



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**

**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- RENASF**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF**

**CLÉBIO JARLISON REGO DE FREITAS**

**Câncer bucal: análise da abordagem dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da  
Família no Rio Grande do Norte**

**Natal/RN**

**2019**

CLÉBIO JARLISON REGO DE FREITAS

**Câncer bucal: análise da abordagem dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Norte**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Ângela Fernandes Ferreira

**Linha de pesquisa:** Educação na saúde.

**Natal/RN**

**2019**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI  
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Freitas, Clébio Jarlison Rego de.

Câncer bucal: análise da abordagem dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Norte / Clébio Jarlison Rego de Freitas. - 2019.

41f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, 2019.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Ângela Fernandes Ferreira.

1. Neoplasias Bucais - Dissertação. 2. Câncer bucal - Dissertação. 3. Atenção primária em saúde - Dissertação. 4. Cirurgião-Dentista - Dissertação. I. Ferreira, Maria Ângela Fernandes. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 616.31-006

CLÉBIO JARLISON REGO DE FREITAS

**Câncer bucal: análise da abordagem dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Norte**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Natal, 07 de Junho de 2019

BANCA EXAMINADORA



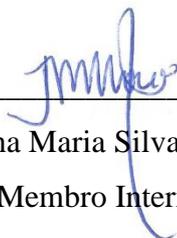
---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Ângela Fernandes Ferreira  
Orientadora



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Bruna Rafaela Martins dos Santos  
Membro Externo



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo  
Membro Interno

## RESUMO

Os óbitos por neoplasias de boca figuram na 16ª posição dentre todos os cânceres em todo o mundo. Por ser a cavidade oral o campo de trabalho do cirurgião dentista (CD), é de sua responsabilidade o diagnóstico precoce das lesões malignas. Este estudo objetiva analisar a abordagem dos CDs frente ao câncer bucal, verificando seu conhecimento sobre o tema e autoconfiança, a oferta de capacitação pelo serviço e sua conduta diante das lesões bucais na atenção primária. Para tanto, foi aplicado um questionário enviado por e-mail aos profissionais da estratégia saúde da família, através do Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Norte (CRO-RN). Os CDs da atenção básica possuem o conhecimento sobre o câncer bucal (85%) e realizam em sua maioria atividades voltadas para a prevenção da doença (66,8%), no entanto, em torno de 70% dos profissionais relatam não ser capazes de realizar biópsias ou citologias esfoliativas, e em média apenas 13% das Unidades de Saúde possuem as condições necessárias para realização desses procedimentos. Além disso, cerca de 96% dos serviços não oferecem cursos de atualização acerca do câncer bucal. A implementação de estratégias voltadas na busca ativa de lesões e a realização de procedimentos de diagnóstico na atenção primária podem contribuir para o diagnóstico precoce da doença de forma a reduzir a taxa de mortalidade pelo câncer bucal.

**Palavras Chave:** Câncer Bucal, Atenção Primária em Saúde, Cirurgião-Dentista

## ABSTRACT

Deaths from mouth cancers rank 16th among all cancers worldwide. Because it is the oral cavity of the dental surgeon (CD), it is his responsibility to diagnose the malignant lesions early. This study aims to analyze the approach of the CD against oral cancer, verifying their knowledge about the subject and self-confidence, the offer of training for the service and their conduct in relation to oral lesions in primary care. To do so, a questionnaire was sent by e-mail to the professionals of the family health strategy, through the Regional Council of Dentistry of Rio Grande do Norte (CRO-RN). Basic care CDs have knowledge about oral cancer (85%) and most of them are directed towards prevention of the disease (66.8%); however, around 70% of professionals report not being able to biopsies or exfoliative cytologies, and on average only 13% of the Health Units have the necessary conditions to perform these procedures. In addition, about 96% of services do not offer refresher courses on oral cancer. The implementation of strategies aimed at the active search for lesions and the accomplishment of diagnostic procedures in primary care may contribute to the early diagnosis of the disease in order to reduce the mortality rate due to oral cancer.

**Keywords:** Oral Cancer, Primary Health Care, Dentists

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CE	Ceará
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRO	Conselho Regional de Odontologia
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
RN	Rio Grande do Norte
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## Sumário

<b>1. Introdução .....</b>	<b>8</b>
<b>2. Revisão de literatura .....</b>	<b>9</b>
2.1 Câncer Bucal .....	9
2.2 Política Nacional de Saúde Bucal .....	10
2.3 Abordagem do Cirurgião-Dentista frente ao câncer bucal .....	11
<b>3. Objetivos .....</b>	<b>14</b>
3.1 Geral .....	14
3.2 Específicos .....	14
<b>4. Metodologia .....</b>	<b>15</b>
4.1 Caracterização do estudo .....	15
4.2 Cenário do estudo .....	15
4.3 Sujeitos da pesquisa .....	15
4.4 Coleta de dados .....	15
4.5 Análise dos dados .....	16
4.6 Considerações éticas .....	16
<b>5. Resultados e Discussões .....</b>	<b>17</b>
Artigo - Análise da Abordagem dos Cirurgiões-Dentistas da Estratégia Saúde da Família sobre o Câncer Bucal.	
<b>6. Considerações finais .....</b>	<b>32</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>33</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>36</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Câncer é um tipo de doença que possui a capacidade de invadir as estruturas do organismo através do crescimento desordenado das células do corpo, devido à perda de controle da divisão celular (BRASIL, 2018). Sua estimada para 2018 foi de 18.078.957 casos, desse total, 354. 864 casos de na cavidade bucal, ocupando assim a 18ª posição no ranking mundial. O câncer bucal teve mortalidade estimada em 2018 de 177.384 óbitos no mundo, figurando na 16ª posição (BRAY *et al.*, 2018).

Embora o Brasil detenha 19% dos Cirurgiões-Dentistas (CD) do mundo (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2017) e a sua inserção no sistema público tenha crescido bastante com implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), estudos apontam que o diagnóstico do câncer bucal ainda é feito tardiamente (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012; WARNAKULASURIYA, 2009; GÓMEZ *et al.*, 2009, 2010), tornando possível que as neoplasias malignas se configurem como a segunda causa de morte no Estado do Rio Grande do Norte, e o câncer de boca, em especial, ocupando a oitava posição no ranking dos cânceres mais letais (BRASIL, 2018).

A boca permite a fácil realização de exames, e o diagnóstico e tratamento precoce são essenciais para alcançar um prognóstico favorável, permitindo um nível de cura em 90% dos casos. Contudo, muitos profissionais relatam não se sentirem capacitados para realizar o diagnóstico e apontam fragilidade no conhecimento e/ou falta de capacitação, reiterando a necessidade de se investir em capacitação para os cirurgiões-dentistas no diagnóstico das lesões bucais (FALCÃO *et al.*, 2010; ANDRADE *et al.*, 2014; SOUZA; SÁ; POPOFF, 2016)

Diante do exposto, considerando a eleição do enfrentamento do câncer bucal como uma prioridade para a Saúde Pública Brasileira e do Rio Grande do Norte, e considerando que a Atenção Primária a Saúde (APS) deve pautar-se nos princípios da promoção da saúde e prevenção de doenças (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012), faz-se necessário conhecer como o cirurgião-dentista do RN aborda esse tema durante o seu exercício profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF), além de identificar, também, o nível de conhecimento deste profissional sobre o câncer de boca, para propor ações de planejamento e aperfeiçoamento das ações no âmbito da APS.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Câncer Bucal

As neoplasias malignas ocupam o segundo lugar em causa de mortalidade no Brasil (BRASIL, 2018). Dentre os inúmeros tipos de câncer, existe o grupo de cânceres bucais, que representam todas as neoplasias malignas encontradas nas regiões que compõe a boca: língua, gengivas, lábios, mucosa jugal, assoalho bucal e palato duro (BRASIL, 2012). A alta prevalência da doença e o impacto que causa na vida dos indivíduos associado a possibilidade de prevenção e cura, são fatores que permitem considerar o câncer bucal como um problema de saúde pública (WARNAKULASURIYA, 2009, TORRES-PEREIRA *et al*, 2012).

