

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

SYLVIO DA COSTA JÚNIOR

Diagnóstico e Continuidade do Cuidado do Câncer Bucal em pacientes
acompanhados pelas Equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família: a
experiência do município de Resende, no Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2011

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

SYLVIO DA COSTA JÚNIOR

Diagnóstico e Continuidade do Cuidado do Câncer Bucal em pacientes acompanhados pelas Equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família: a experiência do município de Resende, no Estado do Rio de Janeiro

Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra

Rio de Janeiro

2011

DEDICATÓRIA

À Deus, que de tanto amor por nós, se encarnou na figura de Jesus de Nazaré.

Ao meu pai, Sylvio da Costa, em memória, e a minha mãe, Denise da Costa, pelo amor e anos de dedicação.

À minha esposa, Vania C. Pimentel, querida e amada companheira.

Aos meus familiares pela formação e educação que me deram.

Aos colegas de Mestrado e de trabalho onde cada um, de alguma forma, colaborou com o sucesso deste trabalho.

Aos amigos Eduardo Meohas e Paulo Cesar da Silva com quem muito aprendi.

Ao amigo Marcelo Genestra, em memória, um professor que nunca esquecerei.

Aos companheiros (as) com os quais milito a muitos anos.

Ao Partido dos Trabalhadores.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Carlos G. Serra, pela figura humana que é. Sempre prestativo, solidário e generoso. Como colega de profissão, é para mim um grande exemplo. Como ser humano, um homem movido por princípios e ideais.

À Dr. Ana Maria Schneider, quem primeiro me apresentou a saúde pública e como ela pode ser usada com ferramenta e instrumento de promoção de vida.

Ao Prof. Dr. Haroldo Matos, pelo incentivo na realização deste trabalho.

À todos (as) funcionários da Universidade Estácio de Sá.

À Prefeitura de Nova Friburgo, no Estado do Rio de Janeiro, e aos amigos que fiz no módulo do PSF de RioGrandina.

À Prefeitura de Resende, no Estado do Rio de Janeiro, onde tive plena liberdade e autonomia de trabalho.

Aos dentistas envolvidos neste estudo.

O ANALFABETO POLÍTICO

“O pior analfabeto
É o analfabeto político,
Ele não ouve, não fala,
Nem participa dos acontecimentos políticos.
Ele não sabe que o custo de vida,
O preço do feijão, do peixe, da farinha,
Do aluguel, do sapato e do remédio
Dependem das decisões políticas.

O analfabeto político
É tão burro que se orgulha
E estufa o peito dizendo
Que odeia a política.

Não sabe o imbecil que,
da sua ignorância política
Nasce a prostituta, o menor abandonado,
E o pior de todos os bandidos,
Que é o político vigarista,
Pilantra, corrupto e lacaio
Das empresas nacionais e multinacionais.”

Bertold Brecht

Resumo

Foi realizado um estudo qualitativo em Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Programa de Saúde da Família (PSF), no Município de Resende, no Estado do Rio de Janeiro, visando avaliar a integralidade da assistência e a continuidade do cuidado à saúde para o câncer bucal. Em função da importância do câncer bucal e das condições das ESB do PSF em poder fazer o diagnóstico precoce, este trabalho se propõe a estudar as condições de diagnóstico e continuidade do cuidado para o câncer bucal no município. O objetivo deste estudo é analisar as condições técnicas e operacionais dos cirurgiões dentistas das ESB para identificação, diagnóstico precoce e encaminhamento de pacientes cadastrados nas suas áreas de atuação, com suspeita de lesões orais consideradas pré-cancerosas. Para obtenção dos dados primários foram utilizadas técnicas de entrevistas, com roteiros semi-estruturados Assim, quantitativamente tivemos: 11 dentistas do PSF no município de Resende e os profissionais do CEO. A entrevista semi-estruturada, parte do trabalho de campo, foi elaborada contendo perguntas fechadas e abertas. Após levantamento e consolidação dos dados qualitativos e quantitativos, podemos constatar que o município conta com uma rede de saúde articulada, onde os pacientes com casos de lesões suspeitas são encaminhados para o centro de referência para continuidade do cuidado. Em que pese à baixa cobertura de ESB podemos constatar que a ampliação de serviços de saúde pela Atenção Primária, e, conseqüentemente, o aumento da resolutividade, evitando transtornos adicionais aos pacientes e dando mais agilidade ao diagnóstico, pode, efetivamente, contribuir para a qualidade na sobrevivência dos pacientes com diagnóstico positivo de câncer oral.

Palavras-chaves: Câncer de boca-Continuidade do Cuidado-Programa de Saúde da Família

Abstract

It was performed a qualitative study on oral health teams (ESB) of the Family Health Program (FHP) in the municipality of Resende, State of Rio de Janeiro, to evaluate the integrality care and continuity of health care for mouth cancer. Because of the importance of oral cancer and conditions of the PSF in ESB it was performed early diagnosis, this study aims to examine the conditions of continuity of care and diagnosis for oral cancer in the county. The aim of this study is to analyze the technical and operational conditions of the dental surgeons of ESB for identification, early diagnosis and referral of patients enrolled in their fields, with suspected oral lesions are considered pre-cancerous. To obtain the primary data were used interviewing techniques, using semi-structured. Thus, we had quantitatively: 11 dentists in the city of Resende PSF and the professionals of CEO. The semi-structured interview, part of the fieldwork, was prepared with closed and open questions. After gathering and consolidating qualitative and quantitative data it was possible to find that the city has a articulated healthcare network, where cases of patients with suspicious lesions are sent to the reference center for continuity of care. In spite of the low coverage of ESB it was possible to find out that the expansion of health services by Primary Care, and consequently, the increase of the resolvability, avoiding additional disorders for patients and giving faster diagnosis, can, effectively contribute to the quality on survival of patients with positive diagnosis of oral cancer.

Key-words: Mouth Cancer - Continuity of Care - Family Health Program

LISTA DE QUADROS, MAPA E GRÁFICOS

Quadro 1.....	27
Quadro 2.....	32
Quadro 3.....	44
Quadro 4.....	55
Mapa 1.....	48
Gráfico 1.....	53
Gráfico 2.....	53
Gráfico 3.....	54
Gráfico 4.....	55
Gráfico 5.....	56
Gráfico 6.....	60

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	11
2.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1. Direito à Saúde como Direito a Cidadania.....	13
2.2. A Construção do Modelo Odontológico de Atenção em Saúde.....	16
2.3. Programa Saúde da Família: princípios básicos.....	22
2.4. O Papel dos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária e do PSF.....	26
2.5. O “Brasil Sorridente”	30
2.6. O Câncer de Boca.....	32
2.7. Câncer de Boca e as Atribuições do Cirurgião-Dentista no PSF.....	34
2.8. Processo Educativo e a Importância do Auto-Exame.....	39
3.PROBLEMAS, OBJETIVOS E METODO.....	41
3.1. Problema.....	41
3.2. Hipóteses Teóricas.....	41
3.3. Questão Norteadora.....	42
3.4. Objetivos.....	42
3.4.1. Objetivo Geral.....	42
3.4.2. Objetivos Específicos.....	42
3.5. Procedimentos e Métodos.....	42
3.5.1. Natureza da Pesquisa.....	42
3.5.2. Coleta de Dados.....	44
3.5.3. Cenário do Estudo.....	47
3.6. Aspectos Éticos.....	51
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
4.1. Tema: Perfil dos entrevistados.....	52
4.1.1. Categoria: Participação.....	52
4.1.2. Categoria: Idade.....	53
4.1.3. Categoria: Tempo de Graduado.....	54
4.1.4. Categoria: Tempo de Trabalho no PSF.....	55
4.1.5. Categoria: Especialização.....	55
4.1.6. Categoria: Vínculo no PSF.....	56

4.2. Tema: Diagnóstico precoce de Câncer Bucal pelas ESB/PSF.....	58
4.2.1. Categoria: Capacitação Institucional.....	58
4.2.1.1. Subcategoria: Participação em atividade Acadêmica sobre Câncer Oral.....	59
4.2.1.2. Subcategoria: Condições Técnicas e Operacionais.....	56
4.2.1.3. Subcategoria: Fatores de Risco.....	60
4.2.1.4. Subcategoria: Tecidos Moles.....	63
4.2.1.5. Subcategoria: Competência dos CDs das ESB em Relação ao Câncer Bucal.....	64
4.3. Tema: Estrutura do Serviço.....	65
4.3.1. Categoria: Fluxo dos Pacientes de Saúde Bucal.....	65
4.3.1.1. Subcategoria: Encaminhamento.....	66
4.4. Tema: Dificuldades para Diagnóstico e Tratamento das Lesões Bucais.....	67
4.4.1. Subcategoria: Resolutividade e Continuidade do Cuidado nas ESB/PSF.....	67
5. CONCLUSÃO.....	68
6. REFERENCIAS.....	73
APÊNDICE.....	83
ANEXO I.QUESTIONÁRIO.....	86
ANEXOII.QUESTIONÁRIO PARA DENTISTAS DO CEO.....	93

1 – Introdução

A denominação câncer de boca inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral. A incidência do câncer bucal no Brasil é uma das mais altas do mundo e os baixos índices de sobrevivência refletem o seu comportamento agressivo, exigindo, desta forma, por parte dos profissionais maior atenção a esta neoplasia tanto em relação à prevenção quanto ao diagnóstico e acompanhamento. A maioria dos estudos envolvendo lesões orais não separa as regiões específicas dentro da cavidade oral, no entanto, o câncer de lábio é mais freqüente em pessoas brancas e registra maior ocorrência no lábio inferior em relação ao superior. O câncer em outras regiões da boca acomete principalmente os tabagistas, sendo que os riscos aumentam quando estes também são etilistas (BUNDGAARD, BENTZEN & WILDT, 1994; COTRAN, KUMAR, COLLINS, 2000).

Aproximadamente 10% dos tumores malignos que ocorrem no corpo humano estão localizados na boca (PINHEIRO, 1998), sendo esse o sexto tipo de câncer mais incidente no mundo (SYRJANEN, 2005). Excluindo-se o câncer de pele, o câncer bucal pode ser considerado o mais comum da região de cabeça e pescoço, com incidência de 38% (CARVALHO *et al.*, 2001; DEDIVITIS *et al.*, 2004), com predominância no sexo masculino, e 75% dos casos diagnosticados na faixa etária dos 60 anos (COSTA *et al.*, 2002).

Segundo Cotran, Kumar, Collins (2000) e Há & Caetano (2004) cerca de 95% dos casos são carcinomas epidermóides. O câncer de boca é o oitavo tipo de câncer mais freqüente entre os homens (9.985 casos estimados/ano) e o nono entre as mulheres (3.895 casos estimados/ano) e suas taxas de incidência e mortalidade vêm aumentando, sendo consideradas das mais altas do mundo (BRASIL, 2004).

Nas últimas décadas ampliou-se o conhecimento referente à etiologia do câncer de boca e identificou-se a radiação ultravioleta como um dos principais agentes envolvidos, junto com o tabagismo (COTRAN, KUMAR, COLLINS, 2000). Pesquisas mostram que 80% das pessoas que consomem tabaco apresentam algum grau de dependência química à nicotina (TRALONGO *et al.*, 1999), o que leva muitos chefes de famílias de baixa renda a usarem para a compra de cigarros parte dos recursos de sua já reduzida renda familiar, que poderia ser usada para a aquisição de

alimentos, lazer ou mesmo para a preservação de sua saúde e de sua família. Essa situação é agravada pelo fato que em muitos países, incluindo o Brasil, o cigarro é muito mais acessível economicamente do que alimentos.

De acordo com as estatísticas mundiais, no ano 2002, aproximadamente, 274 mil casos de câncer bucal foram diagnosticados e cerca de 128 mil pacientes foram a óbito por esse tipo de neoplasia, sendo 60% deles na Região Sudeste (BRASIL, 2004). Atualmente, as campanhas contra o consumo do tabaco, principal causador de várias neoplasias, entre elas o câncer bucal, são baseadas no viés da interdição. As campanhas institucionais/governamentais realizadas em vários países sobre prevenção ao uso de drogas lícitas e ilícitas sempre se utilizaram de recursos caracterizados pelo medo e terror.

No Brasil, o Ministério da Saúde proibiu a publicidade de marcas de cigarros nas rádios, televisões, ruas e patrocínio a eventos esportivos, dentre outras medidas de coibição ao consumo do cigarro, entendendo que qualquer campanha contra o consumo do tabaco é mais eficaz que o custo do tratamento deste consumidor de cigarros nos mais variados níveis de complexidade do sistema de saúde, que demandam altos investimentos.

A questão da prevenção do câncer bucal é bastante complexa, em virtude da multiplicidade de fatores envolvidos, inclusive culturais, tornando difícil o controle. História familiar, fatores sócio-demográficos, tipo de dieta e estilo de vida, todos são co-participantes, porém, a capacidade de intervenção nesses fatores é limitada (DEBS YD, 2000). Em contrapartida, a forma mais eficaz e simples de combate a esse câncer, particularmente, é pela ênfase na promoção de saúde, aumento do acesso aos serviços de saúde e diagnóstico precoce.

Em função da importância do câncer bucal e das condições das Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Programa Saúde da Família (PSF) em poder fazer o diagnóstico precoce, este trabalho se propõe a estudar as condições de diagnóstico e continuidade do cuidado para o câncer bucal no município de Resende, no Estado do Rio de Janeiro.

2. Fundamentação Teórica

2.1. O Direito à Saúde como Direito à Cidadania

Para que o direito à saúde e a integralidade do cuidado possam ser entendidos nesta nova conjuntura política de transformação, incluindo a mudança conceitual e prática do direito à vida, o próprio direito à cidadania e o conceito sobre ser cidadão, devem ser repensados. O direito à saúde e à cidadania está relacionado à possibilidade dos brasileiros de construir e usufruírem de políticas públicas, econômicas e sociais que reduzam os agravos à saúde e aumentem o acesso aos serviços e ações de saúde.

A partir desse novo conceito de direito, o acesso universal a todos, contribuintes do sistema ou não, brasileiros ou não, equânime a serviços e ações de atendimento integral, deve ser respeitado. Anteriormente, ser cidadão estava atrelado ao fato primordial de, por exemplo, trabalhar formalmente e, conseqüentemente, contribuir para o financiamento do sistema. Dentro desta lógica, esta condição era um privilégio daqueles que participavam do mercado formal de trabalho e, quando muito, este direito à cidadania era estendido aos parentes de primeiro grau. Quem estivesse fora do mercado formal de trabalho e não contribuísse para o financiamento do sistema não tinha o direito à saúde e, portanto, não era considerado cidadão (ZANETTI, 1993).

O novo paradigma¹ que os reformistas da saúde colocam é que mesmo quem não contribui com o sistema é cidadão com as mesmas implicações de quem trabalha e contribui. A saúde e a integralidade do cuidado passam a ser direitos universais. Este novo paradigma de atenção à saúde persegue a ética do coletivo que transplanta a ética do individual (BRASIL, 1996). Estes conceitos passam a orientar práticas, onde a importância da integralidade da saúde

¹ Como citado anteriormente o modelo de atenção à saúde baseado nos marcos legais da Constituição de 1988 é absolutamente distinto dos modelos de atenção à saúde anteriores, pois neste “novo paradigma” o direito à saúde é universal e não regulado pela lógica contributiva.

garantida pelo sistema de referencia e contra-referência passa a representar um marco dentro do princípio constitucional da Universalidade de acesso (LETÁCIO, 2009).

