

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Edna Emiko Misuguchi Ogata

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE BOCA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR MEIO DE PROPOSTA DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo
2022

Edna Emiko Misuguchi Ogata

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE BOCA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR MEIO DE PROPOSTA DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora:

Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

São Paulo

2022

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Antonio Rubino de Azevedo,
Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Misuguchi, Edna Emiko

Promoção da saúde e prevenção do câncer de boca na Atenção Primária por meio de proposta de Educação Permanente e Educação em Saúde / Edna Emiko Misuguchi. - São Paulo, 2022.
xvi, 169f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde .

Título em inglês: Health promotion and prevention of oral cancer in Primary Care through a proposal for Permanent Education and Health Education.

1. Neoplasias Bucais. 2. Atenção Primária à Saúde . 3. Educação Continuada. 4. Educação em Saúde .

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL**

Coordenador do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde –

Cedess:

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da
Saúde – Mestrado Profissional:**

Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo

**Vice-coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da
Saúde – Mestrado Profissional:**

Prof. Dr. Leonardo Carnut

Edna Emiko Misuguchi Ogata

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE BOCA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR MEIO DE PROPOSTA DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Presidente da banca:

Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

Banca examinadora:

Membros titulares:

Profa. Dra. Elaine Quedas de Assis Boger
(Universidade Cidade de São Paulo – Unicid)

Profa. Dra. Maria Inês Barreiros Senna
(Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG)

Prof. Dr. Sigisfredo Luís Brenelli
(Faculdade São Leopoldo Mandic)

Membro suplente:

Profa. Dra. Iraní Ferreira da Silva Gerab
(Universidade Federal de São Paulo – Unifesp)

Data de aprovação: 30 / 03 / 2022.

Dedico este trabalho à Diesvania Abdala Mussi (in memorian), que demonstrou durante sua trajetória de luta, que o caminho pode ser 'mais leve' quando encontramos pessoas comprometidas em fazer e dar o seu melhor.

Agradecimentos

Nessa experiência de vida, encontrei e contei com o apoio e a generosidade de pessoas muito especiais, pelas quais tenho grande admiração e eterna gratidão por compartilharem a “riqueza” presente em cada momento, a cada encontro.

À **Deus**, por todas as oportunidades proporcionadas e por todas as bênçãos recebidas!

À **minha família**, por ser o apoio constante, a força necessária, a compreensão silenciosa e o refúgio acolhedor. Obrigada por estarem sempre presentes!

À minha orientadora **Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira**, por estar comigo nessa caminhada! Gratidão pelos ricos e produtivos encontros de orientação, pela paciência no processo de amadurecimento da nossa pesquisa, pelo acolhimento, generosidade e empatia nos momentos difíceis e desafiadores desse percurso. Privilégio ter sido sua “pupila”!

Aos membros da banca, **Profa. Dra. Elaine Quedas de Assis Boger, Profa. Dra. Iraní Ferreira da Silva Gerab, Profa. Dra. Maria Inês Barreiros Senna e Prof. Dr. Sigisfredo Luís Brenelli** pela dedicação e envolvimento profissional, pelo compartilhamento do conhecimento e pela cumplicidade na construção responsável desse trabalho.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Cedess**, pelo compromisso e empenho no desenvolvimento e transformação de profissionais de saúde para a reflexão, criticidade e cidadania no exercício profissional.

À **turma de Mestrado Profissional 2019**, pelas experiências e conhecimentos compartilhados, mas, em especial, pela amizade, apoio e generosidade que são, para mim, as características marcantes dessa turma. Meu carinhoso muito obrigada!!!

À **Prefeitura de Registro**, por todo apoio institucional na realização desta pesquisa.
Aos **profissionais de saúde e usuários da Unidade Básica de Saúde Centro**, que participaram desta pesquisa, pelas contribuições que enriqueceram o nosso trabalho.

Muito obrigada!!!

Resumo

O controle do câncer representa uma das prioridades de saúde do governo. Prioridade que se traduz na formulação de políticas e na implantação de ações e programas criados para o Sistema Único de Saúde – SUS, que se concentram na educação do público e dos trabalhadores de saúde, tornando-se relevante a capacitação destes, por meio da Educação Permanente em Saúde, para que se comprometam com a ética da saúde e com a defesa da vida, seja do indivíduo seja da população, nos diversos tipos de serviços da saúde; e do público, por meio da Educação em Saúde, ao propiciar o desenvolvimento da autonomia e o protagonismo das pessoas no autocuidado. **Objetivos:** Identificar e propor as ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca no âmbito da Atenção Primária, que devam estar inseridas na forma de conteúdo em um Programa de Educação Permanente em Saúde e de Educação em Saúde no Sistema Único de Saúde, do município de Registro (SP). **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo, por meio de estudo de caso, realizada em uma instituição pública de saúde, no município de Registro, com a participação de 14 profissionais de saúde e 18 usuários. Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas com roteiro semiestruturado, tratadas pela Análise de Conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** Foram encontradas quatro categorias: Conhecimento do câncer de boca na perspectiva dos profissionais de saúde e usuários; Fragilidades no exercício profissional na abordagem do câncer de boca na Atenção Primária; Ações e estratégias de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca no cotidiano das práticas profissionais; e Organização do trabalho em saúde na Atenção Primária à luz da percepção dos profissionais de saúde e usuários. Estas evidenciaram diversas lacunas de conhecimento de profissionais de saúde e usuários em relação à patologia estudada, bem como a necessidade de mudanças no processo de trabalho, a inexistência de ações educativas e precariedade na qualidade da assistência à saúde da Atenção Primária. **Considerações finais:** Identifica-se a potência da Atenção Primária como espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de prevenção e promoção da saúde por meio da construção sustentada pela Educação Permanente e Educação em Saúde no cotidiano das práticas profissionais. Para tal, evidencia-se a necessidade de qualificação do conhecimento sobre o câncer de boca junto aos profissionais de saúde e usuários. Para além disso, percebe-se a necessidade de organização dos serviços de saúde quanto ao acesso a assistência de saúde, assim como, o estímulo à mobilização da busca por instrumentos que possam envolver não somente profissionais de saúde e usuários, mas também a gestão no âmbito municipal. Tem-se como produto, uma proposta educativa por meio da elaboração de um plano de ações direcionado à gestão municipal, aos profissionais de saúde por meio da construção e sustentação de Educação Permanente em Saúde e aos usuários, uma proposta de Educação em Saúde.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais; Atenção Primária à Saúde; Educação Continuada; Educação em Saúde.

Abstract

Cancer control represents one of the government's health priorities. Priority that translates into the formulation of policies and the implementation of actions and programs created for the Unified Health System - SUS, which focus on the education of the public and health workers, making their training relevant, through Education Permanent in Health, so that they are committed to the ethics of health and the defense of life, whether of the individual or the population, in the various types of health services; and the public, through Health Education, by promoting the development of autonomy and the role of people in self-care. **Objective:** Identify and propose actions to promote health and prevent oral cancer within the scope of Primary Care, which should be included in the form of content in a Permanent Education Program in Health and Health Education in the Unified Health System, in the country of Registro (SP). **Methods:** This is a qualitative, descriptive research, through a case study, carried out in a public health institution, in the country of Registro, with the participation of 14 health professionals and 18 users. For data collection, interviews with a semi-structured script were applied and treated by Content Analysis in the theme modality. **Results:** Four categories were found: Knowledge of oral cancer from the perspective of health professionals and users; Inadequacies in professional practice in the approach to oral cancer in Primary Care; Actions and strategies to promote health and prevent oral cancer in daily professional practices and Organization of health work in Primary Care, from the perspective of health professionals and users. Several knowledge gaps were pointed out among health professionals and users regarding the pathology studied; the need for changes in the work process; lack of educational actions; and poor quality of health care in Primary Care. **Final considerations:** It was possible to reveal the potential of Primary Care as a privileged space for the development of prevention and health promotion actions through the construction supported by Permanent Education and Health Education in daily professional practices. To this end, it is necessary to improve knowledge about oral cancer among health professionals, as well as the communicative processes between health professionals and users. In addition, it is necessary to organize health services in order to improve access of health care, as well as promote the search for instruments that could involve not only health professionals and users, but also municipal management. The product is an educational proposal through the elaboration of an action plan aimed at municipal management, health professionals through the construction and support of Permanent Health Education and to users a proposal for health education.

Keywords: Mouth Neoplasms; Primary Health Care; Education, Continuing; Health Education.

Sumário

Dedicatória	v
Agradecimentos	vi
Resumo	viii
Abstract	ix
Lista de figuras	xiv
Lista de quadros	xiii
Lista de tabelas	xiv
Lista de siglas	xvii
APRESENTAÇÃO	1
1 INTRODUÇÃO	3
1.1 Questões norteadoras da pesquisa	5
1.2 Referencial teórico	6
1.2.1 Câncer: problema de saúde pública mundial	6
1.2.2 Câncer de boca	9
1.2.2.1 Fatores de risco	12
1.2.2.2 Sinais e sintomas do câncer de boca	14
1.2.2.3 Óbitos relacionados ao câncer de boca	15
1.2.2.4 Prevenção e controle do câncer de boca	17
1.2.2.5 Diagnóstico tardio do câncer de boca na Atenção Primária	19
1.2.2.6 Acesso ao sistema de saúde	21
1.2.2.7 Atraso nos encaminhamentos de pacientes com câncer de boca aos setores de atenção à saúde de maior complexidade	23
1.2.2.8 Oferta de serviços públicos de atenção à saúde	26
1.2.3 Principais políticas vigentes no Brasil relativas à saúde bucal	30
1.2.3.1 Política Nacional de Saúde Bucal	30
1.2.3.2 Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer	40
1.2.3.3 Política Nacional de Promoção da Saúde	41
1.2.3.4 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	42
2 OBJETIVOS	45
2.1 Objetivo geral	45
2.2 Objetivos específicos	45

3 PERCURSO METODOLÓGICO	46
3.1 Fundamentação metodológica	46
3.2 Contexto de pesquisa	47
3.3 População de estudo	55
3.4 Instrumento de coleta de dados	57
3.5 Procedimentos para coleta de dados	58
3.6 Análise dos resultados	60
3.7 Aspectos éticos	65
4 RESULTADOS	66
4.1 Perfil dos participantes.....	66
4.2 Núcleos norteadores	69
5 DISCUSSÃO.....	70
5.1 Categoria temática I	72
5.2 Categoria temática II	83
5.3 Categoria temática III	88
5.4 Categoria temática IV	110
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS	129
ANEXOS	154
Anexo 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	154
Anexo 2 - Cartilha do Participante de Pesquisa	161
APÊNDICES	164
Apêndice 1 - Carta de anuência institucional	164
Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais de saúde)	165
Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuários)	168
Apêndice 4 - Termo de compromisso de utilização de dados	171
Apêndice 5 - Roteiro para entrevista semiestruturada (profissionais de saúde)	172
Apêndice 6 - Roteiro para entrevista semiestruturada (usuários)	173

Lista de figuras

Figura 1. Mapa global apresentando o ranking nacional de câncer como causa de morte em idades abaixo de 70 anos em 2015	7
Figura 2. Número projetado de novos casos para todos os cânceres combinados (ambos os sexos combinados) em 2040, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano de 4 níveis (IDH).....	8
Figura 3. Total de óbitos por câncer de cabeça e pescoço, exceto glândula tireoide. Brasil, 2018	15
Figura 4. Distribuição dos óbitos por neoplasias malignas de lábio e cavidade bucal segundo sexo.....	16
Figura 5. Distribuição dos óbitos por neoplasias malignas de lábio e cavidade bucal segundo a faixa etária	16
Figura 6. Estratégias de detecção precoce a partir da evolução da doença.....	18
Figura 7. Etapas do diagnóstico precoce	20
Figura 8. Distribuição dos casos de câncer de lábio e cavidade bucal segundo intervalo entre o diagnóstico e o primeiro tratamento oncológico	25
Figura 9. Ações de saúde segundo níveis de atenção.....	27
Figura 10. Fluxo de usuários na Rede de Atenção à Saúde	28
Figura 11. Rede de Atenção à Saúde Bucal (Rasb).....	31
Figura 12. Composição da Atenção à Saúde da UBS Centro	49

Lista de quadros

Quadro 1. Sítios anatômicos e códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde	10
Quadro 2. Modelo de codificação das entrevistas junto aos profissionais de saúde	63
Quadro 3. Modelo de categorização das entrevistas junto aos profissionais de saúde	64
Quadro 4. Perfil de identificação dos profissionais de saúde	67
Quadro 5. Perfil de identificação dos usuários da UBS Centro	68
Quadro 6. Núcleos norteadores das categorias pesquisadas na dissertação "Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer de Boca na Atenção Primária"	70

Lista de tabelas

Tabela 1. Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2020	9
---	---

Lista de siglas

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
CAR	Complexo Ambulatorial Regional
Cedess	Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CTI	Centro de Tratamento e Terapia Intensiva
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IARC	Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (do inglês, <i>International Agency for Research on Cancer</i>)
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituição de Ensino Superior
Inca	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPCC	Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal

RAS Rede de Atenção à Saúde
Rasb Rede de Atenção à Saúde Bucal

APRESENTAÇÃO

Graduada em Odontologia, em 1992, pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo – FOB (USP).

Escolhi esse curso por me identificar com a área biológica, além de me proporcionar a oportunidade de socializar e vivenciar a diversidade das relações humanas.

Em março de 1993, inicio minha trajetória profissional trabalhando em consultório particular a convite de um colega de trabalho mais experiente.

Em 1995, realizo um curso de atualização voltado ao tratamento odontológico em crianças de 0 a 36 meses. Experiência esta que não tive durante a formação acadêmica.

Em 1996, sou admitida pela Prefeitura de Registro para atendimento odontológico na Atenção Primária da Unidade Básica de Saúde Centro. Nessa época e ainda hoje, é realizado um tratamento odontológico curativo e com pouca ênfase às ações preventivas, resultando na alta prevalência de cárie dentária e doenças bucais da população.

Em 1999, com o intuito de conhecer melhor o Sistema Único de Saúde - SUS, busco especialização em Saúde Pública.

Em 2012, Registro implanta o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO tipo I, oferecendo serviços de Periodontia, Cirurgia e Endodontia, melhorando a Rede de Atenção à Saúde Bucal do município. No final desse mesmo ano, agora no CEO, passo a fazer a cobertura da Atenção Primária das unidades de ESF que não possuem equipe de Saúde Bucal.

Nesse mesmo ano, realizo o curso de especialização Saúde da Família, cujo objetivo foi preparar a equipe de saúde para a mudança do modelo de assistência à saúde, com a proposta de atenção centrada na pessoa, nas necessidades de saúde, cada vez mais complexas.

O Mestrado Profissional, em 2019, foi um divisor de águas no meu percurso formativo. Proporcionou-me oportunidades de trocas de saberes e experiências, e induziu-me ao desenvolvimento de competências para lidar com as diversidades no cotidiano das minhas práticas.

No Brasil, uma grande parcela da população tem problemas dentários, porém poucos conseguem acesso à essa assistência. A realidade da minha cidade não é diferente.

Apesar do SUS ofertar serviços odontológicos básicos e especializados por meio das equipes de Saúde Bucal (ESB) e do CEO, respectivamente, e da crescente inserção de cirurgiões dentistas na Estratégia Saúde da Família (ESF), ainda chama atenção o aumento dos índices epidemiológicos da cárie dentária e das doenças bucais, entre elas o câncer de boca.

Dessa forma, é fundamental a efetivação de intervenções que impactem sobre os indicadores de saúde bucal e que resultem na melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas.

É impossível se manter indiferente à essa situação. As inquietações surgem, os desconfortos nos incomodam e a consciência cobra alguma atitude: ‘nasce’ meu projeto de pesquisa!

Assim, espero, por meio dessa pesquisa e do produto educativo gerado, contribuir para as mudanças significativas na abordagem do câncer de boca na Atenção Primária, na perspectiva da efetivação de ações preventivas, ao envolver os profissionais de saúde, os usuários e os gestores na busca por uma saúde acessível, igualitária, integral e de qualidade.

Para mais, o mestrado foi uma viagem por diversos locais (disciplinas), foi um *tour* pelo mundo do conhecimento, e cada disciplina representou um mar de descobertas, uma tempestade de informações, um turbilhão de emoções, uma viagem de transformações, conduzidos por pessoas, antes de tudo, generosas e comprometidas com a disseminação do conhecimento. E de cada ‘viagem’ pelas disciplinas, obrigatórias e eletivas, trouxe uma ‘lembrancinha’ em minha bagagem, aditada e concretizada nessa dissertação.

Convido-os, então, a fazer esse *tour* e tenho certeza que, com mais “passageiros”, esta viagem ficará mais completa e certamente mais bonita!

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão entre as principais causas de morte em todo o mundo. Dentre elas está o câncer, considerado um problema de saúde pública mundial, estando entre as quatro principais causas de morte prematura.

Mundialmente, o câncer de cabeça e pescoço é o sétimo câncer mais frequente, sendo o quinto mais comum em homens e o décimo terceiro em mulheres. Importante ressaltar que quase 50% dos cânceres nessa região surgem na cavidade bucal.

Discorrendo especificamente sobre o câncer de boca, este caracteriza-se como um relevante e crescente problema de saúde pública. A incidência dessa patologia está aumentando, sendo considerada uma das mais elevadas do mundo e representa 3% dos casos de todos os tipos de cânceres registrados no mundo. Isto se deve ao envelhecimento, ao crescimento populacional e às desigualdades socioeconômicas.

Em 2018, o Brasil apresentou mais de 6.000 óbitos por câncer de boca e para cada ano do triênio 2020-2022, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) estima que o número de casos novos esperados será de 11.180 casos em homens e 4.010 em mulheres, demonstrando estimativa de aumento na prevalência da doença.

Em se tratando dos aspectos epidemiológicos, os fatores de risco para essa doença são bem estabelecidos. A grande prevalência do câncer de boca está relacionada à ação de agentes físicos e químicos com potencial mutagênico e, dentre eles, a combinação do tabaco com o consumo de bebidas alcoólicas é a causa de cerca de 65% a 90% das neoplasias bucais.

Entre outros fatores está a exposição solar sem proteção, associada ao câncer de lábio e a infecção pelo vírus HPV, relacionada ao câncer de orofaringe. Importante também considerar a imunossupressão, relacionada às infecções pelo vírus HIV e o uso de imunossupressores, que elevam o risco de desenvolvimento do câncer.

Quanto à sintomatologia, sinais e sintomas de alerta para o câncer de boca devem ser observados tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos usuários com a finalidade de detecção precoce da doença.

Desse modo, o conhecimento da neoplasia e dos fatores de risco constitui a base para uma prevenção efetiva, bem como o reconhecimento da sintomatologia em estágios iniciais pelos profissionais de saúde e pelos usuários, podendo o diagnóstico ser realizado precocemente.

Ressaltamos que o diagnóstico precoce e o tratamento imediato da doença são essenciais para a redução da morbidade e mortalidade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), para o diagnóstico precoce é preconizado as seguintes etapas: conscientização e busca por assistência à saúde, onde a população é informada sobre a doença e suas manifestações sugestivas; avaliação clínica e diagnóstica, que corresponde ao diagnóstico clínico realizado pelo profissional capacitado e acesso aos serviços de saúde.

Quanto ao acesso ao sistema de saúde, sabe-se que o atendimento das necessidades de saúde dos usuários é realizado por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS) composta pela atenção primária, secundária e terciária.

Assim, a Atenção Primária, caracterizada como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, é responsável pela coordenação do cuidado e ordenação da RAS. À AP é atribuída a tarefa de interligar a rede, encaminhando as demandas de saúde dos usuários para os demais níveis de atenção.

Considerando, então, a coordenação do cuidado para o câncer de boca, as ações de detecção precoce para a doença devem ser executadas na RAS, de modo a assegurar a continuidade do tratamento oncológico, na perspectiva da integralidade do cuidado, compreendendo a detecção precoce e todo o tratamento de que o usuário necessita.

Tal fato expressa a necessidade de uma RAS organizada e estruturada para permitir a condução efetiva do tratamento oncológico.

No entanto, é de amplo conhecimento, na área da saúde, que grande parte dos diagnósticos de câncer de boca ocorrem tardiamente. Fatores como a desinformação por parte do usuário, a falta de alerta e conhecimento dos profissionais de saúde sobre a patologia e a carência de políticas públicas de rotina para o incentivo à detecção precoce da doença, contribuem para o diagnóstico tardio, e conseqüentemente, resultando em um prognóstico desfavorável e cirurgias mutiladoras.

Somados a estes fatores estão a dificuldade de acesso dos usuários ao sistema de saúde e a insuficiente oferta de serviços públicos de atenção à saúde que favorecem o atraso para o início do tratamento oncológico.

Portanto, para esta pesquisa consideramos como justificativas a estimativa de aumento na prevalência do câncer de boca para as próximas décadas, a desinformação dos usuários sobre a patologia e o déficit na formação e na Educação Permanente dos profissionais de saúde.

Essas evidências sugerem mudanças de caráter efetivo, educativo e preventivo para a abordagem da neoplasia bucal na AP, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca.

O objetivo é reduzir as taxas de incidência e prevalência da doença na população ao identificar e propor ações educativas de saúde, na perspectiva da promoção e prevenção, buscando envolver os profissionais de saúde, os usuários e a gestão para a transformação da realidade do contexto de pesquisa.

Para alcançar este objetivo, utilizamos as questões norteadoras descritas a seguir.

1.1 Questões norteadoras da pesquisa

- Quais as ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca necessárias na Atenção Primária?
- Quais os conteúdos deveriam estar presentes para a identificação precoce do câncer de boca pelos profissionais da saúde e usuários, no âmbito de um programa de Educação Permanente?
- Como esses conteúdos poderiam ser melhor abordados na Educação em Saúde na Atenção Primária?

A partir do exposto, este estudo tem como objetivo identificar e propor as ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca necessárias na AP que permitam a prevenção e o controle da doença, traduzida na redução de sua incidência

e prevalência, por meio de proposta de Educação Permanente em Saúde e Educação em Saúde.

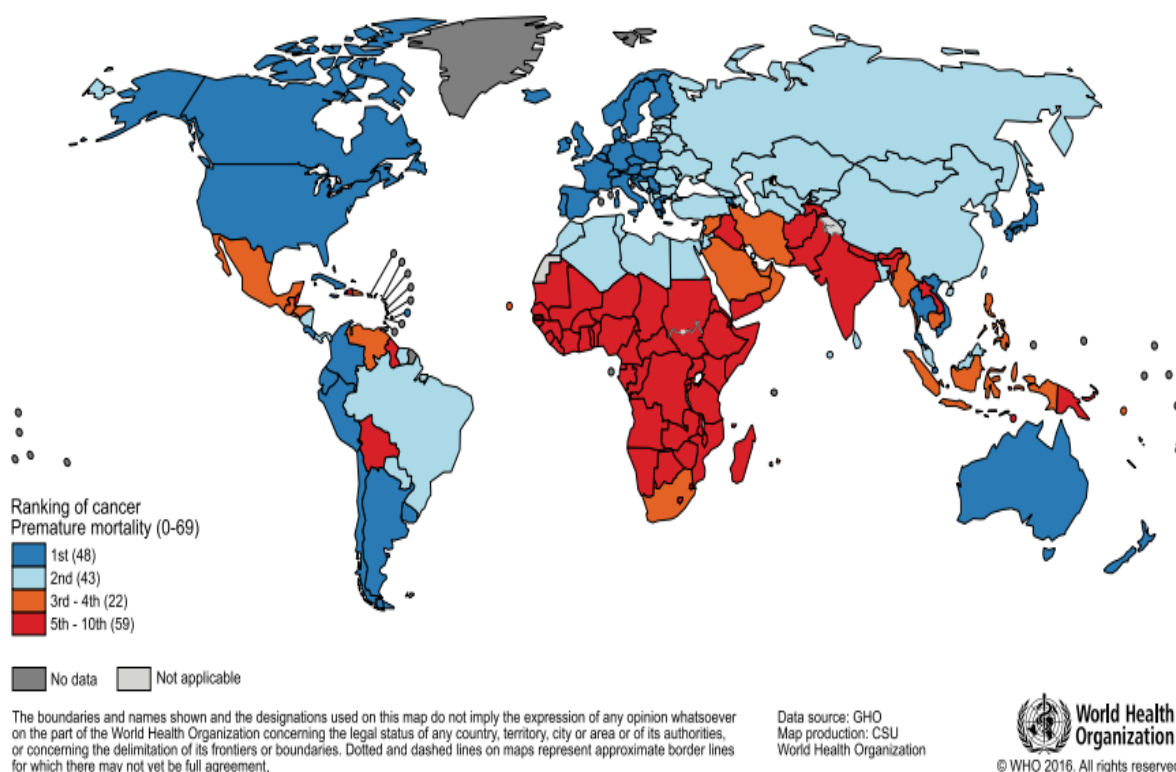
1.2 Referencial teórico

1.2.1 Câncer: problema de saúde pública mundial

O câncer é considerado um problema de saúde pública mundial e encontra-se entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países, sendo a primeira ou a segunda causa de morte em 91 dos 172 países.

As taxas de incidência e de mortalidade por câncer vêm aumentando, em consequência do envelhecimento, do crescimento populacional, bem como da mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco para o câncer, em particular os associados ao desenvolvimento socioeconômico.

Verifica-se uma transição epidemiológica dos principais tipos de câncer observados nos países em desenvolvimento, com um declínio dos tipos de câncer associados a infecções e o aumento daqueles associados à melhoria das condições socioeconômicas com a incorporação de hábitos e atitudes associados ao sedentarismo, à alimentação inadequada, entre outros (BRAY *et al.*, 2018).



Fonte: Adaptado de GLOBOCAN (2018).

Figura 1. Mapa global apresentando o ranking nacional de câncer como causa de morte em idades abaixo de 70 anos em 2015, OMS (2018).

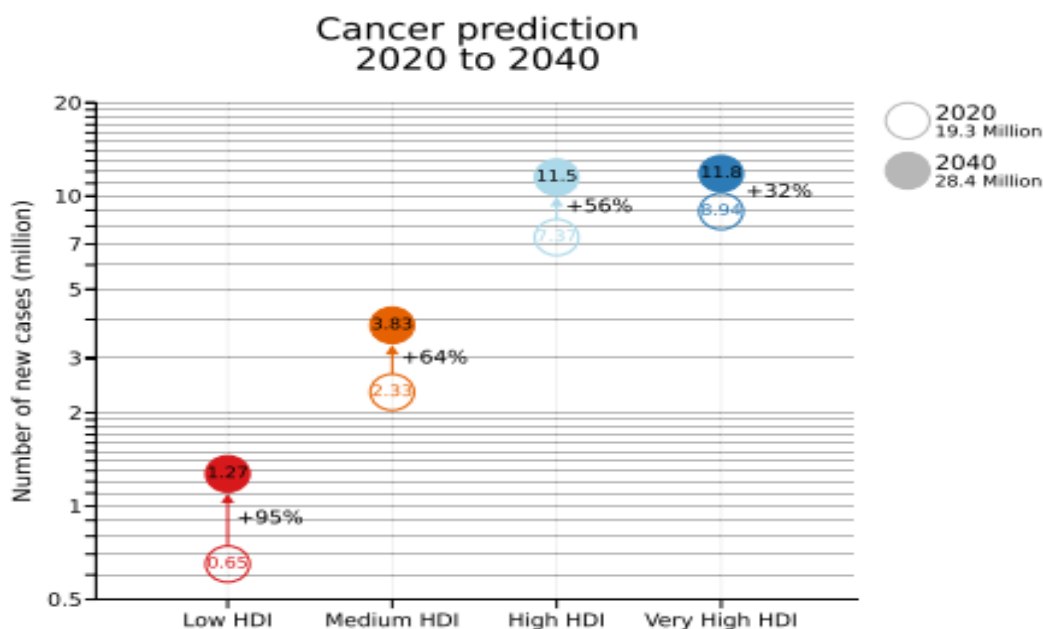
A Figura 1 nos mostra que o câncer é a primeira ou a segunda principal causa de morte antes dos 70 anos em 91 de 172 países, e ocupa a terceira ou quarta posição em outros 22 países.

A estimativa mundial de 2020 mostra que ocorreram no mundo cerca de 19,3 milhões de novos casos de câncer (18,1 milhões excluindo cânceres de pele não melanoma) e quase 10,0 milhões de óbitos (9,9 milhões excluindo os cânceres de pele não melanoma).

Um ponto importante a destacar sobre o risco cumulativo de incidência é a informação de que 1 em cada 5 homens ou mulheres desenvolve a doença e 1 em cada 8 homens e 1 em cada 11 mulheres morrem por causa dela (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2020).

Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 indica que ocorrerão 625 mil casos novos de cânceres (INCA, 2019).

De acordo com a *Internacional Agency for Research on Cancer – IARC* (2020), em 2040, há uma estimativa mundial de 28,4 milhões de novos casos de câncer, incluindo câncer de pele não melanoma (IARC, 2020) (Figura 2).



Fonte: Adaptado de GLOBOCAN (2020).

Figura 2. Número projetado de novos casos para todos os cânceres combinados (ambos os sexos combinados) em 2040, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano de 4 níveis (IDH), GLOBOCAN (2020).

Esta projeção corresponde a um aumento de 47% dos 19,3 milhões de casos estimados em 2020. Isto se deve exclusivamente ao crescimento e envelhecimento populacional e deve ser ainda mais exacerbada por uma prevalência crescente dos fatores de risco socioeconômicos em muitas partes do mundo.

Os aumentos na incidência desses cânceres provavelmente serão acompanhados por aumentos nas taxas de mortalidade, a menos que recursos sejam investidos nos serviços de saúde para tratamento e controle adequados (LORTET-TIEULENT *et al.*, 2020).

Portanto, para conter o avanço das mortes por câncer, a prevenção e o combate à doença devem ser pauta permanente das agendas políticas dos países comprometidos com a saúde de suas populações, com o objetivo de melhorar suas ações de monitoramento, promoção e prevenção, diagnóstico, cuidado integral e gestão eficiente em Oncologia.

O câncer pode acometer qualquer parte do corpo, podendo alguns órgãos serem mais afetados do que outros. Nesta pesquisa, abordaremos especificamente o câncer de boca.

1.2.2 Câncer de boca

Em todo o mundo, o câncer de cabeça e pescoço é o sétimo câncer mais comum em geral, representando cerca de 888.000 novos casos em 2018 (BRAY *et al.*, 2018). Importante enfatizar que quase 50% dos cânceres de cabeça e pescoço surgem na cavidade bucal.



Em 2018, havia uma estimativa mundial de 355.000 novos casos (246 mil casos novos de cânceres de língua e cavidade bucal (C00-C06) em homens e 108 mil em mulheres) e 177.000 mortes para esse tipo de câncer (BRAY *et al.*, 2018),

Somado a isso, apresentou um risco estimado de 6,4/100 mil em homens e 2,9/100 mil em mulheres (BRAY *et al.*, 2018).

Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que o número de casos novos de câncer da cavidade bucal será de 11.180 casos em homens e de 4.010 em mulheres.

Esses valores correspondem a um risco estimado de 10,69 casos novos a cada 100 mil homens, ocupando a quinta posição, conforme demonstrado na Tabela 1. Para as mulheres, corresponde a 3,71 para cada 100 mil mulheres, sendo o décimo terceiro mais frequente entre todos os cânceres (INCA, 2019).

Tabela 1. Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2020 por sexo, exceto pele não melanoma, INCA (2019)

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%		
Próstata	65.840	29,2%	Homens		Mama feminina	66.280	29,7%		
Colón e reto	20.520	9,1%			Mulheres		Colón e reto	20.470	9,2%
Traqueia, brônquio e pulmão	17.760	7,9%			Colo do útero	16.590	7,4%		
Estômago	13.360	5,9%			Traqueia, brônquio e pulmão	12.440	5,6%		
Cavidade oral	11.180	5,0%			Glândula tireoide	11.950	5,4%		
Esófago	8.690	3,9%			Estômago	7.870	3,5%		
Bexiga	7.590	3,4%			Ovário	6.650	3,0%		
Linfoma não Hodgkin	6.580	2,9%			Corpo do útero	6.540	2,9%		
Laringe	6.470	2,9%			Linfoma não Hodgkin	5.450	2,4%		
Leucemias	5.920	2,6%			Sistema nervoso central	5.220	2,3%		

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (2019).

Várias estruturas anatômicas podem ser acometidas pelo câncer de boca como, lábios, gengivas, bochechas, palato (céu da boca), língua (especialmente as bordas) e assoalho da língua (região embaixo da língua) (INCA, 2019).

Face à dificuldade de concordância na literatura quanto as localizações afetadas por esse tipo de câncer, consideramos como câncer da cavidade bucal aquelas que tenham como localização primária lábios, cavidade bucal, glândulas salivares e orofaringe (C00-C10) (INCA, 2021).

O Quadro 1 apresenta os sítios anatômicos de neoplasias malignas de lábio e cavidade bucal.

Quadro 1. Sítios anatômicos e códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) relacionados ao câncer de lábio e cavidade bucal, OMS (2017)

Código da CID-10	Sítio anatômico
Co0	Lábio
Co1	Base da língua
Co2	Língua (outras partes)
Co3	Gengiva
Co4	Assoalho da boca
Co5	Palato
Co6	Outras partes e partes não especificadas da boca
Co7	Glândula parótida
Co8	Outras glândulas salivares maiores
Co9	Amígdala
C10	Orofaringe

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS) (2017).

A neoplasia maligna mais comum na cavidade bucal é o carcinoma de células escamosas, carcinoma epidermóide ou carcinoma espinocelular (CEC), que representa cerca de 90% das lesões malignas nessa região (JIANG *et al.*, 2019).

As características clínicas do CEC podem variar de uma lesão exofítica que se apresenta como formação de massa fungiforme, papular ou verrucosa, variando de coloração normal, vermelha ou branca, com superfície geralmente ulcerada e/ou uma lesão dura à palpação, para uma lesão de crescimento endofítico, caracterizada por uma lesão invasiva, ulcerada e borda circundante endurecida (NEVILLE *et al.*, 2004).

A maioria das lesões neoplásicas iniciais na cavidade bucal é assintomática, podendo apresentar sintomatologia dolorosa devido ao comprometimento de

estruturas ou espaços adjacentes decorrentes da evolução da doença (NEVILLE *et al.*, 2004).

Observa-se também que, lesões potencialmente malignas podem preceder o câncer de boca, tornando a região mais susceptível a tumores malignos, sem que a malignização seja um fenômeno garantido. Entre essas lesões estão a queilite actínica (que acomete principalmente o lábio inferior), eritroplasia, leucoplasia oral, eritroleucoplasia (placas mistas, brancas, associadas a vermelhas com maior risco de malignização), fibrose submucosa, líquen plano, lúpus eritematoso (condição autoimune de etiologia desconhecida), disqueratose congênita (distúrbio hereditário mais comum em homens) e lesões palatinas associadas ao fumo reverso (alterações na mucosa palatina causada pelo hábito de fumar com a ponta acesa do charuto ou cigarro dentro da boca) (EL-NAGGAR *et al.*, 2017; RAMADAS, 2008).

Quanto aos aspectos epidemiológicos, o câncer de boca é uma doença que pode afetar pessoas de todas as idades, apesar da faixa de risco estar acima dos 40 anos de idade.

O nível de sobrevivência dos pacientes diagnosticados depende principalmente da detecção precoce do agravo, constituindo assim um grande desafio no mundo e em especial no Brasil, dada a grande desigualdade social vigente.

Desafio este associado aos fatos de que uma grande parcela da população tem pouco conhecimento sobre a causa e prevenção da doença e muitas vezes ignora problemas bucais, além do despreparo por parte dos profissionais de saúde.

O diagnóstico do câncer de boca é relativamente fácil, uma vez que a inspeção visual é favorecida pela localização anatômica da boca, e os fatores de risco associados a esta doença podem ser identificados durante a anamnese. Não obstante, este tipo de abordagem ainda é deficitário em nosso país, pela falta de formação dos futuros odontólogos sobre este tema como também da equipe de saúde como um todo.