Dentre os tipos de neoplasias malignas presentes na boca, mais de 90% são do tipo carcinoma epidermóide. O câncer bucal apresenta etiologia multifatorial, e fatores como tabaco e álcool são reconhecidamente relacionados. Os fumantes têm uma possibilidade de desenvolvimento da doença de três vezes em comparação a não fumantes, e seu risco está diretamente relacionado ao número diário de cigarros. As práticas do fumo invertido, mastigação do tabaco e mastigação do sache de betel também são fatores de risco tradicionais. A atuação do álcool na carcinogênese ainda não é bem conhecida, porém sua combinação com o uso de tabaco aumenta o risco relativo em 15 vezes entre os usuários crônicos dessas substâncias, e mesmo somente o consumo de bebidas alcoólicas, estudos mostram um risco de duas a quatro vezes. A exposição solar também está bastante relacionada aos casos de câncer no lábio, sendo o lábio inferior o mais acometido (CLÍNICO *et al.*, 2013; NEVILLE, CHI e DAY, 2016).

O Instituto Nacional de Câncer registrou 3.688 mortes por câncer oral no Brasil em 2017 e estimou que em 2018, surgiriam 14.700 novos casos. O câncer bucal é o quinto mais frequente em homens e o nono mais frequente em mulheres na Região Nordeste e para o Rio Grande do Norte foram estimados 230 novos casos para o ano de 2018 (BRASIL, 2018).

O risco de câncer de boca aumenta com a idade, especialmente entre os homens, e seu diagnóstico precoce está diretamente relacionado com um tratamento menos complexo, melhor prognóstico, maior chance de cura e qualidade de vida. Entretanto, quase metade dos casos são diagnosticados em estágios avançados (III ou IV), levando ao aumentando da taxa de mortalidade, e mesmo com os avanços terapêuticos o câncer bucal ainda tem uma das

menores taxas de sobrevivência, sendo de 20 a 50% em 5 anos. (GÓMEZ *et al.*, 2009; NEVILLE, CHI e DAY, 2016)

O diagnóstico não deveria apresentar dificuldades, uma vez que a região é de fácil acesso e visualização, sem necessitar de equipamentos especiais. O atraso no diagnóstico pode estar associado a três situações, (i) atraso do paciente na percepção do primeiro sinal, (ii) atraso no agendamento para consulta com o profissional e (iii) o atraso do período entre a primeira consulta até o exame patológico definitivo. Além disso, estima-se que 30% das pessoas demoram a procurar o profissional após a autodescoberta de alterações na boca (SCOOT, MCGURK e GRUNFELD, 2008; GÓMEZ *et al.*, 2010)

Um estudo realizado em Alagoas-Brasil verificou que 78,4% dos pacientes foram diagnosticados em estágios avançados (III e IV), e que 70,3% procuraram primeiro o médico contra 28,4% que procuraram o Cirurgião-Dentista. Quanto a percepção dos sinais iniciais até a primeira consulta, 67,5% demoraram entre 4 e 9 meses e 41,9% informaram saber da lesão, porém só procuraram o serviço quando começou a incomodar. Os autores concluíram ser necessário otimização das ações para prevenção, diagnóstico precoce e controle da doença (SANTOS, BATISTA E CANGUSSU, 2010).

## **2.2 Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)**

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece a Estratégia Saúde da Família como prioritária no âmbito da Atenção Primária. Baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, a ESF rompe com o modelo biomédico e tem suas ações voltadas prioritariamente para prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2017).

A Atenção Primária a Saúde (APS) apresenta um papel privilegiado nas ações de diagnóstico bucal e de atenção à saúde. A PNSB, lançada em 2004, trouxe avanços na cobertura e acesso dos serviços, através da implementação de equipes de saúde bucal na ESF e Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), nos quais ofertam serviços mínimos de: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; periodontia especializada e atendimento a portadores de necessidades especiais. (BRASIL, 2004).

A PNSB estabelece a prevenção e controle de lesões da mucosa bucal como uma de suas ações prioritárias, com as seguintes ações:

- a) realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade, mediante: negociação e pactuação com representantes das três esferas de governo;
- b) oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa) seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas (por exemplo: vacinação de idosos);
- c) acompanhar casos suspeitos e confirmados através da definição e, se necessário, criação de um serviço de referência, garantindo-se o tratamento e reabilitação;
- d) estabelecer parcerias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer bucal com Universidades e outras organizações (Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, pág. 10 e 11).

Destarte, ressalta-se que o cirurgião-dentista atue na prevenção, promoção e recuperação da saúde, orientando usuários e referenciando a níveis de assistência de maior densidade tecnológica, quando necessário, como forma de garantir o atendimento integral em todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

### **2.3 Abordagem do cirurgião-dentista frente ao câncer bucal na ESF**

Os profissionais da APS possuem um papel de destaque nas ações de prevenção e diagnóstico precoce. As atividades de promoção da saúde na prevenção do câncer bucal devem se voltadas para o tabagismo e consumo consciente de álcool, principais fatores relacionados ao câncer bucal. As salas de espera e recepções constituem ambientes para a disseminação de informações sobre o assunto (CONWAY *et al.*, 2002)

SOUSA *et al.* (2014) observaram que a integração da atenção primária e secundária a uma rede de diagnóstico de câncer bucal favorece o diagnóstico precoce de lesões, no entanto, os cirurgiões-dentistas da atenção primária eram incapazes de identificar lesões malignas e realizar biópsias, recorrendo sempre ao encaminhamento para um especialista.

Estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul avaliou a percepção dos dentistas atuantes na APS acerca dos atrasos nos encaminhamentos de pacientes com suspeita de câncer bucal. Os autores verificaram que 52,7% dos dentistas não possuíam Centro de Especialidades Odontológicas para referência na sua região de saúde; 58,1% deles consideraram como possíveis causas do atraso no diagnóstico de câncer bucal a associação dos fatores: falha do

profissional, do paciente, da rede de saúde e falta de informação; em relação à autopercepção de aptidão para rastreamento e diagnóstico de câncer bucal. Os dentistas (95,9%) ainda reconheceram a importância do diagnóstico precoce do câncer de boca e 71,6% relataram necessitar de capacitações adicionais sobre a doença por se sentirem inseguros para realizar o diagnóstico com segurança. Com relação à abordagem interdisciplinar, 82,4% afirmaram considerar importante a abordagem junto a outro profissional de saúde para o diagnóstico e 75,7% concordaram com a atuação interdisciplinar na educação em saúde (CUNHA *et al*, 2013).

Alvarenga *et al.* (2012) relataram que somente 10% dos dentistas entrevistados que atuavam na APS da cidade de Lavras - Minas Gerais, se sentiam confiantes para realizar diagnósticos de lesões potencialmente malignas. Essa situação assemelha-se ao observado por Ribeiro, Chaves e Soares (2014), no qual 87% dos dentistas não se consideravam capacitados para realizar o diagnóstico, e 87% consideraram insuficiente a abordagem do câncer bucal durante o curso de graduação. Ambos reiteraram a necessidade de se ampliar o estudo sobre a falta de confiança dos profissionais, sobre a necessidade de treinamento e capacitações para trabalhadores de serviços de públicos de saúde e sobre a abordagem do câncer bucal nos cursos de graduação.

Andrade *et al.* (2014) constataram que 82,6%, dos dentistas que atuavam na APS em Divinópolis - Minas Gerais, participaram de cursos de educação continuada sobre o câncer bucal, nos últimos dois a cinco anos, e todos perceberam a importância do papel do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. Contudo, 40% não souberam o tipo histológico mais comum e 70% não sabiam a localização mais frequente do tumor, demonstrando a crucial importância de uma política constante de educação permanente com os profissionais sobre o tema. Tais achados se assemelharam com os dados de Falcão *et al*, (2010) que concluíram como insatisfatório o conhecimento, sobre ao câncer bucal, dos dentistas de Feira de Santana - Bahia.

Em outro estudo realizado na Jordânia, também foram relatados níveis inadequados de conhecimento sobre fatores de risco, apresentações e técnicas de diagnóstico por parte dos cirurgiões-dentistas, sobre o câncer bucal (HASSONA *et al*, 2015). Contrapondo os achados mencionados anteriormente, Sousa *et al*, (2016) afirmaram que 82,65% dos profissionais atuantes da APS consideravam seu conhecimento satisfatório sobre o tema. Porém, na prática, os autores constataram que os mesmos não colocavam em prática seus conhecimentos.

Dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) referentes as equipes de saúde do Estado do Rio de Janeiro, mostraram que apenas 47,8% dos cirurgiões-dentistas afirmaram realizar ações de prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Em relação ao diagnóstico de lesões potencialmente malignas, 77,4% informaram realizar campanhas para a detecção precoce e encaminhamento dos casos suspeitos. Entretanto, 66% afirmaram possuir referência para a especialidade de estomatologia, observando-se uma insuficiência da atenção secundária de saúde bucal para os casos de câncer (CASOTTI *et al*, 2016).

Em relação a auto declaração da capacidade de realizar biópsias, estudo realizado em Fortaleza - CE, mostrou que 43% dos dentistas consideravam-se aptos a realizar tal procedimento, e entre todos os profissionais entrevistados, apenas 10,7% realizavam o procedimento na unidade de saúde, apesar de 93,4% relatarem participação em atividades educativas relacionadas ao câncer de boca, promovida pela Secretaria de Saúde do município. Os autores atribuíram tal situação a falta de estrutura física para o exame, ou a omissão do dentista em realizar o procedimento ou a preferência pelo encaminhamento a outro setor, como possíveis explicações para um percentual tão ínfimo (NORO *et al*, 2017).

Diante desses estudos, verifica-se que os cirurgiões-dentistas da atenção primária não possuem o conhecimento suficiente para atuar frente ao câncer bucal, e essa situação necessita de estratégias, voltadas especialmente para o diagnóstico precoce e a necessidade de atualização profissional sobre o tema.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Conhecer a abordagem acerca do câncer bucal adotada pelos cirurgiões-dentistas (CD) da ESF do RN.

#### **3.2 Específicos**

- Analisar ao grau de conhecimento e autoconfiança do CD sobre câncer bucal;
- Verificar se há oferta de capacitação no tema para os cirurgiões-dentistas da rede;
- Conhecer as ações sobre o câncer bucal na atenção primária.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Caracterização do estudo**

Trata-se de um estudo de cunho quantitativo, descritivo de delineamento transversal.

### **4.2 Cenário de estudo**

A pesquisa foi realizada com os cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Este estado, apresenta área de 52.796,79 km<sup>2</sup>, representando 3,41% da região nordeste e 0,62% de todo o território brasileiro. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população foi estimada em 3.505.677 habitantes para o ano de 2019, possuindo 167 municípios divididos administrativamente em sete regionais de saúde.

### **4.3 Sujeitos da pesquisa**

Por se tratar de uma amostra intencional e não-probabilística, foi necessária uma amostra representativa do público-alvo, uma vez que trabalhamos com uma previsão de que apenas 10% da amostra responderia os e-mails. Foram incluídos no estudo todos os cirurgiões-dentistas atuantes na ESF do estado do Rio Grande do Norte.

Atualmente existem no estado, 997 dentistas inseridos na Estratégia Saúde da Família do Rio Grande do Norte (BRASIL, 2018).

### **4.4 Coleta de dados**

Foi aplicado um questionário estruturado composto por 26 perguntas, que foi adaptado com base nos instrumentos utilizados nos estudos de DIB, 2004 e VASCONCELOS, 2006, testados e aplicados (reprodutibilidade/confiabilidade). Para identificar o perfil profissional dos cirurgiões-dentistas, foram acrescentadas 6 questões. Para facilitar o entendimento por parte dos participantes, foram realizadas ligeiras modificações, porém sem alterar o conteúdo principal, em outras 7 questões. Foi realizado um estudo piloto com o intuito de avaliar as alterações realizadas.

O questionário foi composto por perguntas fechadas dividido em 4 partes. A primeira parte se refere a identificação com relação ao sexo, tempo de graduação e nível de formação dos profissionais. A segunda parte buscou verificar a oferta de cursos de educação permanente por parte da secretaria de saúde do local de atuação do profissional. A terceira

avaliou a atuação do profissional na ESF relacionada a prevenção, conduta clínica, e condições de trabalho no tocante a realizações de procedimentos para diagnóstico e a quarta parte verificou autoconfiança e conhecimento sobre o câncer bucal por partes dos cirurgiões-dentistas.

O instrumento foi inserido na plataforma Google Formulário, e o *link* enviado via e-mail aos profissionais através do Conselho Regional de Odontologia (CRO-RN). Como filtro para que somente os profissionais atuantes na ESF respondessem o questionário, foi inserido uma pergunta inicial sobre o local de atuação. Para obtenção do maior número de devolutivas, foram realizados quatro envios com intervalo de uma semana entre cada envio. O questionário não coletava identificação nominal dos profissionais e anexado ao e-mail o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

#### **4.5 Análise dos dados**

A Análise descritiva é a fase inicial do processo de estudo dos dados coletados. Utilizamos métodos de estatística descritiva para organizar, resumir e descrever os aspectos importantes de um conjunto de características observadas ou comparar tais características entre dois ou mais conjuntos.

Para tabulação e análise dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel e o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 22.0, respectivamente. A análise destes dados foi feita com base na estatística descritiva, frequência simples, absoluta e porcentagem. Os resultados obtidos foram interpretados com base na literatura e na leitura crítica do referencial bibliográfico, possibilitando a comparação com os resultados de estudos já consolidados e a formulação de novas proposições.

#### **4.6 Considerações éticas**

Todo o estudo seguiu os princípios da ética e bioética, estabelecidos pela resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – UFRN, número do parecer 2.932.957, que defende a integridade e dignidade da pesquisa favorecendo sua realização dentro dos padrões éticos e por estar diretamente vinculada à instituição proponente da pesquisa.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões estão apresentados na forma de artigo intitulado “ABORDAGEM DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O CÂNCER BUCAL”, o qual foi enviado para a revista *Ciência e Saúde Coletiva*, e por isso suas referências estão nas normas Vancouver.

### ABORDAGEM DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O CÂNCER BUCAL

#### RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar a atuação dos cirurgiões-dentistas da rede pública de saúde acerca do câncer bucal. Trata-se de um estudo transversal no qual foram entrevistados 217 dentistas. A coleta de dados foi realizada através de um questionário estruturado enviado via e-mail, pelo Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Norte. Um terço dos profissionais relataram ser capazes de realizar biópsias e citologia esfoliativa, mas apenas 15,2% das Unidades de Saúde possuíam condições materiais para fazê-la. Cerca de 85% dos cirurgiões-dentistas possuíam o conhecimento básico sobre o câncer bucal, e 66,8% realizavam ações educativas-preventivas. Embora a maioria dos cirurgiões dentistas tivessem conhecimento adequado para realizar o diagnóstico bucal, a maioria não eram capazes de realizar procedimentos cirúrgicos com finalidade diagnóstica. A realização desse exame na atenção primária é perfeitamente possível por necessitar de baixa complexidade de equipamentos, e sua eficácia no diagnóstico permite a detecção precoce e início do tratamento em estágios iniciais da doença, podendo reduzir as taxas de mortalidade por câncer bucal.

**Palavras Chave:** Câncer Bucal, Atenção Primária em Saúde, Cirurgião-Dentista.

## ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the performance of dental surgeons in the public health system regarding oral cancer. This is a cross-sectional study in which 217 dentists were interviewed. Data collection was performed through a structured questionnaire sent by e-mail, by the Regional Council of Dentistry of Rio Grande do Norte. One-third of the professionals reported being able to perform biopsies and exfoliative cytology, but only 15.2% of the Health Units had the material conditions to do so. About 85% of dental surgeons had basic knowledge about oral cancer, and 66.8% carried out educational-preventive actions. Although most dental surgeons had adequate knowledge to perform the oral diagnosis, most were not able to perform surgical procedures for diagnostic purposes. Performing this examination in primary care is perfectly possible because it requires a low complexity of equipment and its efficacy in the diagnosis allows the early detection and initiation of the treatment in the early stages of the disease and can reduce the mortality rates due to oral cancer.

