

ATRASOS NOS ENCAMINHAMENTOS DE PACIENTES COM SUSPEITA DE  
CÂNCER BUCAL: PERCEPÇÃO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Autora: Amanda Ramos da Cunha

Orientadora: Caren Serra Bavaresco

Co-orientador: Vinícius Coelho Carrard

Colaborador: Eduardo Madruga Lombardo

**Introdução:** O câncer bucal pode ser definido como um crescimento desordenado de células em pacientes suscetíveis, resultante do desequilíbrio entre divisão e apoptose celular<sup>1,2</sup>. O diagnóstico e tratamento precoces do câncer são essenciais para se alcançar um prognóstico favorável, já que o atraso comumente leva à necessidade da opção por modalidades de tratamento radicais ou mesmo à impossibilidade de realização de qualquer abordagem<sup>21</sup>. Apesar da importância do diagnóstico precoce estar bem documentada, mais da metade dos pacientes com câncer bucal iniciam o tratamento quando as lesões já atingiram estágios avançados<sup>24,25,26</sup>. Os fatores que levam ao atraso no diagnóstico ainda não estão claramente definidos<sup>21</sup>.

**Objetivos:** A Atenção Primária à Saúde (APS) é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e desempenha papel fundamental na prevenção, rastreamento, diagnóstico, encaminhamento e acompanhamento dos casos de câncer bucal. O objetivo do presente estudo é verificar, na opinião dos cirurgiões-dentistas atuantes em APS nos municípios do interior do estado do Rio Grande do Sul, através de questionário estruturado, quais as possíveis razões que justifiquem o atraso da chegada do paciente com câncer bucal aos setores de maior complexidade de atenção em saúde.

**Método:** O presente estudo teve como público alvo cirurgiões-dentistas atuantes em APS no interior do estado do Rio Grande do Sul, participantes da estratégia TelessaúdeRS. Foram utilizados como critérios de inclusão estar vinculado formalmente ao Projeto Telessaúde e estar atuando em Estratégia de Saúde da Família (ESF). Duzentos e setenta e seis dentistas encaixaram-se nestes critérios. O instrumento para coleta de dados foi um questionário estruturado, confeccionado pelos pesquisadores e hospedado na internet via software de questionários online SurveyMonkey®. O link para acesso ao questionário foi disponibilizado para os

participantes via correspondência eletrônica.

**Resultados:** Dos 276 convites enviados, obteve-se um retorno de 37 questionários respondidos (n=37), indicando uma taxa de resposta de 13,4%. Os principais resultados foram: 75,7% dos participantes compreende adequadamente as atribuições do cirurgião-dentista, relacionadas ao câncer bucal, em APS; 64,9% dos dentistas relata não haver Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para referência na sua Coordenadoria Regional de Saúde; 51% considera como possíveis causas do atraso no diagnóstico de câncer bucal a associação dos fatores falha do profissional, falha do paciente, falta de informação e falha da rede de saúde; em relação à autopercepção de aptidão para rastreamento e diagnóstico de câncer bucal, 78,4% respondeu que seriam importantes capacitações e 13,5% respondeu “meus conhecimentos não me dão segurança para isto.”

**Conclusões:** O presente estudo sugere como possíveis razões que justifiquem o atraso da chegada do paciente com câncer bucal aos setores de maior complexidade de atenção em saúde, sob a óptica dos cirurgiões-dentistas atuantes em APS no interior do estado do Rio Grande do Sul, a deficiência da rede de atenção, com notável carência de serviços especializados em odontologia (CEOs) e a necessidade de mais capacitações relacionadas à patologia. É válido ressaltar que o estudo não teve como objetivo investigar as razões do atraso inerentes ao paciente e sim relacionadas às etapas de responsabilidade do profissional/serviço. Os resultados apontam para uma compreensão elevada dos participantes acerca dos princípios e lógica de funcionamento da APS, das suas atribuições em APS relacionadas ao câncer bucal, do papel da APS na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e dos fluxos da RAS. Estudos que apresentam como meio de coleta questionários eletrônicos devem contar com estratégias que estimulem maior adesão dos potenciais participantes.

## INTRODUÇÃO

O câncer pode ser definido como um crescimento desordenado de células em pacientes suscetíveis, resultante do desequilíbrio entre divisão e apoptose celular<sup>1,2</sup>. O câncer de boca é uma doença de etiologia multifatorial<sup>3</sup>. Os principais fatores de risco associados ao seu desenvolvimento são: o consumo de tabaco isoladamente ou associado ao álcool e a exposição à radiação solar<sup>4,2,5,6,7,8,9,3,10</sup>. Uma parcela representativa da população acometida pelo câncer de boca apresenta um perfil específico: gênero masculino, tabagismo e etilismo crônico, idade variando entre a 4<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> décadas de vida, baixo *status* socioeconômico e residência em área rural<sup>11,12,13,14,7,15,16,17,9,18,3,19</sup>.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA)<sup>20</sup>, no ano de 2010, estimou-se uma incidência nacional de 10.330 casos de câncer da cavidade bucal em homens, correspondendo a uma taxa bruta de 10,64 casos a cada 100.000 habitantes. Em mulheres, se configuraram, segundo a mesma estimativa, 3.790 novos casos e uma taxa bruta de 3,76 casos a cada 100.000. De acordo com o mesmo órgão, o estado do Rio Grande do Sul apresentou taxa bruta de novos casos por 100.000 habitantes acima da média nacional, tanto para homens (14,25) quanto para mulheres (4,38). A estimativa de novos casos para homens e mulheres no Rio Grande do Sul foi de 800 e 250, respectivamente. Para a capital, Porto Alegre, as estimativas apontaram 110 novos casos em homens e 70 novos casos em mulheres, correspondendo a uma taxa bruta de 15,14 e 7,41 a cada 100.000 habitantes, respectivamente. Constata-se que a região Sul do país apresenta a 3<sup>a</sup> maior incidência comparada às demais regiões, sendo ultrapassada apenas pelas regiões Sudeste e Nordeste.