1.2.2.1 Fatores de risco

Os fatores de risco para o câncer de boca são bem estabelecidos. A grande prevalência da doença está relacionada à ação de agentes físicos e químicos com potencial mutagênico, sendo que dentre eles a combinação de tabaco com o consumo

de bebidas alcoólicas é a causa de cerca de 65% a 90% das neoplasias bucais (DE SOUZA JÚNIOR, 2006, IARC, 2012; INCA, 2019).

Segundo Jiang *et al.* (2019), o tabaco, em todas as suas formas, cigarro, cachimbo, charutos, rapé e fumo mascado, é o principal fator de risco para o câncer de boca.

Seu uso causa pelo menos 20 tipos diferentes de cânceres, incluindo câncer de pulmão, cavidade bucal, cavidade nasal e seios da face, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe, laringe, esôfago (adenocarcinoma e carcinoma escamoso celular), estômago, pâncreas, colorretal, fígado, rim (corpo e pelve), ureter, bexiga, colo do útero e ovário (mucinoso) e leucemia mieloide aguda. Incluindo igualmente outras doenças não transmissíveis importantes como as doenças vasculares, condições respiratórias (infecções respiratórias e tuberculose) e doenças respiratórias crônicas (IARC, 2012).

Indivíduos fumantes evidenciam um risco de 3 a 4 vezes maior para o desenvolvimento de neoplasias malignas quando comparados aos não fumantes e esse aumento do risco também está associado à frequência do consumo de tabaco (ANDRADE; SANTOS; OLIVEIRA, 2015).

De acordo com esses autores, o consumo de álcool apresenta um risco menor para o desenvolvimento da patologia quando comparado ao de tabaco. Entretanto, há evidências de que a associação de ambos potencializa este risco de 6 a 15 vezes para o câncer de boca (ANDRADE; SANTOS; OLIVEIRA, 2015; CRUZ *et al.*, 2007).

Indivíduos que consomem mais de 40 cigarros/dia e que ingerem mais de 30 drinques por semana têm um risco 38 vezes maior de desenvolver câncer de boca, em relação àqueles que se abstêm de tais substâncias (WARNAKULASURIYA; SUTHERLAND; SCULLY, 2005).

Conforme apontado anteriormente, o envelhecimento também contribui para o câncer de boca, com maior incidência em homens brancos, fumantes, acima dos 40 anos de idade e, por vezes, etilistas crônicos (CANDOTTO *et al.*, 2017).

Entre outros fatores de risco, encontram-se a exposição ao sol sem proteção, importante risco para o câncer de lábio; a obesidade; a infecção pelo HPV relacionada ao câncer de orofaringe; a imunodepressão; a sífilis; a radiação ionizante e fatores relacionados à exposição ocupacional (KUMAR *et al.*, 2016; INCA, 2019).

Candotto *et al.* (2017) ressaltam outro aspecto de relevância a respeito da atividade sexual e precisamente da infecção pelo papilomavírus humano (HPV) tipo 16, responsável pelos casos de câncer do colo do útero, mas que tem sido encontrado também em cânceres de cavidade bucal, com maior frequência na região de orofaringe, em indivíduos jovens, muitas vezes sem histórico de consumo de tabaco.

Considerando a prevenção primária, Johnson *et al.* (2011) identificaram vários fatores de risco relacionados ao câncer de boca: o tabaco, a maconha, o abuso do álcool, a nutrição deficiente, o HPV 16 e 18, a má higiene bucal e até a poluição industrial.

Dessa forma, o conhecimento da neoplasia e dos fatores de risco constitui a essência para uma prevenção adequada do câncer de boca (DE OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006), bem como o reconhecimento de lesões suspeitas em estágios iniciais, podendo o diagnóstico ser realizado precocemente e o indivíduo encaminhado de imediato para tratamento, o que contribui para a redução da morbidade e mortalidade causadas pelo mesmo (WÜNSCH-FILHO, 2002).

1.2.2.2 Sinais e sintomas do câncer de boca

Os sinais e sintomas de câncer de boca variam de pessoa para pessoa e muitos deles são comuns a várias doenças benignas. Dessa forma, a detecção precoce é muito importante para o sucesso do tratamento, evitando prognóstico desfavorável e cirurgias mutiladoras.

Como descrito anteriormente, em estágios iniciais as lesões do câncer de boca geralmente não apresentam sintomatologia dolorosa. Contudo, com a evolução da doença, os indivíduos podem apresentar dor devido ao comprometimento de estruturas ou espaços próximos (NEVILLE *et al.*, 2004).

É preciso estar atento a algumas alterações teciduais, bem como a alguns sinais de alerta para o câncer de boca:

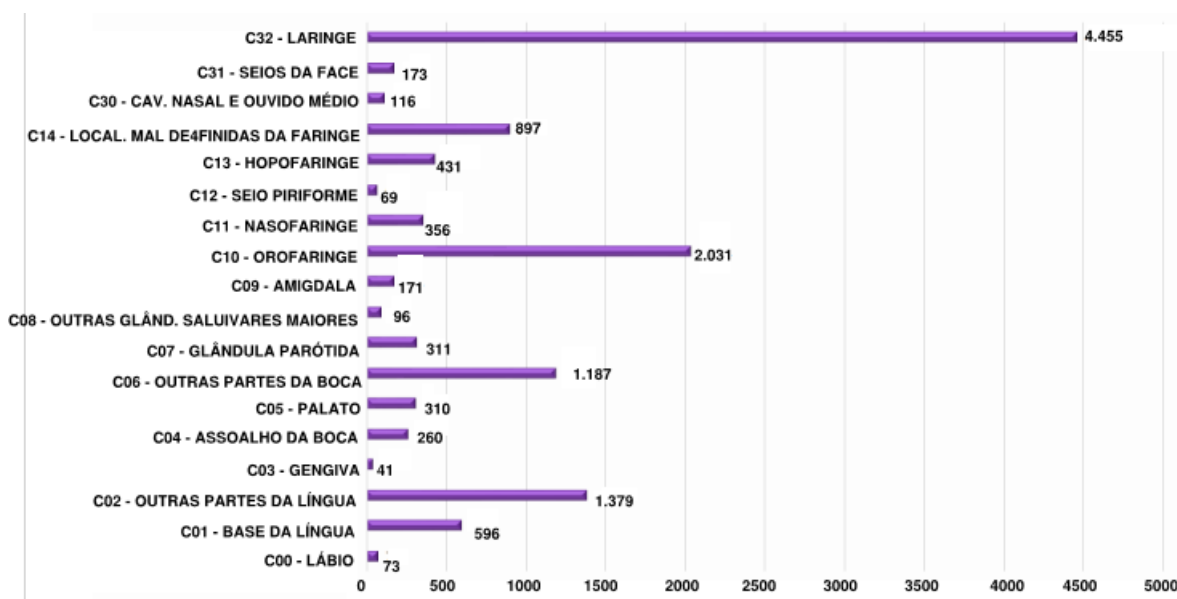
- Lesões de coloração vermelha ou esbranquiçada na língua, nas gengivas, no palato (céu da boca) e na mucosa jugal (bochecha) que não estejam relacionadas a outra doença ou causa conhecida;
- Gânglios infartados (nódulos ou caroços) no pescoço;

- Rouquidão persistente;
- Dificuldade de mastigação e deglutição;
- Dificuldade na fala;
- Assimetria facial.

Não havendo cicatrização de qualquer lesão na boca em até 15 dias, orientar-se a necessidade de sua investigação.

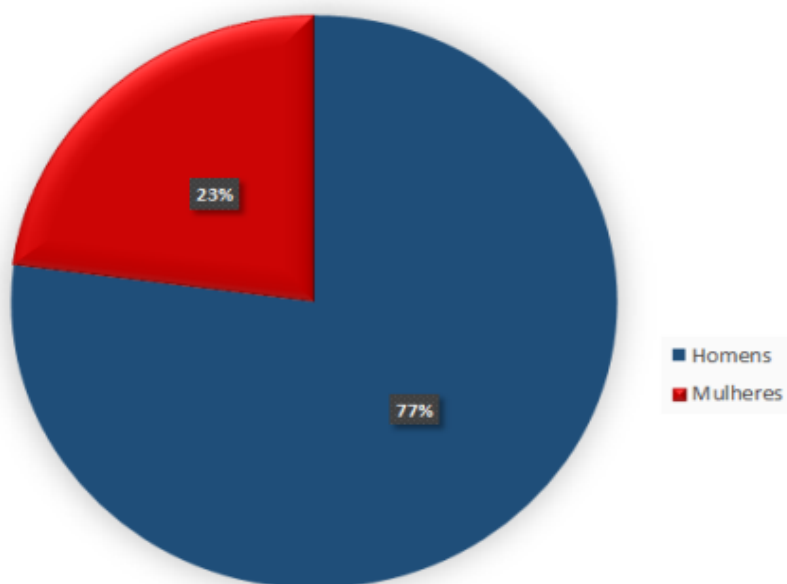
1.2.2.3 Óbitos relacionados ao câncer de boca

O Sistema de Informação de Mortalidades (SIM), em 2018, registrou 6.455 óbitos por câncer de boca no Brasil. Esses valores representaram 50% dos óbitos por câncer de cabeça e pescoço, exceto glândula tireoide, tendo a maior representatividade entre o sexo masculino na faixa etária entre 60 e 79 anos (ATTY; RIBEIRO, 2020).



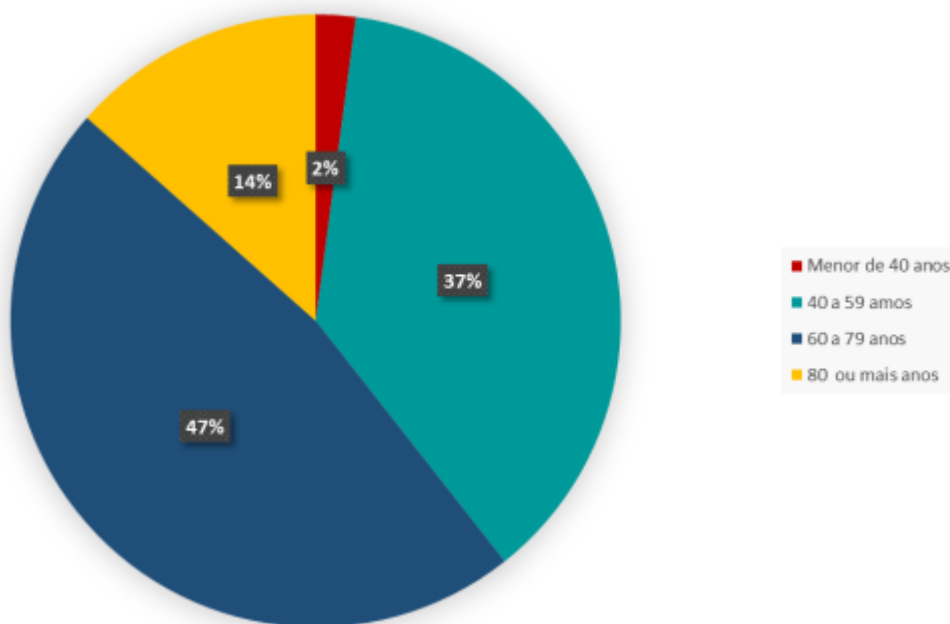
Fonte: Atlas de Mortalidade. INCA (2014).

Figura 3. Total de óbitos por câncer de cabeça e pescoço, exceto glândula tireoide. Brasil (2018).



Fonte: Atlas de Mortalidade. INCA (2018).

Figura 4. Distribuição dos óbitos por neoplasias malignas de lábio e cavidade bucal segundo sexo. Brasil (2018).



Fonte: Atlas de mortalidade. INCA (2018).

Figura 5. Distribuição dos óbitos por neoplasias malignas de lábio e cavidade bucal segundo faixa etária. Brasil (2018).

1.2.2.4 Prevenção e controle do câncer de boca

A boca é uma área de fácil acesso e visão, o que permite a identificação precoce de alterações, tanto por parte dos indivíduos quanto dos profissionais de saúde.

Entretanto, muitas lesões suspeitas passam despercebidas, seja por falta de acesso e busca pelos serviços de saúde, seja pela desinformação da população sobre a doença ou mesmo por negligência com a saúde, indicando a falta de protagonismo dos indivíduos no autocuidado. Conseqüentemente, muitos casos são detectados tardiamente, implicando em tratamento com prognóstico desfavorável e desfechos que geram mutilações anatômicas, funcionais e psicológicas, muitas das quais irreversíveis (SANTOS *et al.*, 2011).

Diante dessa situação, a OMS recomenda realização de ações de prevenção, detecção precoce e acesso ao tratamento, como estratégias de controle do câncer (OMS, 2017).

A prevenção e controle do câncer de boca exigem organização da RAS com o propósito de garantir oferta de ações e serviços com potencial para impactar na redução da incidência e mortalidade.

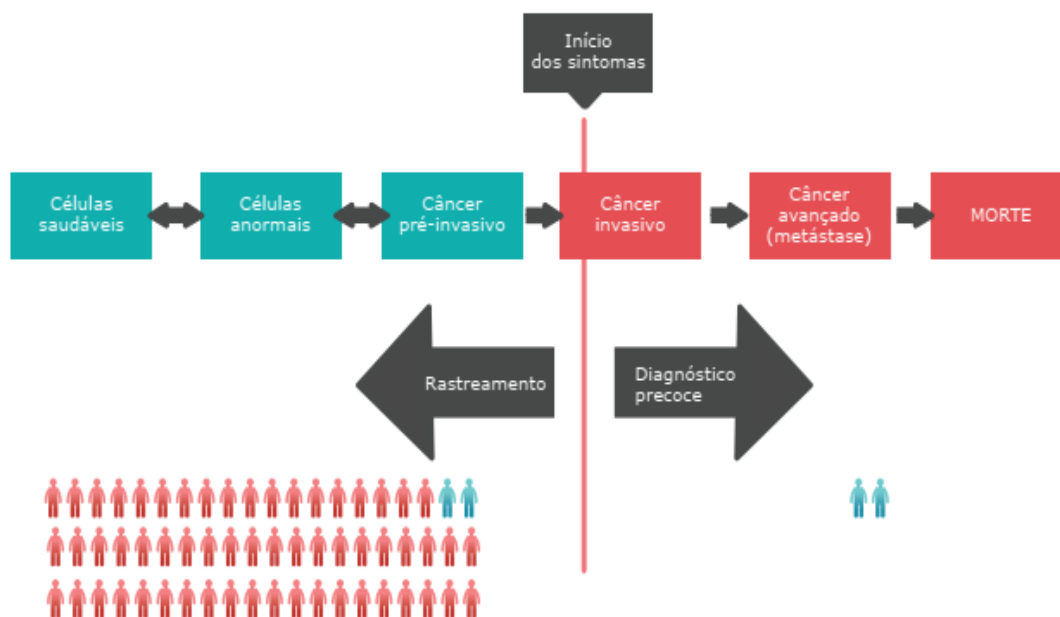
Em razão da estimativa crescente de novos casos de câncer de boca, justifica-se a importância de uma RAS preparada para o diagnóstico precoce de lesões potencialmente malignas.

Para tal, é necessário o treinamento de profissionais de saúde para o exame clínico e para a realização da biópsia para os laudos anatomopatológicos e uma regulação eficiente capaz de garantir toda a linha de cuidados, compreendendo o início oportuno do tratamento oncológico dos casos confirmados (INCA, 2019).

A detecção precoce do câncer compreende o rastreamento e o diagnóstico precoce.

Na estratégia do rastreamento, por meio de exames de rotina em uma população-alvo sem sinais e sintomas sugestivos, busca-se encontrar o câncer pré-clínico ou as lesões potencialmente malignas.

Para o diagnóstico precoce, o objetivo é identificar o câncer em estágio inicial em uma população que apresenta sinais e sintomas suspeitos da doença (OMS, 2020).



Fonte: Adaptado de OMS (2020, p. 73).

Figura 6. Estratégias de detecção precoce a partir da evolução do câncer de boca (OMS, 2020).

Para o câncer de boca, preconiza-se o diagnóstico precoce das lesões suspeitas como estratégia de detecção precoce, uma vez que não há evidências científicas do impacto do rastreamento nas taxas de mortalidade (OMS, 2017).

Aconselha-se, portanto, a realização da inspeção visual minuciosa da boca para o diagnóstico precoce, com a finalidade de identificar alterações teciduais suspeitas.

Ademais, o diagnóstico precoce do câncer de boca também implica no acompanhamento dos pacientes diagnosticados com desordens ou condições pré-malignas, já explicitadas anteriormente (RAMADAS, 2008).

No Brasil, o índice de identificação de lesões malignas iniciais na boca é muito baixo, equivalendo a menos de 10% dos casos diagnosticados (VOLKWEIS *et al.*, 2014). Isso confirma o estudo de Cartaxo (2017) que afirma ser a realização do autoexame da boca uma das principais formas de prevenção e diagnóstico precoce para o referido câncer.

Esses pacientes devem ser esclarecidos a respeito da relação entre sua condição ou da lesão existente na boca e a possibilidade de malignização desta, e da importância da manutenção periódica da sua saúde bucal, com o cirurgião-dentista (INCA, 2021).

A estratégia de diagnóstico precoce possibilita utilizar procedimentos terapêuticos mais simples e efetivos, reduzindo a possibilidade de desenvolvimento do câncer, sendo conhecido na literatura de língua inglesa como *stage-shift*.

A realização do diagnóstico precoce contribui para a detecção do câncer em um estágio potencialmente curável, aumentando as chances de sobrevida e consequente melhoria da qualidade de vida. Para isto, é necessário melhorar o acesso e qualificar a oferta de serviços, além de garantir o direito à integralidade e continuidade do cuidado na RAS (INCA, 2021).

1.2.2.5 Diagnóstico tardio do câncer de boca na Atenção Primária

O diagnóstico precoce envolve as seguintes etapas: (1) conscientização e busca por assistência à saúde; (2) avaliação clínica e diagnóstica; (3) acesso ao tratamento (OMS, 2020).

Conscientização e busca por assistência à saúde

Esta etapa tem como finalidade informar e conscientizar a população quanto ao conhecimento da doença e à percepção de sinais e sintomas suspeitos, de forma a incentivá-lo a procurar o serviço de saúde quando identificadas tais alterações da normalidade.

A população deve ser informada sobre as manifestações clínicas sugestivas de câncer, reconhecer a urgência e o potencial de gravidade desses sinais, superar possíveis medos e estigmas e conseguir acessar serviços de saúde.

Dessa forma, nessa etapa, o objetivo é antecipar e qualificar a demanda da população pela investigação diagnóstica.

As pessoas também devem ser orientadas sobre os locais de atendimento e como acessá-los, procurando a unidade de referência na AP para auxiliá-las na busca por assistência à saúde (INCA, 2021).

Avaliação clínica e diagnóstica

A avaliação clínica e diagnóstica consiste no diagnóstico clínico feito por profissional de saúde capacitado nos diferentes níveis de atenção, ao realizar a investigação diagnóstica e o estadiamento da doença, de modo a:

- Identificar os indivíduos com quadro suspeito para o câncer: em geral ocorre na Atenção Básica (AB) / Atenção Primária (AP);
- Realizar testes diagnósticos para confirmação do câncer: em geral deve ocorrer na Atenção Secundária, em ambulatórios de especialidades;
- Avaliar a extensão da doença (estadiamento), para definição do tratamento o que implica em tratamentos desenvolvidos na Atenção Terciária (INCA, 2021).

Acesso ao tratamento

Esta terceira etapa consiste em garantir ao indivíduo tratamento oncológico adequado, com qualidade e de forma oportuna.



Fonte: Adaptado de OMS (2017).

Figura 7. Etapas do diagnóstico precoce.

Há fatores que contribuem para o diagnóstico tardio, por exemplo, o baixo letramento em saúde da população quanto às manifestações sugestivas da doença; o estigma do câncer como doença incurável e de caráter mutilador, que leva a população a protelar a procura pelo serviço de saúde; a deficiência na formação e a desatualização dos profissionais de saúde, que afetam a identificação e o

encaminhamento dos casos suspeitos de câncer; e a dificuldade de acesso aos serviços para o diagnóstico precoce e tratamento.

Importante ressaltar a relevância da avaliação e o monitoramento contínuos das ações de controle do câncer para a identificação desses fatores e o planejamento de medidas para solucioná-los, na busca de desfecho favorável no prognóstico para a doença com impacto na qualidade de vida e aumento nas chances de cura dos indivíduos (INCA, 2021).

Em consonância com a realidade no mundo, cerca de dois terços de todos os casos de câncer de boca são diagnosticados tardiamente, o que aumenta seu impacto econômico. A duração do atraso no diagnóstico da patologia varia, de acordo com a literatura, de um mês até mais de sete anos, comprometendo o potencial do tratamento precoce e, portanto, limitando as chances de sobrevivência (GÜNERI; EPSTEIN, 2014; SARGERAN *et al.*, 2009; DOS SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010).

1.2.2.6 Acesso ao sistema de saúde

A criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 1990, foi um marco primordial para a garantia e ampliação do acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 1993).

O acesso é apresentado como um dos elementos do sistema de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos processos de trabalho, que se refere à entrada nele, recebimento de cuidados subsequentes que garantam a continuidade do tratamento, sendo a garantia de acesso resolutivo, em tempo oportuno e com qualidade, às ações e serviços, sendo então o maior desafio do Sistema Único de Saúde – SUS (ANDERSEN; NEWMAN, 1973; TRAVASSOS; DE OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; TADDEO *et al.*, 2012; BRASIL, 2012).

Os mecanismos de referência e contrarreferência configuram a garantia de acesso resolutivo em tempo oportuno e com qualidade, evidenciando a presença do controle social e a escuta às necessidades dos usuários.

A garantia do acesso envolve o modo de organização dos recursos de atenção à saúde, o qual se refere a obstáculos internos como demora na obtenção da consulta; tipo de marcação e horário; turnos de funcionamento; forma de organização dos

processos de trabalho; vínculo, acolhimento e obstáculos externos como demora no atendimento e em serviços de apoio (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013).

Para Penchanski e Thomas (1981) e Czorny *et al.* (2013), o acesso consiste no grau de ajuste entre os usuários e o sistema de saúde. Assim, identificam-se cinco dimensões constituintes do acesso:

- Acolhimento – que representa a relação entre a forma como os serviços se organizam para receber os usuários e a capacidade desses usuários para se adaptar a essa organização;
- Acessibilidade – caracterizada pela adequação à distribuição geográfica dos serviços e dos usuários;
- Aceitabilidade – representa as atitudes dos usuários e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um;
- Disponibilidade – volume e tipos de serviços em relação às necessidades do usuário;
- Capacidade de compra – definida pela relação entre as formas de financiamento dos serviços e a possibilidade de as pessoas pagarem por esses serviços.

O Brasil tem uma lei em vigência desde 2012, a Lei nº 12.732 de novembro de 2012 (BRASIL, 2012), a qual traz em seu Art. 1º: “O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.”

O segundo artigo traz no seu escopo que:

O paciente com neoplasia maligna tem o direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

Como podemos observar, há que se traduzir na prática o já previsto em lei. Assim, para o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde, no sentido de ampliar o acesso, cobertura e efetividade da atenção oncológica, é necessário, além da atuação do governo, a participação de diversos atores, tais como usuários, profissionais da

saúde, gestores de equipamentos de saúde, pesquisadores, órgãos de controle, mídia, sociedade civil organizada, entre outros. Nesse sentido, o Brasil ainda tem um longo trajeto a percorrer no engajamento da sociedade em defesa dos direitos sociais.

1.2.2.7 Atraso nos encaminhamentos de pacientes com câncer de boca aos setores de atenção à saúde de maior complexidade

A problemática do atraso no diagnóstico e no tratamento do câncer é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade deste, uma vez que esta circunstância implica na disseminação e agravamento da doença, podendo levar à necessidade de abordagens terapêuticas mais radicais e mutiladoras (ONIZAWA *et al.*, 2003).

De acordo com Dos Santos, Batista, Cangussu (2010, p. 417):

O diagnóstico precoce é dificultado pelo fato de que as lesões iniciais, geralmente assintomáticas, não são valorizadas pelo próprio indivíduo e nem pelos profissionais de saúde, sugerindo falta de conhecimento da patologia, deficiência na procura de atendimento médica por parte do indivíduo e/ou do acesso e qualidade da assistência à saúde, fator este ligado a uma ausência de programas governamentais que visem à prevenção e de um sistema de saúde eficiente.

Felippu *et al.* (2016, p. 143) corroboram dessa afirmação:

Muitos são os problemas que envolvem a demora no diagnóstico, principalmente na rede pública, onde nem sempre é possível o início rápido do tratamento, inclusive da própria cirurgia, quando indicada. Não é só a situação intelectual e social do paciente, mas também as diversas deficiências no atendimento, encaminhamento e agendamento de exames e tratamento no sistema público que envolvem a dificuldade na abordagem do câncer de cabeça e pescoço.

O atraso do diagnóstico é definido como o período desde o aparecimento de sintomas até o diagnóstico final (MCLEOD; SAEED; ALI, 2005; SARGERAN *et al.*, 2009).

Este período foi dividido em duas fases: (1) o período desde o início dos sintomas até a procura pelo cuidado profissional (atraso do paciente) e (2) o período excessivo entre o primeiro contato com um profissional da saúde e a primeira consulta com um especialista (atraso do profissional), que juntos constituem o atraso do diagnóstico.

Enquanto, a demora profissional pode ser medida de uma forma relativamente precisa, a do paciente tende ao erro de avaliação, pois, depende do grau e percepção do mesmo (CARVALHO *et al.*, 2002).

Em estudo de revisão de literatura, Rieger (2021) identificou que a média de dias encontrada para a procura ao profissional de saúde desde o início dos sintomas foi de 197 dias. A média de dias percorridos desde a consulta profissional até o diagnóstico foi de 64 dias e a média de dias desde o diagnóstico até o tratamento foi de 61 dias.

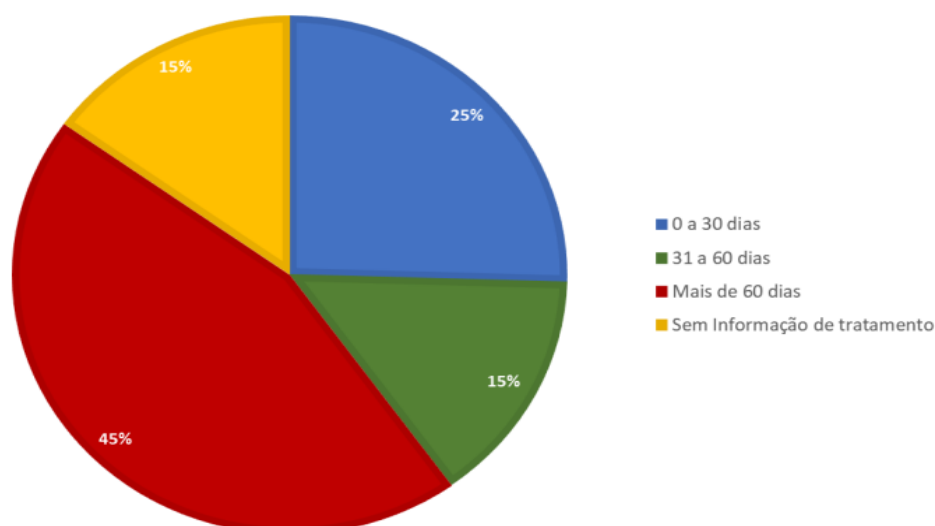
O paciente leva, então, cerca de 8,7 meses para ter o diagnóstico de câncer de boca e 10,7 meses entre o início dos sintomas e o tratamento, indicando pouca celeridade e desigualdade no sistema de saúde brasileiro (RIEGER, 2021). Esse quadro reforça a necessidade de agilidade, organização na RAS e ações de prevenção, com aumento de acesso, programas de detecção precoce e educação em saúde para a redução da mortalidade do câncer em questão.

Em maio de 2019, o Ministério da Saúde (MS) disponibilizou o PAINEL-Oncologia para que gestores e estabelecimentos de saúde pudessem monitorar o intervalo de tempo entre o diagnóstico de uma neoplasia maligna e o início do tratamento.

A informação diagnóstica disponível no PAINEL-Oncologia refere-se ao exame anatomopatológico registrado no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e no Sistema de Informações de Câncer (SISCAN). Este último especificamente para os cânceres de mama e do colo do útero.

O tratamento considera as três modalidades terapêuticas contra o câncer: cirurgia, quimioterapia e radioterapia, disponíveis na Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), Sistema de Informação Hospitalar (SIH) (ATTY *et al.*, 2020).

Para o ano de 2018, constam no PAINEL-Oncologia, 13.596 casos de câncer de lábio e cavidade bucal, no Brasil, cujo diagnóstico foi registrado no SIA. Destes, 45% foram tratados com intervalo superior a 60 dias (Figura 8). Trata-se de um número expressivo, considerando o escopo do PAINEL e as estimativas de incidência para o país (INCA, 2019).



Fonte: Painel-Oncologia. Brasil (2018).

Figura 8. Distribuição dos casos de câncer de lábio e cavidade bucal segundo intervalo entre o diagnóstico e o primeiro tratamento oncológico. Brasil (2018).

A coordenação do cuidado é um dos atributos essenciais da AP. Este atributo pressupõe que o cirurgião dentista atue no SUS no sentido de orientar usuários e encaminhá-los a níveis de assistência de maior complexidade, dando continuidade ao fluxo por intermédio de avaliação especializada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do usuário e o seguimento do tratamento (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), por meio das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, compete à AP assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento. Tratando-se especificamente de câncer de boca, é preconizado que se ofereçam oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa), por meio de visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas, consolidando a lógica do rastreamento.

Além disso, o diagnóstico precoce de lesões potencialmente malignas e de câncer de boca deve ser uma ação desenvolvida sistematicamente pelas equipes de saúde bucal na Atenção Primária (NEVILLE; DAY, 2002).

A partir destas constatações, pode-se inferir que o atraso no encaminhamento do paciente aos setores de saúde de maior complexidade pode ser gerado por questões inerentes aos profissionais ou aos pacientes (ONIZAWA *et al.*, 2003).

1.2.2.8 Oferta de serviços públicos de atenção à saúde

O atendimento às necessidades de saúde do usuário, – promoção da saúde, prevenção de riscos de agravos, tratamento ou controle da cronicidade, e reabilitação –, perpassa pelos três níveis de atenção à saúde, fundamentado nos princípios norteadores do SUS – universalidade, equidade e integralidade.

A detecção precoce do câncer deve ser realizada principalmente no âmbito da AP, observando as evidências científicas, os protocolos nacionais e a realidade localregional, conforme disposto na Política Nacional para Prevenção e Controle de Câncer - PNPCC (BRASIL, 2017).

A AP é considerada a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, tendo como atributos a função de coordenar o cuidado e ordenar a RAS.

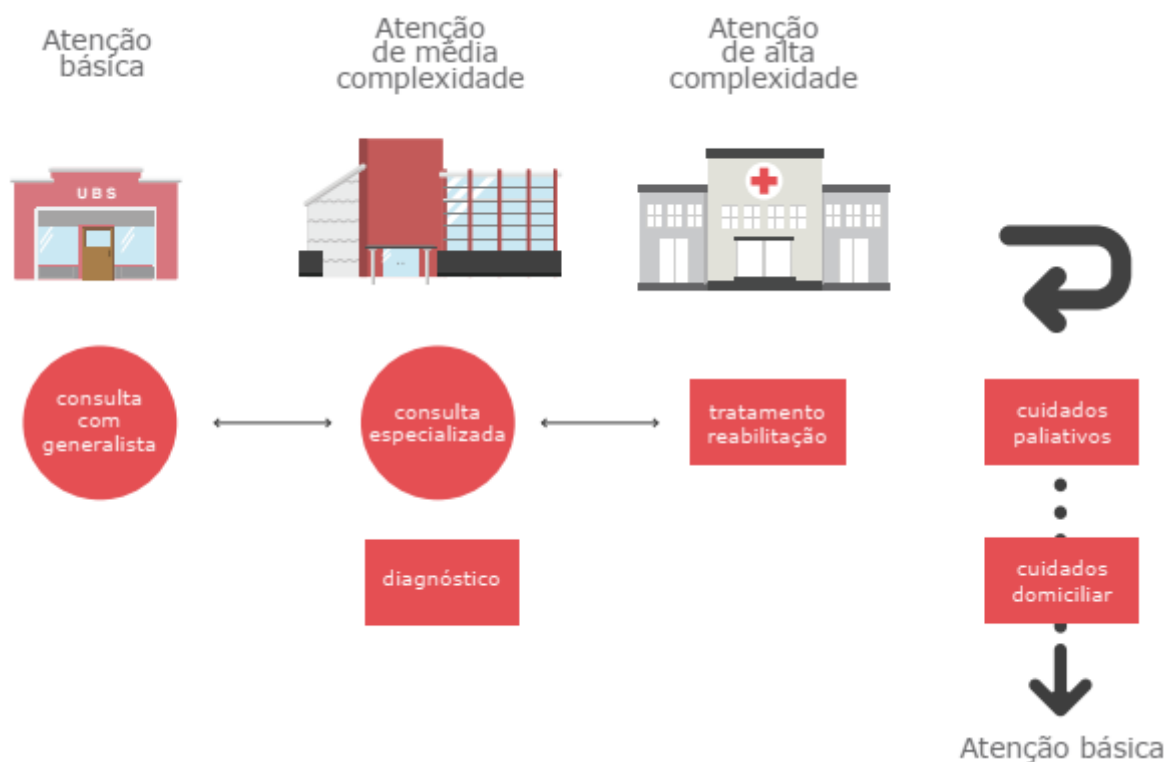
A organização deste nível de atenção ocorre de forma regionalizada, contínua e sistematizada, para responder a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (BRASIL, 2017; STARFIELD, 2002).

As RAS podem ser definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Ao construir uma RAS dentro de determinada localidade, o SUS visa otimizar o acesso, os processos de trabalho dos profissionais, os custos da pactuação dos serviços e a manutenção da atenção à saúde, na busca pela integralidade do cuidado (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Desse modo, a RAS permite que as ações de saúde oferecidas pelos níveis de atenção estejam interligadas, permitindo que a coordenação integral e resolutive do cuidado (MENDES, 2011).

A RAS é formada pelos três níveis de atenção, Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária, e diferenciam-se de acordo com a densidade tecnológica oferecida, consoante a Figura 9.



Fonte INCA (2021, p. 21).

Figura 9. Ações de saúde segundo níveis de atenção, INCA (2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS), referente ao nível primário de atenção, interliga os pontos da rede, direcionando, de forma oportuna, as necessidades de saúde do indivíduo para os demais níveis de atenção de maior complexidade, como o secundário e terciário (MENDES, 2011).

A atenção à saúde no Nível Secundário é realizada em ambiente ambulatorial ou hospitalar por meio de ações e serviços que exigem equipamentos e profissionais especializados para apoio diagnóstico e para tratamento.