Para que a Atenção Primária de Saúde, onde o Programa de Saúde da Família e as Equipes de Saúde Bucal estão inseridos, possa alcançar a integralidade plena deve estar articulada com os outros níveis de complexidade do sistema, através de um sistema de referencia e contra-referência (SERRA, 1998) e olhando o cidadão não mais como uma doença, mas como um indivíduo pleno de direitos e deveres.

Nesse sentido, um grande avanço para a construção do modelo de atenção universalista de saúde bucal atual foi dado na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1ª CNSB), convocada como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), colocando a questão de saúde / doença com algo ligado a cidadania.

A partir da Constituição de 1988 a saúde passa a ser entendida sob a lógica da universalidade. Em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela Lei nº 8.080, tendo como princípios a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular. Com os vetos presidenciais, a Lei nº 8.080 foi alterada nos itens referentes ao financiamento e ao controle social. Alguns desses vetos foram recuperados com a aprovação de uma nova Lei, a de nº 8.142, de dezembro do mesmo ano, onde ambas as leis formam a Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Na visão universalista a integralidade da assistência e a continuidade do cuidado passam a ser a um dos princípios finalísticos dos SUS². A Constituição Federal, promulgada em 1988, no seu artigo 198 estabelece que os serviços de saúde devam ser organizados em “rede regionalizada e hierarquizada” onde uma de suas diretrizes é o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). Corroborando com a Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080) em seu capítulo II estabelece que:

² SUS- Sistema Único de Saúde, modelo de saúde ainda em construção, mas que tem suas bases legais alicerçadas a partir da Constituição de 1988.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios (...)

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

2.2. A Construção do Modelo Odontológico de Atenção em Saúde

Em 1923 o Presidente Artur Bernardes promulgou a Lei nº 4.682, de 24 de Janeiro, de autoria do Deputado Eloy Chaves, que instituiu o Seguro Social no Brasil (MERCADANTE, 2002). Com o advento desta lei, a partir de 1923, surgiram as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs. Estas Caixas eram organizadas por categorias de classe e empresas, públicas ou privadas, que ofertavam serviços pecuniários e de saúde aos seus contribuintes, inclusive medicamentos. Os recursos das Caixas de Aposentadoria e Pensões eram pagos por contribuições obrigatórias de empregados e empregadores. A gerência destes recursos e a administração dos serviços prestados eram organizadas por uma comissão com representantes de patrões e empregados. Ao Governo cabia apenas dirimir conflitos (MERCADANTE, 2002).

Ao final do ano de 1932 havia no Brasil 140 CAPs em funcionamento, com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e quase 9 mil pensionistas (MERCADANTE, 2002). Cada CAPs se organizava de maneira autônoma e independente, de acordo com os anseios dos trabalhadores e com os recursos que cada Caixa tem à disposição. Com o crescimento das CAPs e com o volume de recursos crescente que cada CAPs administra, em 1930 surgem os IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões. A diferença marcante entre os CAPs e os IAPs é o aumento significativo da participação estatal.

Na saúde pública a odontologia começou a crescer a partir de 1933 com a criação dos IAPs. Originalmente os serviços tinham um caráter meramente mutilador, visando somente a remoção de focos infecciosos e não havia o cuidado com a adoção de ferramentas que visassem a promoção de saúde. Por insuficiência do conhecimento de época não se evitou os complexos desdobramentos decorrentes das mutilações que interferem muito nos intrincados jogos da socialização, para além dos aspectos epidemiológicos associados (ZANETTI, 1993). A odontologia, inserida nos IAPs como os demais ramos da medicina estavam orientados a atender os setores produtivos da emergente classe industrializada nacional, padrão nada preocupado com o chamado bem estar social.

Grandes diferenças de gestão e financeiras entre os IAPs motivaram movimentos da época contra e a favor para a unificação dos Institutos. Na década de 60 o debate sobre a unificação ou não dos IAPs foi intenso: de um lado trabalhadores a favor da unificação com o argumento de tornar os Institutos menos desiguais e por outro lado trabalhadores contra a unificação, sob o argumento de que a unificação representava a perda de participação dos trabalhadores e o risco de maior centralização do poder estatal (MERCADENTE, 2002). Fruto deste conflito originou-se a Lei Orgânica da Previdência Social (Lei n 3.807), de 26 de Agosto de 1960, que uniformizou as regras dos IAPs, embora mantivesse a independência e variedades dos institutos, ainda organizados por classes e empresas. A futura unificação dos IAPs tem nesta lei seu germen.

Segundo Roncalli (1999), na medida em que os IAPs cresciam e financeiramente se incorporavam aumentava a centralização e influência estatal e diminuía a participação dos trabalhadores. Assim, o Estado brasileiro passou a ser o maior financiador deste modelo de proteção social com o setor privado sendo o principal prestador de serviço.

De acordo com Groismam, Moraes e Chagas (2005), o Estado adotou um modelo de atenção à saúde que privilegiava o setor privado em detrimento de investimentos na rede a atenção à saúde pública, modelo este chamado por muitos de privatista, onde a rede privada de saúde se robusteceu e se agigantou, a partir de recursos públicos, através, principalmente, de convênios. Este modelo continuou a privilegiar somente os trabalhadores formais com “carteira assinada”.

Em 1966 quando os Institutos foram unificados, ao longo de mais de 30 anos de um modelo de Odontologia Previdenciária, foram definidos protocolos uniformes de atendimento às

populações previdenciárias. Entretanto, as ferramentas institucionais utilizadas, o Ato Normativo nº 47 de 17 de outubro de 1969, continuaram nivelando por baixo o atendimento odontológico, dando ênfase ao modelo restaurador-mutilador de atendimento, via pagamento somente a atendimentos clínicos invasivos. A novidade do Ato Normativo foi a inclusão da odontopediatria entre as possibilidades de atendimento de livre demanda, incluindo como procedimento a profilaxia à cárie dentária.

A expansão orçamentária da Previdência na década de 70 possibilitou o crescimento do atendimento odontológico, com aumento significativo da oferta de serviços, ainda que dentro do modelo de atendimento clínico da época. As políticas de saúde bucal tinham um forte foco na ampliação do acesso à prática profissional, ocorrendo, em consequência, um maciço credenciamento de dentistas que trabalhavam em clínicas privadas. Não era objeto de preocupação dos gestores de saúde bucal conceitos e modelos baseados na equidade e universalidade de atendimento, ou da qualidade do serviço prestado, a ênfase era na ampliação da oferta, eminentemente privada (ZANETTI, 1993).

Esse serviço era ofertado aos trabalhadores urbanos pelo INPS, aos trabalhadores rurais pelo FUNRURAL, àqueles que estavam fora do mercado de trabalho, eventualmente por religiosos e, aos bancários, pelo Serviço de Assistência e Seguro Social dos Economiários (PINTO, 1977). Neste período a administração Federal continuou preterindo o Ministério da Saúde (MS) como coordenador nacional das políticas de proteção sanitário-bucais. Ainda no início da crise financeira que se abateu sobre a Previdência Social em 1977, segundo estimativa, 5% dos gastos da União com saúde eram destinados à odontologia (US\$ 120 milhões). Destes, o percentual de menos de 1% se encontrava no MS. Em 1981 mais de 58% dos gastos públicos estavam na esfera do INAMPS, os estados tinham 40,1% e o MS 1,1%. Neste ano, segundo estimativas, a iniciativa privada correspondia a 81,8% do total de recursos movimentados pela odontologia (VIANNA, 1988).

A criação da Coordenadoria de Odontologia no INAMPS em 1976 foi uma necessidade, dentro da estruturação do órgão, por causa do volume de recursos públicos movimentados e da competência do órgão no tocante ao atendimento, dentro da lógica de racionalização dos recursos (ZANETTI, 1993, p.56).

Segundo Viana (1988, p. 182-183),

“[...] pode se perceber, através da análise dos dados relativos ao período 80/85, é que houve uma progressiva ampliação do setor conveniado e uma sensível redução dos serviços próprios e credenciados. Esta tendência, manifestada desde o agravamento da crise financeira da Previdência em 1981, viria a se consolidar com as Ações Integradas de Saúde em 1984, onde se evidenciou um nítido incremento de convênios com órgãos públicos e Instituições de Ensino Superior Odontológico. Esta parece ter sido a estratégia eleita no sentido de racionalizar o uso de recursos e aumentar o controle sobre a assistência odontológica, sem precisar investir na efetiva reestruturação dos serviços próprios, ficando a prioridade a estes atribuída, restrita ao nível do discurso normativo”.

Neste novo cenário de transformação da saúde pública a Odontologia teve uma importante contribuição, seja na participação ativa na formulação de políticas do Movimento Sanitário seja na indicação de profissionais para as coordenações municipais e estaduais. A vereda tomada pelos seguimentos da odontologia, que se constituíram em um movimento contra hegemônico³, tinha um forte viés na realidade da população brasileira. O chamado “Movimento Sanitário Odontológico”, no bojo das políticas reformistas de saúde de então lutou tanto pela transformação do modelo hegemônico de atenção à saúde bucal quanto pela redemocratização da sociedade brasileira. O movimento reformista da saúde, no qual o movimento odontológico e suas conferências se inserem é paralelo e complementar ao movimento de redemocratização brasileiro (SERRA, 1998).

A odontologia previdenciária sofreu, assim como a medicina previdenciária, as mudanças e dificuldades provenientes do projeto de saúde pública privatista da década de 70 (SERRA, 1998), do aumento da cobertura do setor de seguro saúde do setor privado, da rápida

³ O movimento dos sanitaristas, chamados de reformistas, ficou conhecido como movimento contra hegemônico, pois se entendia o modelo vigente até então como hegemônico, caracterizado pelo alto consumo de insumos médicos, processo de trabalho fragmentado e compreensão de saúde meramente como ausência de doença. (SERRA, 1998)

modernização e incorporação de aparelhos e insumos odontológicos e da mercantilização de todo setor dentário (SERRA, 1998; ZANETTI, 1993).

A reação política a esse modelo está registrada, nos anos 80, nas Conferências Nacionais de Saúde, a VII CNS em 1980 e na I Conferência Nacional de Saúde Bucal (I CNSB) em 1986, desdobrada da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 (ZANETTI, 1993; SERRA, 1998).

Na primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal (I CNSB) um importante passo para a saúde bucal foi dado, quando se destacou a importância do diagnóstico em saúde bucal no Brasil (RONCALLI, 1999).

Assim, a Conferência apontou ser importante para a saúde bucal tanto o atendimento individual como a ênfase na saúde coletiva com foco na prevenção, promoção e recuperação, onde o direito à saúde dos indivíduos não seria somente a ausência de doença, mas a possibilidade do indivíduo e o grupo social ao qual pertence de acessar as políticas públicas que melhorassem sua qualidade de vida.

Em relação à II Conferência Nacional de Saúde Bucal (II CNSB), um dos seus pilares foi considerar a saúde bucal como direito de cidadania e ressaltar a participação popular e o controle social das práticas de saúde (LETÁCIO, 2009). O relatório final apontou para um novo modelo odontológico que favorecesse as mudanças de práticas odontológicas.

Dessa maneira, os relatórios finais apresentados pelas Conferências Nacionais de Saúde Bucal apontam diretrizes aos Governos para a reorganização do sistema público de saúde resultantes de processos de discussões e acúmulos. A integralidade da assistência e a continuidade do cuidado sempre perpassaram estes documentos das conferências como uma preocupação dos conferencistas (SERRA, 1998).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que é formada por parte substancial das discussões e relatórios finais das Conferências, abordam a questão da integralidade como:

“direito a ser conquistado o que permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal” e coloca como pressuposto “assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação

da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência e a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo.” (Política Nacional Saúde Bucal, 2004, p.10).

2.3. A Estratégia Saúde da Família: princípios básicos

As políticas de saúde sempre espelham o contexto histórico-social, em conformidade com os modelos econômicos e políticos. No Brasil, as políticas de saúde se pautaram no predomínio das ações curativas e hospitalares, dependentes de insumos tecnológicos que, além de não melhorarem significativamente os indicadores de saúde de uma forma geral, resultam na constante elevação dos custos médico-assistenciais. Este modelo hegemônico, consolidado no Brasil em décadas passadas, ainda está fortemente centrado no doente e na doença (ZANETTI, 2005).

A partir da segunda metade da década de 70 surgiram propostas alternativas para o enfrentamento dos problemas no setor saúde no Brasil como reflexo dos movimentos de promoção de saúde mundo afora e da constante luta pelo direito à saúde, encabeçada por setores organizados e sustentada pelo Movimento da Reforma Sanitária, como parte da luta pela democracia e pela conquista de direitos sociais no país (ZANETTI, 2005).

Esse Movimento, de caráter político e social, influenciou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), inserindo o capítulo da saúde na Constituição Brasileira de 1988 e definido como um processo de reordenamento dos serviços e das ações de saúde. A consolidação do SUS pressupõe o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade, tendo como diretrizes operacionais a descentralização dos serviços de saúde, com gestão única em cada esfera de governo e a criação de mecanismos de participação popular e de controle social (ZANETTI, 1993).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), considerado como estratégia para a reorganização da atenção primária, foram implantados, respectivamente, em 1991 e 1994, com a finalidade de reorientar a atenção primária e contribuir para a operacionalização do SUS, estabelecendo novas práticas na oferta dos serviços de saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF), inicialmente vinculado a FUNASA, apresentava-se como uma alternativa para superar o modelo hegemônico. Este modelo contra hegemônico de atenção à saúde foi assumido pelo Ministério da Saúde na edição da portaria NOB SUS 96 como modelo de mudanças de bases para o novo modelo de atenção à saúde.

Na década de 1990 foram editadas pelo Ministério da Saúde as Normas Operacionais Básicas visando a definição de objetivos e estratégias para a orientação da dinâmica operacional do SUS, isto é: a consolidação da descentralização do SUS, sua municipalização e reorientação do modelo de atenção. Assim, as Normas Operacionais Básicas, NOB/SUS-91,93 e 96, objetivavam redefinir:

1. Os papéis de cada esfera de governo;
2. O caráter da direção única;
3. Ferramentas para que Estados e Municípios superem o mero papel de prestadores de serviços de saúde e passem assumir o papel de gestores;
4. O papel de fluxos de financiamento, reduzindo o pagamento por procedimentos e direcionando a transferência de recursos para transferências fundo a fundo.
5. O papel da participação e controle social sobre o sistema de saúde.

A Norma Operacional Básica/93 instituiu o conceito de Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) e a definição dos fluxos de transferência de recursos financeiros a partir dos papéis, responsabilidades e níveis de gestões definidos por União, Estados, Distrito Federal e Municípios. (BRASIL, 1993)

A Norma Operacional Básica/96 estabeleceu a Programação Pactuada e Integrada (PPI), criou o Piso da Atenção Básica (PAB) e deu ênfase à auditoria e controle do sistema de saúde. (BRASIL, 1996)

A NOB SUS 96, editada em 06 de Novembro de 1996, tinha como objetivo promover e consolidar os princípios do sistema único de saúde, redefinir responsabilidades e papéis e, também, promover a municipalização da saúde, definindo competências, além de criar as bases de um novo modelo de atenção à saúde, “centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com seus núcleos primários – as famílias” (BRASIL, 1996)

Esta concepção que sustenta o Programa Saúde da Família (PSF) propõe uma "nova visão" de construção social da saúde e dos processos de intervenção nas ações e políticas de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação (ZANETTI, 2005).