O diagnóstico e tratamento precoces do câncer são essenciais para se alcançar um prognóstico favorável, já que o atraso comumente leva à necessidade da opção por modalidades de tratamento radicais ou mesmo à impossibilidade de realização de qualquer abordagem<sup>21</sup>. A detecção do câncer e a consequente tomada de atitudes em estágios precoces acarreta diminuição na mortalidade, na morbidade e na mutilação decorrente da evolução da doença e do seu tratamento, bem como na redução de custos e aumento das taxas de sobrevivência<sup>22,23</sup>. Ao longo da última década, o câncer bucal tem apresentado uma taxa de sobrevida de 50% em 5 anos. Tal taxa aumenta para 90% nos casos em que as lesões são descobertas com tamanho menor que 2 cm. Essa constatação torna o estágio clínico um fator preditivo de prognóstico da doença.

Apesar da importância do diagnóstico precoce estar bem documentada, mais da metade dos pacientes com câncer bucal iniciam o tratamento quando as lesões já atingiram estágios avançados, situação em que a chance de sobrevivência em 5 anos cai para menos de 40%<sup>24,25,26</sup>. É presumível que, portanto, em pacientes com menor período de atraso no diagnóstico, um melhor prognóstico seja estimado<sup>27,28,29</sup>.

Os fatores que levam ao atraso no diagnóstico ainda não estão claramente definidos. Sabe-se que este pode ser gerado por questões inerentes aos profissionais ou aos pacientes. Sugere-se que a implementação de atividades de educação em saúde e a realização de exames clínicos periódicos incluindo a avaliação da mucosa bucal como procedimentos de rotina são algumas das medidas necessárias para reduzir o atraso no diagnóstico<sup>21</sup>. Com o intuito de facilitar o diagnóstico precoce, é importante que os fatores de risco sejam identificados e, quando possível, controlados<sup>25</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território<sup>30</sup>.

A APS é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Além das características já citadas, considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Tem como fundamento, entre outros, efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços<sup>30</sup>.

A coordenação do cuidado é um dos princípios da APS. Esse princípio pressupõe que o cirurgião-dentista atue nesse sistema no sentido de orientar usuários e

encaminhá-los a níveis de assistência de maior complexidade, quando necessário, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do usuário e o seguimento do tratamento<sup>30</sup>. A continuidade do fluxo se dá com avaliação especializada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), serviço este enquadrado no segundo nível de atenção da rede<sup>31</sup>.

A partir destas constatações, é dado que o atraso da chegada do paciente aos setores de saúde de maior complexidade pode ser gerado por questões inerentes aos profissionais ou aos pacientes<sup>21</sup>. Para tanto, o objetivo deste trabalho é esclarecer, a partir da percepção dos profissionais, as possíveis razões presentes na APS que justifiquem o atraso da chegada do paciente aos setores de atenção em saúde de maior complexidade.

## **OBJETIVOS**

Esclarecer, a partir da percepção dos cirurgiões-dentistas de APS, as possíveis razões que justifiquem o atraso da chegada do paciente com câncer bucal aos setores de maior complexidade de atenção em saúde.

### **Objetivos Específicos**

Verificar, na opinião dos cirurgiões-dentistas atuantes em APS nos municípios do interior do RS participantes do Projeto TelessaúdeRS, através de questionário estruturado, quais as possíveis razões que justifiquem o atraso da chegada do paciente com câncer bucal aos setores de maior complexidade de atenção em saúde.

Sugerir ações que incentivem o diagnóstico precoce do câncer bucal no âmbito da APS a partir do esclarecimento dos fatores que possam estar desfavorecendo essa realidade.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo quantitativo, baseado na coleta de dados por questionário eletrônico estruturado, enviado para cirurgiões-dentistas do interior do Estado do Rio Grande do Sul.

Este trabalho é parte de um projeto de pesquisa que, além das etapas e resultados descritos no presente artigo, abrange também uma análise qualitativa, de mesmo objetivo principal, que apresentou como método de coleta de dados um Grupo Focal, composto por cirurgiões-dentistas atuantes em APS na cidade de Porto Alegre/RS.

### **Participantes**

O presente estudo teve como público alvo cirurgiões-dentistas atuantes em APS no interior do estado do Rio Grande do Sul, participantes da estratégia TelessaúdeRS. Foram utilizados como critérios de inclusão estar vinculado formalmente ao Projeto Telessaúde e estar atuando em Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Todos os cirurgiões-dentistas com o perfil descrito nos critérios de inclusão supracitados foram convidados a participar do estudo, logo, não houve necessidade de cálculo de amostra. O e-mail dos participantes foi obtido através do banco de dados do Projeto Telessaúde.

### **Instrumentos**

O instrumento para coleta de dados do presente estudo foi um questionário estruturado, confeccionado pelos pesquisadores (ANEXO 1) e hospedado na internet via software de questionários online SurveyMonkey®. O link para acesso ao questionário foi disponibilizado para os participantes via correspondência eletrônica.