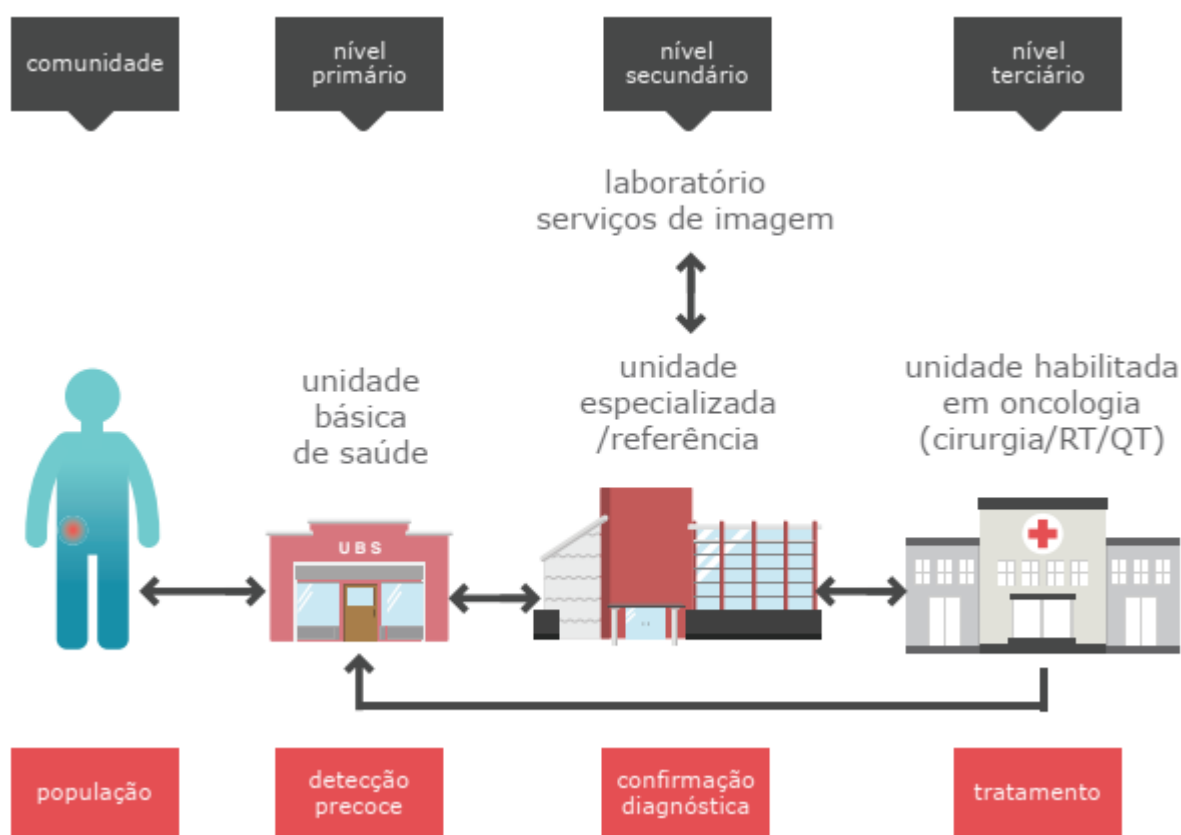
Já no Nível Terciário, a atenção à saúde é realizada em hospitais de grande porte em procedimentos e equipamentos com tecnologias avançadas. Os serviços realizados nesse nível de atenção devem ser referência para a AP, estando integrados a um sistema de regulação (MENDES, 2011).

Vale ressaltar que, o fluxo de cuidado em saúde ocorre de forma dinâmica, contendo idas e vindas, uma vez que se trata de uma RAS interligada e interdependente.

O planejamento, a organização e a coordenação das RAS são trabalhos contínuos com vistas a garantir a integralidade do cuidado, sendo necessário que

sejam compartilhados entre gestores estaduais e municipais, conselhos e comissões de saúde e demais setores da sociedade.

Para abordagem do câncer de boca, as estratégias de detecção precoce da patologia devem ser realizadas na RAS, de modo a garantir assistência integral no tratamento oncológico, por meio de um sistema de regulação para as unidades habilitadas, visto ser necessário garantir a detecção precoce do câncer e a continuidade do cuidado de que o indivíduo necessita.



Fonte: INCA (2021, p. 22).

Figura 10. Fluxo do usuário na RAS, INCA (2021).

A utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do indivíduo que procura os cuidados, das características do serviço de saúde e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde, especialmente nos serviços especializados (MORRIS; BURKE, 2001).

No Brasil, a discussão quanto ao acesso à atenção odontológica especializada no sistema público é recente (FIGUEIREDO; DE GOES, 2009; FERREIRA; LOUREIRO, 2008) e torna-se relevante na medida em que a Política Nacional de

Saúde Bucal (PNSB), denominada *Brasil Sorridente*, entre outros objetivos, tenciona proporcionar a oferta da atenção secundária por meio, principalmente, dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO (PUCCA JUNIOR *et al.*, 2009).

Os CEO configuram-se como um tipo de serviço de saúde que deve oferecer à população, no mínimo os 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 pacientes com necessidades especiais (BRASIL, 2018).

Em países como o Brasil, o acesso à atenção odontológica apresenta profunda desigualdade e há controvérsias se o investimento em serviço especializado é a solução adequada. Haja vista que a maior parte da redução dos principais agravos bucais, como cárie dentária e doença periodontal, está no acesso à AP por meio da aplicação de flúor, na utilização da água fluoretada ofertada no município e disseminação das práticas de higiene bucal (OMS, 1994).

Portanto, atenção maior deveria ser conferida à melhoria nos indicadores sociais como escolaridade, renda e ocupação, e não necessariamente na assistência odontológica propriamente dita (BARROS; BERTOLDI, 2002).

Ainda assim, de acordo com estes autores, em países com acesso restrito ao serviço odontológico, a elaboração de políticas públicas com o objetivo de ampliar acesso aos procedimentos restauradores, inclusive especializados, é necessária já que na prática odontológica pública ainda há predomínio de ações curativas e escassez de ações preventivas.

Há conflitos importantes na integração entre a AP e atenção especializada, não apenas na indicação adequada de casos para esse nível de atenção, bem como na chegada do paciente ao CEO sem a devida adequação e promoção da saúde bucal, funções da AP (BRASIL, 2018).

Starfield (2002) considera esta uma das questões mais críticas na coordenação da atenção, ou seja, a interface da AP com a atenção secundária ou terciária. O ideal é levar em consideração algumas características como equidade, integralidade e, finalmente, a interface entre as mesmas, de forma eficiente e eficaz, garantindo-se que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e com mecanismos de triagem adequados. Por fim, a contrarreferência necessita igualmente ser

assegurada após o término do tratamento ou ao longo do mesmo (MORRIS; BURKE, 2001).

1.2.3 Principais políticas vigentes no Brasil relativas à saúde bucal

1.2.3.1 Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB

Em 2004, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – *Brasil Sorridente* foram estabelecidas com o objetivo de superar as desigualdades ao propor a garantia das ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros (BRASIL, 2004). Além disso, essa política foi instituída e articulada a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS.

As metas dessa política perseguem a reorganização da prática e a qualificação das ações e dos serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, no marco do fortalecimento da Atenção Primária, tendo como eixos estruturantes o acesso universal e a assistência integral em saúde bucal (BRASIL, 2018).

Dessa forma, a PNSB apresenta como principais linhas de ação:

- A reorganização da AP, especialmente por meio das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (ESB/ESF);
- A organização da atenção especializada, através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD);
- A promoção e a proteção da saúde, por meio da educação em saúde; a realização de procedimentos coletivos e a fluoretação das águas de abastecimento público;
- A vigilância em saúde bucal, na perspectiva do monitoramento das tendências, por meio da realização de estudos epidemiológicos periódicos.

O Brasil Sorridente, além da expansão e da criação dos serviços odontológicos, reorientou completamente o modelo assistencial. Iniciou a implantação de uma rede

assistencial de saúde bucal – Rasb, que articula não apenas os três níveis de atenção, mas principalmente as ações interprofissionais, multiprofissionais e intersetoriais.

Esta questão parece ser um dos grandes desafios da Odontologia na tentativa de constituir-se como uma área da integralidade, conformando uma rede de atenção à saúde que supere as especificidades odontobiológicas (BRASIL, 2018).

Quanto à Rasb no Brasil, no que se refere ao modelo em que a Odontologia está inserida no sistema público de saúde, é importante destacar que o Brasil Sorridente está inserido no sistema de RAS, como uma rede poliárquica que objetiva a integralidade do cuidado, equidade e a articulação (entre todos os níveis de atenção e com outras redes temáticas) (MENDES, 2011).

A Figura 11 mostra a Rede de Atenção à Saúde Bucal no Brasil.



Fonte: www.dab.saude.gov.br.

Figura 11. Rede de Atenção à Saúde Bucal.

A saúde bucal se inseriu nessa rede de maneira bastante eficiente e os maiores avanços foram no sentido da institucionalização da política e na infraestrutura da capacidade instalada dos serviços de saúde bucal, nos três níveis de atenção (atenção básica, média complexidade e alta complexidade) (CHAVES *et al.*, 2017).

A estruturação da Rasb está organizada em diferentes níveis de atenção, contemplando medidas de promoção, prevenção e tratamento em uma lógica de atuação multidisciplinar. Para alguns atores envolvidos na Rasb, ela ainda se apresenta de forma inicial e deslocada das outras redes de atenção, mas o

fortalecimento da APS, com as ESB, e a continuidade da atenção por meio dos CEO, vem contribuindo para essa estruturação (DE MELO *et al.*, 2014).

Alguns componentes da rede, como o Gradua CEO, apresentam grande potencial transformador do modelo de atenção à saúde bucal, integrando ensino e serviço público, de modo a institucionalizar as vivências dos estudantes de odontologia no SUS.

O Gradua CEO – *Brasil Sorridente*, é um componente da PNSB, desenvolvido em uma parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação por meio da Portaria Interministerial nº 1.646/GM, de 5 de agosto de 2014, e que irá compor a RAS (BRASIL, 2014).

Como componente da PNSB apresenta como objetivo a ampliação da oferta e do acesso da população às ações e serviços de saúde bucal no SUS; qualificação dos serviços de saúde bucal através da incorporação das clínicas odontológicas das instituições de ensino superior (IES) com curso de graduação em odontologia na RAS; integração das clínicas odontológicas das IES com curso de graduação em odontologia à rede pública de serviços de saúde bucal e melhoria da qualidade e da resolutividade da atenção à saúde bucal prestada à população.

No Gradua CEO são desenvolvidas ações de promoção e prevenção, atenção básica, atenção secundária, reabilitação oral e Educação Permanente, as quais serão avaliadas por instituições de ensino e/ou pesquisas, por meio de uma verificação *in loco*, 12 meses após a adesão e as demais em uma periodicidade de 24 meses contados do término da primeira avaliação.

No entanto, o Gradua CEO ainda apresenta uma implementação incipiente que precisa ser fortalecida. Por outro lado, ainda na área da educação em Odontologia, a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) apresentou grande contribuição para a PNSB, uma vez que possibilitou uma formação no SUS e para o SUS, modificando a lógica do modelo privado e curativista da profissão (BRASIL, 2002; CECCIN; FEUERWERKER, 2004).

Abordagem do câncer de boca na Atenção Primária

O atraso no diagnóstico do câncer de boca tem sido amplamente estudado, já que as lesões são visualmente acessíveis, o que facilita, em tese, o diagnóstico

precoce. Os diagnósticos tardios têm sido atribuídos a fatores ligados tanto aos pacientes, quanto aos profissionais de saúde.

Questões ligadas à deficiência na formação dos odontólogos e a condição incipiente da Educação Permanente em Saúde instalada nos locais de assistência podem gerar falhas de detecção de lesões nos exames de rotina, o não reconhecimento dos pacientes que apresentam os principais fatores de risco ou dificuldade de identificação de lesões potencialmente malignas, que podem ser confundidas com doenças inflamatórias em início do processo (DA CUNHA *et al.*, 2013).

Esses mesmos autores (2013, p. 73) relataram que:

Em relação ao conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre aspectos inerentes ao diagnóstico clínico da patologia, relacionada à fase de diagnóstico demonstra que o conceito base de diagnóstico precoce está perpetuado, entretanto, sobre os possíveis motivos de atraso no diagnóstico e sobre autopercepção de aptidão para diagnóstico e rastreamento indicam alguma carência de embasamento para um manejo seguro do câncer bucal e apontam para uma sensação de insegurança.

Tuorto *et al.* (2014) corroboram com esse achado e apontam a necessidade de revisão da abordagem ao câncer de boca durante a graduação não apenas em Odontologia, como também em Medicina, defendendo que aspectos clínicos e epidemiológicos devam ser reforçados, em especial, nestes cursos.

Torres-Pereira *et al.* (2012, p.535) corroboram esta compreensão nos dizendo que,

O diagnóstico precoce parece ser o meio mais efetivo para aumentar a sobrevida e reduzir a morbidade, a desfiguração facial provocada por cirurgias para tratamento, a duração do tratamento e custos hospitalares. Para estabelecer o diagnóstico de uma lesão bucal é essencial o exame visual e tátil. No entanto, a despeito da pretensa facilidade, poucos profissionais o realizam, muito embora o cirurgião-dentista seja considerado o profissional de saúde mais adequado para realizar o diagnóstico precoce do câncer bucal, pela natureza de sua prática clínica. Estudos indicam, de forma clara, que há necessidade de educação continuada para que o dentista realize o exame clínico com o objetivo de detecção de lesões potencialmente malignas ou malignas.

Tal diagnóstico pode e deve ser subsidiado de diferentes formas, tais como na identificação de exposição a fatores de risco e encaminhamento para ações coletivas; no exame cuidadoso da cavidade bucal em consultas médicas e de enfermagem; na escuta qualificada de queixas sugestivas, como dificuldade para engolir e mastigar; na instalação de sistemática de interconsulta com o cirurgião dentista, visando avaliar

queixas ou lesões observadas; na inclusão de informações em ações de educação em saúde com grupos específicos, como o de tabagismo; na inclusão de informações específicas nas visitas domiciliares ou na busca ativa de pacientes com lesões suspeitas ou confirmadas (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, o trabalho do agente comunitário de saúde (ACS), que envolve contato permanente e vínculo com os indivíduos e famílias, é fundamental na ESF.

De Holanda, Barbosa e Brito (2009) apontam que as visitas domiciliares oportunizam o esclarecimento aos moradores sobre o serviço de saúde e sobre os principais problemas identificados no território. Garantem, principalmente, escuta e acolhimento das questões referidas pelos usuários, inclusive as bucais, para posterior discussão com o restante da equipe.

A inserção de trabalhadores de saúde bucal na ESF representa avanços significativos na ampliação da abordagem do câncer de boca, considerando a cobertura e as estratégias de trabalho que ensejam acesso ampliado dos usuários aos profissionais de saúde bucal. No entanto, a superação dos modelos tradicionais de atendimento odontológico, pautados na quantidade de procedimentos realizados pelos cirurgiões dentistas, e a construção de formas de atenção na busca pela atenção integral ainda estão em construção.

Vale ressaltar que, tais ações citadas anteriormente asseguram direitos conquistados e garantidos no SUS, na perspectiva da proteção dos grupos de risco e da recuperação de pessoas com casos diagnosticados, o que envolve um processo contínuo de qualificação e apoio aos profissionais das equipes ESF e gestores de saúde.

Atenção em saúde bucal para condições especiais

➤ Pacientes submetidos a tratamento oncológico e transplantes

A prevenção e o tratamento das complicações bucais da terapia antineoplásica e de pacientes que vão passar por cirurgias de transplantes são importantes para aumentar a qualidade de vida, reduzir a morbidade e os custos dos tratamentos.

A ESB é responsável pelo preparo e pelo acompanhamento, antes e após a terapia oncológica e transplante, desempenhando papel indispensável na melhoria da

qualidade de vida dessas pessoas, devendo identificar e eliminar os focos de infecção na cavidade bucal, procurando minimizar os riscos de complicações bucais durante o tratamento.

A avaliação odontológica deve ser realizada nas UBS previamente ao tratamento quimioterápico, radioterapia na região de cabeça e pescoço, aos transplantes e à terapia com anticorpos monoclonais ou bisfosfonatos, tendo em vista identificar e eliminar possíveis focos de infecção bucal (BRASIL, 2018).

➤ **Atenção ao câncer de boca**

As principais formas de tratamento de neoplasias malignas são: a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia, isoladas ou associadas. Estas modalidades terapêuticas geralmente apresentam repercussões bucais.

O acompanhamento odontológico na Atenção Primária é indicado em todas as fases do tratamento oncológico pois, previamente ao tratamento, devem-se identificar e eliminar possíveis focos de infecção bucal e, durante e após o tratamento oncológico, o objetivo é a manutenção da saúde bucal (BRASIL, 2018).

Vale ressaltar que, no Brasil os convênios odontológicos não são tão frequentes e a assistência prestada aos mesmos, via de regra, não são de boa qualidade, infelizmente.

➤ **O CEO e sua importância no controle e diagnóstico precoce do câncer de boca**

Os CEO são pontos de atenção especializada ambulatorial que utilizam os mecanismos de referência e contrarreferência, o apoio matricial e a Educação Permanente em Saúde como instrumentos para assegurar a integralidade do atendimento. Buscam, desta forma, superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde, organizando uma rede de atenção coordenada pela Atenção Primária.

O câncer de boca representa um desafio quanto à sua prevenção e também quanto à atenção em saúde bucal no paciente portador.

Na maior parte dos casos, o epitélio é apontado como sendo a região de origem. Tal fato representa uma facilidade em termos diagnósticos, já que as manifestações podem ser reconhecidas em estágios iniciais de evolução em numerosas situações. Soma-se a isto, o fato de a boca ser uma região de fácil acesso ao exame clínico profissional e ao autoexame por parte do paciente, desde que exista adequada iluminação e conhecimento técnico mínimo (semiologia da boca) por parte do profissional da saúde (BRASIL, 2018).

Na perspectiva do paciente, a divulgação da doença e de seus principais fatores de risco se constitui uma poderosa ferramenta para a prevenção, atenção e vigilância, com reduzido custo e de alcance eficaz para um grande número de cidadãos.

Ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca no SUS

➤ Ações da saúde bucal na Atenção Primária

As ações da ESB envolvem prevenção, promoção, proteção da saúde e reabilitação da saúde em diferentes áreas da Odontologia como a dentística restauradora; cirurgia oral; periodontia; endodontia; estomatologia; prótese dentária; odontopediatria; pacientes com necessidades especiais; ortodontia e urgência odontológica.

Ações de promoção e proteção à saúde

A educação em saúde fornece instrumentos para desenvolver e fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos.

Sua finalidade é difundir elementos que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os protagonistas no autocuidado, com vistas à melhoria da qualidade de vida.

A educação em saúde deve ser parte das atribuições comuns a todos os membros da ESB, mas os profissionais auxiliares podem ser as pessoas ideais para

conduzir o trabalho nos grupos. Assim, o ACS tem papel relevante na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a ESB orientar seu trabalho.

A presença do cirurgião dentista é importante em momentos pontuais e no planejamento das ações destacadas abaixo:

- Estratégia populacional que tem como objetivo identificar determinantes das doenças, interferindo para modificar sua incidência na população toda. Esta estratégia causa impacto na distribuição da doença e não requer triagens para selecionar grupos populacionais.
- Estratégia de grupos de risco que visa identificar grupos ou comunidades que concentram mais problemas de saúde e intervir para modificar a incidência de doenças nesses grupos e reduzir as desigualdades.
- Estratégia de indivíduos de risco que tem como objetivo identificar aqueles que possam desenvolver doença no futuro, por meio de preditores ou de diagnóstico antes da manifestação clínica da doença.

Ações de prevenção ao câncer de boca

Para reduzir o número de casos e de mortes do câncer de boca é fundamental lidar com seus principais fatores de risco.

A prevenção primária tem como finalidade ações ou iniciativas que possam reduzir a incidência e a prevalência da doença, modificando os hábitos da comunidade, buscando interromper ou diminuir os fatores de risco como o tabaco, o álcool e a exposição solar dos lábios, antes mesmo que a doença se instale (PETERSEN, 2009).

Álcool:

As estratégias governamentais que se propõem a diminuir a incidência de neoplasias relacionadas ao álcool devem compreender ações focadas em diagnosticar e tratar os adidos ao álcool com estrutura especializada médica e social.

Exposição solar:

Medidas preventivas, especialmente em países tropicais como o Brasil, devem ser adotadas pelas esferas governamentais com a distribuição de protetores ou bloqueadores solares, sobretudo aos trabalhadores rurais ou aos profissionais que necessitam ficar diariamente ao ar livre (ZINI; CZERNINSKI; SGAN-COHEN, 2010).

Dieta:

A mudança de hábitos alimentares demanda tempo e é dependente de fatores econômicos e sociais, mas deve fazer parte de programas governamentais de prevenção de neoplasias.

HPV:

Ainda existem poucas evidências quanto às recomendações preventivas do HPV em boca. No momento, a orientação de sexo oral protegido por preservativos é a recomendação mais prudente face ao conhecimento atual.

Zardo *et al.* (2014) sugerem a vacinação contra o HPV, que é oferecida, gratuitamente pelo SUS, a meninas e meninos de 9 e 14 anos; mulheres e homens que vivem com HIV; transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos na faixa etária de 9 a 45 anos, independentemente da idade.

Santos *et al* (2011) apontam para a importância do autoexame, por meio do qual as pessoas devem estar atentas ao aparecimento de alterações (feridas, caroços, manchas e/ou sangramentos) na região bucal.

Já a prevenção secundária, propõe-se ao diagnóstico precoce da doença em uma fase anterior à percepção pelo paciente de alguma queixa clínica, pois, sabe-se que o câncer de boca pode levar meses antes de apresentar algum sinal ou sintoma percebido pelo paciente. Essa prevenção é essencial para o prognóstico da doença, uma vez que a descoberta do tumor em fases iniciais propicia até 90% de cura dos casos e, conseqüentemente, maiores chances de cura e reabilitação (PINTO *et al.*, 2011; ZINI; CZERNINSKI; SGAN-COHEN, 2010; LARONDE *et al.*, 2008).

Entretanto, na realidade brasileira, grande parte dos tumores é diagnosticada tardiamente, o que requer tratamento cirúrgico complexo e mutilador na maioria das vezes, seguido de quimioterapia e/ou radioterapia adjuvante. Conseqüentemente, o diagnóstico tardio também implica em uma maior taxa de mortalidade (PINTO *et al.*, 2011).

As ações de vigilância e de prevenção secundária podem estar mais vinculadas ao especialista ou ao profissional com maior treinamento em Estomatologia, caracterizando como ações tecnicamente mais condizentes com a atenção de média complexidade (BRASIL, 2018).

Documentos recentes do Ministério da Saúde, tais como o livro *A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde* (BRASIL, 2018), procuram contribuir para a educação continuada de profissionais de saúde, gestores e professores da rede pública de saúde quanto aos agravos e práticas de prevenção secundária do câncer de boca.

O presente documento se dispõe a colaborar com a reorganização de serviços de saúde no SUS, estruturada na RAS, na expectativa de contribuir com a operacionalização da Rasb.

A prevenção terciária destina-se a limitar o dano, controlar a dor, prevenir complicações secundárias, melhorar a qualidade de vida durante o tratamento e, sempre que possível, reintegrar o indivíduo à sociedade, tornando-o apto a realizar as atividades diárias exercidas anteriormente (BRASIL, 2018).

O tratamento do câncer de boca deve ser realizado por uma equipe interprofissional, a qual inclui odontólogo, cirurgião de cabeça e pescoço, radioterapeuta, oncologista clínico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, enfermeiro, assistente social, entre outros (LE CAMPION *et al.*, 2016).

Nessa fase de tratamento oncológico inclui-se também a família, reconhecida pela equipe de saúde como componente essencial no acompanhamento do paciente e do seu processo de reabilitação, devendo interagir de forma muito próxima aos profissionais de saúde envolvidos.

1.2.3.2 Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer – PNPCC

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) implantada em 2013, através da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, do Ministério

da Saúde (MS), dispõe os princípios e diretrizes relacionadas à comunicação em saúde para a formulação das estratégias que permitam a disseminação dos conhecimentos sobre o câncer a profissionais e à população em geral (BRASIL, 2013).

A PNPCC tem como objetivos a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e, ainda, a diminuição da incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

A PNPCC é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2013).

Com vistas à conscientização precoce sobre a neoplasia bucal, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) estabeleceu a primeira semana de novembro, segundo a Lei 13.230/2015, como a Semana Nacional de Prevenção do Câncer Bucal (BRASIL, 2015):

Art 1º Fica instituída a semana nacional de prevenção do câncer bucal, que será celebrada anualmente na primeira semana de novembro.

Art 2º Os objetivos da semana nacional de prevenção do câncer bucal são:
I - Estimular ações preventivas e campanhas educativas relacionadas ao câncer bucal;
II - Promover debates e outros eventos sobre as políticas públicas de atenção integral aos portadores de câncer bucal;
III - Apoiar as atividades organizadas e desenvolvidas pela sociedade civil em prol do controle do câncer bucal;
IV - Difundir os avanços técnico-científicos relacionados ao câncer bucal.

Tal lei, além de incentivar a população a visitar os cirurgiões-dentistas periodicamente, busca por meio da educação, informá-la e conscientizá-la sobre a doença, uma vez que foi constatado que a desinformação por parte dos leigos tem-se mostrado um grande desafio para o diagnóstico precoce do câncer de boca.

1.2.3.3 Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS

A Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS – implantada em 2006, fundamenta-se na premissa que os cuidados integrais com a saúde implicam ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e fatores de risco e, depois de instalada a doença, o tratamento adequado dos acometidos.

Saúde é um direito humano fundamental reconhecido por lei, equiparando-se aos outros direitos garantidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, como liberdade, alimentação, educação, segurança, nacionalidade, entre outros.

Os conceitos de saúde e qualidade de vida apresentam estreita relação. A saúde contribui para melhorar a qualidade de vida, assim, ao promover a saúde está se promovendo a qualidade de vida (BUSS, 2010).

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, auxiliou no desenvolvimento de conceitos e nas práticas referentes à promoção da saúde, determinando as linhas de ação (SERQUEIRA *et al.*, 2020).

De acordo com a Carta de Ottawa, promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo (SERQUEIRA *et al.*, 2020).

Durante a vida, a maioria das pessoas necessita de água e ar puros, ambiente saudável, alimentação adequada, situações social, econômica e cultural favoráveis, prevenção de problemas específicos de saúde, assim como educação e informação, condições fundamentais para promoção da saúde. Por conseguinte, para promover a saúde, é preciso enfrentar os chamados determinantes sociais de saúde (BUSS, 2010).

Nesse contexto, as ações de promoção da saúde objetivam reduzir as desigualdades sociais ao minimizar as diferenças no estado de saúde e assegurar oportunidades e meios igualitários para capacitar as pessoas a fazerem escolhas por uma vida mais saudável (SERQUEIRA *et al.*, 2020).

Conseqüentemente, a promoção da saúde se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Por esse motivo, caracterizam-se fundamentalmente por uma composição intersetorial e, intrasetorialmente, pelas ações de ampliação da

consciência sanitária – direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais (BUSS, 2010).

1.2.3.4 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS

A Constituição Brasileira (1988), em seu artigo 200, diz:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete além de outras atribuições, nos termos da lei: III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde [...]; V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico. BRASIL (1988).

Assim, em 13 de fevereiro de 2004, o MS aprovou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, por meio da Portaria nº 198/2004, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (CARDOSO, 2017).

Para o redirecionamento do modelo de atenção, há a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia, para o estabelecimento de práticas transformadoras, bem como a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

A Educação Permanente entra nesse contexto com a finalidade de transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, por meio de um processo pedagógico que contempla desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado de parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho.

Os processos de reorganização da atenção em saúde bucal vêm exigindo dos profissionais novo perfil, novas habilidades e competências para atuar na integralidade do cuidado.

Trata-se de concepções e práticas de saúde que incluem trabalho em equipe, interprofissionalidade, compartilhamento de saberes, capacidade de planejar, organizar, desenvolver ações direcionadas às necessidades da população. Esse perfil pode ser aperfeiçoado com a implementação de estratégias de Educação Permanente, entre outras ações que valorizam o profissional (BRASIL, 2018).

Ao olharmos para as políticas públicas envolvidas no câncer de boca, podemos inferir que os avanços desta conjunção são evidentes com a implementação da saúde bucal na ESF, bem como dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO.

Contudo, a persistente desigualdade social em nosso país contribui para um avanço mais lento neste campo. Outros aspectos, como a dificuldade de financiamento, a formação do odontólogo na perspectiva do SUS e o próprio fortalecimento da AP, são ainda obstáculos a serem superados.

Nesse sentido, Starfield (2005) aponta para a necessária habilitação dos profissionais de saúde no âmbito da AP, quanto ao manejo e diagnóstico adequado do câncer de boca, potencializando o diagnóstico precoce.

As ações educativas dos profissionais de saúde, as políticas públicas, como campanhas de informação e acesso facilitado à saúde, são mecanismos indispensáveis para a conscientização da população. A prevenção depende da conscientização dos profissionais junto ao paciente e diretamente, de cada pessoa (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Assim, diante de um contexto brasileiro de transição epidemiológica, os gestores têm buscado novas ações e estratégias direcionadas para o desenvolvimento da autonomia do indivíduo no protagonismo do autocuidado, por meio da educação em saúde (MELO, 2013) e pela Educação Permanente em Saúde – EPS, potente instrumento transformador do trabalho em saúde (SANTIN; HILLESHEIM, 2012).

Essas duas políticas de saúde, indiscutivelmente, potencializam junto aos atores envolvidos, profissionais de saúde, usuários e gestores, uma construção sustentável da saúde bucal por meio da autonomia e protagonismo.

Corrêa *et al.* (2016, p. 504) nos apontam que,

Ausências dentárias, bem como a utilização de próteses inadequadas, resultam em problemas funcionais, como comer, mastigar e falar, e sociais, como mudanças no comportamento, dificuldade de acesso ao mercado de trabalho e insatisfação/rejeição da aparência física. Tais condições podem ter graves repercussões, como diminuição da autoestima, dificuldades de socialização, sensação de envelhecimento e sentimento de constrangimento e humilhação.

Observando a amplitude dos aspectos afetos à saúde bucal, Furtado e Szapiro (2012) nos convidam a refletir que, ainda de caráter higienista, o cuidado em saúde

deve pautar-se na apropriação contínua da perspectiva do autocuidado, potencializando um novo tipo de usuário, cada vez mais apto a cuidar de si.

Falkenberg *et al.* (2014, p.848) complementam,

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente.

Assim, é imperativa a mudança no modo de agir e compreender o binômio cuidar/educar entre a equipe de saúde buscando a substituição de práticas verticalizadas, ações não dialógicas e posturas autoritárias por uma consistente construção de conhecimento (AYRES, 2009; DE ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

A partir dessas constatações, este estudo tem como objetivo identificar as ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca necessárias na AP que permitam a prevenção e o controle da doença, traduzida na redução de sua incidência e prevalência, por meio de proposta de Educação Permanente em Saúde e Educação em Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar e propor as ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca no âmbito da Atenção Primária que devam estar inseridas na forma de conteúdo em um Programa de Educação Permanente em Saúde – EPS para os profissionais de saúde e de Educação em Saúde para os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, do município de Registro (SP).

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o conhecimento dos profissionais da saúde sobre o câncer de boca no âmbito da Atenção Primária;
- Identificar o conhecimento dos usuários sobre o câncer de boca no âmbito da Atenção Primária;
- Identificar as ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca no âmbito da Atenção Primária, suas contribuições e impacto dessas ações sobre a incidência do câncer de boca;
- Identificar os conteúdos no âmbito da Atenção Primária que possam estar inseridos em um Programa de Educação Permanente em Saúde para os profissionais de saúde e de Educação em Saúde para os usuários.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Fundamentação metodológica

Trata-se uma pesquisa transversal, de natureza descritiva, com abordagem metodológica qualitativa, com o uso do método de “estudo de caso”, construído a partir da leitura de documentos e fundamentado nas percepções de profissionais de saúde e usuários do SUS da Unidade Básica de Saúde Centro (UBS Centro), do município de Registro.

A presente pesquisa tem o delineamento qualitativo por considerar-se que, ao trabalharmos com indivíduos em todas as suas complexidades, inseridos em realidades não menos complexas, este desenho seja o mais adequado.

Conforme descreve Minayo (2010, p.57), o método qualitativo pode ser assim definido:

É o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

As pesquisas qualitativas, segundo Minayo (2014), são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inseridas nos atos, nas relações, nas estruturas sociais como construções humanas significativas.

Estes tipos de pesquisa têm por objetivo entender a lógica interna dos grupos, instituições e atores quanto a alguns fatores como valores culturais/representações sobre sua história, relações entre indivíduos/instituições/movimentos sociais e processos históricos/sociais de implementação de políticas públicas e sociais.

Esta pesquisa apresenta o caráter descritivo, pois segundo Triviños (1987), o estudo descritivo exige do pesquisador um amplo conhecimento a partir de informações do que se pretende pesquisar e tem como objetivo descrever os fatos e fenômenos de uma determinada realidade.

O caráter transversal explica-se, pois investiga o momento presente, sem recuperação de aspectos pregressos ou futuros (FONTELLES *et al.*, 2009).

O método de pesquisa de estudo de caso é adotado, nesta pesquisa, pois segundo Yin (2001, p. 19), estes estudos “representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo ‘como’ e por que’, quando o pesquisador tem pouco

controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real”.

Como limitação do método, destaca-se a dificuldade de inferir generalizações, uma vez que os resultados obtidos podem não se estender a outros casos (GIL, 1999). Por outro lado, segundo Triviños (1987, p. 11), o valor peculiar do estudo de caso está em “fornecer o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada que os resultados atingidos podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas”.

3.2 Contexto de pesquisa

Registro é uma cidade do interior do estado de São Paulo, localizada no Vale do Ribeira, considerada uma das regiões mais carentes do estado. Tem como representações econômicas as atividades de agricultura, pecuária, indústria de beneficiamento, serviços e comércio.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (população estimada IBGE 2020), o município possui 56.463 habitantes (aproximadamente 48.170 na zona urbana e mais de 6.000, na rural), sendo que mais de 80% são SUS dependentes, e uma parcela significativa da população vive em condições de alta vulnerabilidade.

A RAS do município conta com 3 UBS, 20 ESF, 14 ESB, 1 Centro de Especialidades Médicas (CEM), 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 1 Complexo Ambulatorial Regional (CAR), 1 Centro de Atenção Psicossocial (Caps), 1 Centro de Reabilitação e Fisioterapia, 3 hospitais, para fazer a cobertura da atenção primária e da atenção especializada.

A AP, representada pelas ESF Centro I, ESF Centro II e ESF Agrochá I e II, direcionam as demandas de saúde dos usuários para o nível secundário de atenção, – CEM e CEO –, e para os hospitais, na necessidade de atenção terciária.

As ações de cuidado em saúde são realizadas na RAS por meio da regulação aos níveis de atenção. A regulação da assistência não consiste apenas no gerenciamento do número de vagas disponibilizado pelos serviços de referências para a AP. O objetivo é que as equipes de AP realizem o encaminhamento para as referências e acompanhem o desenvolvimento do atendimento no tratamento

especializado, retomando o acompanhamento desse usuário após o término desse tratamento e estabelecendo a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2018).

Não obstante, essa conduta é muito pouco observada, pois uma vez encaminhado para setores de maior complexidade, perde-se o contato com esse paciente, o que demonstra falha no seguimento do cuidado e fragmentação das ações.

Ademais, a desinformação acerca do fluxo na RAS leva a morosidade nos encaminhamentos aos demais níveis de atenção.

Ressaltamos que, na abordagem do câncer de boca, o fluxo do usuário na RAS de Registro não está bem determinado, funcionando de forma incipiente e pouco resolutive.

Associado a este problema, estão a falta de conhecimento de muitos profissionais de saúde sobre o itinerário do usuário dentro da RAS e a inexistência de uma equipe multiprofissional para o cuidado oncológico, que corroboram para o diagnóstico tardio, o atraso no encaminhamento para outros níveis de atenção à saúde, a fragmentação do cuidado em saúde e a necessidade de uma RAS organizada e estruturada para o tratamento do câncer de boca.

A Rasb no município encontra-se em processo de estruturação e reorganização da Atenção Primária e atenção especializada.

Com relação à AP, das 20 ESF cadastradas, apenas 14 apresentam a ESB em sua composição, evidenciando lacunas na cobertura da assistência à saúde bucal. Como fator agravante a ser considerado, além da cobertura ineficiente da assistência à saúde bucal do município, temos o afastamento de um cirurgião-dentista por motivos de saúde e um outro, por pedido de exoneração, resultando em apenas 12 EBS em funcionamento.

Em Registro, as ESB são da modalidade I (cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal – ASB ou técnico em saúde bucal – TSB e conseguem realizar uma cobertura de 52,45% da população priorizando os principais agravos que acometem a saúde bucal, dada à sua prevalência e gravidade, como a cárie dentária, doença periodontal (gengivite e periodontite), edentulismo (perda total ou parcial dos dentes), câncer de boca e traumatismos dentários.

É ofertado atendimento odontológico para a população de todas as faixas etárias, dando prioridade ao denominado grupo ‘vaga zero’, que são as gestantes;

os pacientes que irão se submeter a tratamentos oncológicos e de transplantes; os pacientes encaminhados do Caps para internação terapêutica aos adictos de substâncias químicas; e os pacientes com necessidade especiais.