Numa visão geral sobre o PSF, identifica-se como seu principal papel o de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (ZANETTI, 2005).

O Programa tem um caráter substitutivo em relação à unidade primária tradicional e a Atenção Primária tem no PSF sua ferramenta estratégica mais importante para a organização da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2006), visto que esta incorpora preceitos fundamentais de sistematização da prestação de serviços em saúde nos mais variados níveis de complexidade, tendo como fundamentos o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, a integralidade da assistência, o desenvolvimento de relações de vínculo entre a comunidade e a população, o estímulo à participação e controle social, entre outros.

Dos preceitos advindos do Programa Saúde da Família, a territorialização das unidades de saúde com suas respectivas responsabilidades sanitárias representa um importante instrumento para a continuidade do cuidado.

Dentro desta lógica, a integração e a continuidade do cuidado consistem em uma estruturação permanente das práticas clínicas voltadas para o usuário do sistema, visando garantir a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais nos variados níveis do sistema. Desta maneira, a Unidade de Saúde da Família e respectiva Equipe de Saúde Bucal do bairro ou do território sanitário devem constituir-se na porta de entrada do sistema SUS municipal de

saúde, onde os problemas de saúde da população coberta deverão ser, na sua maioria, resolvidos ou, quando necessário, encaminhados para outros níveis de complexidade (BRASIL, 2006).

Apesar desse pressuposto percebe-se que algumas dimensões da assistência à saúde bucal, principalmente, aquelas relacionadas a níveis de cuidado do câncer bucal, ainda são pouco incorporadas. Reside neste paradigma o maior desafio das políticas de saúde bucal: o desafio de tornar as ações desta área um direito a todos os cidadãos (BRASIL, 2004).

2.4. O Papel dos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária e do PSF

Leavell e Clark, em sua obra “Medicina Preventiva”, publicado em 1976, nortearam conceitualmente a chamada medicina preventiva. A prevenção é colocada em três estágios (primária, secundária e terciária) e cada estágio ligado a um período clínico (pré-patogênese, patogênese e seqüela) e a um nível de atuação. A prevenção primária deve acontecer no período de pré-patogênese, onde existem as condições para o estabelecimento de patologias ligadas ao fator de risco associado. Dentro deste conceito, cada nível de prevenção está ligado a um nível de aplicação ou atuação.

Os dentistas da Equipe de Saúde da Família atuam, primordialmente, no período da pré-patogênese e no nível de prevenção ligado ao diagnóstico precoce e pronto atendimento, porém, para isto não basta somente o conhecimento da História Natural da Doença e suas implicações, mas também atuar sobre fatores de risco ambientais, culturais e etc. O quadro abaixo demonstra a correlação entre a História Natural da Doença, os Níveis de aplicação e os Níveis de Prevenção.

HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA	NÍVEIS DE PREVENÇÃO	NÍVEIS DE APLICAÇÃO
Período Pré-Patogênese	Promoção de Saúde	Ação Governamental Amplo
	Proteção Específica	Ação Governamental Restrita
Período Patogênese	Diagnóstico Precoce e Pronto-Atendimento	Ação Profissional-Paciente
	Limitação do Dano	
Período Pós-Patogênese	Reabilitação	Ação Individual

Quadro 1: Adaptado pelo autor, baseado na História Natural das Doenças de Leavell e Clark (1976)

A Saúde Bucal cada dia mais desponta como preocupação, tanto no enfoque da promoção e prevenção, quanto assistencial. Os agravos bucais e suas seqüelas são de grande prevalência no Brasil, constituindo-se em graves problemas de saúde pública, com conseqüências sociais e econômicas.

A maior prevalência de pacientes acometidos por câncer se encontra na faixa economicamente ativa com freqüentes complicações agravadas pelo diagnóstico final em estágios

mais avançados da doença, quando o prognóstico mais grave, a terapia é mais complexa e as possibilidades de cura são reduzidas (LEÃO et al., 2005; MASHBERG, 2000).

O tratamento oncológico, de modo geral, necessita de recursos médicos-hospitalares mais complexos e sofisticados, envolvendo, muitas das vezes mutilações com complicações estéticas e de movimentação de músculos da cabeça e do pescoço.

Dessa maneira, estudos que investiguem a associação entre indicadores de atenção primária à saúde bucal e condições de acesso e resolubilidade são particularmente importantes para a formulação de políticas de saúde direcionadas a reduzir desigualdades em saúde, sobretudo na utilização de serviços.

As altas taxas de letalidade referentes ao câncer bucal, principalmente em idosos (BRASIL, 2004; DEDIVITIS, 2004; OLIVEIRA, 2008; GENOVESE, 1997), têm uma grande interface com a não precocidade do diagnóstico, principalmente na clínica odontológica (DEDIVITIS, 2004; GENOVESE, 1997). Nesse sentido, vários trabalhos apontam um baixo percentual de encaminhamento de pacientes com diagnóstico de câncer bucal pelos dentistas (DEDIVITIS, 2004).

O atraso relativo à precocidade do diagnóstico refere-se também ao encaminhamento, que podemos considerar como o tempo entre a chegada do paciente ao clínico da atenção primária até o momento do possível diagnóstico final de câncer bucal. Estabelece-se, dessa forma, uma relação direta com o sistema que organiza os fluxos de encaminhamento para a realização do diagnóstico (ONIZAWA et al. 2003; PITIPHAT et al., 2002).

As ações de saúde em odontologia vêm crescendo muito Brasil desde a sua inclusão no Programa Saúde da Família, realizada no ano de 2000, pela portaria/MS nº 1444 do Ministério da Saúde. A odontologia deve ser entendida como uma especialidade complementar a medicina, sendo de fundamental importância para a garantia da saúde bucal dos indivíduos, além de prevenir diversas outras patologias sistêmicas e proporcionar a diminuição de morbidade por outras doenças.

A atual política de Saúde Bucal no Brasil, chamada “Brasil Sorridente”, garantiu a ampliação do acesso às ações secundárias de odontologia, criando a opção de serem implantados nos municípios os chamados Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e os Laboratórios

Regionais de Prótese Dentária (LRPD), inseridos na política de redes de ações e serviços municipais de saúde.

Assim, o paciente atendido pela Saúde da Família, que deverá se constituir na porta de entrada do sistema público de saúde será referenciado para os CEOs sempre que seu problema de saúde for de maior complexidade que o ofertado na atenção primária. Após este atendimento especializado este usuário retornará à Unidade Saúde da Família do seu território para a continuidade do cuidado (LETÁCIO, 2009).

A odontologia no Programa Saúde da Família pode ser incorporada em duas modalidades: Modalidade I, composta por um auxiliar de Saúde Bucal e um Cirurgião Dentista e Modalidade II, composta por um auxiliar de Saúde Bucal, um Técnico em Saúde Bucal e um Cirurgião Dentista.

O CEO que é atenção especializada em odontologia de nível secundário oferece para a população serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais (LETÁCIO, 2009).

2.5. O “Brasil Sorridente”

Orientado pela política de regionalização, o Ministério da Saúde criou em 2003 o Programa Brasil Sorridente, com o claro objetivo de garantir a integralidade do atendimento e a continuidade do cuidado bucal através do CEO, nível secundário de atenção odontológica, que oferece exames e consultas especializadas em Saúde Bucal.

Dessa maneira, a porta de entrada desse usuário do sistema de saúde público municipal deverá ser o Programa de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal, para, nos casos de maior complexidade, ser encaminhados para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), garantido, assim, a integralidade das ações.

Para o credenciamento deste nível de complexidade foram formulados critérios, normas e requisitos para sua implantação junto ao Ministério da Saúde, especificados nas Portarias nº1570/GM de Julho de 2004, com recursos garantidos pelas Portarias nº 599/GM de 23 de Março de 2006, Portaria nº600 de 23 de Março de 2006 e Portaria nº 1572/GM, em parcerias entre Municípios, Estados e União, cabendo a cada ente federado suas respectivas contrapartidas de recursos e responsabilidades.

O objetivo é que estes Centros de Especialidades Odontológicas possam, no nível médio de complexidade, dar suporte para a atenção primária, quer nas unidades tradicionais quer nas Equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família, sendo unidades de referências para a atenção primária, trabalhando de acordo com a realidade epidemiológica do território sanitário.

Os Centros de Especialidades Odontológicas, incluídas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade estão estruturados para ofertar à população, no mínimo, as seguintes especialidades:

- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer oral;
- Periodontia especializada;
- Cirurgia oral menor;
- Endodontia e
- Atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais.

De acordo com a Portaria N.º1.063/GM de 04 de julho de 2005 que revoga a Portaria N.º1.570/GM e define critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e a Portaria N.º 1.069/GM, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas, conforme tabela I, os CEOs tipo I, aqueles com três cadeiras odontológicas recebem mensalmente R\$ 6, 6 mil para custeio, além de R\$ 40 mil em parcela única para gastos com reformas, ampliação do espaço físico e aquisição de equipamentos.

Para os CEOs tipo II, com quatro ou mais cadeiras, os valores mensais são de R\$ 8,8 mil e R\$ 50mil, respectivamente e para os CEOs tipo III, que possuem no mínimo de 07 cadeiras, os recursos para implantação montam R\$ 80 mil reais.

Tipo de CEO	Nº de Cadeiras	Incentivo por Implantação	Incentivo Mensal por Custeio
I	03	R\$ 40.000,00	R\$ 6.600,00
II	04 - 06	R\$ 50.000,00	R\$ 8.800,00
III	Mais de 07	R\$ 80.000,00	R\$ 15.400,00

Quadro 2 – Incentivo Federal por Tipo de CEO

Fonte: Portaria Nº 1.069/GM

2.6. O Câncer de Boca

Baseado em Neville (1998), câncer, sinônimo de tumor maligno, pode ser definido como lesão de crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras regiões do corpo. Algumas lesões, consideradas pré-malignas ou como lesões cancerizáveis, são descritas conceitualmente como um tecido benigno morfológicamente alterado que tem um risco maior de transformação em câncer que o tecido normal.

Este autor classifica a leucoplasia, leucoeritroplasia, queilite actínica, leucoplasia verrucosa como lesões pré-malignas.

- Leucoplasia: considerada toda lesão branca, não destacável, assintomática, de etiologia desconhecida, que não pode ser caracterizada, nem clínica, nem patologicamente (diagnóstico de exclusão) como outra entidade.
- Eritroplasia: também chamada de eritroplasia de Queyrat, é toda lesão vermelha, assintomática, etiologia desconhecida, diagnóstico de exclusão. Sua localização mais comum é no soalho de boca e língua.
- Leucoeritroplasia ou leucoplasia salpicada ou mosquada, tem as mesmas características das lesões anteriores, mas com aspectos clínicos de áreas brancas e vermelhas.
- Queilite Actínea ou lábio de marinheiro ou lábio de agricultor, lesão pré-maligna exclusiva do lábio inferior, que ocorre preferencialmente em pacientes do sexo masculino e os leucodermas, acima de 45 anos de idade, associado a exposição excessiva e prolongada aos raios solares.
- Carcinoma Epidermóide

De todas as lesões cancerígenas na cavidade oral o carcinoma epidermóide (ou carcinoma espinocelular ou carcinoma de células escamosas) corresponde a 90% a 94% do total. A ocorrência por gênero é de 3 homens para cada mulher afetada (NEVILLE, 1998). Mostra-se como uma úlcera assintomática que aumenta de tamanho e não cicatriza, que pode apresentar bordas elevadas, firmes e endurecidas. Seu diagnóstico deve ser baseado em achados histológicos onde pode ser classificado como muito, moderadamente ou pouco diferenciado.

De acordo com este autor, as regiões da boca de maior incidência e prevalência são em ordem decrescente: lábio inferior, língua, assoalho de boca e gengiva. O carcinoma no vermelhão do lábio, em estágios de estadiamento precoce, é tratado através de excisão cirúrgica na forma de ressecção em cunha, com resultados excelentes e recidivas de apenas de 8%, ou com vermelhnectomia, que consiste na remoção completa da mucosa labial exposta fora da cavidade bucal. A sobrevida em 5 anos oscila entre 95% e 100% dos pacientes, fazendo dos hábitos saudáveis de vida (por meio de promoção e prevenção de saúde) e do diagnóstico precoce o principal instrumento contra esta patologia. Neste contexto a profissional de saúde bucal, especificamente o dentistas da atenção primária, desempenha papel relevante.

2.7. Câncer Bucal e as Atribuições do Dentista no PSF

A partir de 2000, através da Portaria nº 1.444 do Ministério da Saúde, as Equipes de Saúde Bucal passaram a integrar as equipes do PSF (ESF), com incentivo financeiro para sua implantação, tendo como objetivo proporcionar saúde oral integral à população adscrita no território, rompendo, assim, com os modelos vigentes excludentes, centrados no procedimento clínico e muitas vezes mutilador.

As Equipes de Saúde Bucal não se organizam somente com dados e bases da epidemiologia e da vigilância em saúde, mas na responsabilidade em promoção de saúde da população cadastrada no território.

Segundo a portaria ministerial nº 648, de 28 de Março de 2006, a competência dos dentistas de Família é:

- Realização de procedimentos de diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e programação das ações em saúde bucal;
- Realização de procedimentos clínicos (incluindo atendimentos de urgência e pequenas cirurgias);
- Desenvolver ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos dentre outros;
- Encaminhar e orientar os usuários a outros níveis de complexidade do sistema e principalmente, manter a responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o seguimento do tratamento, dentre outras responsabilidades.

Os dentistas da atenção básica têm um papel relevante na detecção e diagnóstico precoce de lesões bucais cancerizáveis, por atuarem profissionalmente onde estas patologias ocorrem, devendo, portanto, trabalhar rotineiramente, em suas práticas diárias, no rastreamento de lesões suspeitas (KOWALSKI *et al.*, 2000; CERVI *et al.*, 2005). Ainda, como agente público, é

importante também o profissional de saúde bucal da atenção básica favorecer e articular políticas e movimentos que visem eliminar ou diminuir fatores de risco as populações social e economicamente expostas ao risco desta patologia (CLOVIS *et al*, 2002b, KOWALSKI *et al.*, 2000).

Estudos mostram que profissionais de saúde bucal não se sentem seguros para detectar lesões precoces de câncer bucal, apontando a pouca qualificação e preparo profissional para tal procedimento (VASCONCELOS, 2006).

Alguns estudos traçam o perfil dos dentistas que trabalham na atenção primária no tocante ao diagnóstico precoce e rápida detecção do câncer oral (ALONGE, 2003; CLOVIS, 2002; MCCAN *et al* 2000). McCan *et al* (2000), realizaram um estudo de caso na Escócia em dentistas que atuam na atenção básica e demonstrou que 63% dos pesquisados se encontram em situação de insegurança para diagnosticar lesões precoces de câncer oral. Horowitz *et al* (2000) em estudo semelhante com 508 dentistas dos Estados Unidos demonstraram que os dentistas não tinham como rotina profissional procedimentos ligados a detecção precoce do câncer oral e as ações governamentais, segundo relato dos dentistas, estava ligada ao tratamento das lesões e não ao seu rápido e precoce diagnóstico. Em pesquisa realizada com dentistas no Canadá a maioria não sabia identificar lesões como eritroplasia e nem da sua associação com o câncer de boca (CLOVIS, 2000).

