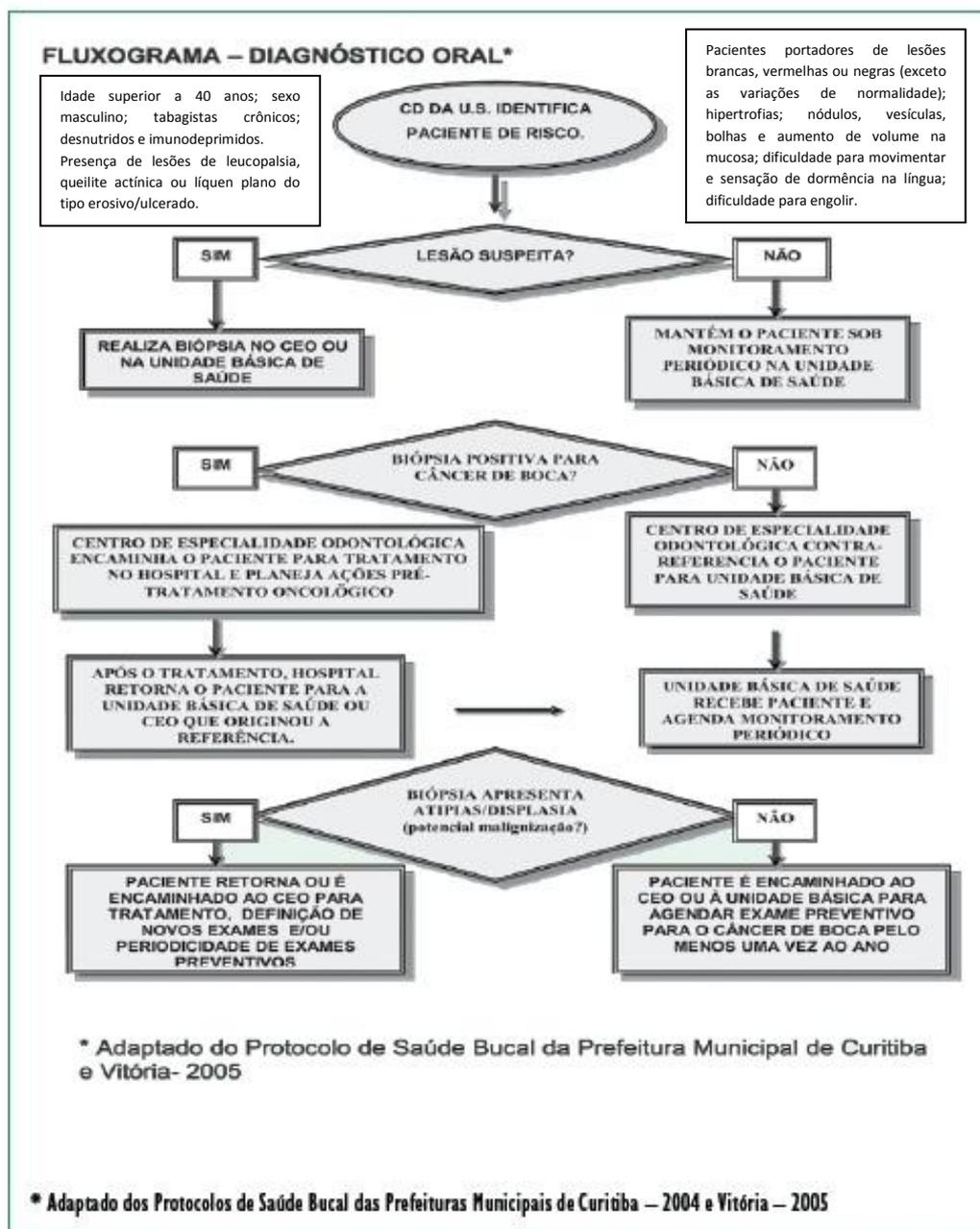
O Centro de Especialidades Odontológicas Dr. João Eduardo Neto dispõe de um cirurgião bucomaxilofacial, que, também, atua na área da Estomatologia, com carga de 40h semanais, o qual dá apoio aos cirurgiões-dentistas da Atenção Básica mediante a consulta especializada e a realização de biópsias de desordens potencialmente malignizáveis e/ou lesões com suspeita de malignidade em pacientes encaminhados.

No caso do recebimento de diagnóstico de lesão maligna, por meio do resultado do exame histopatológico realizado na Universidade de Fortaleza, o cirurgião bucomaxilo/estomatologista encaminha o paciente para Atenção Terciária, para que seja iniciado o tratamento necessário.

¹Para efeito desse cálculo, utilizou-se o parâmetro de uma equipe para cada 3.450 habitantes, conforme cálculo-padrão adotado pelo Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde. (Cobertura= nº equipes X 3.450 X 100/População total do município)(BRASIL, 2006b).

Para que o portador de lesão potencialmente malignizável ou lesão maligna possa, no entanto, chegar à atenção secundária e terciária, faz-se necessário que ele seja detectado e encaminhado por um cirurgião-dentista da atenção primária, já que há um fluxo definido do paciente dentro da rede de atenção em saúde bucal, preconizado pelo Ministério da Saúde (Figura 1).

Figura 1: Fluxo do paciente com lesão bucal entre os pontos da rede de atenção em saúde bucal, 2016.



Sendo assim, para que seja realizada essa detecção, é necessário que o cirurgião-dentista da ESF desenvolva o hábito de realizar o exame das mucosas bucais da sua população adscrita. O Ministério da Saúde procura estimular o rastreamento dos casos suspeitos de câncer bucal com a inclusão do indicador de taxa de incidência de alteração de mucosa no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), cujo conceito é a proporção de pessoas com alterações de mucosa oral na população cadastrada (BRASIL, 2012c). Atualmente, esse indicador é registrado na ficha do e-SUS, sistema que consolida os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica e do Sistema de Informação Ambulatorial, sendo implantado pelo do Programa de Avaliação de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

O PMAQ, por meio desse indicador, que é calculado utilizando o registro dos diagnósticos de alterações da mucosa oral encontrados em exames bucais de rotina ou campanhas, visa, principalmente, à prevenção do câncer de boca por via do estímulo dos cirurgiões-dentistas da atenção primária para o hábito da realização desse exame. Ele expressa os casos novos de alteração da mucosa oral diagnosticados pela equipe de saúde bucal na população cadastrada, avaliando, em alguma medida, a integralidade do atendimento em saúde bucal na Atenção Básica (BRASIL, 2012c).

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Esta é uma pesquisa social de campo, transversal, visto que estuda o fenômeno em um determinado momento, de caráter exploratório e analítico. A pesquisa social pode ser definida como aquela que utiliza a metodologia científica e permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social, a qual envolve todos os aspectos relativos ao homem em seus múltiplos relacionamentos com outras pessoas e instituições sociais (GIL, 2008).

O trabalho de campo é expresso como uma possibilidade de conseguir uma aproximação com o que se tencionava estudar e conhecer, além de criar conhecimento com a origem na realidade do campo (MINAYO *et al.*, 2009).

A investigação teve caráter exploratório, já que os fatores relacionados ao diagnóstico do câncer ainda são pouco explorados na região sob exame. De acordo com Gil (2008), o objetivo de uma pesquisa exploratória é familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido ou explorado, proporcionando uma aproximação acerca de determinado fato, com vistas a torná-lo mais explícito. Assim, constitui um tipo de busca muito específico, visto que se deu por meio de entrevista com pessoas que têm experiências práticas com o problema em análise.

Para efeito deste experimento, foi realizada uma abordagem qualitativa. Para Minayo (2007), as metodologias qualitativas são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações, estruturas sociais, sendo estas compreendidas como formulações humanas significativas, no intuito de interpretar os significados, sejam estes de natureza psicológica ou sociocultural. Desse modo, a abordagem qualitativa faz com que os sujeitos parem para refletir sobre suas práticas como profissionais de saúde atuantes no SUS, em especial, na Estratégia Saúde da Família, repensando o seu papel como agentes transformadores da situação de saúde da população.

A pesquisa qualitativa costuma ser direcionada, ao longo de seu desenvolvimento, não buscando enumerar ou medir eventos e, geralmente, não empregando instrumental estatístico para análise dos dados (NEVES, 1996); é indutiva em vez de dedutiva, e começa com objetivos exploratórios mais amplos que

fornece foco para o estudo, sem esvaziar prematuramente aspectos da experiência que possam ser julgados importantes, sendo usada quando existe uma lacuna no conhecimento ou quando pouco é sabido a respeito de um determinado fenômeno, experiência ou conceito (SOUSA; DRIESSNARCK; MENDES, 2007).

Considerando a casuística do câncer bucal, ainda são desconhecidos os fatores que influenciam o diagnóstico precoce dessa patologia na região em estudo, havendo a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as estratégias utilizadas pelos cirurgiões-dentistas, assim como os fatores que dificultam essa ação.

4.2 O CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO

A pesquisa de campo ocorreu na 10ª Região de Saúde do Ceará - Limoeiro do Norte - a qual é composta por 11 municípios e possui uma população de 218.598 habitantes.

A Atenção Primária em Saúde na região é organizada pela Estratégia Saúde da Família, possuindo uma cobertura de mais de 100% por equipes de saúde da família e de 94,7% por equipes de saúde bucal.

A pesquisa foi feita com os cirurgiões-dentistas das equipes de saúde bucal da referida região, a qual possui 60 cirurgiões-dentistas cadastrados no Portal do Departamento da Atenção Básica (DAB, 2016). Para efeito deste estudo, no entanto, participaram quatro municípios - Limoeiro do Norte, que possui a maior população da região; São João do Jaguaribe, município com maior cobertura de ESB; Tabuleiro do Norte e Quixeré, por possuírem o maior número de equipes de saúde bucal.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para participação no estudo, foram convidados os cirurgiões-dentistas que atuavam na Estratégia Saúde da Família nos quatro municípios da 10ª Região de Saúde do Ceará, selecionados para a amostra e citados anteriormente, totalizando 29 dentistas.

Como critérios de inclusão no estudo, foram considerados: ser cirurgião-dentista em algum dos municípios da amostra e estar atuando em uma ESB, na Estratégia Saúde da Família, há pelo menos seis meses. Foi utilizado como critério de exclusão o afastamento atual das suas funções na ESF por férias, licença ou cessão para outras instituições.

Quatro cirurgiões-dentistas estavam há menos de seis meses na Estratégia Saúde da Família, uma de licença-prêmio e duas não manifestaram interesse em participar da pesquisa. Sendo assim, a amostra foi constituída de 22 cirurgiões-dentistas.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Para a coleta de dados, foi aplicado, inicialmente, um questionário (Apêndice A) contendo dados pessoais, como idade, gênero, escola de formação, ano de formação, curso de pós-graduação, participação em curso sobre câncer bucal, tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família, tempo de atuação no município, vínculo empregatício e carga-horária de trabalho semanal. Esse questionário permitiu traçar o perfil sociodemográfico e de formação dos participantes. Em sequência, para aprofundamento das questões, foi realizada uma entrevista semiestruturada, a qual foi norteada com a utilização de um roteiro elaborado pela pesquisadora (Apêndice B). Cada entrevista foi realizada em dia, local e horário previamente agendado junto ao participante.

A entrevista é

A técnica mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistadores. (RIBEIRO, 2008, p. 141).

Essa técnica foi escolhida para este estudo por permitir que o participante expresse sentimentos e percepções sobre a realidade investigada, já que é uma técnica que possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social, sendo eficiente na obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano (GIL, 2008).

A coleta de dados se deu no período de abril a junho de 2016. A entrevista foi audiogravada e as observações registradas em um diário de campo. As falas foram transcritas na íntegra, sempre respeitando o sigilo e a confidencialidade do participante.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, que a considera

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2004, p.37).

Optou-se pela tabulação dos dados provenientes do questionário em planilha de excel, com a finalidade de traçar o perfil sociodemográfico e de formação dos participantes.

O conteúdo das 22 entrevistas foi integralmente transcrito e os dados foram organizados para a realização de uma análise mais profunda. Inicialmente, foi feita uma leitura flutuante do conjunto das comunicações e estabelecidos agrupamentos de falas com semelhança semântica, os quais foram tabulados no mesmo software excel, para subsidiar a análise das temáticas abordadas na falas e calcular as suas frequências. Em seguida, as temáticas foram agrupadas em categorias e subcategorias, conforme Quadro 1. Com base na organização dos dados, posteriormente foram realizadas as interpretações, procurando os significados e inter-relações com a teoria.

Quadro 1 - Categorias e subcategorias para análise de conteúdo do questionário e das entrevistas aplicadas aos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

(continua)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. PERFIL DO PROFISSIONAL	

Quadro 1 - Categorias e subcategorias para análise de conteúdo do questionário e das entrevistas aplicadas aos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

(conclusão)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
2. CONHECIMENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concepções sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal 2. Fatores de risco 3. Diagnóstico clínico 4. Percepções sobre o conhecimento
3. ESTRATÉGIAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exame das mucosas 2. Busca ativa 3. Educação em Saúde 4. Trabalho em equipe 5. Outras ações
4. DIFICULDADES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldades relacionadas ao profissional 2. Dificuldades relacionadas ao serviço de saúde 3. Dificuldades relacionadas ao paciente 4. Outras dificuldades
5. PRODUÇÃO DO CUIDADO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conduta ao detectar lesão bucal 2. Registro e controle dos casos de lesões 3. Acolhimento, responsabilização e vínculo
6. REDE DE ATENÇÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento da Rede 2. Potencialidades da Rede 3. Fragilidades da Rede

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise dos dados ocorreu no período de julho a setembro de 2016.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), por intermédio da Plataforma Brasil, atendendo às normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012d), sobre pesquisas envolvendo seres humanos, para a devida

apreciação, para que fosse autorizada a sua realização, sendo aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, em março de 2016, pelo Parecer nº 1.462.746. Desse modo, a participação dos cirurgiões-dentistas foi formalizada, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, escrito em duas vias, das quais uma foi entregue ao participante e a outra ficou em posse da pesquisadora, sendo respeitado o anonimato daquele, assim como a recusa dos convidados em dela participar.

É importante salientar o fato de que a pesquisa não trouxe nenhum dano à saúde física ou mental de seus participantes, no entanto o estudo teve o potencial de contribuir para o fortalecimento da Atenção Primária no tocante à gestão do cuidado em saúde, desde a identificação dos principais fatores que influenciam o diagnóstico do câncer bucal na APS à possibilidade de elaboração de um plano de ação como tentativa de superar as dificuldades.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CATEGORIA PERFIL DO PROFISSIONAL

O perfil sociodemográfico e de formação do grupo de dentistas entrevistados foi obtido com suporte de um questionário preenchido pelos participantes, antes da entrevista, no qual continham as variáveis idade, gênero, escola de formação, tempo de formação, curso de pós-graduação, curso sobre câncer bucal, vínculo empregatício, tempo de atuação e carga horária de trabalho na Estratégia Saúde da Família, assim como vínculo empregatício. Os dados foram consolidados, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Variáveis sociodemográficas da população de cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

	(continua)	
VARIÁVEIS	N (22)	%
Idade		
20 a 29 anos	10	45,5
30 a 39 anos	11	50
40 a 49 anos	1	4,5
Gênero		
Feminino	15	68,2
Masculino	7	31,8
Escola de formação		
Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS)	9	40,9
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)	4	18,2
Universidade Federal do Ceará (UFC)	3	13,6
Universidade Potiguar	3	13,6
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	1	4,5
Universidade Estadual do Piauí (UEPI)	1	4,5
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	1	4,5
Tempo de formação		
Até 5 anos	11	50
De 5 a 10 anos	8	36,4
De 10 a 15 anos	2	9,1
De 15 a 20 anos	1	4,5

Tabela 2 - Variáveis sociodemográficas da população de cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

			(conclusão)	
VARIÁVEIS	N (22)	%		
Pós-graduação				
Aperfeiçoamento	15	68,2		
Especialização	14	63,6		
Mestrado	1	4,5		
Doutorado	0	0		
Não tem pós-graduação	3	13,6		
Já fez curso sobre câncer bucal				
Sim	4	18,2		
Não	18	81,8		
Quem financiou o curso				
Financiamento próprio	2	50		
Universidade	1	25		
Escola de Saúde Pública	1	25		
Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família				
Até 5 anos	11	50		
De 5 a 10 anos	9	40,9		
De 10 a 15 anos	2	9,1		
Carga-horária na Estratégia Saúde da Família				
36 hs semanais	15	68,2		
30 hs semanais	4	18,2		
24 hs semanais	1	4,5		
20 hs semanais	2	9,1		
Vínculo empregatício				
Concursado/Efetivo	6	27,3		
Contratado/Terceirizado	16	72,7		

Fonte: Elaborado pela autora.

Os dados demonstram que a amostra se compõe de uma população jovem, variando de 23 a 41 anos, cuja maioria está na faixa etária de 30 a 39 anos (50%), enquanto outra parcela significativa (45,5%) está na faixa de 20 a 29 anos. Apenas um participante (4,5%) tem mais de 40 anos de idade. Maciel, Barcellos e Miotto (2006), Costa Júnior (2012) e Feitosa Filho *et al.* (2016), em pesquisa com cirurgiões-dentistas, encontraram predominância de profissionais na faixa etária de

30 a 40 anos, com 35,3%, 45,4%, 55,6%, respectivamente, enquanto Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) obtiveram, em sua amostra, 55,6% dos participantes contendo menos de 30 anos.

Com relação ao gênero, a população de cirurgiões-dentistas da região é predominantemente feminina (68,2%), convergindo com os achados de Maciel, Barcellos e Miotto (2006) e de Ribeiro *et al.* (2014), os quais encontraram predominância de 76,5% e 65,2% de mulheres, respectivamente, atuando como cirurgiãs-dentistas na Estratégia Saúde da Família. Os dados demonstram que “o setor da saúde tem se caracterizado pela forte existência da divisão sexual do trabalho onde predominantemente as mulheres atuam nas funções voltadas essencialmente ao cuidar.” (PASTORE; ROSA; HOMEM, 2008, p. 3).

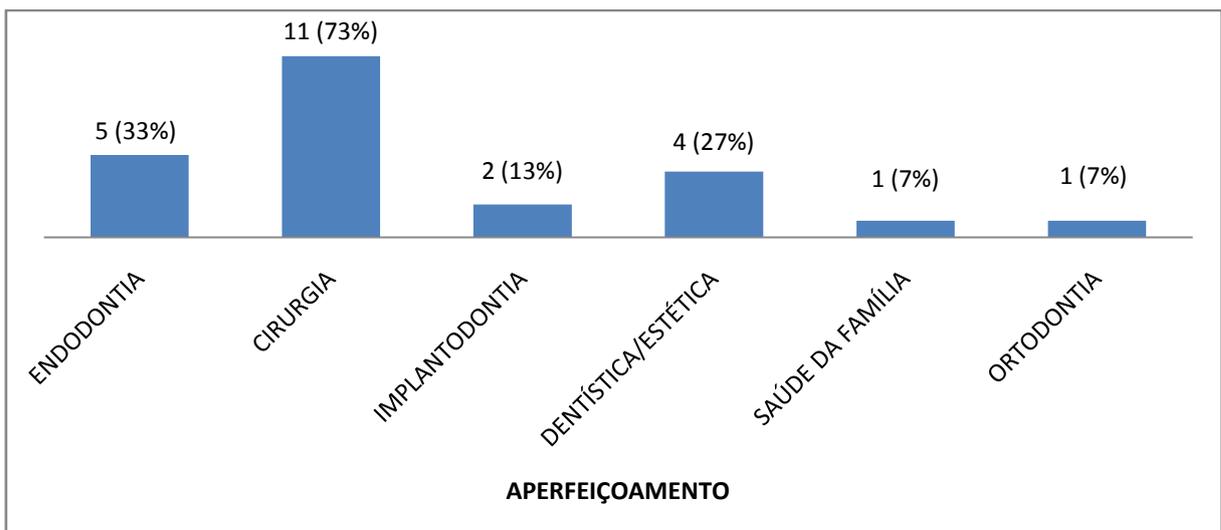
No que diz respeito à escola de formação, nove dentistas (40,9%) se formaram na Faculdade Católica Rainha do Sertão, escola privada localizada no Município de Quixadá, 18,2% na Universidade de Fortaleza, 13,6% na Universidade Potiguar, escolas também privadas. Apenas seis dentistas (27,1%) se formaram em universidades públicas, sendo elas as Universidades Federais do Ceará (13,6%), Rio Grande do Norte (4,5%) e Paraíba (4,5%), e Universidade Estadual do Piauí (4,5%). O surgimento de faculdades de Odontologia, sobretudo fora de Fortaleza, promoveu a expansão das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Ceará pela maior disponibilidade de profissionais, inclusive no interior, já que o trabalhador da saúde prefere se concentrar nas regiões mais desenvolvidas, especialmente as capitais (DE MOURA *et al.*, 2013).

No que corresponde ao tempo de formação, metade da amostra (11 dentistas) tem menos de cinco anos de formado, o que vai de acordo com o perfil jovem da população em estudo, 36,4% têm de cinco a dez anos de formado e 9,1% de dez a 15 anos. Apenas um participante se formou há mais de 15 anos, antes das novas diretrizes curriculares para o curso de Odontologia, instituídas em 2002, evidenciando que a quase totalidade teve formação voltada para um perfil de profissional cuja atuação deve se dá de modo integral, com senso de responsabilidade social e compromisso com a população assistida. Esses dados se contrapõem aos obtidos nos estudos de Feitosa Filho *et al.* (2016), no qual 44,4% dos participantes tinham mais de 15 anos de formados, enquanto apenas 7,4% possuíam menos de cinco anos.

Dos 22 cirurgiões-dentistas deste estudo, 86,4% fizeram algum tipo de pós-graduação, sendo 68,2% aperfeiçoamento, 63,6% especialização e 4,5% mestrado, este em saúde pública. Nenhum participante fez doutorado. Nota-se, com suporte nesse resultado, a reduzida formação profissional *stricto sensu*, fato observado também por Pinheiro, Cardoso e Prado (2010), os quais obtiveram, em estudo com profissionais de Odontologia, apenas 11,1% de participantes com mestrado e nenhum com doutorado.

Quanto ao tipo de pós-graduação, observa-se, pelo Gráfico 2, a tendência dos profissionais se capacitarem para atuação no setor privado, já que, dos 15 dentistas que fizeram aperfeiçoamento, 14 (93,3%) o fizeram em áreas clínicas, havendo, inclusive, profissionais com curso em mais de uma área, enquanto apenas um profissional fez aperfeiçoamento em Saúde da Família. Esse dado evidencia o perfil de formação do cirurgião-dentista que não condiz com o esperado para atuação na Estratégia Saúde da Família. Apesar desta, geralmente, ser a primeira oportunidade de trabalho ao sair da faculdade, os profissionais não procuram se capacitar na área, o que, muitas vezes, os leva a desenvolver o tradicional trabalho clínico-curativo e individualizado dentro do consultório.