### **Coleta e Análise de Dados**

Foi enviada aos potenciais participantes uma correspondência eletrônica com esclarecimentos detalhados a respeito dos objetivos do projeto, bem como

informações relacionadas ao preenchimento do questionário. Ao final desse e-mail, constava o link eletrônico correspondente ao questionário (<http://www.surveymonkey.com/s/PQRJCWL>), que possuía questões objetivas de escolha simples e de múltipla escolha.

Após o término do prazo de recebimento dos questionários, os dados, armazenados no item “Análise de Resultados” do software de questionários online SurveyMonkey®, foram tabulados em uma planilha de Excel (Microsoft®) para serem apresentados através de suas frequências absolutas.

### **Aspectos Éticos**

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP-GHC) e aprovado pelo parecer de número 25711, de 09 de maio de 2012.

No acesso ao link eletrônico enviado por e-mail, previamente à visualização das perguntas, encontrava-se disponível o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO 2). Somente após visualização e resposta ao TCLE o profissional acessava o questionário. Os indivíduos tinham a liberdade de recusar-se a participar do estudo ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. As respostas ao questionário não apresentavam a possibilidade de identificação de autoria, logo, todos os questionários preenchidos são anônimos.

Os resultados do presente trabalho serão utilizados somente para esse estudo e ficarão armazenados durante 5 (cinco) anos. Após esse período, serão totalmente excluídos. Estes cuidados minimizam os riscos decorrentes da divulgação inadvertida das informações fornecidas pelos participantes.

Cabe ressaltar que a participação neste estudo não apresenta riscos aos participantes e possui como benefícios uma maior compreensão sobre as possíveis razões presentes em APS que possam justificar atraso no diagnóstico de pacientes com câncer bucal.



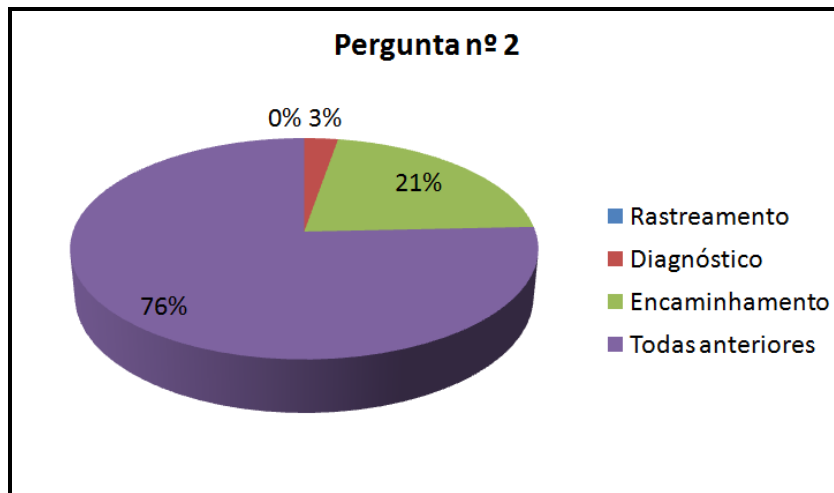
## RESULTADOS

O convite para participar do presente estudo consistiu em um e-mail contendo uma mensagem explicativa e o link para o questionário eletrônico, que estava hospedado no software de questionários online SurveyMonkey®. Esse convite foi enviado para 276 cirurgiões-dentistas atuantes em Estratégia de Saúde da Família no interior do estado do Rio Grande do Sul, participantes do Projeto TelessaúdeRS.

O convite foi enviado inicialmente em agosto de 2012 e, após o período de 1 (um) mês, foram obtidas 17 respostas ao questionário. Devido à baixa adesão nesta primeira etapa, optou-se por reenviar o convite para todos participantes; o reenvio ocorreu em setembro de 2012. Como não era possível identificar quais os indivíduos responderam ao questionário após o primeiro envio, no corpo do segundo e-mail foi destacado que os convidados que já haviam respondido não deveriam fazê-lo novamente, para evitar a interpretação equivocada dos dados. Na segunda etapa, somaram-se às 17 participações iniciais novas 20 respostas, totalizando 37 participantes (n=37) que responderam de maneira completa ao questionário (13,4% da amostra inicial).

A primeira das dez perguntas do questionário consistia na apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a descrição completa do TCLE no enunciado da questão, estavam presentes as alternativas “aceito” e “não aceito”. Só seria computado o questionário respondido que tivesse como resposta a alternativa “aceito”, representando concordância com o TCLE. Cem por cento dos participantes (n=37) selecionaram a alternativa “aceito”, logo, todos os questionários respondidos puderam ser computados. Cem por cento dos questionários foram respondidos integralmente, ou seja, nenhuma das dez questões foi ignorada por nenhum participante.

A segunda pergunta apresentava o seguinte questionamento: “Na sua opinião, qual o papel do dentista da APS em relação ao câncer bucal?”. Nenhum participante marcou a alternativa “Rastreamento” (0%), 2,7% (n=1) marcou “Diagnóstico”, 21,6% (n=8) marcou “Encaminhamento” e 75,7% (n=28) marcou “Todas as anteriores” (Gráfico 1).



**Gráfico 1**

A questão seguinte permitia escolher mais de uma alternativa, o que era informado ao participante no enunciado da questão. A pergunta (“Diante de uma suspeita de câncer bucal, como você procederia?”) teve o seguinte perfil de respostas: 48,6% (n=18) realiza biópsia (dentro das possibilidades estruturais e técnicas), 54,1% (n=20) encaminha ao especialista do CEO, 45,9% (n=17) encaminha às universidades, 2,7% (n=1) não sabe como proceder e 5,4% (n=2) encaminha o paciente ao setor de Emergência.