A implantação de protocolos de atendimento para câncer bucal significou um passo fundamental no tocante à mudança de foco da atenção à saúde bucal, visando a organização do sistema. Os protocolos clínicos para prevenção do câncer bucal indicam que sejam estimuladas visitas regulares aos dentistas, hábitos de higiene oral e combate ao hábito de fumar (CARVALHO, 2001).

O exame clínico cuidadoso deve ser realizado em todas as consultas e atendimentos clínicos, requerendo maior atenção nos pacientes de maior risco. Pacientes com lesões suspeitas devem prontamente ser encaminhados para outro nível de atenção em centros de referência para realização de exame diagnóstico.

Não existe um consenso sobre o conceito de saúde oral, embora se considere um paciente com ausência de boa saúde oral quando o mesmo é portador de alguma condição inflamatória,

infeciosa ou quando os tecidos orais se encontram alterados, por exemplo, por má-higiene ou trauma (NEVILLE, 1998).

A prevenção do câncer bucal pode ser primária ou secundária. O papel da prevenção primária é o de modificar ou eliminar fatores de risco para este câncer. Na prevenção secundária enquadram-se o diagnóstico e tratamento dos cânceres precoces. Nesta abordagem está inserida a biópsia, realizado por profissional da área. Medidas de prevenção primária ao câncer bucal consistem apenas em campanhas de combate ao tabagismo e alcoolismo, num esforço conjunto intersetorial, que visa à diminuição não especificamente do câncer oral, mas de um conjunto de outros agravos (ANTUNES, 2007).

A lógica do rastreamento em câncer, através do atendimento odontológico em Unidades de Saúde, é identificar casos ainda em fase inicial, para os quais, supostamente, as intervenções terapêuticas podem ser benéficas, tanto em termos de sobrevida quanto de qualidade de vida. Por constar somente de exame clínico por parte do dentista, não há necessidade de grandes somas de recursos públicos e exames laboratoriais.

O exame clínico da cavidade oral tem por objetivo o diagnóstico precoce e encaminhamento de casos e lesões suspeitas de câncer oral para tratamento. A capacitação dos dentistas para o diagnóstico precoce e a definição dos procedimentos e protocolos de atendimento clínico é uma etapa primordial dos programas para detecção precoce de suspeitas e casos de câncer oral e podem significar maior sobrevida dos pacientes (ANTUNES, 2007).

O tratamento cirúrgico e radioterápico deve ser feito nos níveis de média e alta complexidade, sempre com acompanhamento da Equipe Saúde Bucal da atenção primária (LETÁCIO, 2009).

Em relação ao câncer bucal, não há na literatura um protocolo clínico que padronize o atendimento ao paciente com lesão suspeita de câncer oral, por isto, alguns municípios, como Guarulhos, na grande São Paulo, estabeleceram como protocolos clínicos para lesões suspeitas de câncer bucal condutas elaboradas pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde. Estas ações já experimentadas em programas de outras cidades consultadas foram ponderadas e discutidas por um Comitê de Saúde Bucal, constituído por representantes de

diversos serviços de saúde do município de Guarulhos, com o propósito de nortear as ações e ampliar o acesso ao serviço de saúde bucal, visando melhor resolatividade.

Os Centros de Especialidades Odontológicas devem realizar, dentre o elenco mínimo de atividades estabelecido, atendimento em Estomatologia, com ênfase no diagnóstico de câncer bucal. A avaliação estomatológica nos Centros Especializados não deve invalidar os esforços dos profissionais para o diagnóstico precoce de doenças bucais nas Unidades Primárias de Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) os requisitos básicos para a referência estomatológica são:

- As necessidades de avaliação estomatológica deverão ser encaminhadas com formulários específicos de referência e contra-referência, onde conste o motivo de encaminhamento, dados clínicos e localização da enfermidade ou da lesão.
- O paciente referenciado para diagnóstico especializado de lesões com potencial de malignização ou com suspeita de malignidade na boca deve ser acompanhado e continuamente sensibilizado para seu comparecimento aos locais de referência desde a suspeita da lesão e comprovação do diagnóstico até o eventual tratamento.
- Diante das dificuldades do sistema de saúde em operacionalizar os tratamentos de alta complexidade, a referência ao nível de maior complexidade deve ser formalizada por documentos de referência e acompanhada pelos profissionais do CEO.
- O atendimento de referência para as lesões suspeitas de câncer, lesões com potencial de malignização, ou de outros agravos estomatológicos (de etiologia diversa) nos Centros de Especialidades Odontológicas não deve inviabilizar a realização destes procedimentos nas Unidades Primárias de Saúde.

Em relação aos critérios de inclusão para encaminhamento à atenção especializada, os dentistas da equipe de Saúde Bucal do PSF devem encaminhar para os CEOs todos os pacientes que apresentarem, ao exame clínico, os seguintes sinais:

- Pacientes com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, onde esteja indicado, ou seja, desejado o esclarecimento clínico, exame histopatológico (biópsia) ou solicitação de outros exames complementares adicionais;

- Pacientes com áreas da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou enfartamento ganglionar, apresentem-se com formação de placas esbranquiçadas, áreas atróficas ou manchas escurecidas; deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar e que tenham acima de 40 anos de idade;
- Na presença de lesões ulceradas, atróficas, hiperkeratóticas ou nodulares, avaliar a presença de possíveis agentes causais locais, removendo-os quando possível e acompanhando a evolução antes do encaminhamento;
- Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou na mandíbula;
- Pacientes com presença de nódulos, vesículas ou bolhas e enfartamento ganglionar.

2.8. Processo Educativo e a Importância do Auto-Exame

O processo educativo é o instrumento básico que veicula informações e experiências sobre saúde, assim, pode-se considerar que educar para a saúde é uma atividade das mais relevantes e essenciais do Programa de Saúde da Família (PSF). Além de instrumento de transformação social, não só a educação formal, escolarizada, mas toda ação educativa pode propiciar a reformulação de conceitos/hábitos e a aceitação de novos valores. O processo educativo é utilizado em saúde visando mudanças de comportamento e, assim sendo, aprender significa mudar comportamentos através de informações e experiências. A formação profissional, o tempo de trabalho e a capacitação direcionada ao ESF, além de conceitos e práticas de promoção à saúde são preceitos do novo modelo assistencial, que visa reorientar todo o modelo assistencial.

Compreendendo a saúde bucal como um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla, Souza (2002) reforça a utilização da busca de mecanismos que visam à melhoria do quadro epidemiológico, por meio da ampliação das ações em saúde bucal. Dessa forma, deve haver incentivo para realização do auto-exame bucal, objetivando, a diminuição dos índices de mortalidade através do diagnóstico precoce das lesões (ORTEGA-ALTAMIRANO, 2000).

O auto-exame bucal deve ser realizado pelo próprio paciente devidamente orientado sobre as características clínicas das lesões precursoras do câncer bucal, possibilitando o diagnóstico precoce, evitando, desta forma, o tratamento em outros níveis de complexidade do sistema de saúde e acarretando melhor qualidade de vida para o paciente e menor custo para o sistema público de saúde.

Dentre os fatores ambientais e sociais que facilitam o aparecimento de patologias, destacam-se o pouco acesso à informação, educação e assistência à saúde nos grupos sociais econômica e socialmente menos favorecidos. Esses fatores são maximizados por estratégias mercadológicas que estimulam o consumo e, ao mesmo tempo, facilitam o acesso das camadas sociais mais desprotegidas aos produtos de tabaco, especialmente cigarros. Neste cenário a educação para saúde é o processo mais eficiente de ações profiláticas (PINHEIRO, 1998). Pode-se afirmar, nesse sentido, que práticas relacionadas à prevenção do câncer bucal, definitivamente, salvam vidas.

3. Problema, Objetivos e Método

3.1. Problema

Em função da alta incidência do câncer bucal no Brasil e dos baixos índices de sobrevida, o que demonstra a agressividade desta patologia, há necessidade, cada vez maior, de que o profissional das equipes de saúde bucal no PSF esteja capacitado para diagnosticar precocemente lesões suspeitas de câncer oral e dar continuidade ao cuidado.

3.2. Hipóteses Teóricas

- Os cirurgiões dentistas da ESB e das unidades básicas tradicionais do sistema municipal de saúde não possuem capacitação permanente em relação à prevenção, fatores de risco e diagnóstico precoce de câncer bucal.
- A capacitação destes profissionais é feita de maneira individual e por iniciativa própria.
- O sistema de referência e contra-referência para a continuidade do cuidado do paciente com suspeita de câncer bucal é inadequado.
- Os cirurgiões dentistas das ESB não estimulam práticas educativas de prevenção ao câncer bucal.
- Os CDs das ESB não são capacitados sobre os fatores de risco do câncer oral.
- As ESB não fazem rastreamento para diagnóstico precoce do câncer oral.

3.3. Questão norteadora

Os Cirurgiões-Dentistas das Equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família têm condições técnicas e operacionais para fazer o diagnóstico precoce do câncer bucal através das lesões da boca e o imediato encaminhamento para apoio diagnóstico nos Centros Especializados de Odontologia (CEOs) e posterior acompanhamento dos casos confirmados?

3.4. Objetivos

3.4.1. Objetivo Geral

Analisar as condições técnicas e operacionais dos cirurgiões dentistas das Equipes de Saúde Bucal do PSF do Município de Resende, no Estado do Rio de Janeiro, para identificação, diagnóstico precoce e encaminhamento de pacientes cadastrados nas suas áreas de atuação, com suspeita de lesões orais consideradas pré-cancerosas.

3.4.2. Objetivos Específicos

- Conhecer e descrever a estrutura dos serviços de apoio diagnóstico e tratamento do câncer bucal dos usuários encaminhados pelas Equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família do município de Resende.
- Identificar e analisar as dificuldades das unidades de referência para diagnóstico e tratamento do câncer bucal no município de Resende.

3.5. Métodos e procedimentos

3.5.1 Natureza da pesquisa

Em função do tema desenvolvido nesta pesquisa, o diagnóstico precoce e mecanismos utilizados pelos profissionais das equipes de saúde bucal do PSF do município de Resende, na Região de Saúde do Médio Paraíba para o encaminhamento e tratamento dos usuários com suspeita de câncer bucal para os demais níveis de complexidade do sistema municipal de saúde, a abordagem qualitativa mostrou-se mais adequada, pois permitiu investigar tanto os aspectos objetivos quanto os particulares e subjetivos (MINAYO, 2000).

O público-alvo foram os dentistas das Equipes de Saúde Bucal que atuam nas Equipes de Saúde da Família, discriminados por nome e endereço em documento fornecido pela Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Resende.

Desta maneira, o desenho deste estudo foi de natureza qualitativa, estudo de caso, de fundo simultaneamente teórico e empírico, com finalidade descritiva. A pesquisa descritiva permite estudar relações entre variáveis, e assume, normalmente, a forma de estudo de caso. O caráter descritivo pode ser explicado como uma finalidade da pesquisa, na qual são descritas as características de uma determinada população ou fenômeno através da observação sistemática de fatos e da coleta de dados pela aplicação de questionários.

As pesquisas desse tipo são também utilizadas para estudar o atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, assim como para contemplar a preocupação dos pesquisadores sociais com a atuação prática. Muitas vezes as pesquisas descritivas proporcionam uma nova visão do fenômeno, aproximando-se, dessa forma, das pesquisas exploratórias. O pesquisador observa, registra, analisa, classifica e interpreta, sem interferir na realidade estudada. Este tipo de pesquisa atende a preocupação do pesquisador em relação à atuação prática (GIL, 2002). Também, de acordo com Tobar e Yalour (2001), a pesquisa descritiva não tem a finalidade precípua de explicar os fenômenos que descreve.

O estudo de caso, como é aplicado a poucas unidades de análise, sua riqueza não está na extensão, mas em permitir o aprofundamento e detalhamento dos perfis das unidades de análise identificadas na pesquisa (TOBAR, YALOUR, 2001). Isto implicou na elaboração de uma lista significativa de variáveis que permitiram a descrição detalhada dessas unidades de análise, que, neste estudo, foram as equipes de saúde bucal do PSF do município de Resende e as unidades de referência para diagnóstico e tratamento.

3.5.2. Coleta de dados

- **Primários**

Para obtenção dos dados primários foram utilizadas técnicas de entrevistas, com roteiros semi-estruturados, aplicados, nos locais de trabalho, a todos os dentistas das Equipes de Saúde Bucal do PSF. Assim, quantitativamente tivemos: 11 dentistas do PSF no município de Resende. A amostra incluiu 2 odontólogos especialistas do Centro de Especialidades Odontológicas de Resende para enriquecer a análise sobre a continuidade do cuidado. Dessa forma estes 2 profissionais do Centro de Referência foram incluídos na amostra porém, na análise dos resultados, estes odontólogos do CEO ficaram à parte. A entrevista semi-estruturada, parte do trabalho de campo, foi elaborada contendo perguntas fechadas e abertas.

Segundo Minayo (1999), trata-se de uma situação de interação em que o entrevistador obtém informações das falas dos entrevistados, que podem, muitas vezes, ser afetadas pela relação do entrevistador. A autora também afirma que o entrevistado poderá abordar o tema proposto, sem condições pré-fixadas pelo entrevistador, apesar de partir de um roteiro elaborado e isto exige, portanto, uma interação entre o pesquisador, os pesquisados e suas qualidades em destacar de forma abrangente as questões que deverão ser abordadas.

O roteiro de entrevistas foi previamente testado com um número de questões fechadas e abertas suficientes para a obtenção de dados que permitiriam o aprofundamento do conhecimento

relacionado com os propósitos de investigação da pesquisa. Cada questionário aplicado aos participantes do estudo continha explicações sobre a natureza do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a ser por eles preenchido, caso concordassem em participar da pesquisa. As perguntas foram elaboradas e agrupadas por temas, perfil dos entrevistados, diagnóstico precoce, estrutura dos serviços e dificuldades para diagnóstico e tratamento e para análise dos resultados foram criadas categorias e subcategorias de análise a partir dos grandes eixos ou temas da pesquisa.

➤ Tema - perfil dos entrevistados:

- Características Gerais dos Participantes: Idade, Gênero, tempo formado, tempo na Estratégia e no SUS municipal, Introdutório ao PSF;

➤ Tema - diagnóstico precoce:

- Conhecimento das Características Clínicas da Ocorrência do Câncer Boca, isto é: tipo mais comum de câncer de boca, região anatômica mais freqüente, sintomatologia, faixa etária de maior ocorrência, metástase regional, estágio no diagnóstico e lesão precursora;
- Conhecimento dos Fatores de Risco Associados ao Aparecimento do Câncer: câncer prévio, consumo abusivo de álcool, história familiar, estresse, prótese mal adaptada, dentes em mal estado, higiene oral deficiente, exposição solar, bebidas e comidas quentes;

Para facilitar as respostas relativas às questões acima os dentistas assinalaram suas opções nos quadros elaborados contendo, respectivamente, as principais lesões pré-cancerosas e os fatores de risco.