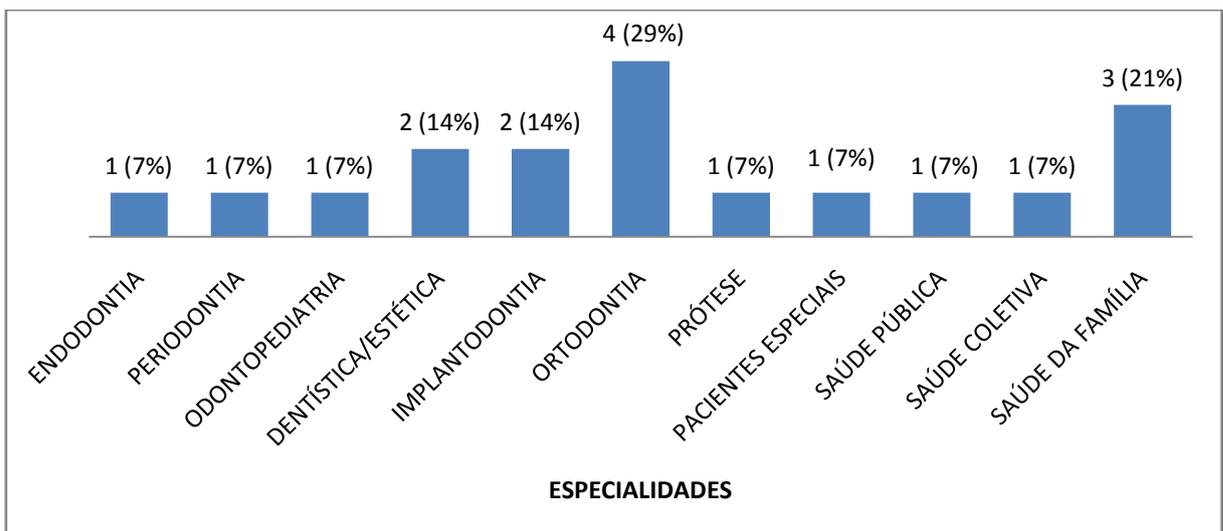
Gráfico 2 - Aperfeiçoamento dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.



Fonte: Elaborado pela autora.

Quando o assunto é especialização, essa tendência se repete, conforme observado no Gráfico 3, o qual demonstra que, dos 14 profissionais especialistas, nove (64,3%) são especialistas clínicos, havendo predominância na área de Ortodontia, Implantodontia e Estética, enquanto cinco (35,7%) são especialistas na área da Saúde Pública, Coletiva e da Família. Feitosa Filho *et al.* (2016) obtiveram resultados similares aos encontrados neste estudo, já que apenas 26% dos profissionais possuíam especialização em Saúde Coletiva e da Família, enquanto havia predomínio das especialidades clínicas, sobretudo a Ortodontia, com 30,4% dos participantes especialistas nessa área.

Gráfico 3 - Distribuição das especialidades dos 14 cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.



Fonte: Elaborado pela autora.

Apesar da intensiva influência da formação do cirurgião-dentista para atuação na clínica, o fato de os profissionais se especializarem nessa área pode estar diretamente relacionado à fragilidade no vínculo empregatício com o serviço público, já que apenas 27,3% (seis) dos profissionais são efetivos, vinculados por concurso público, enquanto 72,7% possuem contrato temporário, sendo, muitas vezes, credenciados através de empresa terceirizada. De Moura *et al.* (2013) encontraram, dentre 111 dentistas avaliados, apenas 11,7% com vínculo por concurso público. O caráter temporário do vínculo empregatício, assim como os baixos salários, não estimula os profissionais a seguirem carreira na saúde pública,

levando-os a investir na atuação profissional em consultórios/clínicas privadas como especialista autônomo.

Embora a maioria dos dentistas pesquisados tenha curso de pós-graduação em diversas áreas, 81,2% (18 dentistas) nunca fizeram curso sobre câncer bucal, possuindo o conhecimento obtido somente com a graduação. Ainda é precária a oferta de capacitação para o cirurgião-dentista do serviço público, o que é evidenciado quando, dos quatro profissionais que já fizeram curso sobre câncer bucal, metade o fez com financiamento próprio, enquanto a outra metade o fez por via de instituições de ensino público.

Em consonância com a idade dos participantes e o reduzido tempo de formação, o tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família, para a metade dos participantes (11 dentistas), foi inferior a cinco anos; 40,9% (nove) tinham de cinco a dez anos de atuação na Estratégia; apenas dois (9,1%) profissionais tinham de dez a 15 anos. Dentre as causas prováveis para a predominância desse perfil profissional, pode ser mencionada a migração dos profissionais mais antigos para as capitais e a formação de maior número de profissionais no interior, nos últimos anos, pela abertura de faculdade mais próxima da região; assim como a saída dos profissionais mais antigos, com o perfil de formação voltado para a atividade clínico-curativa, do serviço público para as clínicas privadas. Ainda são necessários, porém, estudos para elucidar esse fato.

Outro ponto a ser considerado diz respeito à carga-horária dedicada à Estratégia Saúde da Família. O cumprimento das 40 horas semanais não é uma realidade na totalidade dos municípios do estudo, visto que 68,2% dos participantes dedicam 36 horas semanais ao seu trabalho na ESB, enquanto 31,8% cumprem até o máximo de 30 horas semanais. Tendo em vista o fato de que a dispersão de casas em uma área territorial extensa é uma realidade em muitos municípios do interior, havendo equipes que atuam em UBASF localizada há 30 km da sede, torna-se difícil o cumprimento de dois turnos diários, tendo como alternativa o cumprimento de horário corrido de seis horas diárias. Além disso, alguns profissionais acumulam a função de coordenador de saúde bucal, fazendo o trabalho de coordenação no horário de trabalho na Estratégia. Esses fatores levam ao descumprimento da carga-horária a ser trabalhada na ESB, o que é considerado por De Moura *et al.* (2013)

como um dos problemas, dentre outros, que comprometem a saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.

5.2 CATEGORIA CONHECIMENTO

Com amparo no conteúdo das entrevistas, foi analisado o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, dividindo-se a temática em quatro subcategorias: Concepções sobre Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal; Fatores de Risco; Diagnóstico Clínico; Percepções sobre o Conhecimento.

5.2.1 Subcategoria concepções sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal

Os participantes foram questionados sobre as suas ideias relativamente à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal, sendo as respostas agrupadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Concepções dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará acerca da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer bucal, 2016.

(continua)

Afirmações	N (22)	Frequência
Concepções sobre prevenção do câncer bucal		
a- Fatores de risco <i>(Atuar sobre... Evitar... Se proteger... Grupos de risco...)</i>	13	59,1%
b- Educação em saúde <i>(Instruir o paciente... Informar a população... Palestras... Orientar o paciente...)</i>	13	59,1%
c- Busca ativa de lesões <i>(Ações contínuas de busca ativa de lesões... Exame preventivo em busca de lesões... Dia específico para examinar as mucosas...)</i>	10	45,5%
d- Detecção precoce de lesões <i>(Visitar o dentista periodicamente... Procurar o dentista ao perceber lesão/alteração... Detectar lesões que não câncer... Fazer autoexame...)</i>	7	31,8%

Tabela 3 - Concepções dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará acerca da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer bucal, 2016.

(conclusão)

Afirmações	N (22)	Frequência
e- Hábitos saudáveis de vida (Boa higiene... Boa alimentação...)	3	13,6%
f- Políticas Públicas de Saúde	2	9,1%
g- Atenção integral (Atenção a toda cavidade oral, não só ao dente)	2	9,1%
Concepções sobre diagnóstico precoce do câncer bucal		
a- Diagnosticar/detectar alterações ou desordens potencialmente malignizáveis	10	45,5%
b- Fazer diagnóstico diferencial com outras lesões, detectar alterações fora do padrão de normalidade	8	36,4%
c- Detectar de forma inicial (Num estágio que seja possível fazer um tratamento... maior chance de cura... Lesões pequenas... Lesões localizadas sem comprometimento de estruturas bucais....)	8	36,4%
d- Biopsia e exame histopatológico (É um resultado histopatológico... (Saber) Fazer biopsia... Saber ler exame histopatológico.... Utilização de exame de laboratório...)	4	18,2%
e- Fazer busca ativa de lesões, realizar exame das mucosas em todas as consultas	3	13,6%
f- Detectar alterações ainda não percebidas pelo paciente, sem sintomas	2	9,1%
g- Detectar alterações ao primeiro sinal ou sintoma percebido pelo paciente	2	9,1%
h- Realizar palestras	1	4,5%
i- Visitar o dentista regularmente para uma avaliação	1	4,5%

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao serem questionados sobre a ideia de prevenção do câncer bucal, 59,1% dos participantes consideraram os fatores de risco como algo a ser evitado ou combatido, enquanto o mesmo número de cirurgiões-dentistas (13) relacionou a ideia de Educação em Saúde à prevenção, aproximando-se do conceito de

prevenção primária de Leavell & Clarck (1976). Além disso, 13,6% citaram a adoção de hábitos saudáveis de vida como medida de prevenção do câncer bucal.

Muitos participantes, entretanto, ao responderem sobre a concepção de prevenção, citaram ações de diagnóstico precoce, já que 45,5% afirmaram que se previne o câncer bucal realizando busca ativa de lesões, 31,8% citaram formas de detecção precoce e 9,1% afirmaram que a prevenção se faz por via de uma atenção integral à pessoa, de modo a não avaliar apenas a estrutura dentária, mas também toda a cavidade oral. Dois participantes demonstraram possuir uma concepção mais ampliada de prevenção, reconhecendo-a como Política Pública de Saúde.

É natural essa confusão de concepções, visto que o diagnóstico precoce também é uma forma de prevenção (secundária), cuja ação se dá pela limitação de danos e promoção da cura (LEAVELL & CLARK, 1976). É nesse sentido que 45,5% dos participantes visualizam o diagnóstico precoce como a detecção de desordens potencialmente malignizáveis, 36,4% relataram que o diagnóstico precoce se faz quando a lesão ainda está em estágio inicial, tomando como referência o tamanho e a agressividade da lesão, assim como a possibilidade de cura, para julgá-la como inicial ou tardia. Dois participantes informaram que o diagnóstico se dá precocemente quando se detectam alterações ainda não percebidas pelo paciente, concordando com Torres-Pereira *et al.* (2012).

Quatro dentistas (18,2%), entretanto, associaram o diagnóstico precoce à realização da biópsia e obtenção do exame histopatológico, o que seria o diagnóstico definitivo da patologia.

5.2.2 Subcategoria fatores de risco

Ao avaliar o conhecimento sobre os fatores de risco para o câncer bucal, os mais citados pelos participantes foram o uso de tabaco (95,5%), o álcool (63,6%), a exposição solar (63,6%) e fator genético / hereditário (45,5%), de acordo com a Tabela 4. Ribeiro *et al.* (2014) encontraram resultados semelhantes, sendo o tabaco e o fator hereditário citados por 100% dos participantes, e o álcool e a exposição solar por 95,7%. Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) encontraram o tabaco, o álcool e a exposição solar como os fatores mais citados pelos dentistas.

O tabaco é considerado o agente carcinogênico de maior relevância, seja ele fumado, mascado ou aspirado (BRASIL, 2002a). O álcool, quando consumido excessivamente, pode causar câncer de boca, podendo atuar sinergicamente com o tabaco. Essa ação de cofator foi citada por 22,7% dos cirurgiões-dentistas.

Tabela 4 - Fatores de risco para o câncer bucal citados pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Tabagismo (cigarro, cachimbo, fumo mascado).	21	95,5%
b- Consumo de bebida alcoólica.	14	63,6%
c- Exposição solar sem proteção/Radiação ultravioleta.	14	63,6%
d- Fator genético / hereditário.	10	45,5%
e- Má higiene bucal.	6	27,3%
f- Uso de prótese mal adaptada.	5	22,7%
g- Associação entre uso de tabaco e álcool.	5	22,7%
h- Idade acima de 40 anos.	4	18,2%
i- Uso de prótese/Dormir com a prótese na boca.	3	13,6%
j- Alimentação inadequada.	2	9,1%
k- Doença sexualmente transmissível	2	9,1%
l- Exposição a agrotóxicos.	2	9,1%
m- Trauma frequente da mucosa bucal.	2	9,1%
n- Localização da lesão.	1	4,5%
o- Ser do gênero masculino.	1	4,5%
p- Lesões benignas causadas por outros fatores (fibroma).	1	4,5%
q- Associação de trauma por prótese mal adaptada com outros fatores de risco.	1	4,5%
r- Uso de piercing	1	4,5%
s- Uso de drogas.	1	4,5%
t- Sedentarismo.	1	4,5%
u- Estresse.	1	4,5%
v- Membrana de clareamento bucal como cofator.	1	4,5%

Fonte: Elaborado pela autora.

A alimentação inadequada foi considerada como fator de risco por apenas dois (9,1%) participantes. Estudos revelaram que uma alimentação deficiente de

nutrientes, assim como dietas inadequadas, produz radicais livres que podem alterar o DNA, tornando a pessoa vulnerável ao desenvolvimento do câncer, sendo considerada como fator de risco (BRASIL, 2002a). Nos estudos de Pinheiro, Cardoso e Prado (2010), 18,4% reconheceram a relação entre dieta e câncer bucal.

Outro fator apontado como risco para o câncer bucal foi a idade acima de 40 anos, citada por apenas 18,2% dos participantes. Alvarenga *et al.* (2012) encontraram um percentual bem mais elevado (81,1%) de cirurgiões-dentistas que informaram que a doença acomete, principalmente, pessoas com mais de 40 anos.

Apenas dois (9,1%) participantes citaram a doença sexualmente transmissível como fator de risco. Ribeiro *et al.* (2014) obtiveram frequência de 65,2% dos participantes apontando o sexo oral como fator de risco para o câncer bucal, valor bem superior ao obtido neste estudo. A influência do HPV no câncer oral tem sido pesquisada e discutida, principalmente, nos últimos anos, sendo recente comparativamente a outros fatores de risco, como tabagismo e o álcool, cujo papel na patologia é bem reconhecido. Embora estudos evidenciem a presença do HPV em lesões orais malignas, não há um estabelecimento preciso da relação entre esse vírus e aquela patologia, visto que há atuação, concomitante, de outros carcinógenos, havendo necessidade, portanto, de mais esclarecimentos sobre essa relação (SOBRAL; ALMEIDA; FONTES, 2014; FERRARO *et al.*, 2011; CASTRO *et al.*, 2004).

O fato de poucos participantes terem apontado a doença sexualmente transmissível, inexistindo, inclusive, alusão ao HPV, evidencia a desatualização dos profissionais com relação ao tema.

Santos, Batista e Cangussu (2010) detectaram, em seus estudos, que 62,7% dos casos de câncer bucal acometeram pessoas do gênero masculino. Neste estudo, apenas um participante afirmou que ser do gênero masculino representa um fator de risco. Esse padrão de predomínio do câncer bucal no gênero masculino tem se mantido em vários estudos, apesar de a incidência em mulheres estar aumentando em virtude de mudanças de comportamento, com adoção de hábitos que eram, predominantemente, masculinos, como fumo e ingestão de bebida alcoólica (BRENER *et al.*, 2007).

Alguns autores incluem a exposição a agentes químicos entre os fatores ocupacionais relacionados à etiologia do câncer bucal, em razão da alta incidência

desse tipo de câncer entre os agricultores (BRASIL, 2002a). Nesse sentido, 9,1% dos participantes apontaram a exposição aos agrotóxicos como fator de risco para o câncer bucal.

A má higiene bucal foi citada por 27,3% dos participantes, assim como o uso de prótese mal adaptada (22,7%) e trauma frequente na mucosa bucal (9,1%). Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) encontraram frequências superiores para próteses mal adaptadas (73,7%) e má higiene oral (39,53%). Ribeiro *et al.* (2014) acharam 78,3% para ambos os fatores, considerando errônea a descrição desses fatores como de risco para o câncer bucal. Rotundo *et al.* (2013) descobriram possível associação entre feridas decorrentes de próteses mal adaptadas e câncer bucal. Güneri *et al.* (2005) evidenciaram associação de má higiene bucal e trauma por prótese mal adaptadas com câncer bucal primário. A associação entre úlceras orais secundárias à má adaptação de próteses e o câncer bucal observada por Dedivitis *et al.* (2004), não havendo, portanto, consenso entre os autores a respeito desses fatores.

Geralmente, observa-se uma higiene bucal deficiente em pacientes com câncer bucal (INCA, 2016). Esse fato decorre da influência social nesse tipo de neoplasia, já que, na maioria das vezes, acomete pessoas de baixa condição socioeconômica, as quais possuem más condições bucais e estão mais expostas aos fatores de risco, como álcool e tabaco, estando, portanto, mais sujeitas a desenvolverem o câncer bucal (BORGES *et al.*, 2009). Esses mesmos autores observaram a relação entre mortalidade por câncer bucal e indicadores sociais.

Um participante citou a membrana para clareamento como cofator, enquanto outro participante apontou o uso de *piercing* oral como fator de risco para câncer bucal. Apesar da pouca literatura sobre a ação desses fatores na gênese do câncer bucal, Consolaro, Francischone e Consolaro (2011) observaram que o peróxido de hidrogênio em agentes clareadores dentais estimula a proliferação de células cancerígenas iniciadas por outro agente carcinogênico, atuando como promotor do câncer bucal quando associado a outros fatores de risco iniciadores, enquanto, para Espírito Santo *et al.* (2007), o uso de *piercing* de aço cirúrgico pode levar ao desprendimento de substância carcinogênica, assim como facilitar a atuação de outros fatores carcinogênicos devido ao seu trauma crônico. Porém,

ainda são necessários mais estudos a respeito da influência desses dois fatores na gênese do câncer bucal.

Outros fatores apareceram com menor frequência, e de modo equívoco, como: lesões benignas; uso de drogas; sedentarismo e estresse; sendo estes citados por 4,5% dos participantes como fatores de risco para o câncer bucal, demonstrando, novamente, desatualização sobre a temática. Nos estudos de Ribeiro *et al.* (2014), apesar de serem citados alguns fatores equivocadamente, semelhantes a este estudo, obtiveram-se frequências bastante superiores para estresse emocional (69,6%) e uso de drogas (21,7%).

A partir dos dados, observa-se que os cirurgiões-dentistas têm relativo conhecimento sobre os fatores de risco para o câncer bucal, quando comparados a outros estudos. Há, porém, necessidade de se atualizarem com relação ao tema, visto que a ciência muda continuamente e novos fatores de risco surgiram, como o HPV, por exemplo, o que pode levar a uma mudança no perfil da população de risco, principalmente no que diz respeito à idade.

5.2.3 Subcategoria diagnóstico clínico

Para que seja dado um diagnóstico clínico de lesões, faz-se necessário conhecer as características clínicas de cada lesão, benigna ou maligna, neoplásica ou não, para que se possa realizar um diagnóstico diferencial. Os aspectos das lesões bucais considerados mais relevantes e preocupantes, obtidos neste estudo, são: o tempo de permanência superior a 15 dias (54,5%), manchas ou mudanças de coloração (50%) e úlcera ou ferida (45,5%). Lemos Júnior *et al.* (2013) acentuam que lesões precoces geralmente se mostram como manchas branco-avermelhadas de superfície rugosa, devendo, o cirurgião-dentista, buscar a alteração de cor da mucosa no exame clínico, já que dificilmente será identificada pelo paciente por ser assintomática. Ribeiro *et al.* (2014) observaram que os aspectos mais encontrados em pacientes com câncer bucal em estágio inicial, relatados pelos cirurgiões-dentistas, são a úlcera indolor (69,6%) e inchaço/caroço (4,3%). As tumefações/caroços/edemas, neste estudo, tiveram frequência de 18,2%. Outros aspectos relevantes foram a exposição a fator de risco (22,7%) e localização da lesão (18,2%).

Tabela 5 - Aspectos das lesões considerados sinais de alerta para o câncer bucal pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Alteração que não desaparece em 10 a 15 dias	12	54,5%
b- Manchas, mudança de coloração	11	50%
c- Úlcera/ferida	10	45,5%
d- Dor	5	22,7%
e- Tem algum fator de risco	5	22,7%
f- Localização	4	18,2%
g- Edema/tumefações/caroços	4	18,2%
h- Usa prótese	3	13,6%
i- Modificação no formato/anatomia da estrutura bucal	3	13,6%
j- Ausência de dor	1	4,5%
k- Alteração recorrente, que aparece e desaparece	1	4,5%
l- Bordas endurecidas	1	4,5%
m- Aparecimento súbito	1	4,5%
n- Sangramento	1	4,5%
o- Tamanho	1	4,5%

Fonte: Elaborado pela autora.

Um dado preocupante foi o fato de cinco (22,7%) participantes relatarem dor como sinal de alerta para o câncer bucal, enquanto um (4,5%) participante relatou a ausência de dor e o tamanho da lesão. Sendo o câncer bucal uma doença de progressão lenta e indolor em seu estágio inicial, o profissional pode julgar que lesões pequenas e assintomáticas não são indicativas de câncer bucal. Desse modo, ficam em alerta aos sinais de lesão avançada, como modificações da anatomia bucal (13,6%) e bordas endurecidas (4,5%), o que não condiz com um diagnóstico precoce. Outros aspectos foram citados, erroneamente, por 4,5% dos participantes, como aparecimento súbito, alterações recorrentes e sangramento, além do uso de próteses referido por 13,6%.

5.2.4 Subcategoria percepções sobre o conhecimento

No que se refere à percepção do cirurgião-dentista sobre seu conhecimento com relação ao diagnóstico precoce do câncer bucal, dez

participantes (45,5%) responderam que não tinham conhecimento suficiente para detectar lesões suspeitas precocemente, considerando-se desatualizados e sentindo-se inseguros com relação ao tema, enquanto o mesmo número de participantes acentuou ter conhecimento suficiente sobre o tema. Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) observaram que 60,5% dos participantes julgaram ter um bom conhecimento sobre câncer bucal, enquanto, nos estudos de Ribeiro *et al.* (2014), apenas cerca de 35% dos profissionais acreditavam ter um conhecimento bom ou ótimo sobre o câncer de cavidade oral. Conforme descrito no perfil do participante, há uma deficiência de capacitação para os profissionais sobre câncer bucal, como demonstra a seguinte fala:

[...] a gente é muito carente de treinamento, a gente até teve algumas palestras, mas assim, a gente é muito... a parte de educação continuada aqui é muito... é inexistente, na realidade, então assim, é o que a gente aprendeu aí pra trás né. (ENTREVISTADO 17).

Tabela 6 - Percepção dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará sobre seu conhecimento com relação ao câncer bucal, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Considera que não tem conhecimento suficiente para detectar precocemente lesões suspeitas. <i>(Estou desatualizado... Sinto-me inseguro... Meu conhecimento não permite fazer um diagnóstico diferencial...)</i>	10	45,5%
b- Considera que tem conhecimento suficiente para detectar precocemente lesões suspeitas.	10	45,5%

Fonte: Elaborado pela autora.

Corroborando a percepção do conhecimento insuficiente, 72,7% dos participantes (Tabela 7) relataram haver necessidade de capacitação, sendo considerada necessária, inclusive, por participantes que julgaram ter conhecimento satisfatório, pois *“é uma coisa que ainda posso me atualizar ainda mais, posso me preparar mais, ainda é uma grande demanda [...]”* (ENTREVISTADO 19).