Aos pacientes com câncer de boca, o sistema de saúde pode oferecer ações combinadas com outros profissionais para enfrentar fatores de risco como tabagismo e etilismo, ações de rastreamento utilizando a equipe multiprofissional e diagnóstico a qualquer tempo (BRASIL, 2018). O município de Registro oferece tratamento de combate ao tabagismo para pessoas que demonstram interesse e dificuldade em parar de fumar, contando com a assistência de uma equipe multiprofissional por meio de abordagem individual e coletiva.

Portanto, nesse contexto, torna-se importante definir prioridades para o tratamento, buscando promover a equidade, ou seja, priorizar situações cujas necessidades clínicas são mais imediatas ou que apresentam maiores riscos de danos futuros.

Aos demais cidadãos, a depender da necessidade de assistência, serão orientados a deixar o nome em lista de espera para tratamento em tempo oportuno; agendados para continuidade do tratamento, principalmente em se tratando de pacientes de alto risco de cárie; e atendidos no dia, em casos de urgências odontológicas (traumas, pulpites, abscessos e lesões bucais suspeitas).

É importante assegurar e pactuar, de modo consciente com os usuários, que a forma de organização pretende facilitar a identificação de prioridades e dar resposta a todos que procuram a unidade, e não transformar o serviço em uma unidade de pronto atendimento, em que tudo é traduzido como prioridade (BRASIL, 2018).

Ademais, o panorama da Covid-19 imprimiu a necessidade de criação de várias notas técnicas e protocolos para adequação do atendimento odontológico, com redução do número de atendimentos e intervalos maiores entre eles, para conter a disseminação da doença, priorizando-se a demanda espontânea. Tal medida, apesar de necessária por motivos sanitários, trouxe impactos negativos ao acesso e insatisfação dos usuários, identificada por meio dos protocolos gerados na ouvidoria nesse período.

A atividade domiciliar também foi prejudicada, pois as visitas domiciliares no período crítico da Covid-19 foram suspensas como medida de contenção da disseminação da doença, exceção feita apenas para os casos de extrema urgência.

Apesar dos avanços obtidos com a inserção do cirurgião dentista na ESF, – as campanhas de prevenção do câncer de boca, as ações coletivas de escovação nas escolas e o acesso mais fácil às informações –, os índices de saúde bucal e de qualidade de vida da população evidenciam a necessidade urgente de transformação na organização dos processos de trabalho na perspectiva da integralidade do cuidado à saúde.

Como em vários municípios do estado de São Paulo, em Registro, a Campanha de Prevenção do Câncer de Boca é realizada simultaneamente à campanha de vacinação contra a gripe H1N1. Como estratégia de prevenção, o cirurgião-dentista realiza a inspeção visual da cavidade bucal com finalidade de detecção precoce de lesões potencialmente malignas.

Apesar da abrangência da ação preventiva do câncer de boca atingir pessoas do grupo de risco, perde-se, nesse momento, uma oportunidade de ações de Educação em Saúde com ênfase no conhecimento da doença e seus fatores de risco, no reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos e no autoexame.

A biópsia das lesões bucais potencialmente malignas pode ser realizada na AP, pelo cirurgião-dentista da ESF quando este estiver capacitado, ou no CEO pelo cirurgião bucomaxilofacial para o apoio diagnóstico e tratamento. Em casos positivos para o câncer de boca, a AP direcionará o paciente para tratamento oncológico no nível terciário.

Neste nível da RAS, o paciente oncológico encontra inúmeros entraves como a demora para início do tratamento, a falta de acompanhamento de uma equipe multiprofissional, a descontinuidade da assistência à saúde, a falta de referência para cirurgião de cabeça e pescoço, o descumprimento da garantia de acesso e tratamento de qualidade e em tempo oportuno, além do desrespeito ao princípio de integralidade do cuidado em saúde.

Infelizmente, a realidade desse município demonstra que as atividades curativas se sobrepõem às de prevenção, evidenciando a necessidade de iniciativas de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças bucais na AP, considerado como espaço privilegiado e potente para essas intervenções.

No município de Registro, o CEO tipo I foi implantado em 2012 com ofertas de serviços de diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades

especiais. O acesso a esse serviço será sempre por meio de referência a partir da unidade básica de saúde, para todas as especialidades e efetivadas pelo documento de referência e contrarreferência proveniente do profissional de referência na ESF.

O CEO trouxe melhoria na estruturação da Rasb no que diz respeito à oferta de serviços especializados de saúde bucal. No entanto, o acesso a esses serviços continua sendo um problema, uma vez que a Rasb dispõe de apenas um profissional para cada especialidade para fazer a cobertura de todo o município.

A esse setor, são encaminhados os casos que apresentam procedimento de maior complexidade ou que não possam ser realizados na AP, por motivos técnicos e/ou de infraestrutura.

Esta pesquisa foi realizada no âmbito da Unidade de Saúde Centro – UBS Centro, instituição pública, de administração municipal, responsável pela AP das Estratégias Saúde da Família – ESF e atenção especializada do Centro de Especialidades Médicas – CEM e Centro de Especialidades Odontológicas – CEO.

Compuseram este cenário:

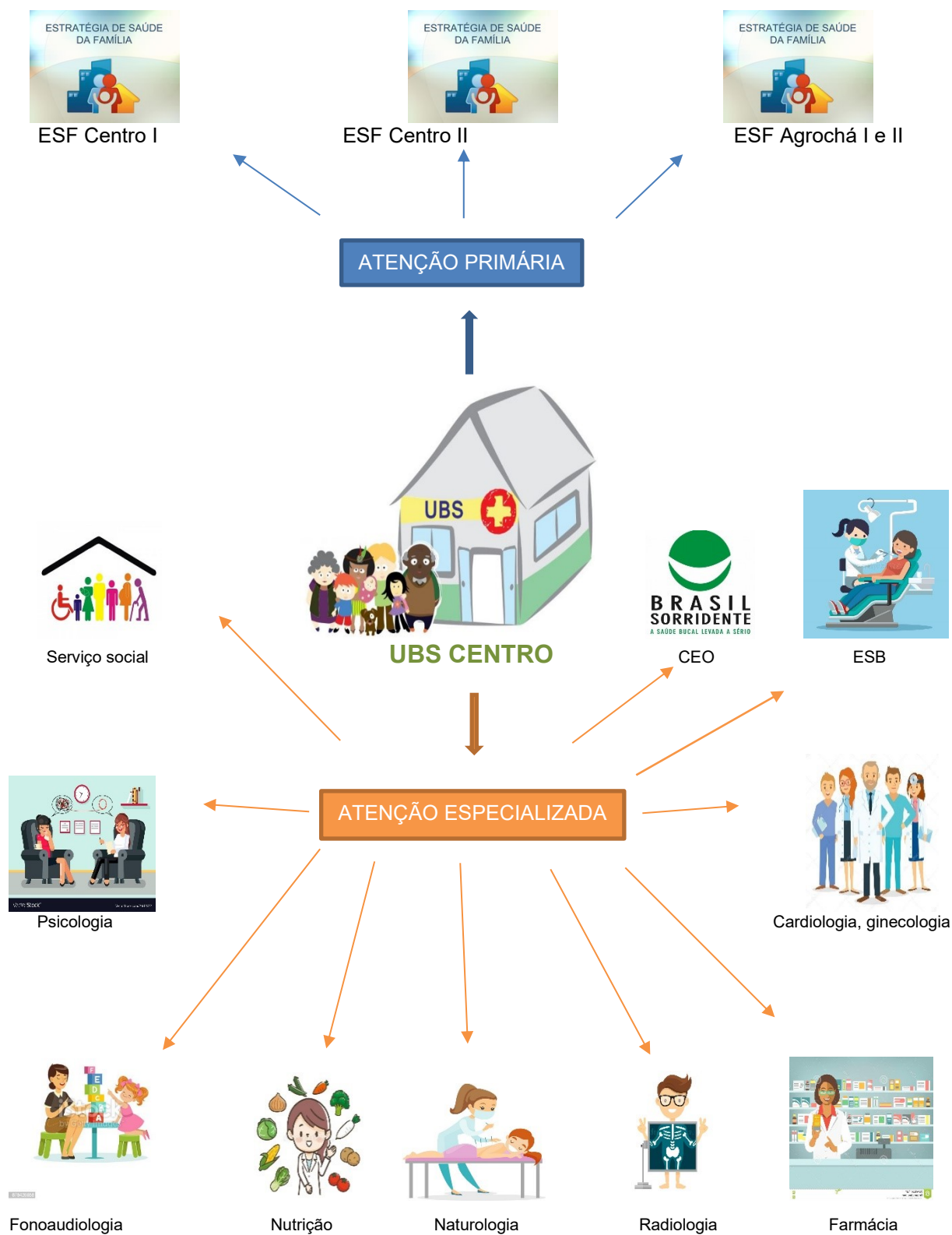
- 3 equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF: Estratégia Centro I, Estratégia Centro II e Estratégia Agrochá II e III (compondo uma única ESF), considerando a equipe mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde, onde cada unidade de ESF deve ter um médico, um enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários (ACS), podendo a equipe ter incluída a Saúde Bucal, contando adicionalmente, com um dentista, um auxiliar de saúde bucal (ASB), e também, farmacêutico e auxiliar de farmácia (BRASIL, 2012); A ESF Centro I é composta por 7 membros; a ESF Centro II, por 8 membros; e a ESF Agrochá II e III, por 7 membros. Porém, nesta última ESF, a médica e duas ACS encontram-se afastadas por fazerem parte do grupo de risco, paciente oncológica e gestantes, respectivamente, nesse período da pandemia do Covid-19.
- Especialidades: cardiologia, farmácia, fonoaudiologia, ginecologia, naturologia, nutrição, pediatria, psicologia, radiologia, serviço social;
- Centro de Especialidades Odontológicas – CEO: cirurgia, endodontia, periodontia e prótese.

A UBS Centro, cenário dessa pesquisa, apresenta essa complexidade em sua composição há cerca de três anos, quando houve a implantação das ESF Centro I,

ESF Centro II e ESF Agrochá II e II. Tal mudança gerou dificuldade na organização dos processos de trabalho, na dinâmica das práticas profissionais, na resolutividade das ações e nas iniciativas do trabalho em equipe e práticas colaborativas, impactando no acesso e na qualidade da assistência à saúde.

Em um mesmo espaço físico concentram-se três ESF, uma ESB, o CEM, o CEO, sendo que, essas estratégias atualmente contam com número reduzido de funcionários devido ao afastamento destes por motivos pessoais, de saúde, administrativos (funcionários aposentados), acarretando problemas na organização do fluxo de atendimento (Figura 12).

Apesar de estar cadastrada no CEO, na área de Periodontia, a pesquisadora desempenha assistência à saúde bucal na AP, cobrindo a população adstrita das ESF que não possuem ESB na unidade, atuando tanto na AP quanto na atenção especializada da Rasb.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Figura 12. Composição da atenção à saúde da UBS Centro, Registro – SP (2021).

3.3 População de estudo

A pesquisa qualitativa não tem como finalidade a representatividade numérica, mas sim, busca a compreensão aprofundada sobre os paradigmas que regem as ideias, os valores e as atitudes de pensadores, grupos e organizações (GOLDENBERG, 1997, p. 34).

A população de estudo da presente pesquisa compõe-se de indivíduos que estão diretamente ligados à UBS Centro, tais como profissionais de saúde e usuários.

O grupo dos profissionais de saúde é composta pela equipe multiprofissional, pelas equipes das ESF e coordenadores técnicos (da enfermagem e da saúde bucal), todos atuantes na UBS Centro, num universo de 63 membros.

Fizeram parte desta pesquisa 14 profissionais de saúde, de uma amostra pré-determinada de 15 participantes. Devido a problemas pessoais, um dos participantes contatado não pode participar da entrevista, resultando, portanto, em um percentual de 22,23% do total de 63 profissionais de saúde pertencentes à UBS Centro.

Com relação à escolha da amostra dos usuários, esta foi composta por 18 participantes de um universo aproximado de 4.033 pessoas cadastradas no cenário de pesquisa. Desta amostra, 9 respondentes são usuários dos serviços de saúde da UBS Centro que trabalham na referida unidade de saúde.

O critério de inclusão adotado foi a aceitação da população de estudo em participar da pesquisa após esclarecimento do trabalho a ser realizado pela pesquisadora, ressaltando que para os profissionais de saúde, além desse requisito, que estes possuíssem pelo menos dois anos de tempo de serviço na função e serem coordenadores técnicos na UBS Centro (em se tratando de profissionais de saúde com cargo de coordenação técnica).

Estes respondentes foram informados adequadamente, de forma verbal e/ou escrita, sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa para que em seguida pudessem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2 e 3) caso concordassem com o mesmo.

Além desse critério de inclusão, a amostra foi intencional, definida de acordo com os objetivos da pesquisa e destinadas aos participantes que pudessem fornecer informações pertinentes ao estudo em questão. Assim, elegeram-se participantes que,

durante o período de coleta de dados, apresentaram-se mais disponíveis ao diálogo para falar de suas experiências.

Na escolha dos entrevistados buscou-se respeitar a diversidade de categoria profissional, nível de escolaridade, tempo de vínculo empregatício, tempo como usuário do SUS, idade e sexo, justamente para captar possíveis divergências de opiniões. E, especificamente com relação aos profissionais de saúde, por estes poderem constituir, futuramente, uma equipe interprofissional para o tratamento do câncer de boca e por apresentarem vínculo permanente com a instituição.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Com a finalidade de atingir os objetivos específicos da pesquisa, optamos por uma entrevista individual semiestruturada, onde foi possível realizar perguntas pré-definidas e a entrevistadora teve a liberdade de explorar as temáticas, podendo elaborar perguntas complementares, que pudessem tornar as respostas mais completas (MINAYO, 2010).

De acordo com Minayo (2015, p. 65),

A entrevista como fonte de informação pode nos fornecer [...] informações diretamente construídas no diálogo com o indivíduo entrevistado e tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia.

As entrevistas são bastante adequadas para obter informações sobre seus sentimentos e desejos, sobre o que as pessoas conhecem e acreditam, e para acessar explicações acerca de suas realizações e de suas atitudes (GIL, 2008).

A entrevista semiestruturada compreendeu questões gerais relativas à caracterização do respondente. Para a amostra de profissionais de saúde, as variáveis foram idade, sexo, tempo de vínculo com a instituição, tempo de coordenação técnica, outro vínculo empregatício, carga horária, histórico familiar de câncer e fator de risco. Já para os usuários, além da idade, sexo, histórico familiar de câncer e fator de risco, tivemos como variáveis escolaridade, ocupação e grupo de tratamento.

Além destas questões de caracterização dos participantes, a entrevista semiestruturada incluiu um roteiro norteador, que serviu de guia para a condução da interlocução, permitindo a flexibilidade das conversas (DUARTE; BARROS, 2006) abordando cinco questões para os profissionais de saúde, sendo estas:

1. Qual o seu conhecimento sobre o câncer bucal? Você conhece as medidas preventivas para evitar a sua ocorrência?
2. Quais são as fragilidades e desafios sobre o câncer bucal no exercício da sua profissão na atenção básica?
3. Na sua opinião, quais são os fatores que levam ao diagnóstico tardio do câncer bucal?
4. Quais as ações de promoção à saúde bucal e prevenção do câncer bucal estão inseridas no cotidiano dos atendimentos realizados ao paciente dessa unidade de saúde?
5. Quais os conteúdos que, na sua opinião, deveriam ser abordados na Educação Permanente em Saúde - EPS nessa unidade, no que diz respeito ao câncer bucal?

E quatro questões para os usuários:

1. Qual o seu conhecimento sobre o câncer bucal? Conhece as maneiras para evitar a sua ocorrência?
2. Na sua opinião, quais são os fatores que levam à descoberta tardia do câncer bucal?
3. Que ações/informações, que promovem a saúde bucal e prevenção do câncer bucal, foram repassadas por profissionais de saúde dessa unidade de saúde?
4. Como acha que esses temas (promoção da saúde bucal e prevenção do câncer bucal) podem ser melhor abordados pelos profissionais de saúde?

Minayo (2010) relata que a entrevista como comunicação verbal no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é uma estratégia muito utilizada no processo de trabalho de campo. Dessa maneira, tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, sendo abordado pelo entrevistador. Quando aplicada e analisada, precisa incorporar o contexto de sua produção e, sempre que possível, ser acompanhada e complementada por informações provenientes de observação participante.

A coleta de dados, por meio da técnica de observação, busca conseguir informações, utilizando os sentidos no processo de alcançar certos aspectos da realidade, à primeira vista incompreensíveis. É um instrumento de investigação,

advindo da Antropologia, onde se constitui uma técnica de pesquisa fundamental. Essa técnica auxilia o pesquisador a obter e identificar provas sobre os objetivos que os indivíduos não têm consciência, entretanto, guiam seu comportamento. A observação desempenha papel importante, pois obriga o investigador a estabelecer um contato direto com a realidade estudada (LAKATOS; MARCONI, 2002).

3.5 Procedimento para coleta de dados

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde com a finalidade de obtenção da carta de anuência institucional (Apêndice 1) e posteriormente, a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa e pela Plataforma Brasil (Anexo 1).

Devido à pandemia da Covid-19, a coleta de dados foi prorrogada para setembro de 2020 quando foram realizados testes-pilotos com dois profissionais da saúde da área odontológica e dois usuários não pertencentes à UBS Centro, os quais não foram incluídos na amostra da pesquisa.

Alguns ajustes foram necessários após a condução desse estudo piloto, pois observamos a dificuldade por parte dos participantes em compreender o enunciado de algumas questões, fazendo-se necessárias adaptações nas mesmas para que as entrevistas fossem realizadas sem intercorrências.

O primeiro contato com o grupo de profissionais de saúde foi realizado por meio eletrônico, por meio de e-mail ou aplicativos de mensagens eletrônicas, no qual a pesquisadora se apresentou e explicou os objetivos da pesquisa, esclareceu a importância da participação e o motivo do convite.

Com relação à abordagem dos usuários, a maior parte da amostra destes participantes foi contactada durante as consultas odontológicas programadas, sendo apenas um único participante, por meio de demanda espontânea. Conversas informais realizadas nas dependências da UBS e contato telefônicos também auxiliaram na obtenção de mais respondentes para a pesquisa.

Um questionário para a caracterização dos participantes antecedeu a entrevista (Apêndice 5 e 6).

Entrevistamos, pessoalmente, a população de estudo entre dezembro de 2020 e setembro de 2021. Os profissionais de saúde foram entrevistados em seu local de

trabalho, após convite e agendamento prévio de acordo com a disponibilidade de seus horários de consultas e local de sua conveniência, visando proporcionar um ambiente tranquilo para uma conversa informal e para que tivessem tempo suficiente para responder às perguntas com tranquilidade, sem receio de expor seus sentimentos e emoções. As entrevistas foram gravadas utilizando-se um celular (Samsung) com aplicativo de gravação de voz e, posteriormente, transcritas, mediante autorização prévia dos mesmos e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2 e 3). As mesmas adequações com relação ao ambiente e às condutas éticas foram proporcionadas à amostra dos usuários.

As entrevistas com os profissionais de saúde tiveram duração média de 16,10 minutos, resultando em mais de 4 horas gravadas, transcritas pela própria pesquisadora em 55 páginas. No que diz respeito às entrevistas com os usuários, a duração média foi de 6,17 minutos, em um total de mais de 2 horas de gravação e transcritas em 28 páginas. As citações dos entrevistados se deram de maneira literal, incluindo incorreções de ortografia, pontuação e gramática. O objetivo foi aproximar o leitor do contexto de coleta de dados, das características dos entrevistados.

A aplicação da técnica de observação direta foi realizada por ocasião da realização das entrevistas, visto que a pesquisadora circulava livremente pelas áreas da unidade de saúde, podendo observar o relacionamento interpessoal estabelecido.

A observação direta (GIL, 1999; YIN, 2010) deu-se de maneira informal (YIN, 2010), sendo empregada para ampliar as evidências advindas da técnica de entrevista semiestruturada. O registro das observações foi feito por meio de anotações após as entrevistas. Compreendeu parte descritiva e reflexiva, com comentários pessoais da pesquisadora (GODOY, 2006). Salieta Meyer (2001), como a observação quando combinada a outros métodos, como aqui realizado, produz rigor à pesquisa.

Durante as entrevistas com os profissionais de saúde, ficou evidente a naturalidade e a espontaneidade com que respondiam às questões, como forma de expressão do descontentamento frente à gestão dos serviços de saúde e à gestão da coordenação técnica, preservada pela garantia do anonimato.

Na contramão, a princípio, alguns usuários se mostraram receosos ao compartilharem suas percepções, opiniões, conhecimentos, temendo por represálias dos trabalhadores da unidade de saúde, uma vez que necessitam dos serviços de

saúde ofertados pelo SUS, ou por julgamentos sobre seu nível intelectual ao mostrar desconhecimento do assunto proposto na entrevista.

A esta amostra foram esclarecidas, de maneira incisiva, a ética, a relevância e o respeito na condução da pesquisa, ao preservar e garantir o anonimato dos respondentes, e valorizar toda contribuição que pudesse auxiliar no desenvolvimento do trabalho.

Para garantir o anonimato dos participantes do estudo, utilizou-se a legenda **P** – como indicativo da palavra **Profissional** e a legenda **U**, – da palavra **Usuário**, e foram numeradas na ordem em que as entrevistas aconteceram, recebendo a seguinte configuração final: **P1 a P14** e **U1 a U18**.

3.6 Análise dos resultados

No que diz respeito à análise das informações obtidas nesta pesquisa por meio das entrevistas, estas foram submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática.

Cavalcante *et al.* (2014, p.15) nos falam que,

Assim, a construção de uma pergunta na pesquisa qualitativa é uma tarefa dotada de complexidade e método, pois requer uma imersão prévia no ente com o intuito de compreender o ser e sua essência. A análise de conteúdo, neste cenário, emerge como técnica que se propõe à apreensão de uma realidade visível, mas também uma realidade invisível, que pode se manifestar apenas nas “entrelinhas” do texto, com vários significados.

Segundo Minayo (2015, p. 57), as abordagens qualitativas “se aplicam ao estudo das relações, das representações, das percepções, das opiniões, que resultam da forma como o sujeito pensa, sente, se insere no contexto social e na forma em que se relaciona”. São mais adequadas para as investigações de grupos delimitados, histórias sociais que considerem o ponto de vista dos sujeitos, das relações e para a análise de discursos e documentos.

Em uma abordagem qualitativa, o critério da amostragem não é numérico. Preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação (ARAKAWA *et al.*, 2012).

Buscamos nessa pesquisa não realizar a saturação das respostas dos entrevistados às questões, visto que os dados obtidos de todos os participantes foram importantes para o desenvolvimento do estudo.

Análise de conteúdo é um procedimento de pesquisa que se situa em um delineamento mais amplo da teoria da comunicação e tem como ponto de partida a mensagem. Esta análise possibilita ao pesquisador fazer inferências sobre qualquer um dos elementos da comunicação. Os resultados da análise de conteúdo devem refletir os objetivos da pesquisa e ter como apoio indícios manifestos e capturáveis no âmbito das comunicações emitidas (FRANCO, 2012).

Segundo Bardin (2016, p. 48), o terreno, o funcionamento e o objetivo da análise de conteúdo podem resumir-se da seguinte maneira:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Portanto, a análise dos dados é feita em várias etapas com o objetivo de conferir significado aos dados coletados.

Para esta pesquisa, a análise de conteúdo foi conduzida seguindo estas três etapas recomendadas por Bardin (2016):

Pré-análise é a fase onde se efetua a organização do material a ser investigado, desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. Esta fase compreende a leitura flutuante que é o primeiro contato com os documentos da coleta dos dados; escolha dos documentos; formulação das hipóteses e objetivos; e elaboração de indicadores.

Durante esta fase, realizamos a leitura flutuante de todo o material transcrito, obtido pelas respostas às entrevistas, com posterior compreensão do contexto e assimilação das impressões e das orientações encontradas (BARDIN, 2016).

A segunda etapa é a exploração do material, que consiste na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas (BARDIN, 2016).

Os passos para a categorização consistiram na identificação das unidades de contexto com suas respectivas unidades de registro.

Segundo Franco (2012), a unidade de contexto é a parte mais ampla do conteúdo, ou seja, o contexto do qual faz parte a mensagem que será analisada. A unidade de registro é a menor parte do conteúdo e pode incluir a palavra, o tema, o personagem e/ou o item, por exemplo.

Todas as entrevistas foram realizadas pessoalmente, transcritas literalmente e revisadas pela pesquisadora. Após transcrição, as entrevistas foram codificadas, para transformar cada dado do texto em uma representação do conteúdo ou da sua expressão (BARDIN, 2016).

A partir dos objetivos, foram definidos os núcleos orientadores para a amostra dos profissionais de saúde. Foram eles:

- 1) Conhecimento dos profissionais de saúde sobre o câncer de boca;
- 2) Fragilidades e desafios no exercício profissional;
- 3) Fatores que contribuem para o diagnóstico tardio;
- 4) Ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca desenvolvidas na AP;
- 5) Conteúdo para um Programa de EPS na AP.

E para os usuários foram definidos os seguintes núcleos orientadores:

- 1) Conhecimento dos usuários sobre o câncer de boca;
- 2) Fatores que favorecem o diagnóstico tardio;
- 3) Ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca inseridas na AP;
- 4) Abordagem do conteúdo para um Programa de Educação em Saúde na AP.

Nesta fase de exploração do material, para que as falas dos sujeitos se tornassem coletivas, organizamos quadros para melhor visualizar as respostas de todos os participantes a uma mesma pergunta, obtendo assim uma visão geral dos dados, por meio de tabelas simples realizadas com utilização do *drive* (*Google Drive*) para compartilhamento e edição colaborativa dos resultados entre as pesquisadoras e, do software de processamento de textos (*Word*, da Microsoft) (FRANCO, 2012, p. 51) (Quadro 2).

Quadro 2. Modelo de codificação das entrevistas junto aos profissionais de saúde, Registro – SP, 2021

Pergunta 1: Qual o seu conhecimento sobre o câncer bucal?

Ref.	Unidade de Conteúdo	Unidade de Registro
P1	<i>“Meu conhecimento sobre câncer bucal é pouco, ‘tá’”.</i>	<i>Refere ser pouco</i>
P2	<i>“[...] tinha pouco, pouco mesmo eu vi, vi um pouco em fisiologia, vi bem pouco em patologia da nutrição, não foi tão falado sobre câncer bucal assim, muito, muito pouco mesmo. Na prática de estágio, também não.”</i>	<i>“tinha pouco, pouco mesmo eu vi, vi um pouco em fisiologia, vi bem pouco em patologia da nutrição, não foi tão falado sobre câncer bucal”</i>
P3	<i>“Meu conhecimento sobre o câncer bucal é, por trabalhar na área, ‘né’, da saúde bucal, a gente tem um conhecimento melhorado e se às vezes, não sempre, você consegue perceber que aquilo ali é um câncer. Esse é o meu conhecimento e tem muitas outras coisas, mas é na hora que você está ali, que você vê, que consegue falar, debater com outras pessoas e conversar sobre isso”.</i>	<i>Conhecimento melhorado devido à sua profissão (ASB)</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Desse modo, para cada núcleo temático foi estruturado um novo quadro, primeiramente com as falas em sua totalidade para apreensão das Unidades de Contexto (UC), que correspondem ao segmento da mensagem que possibilita a compreensão da significação exata da unidade de registro (UR) (BARDIN, 2016, p. 137).

Concluída a delimitação das UC, e ainda tendo como referência os núcleos temáticos, passamos a delimitar as Unidades de Registro (UR) que, como define Bardin (2016, p. 134) é a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial.

Definidas as UC e UR, que são as unidades de análise, iniciamos o processo de categorização que “é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”. Nesse estudo, elegemos o critério semântico (núcleos temáticos) (FRANCO, 2012, p.63).

Para a categorização, houve leituras exaustivas do material, à procura de significados cada vez mais claros, sendo realizada pela pesquisadora e pela orientadora, os quais foram organizados em tabela simples no *drive* com posterior transcrição realizada pelo software *Word* (Quadro 3).

Quadro 3. Modelo de categorização das entrevistas junto aos profissionais de saúde, Registro – SP (2021)

Categoria		Nº de citação e frequência (%)	Unidade de Registro
Câncer de boca: desconhecimento da patologia	Conhecimento razoável	2 (14,28%)	P3: <i>Conhecimento melhorado devido à sua profissão (ASB)</i> P12: <i>“Conhecimento razoável porque a gente acaba fazendo a parte das biópsias”</i>
	Pouco conhecimento	6 (42,86%)	P1: <i>Refere ser pouco</i> P2: <i>“tinha pouco, pouco mesmo eu vi, vi um pouco em fisiologia, vi bem pouco em patologia da nutrição, não foi tão falado sobre câncer bucal”</i> P4: <i>“Não tenho muito conhecimento”</i> . P5: <i>Conheço pouco</i> P8: <i>“Pouquíssimo”</i> P13: <i>Pouco conhecimento</i>
	Sem conhecimento	1 (7,14%)	P6: <i>“Não tenho conhecimento do câncer bucal”</i>
	Conhecimento baseado na sintomatologia relatada pelos pacientes	1 (7,14%)	P7: <i>Conhecimento do câncer de boca baseado sintomatologia relatada pelos pacientes</i>

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Finalizada a fase de análise, prosseguimos aos resultados e discussão.

3.7 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi realizada em consonância com os preceitos éticos firmados nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e atendem, portanto, a todas as exigências éticas e científicas fundamentais (BRASIL 2012; 2016).

Para execução desta pesquisa foi solicitada autorização com a devida carta de anuência da Prefeitura de Registro (Apêndice 1) na qual a pesquisa foi aplicada.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, CAAE: 30570720.2.0000.5505, PARECER: 4.072.173 (Anexo 1). Foi solicitado aos participantes o aceite por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 2 e 3) em duas vias de igual teor (uma via que ficará com a pesquisadora e a outra, com o participante). O documento expõe os objetivos, a descrição dos procedimentos para cada membro participante desta pesquisa, sem constrangimentos, e com garantia de sigilo após o aceite na participação da pesquisa.

Os participantes tiveram a liberdade de recusar-se a participar do estudo ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Os dados dos entrevistados serão sigilosos e confidenciais.

4 RESULTADOS

Os resultados são apresentados seguindo uma retórica inicial, de contextualização dos sujeitos participantes, para posterior aprofundamento analítico na discussão, com referenciais teóricos sobre a abordagem do câncer de boca nos níveis primário e secundário, e qualidade do atendimento na APS. Neste processo, as falas são apresentadas em congruência com os referenciais e inferências, expondo-se de maneira discursiva para estruturação do caminho compreensivo da análise.

4.1 Perfil dos participantes

O estudo foi realizado com 14 profissionais de saúde, sendo 10 (71,43%) do gênero feminino e 4 (28,57%), do sexo masculino. A média de idade foi de 41,7 anos, sendo a menor idade de 30 anos e a maior, 61anos, com predomínio da faixa etária entre 30 e 39 anos. Desse total, o tempo de vínculo na instituição variou de 2 a 30 anos.

O grupo amostral dos usuários compreendeu 18 participantes, sendo 11 (61,12%) do sexo feminino e 7 (38,88%), do sexo masculino. A média de idade foi de 45 anos, variando de 18 a 71 anos e com predomínio da faixa etária entre 41 e 56 anos.

Com relação ao grau de escolaridade, 8 (44,44%) usuários possuem ensino médio completo; 2 (11,11%), ensino fundamental incompleto; 1(5,56%), ensino médio incompleto; 6 (33,33%), ensino superior e 1 (5,56%), ensino superior em curso.

Dentre os 14 profissionais de saúde, 9 apresentaram histórico familiar de câncer, e somente 1 (7,14%) apresentou de câncer de boca; enquanto na amostra de usuários, dos 18 participantes, 10 apresentaram histórico familiar de câncer, e 3 (16,67%) mencionaram ter tido histórico familiar da patologia estudada (Quadro 4).

Quadro 4. Perfil de identificação dos profissionais de saúde, Registro – SP (2021)

Legenda	Idade (anos)	Sexo	Tempo de vínculo	Tempo de coord. Técnica	Outro vínculo	Carga horária	Histórico familiar de câncer	Fator de risco
P1	61	F	20 anos	–	Consultório particular	20 horas	Adeno-carcinoma de cólon / CA mama	–
P2	39	F	17 anos	–	Faculdade	40 horas	–	–
P3	49	F	30 anos	–	–	40 horas	CA próstata	Álcool
P4	36	F	2 anos	–	–	40 horas	–	–
P5	30	M	2 anos	–	–	30 horas	–	–
P6	55	F	25 anos	–	–	30 horas	CA mama	–
P7	30	M	4 anos	–	Hospital	40 horas	–	–
P8	39	M	15 anos	–	Consultório particular	40 horas	–	–
P9	61	F	19 anos	–	–	40 horas	CA gástrico; CA pele	Exposição solar sem proteção
P10	42	F	14 anos	1 mês	–	40 horas	CA boca	Tabaco
P11	43	F	16 anos	–	–	40 horas	CA pulmão	Tabaco
P12	30	M	2 anos	–	–	20 horas	CA mama	–
P13	40	F	3 Anos	–	–	40 horas	CA estômago	Álcool
P14	30	F	5 Anos	–	–	40 anos	CA cabeça	–

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Quadro 5. Perfil de identificação dos usuários da UBS Centro, Registro – SP (2021)

Legenda	Idade (anos)	Sexo	Escolaridade	Ocupação	Grupo de tratamento	Histórico familiar de câncer	Fator de risco
U1	44	F	Ensino médio completo	Do lar	–	Localização primária desconhecida	Álcool
U2	71	M	Ensino fundamental incompleto	Aposentado (motorista)	Hipertensão arterial	–	–
U3	60	M	Ensino médio completo	Auxiliar de serviço de saúde	–	CA colo de útero	Tabaco
U4	56	M	Ensino superior	Enfermeiro	Hipertensão arterial / Diabetes	–	–
U5	53	M	Ensino médio completo	Auxiliar de serviços gerais	–	–	–
U6	28	F	Ensino superior	Agente comunitária de saúde	–	CA tireóide	–
U7	41	F	Ensino superior	Agente administrativa	Hipertensão arterial	Linfoma	Álcool
U8	27	F	Ensino superior	Agente administrativa	–	CA colo de útero	–
U9	55	M	Ensino médio completo	Cabelereiro	–	–	–
U10	55	F	Ensino médio completo	Agente administrativo	–	–	–
U11	63	F	Ensino médio incompleto	Higiene hospitalar	Hipertensão arterial / Diabetes	CA esôfago; CA colo de útero; CA de boca; CA “garganta”	Tabaco, Álcool
U12	47	M	Ensino fundamental incompleto	Autônomo	Pancreatite	–	–

U13	23	F	Ensino médio completo	Atendente de consultório dentário	–	CA próstata	–
U14	44	F	Ensino médio completo	Técnica de enfermagem	–	CA próstata; CA de boca; CA pulmão; CA dos “ossos”	Tabaco
U15	31	F	Ensino médio completo	Diarista	–	–	–
U16	18	F	Ensino superior (em curso)	Estudante	–	–	–
U17	41	F	Ensino superior	Coordenadora	–	CA de boca	–
U18	53	M	Ensino superior	Contador	–	CA estômago	Tabaco, álcool

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Na análise do perfil dos profissionais de saúde, pudemos observar o predomínio de mulheres nas profissões pesquisadas, conforme observamos na literatura (FIOCRUZ, 2015).

A respeito da prevalência dos casos de câncer relatada pelos participantes, os resultados corroboram com a literatura sobre a predisposição relacionada aos fatores de risco para o câncer, principalmente tabagismo e etilismo associados e a exposição solar.

4.2 Categorias temáticas

Com o intuito de responder às questões norteadoras e, conseqüentemente, atingir os objetivos propostos para o estudo, os resultados das entrevistas serão apresentados segundo as categorias temáticas:

- I. Conhecimento do câncer de boca na perspectiva dos profissionais de saúde e usuários;

- II. Fragilidades no exercício profissional na abordagem do câncer de boca na AP;
- III. Ações e estratégias de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca no cotidiano das práticas profissionais;
- IV. Organização do trabalho em saúde na AP à luz da percepção dos profissionais de saúde e dos usuários.