- Capacitação institucional para identificação de lesões pré-cancerosas na boca;
- Capacitação por iniciativa própria para diagnóstico precoce do câncer bucal;
- Condições técnicas e operacionais oferecidas pela unidade SF para diagnóstico e encaminhamento de pacientes suspeitos de serem portadores de câncer bucal;
- Interesse e percepção em relação ao Câncer de Boca;
- Auto-avaliação do nível de conhecimento, segurança sobre o diagnóstico, pacientes informados (prevenção e diagnóstico), formação adequada na graduação, realização do

último curso, capacitação para a Estratégia, necessidade e interesse em cursos futuros, importância dos dentistas na prevenção e no diagnóstico precoce;

➤ Tema - estrutura dos serviços:

- Referências municipais para diagnóstico e encaminhamento do câncer bucal;

➤ Diagnóstico e tratamento

- Dificuldades dos especialistas para diagnóstico e tratamento do câncer bucal;
- Prática clínica relacionada ao Câncer Bucal;
- Realização de exames e acompanhamento de casos da lesão;

Em relação à análise dos dados primários, as questões fechadas do roteiro de entrevistas foram tratadas com ferramentas estatísticas simples (frequências) e quanto às abertas utilizou-se a Análise de Conteúdo de Laurance Bardin, que a considera como:

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

Neste sentido, para cada tema, foram criadas pré-categorias e subcategorias para análise dos resultados relativos a cada um.

Os dados secundários foram obtidos através das referências bibliográficas e documentais, que possibilitaram embasamento às questões teóricas do trabalho.

3.5.3. Cenário do estudo

públicos; uma rede de saúde de 22 Módulos de Saúde da Família implantados⁴, 17 Equipes de Saúde Bucal, todas na modalidade I, 01 Centro de Especialidades Odontológicas tipo II (Portaria nº217/GM, de 11 de fevereiro de 2005) para onde são encaminhados os casos de atenção secundária odontológica.

Segundo a portaria 648 GM/MS, de 28 de Março de 2006:

“São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes (...).”

Com isto, a cobertura de Equipes de Saúde Bucal no município é de 45,94% da população. Segundo cadastro no Ministério da Saúde há no município 119 Agentes Comunitários de Saúde cadastrados, cobrindo 63.825 habitantes, o que corresponde a 49,08% de cobertura⁵. O sistema municipal de saúde de Resende conta com outros níveis de complexidade, tendo ainda um hospital Geral especializado em atendimento de urgência com 9 leitos de CTI; 01 hemonúcleo com capacidade diária de atendimento de 40 pessoas/dia; um centro municipal de reabilitação e Fisioterapia, com média anual de atendimento de 23.800 pessoas, sendo a média de atendimento hospitalar anual de 68.500 pessoas.

Os serviços especiais gratuitos de saúde que atuam na área curativa e preventiva como o Programa Saúde da Família atingiram em dezembro de 2010⁶ 58,37% de cobertura no município, incluindo os programas especiais que oferecem atendimento em diversas áreas, entre elas: saúde da mulher, hipertensão arterial, diabetes, saúde do idoso, atenção a dependentes químicos e hanseníase.

⁴ http://189.28.128.99/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php, acessado em 05/01/2011.

⁵ http://189.28.128.99/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php, Acessado em 05/01/2011.

⁶ http://189.28.128.99/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php, Acessado em 05/01/2011.

Como determina o artigo 9º da Lei 8080 de setembro de 1990, a Secretaria Municipal de Saúde de Resende é a gestora dos serviços de saúde ofertados a população.

“(…) a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.”

E segundo o artigo nº 18 da mesma Lei:

“À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual (...);”

Segundo dados oficiais do banco de dados do Ministério da Saúde⁷ - DATASUS - o Município de Resende vem aplicando em recursos de saúde acima do acordado pela Emenda Constitucional 29, que estabelece no mínimo 15% da arrecadação municipal, a partir de 2001, em gasto de saúde:

2000		2001		2002		2003		2004	
% Mínimo	% Aplicado	% Mínimo	% Aplicado	% Mínimo	% Aplicado	% Mínimo	% Aplicado	% Mínimo	% Aplicado
7,00	18,82	15,00	17,48	15,00	17,12	15,00	16,47	15,00	17,74

⁷ <http://siops.datasus.gov.br/evolpercEC29.php>, Acessado em 18/01/2011.

2005		2006		2007		2008		2009	
% Mínimo	% Aplicado	% Mínimo	% Aplicado	% Mínimo	% Aplicado	% Mínimo	% Aplicado	% Mínimo	% Aplicado
15,00	18,36	15,00	19,24	15,00	18,42	15,00	20,32	15,00	22,48

Quadro 3 – Percentual de recursos aplicados pelo Município de 2000 a 2009

FONTE: DATASUS

3.6. Aspectos Éticos

Inicialmente, este estudo foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá (UNESA), seguindo os requisitos preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Solicitou-se também anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Resende para a efetivação deste estudo. A participação dos sujeitos da pesquisa, dentistas da rede municipal que trabalham na ESF, se deu de forma voluntária, mediante solicitação de permissão para a gravação e a explicitação sobre a finalidade e importância da colaboração, seguida da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. Resultados e Discussão

O município conta com 17 Equipes de Saúde Bucal, distribuídas pelas seguintes localidades: Fazenda da Barra I, Fazenda da Barra II, Fazenda da Barra III, Novo Surubi, Surubi Velho, Paraíso, Capelinha/Serrinha, Cabral, Morro do Cruzeiro, Zona Rural, São Caetano, Vicentina/Santo amaro, Engenheiro Passos, Jardim Beira Rio/Jardim Alegria, Itapuca, Visconde de Maúa e Baixada do Olaria.

Deve-se assinalar que as unidades da Fazenda da Barra II, Fazenda da Barra III e Itapuca estavam em obras; 01 dentista (CD) estava em férias, 01 profissional trabalhava na zona rural em mais de um Módulo de PSF e não foi contatada e 01 profissional de ESB não se sentiu à vontade para falar sobre o tema.

Os profissionais que aceitaram participar deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando que suas respostas fossem analisadas. Os dentistas entrevistados representam 64,70% do total de dentistas pertencentes às ESB. Como três unidades estavam em reforma, podemos dizer que o universo de entrevistados representa 78,57% do total de dentistas em atividade em ESF. Alonge e Narendran (2003) em estudo similar com dentistas obtiveram percentual de 40% de participação do público-alvo. Na pesquisa destes autores o questionário foi encaminhado via correio para os dentistas, na expectativa de devolução do mesmo pelos participantes, diferente deste presente estudo onde o pesquisador foi a campo realizar as entrevistas.

4.1 Tema: Perfil dos entrevistados

4.1.1 Categoria: Participação

No tocante ao perfil profissional, o estudo reuniu informações de 11 dentistas do PSF (representam 64,70 % dos profissionais de ESB do município) referentes aos conhecimentos sobre o tema. Para enriquecer a análise sobre a integralidade da assistência e a continuidade do cuidado, foram entrevistados 2 (50%) odontólogos especialista em cirurgia buço-macilo-facial do CEO, no universo de 4 especialistas em cirurgia, que são os responsáveis no Centro de Referência pela biópsia em lesões suspeitas de câncer oral. Convém ressaltar que a análise quantitativa dos dados será realizada somente com os odontólogos do PSF. A participação dos dentistas do CEO se deu em caráter complementar para enriquecimento da análise sobre a continuidade do cuidado. Alonge e Narendran (2003) em pesquisa realizada com dentistas sobre câncer bucal obteve 40% de participação dos odontólogos contactados, levando-os a conclusão que havia pouco interesse dos dentistas sobre o tema.

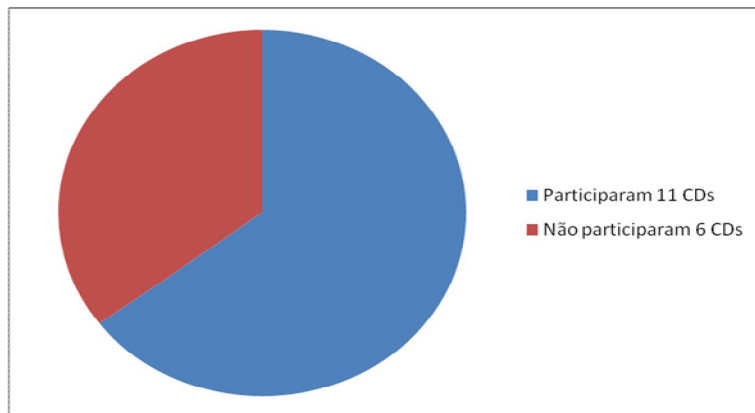


Gráfico 1. Distribuição dos cirurgiões-dentistas (CDs) do PSF segundo a participação no estudo.

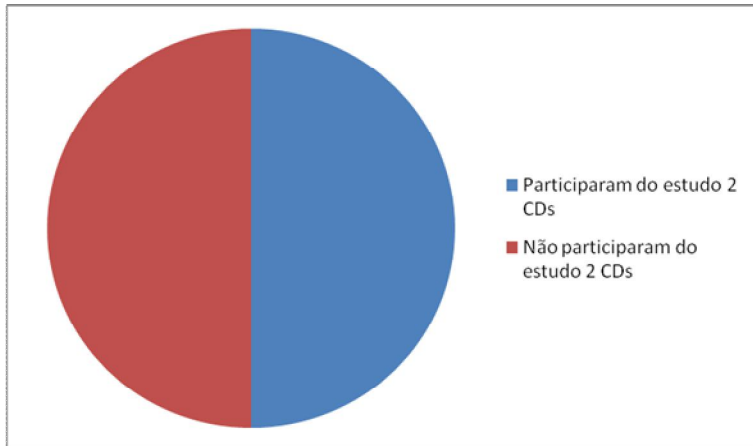


Gráfico 2. Distribuição dos cirurgiões-dentistas (CDs) do CEO segundo a participação no estudo.

4.1.2 Categoria: Idade

Em relação à idade dos dentistas (gráfico 3) entrevistados 04 (36,4%) têm entre 20 e 30 anos; 05 (45,4%) entre 30 e 40 anos e 02 (18,2%) com 40 anos ou mais.

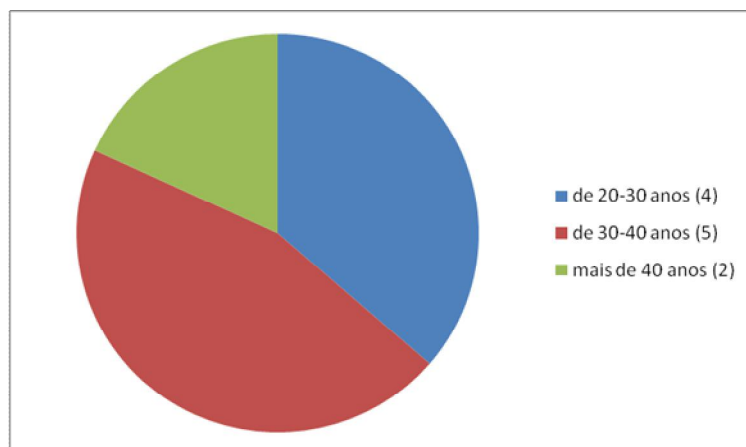


Gráfico 3. Idade dos CDs entrevistados

4.1.3 Categoria: tempo de graduado

Conforme sintetiza o gráfico 04, a pesquisa identificou em relação ao tempo de graduado dos entrevistados, que 02 dentistas (18,2%) têm 01 ano ou menos de graduado; 02 (18,2%) entre 01 e 05 anos; 04 (36,4%) com mais de 05 e menos de 10 anos de graduado e 03 dentistas (27,3%) com mais de 10 anos de graduado. Os resultados desta pesquisa em relação aos anos de graduação diferem de outros trabalhos, como o realizado por Alonge e Narendran (2003) e Kujan et al. (2006) na qual os odontólogos com mais de 20 anos de graduação eram percentualmente maiores quando comparados com outras faixas de idades, nos respectivos estudos.

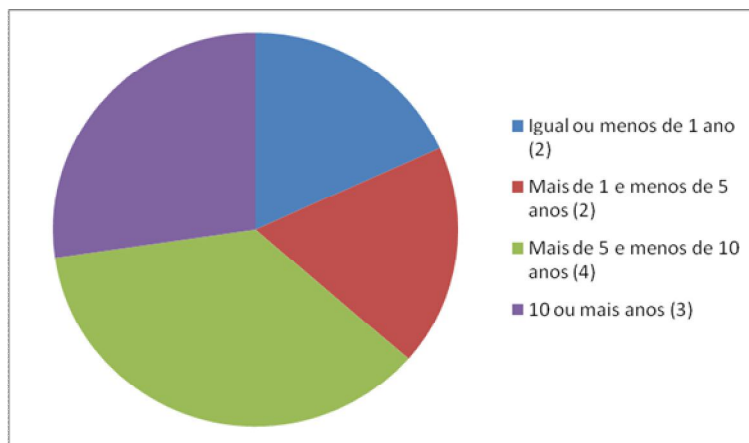


Gráfico 4. Tempo de graduado dos CDs entrevistados (em anos)

4.1.4 Categoria: tempo de trabalho no PSF

Em relação ao tempo de trabalho em equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família (PSF), como mostra o gráfico 04, abaixo, dos dentistas entrevistados 07 (63,63%) responderam que trabalham a menos de 1 ano; 03 entrevistados (27,27%) estão nas ESB entre 01 a 04 anos; 01(9,09%) trabalha em ESB/PSF há mais de 05 anos e nenhum entrevistado trabalha há mais de 10 anos no PSF.

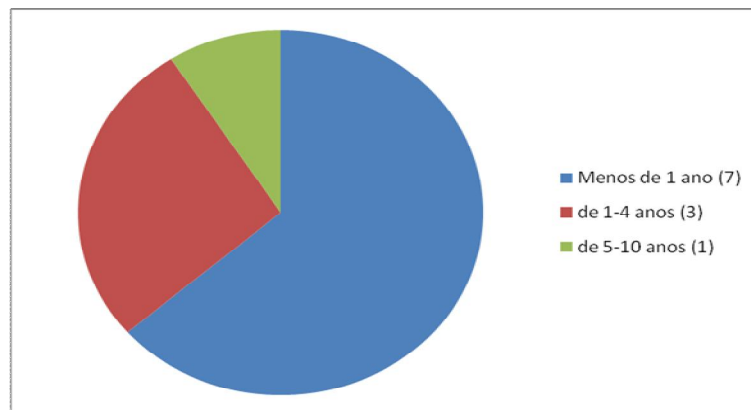


Gráfico 5. Tempo de trabalho em PSF (em anos)

Assim, dos dentistas entrevistados, o maior percentual (36,36%) refere-se aos profissionais (quatro) com mais de 5 anos e menos de 10 anos de graduação e quanto à idade 45,45% (cinco) estão na faixa entre 30 e 40 anos. McCann et al. (2000) no seu estudo com dentistas sobre câncer de boca na Escócia encontrou um percentual de 33% de dentistas com mais de 20 anos de graduado.

4.1.5 Categoria: especialização

No que diz respeito aos dentistas possuírem ou não especializações (gráfico 06), 05 (45,45%) responderam que possuem alguma especialização, enquanto 06 (54,54%) não possuem qualquer especialização.