A necessidade de capacitação é sentida em virtude da escassez de treinamentos/cursos na área da Estomatologia, especialmente para o serviço

público. Apesar de o cirurgião-dentista atuar na Estratégia Saúde da Família, percebe-se que ele é reconhecido como um técnico, cujo saber é totalmente adquirido na sua formação profissional na Faculdade de Odontologia. O poder público não dá suporte de conhecimento, em treinamentos, para todas as áreas da Estratégia, igualmente, ficando a saúde bucal desatualizada ou destinada a procurar atualizar-se com recursos próprios, de acordo com suas possibilidades, como é percebido nas seguintes falas:

Treinamento básico de dentista que não tem, até hoje nunca teve, pelo menos pra mim. Se você não for procurar: atendimento a paciente oncológico, diagnóstico de paciente oncológico, ou você não sentar na cadeira e estudar, você não vai saber não. (ENTREVISTADO 7).

[...] todos os cirurgiões dentistas tivessem essa capacitação, porque a gente sabe que eles desenvolvem capacitações pra sífilis, microcefalia, que teve um surto recente, mas desenvolver uma atualização, capacitação, treinamento e o que fosse pra todos os cirurgiões dentistas e TSBs também, ASBs [...] Eu acredito que se tivesse alguma capacitação, treinamento, como costuma ter pros médicos, enfermeiros e outras áreas seria muito interessante [...] pára tudo pra poder fazer qualquer reunião e não consegue parar pra fazer uma atualização que é tão importante. (ENTREVISTADO 4).

[...] uma capacitação pra gente. Depois que a gente se inseriu no Programa Saúde da Família, eu percebi que não tem, pelo Estado..., quase não é ofertado, nada. (ENTREVISTADO 9).

Tabela 7: Relatos dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará acerca das capacitações, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Necessidade de capacitação/atualização do dentista ou da ESB sobre câncer bucal	16	72,7%
b- Necessidade de capacitação para ACS	6	27,3%
c- Importância da capacitação (A capacitação é uma forma de conscientizar/incentivar os cirurgiões-dentistas a fazerem avaliação do paciente...)	5	23,7%
d- Pretendo fazer um curso sobre lesões bucais.	1	4,5%
e- Oferta de pós-graduação gratuita estimularia os cirurgiões-dentistas a estudarem mais sobre a temática.	1	4,5%

Fonte: Elaborado pela autora.

As falas citadas revelam a importância de se capacitar os profissionais da saúde bucal, afirmada por 27,3% dos dentistas, visto que “as capacitações são

importantes pra ‘refrescar’, pois é uma área que a gente não está sempre estudando.” (ENTREVISTADO 13). É importante a sua oferta não apenas para a ESB, mas também para outros membros da equipe.

Os cursos na área da Estomatologia, no entanto, são escassos, inclusive, nas escolas privadas de aperfeiçoamento profissional, como relata a seguinte participante: *“é difícil você achar um aperfeiçoamento, não existe um aperfeiçoamento em câncer, você vai fazer um aperfeiçoamento de lesões né, de estomatologia, e alguma coisa do tipo, que também já é difícil de encontrar.” (ENTREVISTADO 4).* Ante a dificuldade apontada, a disponibilização de cursos na modalidade de Educação à Distância (EaD), pelo Governo Estadual ou Federal, seria uma alternativa que possibilitaria ampla cobertura de profissionais.

Em suma, é notória a necessidade de se investir mais em Educação Permanente e Educação Continuada, seja na modalidade presencial ou EaD, para que os cirurgiões-dentistas possam estar atualizados e devidamente preparados para realizar um bom trabalho de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal.

5.3 CATEGORIA ESTRATÉGIAS

Para se realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal, faz-se necessário efetivar algumas ações voltadas para essa finalidade. Nas entrevistas, os cirurgiões-dentistas asseguraram utilizar as seguintes estratégias, conforme mostra a Tabela 8.

Tabela 8- Estratégias de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal utilizadas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

(continua)

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Exame das mucosas no atendimento clínico.	20	90,9%
b- Busca ativa de lesões.	19	86,4%
c- Ações de educação em saúde.	14	63,3%
d- Trabalho em equipe.	10	45,5%
e- Controle e acompanhamento dos casos suspeitos.	4	18,2%
f- Capacitação da equipe.	2	9,1%

Tabela 8- Estratégias de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal utilizadas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

(conclusão)		
Afirmações	N (22)	Frequência
g- Realização de biopsia, quando tem material.	1	4,5%

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre as estratégias utilizadas, a mais citada (90,9%) foi a realização do exame das mucosas durante o atendimento clínico, seguida da busca ativa de lesões (86,4%), ações de Educação em Saúde (63,3%) e trabalho em equipe (45,5%). Outras ações relatadas pelos participantes foram controle e acompanhamento de casos suspeitos (18%), capacitação da equipe (9,1%) e realização de biopsia (4,5%). Com exceção desta, as estratégias utilizadas estão de acordo com as preconizadas pelo Ministério da Saúde para realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal (BRASIL, 2008a).

Para melhor discorrer sobre o conteúdo abordado nas entrevistas, as estratégias mais citadas serão discutidas individualmente, em subcategorias específicas, enquanto as demais serão aglutinadas em subcategoria única.

5.3.1 Subcategoria exame das mucosas

Ao serem questionados em quais situações era realizado o exame das mucosas, 14 (63,3%) entrevistados responderam que o realizavam, de modo mais detalhado, em pessoas expostas a fatores de risco, conforme explicitado na Tabela 9. Geralmente, no entanto, é realizado o exame visual, visto que apenas três participantes evidenciaram realizar o exame de palpação (*alíneas b e c*), enquanto apenas um informou realizar o exame extraoral (*alínea c*). Domingos, Passalacqua e Oliveira (2014) consideram a palpação da cadeia ganglionar indispensável para realização de um diagnóstico precoce.

Tabela 9 - Situações em que é feito exame das mucosas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Faz um exame das mucosas mais detalhado em pessoas expostas a fatores de risco.	14	63,3%
b- Faz exame intraoral, visual e de palpação.	2	9,1%
c- Faz exame intra e extraoral, visual e de palpação.	1	4,5%
d- Faz o exame das mucosas em desdentado total, usuário de prótese ou quando encaminha o paciente para o serviço de prótese.	11	50%
e- Realiza o exame das mucosas do paciente na primeira consulta.	5	22,7%
f- Faz exame visual das mucosas em cada atendimento.	3	13,6%
g- Faz exame das mucosas em outras situações (Quando vai fazer cirurgia/exodontia, em paciente com doença periodontal extensa, em paciente com saúde bucal debilitada, pessoas com necessidades especiais).	3	13,6%
h- Faz um exame mais detalhado quando o paciente se queixa de algo.	2	9,1%
i- Faz exame das mucosas quando vê alguma alteração.	1	4,5%

Fonte: Elaborado pela autora.

Um achado interessante é que 50% dos entrevistados realizam o exame das mucosas em desdentado total e usuário de prótese, principalmente ao encaminhar esses pacientes para o serviço de prótese dentária. A oferta deste serviço levou ao crescimento da procura do usuário edêntulo pelo serviço de saúde em busca da reabilitação ou da troca de próteses antigas, sendo essa uma oportunidade de se realizar o exame bucal desses pacientes que, usualmente, não frequentam o serviço odontológico, ou seja, *“com o projeto dos laboratórios regionais de prótese dentária, a gente já tem um acesso maior a esses pacientes.”* (ENTREVISTADO 2).

Por outro lado, essa preocupação em examinar usuários de prótese também é decorrente de esta ser visualizada, por muitos participantes, como um fator de risco para o câncer bucal, ou pelo fato de, muitas vezes, estarem associadas ao aparecimento de lesões, geralmente benignas, decorrentes das más adaptações advindas de um tempo de uso demasiadamente prolongado da peça ou em virtude da confecção das próteses por pessoas não habilitadas para tal

(protéticos). Desse modo, há maior preocupação dos cirurgiões-dentistas em avaliar tanto os efeitos da adaptação das próteses que o paciente já usa, como a condição dos tecidos para receber uma nova peça.

O que eu noto é que tem paciente aqui que usa uma mesma prótese há uns 20 anos, a prótese já tem a marca da prótese no palato do paciente [...] a prótese já... às vezes quebrada, machucando entendeu [...] então eu acho assim, que é um risco eles estarem com essas próteses, usando há muito tempo. (ENTREVISTADO 16).

Porque assim, você avalia a condição de receber um material estranho, que é a prótese, então eu me atento à região da mucosa, à região gengival, do crescimento, se tá tendo, se não tá tendo [...] (ENTREVISTADO 11).

Outro dado obtido com a pesquisa aponta 22,7% dos participantes realizando exame das mucosas na primeira consulta odontológica, enquanto 13,6% o efetuam em todos os atendimentos. Esse dado é bastante inferior aos encontrados em Ribeiro *et al.* (2014), os quais detectaram que 86,9% dos cirurgiões-dentistas realizavam exame clínico da cavidade oral, para identificar lesões e alterações teciduais, na primeira consulta, enquanto parcela de 13,1% não realizava o exame clínico completo da cavidade oral.

Além disso, 13,6% informaram realizar o exame em pessoas com doença periodontal extensa, condição bucal debilitada, pacientes com necessidades especiais e ao realizar exodontia, apesar de não representarem fatores de risco.

Como se pode observar, há dentistas que ainda não têm o exame das mucosas incorporado na sua rotina, visto que dois participantes informaram fazer o exame quando o paciente se queixa de alguma coisa, e um quando percebe alguma alteração. Essas atitudes não condizem com a busca de um diagnóstico precoce do câncer bucal.

5.3.2 Subcategoria busca ativa

Dentre as ações de busca ativa, as visitas domiciliares foram relatadas por 45,5% dos entrevistados, sendo essa necessidade identificada pelo agente comunitário de saúde (ACS), de acordo com a Tabela 10.

O agente de saúde ele é muito importante nesse feedback né, nesse fator, porque ele tá indo... tá mais presente, ele conhece mais a população, então ele chega aqui e fala: "olha, tem um paciente que apareceu com um

ferimento na boca”, e a gente já mede a preocupação pra esse paciente e já manda vim aqui ou então faz a visita domiciliar na casa dele e vai depender muito da condição do paciente tenha que vir. (ENTREVISTADO 8).

Tabela 10 - Ações de busca ativa realizadas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Faz visitas domiciliares de restritos ao lar ou de pessoas com dificuldades de locomoção, identificadas pela ACS.	10	45,5%
b- Faz busca ativa no dia D da influenza.	8	36,4%
c- Realiza exames/palestras em grupos ou espaços sociais onde já existem concentrações de pessoas de risco (ex.: grupo de idosos do CRAS, grupo de tabagismo).	8	36,4%
d- Incentiva a ACS a orientar os pacientes desdentados ou com suspeita de lesão bucal a procurar o serviço de odontologia do posto, periodicamente, para serem submetidos ao exame bucal.	6	27,3%
e- Realiza busca ativa nos pacientes que são atendidos pelo médico e/ou enfermeira no atendimento do HIPERDIA.	6	27,3%
f- Faz busca ativa em paciente com mais de 50 anos que usam prótese.	1	4,5%
g- Faz avaliação bucal/palestras em eventos que acontecem na comunidade.	1	4,5%
h- Realiza dia "D" no posto para realização de exame bucal de pacientes expostos a fatores de risco.	1	4,5%
i- Não utiliza estratégia de busca ativa.	3	13,6%

Fonte: Elaborado pela autora.

Além dessa ação, 36,4% captam pessoas idosas no dia “D” da vacina influenza. Bulgareli *et al.* (2013) observaram um aumento da cobertura de exame bucal em idosos de 21% para 62%, em cinco anos, por meio da associação das ações de prevenção e diagnóstico do câncer bucal à campanha de vacinação contra a gripe, concluindo que a valorização desta campanha facilitou a implantação daquelas ações no Estado de São Paulo. Há necessidade, porém, de melhor planejamento dessa ação, observada na seguinte fala:

Porque tem as campanhas de vacinação da gripe aí a gente aproveita que os idosos, geralmente as pessoas vão para a unidade de saúde, e aproveita e busca essas pessoas pra fazer o exame [...] Anualmente tem a campanha né, e aí o dentista vai como opcional, se ele tiver disponibilidade de trabalhar, não é aquela coisa que tem que ir entendeu [...] Nessa campanha que eu fui, que eu lembro, não teve muita adesão, acho que justamente por

não ser uma coisa muito corriqueira, eu não noto, assim, que é um movimento, é como se o dentista aproveitasse um momento pra tá ali, mas não é uma coisa que tem divulgação entendeu, “vamos aproveitar pra comunidade mesmo ter essa consciência de ir”. Na hora que eles chegam na unidade é que é informado “Aproveite e vá ali na sala do dentista que tá tendo exame”. Não é uma divulgação específica pra dizer tem a vacina e rastreamento do câncer entendeu. Não é assim não. (ENTREVISTADO 12).

Outro dado interessante é que 27,3% dos entrevistados incentivam as ACS a orientarem os pacientes desdentados ou com suspeita de lesão para serem submetidos ao exame bucal e 4,5% fazem busca ativa em pacientes de mais de 50 anos que usam prótese. Mais uma vez, o desdentado e o usuário de prótese recebem destaque entre as ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. Além disso, nota-se a importância que os participantes concedem ao ACS para que as ações se tornem viáveis.

A busca ativa também é realizada em espaços sociais onde há concentração de pessoas de risco (36,4%), como grupo de idosos e grupo de tabagismo, e em pacientes que estão em atendimento do HIPERDIA (22,7%). Apenas um participante relatou realizar ação em eventos que acontecem na comunidade, enquanto outro participante reserva um dia “D” no posto para realizar busca ativa em pessoas expostas a fatores de risco, o que remete às campanhas, muito utilizadas como estratégia de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal; porém, 13,6% não realizam busca ativa de lesões.

Apesar de não ser evidenciada a ocorrência de campanhas de saúde bucal na região, pois apenas quatro entrevistados informaram haver participado das mesmas, 59,1% dos participantes acreditam que elas são eficazes, havendo boa adesão dos pacientes e representando um momento de trazê-los para o posto. Todavia, 22,7% ressaltam que as campanhas precisam ser mais bem trabalhadas para que tenham boa cobertura, já que há dificuldade de adesão a esse tipo de ação de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal (Tabela 11).

Antunes, Toporcov e Wünsch-Filho (2007), em estudo sobre a resolubilidade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, observaram a ineficácia desta pela falta de monitoramento dos resultados e em razão do elevado número de pacientes que não tiveram o seu problema resolvido por não terem o diagnóstico completado (22%) ou não haver informação sobre o desfecho disponível (16,5%). Torna-se, portanto, essencial o

rigoroso planejamento, antes de se desenvolver uma campanha, para que esforços investidos possam trazer retorno satisfatório em termos de eficiência e efetividade.

Tabela 11 - Percepção dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará a respeito das campanhas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- As campanhas são eficazes e têm boa adesão dos pacientes.	13	59,1%
b- As campanhas precisariam ser mais bem trabalhadas, visto que há dificuldade de adesão às campanhas.	5	22,7%
c- Já participei de campanhas de prevenção do câncer bucal.	4	18,2%

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3.3 Subcategoria Educação em Saúde

A Educação em Saúde é uma estratégia utilizada tanto por via de palestras (45,5%), quanto em orientações individuais (Tabela 12, *alíneas b, c e d*) sobre fatores de risco (13,6%), autoexame (18,2%) e a importância de procurar o dentista quando perceber alterações bucais (4,5%).

Tabela 12 - Ações de Educação em Saúde realizadas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Faz palestras educativas para a população.	10	45,5%
b- Orienta o paciente sobre fatores de risco, individualmente, no atendimento.	3	13,6%
c- Orienta o paciente a fazer o autoexame.	4	18,2%
d- Orienta o paciente a procurar o dentista quando perceber alterações bucais.	1	4,5%

Fonte: Elaborado pela autora.

O intuito da Educação em Saúde é deixar o paciente informado, desenvolvendo a autonomia dos sujeitos, empoderando-os para o autocuidado. Uma Educação em Saúde ampliada, entretanto, inclui políticas públicas de reorientação

do serviço de saúde transpostas a tratamentos clínicos e curativos (SCHALL; STRUCHINER, 1999), fazendo-se necessário expandir essa prática para todas as equipes de saúde bucal.

O autoexame é incentivado por 18,2% dos cirurgiões-dentistas, sendo que 36,4% acreditam que, por meio desse tipo de exame, os pacientes podem identificar lesões bucais e procurar o posto de saúde precocemente (Tabela 13); no entanto, 18,2% fazem a ressalva de que o autoexame só é eficaz se o paciente for treinado e sensibilizado a fazê-lo periodicamente. Apesar de o incentivo a esse exame ser detectado em vários estudos, não há evidência científica de que o autoexame é efetivo na prevenção do câncer bucal, já que a população não sabe diferenciar as estruturas anatômicas normais das desordens potencialmente malignizáveis, podendo negligenciar estas últimas, levando ao retardo no diagnóstico (INCA, 2016).

Tabela 13 - Percepção dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará acerca do autoexame, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Por meio do autoexame os pacientes podem identificar lesões bucais e procurar o posto de saúde precocemente.	8	36,4%
b- O autoexame é eficaz se o paciente for treinado e sensibilizado previamente a fazê-lo periodicamente, caso contrário, não surtirá efeito.	4	18,2%

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3.4 Subcategoria trabalho em equipe

Atuar na Estratégia Saúde da Família representa um diferencial para o cirurgião-dentista, em detrimento do trabalho isolado ao qual estava habituado. Este estudo evidenciou boa integração da equipe multiprofissional, por meio de uma abordagem multidisciplinar ao paciente com lesão, pelo encaminhamento, para o cirurgião-dentista, de pacientes com queixas bucais por outros membros da equipe, afirmado por 63,6% dos entrevistados, de acordo com a Tabela 14, e evidenciado na seguinte fala: *“Aí procura um médico, vai pra doutora: “Doutora, eu tô com esse negócio na boca”... a doutora, de imediato, já escreve uma cartinha; ‘olha,*

encaminho o paciente tal, com sintoma tal, pra você examinar’.” (ENTREVISTADO 1).

Outras ações incluem participação em grupos junto à Equipe de Saúde da Família - EqSF (18,2%), discussão de casos suspeitos entre os membros (13,6%), assim como abordagem do tema câncer bucal por outros profissionais em suas atividades educativas (9,1%).

O enfermeiro ele já ajuda, porque ele dá palestras sobre tudo. Quando eu não posso dar, ele coloca a minha parte, ele fala minha parte, como ele já teve de fazer, então a parte do enfermeiro ele me ajuda demais com relação a essas palestras. (ENTREVISTADO 20).

Tabela 14 - Ações realizadas pela equipe multiprofissional relatadas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Há encaminhamento de pacientes com queixas bucais, por outros membros da equipe, para o cirurgião-dentista.	14	63,6%
b- Participa do grupo de tabagismo e de outros grupos junto à EqSF.	4	18,2%
c- Discute com o médico sobre alguns casos suspeitos.	3	13,6%
d- Outros profissionais da equipe abordam o tema câncer bucal em suas atividades educativas.	2	9,1%

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3.5 Subcategoria outras ações

Tabela 15 - Outras ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal praticadas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

(continua)

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Registra e acompanha lesões identificadas.	3	13,6%
b- Atende o paciente com prontuário, o que permite conhecer toda a anamnese e evolução do paciente.	2	9,1%

Tabela 15 - Outras ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal praticadas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

(conclusão)

Afirmações	N (22)	Frequência
c- Capacita os membros da equipe para encaminhar pacientes de risco para se submeterem à avaliação bucal na Unidade de Saúde.	1	4,5%
d- Treina a asb para ensinar o autoexame.	1	4,5 %
e- Realiza biopsia, quando tem material.	1	4,5%

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre outras ações realizadas, em menor frequência, pela população em estudo, estão o registro e acompanhamento das lesões identificadas (13,6%) e o atendimento com o prontuário do paciente (9,1%), o que permite a continuidade do cuidado (Tabela 15).

A capacitação dos membros da equipe também foi identificada no relato de dois participantes (*alíneas c e d*), o que contribui para o desenvolvimento do trabalho em equipe.

A gente vai preparar uma capacitação agora no posto que eu tô e vai ser diferente do que a capacitação passada. A capacitação passada foi só com agente comunitário de saúde, e dessa vez não, vão participar técnicos de enfermagem, vão participar auxiliar de enfermagem, vai participar enfermeiro. (ENTREVISTADO 2).

Apenas um participante informou realizar biopsia quando tem material, demonstrando que os participantes não estão capacitados para realizar esse tipo de exame, o que não se faz necessário, visto que há uma Unidade de referência com especialista para onde encaminhar o paciente com lesão. Além disso, o manejo dos casos de lesão fora do fluxo de encaminhamento pode dificultar seu desfecho por não haver uma garantia do resultado histopatológico no tempo certo, o que é conseguido na Unidade de referência.

Eu faço (biopsia), se necessário. Eu não faço porque eu não vou tirar a lesão e ficar bolando com essa lesão. Por isso o que é que eu faço: vejo e já mando um pré-diagnóstico, e já solicito a biópsia, normalmente eu encaminho pro colega cirurgião que tá no serviço secundário, porque aí sim,

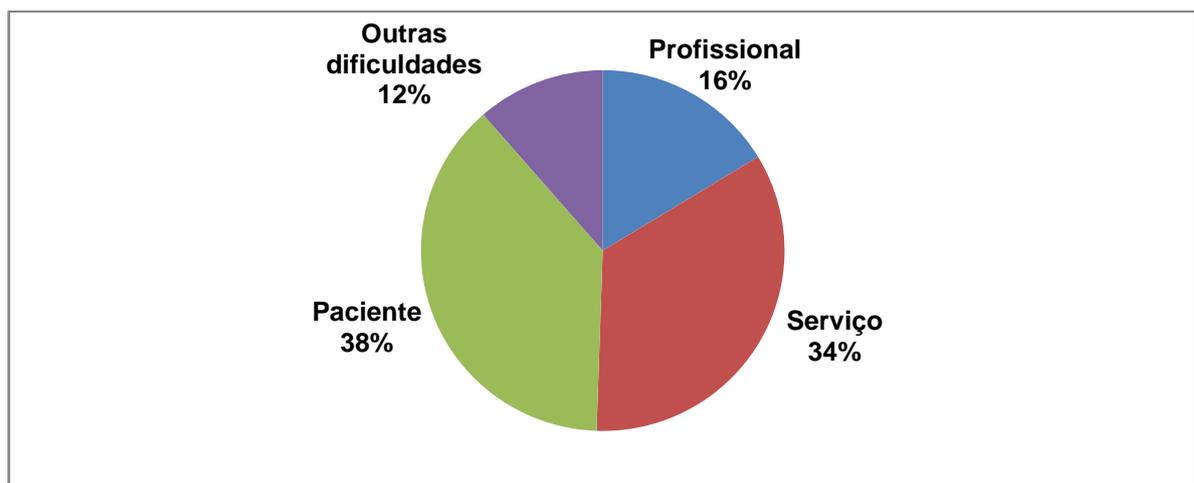
o fluxo é bem mais rápido, do que eu chegar e solicitar praquele paciente, que faça um particular. (ENTREVISTADO 11).