A pergunta de número 4 questionou: “Diante da confirmação de um caso de câncer bucal, como você procederia?”. Vinte e sete por cento (n=10) informa ao paciente que neste momento o caso é de responsabilidade do serviço especializado e 73% (n=27) acompanha o paciente concomitantemente ao serviço especializado.

A questão seguinte trazia o questionamento “Como é o fluxo do paciente com suspeita de câncer de boca?”. Cem por cento dos participantes (n=37) marcou a alternativa “O paciente é captado em um primeiro momento no nível primário de atenção em saúde e, então, encaminhado aos demais níveis de atenção”, nenhum participante marcou as demais alternativas (“O paciente é captado diretamente no nível secundário de atenção em saúde” e “O paciente é captado diretamente no nível terciário de atenção em saúde”).

Na pergunta de número 6 (“Você imagina que o câncer de boca possa ser diagnosticado precocemente?”), 100% dos participantes (n=37) marcou a alternativa “Sim”. As duas outras alternativas (“Não, o câncer só pode ser diagnosticado em estágios avançados” e “Não sei”) não receberam marcações.

Quando questionados, na questão de número 7, da seguinte maneira:

“Supondo que houvesse atraso no diagnóstico ou no atendimento do paciente portador desta doença no serviço secundário, quais razões você imagina que estejam envolvidas?”, 8,1% (n=3) respondeu “Falha do profissional (exame clínico deficiente ou falta de familiaridade com este tipo de lesão)”, 5,4% (n=2) respondeu “Falha do paciente (auto-percepção deficiente)”, 10,8% (n=4) respondeu “Falta de informação (do paciente e do profissional)”, 24,3% (n=9) respondeu “Falha da rede de saúde (não há serviços de saúde para referência)” e 51,4% (n=19) respondeu que todas as alternativas anteriores estavam corretas (Gráfico 2).

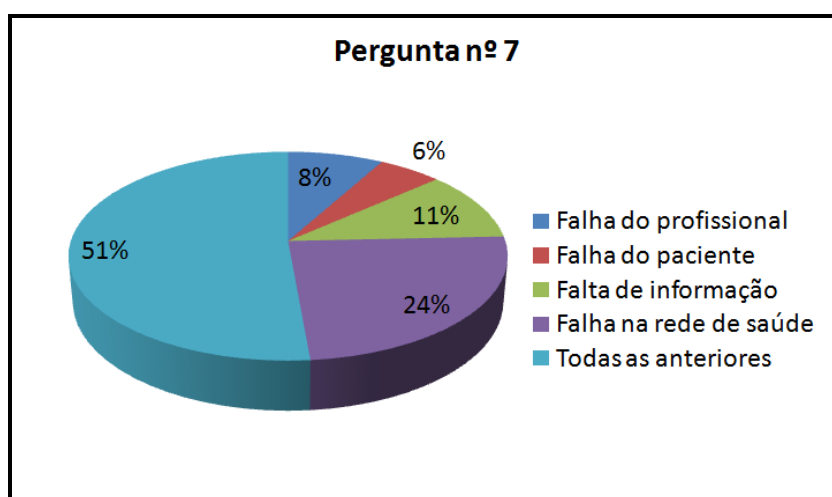


Gráfico 2

A questão de número 8 permitia escolher mais de uma alternativa, o que era informado ao participante no enunciado. A pergunta (“Você acha que os profissionais envolvidos na equipe, além do cirurgião dentista, poderiam contribuir de alguma forma na questão do câncer bucal? Como?”) teve o seguinte perfil de respostas: 16,2% (n=6) de marcações na alternativa “Sim, realizando diagnóstico.”; 83,8% (n=31) de marcações na alternativa “Sim, à suspeita de lesões de boca, procurar atuar interdisciplinarmente em conjunto com o cirurgião-dentista.”; 81,1% (n=30) na alternativa “Sim, realizando educação em saúde.” e nenhuma marcação (0%) na alternativa “Não, o câncer de boca é uma temática a ser discutida apenas pelo cirurgião-dentista.”.

Na questão de número 9, foi perguntado aos participantes se estes consideravam-se aptos para realizar rastreamento e diagnóstico em câncer bucal. “Sim, conheço claramente os sinais e sintomas da doença.” foi a alternativa escolhida por 8,1% (n=3) dos participantes; 78,4% (n=29) respondeu “Sim, mas seriam

importantes capacitações.” e 13,5% (n=5) respondeu “Não, meus conhecimentos não me dão segurança para isto.” (Gráfico 3).

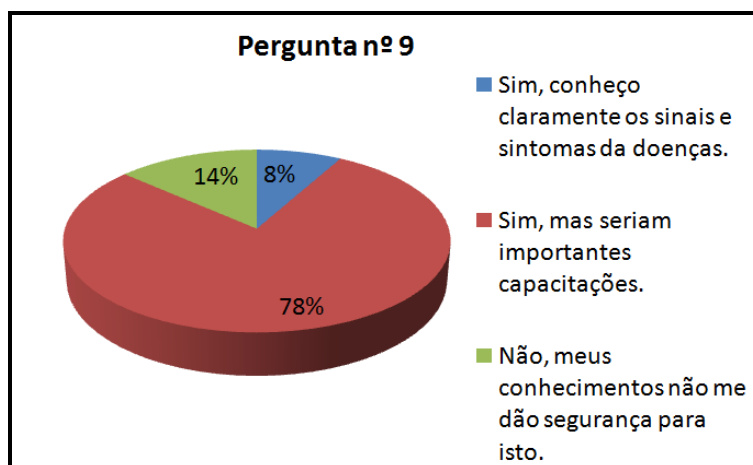


Gráfico 3

A última pergunta interrogou aos cirurgiões-dentistas se na coordenadoria regional de saúde do seu município existe Centro de Especialidades Odontológicas. “Sim” foi a resposta em 24,3% (n=9) dos casos, “Não” em 64,9% (n=24) do casos e 10,8% (n=4) responderam que não sabem (Gráfico 4).