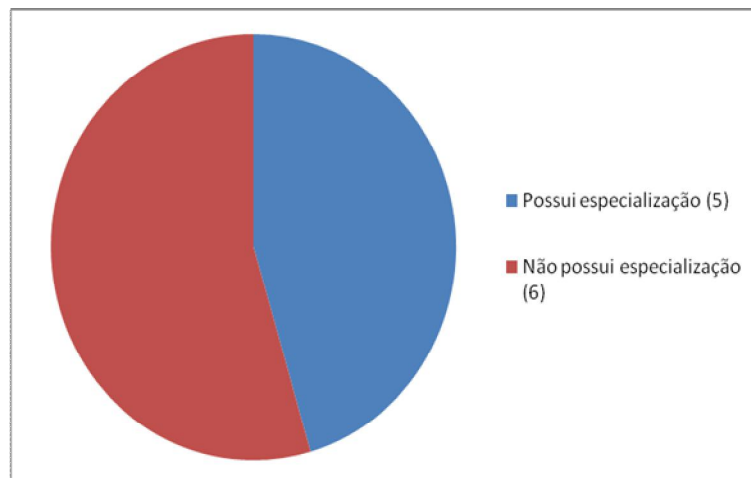


Gráfico 6. Distribuição dos CDs com e sem especialização.

Como 54,54% dos entrevistados não possuem especialização, estes profissionais podem ser caracterizados como generalistas. Kujan et al. (2006) em estudo com dentistas sobre câncer oral identificou majoritariamente como generalistas mais de 70% dos dentistas entrevistados.

4.1.6 Categoria: vínculo com o PSF

A pesquisa identificou que 06 dentistas (54,55%) trabalham exclusivamente no Módulo de Saúde da Família no município de Resende, não possuindo qualquer outro tipo vínculo enquanto 05 dentistas (45,45%) relataram ter outro tipo de trabalho, além daquele onde desempenham suas funções no Programa de Saúde da Família. Dos CDs que relataram outro tipo de trabalho, todos, ou seja, 100% disseram trabalhar em consultórios particulares com outros colegas de profissão. Kujan et al. (2006) encontrou um percentual de 20% de dentistas que trabalham somente na serviço público, quando o questionamento foi sobre se havia outros vínculos de trabalho.

Como a Portaria/MS nº648, de 28 de Março de 2006, que regulamenta o Programa de Saúde da Família preconiza dedicação de 40 horas semanais de trabalho, constatamos que 54,55% dos dentistas trabalham exclusivamente no PSF.

Na pesquisa desenvolvida por Leão et al. (2005) o número de dentista com outro vínculo de trabalho foi de 62%, além do compromisso na atenção primária.

Um dos dentistas entrevistados, que possui vínculo empregatício classificado como estatutário, justificou sua dedicação exclusiva ao PSF da seguinte maneira: “(...) a Prefeitura paga um bom salário, que me permite ficar aqui 8 horas por dia”.

Em relação ao vínculo empregatício, dos 11 profissionais do PSF, 01 é contratado via Cruz Vermelha, 03 são cargos de confiança e 07 foram admitidos por concurso público, realizado em 2010. Desta forma, somente os admitidos por concurso público e, assim, submetidos ao Estatuto dos Servidores Municipais, fazem jus à gratificação por trabalharem no Programa de Saúde da Família e, por isto, têm salário diferenciado em comparação aos outros profissionais que também trabalham no PSF.

Cruzando estes dados podemos perceber que dos 07 dentistas admitidos em concurso público 02 (28,57%) tem outro vínculo de trabalho, além do PSF, e 05 (71,42%) trabalham exclusivamente no PSF. A relação se inverte quando analisamos os dentistas classificados como não estatutários, onde dos 04 dentistas não estatutários apenas 01 (25%) dedica todo seu tempo de trabalho ao Programa de Saúde da Família.

Um dos dentistas não estatutários que possui outro vínculo trabalhista, argüido sobre o porquê de não trabalhar exclusivamente no PSF respondeu que “(...) o salário não é tão bom para viver só dele e eu posso ser mandado embora a qualquer momento”.

Desta maneira, o perfil dos profissionais –sujeitos deste estudo – pode ser registrado da seguinte forma: possuem entre 30 a 40 anos (45,45%) de idade; de 05 a 10 anos de graduado (36,36 %); 81,8% são do sexo feminino; 54,54% são generalistas; 72,72% possuem vínculo trabalhista, classificados como servidor público do Município e 06 (54,54%) dentistas dedicam todo seu tempo e trabalho profissional exclusivamente ao Programa de Saúde da Família.

Quanto a questão de gênero por parte dos pesquisados, este estudo coincide com pesquisa realizada por Leão et al. (2005), na qual houve predomínio de dentistas mulheres (52%), porém com percentual muito inferior ao apresentado neste estudo (81,81%).

4.2 Tema - diagnóstico precoce do câncer bucal pelas ESB/PSF

4.2.1 Categoria: capacitação institucional

Em relação à esta categoria, 10 (90,9%) dentistas relataram que não tiveram nenhum tipo de capacitação institucional sobre diagnóstico precoce de câncer de boca e apenas 01 (9,1%) confirmou ter tido capacitação institucional sobre o tema. Entretanto, 09 (81,8%) afirmaram que ao longo de sua trajetória profissional fizeram algum tipo de capacitação sobre o tema, enquanto 02 (18,2%) dos entrevistados disseram que nunca participaram de cursos específicos sobre o tema.

Algumas falas dos dentistas entrevistados retratam, de forma bem semelhante, a situação da maioria (81,8%) em relação à capacitação sobre câncer bucal. Assim, como exemplo: “(...) eu

sempre participo de Congressos ou cursos gratuitos realizados pela ABO e na faculdade sempre tinha Jornadas Universitárias”.

Todos os dentistas (100%) entrevistados disseram que a Prefeitura sempre realiza cursos de capacitação com os dentistas da rede municipal, embora nenhum abordasse tema “câncer de boca”. Os dentistas relataram que “ a Prefeitura e a Secretaria de Saúde sempre realizam cursos, constantemente, mas ainda não teve um sobre câncer de boca, mas sempre tem curso para fazer pela Prefeitura”.

4.2.1.1 Subcategoria: Participação em atividades acadêmicas sobre câncer oral

Quanto à participação dos dentistas em atividades acadêmicas sobre o tema relacionado com câncer bucal, verificou-se que 2 disseram que haviam participado de cursos sobre o tema a menos de 1 ano; 6 dentistas relataram ter participado de cursos sobre o tema a mais de 1 anos e 3 dentistas nunca participaram de cursos sobre o tema. Para a maioria dos entrevistados (90,9%) a atualização sobre câncer bucal ocorreu em Congressos Científicos, onde participaram por conta própria.

Os 11 dentistas entrevistados (100%) relataram que gostariam de participar de cursos de capacitação sobre o diagnóstico precoce de câncer de boca. Esta fala é representativa dessa posição geral: “ gostaria de participar de capacitação sobre câncer de boca sim, pois me ajudaria muito na clínica e para eu poder continuar me atualizando”.

4.2.1.2 Subcategoria: Condições técnicas e operacionais

Sobre este aspecto, 10 (90,9%) dentistas relataram ter condições técnicas e conhecimento profissional para detecção de lesões suspeitas de malignidade oral. O mesmo percentual de dentistas (90,9%) dos Módulos de ESB relataram que as unidades lhes oferecem boas condições físicas, de material e de insumos para um bom atendimento clínico e para uma boa investigação para rastreamento de lesões pré-malignas ou malignas. Apenas 01 (9,1%) dentista relatou que sua unidade poderia ter um ar-condicionado, mais espaço e conseqüentemente conforto para o profissional e paciente: “(...) no verão o consultório odontológico é muito quente, o que afeta a qualidade do trabalho”.

Quanto à experiência de estar diante de uma possível lesão sugestiva de malignidade de câncer oral, 04 (36,36%) dentistas disseram que já se depararam com este tipo de lesão oral e a conduta de todos foi a de encaminhar os pacientes para o Centro de Referência de Especialidades Odontológicas do município (CEO) para que, após avaliação do especialista, estes pacientes ficassem à disposição para uma possível biópsia incisional ou excisional e exames complementares. Esta fala reflete a conduta dos profissionais : “(...) eu mediquei o paciente com analgésicos e antiinflamatório para aliviar a dor local e encaminhei para o Centro de Especialidades”.

Todos (100%) os dentistas pesquisados relataram que não faltam insumos para o atendimento aos pacientes “(...) aqui não falta luva, material de consumo, nem nada que possa paralisar o atendimento. Sempre que pedimos material a entrega é muito rápida”.

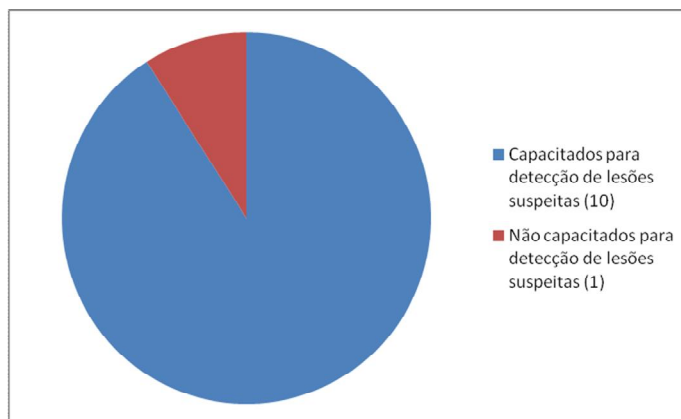


Gráfico 7. Percepção dos CDs segundo a capacitação para detecção de lesões suspeitas de malignidade oral.

4.2.1.3 Subcategoria: fatores de risco

Quando apresentados ao quadro contendo vários fatores de risco e argüidos sobre o grau de importância de cada um deles no que diz respeito à etiologia do câncer bucal e o grau de importância de cada condição oral em relação à evolução do câncer bucal, as respostas foram distribuídas por número de citações, conforme sintetizado no quadro abaixo:

	Importante	Moderadamente Importante	Sem Importância	Não sabe
Idade do Paciente	7	4	0	0
Álcool	11	0	0	0
Infecção bacteriana	4	4	1	2
Trauma	7	3	1	0
Infecção Fúngica	2	5	2	2
Tabagismo	11	0	0	0
Infecção Viral	3	5	1	2

	Importante	Moderadamente Importante	Sem Importância	Não Sabe
--	------------	--------------------------	-----------------	----------

Aftas	3	7	1	0
Candidíase	4	4	3	0
Eritroplasia	7	4	0	0
Tatuagem por Mercúrio	1	3	6	1
Leucoplasia	9	1	1	0
Língua Geográfica	2	2	7	0
Líquen Plano	4	3	4	0
Granuloma Piogênico	2	4	5	0
Mucocele	0	3	8	0

Quadro 4: Fatores de risco para o câncer oral e o grau de importância sobre a sua etiologia, segundo avaliação dos dentistas entrevistados.

Quanto à conduta diante de um paciente exposto a fatores de risco do câncer bucal, 09 (81,8%) entrevistados disseram que orientam o paciente sobre os perigos destes fatores de risco, enquanto 02 profissionais (18,2%) relataram que não tomam qualquer atitude, pois na concepção deles a exposição aos fatores de risco não representa necessariamente que este paciente desenvolverá câncer oral.

Por outro lado, 10 (90,9%) entrevistados disseram que tem conhecimento sobre os fatores de risco ligados a patologia citada, enquanto 01(9,1%) dentista relatou ter conhecimento insuficiente para os reais fatores de risco.

A pesquisa mostrou que 100% dos dentistas, durante a anamnese, questionam se os pacientes fazem ingestão de álcool e cigarro constantemente, pois a Secretaria Municipal de Saúde do Município disponibiliza uma ficha padrão de anamnese para todos os dentistas que trabalham na Atenção Primária onde este questionamento sobre o consumo de tabaco e álcool está incorporado.

A fala a seguir explicita esta situação: “(...) na ficha de anamnese que a Prefeitura nos disponibiliza tem um dos tópicos que fala sobre o consumo de tabaco, pergunta se o paciente fuma, (...)”. Nesse sentido, Horowitz et al. (2000) e Kujan et al. (2006) relataram em estudo que encontraram este percentual para álcool em 60% e 58,8% e para fumo em 90% e 87,4%, respectivamente.

Com referência à etiologia do câncer bucal e o grau de importância de cada condição oral no que diz respeito à evolução do câncer bucal todos os pesquisados (100%) disseram que a associação entre tabaco e álcool está diretamente relacionada com o aparecimento do câncer de boca. As respostas dos dentistas pesquisados estão de acordo com estudo de Neville (1998) que demonstra que o tabaco está fortemente ligado ao surgimento de câncer oral e quando associado ao álcool o risco aumenta.

Segundo Neville (1998) as lesões precursoras do câncer bucal mais importantes, entre as citadas no questionário, são a leucoplasia e a eritroplasia. Apenas um tipo de líquen plano, o líquen plano erosivo, segundo Neville (1998), tem potencial de transformação em malignidade, 01% a 04% de chance de transformação em tumor maligno. Nessa pesquisa a leucoplasia e a eritroplasia foram as mais citadas como intrinsecamente relacionadas como precursoras do carcinoma bucal, citados por 81,81% e 63,63% respectivamente.

Podemos constatar que o grau de conhecimento dos dentistas pesquisados sobre os reais fatores de risco para o câncer bucal é regular. A maioria relatou que questiona os pacientes durante a anamnese sobre um dos fatores de risco mais importantes sobre câncer bucal, o tabaco e sua associação com o álcool, porém, a radiação solar, diretamente associada ao surgimento de queratite actínia, que junto ao tabaco é o principal fator de risco, não é citado por nenhum dentista nas perguntas abertas.

Não existem estudos que relacionem o acometimento de aftas ao câncer bucal embora apenas 01 (9,09%) dentista respondeu ser sem importância a relação entre ambas, os demais classificaram a relação entre ambas importante ou moderadamente importante; 06 dentistas (54,54%) entendem como importante ou moderadamente importante a relação entre o aparecimento de granuloma piogênico, embora, também, não existam estudos científicos que mostrem laço entre ambas as patologias. O mesmo se aplica entre infecções bacterianas e trauma,

embora 08 (72,72%) e 10 (90,90%) dentistas considerem importante ou moderadamente importante a relação entre ambas, respectivamente.

4.2.1.4 Subcategoria: Tecidos moles

Argüidos sobre a freqüência com a qual realizavam exame nos tecidos moles da cavidade oral dos pacientes nas consultas iniciais, 09 (81,8%) dos entrevistados disseram que sempre inspecionam os tecidos moles da cavidade oral, 01 (9,1%) relatou que inspeciona ocasionalmente e 1 (9,1%) relatou que inspeciona apenas quando há queixa do paciente. A justificativa entre aqueles que relataram não inspecionar sempre os tecidos moles da cavidade oral foi de que não acham necessário tal procedimento em consultas iniciais, conforme retrata a fala: “(...) caso o paciente sinta alguma alteração ele nos dirá ao longo o tratamento.”

Horowitz et al. (2000) em estudo sobre a freqüência com que dentistas pesquisados realizavam exame em tecidos moles da cavidade oral nas consultas iniciais constatou-se que 81% dos pesquisados realizavam este tipo de rastreamento para detecção de algum tipo de alteração. Este estudo coincide com o trabalho apresentado, pois 90% dos dentistas que trabalham no Programa de Saúde da Família em Resende relataram que rotineiramente realizam este tipo de inspeção.