Tem alguns dentistas que fazem (biopsia), aí a gente terceiriza o Laboratório, aqui mesmo no município. Só que, como envolve pagamento, que é uma coisa que a gente não tem acesso, aí fica meio que demorado, por isso que eu prefiro que eles nem façam, eu prefiro encaminhar, que eu sei que o resultado é mais rápido e o encaminhamento se dá de uma forma melhor, porque fica muito dependioso, não fica dependendo de mim, fica dependendo de gestão, aí às vezes não tá pactuado lá no laboratório, e eu acho que é uma coisa que a gente não deve ficar esperando, eu prefiro que eles encaminhem. (ENTREVISTADO 9 – atuante na ESB e na coordenação de SB).

5.4 CATEGORIA DIFICULDADES

As ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal podem ser influenciadas, direta ou indiretamente, por vários fatores, o que pode dificultá-las ou favorecê-las. Esses fatores podem estar relacionados ao próprio profissional que desenvolve as ações, assim como ao paciente ou ao serviço de saúde.

Gráfico 4 - Relação entre as dificuldades para realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal e os fatores envolvidos, na óptica dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.



Fonte: Elaborado pela autora.

As dificuldades reconhecidas pelos cirurgiões-dentistas para realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal, identificadas nesta pesquisa, foram divididas de acordo com o Gráfico 4, observando-se que, de todas as

dificuldades citadas, 38% dizem respeito a questões ligadas ao paciente, 34% ao serviço de saúde, 16% são relacionadas ao profissional e 12% representam outras dificuldades. Cunha, Catão e Costa (2009) obtiveram 66,7% de respostas sobre causas do diagnóstico tardio relacionadas ao paciente, enquanto 33,4% estavam relacionadas ao profissional e à condição socioeconômica do paciente.

5.4.1 Subcategoria dificuldades relacionadas ao profissional

Tabela 16 - Dificuldades relacionadas ao profissional para realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal, na óptica dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Perfil de formação do cirurgião-dentista.	12	54,5%
b- Falta de conhecimento acerca de lesões bucais / Profissional desatualizado.	10	45,5%
c- Falta de atendimento integral.	4	18,2%
d- Descaso / comodismo / falta de compromisso do dentista com relação às ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal.	3	13,6%
e- Contato individualizado com o paciente, diferentemente da ESF que tem contato com a família.	1	4,5%
f- Não reconhece fatores relacionados ao profissional.	2	9,1%

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre as dificuldades para se realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal relacionadas ao profissional, 54,5% dos participantes apontaram questões relativas ao perfil de formação do cirurgião-dentista (Tabela 16), já que sua graduação é mais voltada para tratar da estrutura dentária, o que leva ao interesse pela área da Estética, em detrimento da Estomatologia. Isso é refletido no modo de atuação daquele profissional, estando mais voltado para a parte curativa, o que o faz desenvolver um trabalho mecanizado, focado no procedimento e no dente.

A pessoa só quer saber de tirar cárie, tirar dente, extrair dente, fazer procedimento estético. Eu acho que, pra mim, a odontologia se tornou tão cosmética que parece que nem é da saúde, é simplesmente você colocar a facetinha e lente de contato e ficar bonitinho. (ENTREVISTADO 7).

Às vezes tem dentista realmente que tem aquela visão de o paciente senta na minha cadeira e eu vou aqui, resolver aqui o que ele quer de imediato, e o próximo né [...] eu acho que é mais por um fator mecanizado, às vezes o dentista ele mecaniza o seu dia a dia. (ENTREVISTADO 2).

A formação técnica do cirurgião-dentista foi considerada tradicional, acrítica, pouco reflexiva, segmentada, voltada para a inserção no mercado privado, com foco no atendimento curativo e individualizado (MELLO *et al.*, 2014). Desse modo, os profissionais sentem dificuldades para fazer ações fora do consultório, fazendo com que não priorizem ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal na sua agenda, como evidencia a seguinte fala:

Não tem nada que nos mobilize, não tem. Dentista não gosta... muitos dentistas, eu posso até generalizar, muitos dentistas não gostam de fazer trabalho fora consultório, então o que falta é um pouquinho de sensibilização por parte da gente, da gente sair da nossa cadeirinha, sair do consultório, fazer uma busca ativa. (ENTREVISTADO 10).

Além disso, é notório o fato de que estas ações não estão incorporadas na sua rotina, não havendo uma atuação vigilante do cirurgião-dentista, já que este não se percebe como responsável pela população, então *“a gente tem a mania de botar culpa no paciente né, o paciente não procura né.”* (ENTREVISTADO 3).

Apesar de as novas DCN tentarem modificar esse perfil dos profissionais que saem das escolas de Odontologia, observa-se que a estrutura deficiente do serviço público, com más condições de trabalho, baixos salários e vínculo fragilizado fazem com que a procura pelo mercado privado prevaleça, o que pode ensejar descaso, comodismo ou falta de compromisso do profissional pelas ações de prevenção, essencialmente praticadas no serviço público, citadas por 13,6% dos participantes, pois, *“todo mundo sabe que salário de dentista é baixo, todo mundo sabe, trabalha realmente quem gosta, mas todo mundo sabe, quem trabalha no PSF é pra ter um fixo pra o seu consultório.”* (ENTREVISTADO 7). Essa falta de compromisso faz com que alguns dentistas não se disponibilizem a participar das ações propostas, *“tipo, como o dia D é um dia de sábado, tem alguns que não querem ir, então tem coisa que a gente não pode obrigar”* (ENTREVISTADO 9), fazendo apenas o trivial (procedimentos clínicos), principalmente por *“achar que é trabalho demais, de não querer fazer, vai sobrecarregar alguma coisa”*

(ENTREVISTADO 19), ou seja, *“ninguém tá nem aí, praticamente, e a diferença se faz com um ou outro que vai realmente, bota a mão, que veste e diz: eu vou fazer a diferença.”* (ENTREVISTADO 11).

A falta de conhecimento acerca de lesões bucais pelos profissionais e a desatualização destes com relação ao tema foram referidas como dificuldades por 45,5% dos participantes. Esse fato torna o profissional inseguro em relação ao diagnóstico diferencial da lesão potencialmente malignizável com estruturas bucais normais ou com outras lesões, fazendo com que, por algumas vezes, negligencie lesões que requerem uma intervenção e acompanhamento contínuo, *“por exemplo, chegou um paciente com uma lesão cancerizável e o dentista subestima ou então desconhece, acha que aquilo não é nada e tal.”* (ENTREVISTADO 3).

Melo *et al.* (2008) detectaram o fato de que os cirurgiões-dentistas desconheciam ou possuíam informações inadequadas sobre câncer bucal. Cunha, Catão e Costa (2009) tiveram relatos de que 15,5% dos pacientes com câncer bucal que procuraram o serviço logo que detectaram a lesão tiveram seu diagnóstico e tratamento inadequados, o que reforça a ideia de que o conhecimento do profissional é decisivo no diagnóstico precoce.

Outro fator apontado por 18,2% dos profissionais foi a falta de atendimento integral, o que é decorrente da mecanização do trabalho, fazendo com que muitos profissionais não consigam colocar em prática o que é orientado na graduação, pois, *“infelizmente a gente se depara com muitos colegas que acham que o paciente é só o dente ali, dente pra extração, dente pra restauração.”* (ENTREVISTADO 1).

Teoricamente, quando a gente tem a formação de cirurgião-dentista, é pra você tá examinando, eu sempre aprendi isso, é pra você ver o paciente, não só o dente, a gente se foca muito em chegar e fazer a restauração, mas o que dificulta é o interesse próprio de cada profissional de parar né, olhar aquele paciente como um todo, olhar a boca toda, não é olhar aquele dente, olhar “tem tantos dentes pra extrair” não, é olhar tudo, era pra todo profissional fazer exame bucal em cada paciente. (ENTREVISTADO 12).

Além disso, 4,5% apontaram o contato individualizado do dentista com o paciente como uma dificuldade, enquanto dois participantes (9,1%) não reconheceram fatores relacionados ao profissional, apesar de um deles acentuar que, às vezes, se sente insegura sobre o tema.

5.4.2 Subcategoria dificuldades relacionadas ao serviço de saúde

A Tabela 17 consolida os aspectos, associados ao serviço de saúde, reconhecidos pelos cirurgiões-dentistas como dificuldades para realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal.

Tabela 17 - Dificuldades relacionadas ao serviço para realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal, na óptica dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Grande demanda de pacientes.	14	63,6%
b- Pouco tempo/Correria do dia a dia.	13	59,1%
c- Falta de apoio da gestão.	7	31,8%
d- Dificuldade de acesso.	6	27,3%
e- Desorganização do serviço.	6	27,3%
f- Escassez de material educativo (panfletos, impressos, etc) e recursos audiovisuais.	5	22,7%
g- Dificuldade de transporte.	3	13,6%
h- Baixo salário.	3	13,6%
i- Grande quantidade de programas /procedimentos a serem cumpridos/realizados.	2	9,1%
j- Dificuldade de local para realizar exame bucal e atividade educativa.	2	9,1%
k- Falta de material para realizar biópsia.	2	9,1%
l- Não reconhece fatores relacionados ao serviço, apesar de dois participantes o citarem.	4	18,2%

Fonte: Elaborado pela autora.

A grande demanda de pacientes foi relatada por 63,6% dos cirurgiões-dentistas. As necessidades de saúde bucal acumuladas pela população, com uma grande demanda reprimida decorrente do modelo falho que predominou durante anos, voltado para ações curativas, fazem com que os serviços odontológicos da atenção primária sejam pressionados pela busca de uma resposta imediata por parte da população (MELLO *et al.*, 2014), dificultando a realização de ações fora da clínica. Soma-se a isso a reprodução desse modelo por muitos profissionais dentro da Estratégia Saúde da Família, com predominância de ações curativas

direcionadas a problemas dentários, em detrimento das ações de prevenção e promoção da saúde, mediante a qual se busca realizar o controle da doença pelo empoderamento da população, despertando-a para o autocuidado.

Porque a gente também não pode abandonar o consultório. Você sabe que, hoje em dia, o dentista de PSF tem que tá praticamente morando dentro do consultório né, porque no dia que a gente falta... e assim, faltou pra dar uma palestra, ah é muito melhor o atendimento, entendeu, o povo não entende. (ENTREVISTADO 22).

Às vezes a gente trabalha com uma demanda muito grande né e é difícil você atender, num turno só, quinze pessoas e você conseguir fazer o exame, você conseguir uma atenção mais completa [...] Às vezes o paciente nem colabora também e quer resolver aquele problema dele – “não, quero só curar isso aqui, quero resolver só isso” e acabou-se. (ENTREVISTADO 21).

Com efeito, a elevada demanda está estreitamente relacionada à falta de tempo relatada por 59,1%, o que compromete a realização de um completo exame das mucosas, visto que atendimento de 15 pessoas, em um período de quatro horas, corresponde a, aproximadamente, 15 minutos de atendimento ao paciente e desinfecção do equipamento, tempo demasiadamente curto para realizar uma consulta, e insuficiente para executar um procedimento de qualidade.

Uma coisa que faz muito a gente ser o automático, de só escutar o paciente e ir diretamente naquele loco, realmente, é o tempo demanda, tempo demanda é o que mata qualquer chance de você fazer uma odontologia de qualidade, sempre foi, e você vai tentar fazer diferente, a própria demanda não aceita, e a gente fica nesse zero a zero infinito. (ENTREVISTADO 11).

Na correria do PSF, não dá tempo eu fazer o exame como deve ser, palpando extrabucal e intrabucal; a gente se detém muito ao dente, muito ao foco, muito na cárie [...] E aí, lá, tem uma localidade que é a mais distante, que ela fica há 30 km do meu posto, que eu vou pra um ponto de apoio, que é as pessoas mais humildes, são aquelas pessoas que eu chego e são exo, só exo, só mutiladora, aí é só dia de quarta-feira. Como é só uma vez na semana, aí chove de gente [...] eu não tenho tempo nem de perguntar se o paciente é hipertenso, tem situações, entendeu. Aquelas perguntas, sobre como é a higiene, ter tempo de fazer escovação supervisionada no posto... não tenho. Porque como eu trabalho horário corrido, aí eu atendo 16 pacientes de manhã, como é que dá tempo? (ENTREVISTADO 14).

Você tem treze pessoas lá fora e tem gente que não tem o senso e que bate na porta e que começa – “ah, vai tirar os dente do paciente todos e não sei o quê, eu tenho que fazer almoço em casa e isso e aquilo”, então a gente acaba lidando muito com o tempo e acaba prejudicando o nosso serviço. (ENTREVISTADO 21).

A dificuldade de acesso foi citada por 27,3% dos participantes. Em pesquisa realizada por Santos, Batista e Cangussu (2010), 12,2% dos pacientes com câncer bucal relataram que não procuraram o serviço de saúde antes do agravamento da doença por dificuldade de acesso. Dentre as causas dessa dificuldade, segundo Moreira *et al.* (2005), podem estar a incoerência entre a oferta e a demanda de serviços, levando à falta de senhas para ser atendido; quantidade de profissionais insuficiente; padrão tecnológico, resolubilidade e qualidade dos serviços insatisfatórios. Esses fatores retratam a desorganização do serviço, referida por 27,3% dos entrevistados, evidenciada por meio do trabalho com demanda livre; atendimento sem prontuário; desproporção entre número de equipes/equipamentos e número de cirurgiões-dentistas; e rotatividade do profissional, levando não só à dificuldade de acesso, mas também à descontinuidade das ações e à falta de controle dos casos.

[...] porque também tive a questão também de mudar muito de área, porque passei seis meses num lugar, cinco meses em outro e fui mudando, aí às vezes quando o paciente chega a ir pro CEO eu já to saindo da área [...] Rodei muito aí você não consegue ver o resultado do tratamento do paciente. (ENTREVISTADO 4).

Como tem poucos profissionais dentistas atuando no município no momento, então a demanda é muito grande, então assim, a gente realmente fica muito focado só no paciente dentro do consultório [...] a gente acaba que não tem nem tempo de fazer alguma atividade na escola, porque a gente é muito cobrado pra ficar dentro do consultório. (ENTREVISTADO 17).

O serviço dificulta pelo fato de não estar proporcionando um local a contento pra todo mundo, acomodação pra todo mundo. O município hoje tá vivendo a situação, como eu falei, é muito dentista pra pouca cadeira... então o rodízio que a gente tá hoje [...] (ENTREVISTADO 10).

Eu encontro minha equipe na secretaria, mas eles estão trabalhando em um lugar, porque eles estão num posto improvisado, que o dentista não pode ir porque não tem como instalar um consultório e tudo como devia né. Então eu tô em outro posto, mas tô atendendo a população em geral, não é a minha área entendeu. (ENTREVISTADO 16).

Moreira *et al.* (2005) observaram uma oferta de serviços focalizados e seletivos, tecnologicamente atrasados e dirigidos ao usuário de baixa renda. O descaso em relação à qualidade do serviço o torna pouco resolutivo, havendo retroalimentação da demanda pela necessidade de retrabalho, o que dificulta ainda mais o acesso.

A dificuldade às vezes até impede de fazer uma coisa melhor, muitas outras coisas melhores a gente podia fazer né, e às vezes você faz... não só em relação ao câncer. Às vezes você faz uma restauração aqui que poderia ser melhor se tivesse um material melhor [...] existem falhas estruturais né, existem dificuldades né, às vezes não é aquilo que você queria que fosse, mas você pode melhorar. (ENTREVISTADO 8).

Além disso, a dificuldade de acesso faz com que o paciente não procure o dentista, mas sim outro profissional, ao detectar alguma alteração bucal.

Tem essa coisa de ser difícil, de ter que marcar com o agente de saúde, e pro enfermeiro não, pro enfermeiro você vai lá, chega cedo, em determinados lugares você pode chegar cedo e pegar a ficha e se consultar com ele; e o dentista não, quando chega até aquela fila de pessoas, e tem que marcar com o agente de saúde, isso e aquilo, e muita gente não tem nenhum acolhimento correto e aí não se sente à vontade pra chegar [...] (ENTREVISTADO 21).

A falta de apoio da gestão na organização de campanhas e na gestão da agenda, de modo a incluir as ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, de maneira obrigatória, na rotina de todas as equipes, foi citada por 31,8%. As falas demonstram que as equipes necessitam de um direcionamento para realização das ações, e que ações de grande magnitude são difíceis de pôr em prática se não houver um mínimo de suporte financeiro. Sendo assim, o dentista “*não pode fazer muita coisa [...] a gente depende né, depende da secretaria, depende da prefeitura, depende da gestão*” (ENTREVISTADO 22), havendo a necessidade de uma coordenação que os tire da inércia, pois “*é aquele empurrãozinho, assim, que você precisa pra ‘não, vamos aqui, hoje não vamos atender, vamos fazer só essa ação’, entendeu, porque você fica também sozinho ali no foco*” (ENTREVISTADO 13). Além disso, “*para fazer um trabalho assim, a gente deveria ter algum treinamento [...] e a gente não tem apoio da gestão, da coordenação, não tem a parte de treinamento.*” (ENTREVISTADO 17).

A escassez de material educativo, tanto no que se refere a impressos quanto aos recursos audiovisuais, foi uma dificuldade apontada por 22,7% dos entrevistados. Oliveira e Santos (2011) encontraram, em seus estudos, deficiência na oferta, pelo serviço, de recursos voltados para atividades educativas na ESF, sendo essa oferta insuficiente (50%) ou inexistente (20%). A necessidade desse

material se faz porque a visualização de imagens de câncer é muito impactante, sendo uma forma mais eficiente de se abordar pessoas de baixa escolaridade.

Nós da odontologia a gente trabalha mesmo sem nenhum tipo de âncora e sem nada, a gente faz mesmo na cara e na coragem porque a gente não recebe nada do Ministério da Saúde. Eu vejo algumas coisas, já vi algumas coisas assim, mas nunca vi chegar material, por exemplo, material impresso ou ah vamos mandar aqui essas palhetas pra exame bucal pra fazer ou então vamos deixar essa semana aqui pra semana de orientação ou de conscientização do câncer bucal. (ENTREVISTADO 21).

Quando eu vou fazer uma palestra, eu não tenho... a não ser que Imprima fotos e faça um cartaz... mas eu acho que se eu tivesse um audiovisual, televisões, vídeos na minha área, eles iam entender mais o que era o câncer bucal, iam ficar mais preocupados com essa doença, e eu acho que ia ser mais válido do que eu só falar. Uma coisa é quando eu falo publicamente, outra coisa é quando a gente mostra. (ENTREVISTADO 14).

Outras dificuldades foram apontadas em menor frequência, como a questão de transporte para a equipe realizar ações extramuro ou para trazer pacientes com dificuldade de locomoção até a Unidade de Saúde, e os baixos salários (13,6%), além da dificuldade de local para realizar as ações, a falta de material para biopsia e a grande quantidade de programas e procedimentos a serem cumpridos (9,1%), visto que a exigência por produtividade acontece desde o nível Federal ao local, que valoriza e contabiliza a quantidade de procedimentos (MELLO *et al.*, 2014). Além disso, quatro participantes não reconhecem fatores relacionados ao serviço, apesar de dois deles o terem citado.

5.4.3 Subcategoria dificuldades relacionadas ao paciente

Dentre as dificuldades relacionadas ao paciente, 81,8% referiram a falta de conhecimento deste sobre alterações bucais e fatores de risco, acerca do papel do cirurgião-dentista nesse processo, assim como da necessidade de ter cuidados bucais mesmo que não tenha mais dentes (Tabela 18). Não perceber a lesão, por parte do paciente, e a falta de informação deste sobre a doença são fatores que dificultam o diagnóstico precoce (CUNHA; CATÃO; COSTA, 2009), já que, ao depararem com lesões bucais, os pacientes não concedem ao feito a devida importância e não procuram o serviço de saúde. Além disso, geralmente, os pacientes deixam de frequentar o consultório odontológico quando passam a se tornar desdentados totais. Tudo isso pode levar ao atraso no diagnóstico.

Tabela 18 - Dificuldades relacionadas ao paciente para realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal, na óptica dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Falta de conhecimento do paciente	18	81,8%
- Falta de conhecimento sobre alterações bucais e fatores de risco.	12	54,5%
- Falta de conhecimento sobre o papel do dentista na prevenção do câncer bucal.	12	54,5%
- O paciente desdentado pensa que não precisa mais ir ao dentista ou fazer higiene bucal porque não tem mais dentes.	7	31,8%
b- Medo. (Do diagnóstico... De dentista... De descobrir que está com câncer... De morrer...)	14	63,6%
c- Descuido/descaso do paciente com a própria saúde bucal	11	50%
- O paciente só se preocupa com os dentes, e se descuida do resto da boca.	2	9,1%
- O paciente só procura o serviço quando quer uma prótese.	1	4,5%
- Os pacientes não retornam para controle, quando solicitados.	1	4,5%
- O paciente não olha a própria boca.	1	4,5%
d- Baixa adesão dos pacientes aos grupos e/ou atividades educativas, especialmente quando requer mudanças de hábitos, como controle do tabagismo.	9	40,9%
e- Questões culturais	8	36,4%
- O paciente só procura o serviço quando tem algo incomodando (dor ou dificuldade de função).	8	36,4%
- O paciente acredita que vai ficar bom sozinho, que a lesão vai desaparecer.	4	18,2%
- O paciente faz automedicação em vez de procurar o profissional.	2	9,1%
- Os homens geralmente não frequentam o serviço de saúde e subestimam seu problema de saúde.	2	9,1%
- Vergonha por parte do paciente da sua situação bucal.	1	4,5%
f- Distância entre a residência do paciente e o posto, havendo dificuldade de deslocamento.	7	31,8%
g- Valorização do médico, em detrimento do dentista.	3	13,6%
h- Não reconhece fatores relacionados ao paciente, apesar de terem citados esses fatores.	2	9,1%

Fonte: Elaborado pela autora.

Santos *et al.* (2012) e Le Campion *et al.* (2016) observaram que o maior atraso no diagnóstico do câncer está relacionado ao paciente, em razão do grande tempo decorrido desde a detecção dos primeiros sinais e sintomas até a procura pelo serviço de saúde, havendo necessidade de levar maior conhecimento sobre essa doença à população.

A falta de conhecimento com relação ao papel do dentista leva os pacientes a cobrarem uma atuação predominantemente clínico-curativa daquele profissional, por não o reconhecerem como um profissional de saúde que deve fazer, também, ações de prevenção e promoção de saúde.

A gente teria que ter mais disponibilidade até mesmo e compreensão dos pacientes, até mais dos pacientes do que mesmo da gestão [...] a gestão é muito boa, assim, em relação a isso, só que aí a população cai em cima da gestão porque a gente tá saindo do posto pra fazer palestra. (ENTREVISTADO 22).

Quando não me vêem dentro do consultório, me vêem na escola fazendo saúde: “Ei, o dentista não vai arrancar dente não?” Então, assim, não é todo mundo, mas aonde eu tô trabalhando, por exemplo, é essa visão: O dentista ele serve pra quê? Pra arrancar dente. O dentista, ele não tá ali pra fazer saúde bucal, ele tá ali pra arrancar o dente. (ENTREVISTADO 11).

Se você se ausenta muito assim, também, pra tá fazendo um trabalho que seja coletivo, preventivo, assim de conhecimento, se você vai pra uma palestra que você vai aprender ou se você vai pra uma palestra que você vai dar, “ah, esse dentista gosta muito é de ficar saindo, perdendo tempo, conversando, não quer trabalhar”, então é como se isso fosse visto como uma coisa que não é um trabalho né, você tá se distraindo ali. (ENTREVISTADO 18).