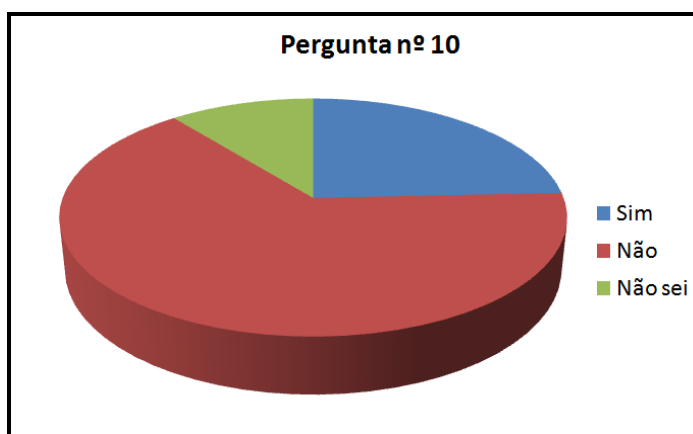


Gráfico 4

É importante registrar que estes são resultados parciais da presente pesquisa, pois o questionário eletrônico permanecerá ativo para futuras participações dos dentistas já convidados que não o responderam ou de eventuais novos convidados.

## DISCUSSÃO

Primeiramente, é válido ressaltar que a taxa de retorno após envio do questionário, 13,4% da amostra inicial, permaneceu aquém da taxa média encontrada na literatura. Em uma busca de artigos que avaliaram a percepção dos dentistas a respeito do câncer de boca por meio de questionário via correspondência, realizada na base de dados PUBMED, foi encontrada uma taxa de retorno dos questionários na faixa de 14% a 55,2%, sendo a média 37,9%<sup>32,33,34,35</sup>. Sugere-se que, apesar de o método de envio eletrônico ser mais ágil e prático do que a correspondência convencional, tanto para os participantes como para os pesquisadores, pode gerar desconfiança e falta de credibilidade, relacionadas à sua impessoalidade.

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal<sup>36</sup>, à APS compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento. Tratando-se especificamente de câncer bucal, é preconizado que se ofereça oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa), através de visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas, consolidando a lógica do rastreamento. Além disso, o diagnóstico precoce de lesões de mucosa e do câncer de boca deve ser uma ação desenvolvida sistematicamente pelas equipes de saúde bucal na atenção básica<sup>31</sup>. O perfil de respostas ao questionamento sobre as atribuições do dentista de APS em relação ao câncer bucal indica que o profissional alvo dessa pesquisa compreende seu papel no cuidado relacionado a essa patologia, com 75,7% das respostas na alternativa que melhor o define. Essa constatação ainda é ratificada pela unanimidade encontrada na resposta à pergunta relacionada ao fluxo que o paciente deve percorrer no sistema, a qual elucida a total compreensão sobre o papel da APS no fluxo do paciente com câncer de boca na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A questão relacionada ao destino do encaminhamento revela que pouco mais da metade da amostra (54,1%), diante da suspeita de um diagnóstico de câncer bucal, encaminha o paciente a um CEO, sendo este o fluxo considerado ideal, segundo o Caderno de Atenção Básica nº 17<sup>31</sup>. Esse perfil de respostas pode estar traduzindo duas hipóteses: a primeira, falta de uma retaguarda adequada no que concerne à atenção secundária, ou seja, uma rede deficiente e carente de Centros de Especialidades Odontológicas; a segunda, falta de conhecimentos sobre o fluxo ideal,

não sabendo o dentista para quem encaminhar. A segunda hipótese, no entanto, é desencorajada pela baixa porcentagem de respostas da alternativa “não sabe como proceder” (2,7%). Além disso, fortalecem a primeira hipótese as respostas encontradas nas questões sobre os possíveis motivos de atraso no diagnóstico e sobre a existência de CEO na Coordenadoria Regional de Saúde na qual o profissional atua.

Na pergunta sobre os possíveis motivos de atraso no diagnóstico, a resposta mais selecionada foi “todas as anteriores” (falha do profissional – exame clínico deficiente ou falta de familiaridade com esse tipo de lesão; falha do paciente – auto-percepção deficiente; falta de informação – do paciente e do profissional e falha da rede de saúde – não há serviços de saúde para referência) como possíveis razões que justificariam uma situação de atraso no diagnóstico. A segunda resposta mais selecionada foi “falha da rede de saúde (não há serviços de saúde para referência)”, sendo considerada esta, de acordo com a somatória das respostas, uma importante situação identificada pelos participantes. Já na pergunta sobre a existência de Centro de Especialidades Odontológicas na Coordenadoria Regional de Saúde na qual o profissional atua, 64,9% dos dentistas indicaram que não há CEO de referência para sua Unidade de Saúde, evidenciando a deficiência da rede.