Estudo de Kujan et al. (2006) constatou que mais de 81,81% de dentistas pesquisados realizavam exame nos tecidos moles dos pacientes rotineiramente. Este trabalho traz percentagem similar aos trabalhos de Horowitz et al. (2000) e Kujan et al. (2006) sobre a rotina de exames nos tecidos moles dos pacientes realizados pelos dentistas. Apenas um dentista relatou que só realiza este tipo de exame quando solicitado pelo paciente e que não faz parte de sua rotina inspecionar os tecidos moles.

4.2.1.5 Subcategoria: Competência dos CDs das ESB em relação ao câncer bucal

Os 11 dentistas entrevistados (100%) disseram que é função das Equipes de Saúde Bucal dos Módulos de Saúde da Família o incentivo e a produção de práticas ligadas a eliminação ou diminuição dos fatores de risco, conforme fala selecionada; “(...) aqui nós estamos mais próximos do paciente, da família, criamos vínculos com a comunidade e os agentes comunitários de saúde podem avisar na casa do paciente para ele vir ao dentista.”

Dos CDs entrevistados 100% relataram não ser papel da atenção primária o diagnóstico final de lesões suspeitas de câncer oral e sim o cadastramento das famílias adscritas em seu território, rastreamento de pacientes com fatores de risco, diagnóstico precoce de lesões suspeitas, encaminhamento para outros níveis de complexidade do sistema de saúde municipal e acompanhamento do paciente e das famílias.

4.3 Tema: Estrutura dos serviços

4.3.1 Categoria: fluxo do paciente de Saúde Bucal

Como citado anteriormente, Resende possui um CEO, que funciona como centro de referência para as unidades primárias distribuídas no Município. Os pacientes atendidos pelo CEO têm como porta de entrada exclusiva as unidades primárias de saúde e, excepcionalmente, encaminhamentos oriundos do Hospital de Emergência. Ou seja, o Centro de Referência não atende pacientes por demanda espontânea, e sim servindo como suporte para as unidades

primárias de saúde para os casos que exigem outros níveis de complexidade, aplicação e atenção em saúde.

Esta frase é bem significativa e esclarecedora: “O CEO atende os pacientes que chegam com a guia de referência da unidade básica de saúde ou, menos comum, do plantão do Hospital de Emergência, mas o paciente tem que ter a guia de referência.”

O Centro de Referência Odontológica de Resende possui 04 dentistas especialistas em cirurgia buco-maxilo-facial, dos quais 02 participaram desta pesquisa. O município não possui dentistas especialistas em Estomatologia no centro de referência.

4.3.1.1 Subcategoria: encaminhamento

Os pacientes são encaminhados ao CEO por meio de uma ficha padronizada de encaminhamento para as especialidades. Os pacientes encaminhados com lesões suspeitas de malignidade são referenciados para os dentistas especialistas em cirurgia buco-maxilo-facial no CEO. Nestes pacientes com suspeita de câncer bucal é realizada biópsia incisional ou excisional no Centro de Referência e o material é encaminhado para um laboratório conveniado com a Secretaria Municipal de Saúde.

Quanto aos exames complementares, são realizados no único laboratório próprio da Prefeitura. Com o diagnóstico de câncer bucal e de posse da biópsia, exame de lâmina e bloco de cera este paciente é encaminhado ao Instituto Nacional do Câncer, na Cidade do Rio de Janeiro. A Prefeitura disponibiliza ambulância para o transporte do paciente. A falta de um especialista em Estomatologista no CEO foi citado por um dos pesquisados como um limitador da rede de cuidado em saúde do Município: “não há especialista em Estomatologista, quem faz o procedimento é o buco-maxilo”.

Foi relatado pelo dentista entrevistado no Centro de Referência que “se o resultado da biópsia der positivo para câncer de boca, o CEO entra em contato com o paciente por telefone e,

caso não obtenha resposta, o CEO entra em contato com o PSF mais próximo de sua casa e o agente comunitário de saúde avisa o paciente para ir ao CEO o mais rápido possível buscar o resultado e conversar com o dentista. O PSF é fundamental nestes casos.”

Durante a entrevista, os 2 dentistas especialistas em cirurgia relataram que os pacientes são atendidos somente com a ficha de referência que recebem das unidades primárias de saúde, inclusive dos PSFs, e após atendimento no CEO eles são contra referenciados para as unidades de saúde que os acompanham.

4.4 Tema: dificuldades para diagnóstico e tratamento das lesões bucais

4.4.1 Subcategoria: resolutividade e continuidade do cuidado nas ESB/PSF

Ao serem questionados como poderia ser melhorado o atendimento, a continuidade do cuidado e o aumento da resolubilidade dos casos, evitando o encaminhamento para especialistas, 07 dentistas (63,63%) relataram que as unidades poderiam dar maior resolubilidade e segundo relato “(...) a expansão de exames de auxílio nas unidades, como por exemplo, um aparelho de RX para que a gente possa encaminhar menos para o CEO.”

Para todos os dentistas pesquisados (100%), a questão da territorialidade, um dos pilares da operacionalidade do trabalho das equipes das Unidades de Saúde da Família e do vínculo profissional-paciente estabelecidos permitem uma política estratégica para a detecção precoce desses agravos, porém, segundo os entrevistados, é de suma importância que as unidades de Saúde da Família ofereçam aos usuários, por estes profissionais, majoritariamente generalistas, a maior variedade de serviços de saúde possível pela atenção básica.

A pouca resolubilidade das unidades primárias e o constante encaminhamento para centros de referência conduz o paciente a uma lógica hegemônica fortemente baseada no hospital-especialista-doença. “Alguns pacientes vêm aqui só para pegar a guia de referência achando que no CEO eles podem realizar todo o tratamento dentário, ainda é muito forte na população a idéia do especialista.”

Outro desdobramento da baixa resolubilidade no PSF é a possibilidade de demora no diagnóstico de lesões suspeitas de malignidade por causa do mecanismo de marcação, embora os dentistas tenham relatado que o fluxo de referência e contra-referência das unidades de PSF para o centro de especialidade exista de maneira estruturada. O inconveniente deste modelo de sistema de referência e contra-referência existente no município, onde as unidades não são informatizadas em rede, é que fica a cargo dos usuários irem pessoalmente marcar as consultas, gerando transtornos e gastos adicionais com transporte, podendo levar a demora do diagnóstico precoce. Dar meios e ferramentas para que os dentistas generalistas possam atender este usuário do sistema de saúde com maior resolubilidade possível fortalece a importância com que este usuário enxerga a atenção primária, dá agilidade no diagnóstico precoce e minimiza o sofrimento em caso de confirmação do diagnóstico. Aumentar a resolubilidade da atenção primária salva vidas.

5. Conclusão

A partir da análise dos dados coletados nesta pesquisa sobre as condições técnicas e operacionais para o diagnóstico e continuidade do cuidado do câncer bucal em pacientes acompanhados pelas equipes de saúde bucal do PSF do Município de Resende, algumas conclusões puderam ser formuladas, visando dar respostas aos objetivos explicitados no trabalho.

A primeira observação diz respeito à cobertura da população de Resende pelo ESB, que é de 45,94% e pode ser considerada baixa, correspondendo a 59.722 habitantes. Com isto, chega-se à conclusão de que quanto menor a cobertura, menor também será a possibilidade de rastreamento

de lesões suspeitas em fases iniciais, comprometendo a possibilidade de detecção de lesões suspeitas em sua fase inicial, com impacto direto na qualidade de vida dos pacientes.

Através da análise dos dados constata-se que é importante uma ampliação da rede de saúde no que se refere a cobertura de Equipes de Saúde Bucal, para que o rastreamento de lesões suspeitas de câncer oral possa se dar com maior precocidade possível, inclusive por determinação da Portaria Interministerial nº 648, de 28 de Março de 2006, que estabelece como Especificidades do Programa de Saúde da Família a “reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.” Além dos princípios gerais da Atenção Básica, as Equipes de Saúde Bucal devem “(...) ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam.” (BRASIL, 2006)

Em relação à dedicação dos profissionais ao PSF, o trabalho identificou que a maioria dos dentistas das Equipes de Saúde Bucal pesquisados, o que corresponde a 06 dentistas (54,55%), trabalham exclusivamente no Módulo de Saúde da Família, não possuindo qualquer outro tipo de atividade de trabalho.

Destes profissionais que se dedicam exclusivamente ao Programa de Saúde da Família (06 dentistas), a maioria, isto é, 05 dentistas (83,33%), é concursada e classificada como estatutária, tendo sido aprovados em concurso específico para o PSF. Este dado é importante pois o Pacto pela Saúde⁸ tem como um de seus objetivos para o fortalecimento da Atenção Primária “(...) aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.”

Quanto à capacitação institucional em relação ao câncer bucal a pesquisa constatou que os dentistas das Equipes de Saúde Bucal têm capacitação institucional periódica promovida pela Prefeitura Municipal de Resende, embora não tenha ocorrido uma capacitação específica sobre câncer de boca. Esta informação é importante, tendo em vista que as equipes de SB têm como atribuição fazer o rastreamento dessa patologia. Pode-se concluir que o Município cumpre o preconizado pelo Pacto pela Saúde, que estabelece entre os gestores do SUS:

⁸ Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006.

“(…) Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família; consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios municípios; ampliar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos grandes centros urbanos”

e tem como diretriz:

“avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades; considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas; considerar a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente”

e sendo de responsabilidade do Município:

“formular e promover a gestão da Educação Permanente na Saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento.”

Quanto às condições dos dentistas para identificar lesões com suspeitas de malignidade constatou-se que a maioria desses profissionais das Equipes de Saúde Bucal pesquisados, o que corresponde a 10 dentistas (90,90%), se consideram seguros e capacitados para identificar lesões suspeitas de malignidade. Todos eles identificam o tabaco e álcool como fatores de risco, porém o conhecimento é disperso sobre o grau de risco de outros fatores que possam estar associados ou não. Embora haja dúvidas em relação aos fatores de risco é muito importante esta identificação do

tabaco e do álcool para o diagnóstico precoce e prevenção do câncer de boca, pois a Portaria Ministerial nº 648, de 28 de Março de 2006, coloca como competência do dentista do PSF/ESB:

“(...) a realização de procedimentos de diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e programação das ações em saúde bucal; desenvolver ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos dentre outros (...).”

Em relação às condições de logística, o trabalho constatou que a maioria dos dentistas das Equipes de Saúde Bucal pesquisados, o que corresponde a 10 dentistas (90,90%), dos Módulos de ESB relataram que as unidades lhes oferecem boas condições físicas, de material e de insumos para um bom atendimento clínico e de uma boa investigação para rastreamento de lesões pré-malignas ou malignas. Este dado é importante, pois demonstra que a Secretaria Municipal de Saúde está em sintonia com a Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006, onde estabelece que cabe ao gestor municipal do SUS, “garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas.” (Brasil, 2006)

Este trabalho constatou que todos (100%) os dentistas das Equipes de Saúde Bucal pesquisados ao suspeitarem de lesão pré-cancerígena simplesmente encaminham para o Centro de Especialidade Odontológica, o que está de acordo com a Portaria Ministerial 648 que diz que é papel do dentista do PSF “encaminhar e orientar os usuários a outros níveis de complexidade do sistema e principalmente, manter a responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o seguimento do tratamento, dentre outras responsabilidades” (Brasil, 2006), entretanto, a baixa resolutividade das Equipes de Saúde da Bucal pesquisadas compromete a realização da

“(...) atenção integral em saúde bucal, como a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.” (BRASIL, 2006)

Pode-se ressaltar quanto à marcação de consultas que tanto os dentistas das Equipes de Saúde Bucal quanto os dentistas do CEO, responsáveis pelo diagnóstico, consideram o sistema de referência e contra-referência do Município de Resende como operacional e de bom funcionamento, porém o constante deslocamento dos usuários para os centros de referências e a impossibilidade da realização de uma série de exames complementares para fins de diagnóstico em unidades próximas a sua residência, além de transtornos e gastos adicionais com transporte, submete o usuário a uma lógica de cuidado em saúde onde somente o especialista localizado no hospital ou no centro de referência pode dar resolubilidade ao seu agravo, comprometendo inclusive o diagnóstico precoce. O aperfeiçoamento do sistema de referência e contra-referência é fundamental para a concretização do conceito da integralidade.

Como os Centros de Especialidades Odontológicas são preparados para ofertar à população o diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer oral verificou-se, diante do exposto, que a falta de um profissional especialista em Estomatologia no Centro de Referência do Município compromete um dos pilares do próprio Centro de Referência.

Em suma, para aperfeiçoamento nos processos de ampliação da rede de saúde e da continuidade do cuidado é importante as Equipes de Saúde da Família/Equipes de Saúde Bucal, ampliem a oferta de serviços de saúde aos usuários do sistema cadastrados no território do PSF. A ampliação de serviços de saúde pela Atenção Primária, e, conseqüentemente, o aumento da resolutividade, evitando transtornos adicionais aos pacientes e dando mais agilidade ao diagnóstico, pode, efetivamente, contribuir para a qualidade na sobrevivência dos pacientes com diagnóstico positivo de câncer oral.

6. REFERÊNCIAS

ALONGE O. K., NARENDRAN S., **Opinions about oral câncer prevention and early detection among dentists practicing along the Texas-Mexico border.** Oral Dis 2003;9:41-5.

ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOV, T. N.; WUNSCH-FILHO, V.: **Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil.** Revista Panamericana de Salud Pública, Brasília, v.21, n.1. p.52 , Jan. 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2005: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Manual de Detecção de lesões suspeitas: Câncer de Boca. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativas de Incidência de Câncer no Brasil para 2006.: Câncer de Boca. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. SIAB: manual do sistema de informação da atenção básica. Brasília, MS, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/93. Diário Oficial da União, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Ou Diário Oficial da União, 1993. (ou Brasília, DF: Editora do Ministério da saúde; 1997.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Política Nacional de Saúde Bucal: Princípios, Objetivos, Prioridades. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Falando sobre câncer de boca. Rio de Janeiro: INCA; 2002.

BRASIL. Senado Federal. Constituição Brasileira de 1988. Disponível em: URL: www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/MS 648 de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, DF. 29 mar. de 2006.

BUNDGAARD, T.; BENTZEN, S. M.; WILDT, J. **The prognostic effect of tobacco and alcohol consumption in intra-oral squamous cell carcinoma.** Eur J Cancer B Oral Oncol, Washington, v. 30B, n. 5, p. 323-8, 1994.

CARVALHO, M. B. et al. **Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino.** Rev Assoc Med Bras, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 208-14, 2001.

CERVI A., HERMSDORFF H.H.M., RIBEIRO RCC. **Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000.** Rev Bras Epidemiol 2005; 8 (4): 4007-18.

CLOVIS J.B., HOROWITZ A.M., POEL D.H. **Oral and pharyngeal cancer: practices and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia.** J Can Dent Assoc 2002b;68 (7): 420-5.

COSTA, A. L. L. et al. **Correlação entre a classificação TNM, gradação histológica e localização anatômica em carcinoma epidermóide oral.** Pesqui Odontol Bras, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 216-20, 2002.

COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. Robbins: **Patologia Estrutural e Funcional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. P. 151.