A visão deturpada do dentista pelo paciente, aliada à excessiva valorização do médico apontada por 13,6% dos participantes, herança da cultura “hospitalocêntrica”, centrada no hospital e no médico, faz com que os pacientes procurem este profissional ao detectar lesões bucais, principalmente no serviço de urgência e emergência hospitalar, apesar de ele não ser habilitado a diagnosticar essa doença, porque “às vezes eles acham que a palavra do médico vale muito mais né, do que qualquer outro profissional” (ENTREVISTADO 22) ou

por desconhecer que dentista não é só pra tratar de dente, ainda tem aquela coisa na mente que dentista é pra tratar de dente, é pra arrancar dente entendeu, então lábio, ainda é médico, ainda tem muitos daquele que

*lábio e boca é médico, e dentista é dente, **dentista dente**, pronto, faz essa imagem. (ENTREVISTADO 10).*

No decorrer dos anos, eu acho que isso melhorou bastante, mas eu ainda vejo muito paciente que não procura diretamente o cirurgião dentista [...] Já vi procurar médico, no sistema hospitalar, não é nem na unidade básica. Caso que eu já recebi de colegas médicos né, encaminhamento aqui pra minha unidade básica de saúde, todos vindo do hospital [...] nunca recebi de um posto de saúde, da unidade básica não. (ENTREVISTADO 2).

Santos, Batista e Cangussu (2010) observaram que 70,3% dos pacientes com câncer bucal procuraram um médico antes de chegar ao hospital de referência, 28,4% procuraram um dentista, enquanto 1,3% procuraram o agente comunitário. Campos, Chagas e Magna (2007) encontraram uma discrepância maior entre esses valores, sendo 87,3% dos pacientes atendidos primeiramente pelo médico, enquanto apenas 12,7% pelo cirurgião-dentista.

O medo por parte do paciente foi apontado por 63,6% dos participantes como um fator que dificulta o diagnóstico precoce, fazendo com que eles se esquivem do exame pelo receio de ser encontrada alguma lesão, ou, quando esta já existe, medo de que seja diagnosticada como câncer, já que este geralmente remete à morte. Cunha, Catão e Costa (2009) detectaram o fato de que 14,3% dos pacientes com câncer bucal entrevistados não procuraram o serviço antes por sentirem medo, o que produz um sentimento de negação da doença.

Metade dos participantes (50%) relatou que o descuido/descaso do paciente em relação à sua saúde é um fator que dificulta o diagnóstico precoce, visto que os pacientes só se preocupam com os dentes, negligenciando as outras estruturas bucais; procuram o serviço apenas quando precisam de algum procedimento; não possuem o hábito de observar a própria boca; e não retornam para o controle dos casos quando solicitados.

Também foi citada como dificuldade relacionada ao paciente a baixa adesão aos grupos e/ou atividades educativas, principalmente quando requer mudanças de hábitos, como controle do tabagismo (40,9%), “quando você fala em palestra o povo já faz logo cara feia né, não quer participar.” (ENTREVISTADO 18). A manutenção do hábito de fumar está associada às pressões da vida adulta, como dificuldades no trabalho e problemas familiares, sendo utilizado como escape para enfrentar a depressão, a ansiedade e o estresse (ECKERDT; CORRADI-WEBSTER, 2010), situações típicas da vida moderna, o que torna inviável a mudança de hábito

sem considerar questões individuais de cada fumante. Faz-se necessário, portanto, desenvolver outros mecanismos de enfrentamento dos problemas e empoderar esses fumantes para tal, visto que *“a resistência maior que eu sinto é com relação a, tipo, um fumante parar o cigarro por causa disso entendeu, essa é a maior dificuldade, porque mesmo eles sabendo que podem ter um problema, eles são bem resistente.”* (ENTREVISTADO 16).

A gente tem muita dificuldade de fazer palestra, muita, porque não tem adesão. Quando eu cheguei lá, a gente tentava fazer muito com gestante, e nem com gestante, que já é uma coisa que normalmente é mais corriqueira, porque gestante têm acesso à unidade pelo pré-natal e tudo e elas não iam. Eu sempre marcava, eu perdia turno, ficava lá, e vinham duas, três pessoas. (ENTREVISTADO 12).

Aquele fumante que é assumido e que ele não quer parar de fumar e quando a gente diz que tem uma reunião pra fumantes eles não vão, aí se disser que é o dia do fumante, eles não vão vim, é tanto que tem aquele grupo aqui pra ajudar as pessoas que querem parar, mas são contados, não vem gente de fora. (ENTREVISTADO 4).

Nos estudos de Oliveira e Santos (2011) com enfermeiros da ESF, a baixa adesão da população e a baixa escolaridade foram apontadas como dificuldades para se realizar atividades educativas, sendo que 90% dos participantes realizavam essas atividades em formato de reuniões ou palestras. É importante repensar o modo como as práticas educativas estão sendo realizadas, visto que o método tradicional de palestras expositivas se mostra fracassado quando voltado para pessoas de baixa escolaridade, levando à evasão.

Santos *et al.* (2012) detectaram o fato de que 84% dos pacientes com câncer bucal eram analfabetos, enquanto 62% não tinham participação em atividade financeira produtiva, deduzindo que o perfil do paciente, em especial no que diz respeito ao nível socioeconômico e educacional, pode interferir no acesso ao diagnóstico e tratamento da doença. É nesse sentido que a dificuldade de deslocamento até a Unidade de Saúde, em razão da longa distância entre sua residência e o posto, também foi citada como dificuldade por 31,8% dos entrevistados, visto que a falta de transporte pode representar uma barreira para que o paciente tenha acesso ao serviço de saúde. Esses fatores evidenciam a influência das condições socioeconômicas no desenvolvimento e agravamento do câncer bucal, já que o paciente socialmente desfavorecido nem sempre consegue participar das

ações de prevenção e diagnóstico, por necessitarem de um suporte intelectual e econômico.

As questões culturais foram referidas por 36,4% dos entrevistados. Dentre elas, está o fato de o paciente só procurar o serviço quando tem algo incomodando (dor ou dificuldade de função) e a prática da automedicação em vez de procurar o profissional. Nos estudos de Santos, Batista e Cangussu (2010) e de Cunha, Catão e Costa (2009), 41,9% e 27,4% dos pacientes com câncer bucal, respectivamente, relataram que sabiam da lesão, mas só procuraram o serviço de saúde quando o problema começou a incomodar. Campos, Chagas e Magna (2007) notaram que 20,63% dos pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço procederam à automedicação aos primeiros sinais ou sintomas, em vez de procurar um profissional, o que também foi observado por Silva *et al.* (2009), em 30% dos pacientes com câncer de boca e orofaringe.

Outras questões culturais citadas foram a baixa frequência da população masculina ao serviço de saúde, a vergonha da sua situação bucal e o fato de o paciente acreditar que vai ficar bom sozinho, que a lesão vai desaparecer. Tratando-se da questão de gênero na frequência ao serviço de saúde, características relativas à masculinidade, como se sentir invulnerável, não ter o hábito do autocuidado, falta de paciência, e não ter boa adesão às práticas de saúde, fazem com que essa população frequente menos o serviço de saúde do que a população feminina (COUTO *et al.*, 2010).

Dois participantes (9,1%) não reconhecem fatores relacionados ao paciente, apesar de os terem citado.

5.4.4 Subcategoria outras dificuldades

A falta de políticas públicas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, seja de âmbito municipal, estadual ou federal, foi reconhecida como dificuldade por 31,8% dos cirurgiões-dentistas (Tabela 19). O câncer bucal não é visualizado entre as principais doenças que merecem foco, no concernente a essas ações de prevenção, havendo um descaso do poder público com essas ações. A implantação dessas políticas parece ser a ação que geraria maior impacto na

melhoria de saúde da população, já que tem poder de influenciar, direta ou indiretamente, nas demais dificuldades apontadas.

Tabela 19 - Outras dificuldades encontradas para realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal, na óptica dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Falta de políticas públicas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal.	7	31,8%
b- Falta de integração da equipe.	7	31,8%
c- Falta de divulgação das ações para conscientização da população.	3	13,6%
d- Dificuldade de abordar o tema devido à sua delicadeza.	2	9,1%
e- Mudança no perfil da população.	2	9,1%

Fonte: Elaborado pela autora.

Outro ponto de relevância é a falta de integração da equipe, apontada por 31,8% dos entrevistados, já que o diferencial trazido pela inserção do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família foi a possibilidade de trabalhar em uma equipe multiprofissional, em detrimento do seu trabalho isolado, que era realizado até então. Esse fato demonstra que, muitas vezes, a tradicional atuação do cirurgião-dentista permanece dentro da ESB, pois *“eu já trabalhei em equipe que o dentista e a atendente eram só mais dois na equipe.”* (ENTREVISTADO 10). Logo, fica evidente

A questão da divisão de odontologia com o restante da equipe. E como o câncer é câncer bucal, não tem aquela preocupação do restante da equipe em se preocupar em fazer esse dia, é como se dependesse só da odontologia e não é, porque o câncer é uma doença geral, tá localizada na cavidade bucal, mas é geral, mas aí eu noto às vezes, não é um desinteresse, é essa questão de achar “não, essa é responsabilidade da odontologia.” (ENTREVISTADO 4).

Por mais que haja a união da equipe de saúde bucal junto com a equipe de saúde da família, que hoje se torna a estratégia, a gente ainda vê que ainda há um pouco de disparidade, um pouco de trabalho dividido. (ENTREVISTADO 19).

Essa falta de cooperação da equipe, contudo, com relação às ações de saúde bucal, nem sempre acontece por má vontade ou descaso de seus integrantes

pela temática, mas pela falta de conhecimento da equipe sobre o papel do dentista “*porque talvez, até pelo desconhecimento, a própria equipe direcione pro médico sem saber né, um técnico de enfermagem, por exemplo, que vai fazer uma triagem e vai direcionar o paciente ali pra alguma consulta*” (ENTREVISTADO 12), pois “*já vi colega de equipe, fisioterapeutas, às vezes em tom de brincadeira, mas já vi também falar em tom sério ‘não, fulano de tal não precisa ir ao dentista porque ele já perdeu todos os dentes, é desdentado total’*”. (ENTREVISTADO 2).

Tendo em vista que a própria equipe tem esse nível deficiente de conhecimento sobre a saúde bucal, percebe-se a necessidade de se divulgar melhor a importância do diagnóstico precoce do câncer bucal, principalmente para a população, no sentido de conscientizar profissionais e pacientes sobre o papel do dentista e a existência dessas ações. A falta da divulgação foi apontada como dificuldade a ser superada (13,6%), já que não é dada tanta importância a esse agravado pelo poder público, principalmente quando comparada a outras campanhas de propagação nacional, como os cânceres de mama e de próstata, pois “*o câncer de mama, ele tem uma informação que vai pra TV e vai para rádio, o câncer bucal já não é dessa forma, e é um câncer muito agressivo também, que mata do mesmo jeito que qualquer outro câncer*”. (ENTREVISTADO 20).

O receio dos profissionais em abordar o tema câncer bucal, por ser uma doença que abala o psicológico do paciente, assim como a mudança no perfil da população de risco, foi reconhecido por 9,1% dos participantes. “*Na época que a gente fez essa campanha [...] a gente teve um pouco de receio de como ia fazer a faixa né de comunicação pro usuário. A gente nota essa dificuldade né, até da nomenclatura mesmo né, câncer de boca.*” (ENTREVISTADO 2).

Uma coisa que interfere diretamente é essa questão de como manusear o paciente também [...] Normalmente, quando eu avalio e vejo, que vou conversar com paciente, se você diz um... sei lá... um hemangioma, o paciente não escutou nada que você... só viu o oma, aquilo ali assustou ele, e ele tá desesperado, então ele vai querer que você diga que ele tem alguma coisa. Isso aí torna o serviço muito, muito chato, até porque você vai lidar com o medo, certo, mas você vai lidar com a expectativa do paciente ele vai querer... ele vai te forçar a falar alguma coisa, você vai falar dez vezes a mesma coisa e ele não vai querer saber, ele quer que você diga: “você tem isso”, quando na verdade você só pode dizer com exatidão o que ele tem depois que você faz o histopatológico. Esse tempo até de voltar... é complicado [...] minha monografia foi a única da minha turma que foi sobre CA, e foi...assim...eu vi que todo mundo, todos os colegas tinham medo, e certo receio....alguns medo e outros um certo receio, porque realmente é

uma área que mata né, é uma área bem mais complicada. (ENTREVISTADO 11).

A gente (deve) ser mais vigilante mesmo, porque às vezes a gente tem um paciente jovem, trinta e poucos anos, mas a gente [...] negligencia um pouco... a gente vai tanto pro idoso, tanto atrás procurando no idoso, pessoas de mais idade, que às vezes num mais jovem a gente, né, se descuida um pouco. (ENTREVISTADO 13).

5.5 CATEGORIA PRODUÇÃO DO CUIDADO

5.5.1 Subcategoria conduta ao detectar lesão bucal

Ao serem questionados sobre a sua conduta ao detectarem uma lesão bucal, 100% dos cirurgiões-dentistas relataram que encaminhavam para Atenção Secundária (Tabela 20). Ribeiro *et al.* (2014) e Feitosa Filho *et al.* (2016), em seus estudos sobre a conduta dos cirurgiões-dentistas com relação a patologias bucais, detectaram o fato de que 95,7% e 94,7% dos profissionais, respectivamente, ao identificarem algum tipo de lesão na mucosa bucal, encaminhavam o paciente para um serviço especializado.

Tabela 20- Conduta dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará ao detectar uma lesão bucal, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Encaminha para atenção secundária.	22	100%
b-Tenta fazer um diagnóstico diferencial antes de encaminhar.	10	45,5%
c- Faz anamnese (Tempo de permanência da lesão e fatores de risco).	5	22,7%

Fonte: Elaborado pela autora.

Dos 22 cirurgiões-dentistas entrevistados, dez (45,5%) evidenciaram realizar diagnóstico diferencial com outras lesões antes de encaminhar, “*eu faço um acompanhamento de 10 a 12 dias [...] se não regredir, aí sim eu encaminho.*” (ENTREVISTADO 7). Paiva (2013) considera o diagnóstico diferencial necessário para estabelecer um tratamento apropriado a cada paciente com úlceras orais. Além disso, cinco dentistas (22,7%) faziam anamnese prévia ao encaminhamento. Segundo o Manual de Especialidade Odontológicas do Ministério da Saúde, todo

paciente admitido para avaliação estomatológica deve ser submetido à anamnese, de modo a obter o máximo de informações sobre a lesão e a história médica do paciente e agravos na família (BRASIL, 2008b).

A gente faz o exame né intraoral e faz aquela anamnese do paciente, se ele é fumante, se ele tem exposição ao sol, se ele ingere bebida alcoólica, se tem histórico na família de pessoas com câncer, aí a partir dessa anamnese, do exame, eu encaminho pro setor secundário né, encaminho pro CEO pra tá sendo feita a avaliação do especialista. (ENTREVISTADO 4).

5.5.2 Subcategoria registro e controle dos casos de lesões

Tabela 21 - Registro e controle das lesões bucais encontradas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Registra em um livro de controle de encaminhamentos os casos encaminhados para Atenção Secundária.	12	54,5%
b- Registra em um livro de controle de lesões as alterações encontradas.	9	40,9%
c- Registra no prontuário do paciente quando encontra uma lesão e quando faz encaminhamento.	9	40,9%
d- Sabe quando o paciente foi agendado para Atenção Secundária porque a referência passa pelo dentista antes de entregar ao paciente.	9	40,9%
e- Registra a lesão na produção diária e/ou ficha do e-sus para alimentar o sistema de informação do MS.	8	36,4%
f- Só alimenta o livro de controle, mas não vê como utilizá-lo.	6	27,3%
g- Quando recebe a contrarreferência, anexa no prontuário.	3	13,6%
h- Não tem controle dos casos que devem ficar em acompanhamento.	1	4,5%
i- Registra em ficha de notificação os casos de câncer bucal.	1	4,5%
j- Não faz registro dos casos.	1	4,5%

Fonte: Elaborado pela autora.

No que diz respeito ao registro da alteração bucal encontrada e/ou do encaminhamento de paciente com lesão bucal em algum tipo de documento, 12 dentistas (54,5%) possuíam um livro de controle de encaminhamentos e nove (40,9%) possuíam um livro específico para controle de lesões, onde eram realizados os registros, conforme Tabela 21.. Apesar de alimentarem os dados e saberem que

a finalidade desses livros era possibilitar o controle e acompanhamento dos casos de lesões, os dentistas demonstraram dificuldades em gerenciá-los.

Esse livro, ele tem uma finalidade teórica e uma prática. A finalidade teórica, esse livro era pra ser avaliado mensalmente, acompanhado realmente se esse paciente foi, se ele não foi, quando ele voltou, quando ele não voltou, como é que tá a situação, dele e se tem retorno ou não. Mas, na rotina, no dia a dia, esse livro vai funcionar mais pra você, encaminhamentos em geral, em todas as especialidades, pra você ter uma ideia se o encaminhamento foi feito ou não, é mais um registro mesmo seu pra saber se foi encaminhado. (ENTREVISTADO 2).

Muitos dentistas afirmaram que a existência desses livros era uma exigência da avaliação do PMAQ. De fato, durante a Avaliação Externa do PMAQ, as equipes são questionadas se mantêm registrados os usuários encaminhados para outros pontos e se possuem registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca, sendo exigida, inclusive, documentação comprobatória (BRASIL, 2013).

Por outro lado, alguns profissionais não sabiam como se deu a implantação desses livros, mas continuavam alimentando por considerá-los importantes “[...] esse livro não foi iniciativa minha, quando eu cheguei já tinha [...] e eu fiz a continuação, porque eu acho importante, é importante demais.” (ENTREVISTADO 7).

O fato de não ter participado da implantação desses documentos, no entanto, fez com que muitos dentistas desconhecessem a real finalidade desses meios de controle e monitoramento com vistas à continuidade do cuidado, fazendo com que, na prática, os livros se expressassem como um documento burocrático utilizado como protocolo ou para o efeito de comprovação em caso de fiscalização. Esse fato pode ser percebido na *alínea f*, da Tabela 21, na qual seis participantes (27,3%) asseveraram que só alimentam o livro, mas não veem como utilizá-lo. As seguintes falas representam essa afirmação:

O objetivo desse livro, assim, pra gente que quer realmente manter o controle né, e em caso de fiscalização que às vezes pedem né, pra gente ter como realmente provar que foram feitos tantos encaminhamentos e que teve tantas pessoas que foram encaminhadas com isso né com a suspeita [...] a gente vai alimentando ele aí né e deixa guardadinho aí, realmente é pra registrar e arquivar. (ENTREVISTADO 22).

[...] a gente tem que fazer todos esses registros pra ter organização e a gente fazer o controle dos pacientes que são encaminhados, que estão retornando [...] até então ainda não precisei usar ele pra nada não, só tá lá como registro [...] se algum paciente colocar a guia na secretaria pra esperar, perdeu a guia: "ah, a doutora não me deu a guia", eu tenho como comprovar que eu dei a guia, porque tá lá o nome dele no livro de registro. (ENTREVISTADO 20).

O prontuário do paciente foi citado por nove dentistas (40,9%) como documento de registro das lesões encontradas, e três dentistas (13,6%) afirmaram anexar a contrarreferência naquele documento, o que é um fato positivo, visto que o prontuário representa um meio de comunicação entre os profissionais, permitindo a longitudinalidade do cuidado baseado no conhecimento da história do paciente por quem manuseá-lo.

Eu já peguei um caso de uma senhora que ela já tinha sido diagnosticada com câncer bucal [...] o prontuário dela, quando eu peguei, já tinha sido visitada por vários dentistas. Ela tinha oitenta anos e foi visitada várias vezes e numa delas foi encaminhada pro CEO, tava registrado e tudo certinho, na outra vez tinha lá o diagnóstico [...] ela era restrita ao lar e tinha lá: paciente apresenta lesão. Se não me engano, era na região lingual. Aí, em seguida, seis meses depois, a visita novamente, com a lesão maior. Aí, em poucos dias, encaminhada para o CEO. Pouco tempo depois foi feita a biopsia, e tinha lá o resultado e tudo, no prontuário tinha o resultado. Aí encaminhada para o ICC. (ENTREVISTADO 4).

Os resultados também demonstram que 36,4% dos participantes registravam as lesões no mapa diário, apesar de nem sempre registrarem corretamente, “[...] Tem uma folhinha, a gente coloca alteração de lesão, aí quando é passado para a produção mensal, a gente coloca lá alteração de lesão, isso se for câncer bucal, se não for a gente não coloca nada” (ENTREVISTADO 20), já que esse marcador não é exclusivo para doença neoplásica, pois considera qualquer alteração de mucosa, incluindo processos proliferativos e infecciosos, conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Um participante informou sobre a existência de uma ficha de notificação específica para registrar os casos de câncer bucal, no entanto relatou que não a conhecia.

5.5.3 Subcategoria acolhimento, responsabilização e vínculo

Os dados demonstram que, apesar de a atuação do cirurgião-dentista ser pautada no uso de tecnologias duras e leve-duras, quando o caso é câncer bucal, a

conduta é diferenciada, passando a existir o uso de tecnologias leves (relacionais), com acolhimento, responsabilização e vínculo.

Tal fato pode ser observado pela facilidade de acesso, que aquele profissional garante aos pacientes com alterações bucais, relatada por 81,8% dos cirurgiões-dentistas, conforme Tabela 22: “o acesso é totalmente irrestrito, o paciente chega e ele é encaixado imediatamente e é examinado”. (ENTREVISTADO 2).

Tabela 22 - Ações de acolhimento, responsabilização e vínculo dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará com portador de lesão bucal, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Garante acesso facilitado na Atenção Primária a pacientes com alterações bucais.	18	81,8%
b- Ao encaminhar, tenta tranquilizar o paciente e explicar que ele vai fazer uma avaliação.	4	18,2%
c- Busca, através do agente de saúde, contato com o paciente após encaminhamento para Atenção Secundária.	11	50%
d- Procura saber da coordenação se o paciente com lesão já foi agendado para atenção secundária.	2	9,1%
e- Não busca ativamente saber o que houve com o paciente após encaminhamento. Espera que ele traga algum retorno.	9	40,9%
f- Não faz busca dos pacientes que precisam de acompanhamento periódico, deixando o controle do retorno a cargo do paciente.	5	23%
g- Quando encaminha caso grave, dá ênfase na regulação ou coordenação para que o agendamento seja agilizado.	9	40,9%
h- Cuidado diferenciado de apoio contínuo dos dentistas aos pacientes com suspeita ou confirmação de câncer bucal.	7	31,8%
i- Outros profissionais, além da ESB, acompanham o paciente com câncer bucal (enfermeiro, assistente social, médico).	7	31,8%
j- Após confirmação do diagnóstico, a família só teve acompanhamento da ESB e ACS.	2	9,1%
k- Descontinuidade das ações e do cuidado.	7	31,8%
l- Diante do diagnóstico de câncer, houve maior proximidade do profissional com a família e o paciente.	4	18,3%
m- O sofrimento do paciente com câncer envolve emocionalmente a equipe.	3	13,6%

Fonte: Elaborado pela autora.