Em consonância com a percepção apontada pelo estudo, estão os atuais indicadores de saúde bucal relacionados à atenção especializada no estado do Rio Grande do Sul. Contrastando com a realidade encontrada no estado de Minas Gerais, que possui aproximadamente 1 CEO para cada 240 mil habitantes, no estado do Paraná (1 CEO para cada 208 mil habitantes) e em Santa Catarina (1 CEO para cada 159 mil habitantes), o Rio Grande do Sul conta com 1 Centro de Especialidade Odontológicas para cada 550 mil habitantes, totalizando apenas 20 CEO em todo o estado<sup>37</sup>.

Definido por Starfield<sup>38</sup> como um dos princípios ordenadores da APS, a coordenação do cuidado, a qual tem sua conceituação relacionada à capacidade do serviço em garantir a continuidade da atenção, o seguimento do usuário no sistema ou a garantia da referência a outros níveis de atenção quando necessário<sup>31</sup>, mantendo a corresponsabilização sobre o caso, parece estar legitimada no processo de trabalho dos participantes do presente estudo. Com 73% de respostas na alternativa “acompanha o paciente concomitantemente ao serviço especializado”, após serem questionados sobre qual a conduta diante da confirmação de um caso de câncer bucal, os dentistas participantes mostraram familiarização com a lógica de trabalho que

valoriza o vínculo e a responsabilização com a população adscrita, o que garante a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado<sup>31</sup>.

Em relação ao conhecimento dos participantes sobre aspectos inerentes ao diagnóstico clínico da patologia, o perfil de respostas da questão relacionada à fase de diagnóstico demonstra que o conceito base de diagnóstico precoce está completamente perpetuado na amostra, entretanto, as perguntas sobre os possíveis motivos de atraso no diagnóstico e sobre autopercepção de aptidão para diagnóstico e rastreamento indicam alguma carência de embasamento para um manejo seguro do câncer bucal.

As repostas à pergunta sobre os possíveis motivos de atraso no diagnóstico sugerem uma realidade de informação insuficiente, expressa pelos 51,4% de escolha na alternativa que elege a falha do profissional (exame clínico deficiente ou falta de familiaridade com este tipo de lesão) como uma das razões de um possível atraso no diagnóstico de câncer bucal. Já as respostas para a pergunta que aborda autopercepção de aptidão para diagnóstico, apontam fortemente para uma sensação de insegurança nos participantes: ao serem questionados se estavam preparados para realizar rastreamento e diagnóstico em câncer bucal, 78,4% escolheu a alternativa “Sim, mas seriam importantes capacitações” e 13,5% a alternativa “Não, meus conhecimentos não me dão segurança para isto”. Esse achado está em sincronia com Falcão et al.<sup>39</sup>, o qual verificou que 69,5% dos 240 dentistas participantes consideravam baixo seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico de câncer bucal.

Realizar o cuidado em equipe e atuar de maneira interdisciplinar são fundamentos básicos no processo de trabalho em APS, reforçados na lógica da Estratégia de Saúde da Família<sup>30</sup>. Essa estratégia, que objetiva primordialmente a integralidade do cuidado, parece estar bem estabelecida na concepção dos participantes e foi traduzida de maneira evidente no padrão de respostas na questão relacionada ao papel da equipe na abordagem do câncer bucal.

É válido ressaltar que, para considerar tradução real do atual cenário estudado, a amostra deveria ser mais numerosa, sendo sua representatividade um viés desta pesquisa.

## CONCLUSÕES

O presente estudo sugere como possíveis razões que justifiquem o atraso da chegada do paciente com câncer bucal aos setores de maior complexidade de atenção em saúde, sob a óptica dos cirurgiões-dentistas atuantes em APS no interior do estado do Rio Grande do Sul, a deficiência da rede de atenção, com notável carência de serviços especializados em odontologia (CEO) e a necessidade de mais capacitações relacionadas à patologia. É válido ressaltar que o estudo não teve como objetivo investigar as razões do atraso inerentes ao paciente e sim relacionadas às etapas de responsabilidade do profissional/serviço.

Os resultados apontam para uma compreensão elevada dos participantes acerca dos princípios e lógica de funcionamento da Atenção Primária à Saúde, das suas atribuições em APS relacionadas ao câncer bucal, do papel da APS na Rede de Atenção à Saúde e dos fluxos da RAS.

Estudos que apresentam como meio de coleta questionários eletrônicos devem contar com estratégias que estimulem maior adesão dos potenciais participantes.



ANEXO 1 – Questionário

<b>1</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:</b> a) Aceito b) Não aceito
<b>2</b>	<b>Na sua opinião, qual o papel do dentista da APS em relação ao câncer bucal?</b> a) Rastreamento b) Diagnóstico c) Encaminhamento d) Todas as anteriores
<b>3</b>	<b>Diante de uma suspeita de câncer bucal, como você procederia? Para responder a esta questão, você pode escolher mais de uma alternativa.</b> a) Realiza biópsia (dentro das possibilidades estruturais e técnicas) b) Encaminha ao especialista do CEO c) Encaminha às Universidades d) Não sabe como proceder e) Encaminha paciente ao setor de emergência
<b>4</b>	<b>Diante da confirmação de um caso de câncer bucal, como você procederia?</b> a) Informa ao paciente que neste momento o caso é de responsabilidade do serviço especializado. b) Acompanha o paciente concomitantemente ao serviço especializado.
<b>5</b>	<b>Como é o fluxo do paciente com suspeita de câncer de boca?</b> a) O paciente é captado em um primeiro momento no nível primário de atenção em saúde e, então, encaminhado aos demais níveis de atenção. b) O paciente é captado diretamente no nível secundário de atenção em saúde. c) O paciente é captado diretamente no nível terciário de atenção em saúde.
<b>6</b>	<b>Você imagina que o câncer de boca possa ser diagnosticado precocemente?</b> a) Sim b) Não, o câncer só pode ser diagnosticado em estágios avançados c) Não sei
<b>7</b>	<b>Supondo que houvesse atraso no diagnóstico ou no atendimento do</b>