**Keywords:** Oral Cancer, Primary Health Care, Dentists.

## INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas já ocupam o segundo lugar em causa de mortalidade no Brasil<sup>1</sup>; dentre elas, o câncer bucal representado pelas neoplasias localizadas na língua, gengiva, lábios, mucosa jugal, assoalho bucal e palato duro<sup>2</sup>. Diversos fatores de risco estão associados ao desenvolvimento do câncer bucal, contudo, o tabagismo, álcool e exposição solar estão reconhecidamente relacionados<sup>3,4</sup>.

A incidência estimada anual de câncer bucal é de 324.398 casos no mundo, sendo estimado um aumento para 363.626 casos para o ano de 2020<sup>5</sup>. O Instituto Nacional de Câncer registrou 3688 mortes por câncer bucal no Brasil em 2017 e estimou que em 2018, surgissem 14.700 novos casos, sendo 90% do tipo carcinoma epidermóide<sup>6</sup>. Tal dado é muito preocupante pois, o carcinoma epidermóide bucal exibe elevadas taxas de mortalidade, mesmo com o avanço terapêutico<sup>2</sup>.

O câncer bucal é o quinto mais frequente em homens e o nono mais frequente em mulheres na Região Nordeste<sup>6</sup>. A incidência de neoplasias malignas da cavidade bucal difere bastante entre as regiões do Brasil, isto pode ser associado as diferenças na exposição aos

fatores de risco como: exposição solar, consumo de tabaco e álcool e dieta, além da herança genética<sup>7,8</sup>.

Apesar de não apresentar uma incidência tão expressiva como o câncer próstata e de mama no estado do Rio Grande do Norte, estimado em 230 novos casos em 2018, verificou-se uma alta mortalidade dos casos diagnosticados de câncer bucal, o que pode sugerir um diagnóstico feito tardiamente, visto que o diagnóstico precoce está diretamente ligado a resposta ao tratamento e sobrevida do indivíduo<sup>6-8</sup>.

Assim, a eleição do enfrentamento do câncer bucal é uma prioridade para a saúde pública brasileira e, por consequência do estado Rio Grande do Norte (RN), o qual apresenta a 2<sup>a</sup> maior incidência de câncer bucal em mulheres e a 14<sup>a</sup> em homens, dentre os estados brasileiros<sup>3</sup>. Sabendo que o cirurgião-dentista é o profissional capacitado para atuar nas enfermidades da região orofacial, sua presença na Estratégia Saúde da Família se faz necessária para a realização de medidas preventivas e de diagnóstico e não meramente curativas, de forma a possibilitar o diagnóstico precoce e redução da mortalidade relacionada ao câncer<sup>3, 2</sup>. Embora a inserção desse profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF) tenha crescido bastante com a Política Nacional de Saúde Bucal, estudos ainda apontam que o diagnóstico é feito tardiamente<sup>3,9-11</sup>. Isso contribui diretamente para o prognóstico do paciente, de forma que as neoplasias malignas ocupam a segunda causa de mortalidade no Rio Grande do Norte, sendo o câncer bucal como o oitavo mais letal<sup>1</sup>.

Reconhecendo a importância desse profissional e a situação do câncer bucal, este trabalho buscou verificar como o cirurgião-dentista aborda o tema na atenção primária, analisando seu grau de conhecimento e autoconfiança sobre o tema, a oferta de capacitações pelos serviços de saúde que os profissionais estão inseridos e quais ações são realizadas na atenção primária visando o diagnóstico e tratamento em estágios iniciais da doença.

## **MÉTODOS**

É um estudo de abordagem quantitativa realizado com os cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, o qual possui 997 dentistas cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), no momento da coleta dos dados. O instrumento de coleta de dados foi um questionário

estruturado composto por 26 perguntas, adaptado dos instrumentos utilizados nos estudos de DIB<sup>12</sup> e VASCONCELOS<sup>13</sup>, testados e aplicados (reprodutibilidade/confiabilidade), inserido na plataforma Google Formulário, cujo *link* foi enviado via e-mail aos profissionais, por meio do Conselho Regional de Odontologia (CRO-RN) e anexo o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Para obtenção do maior número de devolutivas, foram realizados quatro envios com intervalo de uma semana entre cada envio. Ao final da coleta, obtivemos um retorno de 217 questionários.

Para tabulação e análise dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel e o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 22.0, respectivamente. A análise destes dados foi feita com base na estatística descritiva, frequência simples, absoluta e porcentagem. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – UFRN, sob o parecer número 2.932.957, e foi realizado seguindo os princípios da ética e bioética, estabelecidos pela resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

A partir das respostas obtidas, montamos o perfil dos cirurgiões-dentistas. Desses, 64,1% eram do sexo feminino, 73,7% graduados em instituições públicas e 68,3% tinham até 5 anos de formado. Isso mostra que uma grande parcela é composta por profissionais jovens que possuem somente graduação (51,6%) ou especialização (41%), com mestrado somente 6,9%, e apenas 0,5% possuem doutorado. A pós-graduações mais citadas foram, Ortodontistas (25,7%), Protesistas (17,1%), Endodontistas (10,5%) e 32,4% outras especialidades (Saúde coletiva, Radiologia ou Farmacologia). Boa parte dos cirurgiões-dentistas também atuavam em outro serviço de saúde, sendo, 35,94% no setor privado, 4,14% nos centros de especialidades odontológicas e 0,92% em hospitais públicos.

A tabela 1 mostra a participação dos dentistas em cursos de capacitação sobre o câncer bucal. Dos profissionais que relataram ter participado de algum curso conforma a tabela 1, 59,1% ocorreram no período entre 1 e 4 anos, e 19,1% há 5 anos ou mais. A tabela 2 mostra o interesse dos dentistas na oferta de cursos pelos serviços de saúde que atuam. Dos que afirmaram a oferta de capacitações pela secretaria de saúde, 58,3% ocorreram no período de 1 a 4 anos, 25% há menos de 1 ano e 16,7% há 5 anos ou mais.

Tabela 1. Participação em cursos de capacitação sobre o tema. Rio Grande do Norte -Brasil, 2019.

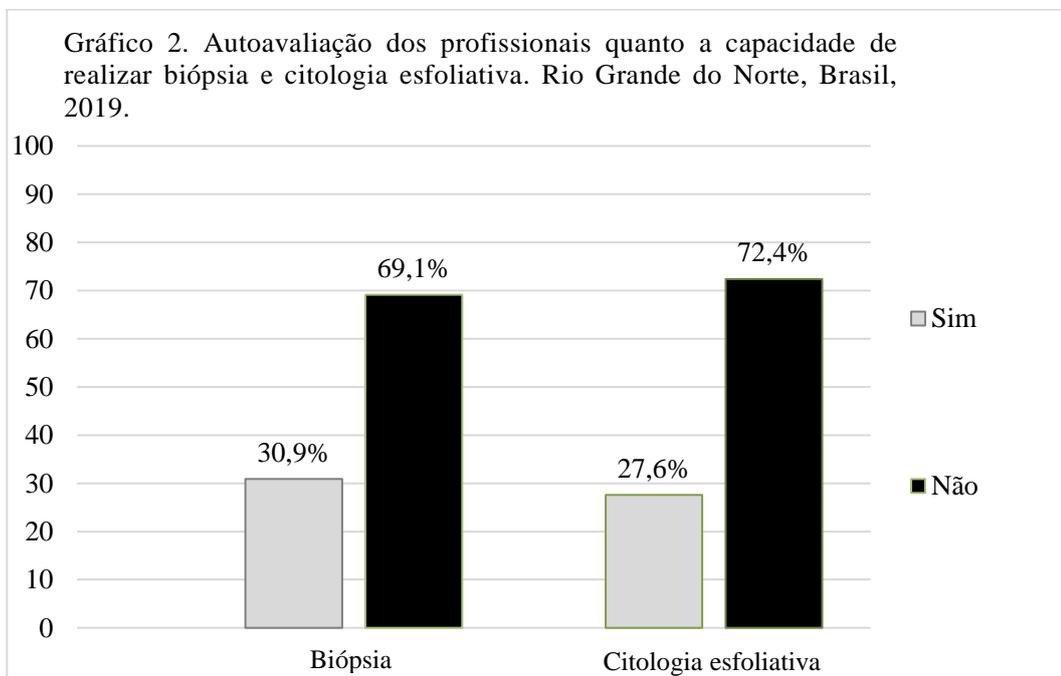
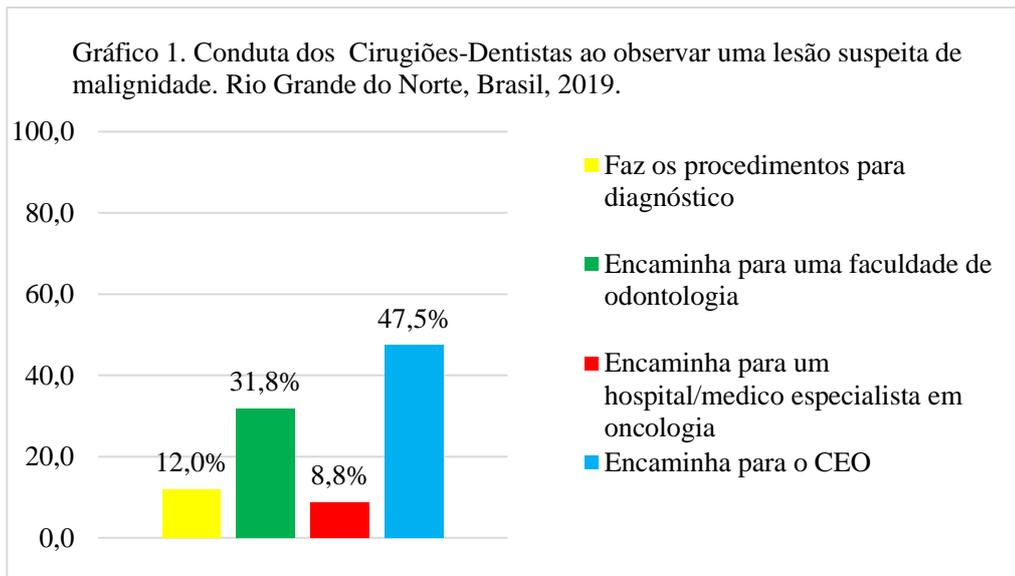
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
Sim	110	50,7	50,7
Não	107	49,3	100,0
TOTAL	217	100,0	