Apesar de uma atuação focada em procedimentos, ao detectar uma lesão, 18,2% dos profissionais se sensibilizam com o sentimento de medo do paciente e tentam, numa atuação acolhedora, tranquilizá-lo ao informar sobre a lesão e o encaminhamento, “[...] explico pro paciente o que tem, tento deixar o paciente tranquilo né, primeiramente [...]” (ENTREVISTADO 5).

Os dados também evidenciam o sentimento de responsabilização dos profissionais para com a pessoa com câncer bucal, visto que 59,1% dos cirurgiões-dentistas buscavam notícias do paciente após encaminhamento, conforme *alíneas c e d*, da Tabela 22, seja pelo agente comunitário de saúde, seja na própria coordenação. Além disso, ao fazerem encaminhamento de casos graves, 40,9% dos participantes acionavam a coordenação e/ou regulação, intercedendo de modo a agilizar o agendamento e dar resolubilidade ao problema do paciente, “[...] eu falo logo com a coordenadora de saúde bucal a possibilidade de tá vendo uma vaga até antes, assim, se eu achar que é uma coisa mais avançada.” (ENTREVISTADO 18).

O acompanhamento, pelos profissionais da Atenção Primária, dos casos encaminhados para outros níveis de atenção, é de fundamental importância para a continuidade do cuidado (BRASIL, 2013). Muitas vezes, todavia, a continuidade do cuidado ficava comprometida por problemas estruturais do serviço, citados por 31,8% dos participantes, decorrentes de mudanças de equipe, atendimento sem prontuário e sem população adscrita, fazendo com que haja a perda de contato com o paciente (*alínea k*, da Tabela 22).

Outro fato observado foi que, geralmente, os dentistas têm um cuidado diferenciado, de apoio contínuo, aos pacientes com suspeita ou com diagnóstico confirmado de câncer bucal, acompanhando-os até o desfecho do seu tratamento, algumas vezes, isoladamente, sem apoio dos outros membros da equipe. Essa atitude foi identificada na fala de sete participantes, o que representa 50% dos 14 dentistas que já acompanharam algum caso de câncer.

Aí eu fui saber se ela tinha ido né, o que tinha acontecido, aí o filho dela falou que encaminhou pra Fortaleza. No caso, quem marcou fui eu porque ele ficou colocando dificuldade, não ajudou muito a família sabe, ficou colocando dificuldade que não tinha como ir, aí eu peguei, vim na secretaria, pedi pra dar um jeito de conseguir um carro pra levar ela, uma ambulância no caso, pra ir pra Fortaleza [...] conseguiu o transporte, aí eu cheguei lá pra dizer que tinha o transporte pra aquele mesmo dia, às 5 hs, e

ele ficou colocando dificuldade, que naquele mesmo dia não dava, aí eu retornei pra secretaria e pedi pra mudar né a data [...] eu ia toda semana, toda segunda pela manhã eu passava lá pra saber se ela tinha ido pro CEO né, pra saber direitinho como é que ela estava [...] Quando o médico pediu pra eu ir, ficou, praticamente, nas minhas mãos, eles não fizeram mais visitas não. (ENTREVISTADO 6).

Apesar de sete dentistas (31,8%) afirmarem que outros membros da equipe também acompanharam a pessoa com câncer bucal, geralmente, essa participação se dava quando havia necessidade de cuidados paliativos, como instalação de sondas ou realização de curativos, em razão do comprometimento da deglutição ou agravamento da lesão. Nos casos em que a condição social do doente impedia ou dificultava seu tratamento, também havia acompanhamento de assistente social. Não houve, porém, relato de acompanhamento do doente ou familiar pelo psicólogo.

Desse modo, a família encontra no cirurgião-dentista o apoio técnico e psicoemocional para enfrentar o agravo, o que leva a uma aproximação maior do profissional com o paciente e a família, fato relatado por quatro participantes (18,2%), desenvolvendo uma relação de vínculo afetivo.

[...] as filhas dela tinham a maior atenção, todo passo que acontecia, quando a mãe se operou, elas: Doutora foi feita a cirurgia, trouxeram os exames pra eu ver [...] Aí quando eu soube foi que ela tinha falecido, aí elas procuraram a unidade dizendo pra me avisar: Avisa à doutora que a minha mãe faleceu. Eu até fui no enterro, falei com as meninas, as filhas na época até choraram muito porque eu acompanhei bem de perto [...]
(ENTREVISTADO 1)

Tabela 23 - Experiências dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará com o câncer bucal, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Já acompanhou algum caso de câncer bucal.	14	63,6%
b- Sofrimento da pessoa com câncer decorrente das mutilações.	4	18,2%
c- A família/paciente não aceitou fazer qualquer tipo de tratamento, levando ao sofrimento da pessoa com câncer sem cuidados paliativos.	3	13,6%
d- Dificuldade da família para aceitar o tratamento.	2	9,1%
e- Sentimento da família de ter antecipado a morte com tratamento do câncer.	1	4,5%

Fonte: Elaborado pela autora.

Sendo o câncer bucal uma doença acompanhada de muito sofrimento - conforme explicitado na Tabela 23, decorrente da sua gravidade, com alta morbidade e mortalidade, ou do tratamento, que marcam o paciente mesmo com a obtenção da cura - o sofrimento do paciente com câncer envolve emocionalmente a equipe, como relatam 13,6% dos dentistas, podendo ser observada na seguinte fala:

[...] ela já era uma senhora de idade e só tinha um filho que tava cuidando dela, aí ele escutou pessoas leigas. O médico falou pra ele – “não, pra remover a lesão ela pode não resistir”. E ele ficou consciente disso, mas teria a opção da radioterapia que iria amenizar a dor e poderia até regredir um pouco a lesão, só que ele escutou pessoas leigas que diziam que ela não ia resistir a radioterapia e acabou assinando um termo de consentimento pra mãe não realizar a radioterapia [...] Aí ela tava em casa e não tava sendo acompanhada, ela não tava mais conseguindo se alimentar e tava tomando morfina e não tava mais surtindo efeito [...] Aí a gente falando a questão da sonda, foi eu e a enfermeira, a questão da sonda que ela não tava se alimentando e ele só queria que colocasse soro com glicose pra poder só manter a mãe [...] porque não aceitava colocar nem a sonda [...] foi o pior caso que eu já vi porque realmente você fica de mãos atadas [...] ele abriu mão da última chance que ela teria de amenizar a dor, de tentar amenizar um pouco e a questão de se alimentar, ele não queria colocar a sonda e isso mexeu demais com a equipe inteira. (ENTREVISTADO 4).

Sendo assim, além da continuidade do cuidado realizada pelos cirurgiões-dentistas, torna-se necessário estabelecer uma rede de apoio à pessoa com câncer bucal, de modo a realizar um cuidado multidisciplinar ao doente e à família, tanto no aspecto físico como psicossocial, no sentido de reduzir o sofrimento e de dar suporte para o enfrentamento da doença.

5.6 CATEGORIA REDE DE ATENÇÃO

5.6.1 Subcategoria conhecimento da rede

Os resultados expostos na Tabela 24 evidenciam a existência de uma Rede de Atenção em Saúde Bucal bem estabelecida, na 10ª Região de Saúde do Ceará, no que concerne ao fluxo da Atenção Primária para a Secundária, visto que 100% dos participantes afirmaram ter o Centro de Especialidades Odontológicas Regional (CEO-R), localizado em Limoeiro do Norte, como Unidade de referência em Atenção Secundária para o encaminhamento de pacientes com lesões bucais.

Tabela 24 - Conhecimento dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará sobre a Rede de Atenção em Saúde Bucal, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Tem o CEO Regional de Limoeiro do Norte como Unidade de Referência em Atenção Secundária para encaminhar pacientes com lesão.	22	100%
b- Sabe que o CEO Encaminha para Atenção Terciária.	14	63,6%
c- Apesar de saber que o CEO encaminha, não sabe quem agenda o paciente para o serviço terciário.	6	27,3%
d- Não sabe como o paciente chega à Atenção Terciária	5	22,7%

Fonte: Elaborado pela autora.

O fluxo da Atenção Secundária para a Terciária, no entanto, ainda é desconhecido por uma parcela dos participantes, como pode ser observado na Tabela 24, pois, apesar de 14 participantes (63,6%) terem o conhecimento de que o CEO-R encaminha para a Atenção Terciária, quando se dá a confirmação do diagnóstico de câncer, seis participantes, que representam 42,9% daqueles e 27,3% do total de entrevistados, não sabem que o paciente é agendado, para este serviço, na regulação do próprio município de origem. Outra parcela (22,7%) não sabe como o paciente chega à Atenção Terciária.

O funcionamento da rede requer o reconhecimento dos seus pontos de atenção e fluxos por parte dos profissionais da saúde bucal (cirurgião-dentista, técnicos e auxiliares) de modo que a utilizem adequadamente [...] A lacuna de conhecimento por parte dos profissionais precisa ser superada. (MELLO *et al.*, 2014, p. 212).

Desse modo, fica evidenciado que o papel da APS como coordenadora da RAS não está sendo cumprido a contento, visto que ela não consegue ordenar o fluxo e o contrafluxo do usuário dentro da Rede, pois os profissionais que nela atuam sequer conhecem o fluxo do paciente dentro da Rede na sua totalidade.

5.6.2 Subcategoria potencialidades da rede

A implantação do Centro de Especialidades Odontológicas Regional (CEO-R), em Limoeiro do Norte, levou à estruturação da RAS na 10ª Região de

Saúde, até então inexistente. O CEO-R possibilitou a melhor condução dos casos que necessitavam de assistência especializada, dentre eles as lesões bucais. Veloso *et al.* (2012) apontam como um dos fatores relacionados ao retardo no diagnóstico do câncer bucal a falta de um sistema de saúde estruturado para atender pacientes com lesões bucais e possibilitar um diagnóstico rápido destas.

No entanto, a existência do serviço para onde referenciar, por si, não leva à melhoria da saúde da população. A dificuldade de acesso ao serviço pode representar uma barreira à resolução dos problemas de saúde, especialmente o câncer bucal, para o qual o tempo é decisivo.

Faz-se necessário, portanto, pôr em prática os princípios do SUS, principalmente a integralidade e a equidade. A facilidade de acesso da pessoa com lesão bucal à Atenção Secundária foi relatada por nove dentistas (40,9%), como se pode observar na Tabela 25. Destes, quatro participantes afirmaram que, em caso de lesões suspeitas, o Município entra em contato com o CEO e este facilita o acesso ao paciente com lesão, fato identificado na seguinte fala: *“a gente tenta entrar em contato direto com o CEO, em casos de lesões de características de pré malignidade, e o CEO de imediato ele aceita esse paciente de forma imediata.”* (ENTREVISTADO 2).

Tabela 25 - Fatores da Rede que favorecem o diagnóstico do câncer bucal na óptica dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

Afirmações	N (22)	Frequência
a- Em casos de lesões suspeitas, o município entra em contato com o CEO e este facilita o acesso de paciente com lesão.	4	18,2%
b- O paciente com lesão tem prioridade no agendamento para Atenção Secundária.	3	13,6%
c- O agendamento de pacientes com lesão pra Atenção Secundária normalmente é rápido.	2	9,1%

Fonte: Elaborado pela autora.

Além disso, três participantes informaram que o paciente com lesão tem prioridade no agendamento para Atenção Secundária, pois, *“lesões que não tem característica de pré malignidade, mesmo assim, elas ganham prioridade no nosso*

encaminhamento pra vagas de cirurgia” (ENTREVISTADO 2), enquanto dois participantes relataram que o agendamento de pacientes com lesão para o CEO-R é rápido, “acontece de no dia que a gente diagnostica, muitas vezes no outro dia a pessoa já tem realizado a biopsia, ou então dois dias depois [...]” (ENTREVISTADO 18).

Sendo assim, a Rede de Atenção em Saúde Bucal bem estruturada e a prática da equidade por ambos os níveis, primário e secundário, representam uma potencialidade na busca da resolubilidade dos problemas de saúde da 10ª Região de Saúde. A captação dos pacientes com lesão bucal pela Atenção Primária, no entanto, com a finalidade de realizar um diagnóstico precoce, ainda representa um ponto crítico do cuidado, pois “[...] a questão do encaminhamento acontece direitinho. O principal é o básico né, é ser diagnosticado pra poder mandar, porque depois que é diagnosticado, se consegue desenrolar.” (ENTREVISTADO 16).

5.6.3 Subcategoria fragilidades da rede

A Tabela 26 demonstra que existe maneira padronizada de comunicação escrita entre os pontos de atenção da RAS, na 10ª Região de Saúde, a qual se dá por meio da guia de referência, tendo sua utilização no encaminhamento confirmada por 100% dos participantes. Além disso, 16 participantes (72,7%) afirmaram que geralmente recebem a contrarreferência da Atenção Secundária, dois participantes (9,1%) dificilmente recebem e quatro (18,2%) não recebem a contrarreferência de pacientes encaminhados para o CEO-R com lesões.

Tabela 26 - Comunicação entre os pontos de atenção e fragilidades da Rede de Atenção em Saúde Bucal da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

(continua)

Afirmações	N (22)	Frequência
Comunicação formal por contrarreferência entre Atenção Primária e secundária		
a- Utiliza guia de referência para encaminhar.	22	100%
b- Geralmente recebe contrarreferência do CEO, mas não é sempre.	16	72,7%
c- Não recebe a contrarreferência de lesões, do CEO.	4	18,2%
d- Dificilmente recebe a contrarreferência do CEO.	2	9,1%

Tabela 26 - Comunicação entre os pontos de atenção e fragilidades da Rede de Atenção em Saúde Bucal da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2016.

(continua)

Afirmações	N (22)	Frequência
Via por onde recebe a contrarreferência		
e- Recebe a contrarreferência pelo paciente.	12	54,5%
f- Recebe a contrarreferência pela Secretaria municipal.	9	40,9%
Outras formas de comunicação entre Atenção Primária e Secundária		
g- Já participou de encontro de profissionais da Atenção Primária com a Secundária.	6	27,3%
h- Tem contato com a Atenção Secundária através da Coordenação ou da regulação.	4	18,2%
i- Já teve contato telefônico com algum profissional do CEO para tratar de casos de lesões.	4	18,2%
Comunicação entre Atenção Primária e Terciária		
j- Não há comunicação entre Atenção Primária e Atenção Terciária.	13	59,1%
k- Já teve comunicação com Atenção Terciária quando há solicitações de tratamento básico prévio.	2	9,1%
Fragilidades da Rede		
l- Fica sabendo o que foi realizado na Atenção Secundária e Terciária através do paciente, familiares ou outros profissionais da equipe.	14	63,6%
m- Não tem acesso ao resultado da biópsia ou algum retorno da Atenção Secundária sobre o diagnóstico, não sabe o que houve com o paciente após encaminhamento.	5	22,7%
n- Já recebeu resultado da biópsia pela contrarreferência.	1	4,5%
o- Sabe se o paciente foi encaminhado pra Atenção Terciária através da contrarreferência recebida da Atenção Secundária.	2	9,1%
p- Já encaminhou diretamente para Atenção Terciária, por intermédio de conhecido por não conseguir via regulação.	1	4,5%

Fonte: Elaborado pela autora.

Apesar de o CEO-R enviar, mensalmente, as contrarreferências para a Secretaria de Saúde de cada município, além de entregar uma via ao paciente, não há modo padronizado de retorno da contrarreferência para a APS, visto que 54,5% dos cirurgiões-dentistas relataram recebê-la do paciente, enquanto 40,9% a recebem pela Secretaria Municipal de Saúde (*alíneas e e f*, da Tabela 26). A dificuldade para realizar a longitudinalidade do cuidado conseqüente de problemas

no serviço, que levam à perda do vínculo com a população, justifica essa falha na efetividade da comunicação entre os pontos de atenção, primário e secundário, influenciando diretamente na continuidade do cuidado ao paciente pela APS.

No tempo do PSF que funcionava, eles mandavam de volta, alguma coisa dizendo que não era, ou então que precisava esperar mais um tempo, mas hoje em dia a gente não recebe [...] depois que eu envio eu não recebo mais. Talvez fique na secretaria, mas eu diretamente não recebo mais. (ENTREVISTADO 16).

Ele procura diretamente a secretaria e a gente perde o contato com o paciente [...] até a mim não chega a contrarreferência, então eu não sei realmente [...] Eu sei algumas vezes por segundos né, por terceiros. Recentemente a gente pegou um paciente com lesão no palato e eu soube que realmente tinha sido diagnosticado câncer, mas assim eu não tive mais contato [...] soube através da atendente do consultório, que uma paciente comentou com ela, então assim, totalmente informal. (ENTREVISTADO 17).

Além do sistema de referência e contrarreferência, outros modos de comunicação entre Atenção Primária e Secundária foram citados, como encontro de profissionais de ambos os pontos de atenção (27,3%), contato por intermédio da coordenação ou da regulação (18,2%) ou contato telefônico do próprio cirurgião-dentista com algum profissional do CEO-R para tratar de assuntos relacionados a pacientes encaminhados com lesões (18,2%).

Eu já tive experiências assim muito boas de comunicação com a atenção secundária. Tinha uma paciente que ela tinha lesões que me pareciam hemangiomas, e essas lesões regrediam, vinham e regrediam e eu tirei fotos né. Eu achei bem interessante essa comunicação. E eu tirei fotos, porque chegava no CEO às vezes e aquela lesão tinha regredido, então a gente fez um material em CD, em fotos, e o paciente, junto com a referência, ele já levou as fotos pra que o cirurgião bucomaxilo visse. Ele respondeu a contra referência bem bacana assim. Ele me ligou também. Foi um caso que tem na minha memória bem interessante. (ENTREVISTADO 2).

Alguns profissionais nunca sentiram necessidade de ter outro tipo de contato com a Atenção Secundária, além da referência, porém se acham confiantes de que, quando necessário, conseguirão se comunicar prontamente, conforme relato a seguir, dado por um participante, quando questionado se já teve outro tipo de comunicação com a Atenção Secundária: “*Diretamente, não, nunca... eu acho que se eu precisasse, teria sim, mas nunca tive necessidade de falar com ninguém de lá [...]*” (ENTREVISTADO 16).

Em se tratando de comunicação da APS com a Atenção Terciária, observa-se que ela é inexistente, como assinalado por 59,1% dos entrevistados, ou acontece quando há solicitação de realização de tratamento básico prévio ao tratamento oncológico, de maneira informal, citado por 9,1%, não havendo a contrarreferência.

Já recebi solicitação de, no caso assim, pedir pra fazer mais alguma coisa né, mas assim, de nada de dizer como é que tá [...] só o próprio paciente mesmo que diz com as palavras dele, não vem nada por escrito [...] Já teve uns dois que procuraram pra olhar, que o médico, segundo eles, o profissional pediu pra dar uma olhada como é que tava né [...] eles não trazem nada por escrito, aí eu não sei assim ao certo, precisamente, quem foi. “Ah, eu fui e o doutor pediu pra você dar uma olhada como é que tá, se tá melhorando, se tá sarando, se precisa ir agora, que ele disse que eu viesse pro dentista do posto mostrar, e aí eu peço pra ficar vindo. (ENTREVISTADO 18).

É provável que os dentistas reconheçam como natural a falta de comunicação com a Atenção Terciária por esperarem que esta se comunique com a Atenção Secundária, acreditando que o paciente, quando adentra o serviço terciário, manterá apenas o fluxo atenção secundária – terciária. Esse pensamento errôneo leva à perda do vínculo e da responsabilização do profissional da APS com o paciente.

[...] se eu não me engano, eu pensei que quem acompanharia era o bucomaxilo do CEO [...] pelo que eu conheço, como eles têm um controle muito afincado de lesões, independentemente da lesão, quem faz o controle são eles. Um paciente, semana passada, lá no hospital, chegou com uma ameloblastoma gigante, eles fizeram a cirurgia, toda a prototipagem, e tudo mais, e eles que ficam acompanhando a evolução do paciente, é por isso que talvez nunca retorne pra atenção básica e nem secundária. (ENTREVISTADO 7).

Os dados evidenciam a dificuldade de coordenação entre os níveis de atenção e deficiência na comunicação dentro da Rede, corroborando com os achados de Rodrigues *et al.* (2014), pois 63,6% dos entrevistados afirmaram saber o que foi realizado na Atenção Secundária e Terciária, inclusive o resultado das biopsias, por meio do paciente, do familiar ou de outros profissionais da equipe, dentre os quais se destaca o papel do Agente Comunitário de Saúde. Além disso, 22,7% informaram não ter acesso ao resultado das biopsias, nem saber o que houve com o paciente após encaminhamento, e apenas três participantes (13,6%)

receberam algum tipo de informação sobre a condição do paciente na contrarreferência (*alíneas o e p*). Percebe-se, com efeito, que, apesar de haver a contrarreferência, “*essa contrarreferência ainda é muito defeituosa*” (ENTREVISTADO 2), já que a comunicação não sucede de modo satisfatório, pois nem sempre elas trazem todas as informações a respeito da condição do paciente, como o diagnóstico obtido nas biopsias. Além disso, quando elas retornam à APS, chegam bastante atrasadas, meses após a realização do procedimento, “*tipo, vem agora (maio) as de janeiro né.*” (ENTREVISTADO 12).

A efetiva comunicação da Rede, especialmente quando envolve a Atenção Terciária, ainda representa um desafio a ser superado, sendo uma das fragilidades encontradas neste estudo. A integração entre os serviços de saúde está diretamente relacionada à capacidade de coordenação, o que, por sua vez, decorre de uma comunicação eficaz dentro do sistema (RODRIGUES *et al.*, 2014). Apesar de haver facilidade para o paciente entrar no serviço e receber o diagnóstico definitivo, torna-se inviável o seu acompanhamento pela APS, por não haver um retorno preciso do que acontece em outros “nós” da Rede. Soma-se a isso a dificuldade de agendamento para o setor terciário pela regulação, citada por um participante, o que pode levar ao retardo do início do tratamento, sendo crucial para a cura ou sobrevida do paciente.

Aí a guia retornou pra secretaria, pelo paciente, e era agendado via sistema. Então foi colocado no sistema, mas não obtivemos marcação. Como tava demorando pro paciente, ele procurou essa outra forma e ficou meio que perdido [...] eu achei que fosse mais rápido, esse caso lá no CEO, que como eu tive dificuldade de agendar, eu até conversei, pra pedir ajuda à menina da Central, e passou mais de 15 dias e a gente não teve retorno, é tanto que a pessoa conseguiu via política na Santa Casa, não foi via Central. (ENTREVISTADO 9).

Faz-se necessário, portanto, superar essas fragilidades pelo desenvolvimento de mecanismo de comunicação paralela ao sistema de regulação, viabilizando rápida resposta de agendamento para o nível terciário em situações graves, como o câncer bucal; e pela efetivação da contrarreferência como ferramenta de comunicação, por todos os níveis de atenção, especialmente o terciário, com seu adequado preenchimento e envio em tempo hábil para o serviço de origem do paciente, possibilitando, à Atenção Primária, realizar a coordenação do cuidado, de modo longitudinal, integral e resolutivo.

6 CONCLUSÃO

Com suporte nos resultados, pode-se concluir que o perfil do cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família é predominantemente de adulto jovem, com idade de 20 a 40 anos, feminino, contando menos de dez anos de formado, graduado em escola privada, especialista clínico e com vínculo empregatício sob contrato temporário.