	<p><b>paciente portador desta doença no serviço secundário, quais razões você imagina que sejam as envolvidas?</b></p> <p>a) Falha do profissional (exame clínico deficiente ou falta de familiaridade com este tipo de lesão)</p> <p>b) Falha do paciente (auto-percepção deficiente)</p> <p>c) Falta de informação (do paciente e do profissional)</p> <p>d) Falha da rede de saúde (não há serviços de saúde para referência)</p> <p>e) Todas as anteriores</p>
8	<p><b>Você acha que os profissionais envolvidos na equipe além do cirurgião dentista poderiam contribuir de alguma forma na questão do câncer bucal? Para responder a esta questão, você pode escolher mais de uma alternativa.</b></p> <p>a) Sim, realizando diagnóstico.</p> <p>b) Sim, à suspeita de lesões de boca, procurar atuar interdisciplinarmente em conjunto com o cirurgião-dentista.</p> <p>c) Sim, realizando educação em saúde.</p> <p>d) Não, o câncer de boca é uma temática a ser discutida apenas pelo cirurgião-dentista.</p>
9	<p><b>Você se considera apto para realizar rastreamento e diagnóstico em câncer bucal?</b></p> <p>a) Sim, conheço claramente os sinais e sintomas da doença.</p> <p>b) Sim, mas seriam importantes capacitações.</p> <p>c) Não, meus conhecimentos não me dão segurança para isto.</p>
10	<p><b>Na coordenadoria regional de saúde do seu município, existe Centro de Especialidades Odontológicas?</b></p> <p>a) Sim</p> <p>b) Não</p> <p>c) Não sei.</p>

## ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS  
NÚCLEO DE ODONTOLOGIA

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Caro participante,

Estamos realizando um estudo para investigar, na opinião dos cirurgiões-dentistas da rede de atenção primária atuantes no interior do estado do Rio Grande do Sul, participantes da estratégia *Telessaúde*, quais as possíveis razões que justifiquem o atraso da chegada do paciente com câncer bucal aos setores de estomatologia.

A idéia do estudo não é fazer nenhuma espécie de julgamento a respeito do seu comportamento e sim entender o que pode contribuir com o atraso do paciente aos setores de saúde de maior complexidade. Portanto, informações incorretas podem prejudicar o resultado da pesquisa.

Para tanto, será aplicado um questionário, através de link eletrônico, que conterà 9 (nove) perguntas fechadas relacionadas às possíveis razões que levem ao atraso da chegada do paciente com câncer bucal aos setores de estomatologia. Estima-se que o tempo de resolução do questionário seja de 5 (cinco) minutos.

Os benefícios relacionados à participação neste estudo são relacionados à sugestão de ações que incentivem o diagnóstico precoce do câncer bucal no âmbito da atenção primária, a partir do esclarecimento dos fatores que possam estar desfavorecendo essa realidade.

Fica ainda assegurado o direito ao sigilo de todas informações coletadas, não sendo permitido acesso por outra pessoa que não o próprio participante ou responsáveis pela pesquisa.

Fica, ainda, garantida a liberdade dos participantes de se recusarem a participar ou retirarem-se do estudo a qualquer momento que desejarem, sem que isso traga consequências aos mesmos.

Toda e qualquer dúvida no decorrer do estudo poderá ser esclarecida pelos envolvidos nesta pesquisa, pelos seguintes meios de contato: Caren Bavaresco - endereço: rua Araruama, 487, bairro Vila Jardim, Porto Alegre-RS; telefone: (51) 33347196 e (51) 33572476; e-mail: c\_bavaresco@yahoo.com.br; Amanda Cunha - endereço: rua Araruama, 487, bairro Vila Jardim, Porto Alegre-RS; telefone: (51) 33347196 e (51) 33572476; e-mail: amandaracunha@yahoo.com.br; Eduardo Lombardo – endereço: rua Francisco Galecki, 165, bairro Parque dos Maias, Porto Alegre-RS; telefone: (51) 33572475; e-mail: dudulombardo@gmail.com. Os pesquisadores envolvidos no estudo estarão sempre à disposição para esclarecimentos.

Possíveis problemas podem ser reportados diretamente ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (fone: 33572407), coordenado por Daniel Demétrio Faustino da Silva.

Declaro que fui informado dos objetivos e procedimentos que serão realizados nesta pesquisa, bem como sei dos meus direitos e dos deveres dos pesquisadores. Aceito participar desta pesquisa.

## **REFERÊNCIAS**

- 1** Neville NW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin.* 2002; 52:195-215.
- 2** Bsoul SA, Huber MA, Terezhalmay GT. Squamous cell carcinoma of the oral tissues: a comprehensive review for oral healthcare providers. *J Contemp Dent Pract.* 2005 nov; 6(4):1-16.
- 3** Warnakulasuriya S. Living with oral cancer: Epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. *Oral Oncology.* 2010 46:407–10.
- 4** Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC. Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFERN, 2004;8:137-48.
- 5** Napier SS, Speight PM. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. *J Oral Pathol Med.* 2008; 37:1–10.
- 6** Girod A, Mosseri V, Jouffroy T, Point D, Rodriguez J. Women and Squamous Cell Carcinomas of the Oral Cavity and Oropharynx: Is There Something New?. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009; 67:1914-20.
- 7** Scully C, Bagan JV. Oral squamous cell carcinoma: overview of current understanding of aetiopathogenesis and clinical implications. *Oral Diseases.* 2009; 15:388–99.
- 8** Losi-Guembarovski R, Mezes RP, Polisel F, Chaves V, Kuasne H, Leichsenring M, et al. Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2009 fev; 25(2):393-400.
- 9** Han S, Chen Y, Ge X, Zhang M, Wang J, Zhao M, et al. Epidemiology and cost analysis for patients with oral cancer in a university hospital in China. *BMC Public Health.* 2010;10:196.