Tabela 2. Interesse na oferta de cursos sobre câncer bucal pela secretaria de saúde. Rio Grande do Norte -Brasil, 2019.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
Sim	207	95,4	95,7
Não	2	0,9	96,3
Já disponibiliza	8	3,7	100
TOTAL	217	100,0	

Em relação as medidas preventivas relacionada aos fatores de risco ao câncer bucal, 65,9% questionam rotineiramente o paciente sobre o consumo de álcool e fumo, e ao tomar conhecimento sobre o uso, orientam quanto aos riscos para a saúde bucal, especialmente ao câncer. Além disso 66,8% afirmaram realizar atividades de caráter educativo-preventivo sobre o tema, na forma de palestras na unidade de saúde e em grupos de fumantes, hipertensos, idosos e gestantes. Entretanto, observamos que tais atividades são pontuais e não tem características de continuidade, visto que, 72,4% não estavam desenvolvendo nenhuma dessas atividades no período de coleta dos dados, e ainda 33,2% afirmaram não realizar atividades educativas/preventivas voltadas para o câncer bucal.

O gráfico 1 apresenta a conduta tomada pelos profissionais ao observar uma lesão suspeita. O gráfico 2 mostra sua autoavaliação em relação a capacidade de realizar os procedimentos de diagnósticos definitivo. Foi relatado pelos profissionais que a grande maioria das unidades de saúde não possuem condições materiais para realizar procedimentos de biópsias (84,8%) e citologias esfoliativas (88,9%).



Ao serem questionados sobre o conhecimento frente o tema, 60,4% consideram ótimo ou bom, e 54,8% dos entrevistados se dizem confiantes para diagnosticar lesões bucais. 91,2% dos dentistas afirmaram realizar exame da cavidade bucal em busca de alterações nos tecidos

na primeira consulta, porém 37,3% realizam esse exame ocasionalmente/raramente ou nunca. Isso sugere que nem todos os pacientes atendidos são avaliados, podendo então passar despercebido lesões bucais em estágios iniciais e sendo só observadas futuramente quando houver aparecimento sintomático.

A maioria dos cirurgiões-dentistas acertaram as questões referentes ao conhecimento, que foram sobre a lesão mais comumente associada ao câncer bucal (90,8%), tipo de câncer mais prevalente (82,5%), região anatômica mais acometida (67,3%) e características observadas na palpação dos linfonodos em metástases cervicais (63,1%).

## DISCUSSÕES

O cirurgião-dentista inserido na atenção primária no estado do Rio Grande do Norte possui o conhecimento básico sobre o câncer bucal, contudo, um terço ainda não realiza ações voltadas para a prevenção da doença, o que pode contribuir para o agravamento da situação do câncer bucal no estado. As secretarias de saúde não oferecem cursos de atualização para a grande maioria dos profissionais, assim, as fragilidades que os profissionais possuem ao saírem da graduação e entrarem no serviço não são sanadas, o que reflete na sua atuação e na qualidade dos serviços prestados à população.

Percebemos que praticamente metade dos profissionais nunca tiveram capacitação sobre câncer bucal e na grande maioria das vezes não houve essa oferta pelo serviço como forma de educação permanente. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída pela portaria N°198/GM em 13 de fevereiro de 2004<sup>14</sup>, e traz como uma de suas funções:

Art. 1°...

**I - Identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção** (Grifo nosso) e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva.

Mais de uma década se passou da sua instituição e o que observamos são serviços de saúde municipais sem nenhum polo de educação permanente. Essa temática não é vista como

prioridade e/ou necessária pela grande maioria dos serviços, seja por uma gestão desqualificada, falta de conhecimento/interesse ou falta de recursos. Diversos estudos mostraram a necessidade da implantação de uma política constante de educação permanente com treinamento e capacitações para profissionais do serviço<sup>15-22</sup>. Porém, hoje, ou os profissionais buscam por meios próprios cursos de atualizações para diminuir suas deficiências ou continuam nessa situação, a qual gera prejuízos na qualidade do atendimento e para os usuários do sistema.

Frente a atuação sobre a prevenção e promoção relacionado ao câncer bucal, as equipes de saúde bucal devem fugir do modelo vertical de transmissão do conhecimento, considerando os conhecimentos prévios dos pacientes com relação ao tema, estimulando o autocuidado e adoção de comportamentos saudáveis<sup>30</sup>. Para isso, também se faz necessário que as atividades sejam realidades de forma contínua, seja na sala de espera, visita domiciliar, grupos na unidade entre outros, orientando quanto aos fatores de risco e buscando sua mudança. Destaca-se nesse ponto, a atuação do agente comunitário de saúde, na criação de vínculos com os indivíduos e a comunidade, de forma a colaborar com a identificação de categorias de risco (tabagistas e alcoolistas) e com as ações de prevenção e promoção da saúde bucal. Ademais, a participação de todos os profissionais da ESF é importante e necessária por permitir o cuidado integrado do usuário e potencializar a abordagem sobre o câncer bucal<sup>3,23,24</sup>.

Sobre a realização do exame bucal na busca de lesões, mais de 37% ainda não realizavam diariamente esse procedimento, sugerindo que nem todos os pacientes atendidos são avaliados, podendo então passar despercebido lesões orais em estágios iniciais e sendo só observadas futuramente quando houver aparecimento sintomático. A grande maioria dos dentistas, ao se depararem com uma lesão suspeita, encaminham os pacientes para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou faculdades de Odontologia, conforme observamos no gráfico 1. Tal característica deve ser ressaltada devido a distribuição geográfica dos CEOs e das faculdades de Odontologia no estado. Hoje, existem 29 CEOs no Rio Grande do Norte e duas universidades públicas de odontologia, contudo sua distribuição irregular dificulta o acesso a esse serviço, podendo ser uma barreira contra o tempo na realização de um diagnóstico precoce e início do tratamento. Silva et al.<sup>25</sup>, avaliaram a cobertura da atenção secundária em saúde bucal no estado e observou que a distribuição desigual permitiu um percentual de cobertura municipal de apenas 12,6%, com variação de 8% a 80% de cobertura entre as regiões de saúde.