Apesar de alguns cirurgiões-dentistas não se sentirem com o conhecimento suficiente, muitas estratégias são utilizadas por eles na busca da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer bucal, dentre elas a realização do exame rotineiro das mucosas, ações de busca ativa de lesões, Educação em Saúde e o trabalho em equipe. Geralmente, entretanto, essas ações não são realizadas de maneira sistemática e não há uniformidade entre as equipes.

Além disso, vários são os fatores que influenciam positiva ou negativamente a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal. Dentre os fatores que favorecem, estão: a existência de uma Rede de Atenção em Saúde Bucal bem estabelecida, que proporciona agilidade no diagnóstico definitivo, e a oferta de prótese dentária no serviço público, a qual leva os pacientes desdentados, que usualmente não utilizam o serviço odontológico, a procurarem por esse serviço, viabilizando o exame das mucosas.

Dentre as dificuldades encontradas, as principais são decorrentes, dentre outros, de fatores relacionados ao profissional, como o perfil de formação voltado para atividades clínicas curativas e desatualização com relação ao tema; ao serviço de saúde, relativo à grande demanda, com sobrecarga da clínica e dificuldade de acesso do paciente, a falta de apoio da gestão e a desorganização do serviço; e ao paciente, em especial, pela falta de conhecimento/informação sobre o câncer bucal, fatores de risco e o papel do dentista, medo, descaso em relação à saúde e questões culturais, sendo os fatores relativos aos pacientes os que mais prevalecem.

Correspondendo à produção do cuidado, foi observada uma tentativa de controle dos casos suspeitos de câncer bucal, porém ainda deficiente; entretanto, o acolhimento, a responsabilização e o vínculo foram características fortemente

observadas no cuidado ao paciente com lesão suspeita ou confirmada de câncer bucal.

Com relação à Rede de Atenção, todos os dentistas conhecem o fluxo do paciente entre Atenção Primária e Secundária, porém o fluxo para a Terciária ainda é desconhecido por muitos. Apesar de a RAS proporcionar um acesso rápido e equitativo do paciente ao serviço de saúde especializado, ainda há deficiência na comunicação formal, por via do sistema de referência e contrarreferência, principalmente quando envolve a Atenção Terciária, comprometendo a continuidade do cuidado.

Os achados permitem concluir que é imprescindível a implantação de políticas voltadas para a prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. Para isso, é mister que se faça uma reestruturação do serviço de saúde bucal na Atenção Primária, no sentido de otimizar os esforços investidos nessa causa.

Estratégias operacionais, entretanto, podem ser adotadas. Sugere-se que sejam realizados o planejamento e a implantação dessas estratégias, de modo a uniformizá-las na 10ª Região de Saúde do Ceará, tornando-as rotineiras para as equipes de saúde bucal, para que eleve, sobremaneira, a sua efetividade.

Dentre as principais ações sugeridas, está a capacitação periódica dos cirurgiões-dentistas, para que possam realizar um exame bucal mais aprimorado, assim como de todos os membros da Equipe de Saúde da Família, fomentando o trabalho integrado, com abordagem multidisciplinar. Além disso, a realização de campanhas educativas de conscientização da população a respeito do câncer bucal, fatores de risco, métodos de prevenção, e acerca do papel do cirurgião-dentista, com divulgação nos meios de comunicação coletiva, merecem destaque, pois, sendo o maior número de dificuldades relacionadas ao paciente, informá-lo torna-se estritamente necessário.

Relativamente à prevenção primária, realizar atividades educativas com escolares sobre os fatores de risco para o câncer bucal, especialmente o tabaco e o álcool, tornam-se mais eficazes pelo fato de representarem uma atuação antes da exposição daqueles a esses fatores, visto que a mudança de hábitos adquiridos torna-se mais difícil.

No que concerne à Rede de Atenção, melhorias na contrarreferência viabilizam o melhor acompanhamento dos casos pela Atenção Primária, devendo-se

aprimorar a comunicação da Rede pelo preenchimento mais adequado desse documento, assim como pela agilidade no seu envio para a Unidade de origem.

A implantação de um Programa de Saúde Bucal na 10ª Região de Saúde, com realização de campanhas regionais periódicas de busca ativa de lesões, e a formação de grupos de discussão entre os profissionais da Atenção Primária e Secundária são estratégias de relevância que podem ser postas em prática. Um sistema de controle e acompanhamento dos casos suspeitos também se faz necessário. O Quadro 2 sintetiza uma proposta de plano de ação, criada com suporte nesta pesquisa.

Quadro 2 – Proposta de plano de ação a ser implantado na 10ª Região de Saúde do Ceará, com vistas à prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, 2016.

(continua)

O QUE	COMO	QUEM	ONDE	QUANDO
Implantar políticas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal	Instituir o Dia Municipal de Prevenção ao Câncer Bucal, regulamentado por via de Lei.	Poder legislativo municipal	Em cada município da 10ª Região	Na Semana Nacional de Prevenção do Câncer Bucal
Reorganizar a atenção primária	Disponibilizar dentistas em todas as ESB;	SMS	Em cada município da 10ª Região	Continuamente
	ESB e EqSF atuarem na mesma UBS;			
	Evitar rotatividade do profissional, mesmo dentro do município;			
	Realizar atendimento com prontuário.	ESB		

Quadro 2 – Proposta de plano de ação a ser implantado na 10ª Região de Saúde do Ceará, com vistas à prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, 2016.

(continuação)

O QUE	COMO	QUEM	ONDE	QUANDO
Capacitar os cirurgiões-dentistas da Atenção Primária	Realizar palestras/oficinas sobre características das lesões, sinais e sintomas, fatores de risco;	Estomatologista do CEO-R	Grupos de municípios	Anualmente
	Formar grupo de discussão de casos entre os profissionais da Atenção Primária e Atenção Secundária;	Estomatologista do CEO-R e cirurgião-dentista da APS	Rede social	Continuamente
	Atender, de forma compartilhada, os casos rastreados nas campanhas.		CEO-R	Anualmente
Fomentar o trabalho em equipe multiprofissional	Capacitar todas as EqSF da Região sobre câncer bucal;	Estomatologista do CEO	Em cada município.	Anualmente

Quadro 2 – Proposta de plano de ação a ser implantado na 10ª Região de Saúde do Ceará, com vistas à prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, 2016.

(continuação)

O QUE	COMO	QUEM	ONDE	QUANDO
Fomentar o trabalho em equipe multiprofissional	Estabelecer parceria com a EqSF com intuito de trabalhar a Semana Nacional de Prevenção do Câncer Bucal junto ao Novembro Azul e de realizar busca ativa de lesões junto à vacinação da Influenza.	ESB	Em cada equipe	Anualmente
Realizar campanhas educativas de conscientização da população	Expor em outdoors a divulgação das campanhas de busca ativa;	SMS e Consórcio	Em cada município	Anualmente
	Confeccionar cartazes educativos para afixar nas UBS e nos espaços sociais, assim como panfletos para distribuir na comunidade;			
	Criar vinhetas de áudio, sobre câncer bucal e acerca do papel do cirurgião-dentista, divulgando na rádio local.			Semestralmente

Quadro 2 – Proposta de plano de ação a ser implantado na 10ª Região de Saúde do Ceará, com vistas à prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, 2016.

(continuação)

O QUE	COMO	QUEM	ONDE	QUANDO
Trabalhar a prevenção do câncer bucal precocemente	Realizar oficinas educativas com escolares, sobre fatores de risco para o câncer bucal;	ESB	Escolas	Continuamente
	Organizar gincanas entre escolas do município;			
	Promover concurso artístico (paródia, teatro, desenho, etc), abordando o tema de forma lúdica.			
Aprimorar a comunicação da Rede	Melhorar o preenchimento da contrarreferência (indicar o procedimento realizado e o diagnóstico obtido)	Estomatologista do CEO	CEO R	Continuamente
	Agilizar o envio da contrarreferência para a Unidade de origem, no mesmo mês do atendimento;	Direção do CEO Regional e SMS	CEO e cada município	

Quadro 2 – Proposta de plano de ação a ser implantado na 10ª Região de Saúde do Ceará, com vistas à prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, 2016.

(continuação)

O QUE	COMO	QUEM	ONDE	QUANDO
Aprimorar a comunicação da Rede	Criar um fluxo de envio da contrarreferência das Secretarias Municipais de Saúde às UBS.	SMS	Em cada município	Fevereiro 2017
Implantar um Programa de Prevenção do Câncer Bucal a nível regional	Reservar um dia para realizar busca ativa de lesões e estabelecer um cronograma de visita para exame bucal dos pacientes restritos ao lar;	ESB	Em cada equipe	Mensal
	Organizar uma campanha de rastreamento de lesões, nos municípios, e encaminhamento para avaliação no CEO;	CEO-R, 10ª CRES, ESBs	10ª Região de Saúde	Anualmente
Controlar e acompanhar os casos suspeitos e confirmados	Criar planilhas informatizadas de registro de exames e lesões; e elaborar formulário padrão para registro das lesões encontradas;	CEO-R, 10ª CRES, ESBs	CEO-R	Fevereiro 2017

Quadro 2 – Proposta de plano de ação a ser implantado na 10ª Região de Saúde do Ceará, com vistas à prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, 2016.

(conclusão)

O QUE	COMO	QUEM	ONDE	QUANDO
Controlar e acompanhar os casos suspeitos e confirmados	Proceder ao levantamento de todos os usuários expostos aos fatores de risco, por via do ACS, e cadastrá-los em planilha, monitorando a cobertura do exame das mucosas na população adscrita;	ESB	Em cada equipe	Continuamente

Fonte: Elaborado pela autora.

Nesse sentido, sugere-se que, após a implantação das ações sugeridas nos 11 municípios da 10ª Região de Saúde do Ceará, sejam realizados novos estudos de avaliação do impacto das mesmas no diagnóstico precoce do câncer bucal.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Maria Luísa *et al.* Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto ao câncer bucal. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 17, n. 1, p. 31-35, jan./abr. 2012.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; TOPORCOV, Tatiana Natasha; WÜNSCH-FILHO, Victor. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica.**, Washington, v. 21, n. 1, p. 30-36, jan. 2007.

ARAÚJO, Yanne Pinheiro de; DIMENSTEIN, Magda. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 219-227, jan./mar. 2006.

AYRES, José Ricardo; PAIVA, Vera; FRANÇA JR., Ivan. From Natural History of Disease to Vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: PARKER, Richard; MARNI, Sommer. **Routledge Handbook of Global Public Health**. New York: Routledge, 2011. p. 98-107.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições, v. 70, 2004.

BORGES, Danielle Muniz de Lira *et al.* Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.2, p. 321-327, fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde. **Portal de tecnologia da informação a serviço do sus**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>> Acesso em: 10 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Portal do departamento da atenção básica**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>> Acesso em: 10 set. 2016.

_____. Lei nº 13.230, de 28 de dezembro de 2015. Institui a semana nacional de prevenção do câncer bucal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 248, 29 dez. 2015a, Seção 1, p. 1.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília, 2015b. 127 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Saúde Bucal**: Equipe de Saúde Bucal e Equipe Parametrizada de Saúde Bucal. Brasília, 2013. 49 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, 2012a. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, 2012b. 116 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Manual instrutivo: Anexo Ficha de Qualificação dos Indicadores**. Brasília, 2012c. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo do sistema de informação da atenção básica – SIAB**. Brasília, 2011. 24 p.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica 17: Saúde Bucal**. Brasília, 2008a. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Brasília, 2008b. 128p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. define a implantação de especialidades odontológicas (CEOs) e de laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPDS) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 mar. 2006a. Seção 1, p. 51.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**. Brasília, 2006b. 200 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação nacional de saúde bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004a. 16 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.570/GM, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação de Centros de especialidades odontológicas (ceos) e de laboratórios regionais de próteses

dentárias (LRPDs). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 146, 30 jul. de 2004b. Seção 1, p. 71.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.571/GM, de 29 de julho de 2004. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 146, 30 jul. 2004c. Seção 1, p. 72-73.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre câncer da boca**. Rio de Janeiro, 2002a. 52 p.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 mar. 2002b. Seção 1, p. 10.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 dez. 2000. Seção 1, p. 85.

BRENER, S. *et al.* Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 63-69, jan./fev./mar. 2007.

BULGARELI, Jaqueline Vilela *et al.* Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3461-3473, dez. 2013.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, jan./jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 ago. 2015.

CAMPOS, José Lamartine Galvão; CHAGAS, José Francisco de Salles; MAGNA, Luiz Alberto. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 65-68, abr./maio/jun. 2007.

CASTRO, Therezita M. P. G. *et al.* Manifestações orais associadas ao papilomavirus humano (HPV) conceitos atuais: revisão bibliográfica. **Rer. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 70, n. 4, parte 1, jul./ago. 2004.

CEARÁ. Secretaria da saúde. **Plano Diretor de Regionalização 2011**. 2012. v.1. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/9-plano-diretor-regionalizacao-pdr-2011>> Acesso em: 15 ago. 2016.

CIMARDI, Ana Claudia Baladelli Silva; FERNANDES, Ana Paula Soares. Câncer bucal - a prática e a realidade clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 14, n. 2, p. 99-104, maio/ago. 2009.

CONSOLARO, Alberto; FRANCISCHONE, Leda A.; CONSOLARO, Renata Bianco. O clareador dentário atua como co-carcinógeno na mucosa bucal, inclusive quando em dentifrícios e antissépticos: fundamentos para orientação de pacientes ortodônticos e como evitar seus efeitos indesejáveis. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 28-35, mar./abr. 2011.

COSTA, José Felipe Riani; CHAGAS, Luciana de Deus; SILVESTRE, Rosa Maria. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: OPAS, 2006. 70 p.

COSTA JÚNIOR, Sylvio da. **Programa Saúde da Família - Cuidados com o câncer bucal: a experiência de Resende, no Estado do Rio de Janeiro**. Nova Odessa, SP: Napoleão, 2012. 126 p.

COUTO, Márcia Thereza *et al.* Men in primary healthcare: discussing (in) visibility based on gender perspectives. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 14, n. 33, p. 257-270, abr./jun. 2010.

CUNHA, Paula Angela Souto Montenegro de Almeida; CATÃO, Maria de Fátima Martins; COSTA, Lino João da. Fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer de boca no estado da Paraíba – Brasil: relatos de pacientes portadores. **Brazilian Dental Science**, São José dos Campos, v. 12, n. 4, p. 18-24, out./dez. 2009.

DEDIVITIS, Rogério A. *et al.* Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 70, n. 1, p. 35-40, jan./fev. 2004.

DE MOURA, Marcoeli Silva *et al.* Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, fev. 2013.

DOMINGOS, Patrícia Aleixo dos Santos; PASSALACQUA, Maria Lívia da Costa; OLIVEIRA, Ana Luísa Botta Martins de. Câncer bucal: um problema de saúde pública. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, São Paulo, v. 26, n. 1, jan./abr. 2014.

ECKERDT, Neusa da Silva; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Sentidos sobre o hábito de fumar para mulheres participantes de grupo de tabagistas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. spe, p. 641-647, maio/jun. 2010.

ESPÍRITO SANTO, Rodrigo Anderson do *et al.* Piercing oral: fator de risco para o câncer? **Rev. Ciências Médicas**, Campinas, v. 6, n.2, p. 233-239, maio/ago. 2007.

FALCÃO, Michelle Miranda Lopes *et al.* Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. **Rev. Gaúch. Odontol.**, Campinas, v. 58, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2010.

FEITOSA FILHO, Antonio *et al.* Avaliação da conduta dos cirurgiões-dentistas do sistema público de saúde frente ao diagnóstico de patologias bucais no município de Crato-Ce. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 9, p. 10-17, abr. 2016.

FERRARO, Cíntia Tereza Lima *et al.* Infecção oral pelo HPV e lesões epiteliais proliferativas associadas. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 451-459, ago. 2011.

FERREIRA, João Henrique de Freitas; MELO, Monica Cristina Batista de. Perfil das ações de combate ao câncer de boca no estado de Pernambuco/Brasil. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v. 9, n. 3, p. 219-222, set. 2010. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882010000300007&lng=p&nrm=iso&tlng=p>. Acesso em: 28 set. 2015.

FONSECA, Emílio Prado da. As Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação do cirurgião-dentista brasileiro. **J Manag Prim Health Care**, Recife, v. 3, n.2, p. 158-178, jul./dez. 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

GRANT, Elizabeth *et al.* The experiences of young oral cancer patients in Scotland: symptom recognition and delays in seeking professional help. **British dental journal**, v. 208, n. 10, p. 465-471, mai. 2010.

GÜNERI, Pelin *et al.* Primary oral cancer in a Turkish population sample: association with sociodemographic features, smoking, alcohol, diet and dentition. **Oral Oncology**, Amsterdam, v. 41, n. 10, p. 1005-1012, nov. 2005.

HADDAD, Ana Estela *et al.* A aderência dos cursos de graduação em odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. In: BRASIL. **A aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 119-52, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Informações de saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca>>. Acesso em: 20 set. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2016**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 122p.

LEAVELL, H. & CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill Inc., 1976. 744 p.

LE CAMPION, Anna Carolina Omena Vasconcellos *et al.* Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 178-184, abr./jun. 2016.

LEITE, Anne Carolina Eleutério; GUERRA, Eliete Neves da Silva; MELO, Nilce Santos de. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal: revisão. **Rev. de Clín. Pesq. Odontol.**, Curitiba, v.1, n.3, jan./mar. 2005.

LEMOS JUNIOR, Celso Augusto *et al.* Câncer de boca baseado em evidências científicas. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 67, n. 3, p. 178-186, jul./set. 2013.

LIMA, Antônio Adilson Soares de *et al.* Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 283-288, out./nov./dez. 2005.

MACIEL, Cláudio Fontenele; BARCELLOS, Ludmilla Awad; MIOTTO, Maria Helena Monteiro de Barros. Perfil dos Cirurgiões-Dentistas do Programa de Saúde da Família da Grande Vitória-Parte I. **UFES Rev. Odontol.**, Vitória, v. 8, n. 3, p. 31-37, set./dez. 2006.

MARCO, Mário Alfredo de. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p. 60-72, jan./abr. 2006.

MARTINS, Julie Silvia *et al.* Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 3, p. 246-252, mar. 2012.

MELO, Allan Ulisses Carvalho de *et al.* Informação e comportamento de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família de Aracaju a respeito de câncer bucal. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 114 - 119, abr./maio/jun. 2008.

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de *et al.* Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 205-214, jan. 2014. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100205>. Acesso em: 28 set. 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 31-60.

MOREIRA, Rafael da Silveira *et al.* A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1665-1675, nov./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000600013>. Acesso em: 02 set. 2015.

NEVES, José Luis. Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração**, São Paulo, v.1, n. 3, jul./dez. 1996.

NICKEL, Daniela Alba; LIMA, Fábio Garcia; SILVA, Beatriz Bidigarayda. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, fev. 2008.

OLIVEIRA, Regina Lopes; SANTOS, Márcia Elena Andrade. Educação em saúde na estratégia saúde da família: conhecimentos e práticas do enfermeiro. **Rev Enferm Integrada**, Ipatinga, v. 4, n. 2, p. 833-44, nov./dez. 2011.

OLIVEIRA, Márcio C. *et al.* HPV e carcinogênese: revisão bibliográfica. **Ver. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 69, n. 4, p. 553-559, jul./ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992003000400018&script=sci_arttext >. Acesso em: 28 set. 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: _____. **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: Ed. Cooptec/ISC, 2002. p. 367-81.

PAIVA, Tiago Miguel Monteiro. **Lesões ulcerativas da cavidade oral e a importância do diagnóstico diferencial-estudo observacional**. 2013. 207 f. Tese (Mestrado em Medicina Dentária) - Departamento de Ciências da Saúde, Centro Regional das Beiras, Universidade Católica Portuguesa, Viseu, 2013.

PASTORE, Elenice; ROSA, Luisa Dalla; HOMEM, Ivana Dolejal. Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. **Fazendo Gênero**, v. 8, 2008.

PEREIRA, Carmen Regina dos Santos *et al.* Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 985-996, mai. 2009.

PETERSEN, Poul Erik. Oral cancer prevention and control: the approach of the World Health Organization. **Oral Oncology**, San Francisco, v. 45, p.454-460, apr./may. 2009.

PINHEIRO, Suélem Maria Santana; CARDOSO, Jefferson Paixão; PRADO, Fabio Ornellas. Conhecimentos e diagnóstico em câncer bucal entre profissionais de

odontologia de Jequié, Bahia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 195-205, abr./maio/jun. 2010.

PRADO, Bruno Nifossi; PASSARELLI, Dulce Helena Cabelho. Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. **Rev Odontol Univ Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 79-85, jan./abr. 2009.

RIBEIRO, Elisa Antônia. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência**, Araxá/MG, n. 04, p.129-148, mai. 2008.

RIBEIRO, Rosy Iara M. de A. *et al.* Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v.71, n.1, p. 42-47, jan./jun. 2014.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 343-352, fev. 2014.

ROTUNDO, Ligia Drovandi Braga *et al.* Are recurrent denture-related sores associated with the risk of oral cancer? A case control study. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 705-715, sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2013000300705&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 28 ago. 2015.

SANTOS, Isabela Vieira *et al.* O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 207-210, jul./set. 2011. Disponível em:<http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882011000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 set. 2015.

SANTOS, Luiz Carlos Oliveira dos; BATISTA, Olívio de Medeiros; CANGUSSU, Maria Cristina Teixeira. Caracterização do diagnóstico tardio do cancer de boca no estado de Alagoas. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 76, n. 4, p. 416-422, jul./ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-86942010000400002&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 set. 2015.

SANTOS, Vanessa de Carla Batista dos *et al.* Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de Oncologia de Maceió. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 159-64, jul./dez. 2012.

SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, suppl.2, p. S4-S6, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600001>. Acesso em: 28 set. 2015.

SCOTT, Suzanne E. *et al.* Barriers and triggers to seeking help for potentially malignant oral symptoms: implications for interventions. **Journal of public health**

dentistry, v. 69, n. 1, p. 34-40, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-7325.2008.00095.x/fill#references>>. Acesso em: 28 set. 2015.

SILVA, Marcelle Cristina da *et al.* Fatores Relacionados ao Atraso no Diagnóstico de Câncer de Boca e Orofaringe em Juiz de Fora/MG. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n.4, p. 329-335, out./nov./dez. 2009.

SILVA, Andrea Neiva da *et al.* Modelos Assistenciais em Saúde e Saúde Bucal. In: SILVA, Andrea Neiva da; SENNA, Marcos Antônio Albuquerque de. **Fundamentos em saúde bucal coletiva**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. cap. 4, p. 65-90.

SILVA, Andrea Neiva da; SENNA, Marcos Antônio Albuquerque de; JORGE, Renata Costa. Organização da Oferta de Serviços de Saúde Bucal no Âmbito do Sistema Único de Saúde. In: SILVA, Andrea Neiva da; SENNA, Marcos Antônio Albuquerque de. **Fundamentos em saúde bucal coletiva**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. cap. 9, p. 145-154.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes; ALVES, Carla Almeida. Modelos assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D. Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41.

SOARES, Christiane Pienna *et al.* Presença do papilomavírus humano em lesões malignas de mucosa oral. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 35, n. 5, p. 439-44, set./out. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0037-86822002000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 ago. 2015.