Apresentamos o Quadro 6 com as categorias emergentes dos núcleos norteadores elencados acima.

Quadro 6: Núcleos norteadores das categorias pesquisadas na dissertação “Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer de Boca na Atenção Primária”, Registro – SP (2021)

CATEGORIAS TEMÁTICAS	Conhecimento do câncer de boca na perspectiva dos profissionais de saúde e usuários	Fragilidades no exercício profissional na abordagem do câncer de boca na AP	Ações e estratégias de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca no cotidiano das práticas profissionais	Organização do trabalho em saúde na AP à luz da percepção dos profissionais de saúde e usuários
NÚCLEOS	Desconhecimento e/ou falta de informação da patologia e das medidas preventivas	Dificuldade no reconhecimento das lesões potencialmente malignas	Inexistência de ações educativas no contexto da AP	Nós críticos do processo de trabalho em saúde
	Déficit na formação acadêmica na área da saúde	Cobertura da assistência à saúde bucal	Importância do letramento em saúde para profissionais de saúde e usuários	Acesso aos serviços de saúde

N O R T E A D O R E S	EPS: estratégia para o combate e controle do câncer de boca	Coordenação do cuidado em saúde	O papel do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce do câncer de boca	Qualidade da assistência em saúde
			Educação em saúde	Realidade do SUS
			Estratégias de aprendizagem	

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

5 DISCUSSÃO

Discutiremos acerca das categorias citadas anteriormente, apresentando a análise das entrevistas com os 14 profissionais de saúde e os 18 usuários, os quais foram identificados com a letra **P** para os profissionais de saúde e **U** para os usuários, seguidos dos números correspondentes aos grupos pertencentes.

5.1 Categoria temática I: Conhecimento do câncer de boca na perspectiva dos profissionais de saúde e usuários

No que tange a primeira categoria temática **“Conhecimento do câncer de boca na perspectiva dos profissionais de saúde e usuários”**, a falta ou o pouco conhecimento da população de estudo sobre a enfermidade ou a descontinuidade da informação institucional sobre o tema foi retratada por meio dos depoimentos.

“Não tenho muito conhecimento. Estórias de um ou outro assim, mas não tenho muito conhecimento” (P4).

“Não tenho conhecimento do câncer bucal. Sei que ele existe, que além do cigarro, ‘né’, do fumo, não sei assim no momento” (P6).

Da Silva *et al.* (2021), ao analisarem o conhecimento dos cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família de Anápolis – GO, a respeito do câncer de boca, demonstraram que, embora os cirurgiões-dentistas tenham se autoavaliado com conhecimento ótimo ou bom sobre a patologia, não se sentem seguros para realizar a biópsia de lesão suspeita de câncer de boca em tecido mole.

Já os profissionais, enfermeiros e médicos, demonstraram ter menor conhecimento e ainda ter grandes dúvidas referentes ao tipo de câncer mais comum, a localização e os principais fatores de risco para a patologia.

Tal realidade também pode ser constatada entre outras categorias profissionais entrevistadas:

“[...] do que pode causar o câncer bucal, de como prevenir o câncer bucal. Não, não tenho tanto conhecimento”. (P2)

“Estados leves realmente eu me considero amador pra saber qual que é o sinal, ‘né’, de um caso leve, ‘né’, um caso que precisa ser prevenido, ‘né’, pra não ter piora, isso aí eu considero que eu preciso aprender mais” (P5).

“[...] meu enteado teve uma suspeita de uma retirada do dente do siso, tinha uma manchinha na parte óssea e talvez houve uma suspeita, precisou de uma raspagem para saber se era um câncer. Agora o que causa, eu não sei” (P8).

“Nunca presenciei, conheci ninguém, mas sei que, que sei nem quais são, na verdade, mas eu sei que eles acontecem e a gente confunde, às vezes, ‘né’, com sintomas que a gente não imagina que seja grave” (P13).

Como consequência desse conhecimento insatisfatório apresentado pelos profissionais de saúde, muitos pacientes com lesões suspeitas deixam de ser encaminhados para outros níveis de atenção à saúde.

“[...] a gente pode falar pela Odontologia, que a gente tenta realizar sempre um exame clínico e conferir se o paciente tem algum indício de lesão, alguma coisa. Mas, realmente deixa a desejar quando a gente pensa no tratamento do indivíduo como um todo, a gente não vê uma movimentação muito grande pra avaliação de lesões bucais em pacientes que passam com os outros profissionais e tudo mais” (P12).

O desconhecimento/desinformação sobre o câncer de boca também foi evidenciado nas falas dos usuários.

“Bem pouco, [...]. Eu sei assim de ver algumas fotos, de algumas causas, ‘né’, de cigarro, dessas coisas assim, e eu tenho também, que eu tenho visto bastante, que o pessoal fala bastante da bichectomia que tem uma gordura que a pessoa fica sempre mordendo e que muitas vezes pode vir a virar câncer, ‘né’. Mas eu não tenho muito conhecimento não” (U6).

“Nenhum. Não sei quais são os sintomas, nunca ouvi falar de ninguém próximo, então eu não saberia avaliar, orientar basicamente nada, [...].” (U8).

Segundo Formosa *et al.* (2015), indivíduos com nível de escolaridade mais elevado geralmente possuem maior nível de entendimento sobre o câncer de boca em relação a pessoas com baixa escolaridade.

Nesse contexto, é importante mencionar que o grau de instrução está entre os indicadores mais utilizados em estudos epidemiológicos, podendo ter influência no conhecimento sobre os fatores de risco para determinadas patologias e para adesão às ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (SANTOS *et al.*, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2015).

Le Champion *et al.* (2016) e Da Silva *et al.* (2009) afirmam que a falta de informações a respeito do câncer de boca pode atrasar o diagnóstico, pois as pessoas sem conhecimento sobre a doença possuem uma maior preocupação e medo em buscar ajuda de profissionais da saúde, preferindo tratamentos alternativos e ajuda de familiares.

“Porque ‘isso que é’ o defeito das pessoas no caso. As pessoas acho que, às vezes é, surge um probleminha pequeno e a pessoa acha que não é nada e vai deixando e a coisa vai agravando, agravando. E quando já vem pro dentista já é tarde, ‘né’, aí já ‘tá’ bem avançado” (U5).

“Então, às vezes, como ele é assim, eu tenho pouco conhecimento da doença, mas a gente já sabe, já cresce com aquela palavrinha câncer, ‘né’, essa palavrinha que sempre amedronta todo mundo, dá aquele medo na pessoa” (U9).

Esse desconhecimento em relação à patologia compromete os dados epidemiológicos, seja em escala nacional ou internacional, relativos à cura da doença, uma vez que em geral o diagnóstico acontece em estágios avançados (FALCÃO *et al.*, 2010; SEOANE *et al.*, 2006).

Vale mencionar que o diagnóstico tardio pode decorrer da deficiência na formação profissional e no desconhecimento da população sobre o câncer de boca (CARVALHO; SOARES; QUEIROZ FIGUEIREDO, 2012), fazendo-se necessária uma formação mais adequada dos profissionais de saúde.

“Eu não me lembro (de ter tido alguma informação sobre câncer bucal), mas acho que não. Eu só lembro assim que lesões que são vegetantes, lesões irregulares em qualquer órgão, teoricamente na boca também, e que estão aumentando são lesões suspeitas pra gente. Tudo que é lesão irregular e que está crescendo é lesão suspeita. Pra gente é sempre essa informação, essa ideia que tenho na cabeça” (P1).

“Na época da faculdade, ‘né’, que foi lá comezinho de 2006, tinha pouco, pouco mesmo eu vi, vi um pouco em fisiologia, vi bem pouco em patologia da nutrição, não foi tão falado sobre câncer bucal assim, muito, muito pouco mesmo” (P2).

O processo de formação acadêmica assume papel fundamental no contexto nacional, tendo em vista as mudanças que vêm acontecendo no sistema de saúde brasileiro, bem como as mudanças no mercado de trabalho (CRUZ *et al.*, 2005).

Nesse contexto, a universidade enquanto instituição social e os cursos de graduação da saúde devem formar um profissional capaz de desenvolver habilidades

teóricas e práticas para atuar com competência na resolução das necessidades reais de saúde das populações (DE OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Achados na literatura (LIMA *et al.*, 2005; MARTINS *et al.*, 2008; CARTER *et al.* 2009) referem a necessidade de incrementar novos conhecimentos a esses profissionais, uma vez que desempenham um papel importante frente ao diagnóstico precoce do câncer de boca. Assim, faz-se necessário ressaltar a importância do acesso à Educação Permanente com o objetivo de proporcionar a atualização do conhecimento após a formação profissional e, por consequência, melhorar a qualidade do atendimento prestado.

A implementação da Educação Permanente pode reduzir as barreiras associadas ao diagnóstico precoce, bem como no tempo gasto entre a autopercepção dos sinais e sintomas até o tratamento (GÓMEZ *et al.*, 2010; SILVERMAN JR.; KERR; EPSTEIN, 2010).

De acordo com Silverman Jr. *et al* (2010), os módulos de Educação Permanente devem abordar o uso do tabaco, as formas de incentivar o abandono e a detecção precoce do câncer de boca.

E para a população, fazem-se necessárias ações de educação em saúde, com ênfase nos fatores de risco, hábitos e condutas de prevenção, reabilitação e manutenção da saúde bucal, podendo promover o conhecimento necessário para identificação precoce das alterações bucais e favorecer a instituição imediata do tratamento (DA SILVA *et al.*, 2018).

No entanto, a inexistência ou carência das ações educativas na unidade fica evidente nas respostas dos usuários a seguir:

“Antigamente eu sabia que tinha (atividades educativas). Tinha “Vida Ativa”, tinha um programa bom lá na Vila Nova com gestantes, mas depois não sei mais que fim levou, porque..., não temos muita informação, divulgação e agora tudo é culpa da pandemia, a gente não sabe mais nada” (U4).

“Esses tipos de orientação ‘é’ muito raro. Nunca vi nem SUS nem particular nenhuma área dessas dá essas orientações pra paciente. Eu também como sou paciente, também nunca tive esse tipo de orientação” (U7).

Jnaneswar *et al.* (2017), Tomé Júnior *et al.* (2019) e Dos Santos *et al.* (2010) apontam em suas pesquisas, que grande parte dos pacientes buscam preferencialmente realizar uma consulta médica quando identificam uma lesão na boca, e posteriormente, procuram assistência odontológica.

“As pessoas não têm, a população em geral, não faz prevenção no dentista, regularmente, ‘né’? Às vezes, tem que ir, quando tem dor de dente, quando é alguma coisa. Aí eles vêm. Mas quando reclama inicial, sempre é com o médico. Porque vem ‘pro’ médico porque: ‘Ó’, pareceu um negócio esquisito. Vai, pergunta o que é. Então, acho que a gente tem que ser treinado melhor” (P1).

“Várias pessoas, [...], vem me procurar com esse tipo de questionamento: Ah, apareceu, P11, ‘tô’ com probleminha na minha boca e ‘tá’ doendo, ‘tá’ com carocinho, ‘tá’ com uma bolinha que eu sempre fico mordendo e aí eu fico mordendo, fico machucando. Então ‘tá’ me incomodando, eu não sei o que eu faço” (P11).

Portanto, é de suma importância o conhecimento sobre o câncer de boca, tanto por parte do cirurgião-dentista, quanto de todos os profissionais da atenção básica (NERY, 2018).

Alguns participantes associam o conhecimento sobre a doença à experiência vivenciada com algum familiar ou alguém próximo como demonstrados nos discursos a seguir:

“Olha, inicialmente eu conheço pouco, assim. Vou ser bem sincero pra você. Eu já vi um caso que meu pai tinha uma amizade, uma pessoa que estava em situação de câncer bucal e eu percebia que era, que chamava a atenção pelo fato da questão bucal mesmo, da limitação, ‘né’. Tinha uma limitação, acho que essa pessoa passou por cirurgias e tinha um sofrimento envolvido do paciente, bem notável, ‘né’” (P5).

“O câncer bucal eu tive uma experiência pessoal com ele, ‘né’, com a minha avó. Então eu vi todo o processo do câncer bucal com minha avó. Ela era fumante, ela fumava com piteira, ela foi fumante por muitos anos [...]. Ela foi pra radio, pra quimio, fez uma abertura, a gente via a língua dela por, você conseguia ver a língua, com tumoração na língua inteira, nessa região toda. Foi bem triste” (P10).

“Ó’, então, o conhecimento que eu tenho, na verdade, acho que veio do caso de [...] mesmo, que veio e aí a gente foi vendo que aquilo não sarava, não sarava, não sarava, e aí depois que eu vim a saber que se a ‘feridinha’, qualquer lesão ali na região da boca não sarasse em uma semana era um, uma luzinha que ficava acesa pra você procurar orientação, ‘né’” (U17).

Tais depoimentos evidenciam o caráter mutilador da doença quando diagnosticado tardiamente.

A prevenção e o controle de câncer estão entre os mais importantes desafios científicos e de saúde pública (AMTHA *et al.*, 2009).

De acordo com Registros Hospitalares de Câncer, a maioria dos pacientes brasileiros chega aos hospitais com a doença em fase avançada. Isso faz com que o

tratamento desses casos deixe de ser curativo para, na maioria das vezes, ser mutilante, o que influencia sobremaneira a sobrevida dos pacientes (BHIDE; NUTTING, 2010).

Outros respondentes baseiam seu conhecimento associando-o à etiologia e características clínicas do câncer de boca, presentes nos depoimentos que se seguem:

“[...] eu sempre penso no câncer bucal hoje assim, de paciente etilista, de paciente tabagista, de paciente que tem prótese, de paciente que tem piercing, de paciente que tem muita precariedade na higienização da boca, de pacientes, há uma coisa da lavoura também assim, de pacientes que mascam plantas, ‘né’[...]” (P9).

“Então, o câncer de boca, ‘né’, eu sei que ele se encontra dentre os tipos de câncer, ‘né’, classificados de cabeça e pescoço, sei que incide mais em homens, que tem essa questão no seu histórico de saúde de tabagismo, etilismo, ‘né’. A questão também de má higiene, ‘né’, que pode levar a esse tipo de câncer de boca” (P14).

“É, o câncer bucal, ele pode se apresentar atrás de uma lesão, uma saliência, uma coisa que ‘tá’ ali te incomodando” (U3).

“Não é nada assim muito profundo porque minha área não abrange muito essa parte. [...]. Mas, a gente sabe os fatores de risco, diabetes, cigarro, bebida alcoólica, má alimentação” (U4).

Conhecer as características clínicas do câncer de boca é fundamental para a realização do diagnóstico diferencial da doença. Dessa forma, o profissional que atua na unidade básica de saúde deve conhecer todas as características clínicas compatíveis com a hipótese do câncer de boca (BRITO *et al.*, 2020).

Além do desconhecimento da sintomatologia e fatores de risco relacionados ao câncer de boca, outros fatores contribuem para o entrave na celeridade do diagnóstico, estando entre os principais:

A evolução inicial oligossintomática.

“[...] ele só procura se dói, se não dói, fica. Entendeu? Então, agora assim quando começa a crescer, quando começa a ficar uma coisa maior, aí chama a atenção do paciente também, mas eu acho que o médico também é, tem esse problema de não fazer o diagnóstico precoce” (P1).

A escassez de conhecimento dos usuários e profissionais de saúde.

“Eu mesmo não tenho muito conhecimento da parte do câncer bucal. Acho que a maioria não tem, porque sabem de câncer, de vários tipos do corpo, mas de boca, muito pouco. Porque, por exemplo, se é um câncer de mama, a pessoa já te ensina que você vê como diagnosticar antes, um câncer de mama. Um câncer de pele é a mesma coisa, você vê uma feridinha, caso assim, diferente. Agora um câncer de boca como você vai ter, assim como diz, uma avaliação precoce que você está com início de câncer de boca, assim. Já é uma coisa mais difícil da pessoa detectar antes” (U7).

“Será que é porque na boca, talvez fique ali escondidinho e não leve... Falta de conhecimento também porque se você não tem o conhecimento, que existe o câncer de boca que aquilo ali pode ser um câncer, você também não vai procurar nada. Você acha que aquilo é uma afta, que é constante até na vida da gente, e a gente vai levando, vai deixando, não vai sarando [...] (U17).

As dificuldades de acesso aos serviços.

“Se não tiver dinheiro pra pagar uma consulta, um dentista, um... Por exemplo, procurar o posto de saúde, muitas vezes a gente consegue, muitas vezes, não. Porque eu mesma deixei o meu nome numa lista aqui do posto há muitos anos e nunca consegui uma vaga. Então, muitas vezes, o pessoal vai deixando porque, poxa, vem lá não consegue, vai deixando, deixando, quando vai descobrir, a doença já está bem avançada” (U1).

“Chega no posto de saúde, vamos falar sinceramente, ‘né’, ‘muito’ é mal atendido, não dá aquela instrução que tem ou é agendamento com clínico, ‘tá’, então viu lá que tem um probleminha lá na boca, ‘né’: Ah, esse aqui é parte da Odonto. Vão agendar. Pra quando? Quando é que vai conseguir?” (U10).

O medo envolvendo o diagnóstico.

“As pessoas acham que pode ter uma tendência de algo ruim e tem medo do diagnóstico, ‘né’. Então elas vão deixando até não poder mais e aí já é, muitas vezes já é tarde demais” (U18).

E a escassez de estratégias governamentais de prevenção (LE CAMPION et al., 2016).

“[...] , mas o que mais impede o acesso a essa informação é a falta de interesse político, entendeu? Então acho que se tivesse mais atenção dos políticos, tanto prefeitos, vereadores, ‘né’, já que a gente fala, vamos falar a nível regional, ‘né’, é, aí sim, aí as informações iam ser melhor veiculadas” (U18).

Angheben (2013) destaca a urgência em se traçar políticas públicas de forma clara e com ações de longo prazo de educação em saúde, pois não se faz educação,

não se mudam conceitos e hábitos em campanhas curtas, indicando a necessidade de programas permanentes de educação, uma vez que o melhor meio de combater o câncer de boca é a prevenção, é por meio do diagnóstico precoce e da tentativa de eliminação dos fatores de risco.

O desconhecimento sobre o câncer, especificamente o de boca, foi abordado por alguns usuários:

“Olha, câncer bucal na verdade é um conhecimento que a gente tem muito pouco. Eu mesmo não tenho muito conhecimento da parte do câncer bucal. Acho que a maioria não tem, porque sabem de câncer, de vários tipos do corpo, mas de boca, muito pouco” (U7).

“Eles falam muito da mama, mas não existe só a mama. Tem a próstata também. Tem o buco, tem a garganta, tem tudo. Por que só a mama? A gente ‘ta’ vendo gente morrer aí com problema. Já vi tanta coisa acontecer aqui na parte da Odonto também de paciente que eu vi sofrer” (U10).

“CA bucal, eu não sei muito, não. Eu sei mais sobre o CA em geral. O CA é uma doença genética, que pode ser causada por mutação em gene” (U16).

Apesar do câncer de boca não apresentar uma incidência tão expressiva como os cânceres de próstata e de mama, verificou-se uma alta mortalidade relacionada aos casos diagnosticados deste tipo de câncer, o que pode sugerir um diagnóstico feito tardiamente. Tal fato foi comprovado por meio de mais de 6.000 óbitos por câncer de boca registrados no sistema de Informação de Mortalidade (SIM) em 2018 (ATTY; RIBEIRO, 2020).

Diante do exposto, podemos inferir que a maioria dos profissionais de saúde e usuários possuem conhecimento insatisfatório acerca do tema câncer de boca, evidenciado no despreparo da equipe da área de saúde, sem formação específica

para o reconhecimento das lesões bucais nas fases precoces e desinformação da população sobre cuidar de sua saúde.

Apesar do crescente número de estudos e informações, essa neoplasia ainda passa despercebida pelo olhar de muitos profissionais de saúde e grande parte da população não reconhece os sinais e sintomas de alerta para o câncer de boca, trazendo grandes desafios para a detecção precoce desse problema de saúde.

É necessário sensibilizar os profissionais de saúde a se engajarem e fomentarem ações e programas voltados para a prevenção do câncer de boca, além de as estratégias de prevenção de câncer de boca serem praticadas por meio de políticas públicas conscientes, envolvendo não somente os profissionais de saúde, mas toda a população de forma ativa.

Sabendo-se que o diagnóstico precoce parece ser o meio mais efetivo para impactar nas taxas de morbidade, melhorar o prognóstico e aumentar as chances de cura, destacamos a necessidade de ações e programas que promovam o estímulo ao ensino-aprendizagem sobre o câncer de boca nas áreas da saúde e estratégias de educação em saúde para conscientizar a população, que abordem de forma ampla e esclarecida, suas causas, formas de prevenção e de diagnóstico precoce.

5.2 Categoria temática II: Fragilidades no exercício profissional na abordagem do câncer de boca na AP

Analisaremos a seguir as questões identificadas na segunda categoria, **“Fragilidades no exercício profissional na abordagem do câncer de boca na AP”**.

Profissionais de saúde devem estar aptos para diagnosticar a lesão no estágio inicial, bem como serem capacitados a orientarem os pacientes a realizarem o autoexame, visto que é um método simples, de baixo custo e pode ser realizado em casa (BITTAR *et al.*, 2010; ANGHEBEN, 2013). No entanto, a dificuldade no reconhecimento das lesões iniciais e o desconhecimento da patologia demonstraram ser fragilidades na abordagem do câncer de boca:

“Sabe, eu, enxergar o que é lesão suspeita ou não. [...] Eu vejo uma lesão: ‘ó’, precisa ir ao dentista para dar uma olhada porque eu não sei, sabe? Alguém para ver a região oral. Às vezes a

gente manda, passa pelo otorrino, não sei o quê, nem eles olham. Sabe? Então, assim, não sei se é uma ideia errada que eu tenho, mas às vezes eu falo: Gente, passou com otorrino, ele não viu esse ‘negócio’ na boca? Sabe assim, mas aí a gente manda realmente ‘pro’ dentista, ‘né’. ‘Pro’ dentista ver, pra ver a lesão. Que eu não sei ver lesão de, ...lesão precoce” (P1).

Questões ligadas à deficiência na formação e Educação Permanente podem gerar falhas na detecção de lesões nos exames de rotina, o não reconhecimento dos pacientes que apresentam os principais fatores de risco ou dificuldade de identificação de lesões potencialmente malignas, que podem ser confundidas com doenças inflamatórias em início do processo (DA CUNHA *et al.*, 2013).

“[...] eu preciso entender melhor sobre essa doença. Qual o mecanismo dela, como é que a forma como ela se instala e como é que se previne ela. Eu me considero assim, é que eu preciso saber como é que faz a prevenção pra saber se realmente eu já estou fazendo, incentivando uma prevenção ou se não estou incentivando, ‘né’, [...]” (P5).

“[...] a nossa fragilidade um pouco é a falta de informação, ‘tá’, que eu acho que a falta de informação, não só com os profissionais de saúde que eu acho que também existe, não digo profissionais de saúde, enfermeiro, médico, mas até os agentes comunitários, os técnicos de enfermagem, acho que não se atentam muito pra isso [...]” (P11).

O diagnóstico precoce é dificultado pelo fato de que as lesões iniciais, na maioria das vezes, não possuem sintomas, sendo desvalorizadas pelo próprio indivíduo e pelos profissionais de saúde, sugerindo a falta de conhecimento dos mesmos sobre a patologia, a deficiência na procura por atendimento médico por parte do indivíduo e/ou do baixo poder aquisitivo, situação em que a maioria dos pacientes utiliza dos serviços do SUS (DOS SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010).

Outra fragilidade refere-se à cobertura da assistência odontológica:

“[...] às vezes falta de profissional, não ‘tô’ só falando nosso aqui da região, mas pra fora. Que nem, tem unidades que não têm dentista, certo?” (P7).

“Talvez o que eu vejo assim, pra ajudar seria a dificuldade de acessar os profissionais, dentistas, essa fila de espera e também a informação” (P8).

“[...] primeiro que a gente nem sempre tem o número de dentistas necessários pra comunidade, já começa daí. Depois pra gente insistir que o paciente vai, tem que ter condições dele encontrar esse serviço, ‘né’” (P9).

A implantação das equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF tem permitido a ampliação do acesso e qualificação da atenção à saúde bucal no SUS. No entanto, a cobertura da população brasileira por ESB (39,93%) ainda é muito inferior à cobertura populacional por equipes de Saúde da Família (eSF) centradas em médico-enfermeiro (62,62%) (BRASIL, 2021).

Vargas *et al.* (2021) observaram que o maior nível de cobertura dos serviços de ESB esteve associado ao diagnóstico de câncer de boca e orofaríngeo em estágios iniciais, sugerindo um potencial aumento nas chances de tratamento e cura.

No entanto, embora a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) esteja implantada há mais de 15 anos, há menos de 50% de cobertura de ESB no território brasileiro, fazendo-se necessário fortalecer a crescente qualificação dessa estratégia e avaliar seus efeitos com o objetivo de viabilizar esforços bem direcionados e eficazes contra o câncer de boca e orofaríngeo.

Foi possível identificar também que, os profissionais de saúde entrevistados apresentaram relatos correspondentes à organização dos serviços. A consolidação do SUS apoia-se no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo

objetivo é acolher necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais (ELIAS, 2004).

Depoimentos evidenciam problemas no sistema de referência e contrarreferência:

“Quando vai procurar, quando ele procura a gente, certo, o médico, às vezes, avalia tudo, encaminha, tenta encaminhar pra algum outro lugar e não consegue” (P7).

“[...] porque a gente manda a suspeita, mas a gente nunca tem a devolutiva do que foi aquilo que a gente encaminhou, entendeu? Porque vai pra anátomo, ‘né’, volta da anátomo, mas a gente não sabe o que aconteceu com aquele paciente. Se foi câncer, se foi só um excesso de, tem um nome que vocês usam, eu não sei. Então, eu não sei o que fica, se é benigno, se é maligno. A gente não tem essa devolutiva também, ‘né’?” (P11)

“[...] a gente não consegue ter um acompanhamento desses pacientes pra saber se eles estão sendo tratados com a velocidade que a lesão necessita, ‘né’, indica”. (P12)

E problemas, também, no acolhimento das necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades:

“O desafio é a gente conseguir é ter mais gente pra poder escutar melhor esse paciente porque no dia-a-dia a gente tenta, mas como tem poucos profissionais, eu digo não aqui comigo, mas às vezes de poder escutar melhor o paciente pra poder auxiliar melhor, ajudar na equipe a direcionar esse paciente pro profissional correto, ‘né’?” (P4)

“O que acontece assim, a correria do dia-a-dia, ninguém, assim como a enfermagem, falo em si, ali dentro, é muita correria. São

poucos funcionários que tem dentro da unidade e a gente não tem aquele tempo, é muito automático, só vai ali, vê a pressão, vê a glicemia e o paciente entra, é a primeira queixa. E a queixa com médico e vai” (P7).

Os serviços públicos de saúde no Brasil ainda se caracterizam pela fragmentação e descontinuidade assistenciais, em decorrência de fragilidades na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e a gerência dos serviços; entre os serviços de saúde e de apoio diagnóstico e terapêutico e entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Tal fragmentação sistêmica traz consequências negativas à eficiência e efetividade das ações em saúde, contribuindo para o aumento das iniquidades e vulnerabilidades, sobretudo no que se refere ao acesso e utilização dos serviços e integralidade do cuidado (BRASIL, 2008; MALTA, 2017).

Neste estudo, as fragilidades identificadas no exercício profissional provêm de deficiência na formação acadêmica quanto ao conhecimento do câncer de boca, de falhas de interação entre os profissionais de saúde, de falha de comunicação entre os serviços, da desvalorização da APS, da baixa qualificação profissional e de problemas emergentes dos instrumentos para integração dos níveis assistenciais.

De acordo com esses autores, Lima e Rivera (2009) e De Souza *et al.* (2013), a coordenação do cuidado depende de profissionais qualificados e engajados, cientes da importância de comunicar e partilhar informações. Desse modo, o fortalecimento do trabalho em equipe e o agir comunicativo podem constituir um caminho para a transformação da prática cotidiana, de uma perspectiva autoritária, fragmentada e individualista para uma visão democrática, integrada, baseada no trabalho coletivo, na solidariedade e na comunicação.

Portanto, para modificação deste panorama, faz-se necessário que, na coordenação do cuidado na AP, haja trabalho em equipe na perspectiva de uma prática colaborativa, além da participação das pessoas, corresponsáveis pela própria saúde, nas tomadas de decisão.

5.3 Categoria temática III: Ações e estratégias de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca no cotidiano das práticas profissionais

Na análise dessa próxima categoria **“Ações e estratégias de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca no cotidiano das práticas profissionais”**, foi possível identificar nos relatos de profissionais e usuários entrevistados a inexistência ou carência de ações educativas de promoção da saúde e prevenção da patologia estudada.

“Na verdade, é só higiene bucal, é só escovação de dente. O resto, assim, é orientar: ‘ó’ se apareceu alguma lesão você tem que procurar o dentista. Essa é uma coisa que eu não faço rotineiramente. Assim, eu esqueço de falar. Eu não falo” (P1).

“Promoção de saúde e prevenção, não. Desconheço qualquer atitude que tenha promoção, nem pra saúde bucal, não precisa nem ir complexo ‘pro’ câncer, muito menos ‘pro’ câncer, ‘né’? Eu desconheço qualquer ação que tenha, eu vejo aqui, na unidade da saúde, o curativo, o tratamento, ‘né’” (P2).

“Prevenção assim, é meio difícil de se falar em prevenção, sabia? Porque uma coisa assim, que não é tão divulgada e eu acho que prevenção teria que ser sempre que a pessoa vem aqui e você está fazendo o exame, fazendo. Então isso aí foge muito do calendário de atendimento” (P3).

“Esses tipos de orientação ‘é’ muito raro. Nunca vi nem SUS nem particular nenhuma área dessas dar essas orientações pra paciente. Eu também como sou paciente, também nunca tive esse tipo de orientação” (U7).

“Falaram sobre se cuidar mais, ‘né’, procurar não chegar nesse nível de estragar os dentes, essas coisas, ‘né’” (U12).

“[...] eu acho que sei mais o geral, mas eu acho que eu nunca fui recomendada, assim, por nenhum profissional sobre, contra o CA de boca” (P16).

Falkenberg *et al.* (2014, p. 848) apontam os fatores para esta inexistência ou carência de ações educativas na unidade de saúde:

As práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, mas muitas vezes estão relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão.

Barros, Casotti e Gouvêa (2017) reiteram essa afirmação ao fazer referência de que, apesar da lógica de atuação na ESF propor um novo olhar sobre o trabalho marcado pela clínica ampliada, permanece a cobrança pela execução de número de procedimentos, o que sobrecarrega a agenda com os atendimentos clínicos mais comuns e dificulta o trabalho educativo com base nos fatores de risco.

E demonstrados no depoimento desse participante de pesquisa:

“Organização de agenda de planejamento, acho que é um ponto muito importante de separar, a gente acaba sendo engolido pelo sistema, ‘né’. Existe um modelo hierárquico de distribuição de função pra gente e a gente é engolido por aquilo e não consegue, muitas vezes, planejar essas ações, pra parar pra planejar essas ações. Acho que elas não acontecem mais por uma falta de conhecimento da importância delas por parte da gestão e assim, porque esse conhecimento dessas ações, elas não têm impacto, ‘né’? Não tem impacto rápido, não é um impacto que você mede a curto prazo” (P2).

No que concerne à detecção das lesões de natureza maligna, estas são muitas vezes descobertas em duas situações bastante comuns: a primeira, quando o usuário busca tratamento para determinado agravo à saúde bucal e, indiretamente, ao exame clínico bucal, o odontólogo encontra a lesão; a segunda ocorre quando a lesão já

apresenta graves prejuízos à saúde bucal, dificultando a higienização, a alimentação ou a fala.

Diante do exposto, a implementação de ações educativas em saúde favoreceria a prevenção e/ou melhor prognóstico da doença. Assim, possibilitar o acesso ao conhecimento é uma forma de encorajar a autonomia das pessoas, a corresponsabilidade com a própria saúde e da coletividade (CAVALCANTE FILHO; DE OLIVEIRA, 2021).

Ressalta-se ainda que, o fornecimento de informações para os pacientes não é o bastante para mudanças comportamentais ou em seu estado de saúde, havendo a necessidade de um processo de “alfabetização em saúde”, em que os pacientes possam acessar as informações, compreender, avaliar e aplicar (MARTINS *et al.*, 2015).

O termo “*health literacy*” surgiu nos Estados Unidos e tem sido traduzido para o português do Brasil de diferentes formas, dentre elas: “alfabetização em saúde” (OLIVEIRA *et al.*, 2015), “letramento em saúde” (SANTOS *et al.*, 2012), “letramento funcional em saúde” (PASSAMAI *et al.*, 2012) e “literacia em saúde” (LOUREIRO *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2012).

O letramento em saúde (LS) está diretamente relacionado à promoção da saúde e prevenção de agravos, e estudos internacionais têm evidenciado que, quando insuficiente, o LS colabora para o uso inadequado dos serviços e proporciona resultados ruins na saúde. Está associado ainda a altas taxas de hospitalização, a efeitos adversos na transição do cuidado, ao aumento da prevalência de doenças crônicas, ao menor uso de métodos preventivos e à menor adesão a tratamentos (KICKBUSCH *et al.*, 2013).

Entre as definições mais divulgadas do LS está a da OMS, que refere como sendo as “habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e utilizar a informação de maneira a promover e manter uma boa saúde” (NUTBEAM; KICKBUSCH, 1998, p. 357).

Segundo Coleman *et al.* (2011) tem relação com o uso de habilidades que melhoram a competência das pessoas de agir, com informações que propiciam vidas mais saudáveis.

Os princípios do LS colaboram com a promoção da saúde e com os cuidados preventivos, além de serem grandes aliados na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes (KICKBUSCH *et al.*, 2013; SAMPAIO *et al.*, 2015). Mesmo estando relacionados, o letramento e a comunicação em saúde são distintos. Enquanto o LS é o uso de habilidades, a comunicação é o processo de troca de informações (COLEMAN, 2011).

Desse modo, considerar o LS como ferramenta no cuidar permite que profissionais de saúde identifiquem as limitações dos usuários na compreensão das informações e no acesso aos serviços, e conseqüentemente adequem o modo de comunicar essas informações, viabilizando melhores desfechos na assistência (TORONTO; WEATHERFORD, 2015).

“Eu acho uma maneira, ter uma maneira mais fácil de explicar aos pacientes porque está acontecendo aquilo, ‘né’” (U1).

Em um outro relato, o entrevistado expôs a necessidade do letramento em saúde para os profissionais:

“Ah, tem que fazer as palestras, orientar os profissionais, ‘né’, na ponta de linha lá, preparar para detectar o problema já no início. Mas isso nunca existiu, nunca teve. [...] Porque quando a pessoa é ‘orientado’ pra determinada coisa, ele já está de olho aberto, ‘tá’ na consciência dele que aquilo tem que ser investigado ali. Se não está na alçada de resolver, mas ele já tem uma referência pra estar encaminhando (U3).

A maior parte dos estudos sobre letramento tem se dedicado a aspectos relacionados aos pacientes, dando menor ênfase às habilidades e competências dos profissionais para atender às distintas condições de LS das pessoas, subestimando seu papel (COLEMAN, 2011).

Destarte, além da compreensão limitada acerca da importância do tema em sua prática profissional e pessoal, os profissionais de saúde não conseguem atender pessoas com LS inadequado, nem percebem os comportamentos de risco em saúde

a que estas pessoas estão expostas, tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes, resultantes da limitação do LS no contexto do ambiente de saúde e na transição do cuidado para o domicílio (COLEMAN, 2016).

“Eu acho que falta um pouco de informação entre os próprios profissionais, de trocar essas informações. A gente trabalha numa UBS, temos agente de saúde, temos médicos, técnicos e eles excluem um pouco a parte da odontológica. Só vem quando ‘tá’ com dor. Isso é um problema. Eu acho que seria interessante sempre primeiro preparar o pessoal pra depois começar fazer alguma coisa pra preparar a população” (U13).