A falta de capacidade desses profissionais para realizar o procedimento (Gráfico 2), assim como a falta de condições de materiais e insumos na unidade de saúde para realização de exames de diagnóstico relatado pelos dentistas, podem ser responsáveis pela opção de encaminhar os pacientes para CEOs/faculdade. Cabe questionar que os materiais para a realização de biopsias e citologias esfoliativas são de baixo custo e existem nas unidades de saúde, pois são usados para outros procedimentos, por exemplo, exodontias. O que possivelmente não deva existir é o formol para fixação do tecido biopsiado, inviabilizando a realização do procedimento em questão. A preferência pelo encaminhamento é outra possível explicação também observada por Noro et al.<sup>26</sup>.

Podemos considerar que os cirurgiões-dentistas possuem o conhecimento básico sobre o tema visto que a maioria dos participantes acertaram as questões da parte referente ao conhecimento sobre o tema. Isso sugere a qualidade do ensino público em relação ao conhecimento teórico desses profissionais, visto que mais de 70% dos entrevistados eram egressos de instituições públicas. Esses resultados se mostraram contrários a estudos semelhantes, o qual observaram que 40% não souberam o tipo histológico mais comum e 70% não sabiam a localização mais frequente do tumor<sup>18</sup>, ainda 41,8% erraram o tipo mais comum e 67,3% a localização mais comum<sup>19</sup>, e concluíram como insuficiente o conhecimento dos profissionais sobre o tema<sup>20</sup>.

Entretanto, por mais que tenham ou considerem ter um bom conhecimento teórico, os profissionais em grande maioria, conforme observamos no gráfico 2, não se sentem capazes de realizar procedimento para o diagnóstico definitivo das lesões, o que torna necessário cursos práticos de procedimentos básicos para o diagnóstico e demonstra uma fragilidade nos cursos de graduação das universidades. Essa falta de capacidade de realizar biópsias, além da falta de condições para realizar o procedimento, associado a uma rede de atenção secundária deficiente ou mal distribuída, levam ao atraso no diagnóstico, comprometendo o tratamento e possibilidade de cura<sup>27</sup>.

Segundo Gómez et al.<sup>11</sup>, o atraso no diagnóstico estaria associado frequentemente as seguintes situações: Primeiro, atraso do paciente na percepção do primeiro sinal ou alguma alteração na cavidade bucal; segundo, o tempo que demora para agendar a consulta com o profissional e terceiro, a demora na realização da biópsia para diagnóstico definitivo. Cabe destacar que cerca de 30% dos pacientes negligenciam a ida ao profissional mesmo após a autodescoberta das lesões<sup>28</sup>.

Diante dessa realidade poderia-se atuar em três pontos; primeiramente através de medidas preventivas de educação em saúde sobre fatores de risco e mudança de hábitos, conscientizando os usuários do serviço na corresponsabilidade com a sua saúde e autocuidado. Nesse momento a atuação conjunta com o agente comunitário de saúde deve ser fortalecida, capacitando-os para atuarem, durante as visitas domiciliares, como agentes na busca ativa por alterações, sinais ou qualquer situação suspeita e ainda garantindo o acesso aberto a esses casos ao cirurgião-dentista, atuando dessa forma no segundo ponto que dificulta o diagnóstico precoce<sup>29-31</sup>.

Para o terceiro ponto, a estruturação das unidades básicas de saúde para que as biópsias sejam realizadas pelo cirurgião-dentista da atenção primária, diminuindo o tempo que o paciente demora para conseguir o acesso ao exame nos centros de especialidades odontológicas e assim, garantindo um diagnóstico definitivo precocemente e início do tratamento, evitando muitas vezes caminhos desnecessários que o paciente percorre pela rede, na tentativa de realizar o exame histopatológico, principalmente nas cidades que não há oferta de atenção secundária em saúde bucal<sup>26</sup>. Para tanto, haja vista a falta de capacidade dos profissionais em realizar tal procedimento (Gráfico 2), faz-se necessário ofertar cursos de atualização com abordagem prática do exame.

Implementando essas ações, é possível que o cenário do câncer bucal no Rio Grande do Norte seja alterado, e que os casos passem em sua maioria a ser diagnosticados e tratados precocemente, menos mutilação e conseqüentemente melhoria na qualidade de vida<sup>3,16</sup>.

## CONCLUSÃO

O cirurgião-dentista inserido na atenção primária no estado do Rio Grande do Norte possui o conhecimento básico sobre o câncer bucal, se consideram capazes de realizar o diagnóstico de lesões bucais e realizam ações voltadas para prevenção e diagnóstico precoce, contudo, algumas fragilidades foram encontradas.

- Um terço desses profissionais ainda não realizam ações voltadas para a prevenção da doença, o que pode contribuir para o agravamento da situação do câncer bucal no estado.
- A maioria não se sente capaz de realizar biópsias e citologias esfoliativas na unidade de saúde.

- É necessário que haja investimentos em capacitações voltadas para a prática de realização de biópsias e citologias esfoliativas para os dentistas da atenção primária.

Em relação a educação permanente, as secretarias municipais de saúde não oferecem cursos de atualização para a grande maioria dos profissionais, assim, as fragilidades que os profissionais possuem ao saírem da graduação e entrarem no serviço não são sanadas, o que reflete na sua atuação e na qualidade dos serviços prestados à população.

Por fim, a realização de biópsias e citologias esfoliativas na atenção primária é perfeitamente possível por necessitar de baixa complexidade de equipamentos, e sua eficácia no diagnóstico permite a detecção precoce e início do tratamento em estágios iniciais da doença, podendo reduzir as taxas de mortalidade por câncer bucal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre Mortalidade [acessado 2018 mar 12]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
2. Brasil. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *ABC do Câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer*. 4ª ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, RJ. 2018.
3. Torres-Pereira CC, Angelin-Dias A, Melo NS, Lemos Jr. CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer de boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad Saúde Pública* 2012;28(Suppl):s30–s39.
4. Vasconcelos RM, Trindade JSO, Almeida ICP, Silva RJC, Morais MLSA. Perfil clínico-epidemiológico de câncer de boca em idosos. *Rev Gestão & Saúde* [periódicos na internet]. 2013 Mar [acessado 2017 fev 15];1984–91. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22970>
5. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68(6):394–424.

6. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
7. Carvalho MB, Lenzi J, Lehn CN, Fava AS, Amar A, Kanda JL, Walder MB, Menezes AS, Franzi MRM, Curioni OI, Szeliga RMS, Sobrinho JÁ, Rapoport A. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. *Rev Assoc Med Bras* 2001;47(3):208-214.
8. Breber S, Jeunon FA, Babosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: Uma revisão de literatura entre perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Rev Bras cancerol* 2007;53(1):63-9
9. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol* 2009;45(4–5):309–16.
10. Gómez I, Seoane J, Varela-Centelles P, Diz P, Takkouche B. Is diagnostic delay related to advanced-stage oral cancer? A meta-analysis. *Eur J Oral Sci* [serial on the Internet]. 2009 Out [acessado 2017 jan 14];117(5):541–6. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0722.2009.00672.x>
11. Gómez I, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles P, López-Jornet P, Suárez-Cunqueiro M, Diz-Dios P, Seoane J. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay?. *Oral Dis* [serial on the Internet]. 2010 Mai [acessado 2017 jan 14];16(4):333–42. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1601-0825.2009.01642.x>
12. Dib LL. Nível de conhecimento e de atitudes preventivas entre universitários do curso de odontologia em relação ao câncer bucal: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. *Acta Oncol Bras* 2004 Abr-Jun;24(2):628-643.
13. Vasconcelos EM. *Comportamento dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2006.
14. Brasil. Portaria N° 198/GM de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação

e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 13 Fev.

15. Alvarenga MGC, Couto MG, Ribeiro AO, Milagres RCM, Messoria MR, Kawata LT. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto ao câncer bucal. *RFO UPF* 2012 Abr [acessado 2018 jan 09]; 17(1):31-35. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-40122012000100006&lng=es](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122012000100006&lng=es).

16. Cunha AR, Bavaresco CS, Carrard VC, Lombardo EM. Atrasos nos Encaminhamentos de Pacientes com Suspeita de Câncer Bucal: Percepção dos Cirurgiões Dentistas na Atenção Primária à Saúde. *J Bras Tele* 2013;2(2):66-74.