**10** Lambert R, Sauvaget C, Cancela MC, Sankaranarayanan R. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2011;23:633–41.

**11** Andisheh-Tadbir A, Mehrabani D, Heydari ST. Epidemiology of Squamous Cell Carcinoma of the Oral Cavity. *J Craniofac Surg*. 2008;19:1699-702.

**12** Borges FT, Garbin CAS, Carvalhosa AA, Castro PHS, Hidalgo LRC. Oral cancer epidemiology in a public laboratory in Mato Grosso State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008 set;24(9):1972-82.

**13** Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 5a. Ed. São Paulo: Livraria Santos; 2008.

**14** Andisheh-Tadbir A, Mehrabani D, Heydari ST. Sociodemographic and Etiologic Differences of Malignant Orofacial Tumors in Iran. *J Craniofac Surg*. 2009;20:837-40.

**15** Andisheh-Tadbir A, Mehrabani D, Heydari ST. Sociodemographic and Etiological Differences of Head and Neck Squamous Cell Carcinoma in Young and Old Patients in Southern Iran. *J Craniofac Surg*. 2010;21:126-28.

**16** Attar E, Subhojit D, Hablas A, Seifeldin I, Ramadn M, rozek L, et al. Head and neck cancer in a developing country: A population-based perspective across 8 years. *Oral Oncology* 2010;46:591–96.

**17** Czerninski R, Zini A, Sgan-cohen HD. Lip cancer: incidence, trends, histology and survival: 1970–2006. *British Journal of Dermatology*. 2010;162:1103–1109.

**18** Johnson S, Mcdonald JT, Corsten M, Rourke R. Socio-economic status and head and neck cancer incidence in Canada: A case-control study. *Oral Oncology*. 2010;46:200–203.

**19** Zini A, Czerninski R, Sgan-cohen HD. Oral cancer over four decades:

epidemiology, trends, histology, and survival by anatomical sites. *J Oral Pathol Med.* 2010;39:299–305.

**20** Instituto Nacional do Câncer. Incidência de Câncer no Brasil em 2010. [Citado em 17 de agosto de 2011] Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/>>.

**21** Onizawa K, Nishihara K, Yamagata K, Yusa H, Yanagawa T, Yoshida H. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol.* 2005 jan;39(8):781-9.

**22** Scott SE, Grunfeld EA, Mcgurk M. Patient's delay in oral cancer: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006 oct;34(5):337-43.

**23** Scott SE, Grunfeld EA, Main J, Mcgurk M. Patient delay in oral cancer: a qualitative study. *Psychooncology.* 2006 jun;15(6):474-85.

**24** Brandizzi D, Gandolfo M, Velazco ML, Cabrini RL, Lanfranchi HE. Clinical features and evolution of oral cancer: A study of 274 cases in Buenos Aires, Argentina. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008 sept1;13(9):E544-8.

**25** Scott SE, Grunfeld EA, Mcgurk M. The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol.* 2005 apr;41(4):396-403.

**26** Baykul T, Yilmaz HH, Aydin Ü, Aksoy MÇ. Early diagnosis of oral cancer. *The Journal of International Medical Research.* 2010;38:737-49.

**27** Gomez 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.* 2009;117:541-46.

**28** Musani MA, Jawed I, Marfani S, Khambaty Y, Jalisi M, Khan SA. Carcinoma cheek: regional pattern and management. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2009;21(3).

**29** Van Der Waal I, De Bree R, Brakenhoff R, Coebergh JW. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible?. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011 may1;16(3):e300-5.

**30** Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. [Citado em 05 de outubro de 2012] Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf)>.

**31** Ministério da Saúde (Brasil). Caderno de Atenção Básica nº 17. 2008. [Citado em 24 de outubro de 2011] Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf)>.

**32** Alonge OK, Narendran S. Opinions about oral cancer prevention and early detection among dentists practicing along the Texas-Mexico border. *Oral Diseases*. 2003;9:41-5.

**33** Clovis JB, Horowitz AM, Poel DH. Oral and pharyngeal cancer: knowledge and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. *J Can Dent Assoc*. 2002 july-august;68(7):415-20.

**34** Hertrampf K, Wenz HJ, Koller M, Wiltfang J. Comparing dentists' and the public's awareness about oral cancer in a community-based study in Northern Germany. *Journal of Carnio-Maxillo-Facial Surgey*. 2010;1-5.

**35** Jornet PL, Alonso FC, Miñano FM. Knowledge and attitudes about oral câncer among dentists in Spain. *Journal Evaluation in Clinical Practice*. 2010;16:129-33.

**36** Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: 2004. [Citado em 01 de outubro de 2012] Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/cisb/doc/politica\\_nacional.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf)>.

**37** Ministério da Saúde (Brasil). Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. [Citado em 01 de outubro de 2012] Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>.



**38** Starfield, B. Atenção Primária Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Unesco Brasil: 2002.

**39** Falcão MML, Alves TDB, Freitas VS, Coelho TCB. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. RGO, Porto Alegre. 2010 jan/mar;58(1):27-33.