Logo, se o profissional de saúde apresenta dificuldades na compreensão de informações relacionadas ao seu próprio cuidado em saúde, o LS inadequado pode interferir no seu fazer assistencial, podendo influenciar nas condutas, na comunicação com os usuários, na segurança no ambiente de saúde, na prática profissional e na qualidade da assistência prestada (SAMPAIO *et al.*, 2015).

É importante salientar que o LS não se restringe à escolaridade do indivíduo, já que uma pessoa pode ter um bom nível de instrução formal e ainda assim não compreender as orientações médicas em relação à doença. O LS é associado ao grau de instrução do indivíduo, mas não é dependente (SAMPAIO *et al.*, 2015).

Portanto, diante da constatação da falta de compreensão das informações de saúde repassadas aos usuários, os profissionais de saúde devem considerar que estes não têm obrigação de compreender, e sim, quem atende é que deve explicar e garantir a compreensão (TORONTO; WEATHERFORD, 2015).

“Você mandar o paciente trazer todas as caixinhas do remédio: Mas o senhor toma sozinho? Tomo. Então como é que o senhor toma? Esse eu tomo tal hora, esse eu tomo tal hora, não adianta a filha falar pra mim: Não, ele toma direito, não eu compro tudo pra ele. Paciente não toma. Ele toma do jeito que ele entendeu. E se a gente não ensinar, ensina uma vez, duas vezes, três vezes, ele aprende” (P1).

Em estudos, Cafiero (2013), Coleman *et al.* (2013) e Saunders *et al.* (2019) apontam que no atendimento às pessoas, aos profissionais de saúde faltam conhecimento e habilidades necessárias à comunicação efetiva, de validação se o conteúdo da informação foi compreendido.

“[...] porque hoje em dia a gente não se depara com muitos médicos que olham na sua cara, que conversam com você direito. Uns nem olham pra você, só notam, só fazem as anotações e entregam o papel e mandam você embora” (U15).

A ausência desse envolvimento pode criar barreiras para comunicação com os pacientes. Talvez isso ocorra porque exista lacuna na formação dos profissionais de saúde sobre a importância do uso dos princípios do LS na prática profissional (TORONTO; WEATHERFORD, 2015; LAMBERT *et al.*, 2014).

Quem interage com pacientes, suas famílias e comunidades por meio da comunicação oral ou escrita, deve possuir competência básica nos princípios de LS, sendo os profissionais de saúde facilitadores do LS ao exporem informações de maneira que propiciem a compreensão e que as pessoas sejam capazes de agir em saúde (COLEMAN, 2011).

O conhecimento do tema por profissionais de saúde tem o potencial de ampliar o entendimento das instruções pelo paciente, permitindo-lhe melhor manejo da sua saúde, com notáveis benefícios individuais e sociais (CHEHUEN NETO *et al.*, 2019).

Dessa forma, espera-se que os profissionais com conhecimento adequado sobre o tema sejam capazes de repassá-los a seus pacientes e, conseqüentemente, propiciem a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca durante as práticas profissionais.

De igual importância, identificamos também, a problemática do LS dos usuários.

O conhecimento do nível de LS da população é uma informação de extrema importância para garantir a promoção da saúde.

O LS insatisfatório afeta a comunicação profissional-paciente, dificultando a tomada de decisão compartilhada, que é determinante da satisfação, da adesão e,

consequentemente, dos resultados alcançados com a abordagem/tratamento de um problema relacionado à saúde (SANTOS *et al.*, 2012).

Os profissionais de saúde, desconhecendo o grau de LS dos seus pacientes, por vezes, utilizam uma linguagem especializada, fornecem informações insuficientes e não se certificam se foram assimiladas (PASSAMAI *et al.*, 2012).

Em termos práticos, indivíduos com letramento satisfatório tendem a apresentar melhores condições de saúde, uma vez que teriam maior noção da importância de medidas preventivas ou maior facilidade para entender instruções sobre medicação (PASSAMAI *et al.* 2012).

É importante reiterar que as pessoas com baixo nível de LS são aquelas que menos acessam um serviço de saúde ou o acessam apenas em caso de emergência (BATTERHAM *et al.*, 2016).

A relevância da avaliação do LS se evidencia de modo especial entre portadores de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) (SANTOS *et al.*, 2012), entre elas, o câncer.

Considerando os cuidados permanentes necessários nesse grupo, como acompanhamento médico, prescrições farmacológicas e não farmacológicas (dieta e exercícios físicos, por exemplo), estes pacientes necessitam de seguimento adequado às orientações em saúde para o correto autocuidado, uma vez que a incompreensão das informações de saúde pode interferir nos desfechos clínicos (SANTOS *et al.* 2012).

Sabe-se que, a qualidade da atenção à saúde e o sucesso do seu manejo pelo paciente passam pelo seu nível de entendimento da doença (PASSAMAI *et al.*, 2012). Peterson *et al.* (2011), em seu estudo, sugeriram que o baixo LS impossibilita a aquisição e apreensão de informações em saúde, fundamentais para plena compreensão da doença por seus portadores.

Segundo outros autores, essa dificuldade de compreensão das instruções de saúde nos detentores de LS insatisfatório parece conduzir a uma ausência de autoconfiança na habilidade de praticar o autocuidado, sendo mais um fator que prejudica a adesão ao tratamento (CHEN *et al.*, 2011).

Outro entrave para os pacientes com baixo LS é a habilidade de comunicação. Esses pacientes frequentemente são relutantes para esclarecer suas dúvidas, expor

preocupações e participar da decisão do tratamento clínico a ser adotado (OZDEMIR *et al.*, 2010).

Assim, ao analisar a população de estudo, concluímos que, os profissionais de saúde, além da compreensão limitada acerca da importância do LS em sua prática profissional e pessoal, não conseguem atender pessoas com LS inadequado e nem percebem os comportamentos de risco em saúde a que essas pessoas estão expostas (LAMBERT *et al.*, 2014; COLEMAN *et al.*, 2016).

Ao considerar que o LS se aplica aos indivíduos e sistemas de saúde, todos precisam ter as mesmas habilidades e competências necessárias para encontrar e usar informações, seja como usuário, seja como profissional ou sistema de saúde (COLEMAN, 2011).

Segundo esse mesmo autor (2010), melhorar o LS, qualquer que seja o contexto, pode contribuir para escolhas esclarecidas de todos; navegação adequada no sistema de saúde; menos iniquidades em saúde; maior prevenção e bem-estar; segurança e menores riscos à saúde; atendimento qualificado e melhor qualidade de vida.

Evidenciamos, portanto, ser de fundamental importância que os profissionais de saúde atuantes no SUS possuam conhecimento acerca do LS e suas implicações para a saúde com a finalidade de contribuir para a prestação de uma assistência à saúde mais humanizada e formação de uma população letrada em saúde.

E para tanto, faz-se necessário fornecer acesso a informações e desenvolver relações dialógicas que construam processos comunicativos mais robustos entre profissionais de saúde e usuários para favorecer as habilidades de LS, visto que o diálogo como meio de estabelecer a colaboração e corresponsabilidade entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde constitui o cerne do trabalho da AP (GUERRERO *et al.*, 2013).

Nesse contexto, o cirurgião-dentista apresenta papel fundamental na detecção precoce da neoplasia bucal, uma vez que deve constantemente promover momentos de orientação com os usuários do serviço de saúde, realizar visitas domiciliares e rotinas de rastreamento dessa patologia, além de visitas às escolas e instituições de longa permanência (LE CAMPION *et al.*, 2016).

Ressalta-se que, o trabalho interprofissional também configura uma ferramenta de detecção precoce, já que a boca é um sítio anatômico de fácil acesso para o

exame, permitindo que cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros possam identificar alterações suspeitas (LE CAMPION *et al.*, 2016), além de esclarecer a população acerca do que é o câncer de boca, os sinais e sintomas que podem ser identificados e os fatores de risco associados à doença, modificáveis e não modificáveis (AWAN *et al.*, 2014).

No que se refere ao envolvimento multiprofissional visando ao cuidado integrado na abordagem do câncer de boca, estudos revelam que é importante a participação daqueles que atuam na APS, além do dentista, como médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de Enfermagem e de saúde bucal e ACS, o que potencializa a capacidade de prevenir ou diagnosticar lesões precocemente (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012; BAYKUL *et al.*, 2010).

Segundo Barros, Casotti e Gouvêa (2017, p. 4278), esse envolvimento multiprofissional poderia ocorrer de diversas formas, tais como:

na identificação de exposição a fatores de risco e encaminhamento para ações coletivas; no exame cuidadoso da cavidade bucal em consultas médicas e de Enfermagem; na escuta qualificada de queixas sugestivas, como dificuldade para engolir e mastigar; na instalação de sistemática de interconsulta com o cirurgião dentista, visando a avaliar queixas ou lesões observadas; na inclusão de informações em ações de educação em saúde com grupos específicos, como o de tabagismo; na inclusão de informações específicas nas visitas domiciliares ou na busca ativa de pacientes com lesões suspeitas ou confirmadas.

Nota-se por meio dos relatos, a importância do trabalho do ACS que envolve contato permanente e vínculo com os indivíduos e famílias.

“[...] ‘pros’ agentes comunitários de saúde são excelentes propagadores de informação. Pra eles pra esse conhecimento chegar na casa, chegar de uma forma igualitária” (P2).

“Aí depois, o médico passa ‘pro’ seu enfermeiro e seus agentes comunitários. Aí esse agente comunitário vai passar pelos seus grupos na sua comunidade com outra linguagem” (P9).

“Então talvez a critério de informação, exemplos, agentes comunitários de saúde quando escutarem o paciente falar que ‘tá’ com uma lesão de boca e tudo mais, procurar o dentista da

unidade, agendar uma consulta, e tentar fazer um fluxo disso pra não deixar com que aquele paciente fique sem uma avaliação” (P12).

As visitas domiciliares oportunizam o esclarecimento aos moradores sobre o serviço de saúde e sobre os principais problemas identificados no território, mas, principalmente, garantem escuta e acolhimento às questões referidas pelos usuários, inclusive as bucais, para posterior discussão com o restante da equipe (DE HOLANDA; BARBOSA; BRITO, 2009).

De uma maneira geral, pressupõe-se que todos os cirurgiões-dentistas, independentemente de sua inserção na rede pública, deveriam possuir sólidos conhecimentos acerca dos fatores de risco e diagnóstico precoce de câncer de boca/orofaringe, além de articular seus conhecimentos na prática clínica (BARROS *et al.*, 2021).

Segundo Andrade, Soares e Chaves (2014) apenas 13% dos cirurgiões-dentistas abordados em seu estudo receberam treinamento sobre câncer de boca na graduação, permanecendo um conhecimento insatisfatório, sinalizando a necessidade de Educação Continuada com o objetivo de treinar esses profissionais para o diagnóstico precoce dessa neoplasia bucal.

Possivelmente, a priorização de ações relacionadas à cárie dentária, ainda central na formação do cirurgião-dentista e priorizada no atendimento odontológico na AP, ocupa a maior parte do seu tempo de trabalho, levando a desconsiderar o papel de protagonista de ações deste profissional, além dessa patologia (DOS SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010).

Segundo Wade *et al.* (2010), esta condição seria uma das principais iniciativas que permite a esse profissional atuar decisivamente como principal prestador de cuidados de saúde para o diagnóstico precoce do câncer de boca.

A AP, como porta de entrada de todo o sistema de atenção em saúde, aparece como espaço privilegiado das ações de controle dos fatores de risco, diagnóstico precoce e atenção em saúde do paciente oncológico (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012).

E, é nesse cenário, que dispomos da Educação em Saúde e do LS como ferramentas essenciais para que as pessoas desenvolvam competências para

debaterem sobre sua saúde e, por meio do autocuidado, melhorá-la no seu dia-a-dia (CARVALHO, 2002).

A Educação em Saúde é um instrumento que permite a formação do conhecimento de forma a subsidiar, encorajar e estimular o indivíduo a assumir responsabilidade sobre sua própria saúde através da adoção de hábitos saudáveis (ALVES, 2005; SANTOS *et al.*, 2012).

As práticas educativas em saúde, em uma perspectiva dialógica e emancipatória, propiciam a autonomia do indivíduo no que diz respeito à condição de autor da sua própria trajetória de saúde e doença, visto que permitem conhecer e prevenir os fatores de risco e vulnerabilidade à saúde, atuando na promoção da saúde. Nesse sentido, ao desenvolver a autonomia, o indivíduo assume a responsabilidade sobre decisões relacionadas à sua saúde e pode incorporar ações para o autocuidado (LOPES; DOS ANJOS; PINHEIRO, 2009; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2021).

Este modelo dialógico de Educação em Saúde visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém, não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim, pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde e da sua capacidade de tomar decisões (ALVES, 2005; FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

A Educação Popular em Saúde é estimulada pelo MS por meio da Portaria nº 2.761 de 2013, que institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) no âmbito do SUS.

Esta portaria sugere uma prática pedagógica que incentive o diálogo entre os saberes populares e o saber técnico, de forma a valorizar e incentivar a produção do conhecimento de forma individual e coletiva. O objetivo desta estratégia é capacitar a população para enfrentar suas fragilidades no âmbito da saúde de forma que o conhecimento seja adaptado e construído dentro de cada realidade existente (BRASIL, 2013).

Para tanto, os profissionais de saúde devem estar atentos para identificar oportunidades de educação em saúde e, conjuntamente com as famílias, reconhecendo seu contexto socioeconômico e cultural, aperfeiçoar e/ou adaptar o seu saber científico, por meio da valorização do saber desses sujeitos (REMOR *et al.*, 2009).

Como já descrito anteriormente, no cenário desta pesquisa, poucas são as atividades educativas inseridas no cotidiano das práticas profissionais, demonstrando a vigência de traços do modelo de assistência à saúde pautado na doença, uma vez que não há utilização da Educação em Saúde como ferramenta para reconhecer potencialidades e reforçar a capacidade dos indivíduos no desempenho de ações de autocuidado:

“[...] eu acho que o paciente em si, ele não se, como que se fala, ele não se atenta que aquilo ali é uma doença séria.” (P3).

“Eu acredito assim que, porque não tem uma cultura, uma educação de informação, que a boca, o cuidado com os dentes pode ficar assim, quando eu ‘tô’ com dor eu preciso de um dentista, somente ‘né’. Acho que a gente não tem uma ideia de prevenção assim muito boa” (P8).

“O pessoal só procura quando já não consegue, por exemplo, comer, dói, alguma coisa que está doendo. Quando é assim pequeno, coisinha leve, ninguém vem procurar” (U4).

“Ah, eu acho que porque muita gente hoje não tem muita preocupação, em saúde. Só vai tipo no médico quando realmente tem algum sintoma acontecendo e às vezes tem alguma coisa silenciosa acontecendo no corpo, e a pessoa não liga, só vai quando tem algum sintoma muito forte mesmo” (U16).

Historicamente, o cuidado da saúde fazia parte do cuidado que as pessoas tinham do cuidar de si, da sua família e da sua comunidade. Indivíduos tomam essa conscientização de que precisam desenvolver o seu próprio processo de cuidado para que gerem saúde para si (BRASIL, 2014).

Portanto, quando os indivíduos tomam essa conscientização de autocuidado, tudo o que concerne ao tratamento imposto torna-se não uma mera obrigação a ser cumprida, mas, zelo diante de sua própria vida (DONABEDIAN, 1988).

Compreendemos, então, que os profissionais de saúde são sujeitos importantes nos processos de mudança do sistema quando se tornam atores sociais com vontade de transformação e responsabilizados com a vida do outro e, são capazes de provocar mudanças nos espaços micropolíticos de atuação (SAKATA *et al.*, 2007).

Para que o cirurgião-dentista esteja apto a realizar atividades educativas e preventivas na AP, é necessário que a equipe da qual faça parte esteja capacitada, de modo que possuam o conhecimento adequado. Tal conhecimento deve ser adquirido durante a graduação do profissional e através da Educação Continuada/Educação Permanente (BRITO *et al.*, 2020).

Os profissionais de saúde, quando questionados a respeito do conteúdo a ser abordado na EPS, expuseram o desejo de preencher lacunas em sua formação profissional sobre o câncer de boca, a forma de prevenção e a detecção precoce de lesões potencialmente malignas:

“Eu acho que assim, tinha que educar, a gente tinha que ouvir palestras de você falando desde o básico: Olha, tem que escovar dente, na hora da consulta tem que olhar a boca, tem que ‘fazer assim, assado’, é, mostrar imagem de lesões que a gente tem que pensar [...] Então, mas pra você fazer precoce, você tem que treinar os nossos olhos. Você tem que treinar os nossos olhos e os nossos ouvidos. Se você treinar os nossos olhos e os nossos ouvidos, a gente vai pensar mais rápido” (P1).

“Eu acho que primeiro ter esta troca de informação para saber o que é o câncer de boca, quais são os fatores de risco pra ele, como é a partir disso que é possível se prevenir o tumor, os tumores da boca” (P9).

“A importância do câncer bucal, que ele existe, acho que tem que ser desde a primeira informação, então tudo sobre câncer bucal. Existe o câncer bucal, da onde ele vem, por que ele

acontece, qual o perigo, tudo, desde o que é a doença até como prevenir porque eu acredito que aqui ninguém saiba, não” (P10). “[...] às vezes pelos profissionais que atuam na área, eu falo por mim mesma, às vezes na minha graduação a gente viu muito pouco sobre Oncologia, ‘né’, que eu acredito que os profissionais têm que buscar cursos fora pra conseguir complementar” (P14).

Esses relatos reforçam a necessidade urgente de EP no âmbito dessa unidade básica de saúde, com a finalidade de proporcionar atualização do conhecimento após a formação profissional.

Portanto, estratégias de formação e Educação Permanente são essenciais para o sucesso de intervenções direcionadas à qualificação da prática profissional, podendo assim, desenvolver as atribuições profissionais, melhorando o escopo e a abrangência da prestação de cuidados (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Vale destacar que, para promover a educação em saúde, também é necessário que ocorra a educação voltada para os profissionais de saúde, e se fala, então, em educação na saúde (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Apesar da inspeção bucal fazer parte da prática profissional de alguns respondentes, algumas falas apontam a não realização desse procedimento no cotidiano das práticas:

“[...] por mais que a gente tenha tido essa educação na faculdade, durante a prática vira uma coisa assim, se não reclamar não vai, se não reclamar eu não olho, se não reclamar eu não faço. [...] Mas eu já vi assim, ninguém mandar abrir a boca se não tiver queixa” (P1).

“Então, tem muita gente com lesões que estão passando em avaliação médica sem observação. E alguns profissionais da saúde não têm o hábito de, mesmo da saúde básica, de olhar a boca a não ser que tenha uma queixa” (P9).

“[...] e o que a gente não costuma fazer é visualizar a cavidade oral, ‘né’, que isso é de extrema importância” (P10).

Procedimento este que está sendo evitado por alguns profissionais de saúde na pandemia de Covid-19:

“[...] e pra nós, profissionais da saúde, começar a ter o hábito sistemático de investigar de olhar a boca, o que agora nesse momento de Covid-19 está muito mais agravado porque às vezes a gente não quer a boca, ‘né’, a não ser que tenha uma clínica muito específica, mas enquanto a gente não descarta se é Covid ou não, às vezes o profissional da saúde não olha a boca do paciente” (P9).

No entanto, os profissionais que a realizam durante suas práticas, reconhecem a sua importância na detecção precoce de lesões bucais suspeitas:

“Então acho que foi mais a prática de treinamento e prática de rotina de avaliação diária de boca que eu fui aprendendo um pouco mais a encontrar ou a perceber lesões que às vezes são tumorais, ‘né’, na boca. [...] Quando a gente olha como sistematicamente a gente encontra aquela lesão que nem o paciente viu ainda. Então, eu acho que olhar, examinar, fazer o exame semiológico da boca por rotina é talvez uma, além da informação, de curso, de investigação, de ouvir o paciente, de prestar atenção na história, estimular que ele diminua as possibilidades de ter lesões de boca, ‘né’. É de olhar mesmo, de examinar” (P9).

O exame físico meticuloso da cavidade bucal propicia o reconhecimento de lesões precursoras desta patologia, embora exames complementares sejam necessários, como a biópsia, para conclusão diagnóstica. No Brasil, o índice de identificação de lesões malignas iniciais na boca é muito baixo, equivalendo a menos de 10% dos casos diagnosticados (VOLKWEIS *et al.*, 2014).

Isso confirma o estudo de Cartaxo (2017) que afirma ser a realização do autoexame da boca uma das principais formas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca.

Alguns profissionais de saúde apontaram a importância do autoexame como forma de autocuidado e abordagem preventiva em relação à doença:

“Assim quem usa prótese vai tirar, vai lavar, vai higienizar, mas prestar atenção na boca porque às vezes o que eu percebo que a lesão o paciente só vai perceber muito depois. Então pra ter o hábito de olhar pra boca no espelho, pra ver se está tudo direitinho, de não só escovar, de olhar a boca, ‘né’” (P9).

“Então eu acho que o autoexame também é muito importante. qualquer coisa que apareça na sua boca, qualquer coisa que aparecer de diferente, que não estava ali tem que ser visto. E muitas vezes não é dada a devida importância pro que aparece: Ah é só uma bolinha. Ah é só uma ‘aftazinha’, já vai passar. E às vezes não é. ‘Né’. Uma coisa que pode até passar, mas que depois vai voltar pior” (P11).

“[...] primeiro entender assim, o que é o câncer de boca, ‘né’, depois como ser feito o auto exame, ‘né’, pra explicar pro paciente, ‘né’, um pouquinho da etiologia, o que que causa, pra gente talvez promover junto às ESF algumas atividades preventivas” (P14).

A importância do autoexame reside na possibilidade de o próprio usuário identificar alterações em sua cavidade bucal e procurar o serviço de saúde para avaliações. No caso de confirmação da neoplasia bucal, iniciar o tratamento com a possibilidade de chances de cura.

No entanto, destaca-se a necessidade de que sejam dadas orientações de qualidade, capazes de estimular o desejo do autocuidado. A literatura tem evidenciado que ações educativas para a saúde bucal aumenta o nível de conhecimento das

peças, assim, como a adesão para as práticas de autocuidado em saúde bucal, melhorando as condições de saúde (HERTRAMPF *et al.*, 2013).

Torres, Sbegue e Costa (2016) apontam que essas neoplasias bucais podem ser prevenidas por meio de ações que facilitem a identificação dos principais fatores de risco e pela realização de práticas que busquem o diagnóstico precoce de lesões suspeitas, possibilitando maiores chances de cura e aumento da sobrevivência dos pacientes.

No entanto, é essencial considerar a história natural do câncer de boca que resulta do acúmulo de mutações genéticas ao longo da vida, o que significa que demora muitos anos para se desenvolverem, mesmo em casos de exposição maciça a fatores de risco (CONWAY *et al.*, 2008).

Evidências mostraram que, embora o consumo de álcool e tabaco sejam os principais fatores de risco para essa doença, o papel desempenhado por outros fatores como desvantagem socioeconômica, genética, saúde bucal e papilomavírus humano (este último apenas para o câncer orofaríngeo) tornou-se mais evidente (SCHUTTE *et al.*, 2020).

Em relação ao conhecimento dos fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer de boca, houve uma ampla variação de respostas. A maior parte relatou como fator de risco o tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas. Houve também relatos apontando a falta de higiene e cuidados bucais, uso de remédios, predisposição genética e traumas:

“O cigarro, o álcool, você ficar, você está com uma afta ali e você sempre está ‘machucando ela’ ou batendo a escova. Então, são as medidas que você tem que prevenir” (P3).

“[...] eu acho que a principal medida preventiva do tumor do câncer de boca seria os programas voltados a paciente não fumar, ‘né’, a essa eliminação do fumo seria o principal fator que a gente consegue trabalhar. [...] De prevenção, bom, o uso do álcool em conjunto com o fumo também, ‘né’, pro paciente que fuma é uma questão que a gente tem que tentar trabalhar [...]” (P12).

“A gente sabe o genérico assim. Não fumar, não beber, não exagerar nisso, manter a higiene bucal sempre, mas assim profundo mesmo” (U4).

“É evitar o cigarro, uma boa higienização da boca e uma boa alimentação” (U14).

Corroborando com isso, Bandeira *et al.* (2017) consideram que estudos na literatura mostram que a demora no diagnóstico e tratamento dos pacientes com câncer de boca poderia ser minimizado, fornecendo informação para a população, particularmente sobre os fatores de risco, melhorando o treinamento e reciclagem de médicos e cirurgiões-dentistas, por melhorar o acesso desses pacientes ao sistema de saúde.

Dada a importância da APS para a modificação de hábitos deletérios à saúde (PETERSEN, 2009), observamos a necessidade de melhorias de condutas dos profissionais, uma vez que descuidos na consulta inicial e nos atendimentos de rotina podem levar a diagnósticos tardios, causando prejuízos à saúde e à qualidade de vida dos pacientes.

Nesse contexto, é importante ressaltar que a prevenção dos principais fatores de risco combinada com a detecção precoce são os meios mais eficazes para melhorar a sobrevida e reduzir as taxas de morbidade e mortalidade associadas à doença.

Corroborando com a premissa sobre a importância da AP, Teixeira *et al.* (2014, p. 54) afirmam que

A APS é, sem dúvida, um *locus* privilegiado para o desenvolvimento das práticas/ações de promoção a saúde, quer aquelas voltadas para os fatores de risco ou para ações que compreendem empoderamento, participação social, busca pela equidade, informação qualificada, comunicação e educação em saúde e fortalecimento da intersetorialidade, de maneira a ampliar o cuidado e a efetividade de suas estratégias e ações.

Os usuários, ao serem questionados sobre as formas de abordagem para o tema **Promoção da saúde e prevenção do câncer de boca**, apresentaram uma diversidade de contribuições. Dentre elas, o acesso às informações durante as consultas foi uma das mais citadas:

“Sobre as consultas, médico ou quem está atendendo tentar explicar pra aquelas pessoas aquela situação, entendeu? Que nem, às vezes, a gente vem aqui, estamos conversando sobre os tratamentos. Isso é importante” (U1).

“Acho que orientando nas consultas um pouco mais os pacientes porque nem todo mundo tem conhecimento, tem entendimento que possa ter um CA de boca, ‘né’” (U7).

“[...] pra pacientes mesmo sempre abordar durante as consultas, independente do que o paciente ‘tá’ passando sempre abordar isso” (U16).

Bulgareli *et al.* (2013) identificaram várias estratégias de educação usadas para reduzir a incidência do câncer de boca.

Como, melhorar a divulgação da campanha na mídia (jornal, rádio, tv).

“Eles falam muito da mama, mas não existe só a mama. Tem a próstata também. Tem o buco, tem a garganta, tem tudo. Por que só a mama? A gente ‘ta’ vendo gente morrer aí com problema. Já vi tanta coisa acontecer aqui na parte da Odonto também de paciente que eu vi sofrer” (U10).

“[...] pra você ver, ‘né’, é, eu falar até, ...falar da campanha, mas já tinha campanha quando ela teve, então deve estar mal aplicado, mal programado, mal organizado, não ‘tá chegando, ‘né’, onde tem que chegar, ‘né’. Acho que tem que ser um assunto mais, um assunto mais, mais, mais falado? Mais, mais popular. (Mais divulgado) Isso. Mais ativo também” (U16).

Conscientizar a população através de distribuição de cartazes e panfletos explicativos na unidade, supermercados, farmácias, padarias, reunião de comunidade.

“Ah, divulgar mais, ‘né’, cartazes, essas coisas ‘é’ bom também, ‘né’, um tipo livrinho pra explicação, ‘né’, tipo uma cartilha” (U12).

Orientações dos ACS.

“Eles têm que informar na hora da consulta, fazer uma consulta geral, englobar vários profissionais, desde o ACS, que é o que tem contato direto com o profissional e com a família para saber a situação, quem fuma, quem não fuma, nutricional, até o último que seria o médico, o último a dar a palavra pra fechar o ciclo” (U4).

Sensibilizar todos os membros da equipe quanto à importância da prevenção do câncer de boca.

“Ah, tem que fazer as palestras, orientar os profissionais, ‘né’, na ponta de linha lá, preparar para detectar o problema já no início” (U3).

“Eu acho que falta um pouco de informação entre os próprios profissionais, de trocar essas informações. A gente trabalha numa UBS, temos agente de saúde, temos médicos, técnicos e eles excluem um pouco a parte da odontológica. Só vem quando ‘tá’ com dor. Isso é um problema. Eu acho que seria interessante sempre primeiro preparar o pessoal pra depois começar fazer alguma coisa pra preparar a população” (U13).

“Cada profissional, quer seja público ou privado, devia ter essa consciência, ‘né’, de um dia abordar essa situação, seu cliente, ‘né’, ou até mesmo nos hospitais, ‘né’, os hospitais, nas UPA, nos postos de saúde, fazerem essa conscientização” (U18).

Mudar a abordagem do câncer, pois é uma palavra impactante.

“Então, às vezes, como ele é assim, eu tenho pouco conhecimento da doença, mas a gente já sabe, já cresce com aquela palavrinha câncer, ‘né’, essa palavrinha que sempre amedronta todo mundo, dá aquele medo na pessoa” (U9).

Trabalhar com grupos educativos.

“Eu acho que se num grupo ‘seria’ bom, ‘né’. Um grupo, a pessoa conversando sobre isso, contando o que ‘tá’ acontecendo. Eu acho que seria assim, na minha opinião, ‘né’” (U2).

“Quando a gente chegava e falava, eles parecem que não ‘dava’ muito ouvido, mas quando a gente fazia um grupo de conversa com alguma coisinha, oferecendo alguma coisinha no final (risos), aí funcionava bem, sabia? Funcionava bem” (U6).

“Conversa, eu acho mais, eu entendo melhor assim. Que aí conversando a gente vê, ‘né’, que a gente aprende e aproveita tudo um pouquinho, ‘né’[...]” (U11).

Além de, estabelecer parcerias com instituições (igreja, centros comunitários, grupos de idosos, Associação de Combate ao Câncer); trocas de experiências considerando suas histórias de vida, entre outros (BULGARELI *et al.*, 2013).

Voltando o olhar para o cenário atual, é possível percebermos, então, que há necessidade de complementação do atual modelo de atenção assistencialista, centrado na doença, especializado e hospitalar, por um modelo integral, que priorize a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

Para isso, faz-se necessário a utilização da educação em saúde de forma participativa e dialógica, enfatizando a educação popular em saúde, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico; e da educação na saúde, enfatizando a EPS, de maneira a buscar nas

lacunas de conhecimento dos profissionais, ações direcionadas a qualificação dos processos de trabalho em saúde considerando as especificidades locais e as necessidades do trabalho real (FALKENBERG *et al.*, 2014).

5.4 Categoria temática IV: Organização do trabalho em saúde na AP, à luz da percepção dos profissionais de saúde e usuários

Como última categoria analisada, “**Organização do trabalho em saúde na AP, à luz da percepção dos profissionais de saúde e usuários**”, verificamos os nós críticos no processo de trabalho encontrados nessa unidade a partir dos relatos dos colaboradores.

O diagnóstico oportuno e o tratamento adequado para o câncer de boca, entre outros fatores, estão associados à organização e qualidade dos serviços.

Nesse sentido, o Brasil experimentou um aumento no acesso da população à saúde bucal após a criação do SUS (PERES *et al.*, 2012; VIACAVA *et al.*, 2018). E por meio da criação da PNSB em 2004, consolidou a APS e incorporou a atenção odontológica em três níveis de atenção à saúde.

Assim, a partir do conceito de trabalho multiprofissional, a ESB deve reconhecer as vulnerabilidades locais e as possibilidades de parcerias intersetoriais para o alcance do cuidado integral e de um trabalho baseado nos princípios e valores da promoção da saúde (BRASIL, 2004; MATTOS *et al.*, 2014).

No que se refere a atenção à saúde bucal no SUS, a APS é representada prioritariamente pelas ESB da ESF (NEVES *et al.*, 2017). Os achados de Vargas *et al.* (2021) indicaram a importância da AP para a saúde bucal e seus atributos, como a responsabilidade pela saúde da população, formação de vínculo, trabalho com grupos prioritários e em rede de atenção à saúde (PUCCA *et al.*, 2015; ROCHA *et al.*, 2017).

Essas características favorecem as ações preventivas sobre os fatores de risco. Além disso, a ampliação do acesso à assistência odontológica para uma população historicamente desassistida, vivenciada no Brasil desde a implantação da PNSB e colocada em prática por meio da ESB, pode ter impactado na identificação mais oportuna de lesões.

Após a publicação da nova política de Atenção Básica em 2017, foi observado movimento indicando redução do número de ESB no Brasil, principalmente nos

municípios mais desiguais em termos de distribuição de renda e maior população (LUCENA *et al.*, 2020).

Tal decisão impactou nos serviços de saúde como mencionado em alguns depoimentos:

“[...] às vezes falta de profissional, não ‘tô’ só falando nosso aqui da região, mas pra fora. Que nem, tem unidades que não têm dentista, certo? Aí o que acontece. Quando vai procurar, quando ele procura a gente, certo, o médico, às vezes, avalia tudo, encaminha, tenta encaminhar pra algum outro lugar e não consegue. Isso acontece muito. Falta de profissional, também” (P7).

“Então essas fragilidades, assim, primeiro que a gente nem sempre tem o número de dentistas necessários pra comunidade, já começa daí” (P9).

É importante ressaltar, entretanto, o momento político-econômico que o Brasil atravessa atualmente. Uma época em que o atual governo, com a justificativa da necessidade de medidas de austeridade, promoveu o desmantelamento e a precarização do SUS.

Esse processo também afetou a atenção à saúde bucal, com a desativação das unidades de saúde que compõem a rede de atenção à saúde bucal (principalmente os CEO).

Considerando que as medidas austeras sabidamente afetam o SUS como um todo, vale a pena levar em conta o potencial que essas medidas têm para fragilizar, minar, e podem, em curtíssimo prazo, levar a uma situação de aniquilação da maior conquista social da população brasileira, o SUS (VARGAS *et al.*, 2021).

Muitos são os obstáculos a serem enfrentados para a consolidação da atenção básica à saúde bucal brasileira, principalmente no que se refere à aplicação de seus princípios e diretrizes.

Enquanto, a PNSB preconiza um novo modelo de atenção que enfatize a prevenção e promoção da saúde nas famílias e comunidades, o tratamento individual

e curativo continua sendo a prática hegemônica em nosso sistema de saúde (BOING; ANTUNES, 2011; ROCHA *et al.*, 2017; NARVAI, 2020).

Esse modelo assistencial ainda hegemônico tende a manter-se centrado na assistência médica, fragmentada e especializada, que tem nas ações curativas seu *locus* privilegiado de atenção, com articulações ainda incipientes em relação a outras práticas terapêuticas ou racionalidades que não estritamente biomédica (CAVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2013; DUARTE *et al.*, 2015; PAIM *et al.*, 2011). Depoimentos demonstram essa hegemonia:

“E a fragilidade em relação ao câncer é que a gente não trabalha esse modelo de prevenção. Penso que se a gente trabalhar o preventivo que é muito mais a função da Atenção Básica, trabalho de coletividade, ali, de orientação em massa da população, a gente vai trabalhar cada vez menos com o curativo, que é menos a nossa função, [...]” (P2).

“Isso tem a ver com uma cultura geral na área da saúde, de ter uma tendência mais a recuperação de saúde e não a prevenção nem a promoção. [...] Eu acho que isso tem uma questão cultural, mas uma questão que ainda precisa, entre a gestão e os profissionais, ter um cunho mais de promoção e prevenção também” (P5).

“[...] acho que pra todos os profissionais de saúde, ‘né’, a gente tentar mudar um pouco esse olhar da doença, não ser mais o patológico, ‘né’. Ir lá só pra tratar a doença, mas sim também pensando nessa parte da prevenção, ‘né’, saúde como outro tipo de bem-estar e não só o curativo” (P14).

Devemos ressaltar que, o aumento do acesso à assistência odontológica observado nas últimas décadas foi inédito na história do país e apesar de algumas limitações, seu núcleo pró-equidade parece prevalecer (PERES *et al.*, 2012).