17. Ribeiro RIMA, Chaves ALI, Soares JM. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. *Rev Bras Odontol* 2014 Jan-Jun [acessado 2018 set 21];71(1):42-7. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v71n1/a09v71n1.pdf>

18. Andrade SN, Muniz LV, Soares JMA, Chaves ALF, Ribeiro RIMA. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. *Rev Bras Odontol* 2014 Jan-Jun;71(1):42-47.

19. Falcão MML, Alves TDB, Freitas VS, Coelho TCB. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. *Rev Gaúcha de Odontol* 2010 Jan-Mar;58(1):27-33.

20. Hassona Y, Scully C, Shahin A, Maayta W, Sawair F. Factors Influencing Early Detection of Oral Cancer by Primary Health-Care Professionals. *J Canc Educ* 2016;31:285. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0823-2>

21. Seoane J, Varela-Centelles P, Tomás I, Seionare-romero J, Diz P, Takkouche B. Continuing education in oral cancer prevention for dentists in Spain. *J. Dent. Educ* 2012 set;76(9):1234-40, set. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22942420>

22. Saleh A, Kong YHH, Vengu N, Badrudeen H, Zain Rb, Cheong SC. Dentists' perception of the role they play in early detection of oral cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15(1):229-237. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24528031>

23. Barros GIS. *Câncer de boca em um Município da Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro: Cuidado e Rede de Atenção a partir da Estratégia de Saúde da Família*[Dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense;2016.
24. Baykul T, Yilmaz HH, Aydin U, Aksoy M, Yildirim D. Ealy diagnosis of oral cancer. *J Int Med Res* 2010 May-Jun;38(3):737-749.
25. Silva AP, Dutra LC, Martins YVM, Araújo HSP, Seabra EJJ. Cobertura da atenção secundária no Rio Grande do Norte (RN). *Rev Abeno* 2015;15(2):65-73.
26. Noro LRA, Landim JR, Martins MCA, Lima YCP. O desafio da abordagem do câncer de boca na atenção primária em saúde. *Ciênc. Saúde coletiva* [periódico na Internet] 2017 May;22(5):1579-1587. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002501579&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501579&lng=en&nrm=iso)
27. Sousa FB, Silva MRF, Fernandes CP, Silva PGB, Alves APNN. Oral cancer from a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará. *Braz. oral res* [serial on the Internet] 2014 [acessado 2018 dez 2];28 (no.spe):1-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180683242014000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180683242014000200006&lng=en&nrm=iso)
28. Scott S, Mcgurk M, Grunfeld E. Patient delay for potentially malignant oral symptoms. *Eur J Oral Sci* 2008;116:141–147.
29. Vidal AKL, Silveira RCJ, Soares EA, Cabral AC, Caldas Júnior AF, Souza EHA, Lopes RM. Prevenção e diagnóstico precoce do Câncer de boca: uma medida simples e eficaz. *Clin Cientif* 2003;2(2):109-114.
30. Ribeiro MTF, Ferreira RC, Vargas AMD, Ferreira EF. Validity and reproducibility of the revised oral assessment guide applied by community health workers. *Gerodontology* 2014; 31: 101–110.
31. Sousa JG. *A capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a busca ativa das pessoas com alterações da normalidade nas mucosas da boca: contribuição para o diagnóstico das neoplasias orofaciais* [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o enfrentamento do câncer bucal, as intervenções educativas voltadas para a prevenção e o diagnóstico em estágios iniciais ajudam no prognóstico e na realização de tratamentos menos mutiladores, permitindo uma melhor qualidade de vida para o paciente. Para tanto, é importante reconhecer o papel do Cirurgião-Dentista na realização do diagnóstico precoce e sua atuação frente a prevenção e promoção da saúde na atenção primária.

Este estudo demonstra como o cirurgião-dentista da atenção primária do RN atua frente ao câncer bucal. Foi observado que os profissionais da ESF possuem o conhecimento básico sobre o tema, contudo possuem necessidades por capacitações práticas em biópsias e citologia esfoliativa, além de falta de condições materiais das unidades de saúde para a realização dos procedimentos de diagnóstico.

Espera-se que os resultados desse estudo contribuam no fortalecimento das Políticas Públicas de Saúde, e possibilitem subsidiar o planejamento de ações mais efetivas, voltadas para o diagnóstico precoce e o tratamento nos estágios iniciais da doença, de forma a diminuir a elevada taxa de mortalidade por câncer bucal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, S. N. *et al.* **Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde.** Revista Brasileira de Odontologia, v. 71, n. 1, p. 42–47, jan./jun. 2014.

ALVARENGA, M.G.C. *et.al.* **Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto ao câncer bucal.** RFO UPF. Passo Fundo (MG). v.17 n.1 jan./abr., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer-INCA. **ABC DO CÂNCER: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer.** 4ª ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, RJ. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer-INCA. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de informações sobre Mortalidade.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 3 jun. 2018.

BRAY, F.; FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I. *et al.* **Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.** CA Cancer J Clin. 68(6):394–424, 2018.

CARLI, M. L. *et al.* **Características Clínicas, Epidemiológicas e Microscópicas do Câncer Bucal Diagnosticado na Universidade Federal de Alfenas.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 55, n. 3, p. 205–211, 2009.

CASOTTI, E.; *et. al.* **Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB.** Saúde Debate. Rio de janeiro, v. 38, n. esp., p. 140-157, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe>>

0140.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

CLÍNICO, P. *et al.* **Perfil clínico-epidemiológico de câncer de boca em idosos.** p. 1984–1991, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Brasil é o país com o maior número de dentistas.** Brasília, DF. Disponível em: <<http://cfo.org.br/sem-categoria/brasil-e-o-pais-com-o-maior-numero-de-dentistas/>>. Acesso em: 3 abr. 2017.

CONWAY, D. I. *et al.* **Oral Cancer: Prevention and Detection in Primary Dental Healthcare.** Primary Dental Care. v.9, n. 4, p. 119-123, 2002.

CUNHA A. R. *et al.* **Atrasos nos Encaminhamentos de Pacientes com Suspeita de Câncer Bucal: Percepção dos Cirurgiões Dentistas na Atenção Primária à Saúde.** J Bras Tele. v. 2, n. 2, p. 66-74, 2013.

DIB, L. L. **Nível de conhecimento e de atitudes preventivas entre universitários do curso de odontologia em relação ao câncer bucal: desenvolvimento de um instrumento de avaliação.** Acta Oncol Bras, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 628-643, abr/jun 2004.

FALCÃO, M. M. L. *et al.* **Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal.** Revista Gaúcha de Odontologia, Porto Alegre, v. 58, n. 1, p. 27-33, jan./mar., 2010.

GÓMEZ, I. *et al.* **Is diagnostic delay related to advanced-stage oral cancer? A meta-analysis.** European Journal of Oral Sciences, v. 117, n. 5, p. 541–546, out. 2009.

GÓMEZ, I. *et al.* **Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay?.** Oral Diseases, v. 16, n. 4, p. 333–342, maio 2010.

HASSONA, Y., SCULLY, C., SHAHIN, A. *et al.* **Factors Influencing Early Detection of Oral Cancer by Primary Health-Care Professionals.** J Canc Educ, 31: 285, 2016. <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0823-2>.

NORO, L. R. A. *et al.* **The challenge of the approach to oral cancer in primary health care.** Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1579-1587, May 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002501579&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501579&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 set. 2018.

RIBEIRO, R.I.M.A; CHAVES A.L.I; SOARES J.M. **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. 42-7, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v71n1/a09v71n1.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2018.

SANTOS, L. C. O; BATISTA, O. M.; CANGUSSU, M. C. T. **Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas.** Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.), São Paulo, v. 76, n. 4, p. 416-422, Ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-86942010000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Dez. 2018.

SCOTT S.; MCGURK M.; GRUNFELD E. **Patient delay for potentially malignant oral symptoms.** Eur J Oral Sci, 116: 141–147, 2008.

SOUSA, F.B. *et al.* **Câncer bucal na perspectiva da promoção da saúde: experiência de uma rede de diagnóstico no Ceará.** Braz. res oral. São Paulo, v. 28, n. spe, p. 1-8, 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-83242014000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242014000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 de dez. 2018.