SOBRAL, Ana Paula Veras; ALMEIDA, Hítalo Carlos Rodrigues de; FONTES, Jéssica Pereira de Sá. Correlação do Papilomavírus Humano com o Carcinoma Epidermóide Bucal: Revisão Sistemática. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.**, Camaragibe, v.14, n.2, p. 95 -102 , abr./jun. 2014. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102014000200015>. Acesso em: 28 set. 2015.

SOUSA, Valmid.; DRIESSNACK Martha; MENDES Isabel Amélia Costa. An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: Quantitative research designs. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 503-507, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000300022&script=sci_arttext&tlng=e!n>. Acesso em: 28 set. 2015.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: ROZENFELD, Suely (org). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 49-60. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=pFNtAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA49&dq=SUS,+modelos+assistenciais+e>>

+vigil%C3%A2ncia+da+sa%C3%BAde.+Fundamentos+da+vigil%C3%A2ncia+sanit%C3%A1ria&ots=f8JwB8OBPx&sig=0-YDdZr4AqBnIBfjUs8lsims6wk#v=onepage&q=SUS%2C%20modelos%20assistenciais%20e%20vigil%C3%A2ncia%20da%20sa%C3%BAde.%20Fundamentos%20da%20vigil%C3%A2ncia%20sanit%C3%A1ria&f=false>. Acesso em: 28 set.2015.

TEIXEIRA, Leônia Cavalcante. Implicações subjetivas e sociais do câncer de boca: considerações psicanalíticas. **Arq. bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, ago. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1809-52672009000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 set. 2015.

THOMAZ, Erika Bárbara Abreu Fonseca; CUTRIM, Maria Carmem Fontoura Nogueira; LOPES, Fernanda Ferreira. A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral. **Rev Acta Oncológica Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 149-152, out./dez. 2000.

TOMMASI, Maria Helena Martins. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. 480 p.

TORRES-PEREIRA, Cassius C. *et al.* Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 28, Suppl., p. S30-S39, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-311X2012001300005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 set. 2015.

VASCONCELOS, Érico Marcos de. **Comportamento dos cirurgiões- dentistas das Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal**. 2006. 101 fls. Dissertação (Mestrado em Diagnóstico Bucal) – Programa de Pós graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo, 2006.

VELOSO, Dejanildo Jorge *et al.* Retardo no Diagnóstico do Câncer Bucal: Entendendo os Fatores Relacionados. **Rev. Bras. Ciên. Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 4, p. 579-584, dez. 2012. Disponível em:<<http://www.okara.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/12030/9129>>. Acesso em: 28 set. 2015.

VIDAL, Aurora Karla de Lacerda *et al.* HPV detection in oral carcinomas. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 21-26, feb. 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-24442004000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 set. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ottawa Charter for Health Promotion. In: _____ . **Health Promotion**. Geneva: World Health Organization, 1986. v. 1.

XAVIER, Sandra Doria; BUSSOLOTI FILHO, Ivo; LANCELOTTI, Carmem Lúcia Penteadó. Prevalência de achados sugestivos de papilomavírus humano (HPV) em biópsias de carcinoma espinocelular de cavidade oral e orofaringe: estudo preliminar. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 71, n. 4, p. 510-519, jul./ago.

2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992005000400019&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 25 set. 2015.

YELLOWITZ, Janet *et al.* Knowledge, opinions and practices of general dentists regarding oral cancer: a pilot survey. **The Journal of the American Dental Association**, v. 129, n. 5, p. 579-83, may 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER
BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ÓPTICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PESQUISADORA: Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago

ORIENTADOR: Prof. Dr. Erasmo Ruiz Miessa

Data: ___/___/2016

QUESTIONÁRIO – Profissional da Estratégia Saúde da Família

1. PERFIL DO PARTICIPANTE (A):

- 1.1. Idade (anos): _____
- 1.2. Gênero: _____
- 1.3. Escola de Formação: _____
- 1.4. Ano: _____
- 1.5. Pós-graduação Aperfeiçoamento: () Sim () Não
- 1.6. Em que área? _____
- 1.7. Pós-graduação Especialização: () Sim () Não
- 1.8. Em que área? _____
- 1.9. Pós-graduação Mestrado: () Sim () Não
- 1.10. Em que área? _____
- 1.11. Pós-graduação Doutorado: () Sim () Não
- 1.12. Em que área? _____
- 1.13. Você já fez algum curso e/ou formação sobre câncer bucal? () Sim () Não
- 1.14. Se sim, qual? _____ Quem proporcionou/financiou o curso? _____
- 1.15. Tempo de atuação na ESF: _____
- 1.16. Vínculo empregatício na administração municipal: _____
- 1.17. Carga horária trabalhada semanalmente na ESF: _____

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER
BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ÓPTICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PESQUISADORA: Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago

ORIENTADOR: Prof. Dr. Erasmo Ruiz Miessa

Data: ___/___/2016

Início: _____

Término: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

2 QUESTÕES ORIENTADORAS SOBRE O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1 Qual a sua concepção sobre prevenção do câncer bucal? E sobre diagnóstico precoce do câncer bucal?

2.2 De que forma o dentista da Estratégia Saúde da Família pode contribuir para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal?

2.3 Que estratégias você utiliza para realizar a identificação precoce de lesões suspeitas de câncer bucal no seu trabalho na Estratégia Saúde da Família?

2.4 Quais as principais dificuldades encontradas para a identificação precoce de distúrbios com potencial de malignização ou lesões suspeitas de câncer bucal na Estratégia Saúde da Família?

2.5 Como você procede quando detecta uma lesão bucal no seu trabalho na Estratégia Saúde da Família?

2.6 De que forma a equipe de saúde da família e a gestão podem contribuir para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal ?

2.7 Como é o fluxo do paciente com lesão suspeita de câncer bucal dentro da rede de atenção em saúde bucal na 10ª Região de Saúde do Ceará?

2.8 O que você faz, enquanto dentista da Estratégia Saúde da Família, após o encaminhamento do paciente com lesão bucal para o serviço especializado?

2.9 Como a sua equipe de saúde bucal/saúde da família procede quando um paciente que foi encaminhado para o serviço especializado tem diagnóstico confirmado de câncer bucal?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa **ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ÓPTICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA** tem como objetivo analisar os fatores que influenciam o diagnóstico do câncer bucal na Atenção Primária em Saúde, na óptica do cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família, na 10ª Região de Saúde do Ceará. Será realizada com a participação de cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família de quatro municípios da 10ª Região de Saúde do Ceará. Tem como pesquisadora Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, cuja nucleadora é a Universidade Estadual do Ceará, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF. Esta pesquisa justifica-se por permitir a reflexão crítica dos cirurgiões-dentistas sobre a sua prática profissional e por ter o potencial de fornecer subsídios para a elaboração de um plano de ação visando à implantação de estratégias de superação das dificuldades encontradas através da pesquisa, no tocante ao diagnóstico do câncer bucal, buscando a efetivação da vigilância em saúde bucal e do cuidado integral. Para realização do estudo, será realizada uma abordagem qualitativa, com aplicação de um questionário estruturado e, posteriormente, realização de entrevista com cada participante, seguindo roteiro semiestruturado. **CONVIDO** você a participar do estudo, assegurando-lhe a isenção de quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, o total anonimato e o sigilo das informações fornecidas, buscando respeitar a sua integridade, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento. Sua participação não é obrigatória e a sua recusa em participar do estudo não lhe trará nenhum prejuízo. Caso aceite participar, a sua entrevista será marcada com antecedência, em horário e local a ser combinado com o participante. A mesma será audiogravada e as observações serão registradas em diário de campo. As falas serão transcritas na íntegra. Caso ache necessário, poderá ouvir o conteúdo da gravação, assim como retirar e/ou acrescentar informações. As gravações serão arquivadas pela pesquisadora pelo período de um ano, após o qual serão apagadas. Desse modo, esclarecemos que os riscos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas e cansaço durante o processo, enquanto os benefícios serão consideráveis aos profissionais, usuários e familiares dos serviços de saúde da região, considerando que poderá contribuir para mudanças nas práticas do cuidado em saúde bucal. A pesquisadora estará obrigada a suspender a pesquisa, imediatamente, se perceber algum risco ou dano à sua saúde. Em qualquer momento, você poderá solicitar maiores informações sobre o estudo. Comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa, porém os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identidade. Caso necessite de esclarecimentos ou comunicar desistência, você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (88) 99671 5726. Caso concorde em participar do estudo, você assinará este documento, que também será assinado pela pesquisadora, em duas vias, ficando esta cópia com você e a outra como arquivo da pesquisadora. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

EU, _____,
TENDO SIDO ESCLARECIDO DA PESQUISA, ACEITO PARTICIPAR DA MESMA.

Participante

Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago
Pesquisadora

Contato: dramarizangela@hotmail.com Tel.: (88) 99671 5726

_____, ____/____/2016.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi - CEP 60714-903 - Fortaleza, Ceará.
Telefone: (085)31019890

APÊNDICE D – Termos de Anuência



GOVERNO MUNICIPAL
GABINETE DO PREFEITO
QUIXERÉ – ADM "QUERO MAIS QUIXERÉ"
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



TERMO DE ANUÊNCIA

Ao Secretário (a) Municipal de Saúde de Quixerê

Será desenvolvida a pesquisa **Análise dos Fatores Relacionados ao Diagnóstico do Câncer Bucal na Atenção Primária na Ótica do Cirurgião-Dentista da Estratégia Saúde da Família**. Neste estudo, pretende-se analisar os fatores que influenciam o diagnóstico do câncer bucal na Atenção Primária em Saúde, na ótica do cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família, na 10ª Região de Saúde do Ceará. Assim, venho, através deste, solicitar a autorização para convidar os profissionais cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família desse município a participarem da pesquisa através do preenchimento de um questionário estruturado, bem como da participação em uma entrevista, através da qual serão abordados os fatores implicados no diagnóstico do câncer bucal na Atenção Primária, na 10ª Região de Saúde do Ceará. Esclareço, igualmente, que as informações coletadas somente serão utilizadas para responder aos objetivos da pesquisa, culminando com a elaboração de dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF.

Em caso de maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago. Endereço: Rua Sindulfo Chaves, nº 1172, Bairro Centro, Limoeiro do Norte-CE. Telefones: (88) 99671 5726. Assumo, perante a Secretaria Municipal de Saúde deste município, a responsabilidade pelo presente termo.

Quixerê-Ce, 10 de novembro de 2015.

Pesquisadora: Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago
Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago

De acordo: João Urânio Nogueira Ferreira
João Urânio Nogueira Ferreira
Secretário Municipal de Saúde de Quixerê

João Urânio Nogueira Ferreira
Secretário de Saúde / Quixerê
CPF Nº 285.505.793-00
Portaria 004.02.012013



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
SECRETARIA DA SAÚDE

Limoeiro do Norte, 13 de novembro de 2015

TERMO DE ANUÊNCIA

Ao Secretário (a) Municipal de Saúde de Limoeiro do Norte

Será desenvolvida a pesquisa **Análise dos Fatores Relacionados ao Diagnóstico do Câncer Bucal na Atenção Primária na Ótica do Cirurgião-Dentista da Estratégia Saúde da Família**. Neste estudo, pretende-se analisar os fatores que influenciam o diagnóstico do câncer bucal na Atenção Primária em Saúde, na ótica do cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família, na 10ª Região de Saúde do Ceará. Assim, venho, através deste, solicitar a autorização para convidar os profissionais cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família desse município a participarem da pesquisa através do preenchimento de um questionário estruturado, bem como da participação em uma entrevista, através da qual serão abordados os fatores implicados no diagnóstico do câncer bucal na Atenção Primária, na 10ª Região de Saúde do Ceará. Esclareço, igualmente, que as informações coletadas somente serão utilizadas para responder aos objetivos da pesquisa, culminando com a elaboração de dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF.

Em caso de maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago. Endereço: Rua Sindulfo Chaves, nº 1172, Bairro Centro, Limoeiro do Norte-CE. Telefones: (88) 99671 5726. Assumo, perante a Secretaria Municipal de Saúde deste município, a responsabilidade pelo presente termo.

Limoeiro do Norte-Ce, 11 de novembro de 2015.

Pesquisadora: Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago
Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago

De acordo: Soraya Nogueira Diógenes de Lima
Soraya Nogueira Diógenes de Lima
Secretário Municipal de Saúde de Limoeiro do Norte

Dra. Soraya Nogueira Diógenes de Lima
Secretária de Saúde



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE
CNPJ: 07.891.682/0001-19
CGF: 06.920.646-5
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



TERMO DE ANUÊNCIA

Ao Secretário (a) Municipal de Saúde de Tabuleiro do Norte

Será desenvolvida a pesquisa **Análise dos Fatores Relacionados ao Diagnóstico do Câncer Bucal na Atenção Primária na Ótica do Cirurgião-Dentista da Estratégia Saúde da Família**. Neste estudo, pretende-se analisar os fatores que influenciam o diagnóstico do câncer bucal na Atenção Primária em Saúde, na ótica do cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família, na 10ª Região de Saúde do Ceará. Assim, venho, através deste, solicitar a autorização para convidar os profissionais cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família desse município a participarem da pesquisa através do preenchimento de um questionário estruturado, bem como da participação em uma entrevista, através da qual serão abordados os fatores implicados no diagnóstico do câncer bucal na Atenção Primária, na 10ª Região de Saúde do Ceará. Esclareço, igualmente, que as informações coletadas somente serão utilizadas para responder aos objetivos da pesquisa, culminando com a elaboração de dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF.

Em caso de maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago. Endereço: Rua Sindulfo Chaves, nº 1172, Bairro Centro, Limoeiro do Norte-CE. Telefones: (88) 99671 5726. Assumo, perante a Secretaria Municipal de Saúde deste município, a responsabilidade pelo presente termo.

Tabuleiro do Norte-Ce, 11 de novembro de 2015.

Pesquisadora: 
Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago

De acordo: 
Irizandro Fernandes Viana
Secretário Municipal de Saúde de Tabuleiro do Norte
Irizandro Fernandes Viana
Secretário de Saúde
Portaria 100/2015

Cuidando bem da Nossa gente

CENTRO ADMINISTRATIVO PREFEITO RAIMUNDO RODRIGUES CHAVES
RUA: PADRE CLICÉRIO, 4605 - BAIRRO SÃO FRANCISCO - CEP: 62.960-000 - FONE / FAX (88) 3424-2517



ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de São João do Jaguaribe
Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE ANUÊNCIA

Ao Secretário (a) Municipal de Saúde de São João do Jaguaribe

Será desenvolvida a pesquisa **Análise dos Fatores Relacionados ao Diagnóstico do Câncer Bucal na Atenção Primária na Ótica do Cirurgião-Dentista da Estratégia Saúde da Família**. Neste estudo, pretende-se analisar os fatores que influenciam o diagnóstico do câncer bucal na Atenção Primária em Saúde, na ótica do cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família, na 10ª Região de Saúde do Ceará. Assim, venho, através deste, solicitar a autorização para convidar os profissionais cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família desse município a participarem da pesquisa através do preenchimento de um questionário estruturado, bem como da participação em uma entrevista, através da qual serão abordados os fatores implicados no diagnóstico do câncer bucal na Atenção Primária, na 10ª Região de Saúde do Ceará. Esclareço, igualmente, que as informações coletadas somente serão utilizadas para responder aos objetivos da pesquisa, culminando com a elaboração de dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF.

Em caso de maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago. Endereço: Rua Sindulfo Chaves, nº 1172, Bairro Centro, Limoeiro do Norte-CE. Telefones: (88) 99671 5726. Assumo, perante a Secretaria Municipal de Saúde deste município, a responsabilidade pelo presente termo.

São João do Jaguaribe-Ce, 11 de novembro de 2015.

Pesquisadora: Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago
Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago

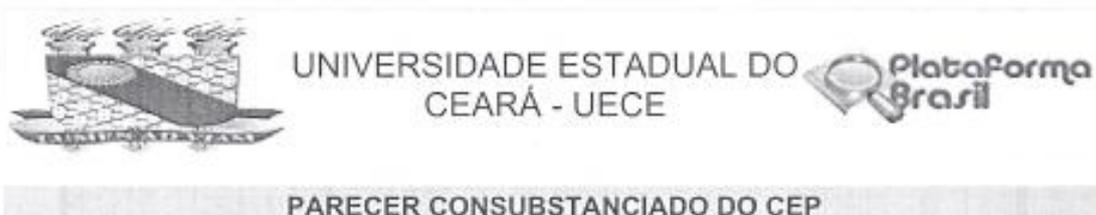
De acordo: José Moreira Filho
José Moreira Filho
Secretário Municipal de Saúde de São João do Jaguaribe

José Moreira Filho
CPF 139.546.013-20
Secretário Municipal de Saúde

Rua Pedro Paulo, 460 – Centro – CEP: 62.965-000
Telefax: (088)3420-1582 CNPJ: 11.886.589/0001-93
E-mail: secsaudesjj@hotmail.com

ANEXO

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ÓTICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Pesquisador: MARIZÂNGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA SANTIAGO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51614415.1.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.462.746

Apresentação do Projeto:

O tema do projeto é "Análise dos fatores relacionados ao diagnóstico do câncer bucal na atenção primária na ótica do cirurgião-dentista da estratégia saúde da família" com o objetivo de investigar os fatores que influenciam o diagnóstico do câncer bucal na Atenção Primária em Saúde.

Destaca-se que o câncer é a segunda maior causa de morte no Brasil e sua etiologia é multifatorial, englobando tanto a predisposição genética como fatores ambientais e comportamentais, como uso do tabaco, ingestão de bebidas alcoólicas, exposição à radiação solar, produtos químicos carcinogênicos e alguns microorganismos cuja integração pode resultar em manifestação do agravo (LIMA et al., 2005).

Com o crescente aumento do número de casos novos de câncer, os recursos tendem a se tornar insuficientes para dar conta das necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento (INCA, 2014). Sendo assim, várias são as estratégias que podem ser utilizadas com vistas à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal. Dentre elas, podem ser citadas a realização de um completo exame da cavidade bucal pelos profissionais dentistas; busca ativa para realização desse exame, de forma periódica; desenvolvimento de ações de promoção da saúde direcionadas ao controle dos fatores de risco; capacitação dos profissionais dentistas para que possam reconhecer lesões malignas ou com potencial de malignização; e acompanhamento

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

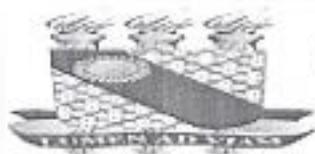
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.462.746

contínuo dos pacientes referenciados para diagnóstico especializado (BRASIL, 2008). Tais estratégias podem ser utilizadas pelos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária, especialmente na Estratégia Saúde da Família.

Sendo assim, o projeto se justifica por permitir a reflexão crítica dos cirurgiões-dentistas sobre a sua prática profissional e por ter o potencial de fornecer subsídios para a elaboração de um plano de ação visando à implantação de estratégias de superação das dificuldades encontradas através da pesquisa, no tocante ao diagnóstico do câncer bucal, buscando a efetivação da vigilância em saúde bucal e do cuidado integral.

A pesquisa a ser realizada é de caráter exploratório, com abordagem qualitativa e será realizada na 10ª Região de Saúde do Ceará – Limoeiro do Norte, com cirurgiões-dentistas (28) que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Será aplicado um questionário para investigar os dados sociodemográficos e uma entrevista semiestruturada, sendo analisados pela Técnica de Análise de Conteúdo de Laurana Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL:

- Analisar os fatores que influenciam o diagnóstico do câncer bucal na Atenção Primária em Saúde, na ótica do cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família, na 10ª Região de Saúde do Ceará.

ESPECÍFICOS:

- Traçar o perfil sociodemográfico e de formação dos dentistas da Estratégia Saúde da Família da 10ª Região de Saúde do Ceará; Descrever a conduta do cirurgião-dentista para a identificação e condução dos casos suspeitos de câncer bucal na Estratégia Saúde da Família; Delimitar os fatores que favorecem ou dificultam o diagnóstico precoce do câncer bucal na atenção primária; Identificar as ações da Equipe de Saúde Bucal/Saúde da Família mediante a confirmação do diagnóstico de câncer bucal pela Atenção

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O autor do projeto informa que o projeto não provocará nenhum dano físico e mental aos participantes, não prevendo os riscos em relação ao constrangimento dos profissionais entrevistados, por exemplo. No entanto, no TCLE é bem esclarecido os riscos e benefícios.

Não conseguimos definir se os custos de transporte serão arcados pelo pesquisador. O pesquisador mostra, mas não especifica.

Endereço: Av. Sílas Munguba, 1700

Bairro: Itapevi

CEP: 60.714-903

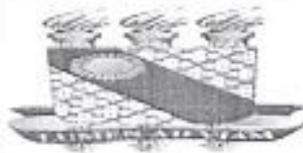
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9908

E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.462.740

O projeto mostra benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, o método está bem adequado. Uma vez que a ação dos profissionais será avaliada e mostrará se atendem aos princípios recomendados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Quanto ao TCLE:

- Em forma de convite.
- Apresenta o título e o objetivo da pesquisa.
- Explicita adequadamente os riscos e benefícios.
- Consta o telefone, endereço e email do CEP.
- Há telefone, email, nome completo e campo para assinatura do pesquisador responsável.

- Quanto a Folha de rosto:

- Contém a assinatura do pesquisador responsável.
- Contém a assinatura e carimbo do responsável pela instituição a onde se realizará a pesquisa.

- Quanto a Carta de Anuência:

- O número de cartas de anuência corresponde ao número de instituições a onde será realizada a pesquisa.

- Está descrito o título da pesquisa e o nome do pesquisador principal.
- Está descrito na carta de anuência exatamente o que será realizado na instituição.
- Não está descrito o período em que os dados serão coletados.
- Apresenta o carimbo da instituição e assinatura do responsável.

- Quanto ao cronograma:

- Está adequadamente descrito, indicando quando começará cada fase do estudo.
- Inicia-se apenas após aprovação do CEP.

- Quanto ao orçamento:

- Não descreve se o financiamento vai ser próprio.
- Descreve o que será gasto, mas não define qual instituição fornecerá o recurso.
- Há coerência entre o método e o orçamento.

Recomendações:

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.462.748

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_627254.pdf	02/12/2015 19:37:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MARIZANGELA_SUBMISSA O.pdf	29/11/2015 18:27:07	MARIZÂNGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA SANTIAGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia_tabuleiro.pdf	29/11/2015 18:25:22	MARIZÂNGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA SANTIAGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia_quixere.pdf	29/11/2015 18:24:58	MARIZÂNGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA SANTIAGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia_sao_joao.pdf	29/11/2015 18:24:44	MARIZÂNGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA SANTIAGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia_limoeiro.pdf	29/11/2015 18:24:20	MARIZÂNGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA SANTIAGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/11/2015 18:22:48	MARIZÂNGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA SANTIAGO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/11/2015 18:22:31	MARIZÂNGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA SANTIAGO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br

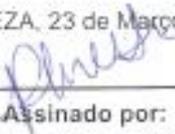


UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.482.748

FORTALEZA, 23 de Março de 2016


Assinado por:

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Av. Sítio Manguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-8890

Fax: (85)3101-9908

E-mail: anavaleska@usp.br