DEBS Y.D., SANCHEZ F.B., CARVALHO C.C.D., ARAÚJO S.S. **Aspectos atuais da prevenção primária do câncer de mama.** Rev Bras Mastol, local, v.10, n.3. p. 22–7, 2000.

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

FERNANDES, S. M., PERES, M. A. **Associação entre Atenção Básica em Saúde Bucal e Indicadores Sócio-Econômicos Municipais.** Cad. Saúde Pública, Brasília, vol. 39, n. 6., p.(XI), 2005.

GENOVESE, W. J. **Câncer de Boca:** noções básicas de prevenção e diagnóstico. São Paulo: Ed. Fundação Peirópolis., 2001. p. 1997.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GROISMAN, S.; MORAES, N. M.; CHAGAS, L. D. **A evolução da atenção à saúde no Brasil:** o contexto da saúde bucal. Cadernos da ABOPREV II, Rio de Janeiro, 2005.

GRUIJL, F. R. **Skin cancer and solar UV radiation.** Eur J Cancer, London, v. 35, n.14, p. 2003-9, 1999.

HA, P. K., CALIFANO, J. A. **The role of human papillomavirus in oral carcinogenesis.** Crit Rev Oral Biol Med, London, v. 15, n. 4, p. 188-96, 2004.

KOWALSKI L.P., NISHIMOTO I.N. **Epidemiologia do Câncer de Boca.** In: Parise Jr. O. Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier; 2000. Cap 1, p. 3-11.

KUJAN O., DUXBURY A.J., GLENNY A.M., THAKKER N.S., SLOAN P. **Opinions and attitudes of the UK's GDP's and specialists in oral surgery, oral medicine and surgical dentists on oral cancer screening.** Oral Dis 2006; 12:190-9.

LEÃO J.C., GOÉS P., SOBRINHO C.B., PORTER S. **Knowledge and clinical expertise regarding oral câncer among Brazilian dentists.** Int J Oral Maxillofac Surg 2005; 34:436-9.

LETÁCIO, C. **Do Programa Saúde da Família ao Brasil Sorridente: O caminho da integralidade em saúde bucal.** 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

MCCANN M. F., MACPHERSON L. M. D., BINNIE V. I., STEPHEN K. W. **A survey of Scottish primary care dental practitioners oral cancer-related practices and training requirements.** Com Dent Health 2000; 17: 24-30.

MARINHO, M. B. **O Demônio nos "Paraísos Artificiais":** considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionada ao consumo de drogas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v.9, n.17, p.222, Mar./Aug. 2005.

MASHBERG A. **Diagnosis of early oral and oropharyngeal squamous carcinoma: obstacles and their amelioration.** Oral Oncol 2000; 36:253-5.

MINAYO, M.C.S. Organizadora. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** 15ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000, p. 181.

MERCADANTE, O. A. **Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil.** In: FINKELMAN, J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. Cap 3, p. 237-312.

NEVILLE, B. W., BOUQUOT, J. E., DAMM, D. D., ALLEN, C. M. **Patologia Oral e Maxilofacial.** 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1998.

NUNES M.O., TRAD L.B., ALMEIDA B.A., HOMEM C.R., MELO M.C.I.C. **O Agente Comunitário de Saúde:** construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública, Brasília, v. 18, n. 6, p. 1629-1638, 2002.

OLIVEIRA C.E., BERNINI G.F., MIYAZAKI L.C.Y., TOMITA N.E. **Características sociodemográficas da mortalidade por câncer de boca em Bauru, SP, no período de 1991 a 2001:** uso de geoprocessamento. Rev. bras. epidemiol. São Paulo, v.11, n.2, p. 15-23, 2008.

ONIZAWA K., NISHIHARA K., YAMAGATA K., YUSA H., YANAGAWA T., YOSHIDA H. **Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma.** Oral Oncol 2003; 39:781-8.

ORD, R. A. **Primary oral squamous cell carcinoma: a review of 92 cases.** J Oral Maxillofac Surg, Washington, v. 54, n. 8, p. 955, 1996.

ORTEGA-ALTAMIRANO, D.; LÓPEZ-CARRILLO, L.; LÓPEZ-CERVANTES, M. **Strategies for breast selfexamination training to women of reproductctive age.** Salud Pública Mex, México, v. 42, n. 1, p. 17-25, 2000.

PINHEIRO, G. C. D. et al. **Prevenção do câncer bucal.** Bragança Paulista: Encadernadora Pietro, 1998.

PINTO, V. G. **Características do subsistema público federal de prestação dos serviços em Odontologia.** Brasília: Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da USP, 1977. 171f.. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1977.

PINTO, V. G. & VIANNA, S. M. **Atenção odontológica à população carente.** CFO, Rio de Janeiro, v.21, n.15:, p. 251, 1981.

PITIPHAT W., DIEHL S.R., LASKARIS G., CARTSOS V., DOUGLASS C.W., ZAVROS A.L. **Factors associated with delay in the diagnosis of oral câncer.** J Dent Res 2002; 81 (3):192-7

RONCALLI, A. G. et al. **Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas.** Ação Coletiva, v.2, p. 9-14, 1999.

SERRA, C. G. **A Saúde Bucal como Política de Saúde.** Análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. 1998. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ, 1998.

SERRA, C. G. **Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para consolidação da integralidade no SUS: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no Estado do Rio de Janeiro.** 2003. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ, 2003.

SOARES E LIMA A.A., FRANÇA B.H.S., IGNÁCIO A.S., BAIONI S.C. **Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal.** Ver Bras Cancerol. 2005, 51 (4): 283-8.

SOUZA H.M., SAMPAIO L.F.R. **Atenção básica:** políticas, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 2002. p.9-32.

SYRJANEN, S. **Human papillomavirus (HPV) in head and neck cancer.** J Clin Virol, London, v. 32, Suppl. 1, p. 59-66, 2005.

TRALONGO, V. et al. **Prognostic factors in oral squamous cell carcinoma.** A review of the literature. Anticancer Res, New York, v. 19, n. 4C, p. 3503-10, 1999.

TOBAR, F., YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública:** conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001, p.111.

VASCONCELOS, E. M. **Comportamento dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo quanto a prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal.** 102 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

VIANA, M. I. P. **Estado e atenção odontológica no Brasil:** um estudo sobre as políticas de saúde bucal na conjuntura pós-74. 153 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)- Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1988.

ZANETTI, C. H.. **As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde:** o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80. 110 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1993.

ZANETTI, C. H.. **A utilidade como função para universalidade e equidade:** uma análise formal da validade instrumental do ordenamento administrativo federal da assistência à saúde bucal no saúde da família. 210 f. Tese (Doutorado em ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

Apêndice

Saúde da Família: breve histórico*

PERÍODO	PROCESSOS	RESULTADOS
(Pré-1993) Impeachment de Collor.	Criação do PACS (Programa Agente Comunitário da Saúde) (1991); Formulação do PSF (Programa Saúde da Família) (1993).	Difusão da idéia do PACS.(1993)
Governo Itamar - Jamil Hadad no MS (Ministério da Saúde).	Reestruturação do MS; Financiamento convenial do PACS.	Iniciativas locais.(1994)
Governo Itamar, Plano Real - Henrique Santilo no MS.	Lançamento oficial do PSF.	Pouco palpáveis.(1995)
Governo Fernando Henrique Cardoso - Adib Jatene no MS.	PSF em funcionamento.	724 equipes e 2,5 milhões de pessoas assistidas.(1996)
Governo FHC - Adib Jatene no MS.	Primeiras Medidas normativas qualificadoras do PSF.	847 equipes e 2,9 milhões de pessoas assistidas.(1997)

Governo FHC - Carlos Albuquerque no MS.	Fusão do PACS-PSF; Criação dos pólos de capacitação.	Início da expansão do PSF, 1.623 equipes e 5,6 milhões de pessoas assistidas.
Governo FHC, ano final - José Serra no MS.	Qualificação do PSF; Pesquisa Nacional da implantação do PSF; Pesquisa Nacional do perfil dos médicos e enfermeiros do PSF; 1ª Seminário Internacional de Saúde da Família.	3.083 equipes e 10 milhões de pessoas assistidas.(1999)
PERÍODO	PROCESSOS	RESULTADOS
Governo FHC, segundo mandato - José Serra no MS.	Primeiro esforço de avaliação do PSF; Mostra de experiências em SF.	7.254 equipes e 14,7 milhões de pessoas assistidas.(2000)
Governo FHC, segundo mandato - José Serra no MS.	1ª Reunião Nacional dos Pólos de Capacitação.	8.604 equipes e 29,6 milhões de pessoas assistidas.(2001-2002)
Final de Governo FHC, José Serra candidato a Presidente - Barjas Negri no MS	Estudos para implantação do PSF em grandes centros; 2ª Seminário Internacional de Saúde da Família; 2ª Encontro Nacional de Pólos de Capacitação.	15.000 equipes e 50 milhões de pessoas assistidas.

(*) Histórico adaptado pelo autor da tese de doutorado Goulart, Flávio A. de Andrade; Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?

Anexo I.

Questionário

Sexo: ()M ()F

Idade:

Tempo de Graduado:

Tempo na equipe da ESF:

Tempo no SUS:

Tipo de vínculo: estatutário (), celetista (), cooperativado (), **outro** () **Qual?** _____

Fez introdutório? () Sim () Não

Pós-Graduação: () **Não Tenho** () **Especialização** () **Mestrado** () **Doutorado**

Caso possua curso de pós-graduação, em qual especialidade: _____

Você Trabalha em outro Local: () **Sim** () **Não**

Onde: () Consultório próprio

() Consultório de outras pessoas, dividindo-o com outros profissionais

() Consultório de outras pessoas, como contratado

() Ambos

() Outros: _____

1. Você teve alguma capacitação institucional em relação ao diagnóstico precoce de câncer bucal? Sim () Não () Onde _____ PSF/CEO
2. Há quanto tempo? Anos aproximados () Meses () PSF/CEO
3. E por conta própria, já fez algum curso específico sobre câncer bucal? Sim () Não ()
Onde _____ Há quanto tempo?
Anos _____ Meses _____ PSF/CEO
4. Você já se deparou com algum caso suspeito de câncer bucal entre os pacientes cadastrados no território coberto pela ESB da ESF? Sim () Não () PSF
5. Em caso positivo, qual foi a conduta clínica para confirmação? PSF
6. Apenas encaminhou o paciente? SIM () Não () Para onde? PSF
7. Você conhece as referências utilizadas pelas ESB no município para oncologia bucal?
Sim () Não () Quais são? PSF
8. Existe algum protocolo específico para câncer bucal? Sim () Não () PSF/CEO
9. É competência do CD da ESB fazer biópsia das lesões suspeitas de câncer bucal? Sim ()
Não () Em caso positivo você teria condições técnicas para fazê-la? Sim () Não () Em caso de
não, por quê? PSF/CEO
10. Os CEOs recebem os casos suspeitos de câncer bucal para diagnóstico? Como estes casos
devem ser encaminhados? PSF/CEO
11. E depois, quais as referências municipais para tratamento? PSF/CEO
12. Existe documento de referência para encaminhar os pacientes para o CEO? Sim () Não ()
PSF/CEO

13. Como é realizada a marcação das consultas especializadas em saúde bucal, incluindo para diagnóstico de câncer bucal? PSF/CEO

14. Há demora nestas marcações, de um modo geral? Quanto tempo aproximado? PSF/CEO

15. Vocês têm educação continuada em relação ao diagnóstico precoce do câncer bucal? SIM

() NÃO () Em caso positivo há quanto tempo foi a última? PSF

16. Você considera importante esta capacitação? Sim () Não () PSF

17. Você teria necessidade de fazer? Por que? PSF

18. Com qual frequência você realiza exame dos tecidos moles da cavidade bucal do seu paciente, nas consultas iniciais: PSF

() Sempre

() Ocasionalmente

() Quando há queixa do paciente

() Nunca

19. Caso você não realize o exame rotineiramente, por quê? PSF

() Não sei como fazer

() Não acho necessário

() Outros _____

19-Você pergunta aos pacientes, durante a anamnese, se eles consomem regularmente tabaco e álcool e se rotineiramente se expõem a radiação solar, principalmente nos horários críticos: PSF

() Rotineiramente

()Algumas vezes

()Raramente

()Nunca

()Outros_____

20-Qual a sua conduta ao saber que os pacientes apresentam fatores de risco para o câncer bucal, quando perguntados durante a anamnese: PSF

()Nenhuma

()Orienta

()Encaminha

()Outros_____

21 – Você se considera adequadamente capacitado (a) para detectar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas? PSF

Sim () Não () Por quê?_____

22- Marque com um X o grau de importância de cada fator de risco no que diz respeito à etiologia do câncer bucal: PSF

	Importante	Moderadamente Importante	Sem Importância	Não Sei
Idade do Paciente				
Álcool				

Infecção bacteriana				
Trauma				
Infecção Fúngica				
Tabagismo				
Infecção Viral				

23- Marque com um X o grau de importância de cada condição oral no que diz respeito à evolução do câncer bucal: PSF

	Importante	Moderadamente Importante	Sem Importância	Não Sei
Aftas				
Candidíase				
Eritroplasia				
Tatuagem por Mercúrio				

Leucoplasia				
Língua Geográfica				
Líquen Plano				
Granuloma Piogênico				
Mucocele				

24-Sua unidade de saúde lhe dá condições de fazer um bom diagnóstico de lesões suspeitas de câncer bucal: PSF

() Sim

() Não

25-Para quem você costuma encaminhar os pacientes com lesões suspeitas de câncer bucal: PSF

Sylvio você quer saber se eles “em outros” citam o CEO ?

() Para o médico

() Para um dentistas especialista que atende em outra unidade de saúde da família ou unidade tradicional

() Para o consultório privado de algum especialista em estomatologia

() Para um centro de referência da prefeitura mais próximo da sua unidade

() Outros _____

26-Você já participou de algum curso relacionado ao tema de “câncer bucal”: PSF

() Sim

() Não

Caso positivo, quando? () Menos de 12 meses () Há 5 anos ou mais

() de 1 a 4 anos () Nunca fiz

27- Como você classifica o ensino que obteve durante a graduação em relação ao tema “câncer bucal”: PSF

() Muito bom

() Bom

() Ruim

() Muito Ruim

() Não sei

28-Você gostaria que o seu serviço disponibilizasse cursos de capacitação sobre o tema: PSF

() Sim

() Não

29-Na sua opinião qual a importância do dentistas do Saúde da Família para a detecção precoce do câncer bucal: _____ PSF

Anexo II. Questionário Para Dentistas do CEO

1. Os encaminhamentos de pacientes com suspeita de câncer cadastrados no PSF seguem algum protocolo?
2. Vocês fazem contra-referência para a ESB?
3. Como esses pacientes com suspeita de câncer bucal são marcados?
4. Qual a média do tempo de espera para este atendimento especializado?
5. Os encaminhamentos para o diagnóstico patológico são todos feitos através do CEO?
6. O laudo da patologia, em média, demora quanto tempo?
7. Quais as dificuldades para o diagnóstico do Câncer Bucal no CEO?
8. Todos os especialistas têm formação suficiente para o diagnóstico dessa patologia oral?
9. Quais as referências para tratamento dos casos confirmados
10. Vocês têm educação continuada? Considera importante?
11. Faltam insumos para diagnóstico? Com que frequência?