Refletindo sobre os obstáculos para a consolidação da atenção básica à saúde bucal brasileira, fatores como cobertura, gestão, estrutura e vulnerabilidades do processo de trabalho têm sido descritas na literatura (VIACAVA *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2012).

As vulnerabilidades do processo de trabalho foram identificadas como entraves dificultando o acesso e prejudicando a qualidade da assistência à saúde na AP.

Em diversas ocasiões, os profissionais de saúde expressam que a interação entre o profissional de saúde e o usuário conforma um dos principais determinantes da qualidade da APS, definindo esse dispositivo como “acolhimento” e inter-relacionando sua expressão com mecanismos de organização do trabalho (CARRAPATO; CASTANHEIRA; PLACIDELI, 2018).

O acolhimento é uma forma peculiar de humanização na APS. No entanto, muitas vezes é realizado de forma inadequada devido à falta de um projeto específico nos diferentes contextos locais para orientar o trabalho dos profissionais nessa questão (CAMELO *et al.*, 2000; TEIXEIRA, 2005).

As diretrizes do acolhimento, segundo a Política Nacional de Humanização do SUS, orientam mudanças na organização do processo do trabalho por meio da promoção de vínculos com os usuários, corresponsabilização e resolubilidade (BRASIL, 2003). Assim, preconizam acolher os pacientes, escutar e propiciar uma resposta positiva diante das queixas de saúde da população.

O acolhimento realizado em muitas unidades básicas de saúde não segue o que está preconizado, tendendo a ocorrer uma divergência entre a prática do acolhimento estabelecida pelas políticas de saúde e aquela efetivamente exercida nos serviços (CAMELO *et al.*, 2016; GIRÃO; FREITAS, 2016). Essa divergência se expressa por meio da fala dos usuários entrevistados:

“Então, muitas vezes falta um pouco de atenção do profissional que está te atendendo de ver se realmente aquilo é só aquilo ou é outra coisa, entendeu?” (U1).

“Então eu acho que os médicos, não todos, entre aspas, eles deveriam ter mais coração e pensar na população porque eles estão ali pra atender a população, ajudar cada um nas suas dificuldades, nas suas necessidades e é o que a gente não está

tendo hoje em dia. [...] Tem muitos médicos que tratam a gente mal, tem outros que, atendentes de posto também ‘chega’ a ser ‘arrogante’ com a gente” (U15).

O usuário espera que a relação entre ele e o trabalhador de saúde seja capaz de gerar um acolhimento que permita uma atuação sobre o seu sofrimento, o seu problema. Há grande expectativa por parte do usuário de que o trabalhador – individual ou coletivamente – responda com resolutividade ao seu problema, ou seja, que as ações de saúde sejam efetivas e o satisfaçam (LIMA *et al.*, 2014; SCHIMITH *et al.*, 2011).

Portanto, podemos dizer que a unidade de saúde estudada apresenta dificuldades em realizar um processo de acolhimento no cotidiano dos serviços, assumindo muitas vezes o caráter de atendimento de recepção e triagem da “porta”.

Outra questão apontada pelos respondentes refere-se à importância de o trabalho ser organizado de acordo com uma diversidade de ofertas multiprofissionais e intersetoriais, e não somente centrado em consultas médicas e medicação.

No cotidiano das práticas, as equipes de saúde procuram criar atividades internas como os grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos, grupo de combate ao tabagismo, campanha de prevenção do câncer de boca, mas, pouco desenvolvimento de atividades externas, como grupo de caminhada, promoção de passeios e ocupação de espaços para realizar parcerias com universidades e outras secretarias municipais.

“[...] eles fizeram uma Saúde da Mulher e aí a gente ‘tava’ junto sim. Eu vi que eles fizeram, sobre escovação mesmo, ‘né’, fio dental na população. Foi a única vez que nesses dois anos eu participei de alguma coisa que estivesse com essa promoção de saúde bucal” (P4).

“O único que fiz aqui no posto foi um carro que estava aí embaixo fazendo, sábado, é, como se fala, campanha, ‘né’. Aí eu participei. [...] Campanha contra câncer de boca. O médico, o dentista ‘olhou, olhou’: Você não tem nada. Tudo bem” (U2).

“Aqui participei da palestra de ‘Novembro Azul’ e sempre palestra de, antes da pandemia sempre tinha de câncer de pele, ‘né’ e a gente sempre ‘tava’ aí” (U5).

Uma ampla programação de ações “extramuros” representa o esforço em articular promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência, avançando assim na construção de práticas de atenção integral à saúde (CARRAPATO; CASTANHEIRA; PLACIDELI, 2018).

No entanto, essas atividades “competem” entre si pelo tempo de trabalho dos que se responsabilizam por elas, e a assistência médica individual mantém-se como a principal resposta à grande demanda.

“A gente está sempre trabalhando com curativo, sempre trabalhando com o curativo, sempre indo, ...resolvendo o problema daquele paciente pontual e não daquela comunidade. [...] E aí assim, a gente nunca vai aliviar essa agenda, penso eu, que mesmo que aumente recursos humanos, não vai aliviar essa agenda, porque você só vai cada vez mais fazer curativo, curativo. Não vai fazer promoção de saúde. [...] muitas vezes, engolido pelo sistema de agendas lotadas, ‘né’. Eu tenho que produzir, produzir, produzir, produzir. Tenho que atender x pacientes por dia e aí com isso muitas vezes o atendimento é, aí às vezes, esse atendimento rápido gera muitos mais outros atendimentos” (P2).

Apesar das tentativas de transformar o ambiente de ações assistenciais com ações educativas, enfatizando uma visão de clínica ampliada e considerando relevantes os aspectos subjetivos e os determinantes sociais da doença, ainda é presente a hegemonia do modelo assistencial biomédico:

“Não tem a clínica ampliada, acho que falta, muitas vezes, engolido pelo sistema de agendas lotadas, ‘né’. Eu tenho que

produzir, produzir, produzir, produzir. Tenho que atender x pacientes por dia e aí com isso muitas vezes o atendimento é, aí às vezes, esse atendimento rápido gera muitos mais outros atendimentos [...] Então quem pegou esse paciente precisa olhar pra ele como um todo, precisa entender o ambiente em que ele vive, a história de vida dele, pra isso que é a Estratégia Saúde da Família, 'né'? (P2).

Nesse cenário é valorizada a presença estratégica do ACS. Esse profissional é apontado como o principal elo entre a realidade social e familiar dos pacientes e a equipe, dada a proximidade com a comunidade definida por seu trabalho.

O ACS atua como um elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade, sendo um segmento efetivo da produção dos serviços, que se apresenta não apenas como suporte para gerar determinadas ações em saúde, mas também, como peça essencial na organização da assistência (NUNES *et al.*, 2002; DA SILVA; DALMASO, 2002).

O ACS é apresentado como mediador entre o serviço e a comunidade e entre os diferentes saberes. Por meio da mediação, o papel do ACS é valorizado pelos usuários do SUS, pois, é construído um vínculo igualitário pelo qual o usuário demonstra facilidade para discorrer sobre sua vida (PLACIDELI; RUIZ, 2015; DE QUEIRÓS; LIMA, 2012).

“[...] eles pensam que eu sou técnica e ficam me cobrando, querendo que eu faça consulta, perguntando: Ai, ‘tô’ com minha pressão alta, o que é que eu faço? Ai, posso tomar tal remédio? Ai, eu ‘tô’ tomando tal remédio, vai me fazer mal? Aí eu falo: Não, preciso da orientação. Ai, me liga. Ai, aconteceu isso, ‘tô’ com problema, com dor e tal. O que que eu faço? Entendeu? Porque eles têm essa confiança, eles têm essa confiança, sabe, de contar o que acontece e de confiar muito na orientação que a gente dá. Eles confiam bastante” (P13).

O fato de o ACS realizar visitas domiciliares e viver no território adstrito da ESF a que pertence, favorece uma maior proximidade com a realidade da população de sua área de abrangência, viabilizando, assim, uma maior ligação entre o serviço de saúde e o contexto de vida dos usuários.

Questionados sobre a realização de ações educativas em saúde bucal, discursos apontam para a carência de conhecimento sobre noções básicas necessárias à prevenção e controle das principais doenças bucais, atribuída à falta de treinamento proporcionado pela Secretaria de Saúde e pela própria equipe de saúde bucal que, raramente, desempenha um trabalho integrado aos demais membros da equipe da ESF.

“[...] conhecimento nosso pra poder ‘tá’ levando pro paciente, porque a gente também não tem conhecimento, não tem um conhecimento assim técnico pra você poder orientar com firmeza um paciente, pra você dizer se ‘tá’ fazendo certo, se ‘tá’ errado, ou se não ‘tá’ fazendo, você deveria fazer. A gente conhece o que a gente aprendeu na escola e o que a gente sabe do dia-a-dia. Em três anos não tive assim, nenhum, nenhuma orientação específica de Odontologia, entendeu?” (P13).

“Olha pra ser bem sincera o que a gente fala pra paciente e que tem o serviço, é que eu entrei no serviço nesse momento de pandemia, então, a gente que não ‘são’ os casos urgentes, a gente não teve como falar pro paciente: Ó, ‘tá’ com incômodo, pode ir lá pra ver como é que ‘tá’ e tudo mais. como a gente já entrou aqui ‘nessa’ pandemia, daí só os casos urgentes mesmo. E aí a gente informa mesmo que tem o serviço, mas a gente não sabe informar tipo se a pessoa fala: Ah, eu ‘tô’ com uma dor aqui, o que pode ser. A gente não sabe como ajudar, ‘né’. a gente só fala que tem que procurar mesmo” (U6).

Questões como a dificuldade de interação entre os profissionais de saúde emergiram nas seguintes falas, identificando a inexistência do trabalho em equipe:

“Falta de parceria. Não seria parceria, da Odonto estar mais próxima de nós. Eu acho a Odonto muito separada. Eu acho que ela fica lá no local e todo o resto da unidade parece que fica separado. Mesmo pra gente conversar, parece que tem uma barreira entre a gente, sabe” (P6).

“Porque ainda existe a distância do serviço de Odontologia com a Atenção Básica, ‘né’? (P10).

O fato de a Odontologia não estar presente desde o início do programa Saúde da Família possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais correlacionados.

Ademais, a formação acadêmica dos cirurgiões-dentistas leva os mesmos a desenvolverem, na maioria das vezes, um trabalho meramente técnico, restrito à cavidade bucal. O reflexo dessa atividade é percebido pelos demais componentes das equipes de saúde, aumentando o distanciamento destes profissionais e elaborando, no senso comum, uma ideia de que o cirurgião-dentista é incapaz de realizar outras tarefas que transcendam às atividades técnicas odontológicas (DE HOLANDA; BARBOSA; BRITO, 2009).

Assim, fortalecer o trabalho em equipe e o papel dos ACS é essencial para garantir a integralidade e a coordenação das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidados dos problemas e agravos clínicos, de cada usuário do serviço (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

O processo de trabalho na AP deve valorizar a formação de vínculo com a população, o trabalho em equipe com enfoque interprofissional, tanto na promoção da saúde quanto no estímulo à participação da comunidade (BRACCIALLI; VIEIRA, 2012). A importância do trabalho em equipe é expressa na fala a seguir:

“[...] se a gente conseguisse comunicar melhor, ‘né’, os profissionais conhecerem a atuação do fonoaudiólogo e vice-versa também, ‘né’, o fonoaudiólogo conhecer a atuação do profissional da Odontologia, acho que a gente ia conseguir

promover muito o bem-estar, 'né', pra esses usuários, aumentar aí as ações de saúde e qualidade de vida" (P14).

A dificuldade dos profissionais em se comunicar com os pacientes pode interferir diretamente na qualidade da assistência, impedindo a formação do vínculo e da confiança entre profissional e paciente. Conseqüentemente, o atendimento será pouco resolutivo e pode comprometer a integralidade (BRASIL, 2004).

Conforme destacado por Fonseca *et al.* (2010), uma estratégia para o enfrentamento desta barreira é a multidisciplinaridade da ação, ou seja, o contato com as outras áreas, também responsáveis por cuidados em saúde das pessoas, podendo, assim, ser um facilitador do atendimento.

Tanto nas falas dos entrevistados quanto nas observações, percebemos que na UBS a organização do trabalho favorece a fragmentação das ações e dificulta a integração profissional desejada.

Os casos mais complexos são discutidos sem um espaço formal, sendo 'resolvidos', na maioria das vezes, em uma sala e/ou corredor da unidade de saúde, e quando necessário, há encaminhamento para outro profissional.

Nas ESF (Estratégia Centro I, Estratégia Centro II e Estratégia Agrochá II e III) há uma tendência de organização do processo de trabalho que permite maior proximidade com os princípios do SUS. Ou seja, as ESF buscam realizar ações que avançam na integralidade por meio de um trabalho em equipe.

As reuniões semanais ocorrem às quintas-feiras, no período da tarde, quando a unidade de saúde é fechada, permanecendo apenas atendimento aos usuários realizado pelos profissionais do CEM e do CEO, que raramente são chamados para participar de reuniões de equipe.

De acordo com Carrapato, Castanheira e Placideli (2018, p. 527):

É apontado que, para conseguir bons resultados e interferir diretamente na qualidade dos serviços prestados, o trabalho em equipe requer o exercício da autonomia dos profissionais, cujos limites são dados pelo projeto comum que os integra. Assim, o trabalho em equipe é apontado como indispensável à qualidade da assistência, mas a sua viabilidade está diretamente vinculada a um gerenciamento local integrador.

Essas mesmas autoras (2018), apontam que na ESF há uma tendência de organização do processo de trabalho que permite mais proximidade com os princípios

ético-normativos do SUS do que a existente na UBS. Ou seja, a ESF busca realizar ações que avançam na integralidade por meio de um trabalho em equipe que valoriza a proximidade com a comunidade e que tem autonomia local para a definição das melhores estratégias de cuidado para a população adscrita.

Um importante ponto de fragilidade a ser destacado está relacionado ao acesso aos serviços de saúde, em específico, ao de saúde bucal, presente nos discursos dos entrevistados:

“O acesso, acho que não é, como é que eu falo, não é a hora que você quer, quando tem vaga” (P6).

“[...] procurar o posto de saúde, muitas vezes a gente consegue, muitas vezes, não. Porque eu mesma deixei o meu nome numa lista aqui do posto há muitos anos e nunca consegui uma vaga” (U1).

“E até mesmo por causa do atendimento, que nem todo mundo consegue ter aquele atendimento assim, é, precoce, ‘né’, que consegue diagnosticar cedo. quando consegue diagnosticar o problema, às vezes já tomou conta de toda a boca” (U7).

Com a pandemia da Covid-19, a dificuldade de acesso aos serviços tornou-se ainda mais evidente, sendo demonstrado por meio do depoimento de um participante. Em virtude das restrições necessárias para mitigar a disseminação da doença, o acesso da população às unidades de saúde foi permitido apenas para os casos de urgências odontológicas e de acompanhamento médico das gestantes/puérperas e crianças menores de um ano.

“[...] essa falta de estrutura de equipe, a demanda muito grande, essa estrutura não sei se financeira, se é física, física tem espaço, mas acaba não conseguindo, ‘né’, trabalhar no dia-a-dia dos pacientes só, acaba ficando só nas emergências e atendendo poucos”. (P13)

Com a criação do SUS por meio da Constituição Federal (1988), obteve-se o reconhecimento da saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios organizativos, entre eles, a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (BRASIL, 2011).

De acordo com Mendes (2010), para a garantia de acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços a esses diferentes níveis, foram criadas redes de atenção à saúde que possibilita ofertar uma atenção contínua e integral à população, coordenada pela APS.

No entanto, a garantia da legislação brasileira foi apenas mais uma etapa alcançada na construção do SUS, pois, para se concretizar o direito à saúde, é necessária a mudança do modelo social, visto que, na prática, o acesso ainda é seletivo, focalizado e excludente (ASSIS; JESUS, 2012).

Pressupõe-se a compreensão de que, o acesso pode ser avaliado por indicadores de resultado da passagem do usuário pelo sistema de saúde, entre eles a satisfação dos usuários e o acolhimento como uma tecnologia leve que o profissional depende durante o atendimento e que também está relacionada à satisfação do usuário (SANCHEZ; CICONELL, 2012; GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

Travassos e Martins (2004) apontam que, embora acesso e acessibilidade frequentemente sejam utilizados como sinônimos têm significados diferentes, ainda que complementares.

A acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade.

O conceito de acesso traz consigo a ideia de não restringir a entrada nos serviços de saúde, enquanto a acessibilidade diz respeito à oferta de serviços, à capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Assim, a acessibilidade pode ser conceituada como a capacidade do usuário obter cuidados de saúde sempre que necessitar e de maneira fácil e conveniente.

O acolhimento é uma prática presente nas relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas e nos modos de construção e identificando necessidades, sejam estas individuais ou

coletivas, e funcionando como mecanismo de facilitação do acesso (MEDEIROS *et al.*, 2010).

“[...] a falta de um apoio quando a pessoa vem procurar [...]” (U1)

“Na minha visão é uma falta de atenção maior naquele problema que o paciente está apresentando”. (U3)

“Chega no posto de saúde, vamos falar sinceramente, ‘né’, ‘muito’ é mal atendido, não dá aquela instrução que tem ou é agendamento com clínico [...]”. (U10)

Nesse contexto, a satisfação do usuário representa um potente indicador para avaliação dos serviços de saúde, considerando ser fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestados para repensar as práticas profissionais e sobre a forma de organização dos serviços (MISHIMA *et al.*, 2010).

Considerando a satisfação dos usuários do sistema de saúde, faz-se necessário que sejam incorporadas no processo de trabalho as tecnologias leves, permeando o encontro entre trabalhadores e os usuários, possibilitando realizar o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a autonomização (FERRI *et al.*, 2007; MERHY *et al.*, 1997).

Como os relatos dos participantes evidenciaram a problemática do acesso ao serviço de saúde bucal, nos apoiaremos na PNSB (2004) para a análise.

A PNSB – Brasil Sorridente, instituída pelo governo federal, em 2004, foi um importante marco, com diversos esforços nas diferentes esferas (nacional, estadual e municipal) para ampliar e qualificar a atenção básica e especializada na saúde bucal (BRASIL, 2004).

Na medida em que as ações e serviços de saúde bucal foram sendo implantados e implementados nos municípios brasileiros, o SUS absorveu mais profissionais da Odontologia, e por sua vez, as universidades assumiram seu papel estratégico de indutora de uma formação crítica, técnico-política na direção da integração ensino-serviço-comunidade nos mais diversos territórios (CHAVES; LIMA; PIMENTA, 2021).

Entretanto, após mais de uma década de vigência da PNSB, ainda se observa um fenômeno de universalização excludente e integralidade seletiva das ações e serviços de saúde bucal ofertados à população (BONFADA *et al.*, 2012; DE MELLO *et al.*, 2014).

A grande demanda acumulada pelos modelos excludentes dificulta a implantação do SUS, sendo ainda um problema que requer solução urgente, mesmo considerando o pouco tempo de existência de um modelo com base na universalidade da atenção. A escassez do acesso a serviços médicos e odontológicos resulta em demora do atendimento e, conseqüentemente, em filas de espera (ZAITTER, 2009):

“[...] mas eu sei que tem fila de espera pra passar ali”. (P6)

“Talvez o que eu vejo assim, pra ajudar seria a dificuldade de acessar os profissionais, dentistas, essa fila de espera e também a informação”. (P8)

Visando a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde bucal, identificamos a necessidade de evolução do modelo assistencial e dos processos de trabalho, fundamentados na integralidade e no trabalho em equipe, com responsabilização pela construção cotidiana e coletiva de uma prática resolutiva, que responda às necessidades das pessoas (CHAVES; LIMA; PIMENTA, 2021).

Dessa forma, para garantir o acesso, a integralidade e a resolutividade, é preciso aprimorar os fluxos dos usuários no interior do serviço, desde a recepção até a sua saída ao final do atendimento.

Portanto, o agendamento, o acolhimento, o vínculo, a demanda espontânea e a demanda programada, a atribuição de cada profissional da equipe, as relações de serviço com serviços da rede de atenção e com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico precisam ser discutidos e pactuados com as equipes e com a gestão municipal (BRASIL, 2006).

Na sequência, a coordenação entre os níveis assistenciais é entendida como continuidade e integralidade do cuidado à saúde, de forma que a AP seja a porta de entrada do sistema de saúde e a fonte reguladora dos usuários na rede de serviços.

Verificamos, por meio dos depoimentos, deficiências em relação à coordenação – integração cuidados, quando da necessidade de encaminhamento para níveis mais complexos:

“Talvez isso seja difícil, ‘né’. Pra eu chegar até a Odonto eu vou ter que passar na, onde, lá no meu PSF primeiro pra ser encaminhado pra cá? Mas quanto leva pra eu conseguir uma vaga lá, ‘né’”. (P6)

“[...] quando a gente tem um diagnóstico nem sempre a gente tem condições de sequência, ‘né’, de ter um dentista, o serviço ser feito [...]”. (P9)

“É sempre a coisa do encaminhamento. Eu acho assim, encaminhar para a Odonto ainda é fácil, mas eu não sei esse seguimento depois, como a Odonto consegue trabalhar com isso, pra cabeça e pescoço, eu não sei se aqui no Vale do Ribeira existe essa, acho que é o médico só que faz isso, então assim, eu acho que a fragilidade do SUS enquanto referência e contrarreferência, ‘né’”. (P10)

“Eu diria que a demora da anatomohistologia, anatomopatologia de alguns casos é uma coisa que complica porque às vezes a gente faz a biópsia e demora pra ter o resultado e existe uma falta de conhecimento da minha parte de como funciona o tratamento, a gente acaba encaminhando, mas sendo bem sincero a gente só sabe que não tem um cirurgião de cabeça e pescoço, então não tem uma referência específica pra tratamento de câncer de boca [...]”. (P12)

Oferecer aos usuários que necessitam de cuidados mais complexos as orientações necessárias para encontrar seu caminho através do sistema de saúde só poderão ocorrer se existir coordenação do cuidado, ou seja, capacidade de garantir a

continuidade da atenção, por meio de equipes de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (MENDES, 2011).

Oliveira e Pereira (2013, p.162), em seu estudo afirmam que:

A integração das unidades de saúde à rede assistencial é fundamental para garantir uma oferta abrangente de serviços e para coordenar as diversas ações requeridas para resolver as necessidades menos frequentes e mais complexas.

Portanto, um amplo esforço de desenvolvimento da coordenação do cuidado na AP promoverá a articulação do trabalho dos membros da equipe de saúde, entre si, com as demais esferas do SUS, com os usuários e com a população, reforçando a efetividade da APS e do SUS (TOMASI; FACCHINI; MAIA, 2004).

Segundo Teixeira *et al.* (2014), superar a fragmentação e incompletude das práticas clínicas e de promoção da saúde é um dos desafios mais urgentes para melhorar a qualidade da AP no Brasil.

Para isso, torna-se necessário integrar, equilibradamente, cuidado clínico, prevenção e promoção da saúde, orientando as unidades de AP para processos de trabalho com abordagem matricial das demandas dos usuários, em especial das condições crônicas de saúde.

Uma série de estratégias podem ser implementadas para melhorar a qualidade da APS, como: aumento do financiamento; ampliação do acesso, com adoção de outros modelos de agendamento, como acesso não presencial com incorporação de ferramentas digitais para comunicação entre equipe de saúde e usuários, horário estendido e em fins de semana, além de melhor gestão de agendas; ofertar ações e serviços de saúde abrangentes, formulando uma carteira de serviços com garantia de recursos e de capacitação profissional para execução plena e eficiente da carteira; ampliação da atuação clínico-assistencial de todos os profissionais das equipes de saúde; expansão da informatização plena da rede assistencial; aperfeiçoamento do sistema de regulação; otimização da oferta de recursos humanos com formação qualificada; apoio assistencial às equipes de saúde; estímulo a participação dos usuários e dos atores sociais; e a avaliação contínua e sistemática dos serviços de saúde (COSTA *et al.*, 2021).

Recomenda-se a valorização dos ACS, dada a importância da atuação desses profissionais para a organização e qualidade da APS, por serem articuladores entre as demandas da comunidade e as ações dos serviços de saúde.

Em síntese, é necessário reconhecer que apenas por intermédio de uma APS forte é que será alcançado um sistema de saúde universal sustentável capaz de oferecer serviços com qualidade; custos-efetivos, resolutivos, abrangentes e continuados; e que possa diminuir iniquidades e promover desenvolvimento e justiça social (COSTA *et al.*, 2021).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são, atualmente, a principal causa de morbimortalidade no mundo, acarretando perda de qualidade de vida, limitações, incapacidade (OMS, 2011), além de uma alta mortalidade prematura. Dentre elas, o câncer é a primeira ou segunda causa de morte no mundo, decorrente do aumento das taxas de prevalência e incidência, considerado, assim, um problema de saúde pública mundial.

Considerando o câncer de boca como escopo da pesquisa, justificamos a relevância do estudo pelas evidências de aumento na prevalência do câncer de boca, de desinformação dos usuários sobre a patologia e déficit na formação e Educação Permanente dos profissionais de saúde, fatores estes que contribuem para diagnóstico tardio.

Com a elaboração deste estudo, que teve como objetivo identificar e propor as ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca necessárias na AP, a serem inseridas por meio de uma proposta educativa, foi possível refletir acerca do processo de formação dos profissionais de saúde e da organização do trabalho em saúde na AP, e evidenciar a necessidade de complementação do modelo vigente de cuidado à saúde, e a construção de um programa de EPS e Educação em Saúde embasados nos princípios do SUS.

Com base no referencial teórico estudado, foi possível compreender a magnitude do câncer, identificado como problema de saúde pública mundial ao ser considerado como a segunda causa de morte evitável e, por ainda, apresentar estimativas de aumento nas taxas de incidência e prevalência, demonstrando a fragilidade e a negligência na prevenção e combate à essa patologia.

A partir da leitura dessa literatura, foi possível visualizar que existe a impreterível necessidade de um aprimoramento na formação dos profissionais de saúde, incluindo cirurgiões-dentistas, na perspectiva da integralidade e da promoção da saúde, além de iniciativas para sensibilização destes quanto à relevância da EPS e da Educação em Saúde.

Desse modo, acreditamos que seja possível uma atuação profissional que esteja alinhada às reais necessidades de saúde das pessoas e alicerçada nos princípios e diretrizes do SUS.

A partir da análise dos resultados é possível evidenciar que o conhecimento, tanto de profissionais de saúde quanto dos usuários, acerca do câncer de boca e as medidas preventivas, na instituição pesquisada, encontra-se em situação preocupante e necessita de intervenções imediatas no sentido de favorecer o diagnóstico precoce e o desenvolvimento de estratégias de atuação dos profissionais de saúde.

Existem dados que sinalizam para a necessidade de melhor entendimento em relação à epidemiologia, etiologia, prevenção e sinais e sintomas de alerta para a patologia estudada, demandando um olhar cauteloso dos gestores no processo formativo para melhor compreensão das lacunas de conhecimento, tanto de profissionais de saúde quanto dos usuários dessa unidade de saúde.

Por consequência, a fragilidade deste olhar mais atento, a falta de conhecimento/informação sobre a doença e o despreparo para a abordagem do câncer de boca, ressaltam a necessidade de aprimorar a educação sobre o câncer de boca entre os profissionais de saúde, os usuários e a gestão.

Associado a isto, está a limitada divulgação deste tipo de câncer. Esta questão se revelou, no cenário pesquisado, pela 'invisibilidade' da patologia se comparada com outros tipos de cânceres, como o de mama e próstata, cujas campanhas são amplamente divulgadas pelas mídias de comunicação.

Ressalta-se, também, a fragilidade evidenciada no exercício profissional frente às ações direcionadas à prevenção e combate ao câncer de boca, o que impacta no diagnóstico precoce da doença e na qualidade dos serviços ofertados.

Os profissionais de saúde identificaram como fragilidades em relação à abordagem do câncer de boca, a dificuldade na detecção precoce de lesões potencialmente malignas, a precariedade na AP, a falta de profissionais, desconhecimento da doença e a inexistência do trabalho em equipe.

Dessa forma, torna-se necessária uma cultura institucional do trabalho em equipe que propicie os espaços à discussão e à reflexão dos processos de trabalho, com responsabilização pela construção de práticas assistenciais que respondam às necessidades da população.

Um ponto que merece atenção é o distanciamento dos cirurgiões-dentistas dentro da UBS e o processo de trabalho da saúde bucal, externado com frequência nos resultados deste estudo. Tal fato reflete, negativamente, na possibilidade de iniciativas de trabalho em equipe, na continuidade e na integralidade da assistência à

saúde dos casos suspeitos e confirmados da patologia, e conseqüentemente, na proposta de intervenções preventivas e promotoras de saúde no cotidiano do trabalho em saúde.

Outro aspecto de relevância encontrado é a inexistência ou carência de ações educativas na promoção da saúde e prevenção do câncer de boca. Nesse sentido, observou-se, a partir dos resultados, a pouca produção destas atividades no cotidiano das práticas profissionais, exacerbada ainda mais pelo momento pandêmico da Covid-19, que imprimiu protocolos rígidos para contenção da infecção ao restringir os atendimentos presenciais em todas as unidades de saúde da AP.

Quando existentes, essas ações educativas têm foco nas orientações sobre saúde bucal, com ênfase na higiene dos dentes e presença de odontalgias, bem como nas orientações específicas de cada categoria profissional, sem se atentar para a importância em realizar a inspeção bucal de rotina ou estimular o paciente para a prática do autoexame, como medidas para a detecção precoce de lesões potencialmente malignas.

Nessa abertura, emerge o reconhecimento das limitações existentes nas atuações profissionais, bem como, o desejo de cooperar para o processo de transformação das práticas, com o investimento para apoiar as mudanças necessárias referentes à abordagem do câncer de boca na AP.

No município em questão, a expressão de maior representatividade nas ações de prevenção e combate dessa doença é a Campanha de Prevenção do Câncer de Boca, realizada em conjunto com a campanha de vacinação do H1N1. Entretanto, esta iniciativa, além de ser pouco veiculada e se restringir a um dia, resulta em discreto impacto sanitário, visto que, apenas a inspeção bucal é realizada na ocasião da campanha.

Estudos apontam que, para o sucesso das ações educativas é de suma importância o envolvimento dos profissionais de saúde que primem pela prevenção e promoção tanto quanto as práticas curativas; o dos usuários na construção do conhecimento e da autonomia; e o da gestão, como apoio institucional para que estas ações realmente sejam executadas.

O reconhecimento das potencialidades e desafios para o desenvolvimento das ações educativas é notório nas descrições dos participantes da pesquisa. Com efeito, os relatos dos participantes evidenciam a disponibilidade ao diálogo; o

compartilhamento do aprendizado; o estabelecimento das relações de vínculo, enfatizando a importância do papel do ACS; e a necessidade do estímulo ao autocuidado.

Verifica-se que, o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo do indivíduo no autocuidado requer que o indivíduo assuma a responsabilidade pelo cuidado em saúde ao incorporar ações de autocuidado, o que no âmbito da saúde, viabiliza a intervenção sobre a promoção da saúde da população, bem como o conhecimento para sua emancipação.

Como resultado da pesquisa e respondendo ao último objetivo específico, na entrevista foi evidenciado que os conteúdos identificados pelos participantes estão relacionados às deficiências de conhecimento sobre a doença, principalmente no que concerne à etiologia, manifestações clínicas suspeitas, medidas preventivas e autoexame.

Ademais, as falas dos participantes permitiram-nos vislumbrar e identificar as fragilidades e potencialidades da AP presentes nessa UBS, relacionadas à organização do trabalho e qualidade dos serviços ofertados.

A investigação da literatura, propiciou o conhecimento das fragilidades no acesso ao sistema de saúde, nos encaminhamentos aos setores de maior complexidade, na oferta de serviços públicos de atenção à saúde, descrevendo, assim, os entraves encontrados na AP para a coordenação do cuidado. Para mais, favoreceu o reconhecimento do seu potencial para as ações educativas em saúde, o fortalecimento do SUS e da promoção da saúde e prevenção do câncer de boca.

No tocante à qualidade na prestação de serviços e cuidados em saúde, caracteriza-se pela competência profissional, pela existência de recursos resolutivos, pela satisfação dos usuários e pela facilidade de acesso aos serviços de saúde.

Nesse contexto, a satisfação dos usuários representa um potente instrumento para verificar a qualidade dos serviços ofertados, e assim, repensar as práticas profissionais e a organização dos serviços, sendo necessário para isso, a incorporação das tecnologias leves no processo de trabalho, possibilitando o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e construção da autonomia.

Com base nos achados da pesquisa foi possível delinear o produto técnico que se apresenta por meio de uma proposta educativa a ser inserida na AP. Tal

intervenção configura-se em um plano de ações direcionado à gestão municipal, aos profissionais de saúde e aos usuários.

A escuta atenta e sistemática dos participantes e os movimentos de análise possibilitaram desvelar a potência da AP como espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de prevenção e promoção da saúde; as diversas lacunas do conhecimento a respeito do câncer de boca, a comunicação insatisfatória entre profissional e usuário, a dificuldade de acesso aos serviços e a precariedade na qualidade da assistência à saúde, assim como, mobilizar a busca por instrumentos que pudessem envolver não somente profissionais de saúde e usuários, mas também a gestão no âmbito municipal.

Em relação às limitações deste estudo, citam-se a impossibilidade de comparação com outras possíveis organizações da APS, já que o município conta com uma composição complexa, abrangendo em um mesmo espaço físico uma UBS, três ESF e centros de especialidades médica e odontológica. Tal fato inviabiliza que seus achados sejam extrapolados para todas as realidades de municípios brasileiros.

Este estudo, portanto, amplia o conhecimento acerca das ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca necessárias na AP, almejando que as informações sejam úteis para despertar a reflexão dos profissionais de saúde e gestores para a prevenção e combate deste problema de saúde pública, de forma a impactar positivamente nos altos índices de morbidade e mortalidade.

Por fim, os possíveis desfechos trazidos por esta pesquisa para gestores, profissionais de saúde e usuários, permitem repensar no processo de trabalho das equipes e, por consequência, nos benefícios para a comunidade ao reforçar o papel da APS no processo de consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunic, saude, educ**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

AMTHA, Rahmi *et al.* Dietary patterns and risk of oral cancer: a factor analysis study of a population in Jakarta, Indonesia. **Oral oncol**, v. 45, n. 8, p. e49-e53, Aug. 2009.

ANDERSEN, Ronald; NEWMAN, John F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Q**, v. 83, n. 4, p. Online-only-Online-only, 1973.

ANDRADE, Jarielle Oliveira Mascarenhas; SANTOS, Carlos Antonio de Souza Teles; OLIVEIRA, Márcio Campos. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 894-905, out./dez. 2015.

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

ANGHEBEN, Paula Frota *et al.* Perfil de conhecimento sobre câncer bucal dos alunos da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. **Rev Odontol Bras Central**, v. 21, n. 60, p. 33-40, 2013.

ARAKAWA, Aline Megumi; LOPES-HERRERA, Simone Aparecida; CALDANA, Magali de Lourdes; TOMITA, Nilce Emy. Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Rev CEFAC**, v. 14, n. 6, p. 1108-1114, nov./dez. 2012.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

ATTY, Adriana Tavares de Moraes *et al.* PAINEL-Oncologia: uma ferramenta de gestão. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.66, n. 2, p. 1-10, abr. 2020.

ATTY, Adriana Tavares de Moraes; RIBEIRO, Caroline. **Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil**. 1. ed. Brasília: MS, 2020, 27 p.

AWAN, Kamran Habib *et al.* Assessing oral cancer knowledge and awareness among Malaysian dental and medical students. **J Cancer Res Ther**, v. 10, n. 4, p. 903-907, Oct./Dec. 2014.

AYRES, José Ricardo. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. 2009. 143 p.