SOUZA, J. G. S.; SÁ, M. A. B. DE; POPOFF, D. A. V. **Comportamentos e conhecimentos de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde quanto ao câncer bucal.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, n. 2, p. 170–177, 2016.

TORRES-PEREIRA, C. C. *et al.* **Abordagem do câncer de boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde.** Cad. Saúde Pública, v. 28 Sup:, p. S30–S39, 2012.

VASCONCELOS, E. M. **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. 102f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da USP, 2006

WARNAKULASURIYA, S. **Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer.** Oral Oncology, v. 45, n. 4–5, p. 309–316, 2009.

**APÊNDICE A – Questionário****PARTE 1**

---

1. Sexo?

Masculino                       Feminino

2. Instituição de origem?

Pública                       Privada

3. Tempo de graduado?

até 2 anos    2 a 5 anos                       6 a 10 anos

10 a 20 anos       Mais de 20 anos

4. Nível de formação?

Graduação                       Especialização                       Mestrado

Doutorado

Se fez alguma Pós Graduação, qual a sua especialidade?

Dentística       Ortodontia                       Odontopediatria                       Patologia

Endodontia       Farmacologia       Cirurgia                       Prótese

Estomatologia       Periodontia                       Outra

5. Você trabalha em qual setor? \* Possibilidade de marcar mais de uma opção.

Estratégia saúde da família

Centro de especialidades odontológicas

Hospital público

Setor privado

**PARTE 2**

---

1. Já participou de alguma capacitação sobre câncer bucal?

a) Sim

b) Não.

Se sim, há quanto tempo?

Menos de 12 meses                       1 a 4 anos                       5 anos ou mais

2. A secretaria municipal de saúde já ofereceu alguma capacitação sobre câncer bucal?

a) Não.

b) Sim, mas não quis participar.

c) Sim, e participei por interesse no assunto.

d) Sim, e participei por ser obrigatório.

Se sim, há quanto tempo?

( ) Menos de 12 meses                      ( ) 1 a 4 anos                      ( ) 5 anos ou mais

3. Você gostaria que o serviço em que atua disponibilizasse cursos de atualização sobre câncer bucal?
- a) Sim
  - b) Não
  - c) Já disponibiliza

### **PARTE 3**

---

1. A sua Unidade Básica de Saúde lhe oferece condições para você realizar uma biópsia?
  - a) Sim.
  - b) Não.
2. A sua Unidade Básica de Saúde lhe oferece condições para você realizar uma citologia esfoliativa?
  - a) Sim.
  - b) Não.
3. Você realiza exame da cavidade oral na primeira consulta em busca de lesões?
  - a) Sim
  - b) Não
4. Com que frequência você realiza o exame dos tecidos moles da cavidade bucal do seu paciente nas consultas iniciais?
  - a) Sempre
  - b) Ocasionalmente
  - c) Raramente
  - d) Nunca
5. Qual a sua conduta ao observar uma lesão suspeita?
  - a) Faço os procedimentos para o diagnóstico
  - b) Encaminho a um médico
  - c) Encaminho a uma faculdade de odontologia
  - d) Encaminho a um hospital especializado em oncologia
  - e) Encaminho ao Centro de Especialidades Odontológicas
6. Durante a anamnese você pergunta aos pacientes se eles fumam ou bebem?
  - a) Rotineiramente

- b) Algumas vezes
  - c) Raramente
  - d) Nunca
7. Ao tomar conhecimento que seu paciente fuma ou bebe qual a sua conduta?
- a) Nenhuma, pois cada um tem o livre arbítrio
  - b) Orienta o paciente sobre os riscos para a saúde bucal
  - c) Encaminha para o local apropriado
  - d) Outras
8. Existe atualmente alguma atividade sendo realizada na unidade de saúde que tenha como objetivo a prevenção do câncer bucal?
- a) Sim
  - b) Não
9. Você realiza atividades de caráter educativo-preventivo sobre o câncer bucal?
- a) Sim
  - b) Não

Se sim, qual a forma de abordagem das atividades educativas/preventivas?

- a) Palestras na unidade de saúde/escola
- b) Grupos de fumantes, hipertensos, idosos e gestantes
- c) Atividades lúdicas
- d) Realizo essas atividades, mas não abordo o tema câncer bucal

#### **PARTE 4**

---

1. Como você classifica o seu nível de conhecimento sobre câncer bucal?
- a) Ótimo
  - b) Bom
  - c) Regular
  - d) Ruim
2. Você se sente confiante para realizar diagnósticos de lesões bucais?
- a) Sim
  - b) Não
3. Você se sente preparado para realizar uma citologia esfoliativa?
- a) Sim.
  - b) Não.
4. Você se sente capacitado para realizar uma biópsia?

- a) Sim.
  - b) Não.
5. Das seguintes condições, qual a mais comumente associada com o câncer bucal?
- a) Leucoplasia
  - b) Pênfigo Vulgar
  - c) Estomatite
  - d) Candidíase
  - e) Língua Geográfica
  - f) Não sei
6. Qual o tipo de câncer mais presente na boca?
- a) Linfoma
  - b) Carcinoma espinocelular
  - c) Sarcoma de kaposi
  - d) Ameloblastoma
  - e) Adenocarcinoma de glândula salivar
  - f) Não sei
7. Qual a região anatômica da boca mais acometida pelo câncer bucal?
- a) Língua
  - b) Soalho de boca
  - c) Gengiva
  - d) Palato
  - e) Mucosa jugal
  - f) Não sei.
8. O linfonodo mais característico em metástases cervicais em câncer bucal, quando palpado apresenta-se?
- a) Duro, dolorido, com mobilidade
  - b) Duro, sem dor, com mobilidade ou não
  - c) Mole, dolorido, com mobilidade
  - d) Mole, sem dor, com mobilidade ou não
  - e) Não sei

## APÊNDICE B - TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos.

Este é um convite para você participar da pesquisa: **Câncer bucal: análise da abordagem dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Norte**, que tem como pesquisador responsável Clébio Jarlison Rego de Freitas.

Esta pesquisa pretende verificar a abordagem do cirurgião-dentista (CD) sobre o câncer bucal na Estratégia Saúde da Família.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é a alta prevalência do câncer bucal somado a deficiência no diagnóstico precoce realizado pelos dentistas. Desta forma, o enfrentamento do câncer bucal deve ser considerado uma prioridade para a saúde pública brasileira e do estado, e sabendo que a atenção básica parte do princípio da educação e prevenção em saúde, se faz necessário estudar como o cirurgião-dentista trabalha o tema na atenção básica e se o profissional tem a oportunidade de participar de cursos de atualização e capacitação.

Caso você concorde com os termos e decida participar, você deverá clicar no **link** que aparece no corpo do e-mail e responder o questionário composto por 26 questões de múltipla escolha, a qual pretende obter informações sobre o seu conhecimento e atuação frente ao tema câncer bucal. O senhor gastará no máximo 10 minutos para responder o questionário.

Durante a o preenchimento do questionário não haverá qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

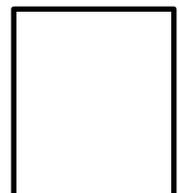
Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas com o pesquisador responsável através do e-mail: [jarlisonodonto@gmail.com](mailto:jarlisonodonto@gmail.com)

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

\_\_\_\_\_  
Rubrica do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Rubrica do Participante



Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: 3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Nata/RN, e-mail: [cep\\_huol@yahoo.com.br](mailto:cep_huol@yahoo.com.br).

Este documento foi enviado em anexo ao e-mail, de maneira que ao responder a pesquisa você concorda com os termos presente nesse documento.

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, fico ciente que ao responder o questionário, concordo em participar da pesquisa **Câncer bucal: análise da abordagem dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Norte**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

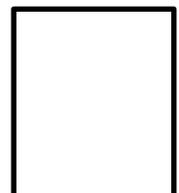
Assinatura do participante da pesquisa

---

Rubrica do Pesquisador Responsável

---

Rubrica do Participante



**Declaração do pesquisador responsável**

Como pesquisador responsável pelo estudo **Câncer bucal: análise da abordagem dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Norte**, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Clébio Jarlison Rego de Freitas

---

Rubrica do Pesquisador Responsável

---

Rubrica do Participante