- BANDEIRA, Celso Muller *et al.* How to improve the early diagnosis of oral cancer? **Braz Dent Sci**, v. 20, n. 4, p. 25-31, Oct./Dec. 2017.
- BARBOSA, Simone de Pinho; ELIZEU, Taniza Soares; PENNA, Cláudia Maria Mattos. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARROS, Alúcio JD; BERTOLDI, Andréa D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Cien Saude Colet**, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.
- BARROS, Gloria Iara Santos; CASOTTI, Elisete; GOUVÊA, Mônica Villela. Câncer de boca: o desafio da abordagem por dentistas. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 11, n. 11, p. 4273-4281, 2017.
- BARROS, Andrea Tatiane Oliveira da Silva *et al.* Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre câncer de boca e orofaringe: uma revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 74, n. 1, p. 1-8, 2021.
- BATTERHAM, Roy W. *et al.* Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. **Public health**, v. 132, p. 3-12, Mar. 2016.
- BAYKUL, Timuçin *et al.* Early diagnosis of oral cancer. **J Int Med Res**, v. 38, n. 3, p. 737-749, 2010.
- BHIDE, S. A.; NUTTING, Chris M. Advances in radiotherapy for head and neck cancer. **Oral oncol**, v. 46, n. 6, p. 439-441, June. 2010.
- BITTAR, Telmo Oliveira *et al.* Epidemiological features of oral cancer: a world public health matter. **RFO UPF**, v. 15, n. 1, p. 87-93, Jan./Apr. 2010.
- BOING, Antonio Fernando, ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. **Cien Saude Colet**, v.16, n. 2, p. 15–22, 2011.
- BONFADA, Diego *et al.* A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 2, p. 555-560, fev. 2012.
- BRACCIALLI, Luzmarina Aparecida Doretto; VIEIRA, Tamara Queiroz. A concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos. **Rev APS**, v. 15, n. 4, p. 412-420, out./dez. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

BRASIL. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília: MS, 1993.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 7, de 11 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de Ciências Biológicas. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de março de 2002. Seção 1, p. 13.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia. Diário Oficial da União 2002; 20 fev

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização. 1. ed. Brasília: MS, 2003, 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: MS, 2004, 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, nº 32/2004, 2004 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 3ª Conferência nacional de saúde bucal: relatório final. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a Educação Permanente em Saúde: pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2004 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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). Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: MS, 2015, 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 58, 24 mar. 2006a. Seção 1, p. 51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Sistema de referência e contrarreferência: **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Educação/Ministério da Saúde. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal** – Caderno de Atenção Básica nº 17. 1. ed. Brasília:MS, 2008. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Educação em Saúde**. Brasília: MS, 2008. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 251, p. 88-93, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Matriciamento**: guia prático de matriciamento em saúde mental. Organizadora: Dulce Helena Chiaverini *et al.* Brasília, 2011a

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção para Entender Melhor a Gestão do SUS 2011, 1).

BRASIL. Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília: 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e atualiza a resolução 196. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. 1. ed. Brasília: MS; 2012. 14 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2013a. v. 1.

BRASIL. Portaria nº 2.761/2013. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: MS, 2013. 2013 a.

BRASIL. Portaria interministerial nº 1.646, de 5 de agosto de 2014. Institui o componente GraduaCEO - BRASIL SORRIDENTE, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, que irá compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **GraduaCEO – BRASIL SORRIDENTE**. In: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/graduaceo>

BRASIL. Lei nº 13.230, de 28 de dezembro de 2015. Institui a semana nacional de prevenção do câncer bucal. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13230.htm

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O papel da Atenção Primária à Saúde na operacionalização das Redes de Atenção à Saúde. In: _____. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2015. Cap. 2, p. 27.

BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

BRASIL. Portaria de consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/9_portaria_de_consolidacao_n_2_2017_politica_de_regulacao_cosems.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: MS, 2018. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília: MS, 2018. 350 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Painéis de Indicadores da Atenção Primária**. 2021. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/>

BRAY, Freddie *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

BRITO, Paulo Henrique de *et al.* Importância do diagnóstico precoce do câncer bucal e conduta adequada do cirurgião-dentista na atenção básica: revisão integrativa. **Odontol Clín-Cient**, v. 19, n. 4, p. 327-32, ago./out. 2020.

BULGARELI, Jaqueline Vilela *et al.* Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 12, p. 3461-3473, 2013.

BUSS, Paulo Marchiori. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. *In*: **Agência Fiocruz de Notícias**. Rio de Janeiro, 09/02/2010. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/o-conceito-de-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-e-os-determinantes-sociais>

CAFIERO, Madeline. Nurse practitioners' knowledge, experience, and intention to use health literacy strategies in clinical practice. **J Health Commun**, v. 18, n. sup1, p. 70-81, 2013.

CAMELO, Silvia H. Henriques *et al.* Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 30-37, ago. 2000.

CAMELO, Marina Shinzato *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, v. 29, n. 4, p. 463-468, jul./ago. 2016.

CANDOTTO, Valentina *et al.* HPV infection in the oral cavity: epidemiology, clinical manifestations and relationship with oral cancer. **Oral Implantol**, [Rome], v. 10, n. 3, p. 209-220, July/Sep. 2017.

CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Cien Saude Colet**, v. 22, n. 5, p 1489-1500, maio.2017.

CARRAPATO, Josiane Fernandes Lozigia; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro; PLACIDELI, Nádia. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saude soc**, v. 27, n. 2, p. 518-530, abr./jun. 2018.

CARTAXO, André Costa *et al.* Conhecimento de trabalhadores rurais de um município do nordeste brasileiro acerca da prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca. **Rev Cien Plur**, v. 3, n. 1, p. 51-62, 2017.

CARVALHO, Graça Simões. Literacia para a Saúde: Um contributo para a redução das desigualdades em saúde. *In: Saúde: As teias da discriminação social-Actas do Colóquio Internacional: Saúde e Discriminação Social* (Org.: ME Leandro, MML Araújo, MS Costa). Braga: Universidade do Minho, p. 119-135, 2002.

CARVALHO, Sérgio Henrique Gonçalves de; SOARES, Maria Sueli Marques; FIGUEIREDO, Robéria Lucia de Queiroz. Levantamento epidemiológico dos casos de câncer de boca em um hospital de referência em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Pesq Bras Odontopediatria Clin Integr**, v. 12, n. 1, p. 47-51, jan./mar. 2012.

CARTER, Lachlan M.; HARRIS, Andrew T.; KAVI, Vikram P.; JOHNSON, Sarah; KANATAS, Anastasios. Oral cancer awareness amongst hospital nursing staff: a pilot study. **BMC Oral Health**, v. 9, n. 4, p. 1-8, Jan. 2009.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & sociedade: estudos**, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014.

CAVALCANTE FILHO, Ademar Soares; DE OLIVEIRA, Marcos Antônio. Educação em saúde: dialogando com trabalhadores e trabalhadoras do campo sobre o câncer bucal. **Res Soc Develop**, v. 10, n. 16, p. e407101623384-e407101623384, 2021.

CAVALHEIRO, José da Rocha; MARQUES, Maria Cristina Costa; MOTA, André. A construção da saúde pública no século XX e início do século XXI. *In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão; RIBEIRO, Helena. Saúde pública: bases conceituais*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 1-18.

- CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004.
- CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saude Publica**, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.
- CHAVES, Sônia Cristina Lima *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 76-91, 2017.
- CHAVES, Sônia Cristina Lima; LIMA, Ana Maria Freire de Souza; PIMENTA, Rodolfo Macedo Cruz. **Atenção à Saúde Bucal: formação, saberes e práticas**. Pimenta Cultural, 2021. 365 p. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=owpZEAQAQBAJ&oi=fnd&pg=PA14&dq=chaves,+lima,+pimenta,+2021&ots=C4fq1MDnde&sig=NFU1guU_iuNxn5bZyzuHbk53QKU&redir_esc=y#v=onepage&q=chaves%2C%20lima%2C%20pimenta%2C%202021&f=false
- CHEHUEN NETO, José Antonio *et al.* Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. **Cien Saude Colet**, v. 24, n. 3, p. 1121-1132, mar. 2019.
- CHEN, Aleda MH *et al.* Health literacy and self-care of patients with heart failure. **J Cardiovasc Nurs**, v. 26, n. 6, p. 446, Nov. 2011.
- COLEMAN, Clifford A. *et al.* **The Calgary charter on health literacy**: rationale and core principles for the development of health literacy curricula. The Center for Literacy of Quebec, 2011. 4 p. Disponível em: http://www.centreforliteracy.qc.ca/sites/default/files/CFL_Calgary_Charter_2011.pdf
- COLEMAN, Clifford A.; HUDSON, Stan; MAINE, Lucinda L. Health literacy practices and educational competencies for health professionals: a consensus study. **J Health Commun**, v. 18, n. sup1, p. 82-102, 2013.
- COLEMAN, Clifford A. *et al.* Health literacy teaching in US family medicine residency programs: A national survey. **J Health Commun**, v. 21, n. sup1, p. 51-57, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1131774>.
- CONWAY, David I. *et al.* Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. **Int J Cancer**, v. 122, n. 12, p. 2811-2819, 2008.
- CORRÊA, Helena Weschenfelder *et al.* Saúde bucal em usuários da atenção primária: análise qualitativa da autopercepção relacionada ao uso e necessidade de prótese dentária. **Physis**, v. 26, n. 2, p. 503-524, abr./jun. 2016.
- COSTA, Lourrany Borges *et al.* Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, Brasil, na perspectiva dos usuários adultos no ano de 2019. **Cien Saude Colet**, v. 26, n. 6, p. 2083-2096, jun. 2021.

CRUZ, Gustavo D. *et al.* Preventing and detecting oral cancer: Oral health care providers' readiness to provide health behavior counseling and oral cancer examinations. **J Am Den Assoc**, v. 136, n. 5, p. 594-601, May 2005.

CRUZ, Gustavo D. *et al.* The cultural and social context of oral and pharyngeal cancer risk and control among Hispanics in New York. **J Health Care Poor Underserved**, v. 18, n. 4, p. 833-846, Nov. 2007.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saude Soc**, São Paulo, v. 20, p. 961-970, 2011.

CZORNY, Rildo César Nunes *et al.* Acolhimento na saúde: ações dos profissionais e avaliação dos usuários do SUS. **Revista FUNEC Científica-Multiprofissional**, Santa Fé do Sul (SP), v. 2, n. 4, jan./dez. 2013.

DA CUNHA, Amanda Ramos da *et al.* Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com suspeita de câncer bucal: percepção dos cirurgiões-dentistas na atenção primária à saúde. **J BrasTele**, v. 2, n. 2, p. 14-22, 2013.

DA SILVA, Amanda Barroso *et al.* Análise do conhecimento de profissionais de nível superior da Unidade de Saúde da Família sobre o câncer bucal. **Sci Invest Dent**, v. 26, n.1, p. 40-48, jan./dec. 2021.

DA SILVA, Cosmo Helder Ferreira *et al.* Conhecimento de usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o câncer de boca. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v. 54, n. (e7), p. 1-9, 2018.

DA SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer [online]**. 1. ed. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2002. 240 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/yw7ns/epub/silva-9788575416136.epub>

DA SILVA, Marcelle Cristina *et al.* Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico de câncer de boca e orofaringe em Juiz de Fora/MG. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 329-335, 2009.

DE ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v. 8, n. 15, p. 259-274, mar./ago. 2004.

DE GÓES, Paulo Sávio Angeiras.; MOYSÉS, Samuel Jorge (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 104 p.

DE HOLANDA, Ana Larissa Fernandes; BARBOSA, Aldenísia Alves de Albuquerque; BRITO, Ewerton William Gomes. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. **Cien Saude Colet**, v. 14, n. 1, p. 1507-1512, 2009.

DE MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira *et al.* Saúde bucal na rede de atenção e cadproceso de regionalização. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 1, p. 205-214, 2014.

DE OLIVEIRA, Jamile Marinho Bezerra *et al.* Câncer de boca: avaliação do conhecimento de acadêmicos de odontologia e enfermagem quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 2, p. 211-218, 2013.

DE OLIVEIRA, Lucinei Roberto; RIBEIRO-SILVA, Alfredo; ZUCOLOTO, Sergio. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. **J Bras Patol Med Lab**, v. 42, p. 385-392, out. 2006.

DE OLIVEIRA, Sabrina Alves; DE ALMEIDA, Tatiana Frederico. O papel da Educação em Saúde na organização dos serviços de saúde bucal. *In*: CHAVES, Sônia Cristina Lima; LIMA, Ana Maria Freire de Souza; PIMENTA, Rodolfo Macedo Cruz. **Atenção à Saúde Bucal: formação, saberes e práticas**. Pimenta Cultural, 2021. p. 77-96.

DE QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal; LIMA, Luci Praciano. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab Educ Saude**, v. 10, n. 2, p. 257-2, out.2012.

DE SOUZA, Marize Barros *et al.* Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 3, p. 190-195, 2013.

DE SOUZA JÚNIOR, Saulo A. Etiopatogenia do câncer bucal: fatores de risco e de proteção. **SaBios-Rev Saúde e Biol**, v. 1, n. 2, p. 48-58, jul./dez. 2006.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, Sept. 1988.

DOS SANTOS, Luiz Carlos Oliveira; BATISTA, Olívio de Medeiros; CANGUSSU, Maria Cristina Teixeira. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. **Braz J Otorhinolaryngol**, v. 76, n. 4, p. 416-422, Jul./Aug. 2010.

DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006. 384 p.

DUARTE, Ligia Schiavon *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saude Soc**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, abr./jun. 2015.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

EL-NAGGAR, Adel K. *et al.* **WHO classification of head and neck tumours**. 4th ed. Lyon, France: IARC press, 2017. 347 p.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, v. 42, n. spe 1, p. 208-223, set. 2018.

- FALCÃO, Michelle Miranda Lopes *et al.* Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. **RGO. Rev Gaúch Odontol (Online)**, v. 58, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2010.
- FALKENBERG, Mirian Benites *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014.
- FELIPPU, André Wady Debes *et al.* Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. **Braz J Otorhinolaryngol**, v. 82, n. 2, p. 140-143, Mar./Apr. 2016.
- FERREIRA, Christiane Alves; LOUREIRO, Carlos Alfredo. Custos para implantação e operação de serviço de saúde bucal na perspectiva do serviço e da sociedade. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2071-2080, set. 2008.
- FERRI, Sonia Mara Neves *et al.* As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v. 11, n. 23, p. 515-529, set./dez. 2007.
- FIGUEIREDO, Nilcema; DE GOES, Paulo Sávio Angeiras. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 259-267, fev. 2009.
- FIGUEIREDO, Maria Izabel O. *et al.* Avaliação de um programa de saúde bucal de uma creche situada em uma área de exclusão social em Porto Velho – RO. **Saber Científico Odontológico**, Porto Velho, v. 1, n.1, p. 31-41, jan./jun. 2010.
- FIOCRUZ. Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil. **Agência Fiocruz de Notícias**. Rio de Janeiro, 07/05/2015. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>
- FONSECA, Alexandre Luiz Affonso *et al.* Análise qualitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**, v. 20, n. 2, p. 208-216, 2010.
- FONTELLES, Mauro José *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Rev Paraense Medic**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.
- FORMOSA, Joseph *et al.* Awareness and knowledge of oral cancer and potentially malignant oral disorders among dental patients in far North Queensland, Australia. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 16, n. 10, p. 4429-4434, 2015.
- FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Brasília: Liber Livro, 2012. 96 p.

FURTADO, Mariama; SZAPIRO, Ana. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saude Soc**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 811-821, 2012.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza, PINTO, Ione Carvalho, DE FIGUEIREDO, Luana Alves. Acessibilidade e demanda em uma unidade de pronto atendimento: perspectiva do usuário. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n (n. esp 2), p. 19-25, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 220 p.

GIRÃO, Ana Livia Araújo; FREITAS, Consuelo Helena Aires de. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Rev Gaúcha Enferm (Online)**, v. 37, n. 2, p. 1-7, 2016.

GODOY, Arilda Schmidt. Estudo de caso qualitativo. *In*: GODOI, Christiane Kleinübing *et al* (Org.), **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva. 2006. p. 115-146.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

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

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza; PINTO, Ione Carvalho; FIGUEIREDO, Luana Alves de. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. spe 2, p. 19-25, 2012.

GUERRERO, Patricia *et al*. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, jan./mar. 2013.

GÜNERI, Pelin; EPSTEIN, Joel B. Late stage diagnosis of oral cancer: components and possible solutions. **Oral oncol**, v. 50, n. 12, p. 1131-1136, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2014.09.005>

HERTRAMPF, Katrin *et al*. Early detection of oral cancer: dentists' opinions and practices before and after educational interventions in Northern-Germany. **J Craniomaxillofac Surg**, v. 41, n. 8, p. e201-e207, 2013.

IARC – Internacional Agency for Research on Cancer. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. **Personal habits and indoor combustions**, Lion, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304395/>

- IARC – International Agency for Research on Cancer. **GLOBOCAN 2020**: new global cancer data. 2020. Disponível em: <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 10 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/registro.html>
- INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Deteção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021, 72 p.
- INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 120 p.
- INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva **Atlas on-line de mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>
- JIANG, Xiaoge *et al.* Tobacco and oral squamous cell carcinoma: a review of carcinogenic pathways. **Tob Induc Dis**, [Heraklion, Crete], v. 17, p. 1- 9, Apr. 2019. DOI 10.18332/tid/105844.
- JNANESWAR, Avinash *et al.* A cross-sectional survey assessing knowledge, attitude, and practice regarding oral cancer among private medical and dental practitioners in Bhubaneswar City. **Indian J Med Paediatric Oncol**, v. 38, n. 2, p. 133-139, Apr./Jun. 2017.
- JOHNSON, Newell W. *et al.* Global oral health inequalities in incidence and outcomes for oral cancer: causes and solutions. **Adv Dent Res**, v. 23, n. 2, p. 237-246, 2011.
- KICKBUSCH, Ilona; PELIKAN, Jürgen M., APFEL, Franklin & Tsouros, AGIS, D. **Health literacy**: the solid facts. Copenhagen: WHO, 2013. 73 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432>
- KUMAR, Shaji *et al.* International Myeloma Working Group consensus criteria for response and minimal residual disease assessment in multiple myeloma. **Lancet Oncol**, v. 17, n. 8, p. e328–e346, Aug. 2016.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. Editora Atlas. 2002. 320 p.
- LAMBERT, Michelle *et al.* Health literacy: health professionals' understandings and their perceptions of barriers that Indigenous patients encounter. **BMC Health Serv Res**, v. 14, n. 1, p. 1-10, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0614-1>.
- LARONDE, Denise M. *et al.* Oral cancer: just the facts. **J Can Den Assoc**, v. 74, n. 3, p. 269-272, Apr. 2008.

- LE CAMPION, Anna Carolina Omena Vasconcellos *et al.* Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. **Cad Saude Colet**, v. 24, n. 2, p. 178-184, abr./jun. 2016.
- LIMA, Antonio Adilson Soares de *et al.* Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 4, p. 283-288, 2005.
- LIMA, Juliano de Carvalho; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v. 13, n. 31, p. 329-342, 2009.
- LIMA, Cássio de Almeida *et al.* Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev Bioet**, v. 22, n. 1, p. 152-160, 2014.
- LOPES, Emeline Moura; DOS ANJOS, Saiwori de Jesus Silva Bezerra; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev Enferm UERJ**, p. 273-277, 2009.
- LORTET-TIEULENT, Joannie *et al.* Profiling global cancer incidence and mortality by socioeconomic development. **Int J Cancer**, v. 147, n. 11, p. 3029-3036, 2020.
- LOUREIRO, Luís Manuel de Jesus *et al.* Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 6, p. 157-166, 2012.
- LUCENA, Edson Hilan Gomes de *et al.* Monitoring of oral health teams after National Primary Care Policy 2017. **Rev Saude Publica**, v. 54, n. 99, p. 1-10, 2020.
- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 51, 2017.
- MARTINS, Andréa Maria de Barros Lima *et al.* Prevalência de autoexame bucal é maior entre idosos assistidos no Sistema Único de Saúde: inquérito domiciliar. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 4, p. 1085-1098, abr. 2015.
- MARTINS, Marco Antonio Trevizani *et al.* Avaliação do conhecimento sobre o câncer bucal entre universitários. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço**, v. 37, n. 4, p. 191-7, out./nov./dez. 2008.
- MATTOS, Grazielle Christine Maciel *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 2, p. 373-382, fev. 2014.
- MCLEOD, Niall M. H.; SAEED, N. R.; ALI, E. A. Oral cancer: delays in referral and diagnosis persist. **Br Dent J**, v. 198, n. 11, p. 681-684, 2005.
- MEDEIROS, Flávia A. *et al.* Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev Salud Publica**, v. 12, n. 3, p. 402-413, jun. 2010.

- MELO, Lucas Pereira de. Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil. **Saude Soc**, v. 22, n. 4, p. 1216-1225, dez. 2013.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- MERHY, Emerson Elias; CHAKKOUR, Maurício. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *In*: MERHY, Emerson Elias, ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-50.
- MEYER, Christine Benedichte. A case in case study methodology. **Field methods**, v.13, n. 4, p. 329-352, 2001.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 96 p.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 14. ed. São Paulo: Hucitec. 2015. 407 p.
- MISHIMA, Silvana Martins *et al.* A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.18, n.3, 436-43, maio/jun. 2010.
- MORRIS, Alexander J.; BURKE, Frederick J. T. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? **Br Dent J**, v. 191, n. 12, p. 666-670, 2001.
- NARVAI, Paulo Capel. O caso do 'Brasil Sorridente' e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. **Tempus-Actas de Saude Colet**, v. 14, n. 1, p. 175-187, maio 2020.
- NERY, Marcele Walmsley. **Conhecimento de estudantes de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre o câncer de boca: estudo na cidade de Recife/PE**. 2018. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.
- NEVES, Matheus *et al.* Primary care dentistry in Brazil: from prevention to comprehensive care. **J Ambul Care Manage**, v. 40, n. 2, p. 35-48, Apr. 2017.
- NEVILLE, Brad W.; DAY, Terry A. Oral cancer and precancerous lesions. **CA Cancer J Clin**, v. 52, n. 4, p. 195-215, 2002.
- NEVILLE, Brad W.; DAMM, Douglas D.; ALLEN, Carl M.; BOUQUOT, Jerry E. **Patologia oral e maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 820 p.

NUNES, Mônica de Oliveira *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov./dez. 2002.

NUTBEAM, Don; KICKBUSCH, Ilona. Health promotion glossary. **Health Promot Int**, v. 13, n. 4, p. 349-364, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. (esp), p. 158-64, 2013.

OLIVEIRA, Rodrigo Caldeira Nunes *et al.* Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da Rede Pública de Ensino. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 1, p. 85-89, jan. 2015.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **CID-10**: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10 ed. São Paulo: Edusp, 2017. 3 v.

ONIZAWA, Kojiro *et al.* Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. **Oral oncol**, v. 39, n. 8, p. 781-788, Dec. 2003.

OZDEMIR, Hakan *et al.* Health literacy among adults: a study from Turkey. **Health Educ Res**, v. 25, n. 3, p. 464-477, Jun. 2010.

PAIM, Jairnilson *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Séries Saúde no Brasil**, v. 1, p. 11-31, 2011. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf

PALMIER, Andréa Clemente *et al.* Saúde bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto. Belo Horizonte: NESCON/UFMG Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

PASSAMAI, Maria da Penha Baião *et al.* Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface-Comunic, Saude, Educ**, v. 16, n. 41, p. 301-314, jun. 2012.

PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127-140, Feb. 1981.

PEREIRA, Carmen Regina dos Santos *et al.* Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 449-462, mar. 2012.

PERES, Karen Glazer *et al.* Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev Saude Publica**, v. 46, n. 2, p. 250-258, 2012.

PETERSEN, Poul Erik. Oral cancer prevention and control – the approach of the World Health Organization. **Oral oncol**, v. 45, n. 4-5, p. 454-460, Apr./May 2009.

PETERSON, Aline Azevedo; CARVALHO, Emília Campos de. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Rev Bras Enferm**, v. 64, p. 692-697, 2011.

PINTO, Fábio Roberto *et al.* Tobacco and alcohol use after head and neck cancer treatment: influence of the type of oncological treatment employed. **Rev Assoc Med Bras**, v. 57, n. 2, p. 168-173, Apr. 2011.

PLACIDELI, Nádia; RUIZ, Tania. Educação continuada em gerontologia para agentes comunitários de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n.36, p. 1-10, jul./set. 2015.

PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo *et al.* Oral health policies in Brazil. **Braz Oral Res**, v. 23, n. Spec Iss 1, p. 9-16, 2009.

PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo *et al.* Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. **J Dent Res**, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, Oct. 2015.

RAMADAS, Kunnambath; LUCAS, Eric; THOMAS, Gigi; MATHEW, Babu; THARA, Somanathan, SANKARANARAYANAN, Rengaswamy. **A digital manual for the early diagnosis of oral neoplasia**. Lyon: IARC Screening Group, 2008. Disponível em: <https://screening.iarc.fr/atlasoral.php>

REMOR, Camila Bitencourt *et al.* Percepções e conhecimentos das mães em relação às práticas de higiene de seus filhos. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n. 4, 786-792, out./dez. 2009.

RIBEIRO, Isabella Lima Arrais *et al.* Factors associated with lip and oral cavity cancer. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 3, p. 618-629, Jul./Sept. 2015.

RIEGER, Sofia Bauer. **Tempo para diagnóstico e tratamento do câncer bucal no Brasil: uma revisão de literatura**. 2021. 15 p. Monografia (Coleção SUS), Porto Alegre, 2021.

ROCHA, Thiago Augusto Hernandez *et al.* Oral primary care: an analysis of its impact on the incidence and mortality rates of oral cancer. **BMC Cancer**, v. 17, n. 1, p. 1-11, 2017.

SAKATA, Karen Namie *et al.* Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 659-664, 2007.

SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho *et al.* Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 3, p. 865-874, mar. 2015.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Concepts of access to health. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012.

SANTIN, Gisele; HILLESHEIM, Betina. Biopolítica e governamentalidade: repensando a política nacional de educação permanente em saúde. **XVII SIEduca: Seminário Internacional de Educação**, 2012.

SANTOS, Isabela Vieira *et al.* O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. **Odontol Clín-Cient (Online)**, Recife, v. 10, n. 3, p. 207-210, jul./set. 2011.

SANTOS, Luanda *et al.* Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. **Braz J Nephrol**, v. 34, n. 3, p. 293-302, set. 2012.

SANTOS, Marcela F. Sousa; DOS ANJOS HORA, Ignez A. Atenção odontológica a pacientes especiais: atitudes e percepções de acadêmicos de odontologia. **Rev ABENO**, v. 12, n. 2, p. 207-212, 2012.

SANTOS, Maria Izabel Penha de Oliveira *et al.* Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 18, n. 3, p. 651-664, jul./set. 2015.

SARGERAN, Katayoun *et al.* Delayed diagnosis of oral cancer in Iran: challenge for prevention. **Oral Health Prev Dent**, v. 7, n. 1, p. 69-76, 2009.

SAUNDERS, Carla; PALESY, Debra; LEWIS, Joanne. Systematic review and conceptual framework for health literacy training in health professions education. **Health Professions Education**, v. 5, n. 1, p. 13-29, Mar. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2018.03.003>.

SCHIMITH, Maria Denise *et al.* Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab educ saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 479-503, nov. 2011.

SCHUTTE, Henrieke W. *et al.* Impact of time to diagnosis and treatment in head and neck cancer: a systematic review. **Otolaryngol Head Neck Surg**, v. 162, n. 4, p. 446-457, Apr.2020.

SEOANE, Juan *et al.* Oral cancer: experiences and diagnostic abilities elicited by dentists in North-western Spain. **Oral diseases**, v. 12, n. 5, p. 487-492, Sept. 2006.

SERQUEIRA, Érika *et al.* Teleodontologia: novas metodologias aplicadas ao processo ensino-aprendizagem. *In*: MIALHE, Fábio Luiz. **Promoção da saúde e saúde bucal**. 1. ed. Limeira: Coronela Books, 2020. p.315-27.

SILVERMAN JR, Sol; RANKIN, K. Vendrell. Oral and pharyngeal cancer control through continuing education. **J Cancer Educ**, v. 25, N. 3, p. 277-278, 2010.

SILVERMAN JR, Sol; KERR, A. Ross; EPSTEIN, Joel B. Oral and Pharyngeal Cancer Control and Early Detection. **J Canc Educ**, v. 25, p. 279–281, Sept. 2010.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STARFIELD, Barbara *et al.* Contribuição da atenção primária para os sistemas de saúde e de saúde. **Milbank trimestral**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

TADDEO, Patricia da Silva *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, nov. 2012.

TEIXEIRA, Mirna Barros *et al.* Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saude Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 52-68, out. 2014.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. **Cien Saude Colet**, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

TOMASI, Elaine; FACCHINI, Luiz Augusto; MAIA, Maria de Fatima Santos. Health information technology in primary health care in developing countries: a literature review. **Bull World Health Organ**, v. 82, n. 11, p. 867-874, Nov. 2004.

TOMÉ JÚNIOR, Valério *et al.* Câncer bucal: a importância do diagnóstico precoce. **Revista Eletrônica de Ciências Jurídicas**, Ipatinga (MG), p. 1-5, 2019. Disponível em: <http://fadipa.educacao.ws/ojs-2.3.3/3/index.php/cjuridicas/article/view/324>

TORONTO, Coleen E.; WEATHERFORD, Barbara. Health literacy education in health professions schools: an integrative review. **J Nurs Educ**, v. 54, n. 12, p. 669-676, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/01484834-20151110-02>.

TORRES, Stella Vidal Souza; SBEGUE, Alessandra; COSTA, Sandra Cecília Botelho. A importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 14, n. 1, p. 57-62, jan./mar. 2016.

TORRES-PEREIRA, Cassius C. *et al.* Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 28, p. s30-s39, 2012.

TRAVASSOS, Claudia; DE OLIVEIRA, Evangelina X. G.; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Cien Saude Colet**, v. 11, n. 4, p. 975-986, dez. 2006.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saude Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

- TUORTO, Eduarda Ramalho *et al.* Conhecimento em câncer de boca entre os alunos de Graduação de Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência Atual**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 2-13, 2014.
- VARGAS, Deborah Gomes de Miranda *et al.* Inclusion of oral health teams in primary health care promotes early diagnosis of oral and oropharyngeal cancers: a Nationwide study. **BMC Oral Health**, v. 21, n. 312, p. 1-8, 2021.
- VIACAVA, Francisco *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Cien Saude Colet**, v. 23, n. 6, p.1751–62, jun. 2018.
- VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. 1. ed. São Paulo: Editora FIOCRUZ, 2014, 90 p.
- VOLKWEIS, Maurício Roth *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer bucal em um CEO. **Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac**, Camaragibe, v. 14, n. 2, p. 63-70, abr./jun. 2014.
- WADE, J. *et al.* Conducting oral examinations for cancer in general practice: what are the barriers? **Fam Pract**, v. 27, n. 1, p. 77-84, Feb. 2010.
- WARNAKULASURIYA, Saman; SUTHERLAND, Gay; SCULLY, Crispian. Tobacco, oral cancer, and treatment of dependence. **Oral oncol**, v. 41, n. 3, p. 244-260, Mar. 2005.
- WHO – World Health Organization. **Oral health for the 21st century**. Geneva: WHO, 1994. 19 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61431>
- WHO – World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011. 164 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44579>
- WHO – World Health Organization. **Guide to cancer early diagnosis**. Geneva: WHO, 2017. 48 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254500>
- WHO – World Health Organization. **WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all**. Geneva: WHO, 2020. 149 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>
- WÜNSCH-FILHO, Victor. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. **Oral oncol**, v. 38, n. 8, p. 737-746, 2002.
- YIN, Roberto K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205 p.
- YIN, Roberto K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248 p.

ZAITTER, Wellington Menyrval *et al.* Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR). **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 6, n. 4, p. 413-421, 2009.

ZARDO, Geisa Picksius *et al.* Vacina como agente de imunização contra o HPV. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 9, p. 3799-3808, set. 2014.

ZINI, Avraham; CZERNINSKI, Rakefet; SGAN-COHEN, Harold D. Oral cancer over four decades: epidemiology, trends, histology, and survival by anatomical sites. **J Oral Pathol Med**, v. 39, n. 4, p. 299-305, Apr. 2010.

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA POR MEIO DE PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pesquisador: Beatriz Jansen Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30570720.2.0000.5505

Instituição Proponente: Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.072.173

Apresentação do Projeto:

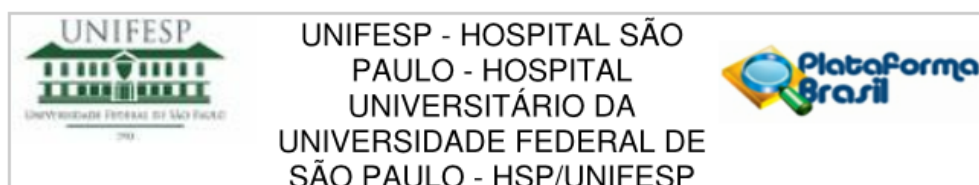
Projeto CEP/UNIFESP n:0368/2020 (parecer final)

Trata-se de Projeto de MESTRADO de EDNA EMIKO MISUGUCHI. Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira. Projeto vinculado ao Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Campus São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1534204.pdf, gerado em 3/4/2020)

APRESENTAÇÃO: No Brasil, houve um considerável acréscimo no número de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis, como os processos neoplásicos, sendo essas a segunda causa de morte em todo mundo. Entre todos os cânceres que acometem a região de cabeça e pescoço, 40% ocorrem na cavidade oral. Como a incidência do câncer de boca tem aumentado nos últimos tempos, torna-se relevante que os profissionais de saúde estejam preparados em reconhecer a lesão e capacitados para identificar os fatores de riscos da doença, procurando desenvolver

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.072.173

atividades de prevenção e detecção precoce e, de promoção de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, os esforços do sistema de saúde em relação ao câncer se concentram, na essência, na educação do público e dos trabalhadores de saúde. Portanto, cabe aos profissionais de saúde estar habilitada para manejar e detectar adequadamente os problemas para que a atenção necessária não seja adiada, comprometendo assim a saúde do indivíduo. Desta forma, o objetivo desse trabalho é identificar as ações de promoção à saúde e prevenção do câncer bucal no âmbito da Atenção Básica, através de uma metodologia problematizadora, que devam estar inseridas na forma de conteúdo em um programa contínuo de Educação Permanente – EPS e de Educação em Saúde, para profissionais da saúde e usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, do Município de Registro (SP), visando a integralidade da assistência à saúde e a participação do usuário para o autocuidado

-HIPÓTESE: Os profissionais de saúde e usuários sentem-se pouco preparados quanto a detecção precoce de lesões malignas bucais.

Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Identificar as ações de promoção à saúde e prevenção do câncer bucal no âmbito da Atenção Básica que devam estar inseridas na forma de conteúdo em um Programa de Educação Permanente – EPS e de Educação em Saúde, para profissionais da saúde e usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, do Município de Registro (SP).

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: • Identificar o conhecimento dos profissionais da saúde dos usuários sobre o câncer bucal no âmbito da Atenção Básica; • Identificar as ações de promoção à saúde e prevenção do câncer bucal no âmbito da Atenção Básica, suas contribuições e impacto dessas ações sobre a incidência do câncer bucal. • Identificar os conteúdos no âmbito da Atenção Básica que devam estar inseridos em um Programa de Educação Permanente e de Educação em Saúde para os usuários; • Desenvolver metodologia problematizadora para o desenvolvimento de um programa contínuo de prevenção e controle do câncer bucal dentro de uma EPS e de uma Educação em Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: Os riscos referente à participação dos sujeitos durante a pesquisa poderá ser o constrangimento às respostas referente à entrevista. Desta maneira será garantido o sigilo na identificação, a recusa de resposta as questões em qualquer momento da pesquisa e o direito da

Endereço: Rua Botucatu, 740	CEP: 04.023-900
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
	E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.072.173

desistência de sua participação na pesquisa.

-BENEFÍCIOS: Conscientização dos profissionais e usuários quanto a importância da detecção precoce de lesões potencialmente maligna.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: A presente pesquisa terá o delineamento prospectivo, qualitativo.

LOCAL: Unidade Básica de Saúde Centro - UBS Centro - do Município de Registro, SP.

PARTICIPANTES: participação 20 usuários da UBS 20 e 15 profissionais de saúde.

-Critério de Inclusão: • ser profissional da área da saúde da UBS Centro do Município de Registro;• ser coordenador técnico na UBS Centro;• ser usuário do SUS pertencente à UBS Centro.

PROCEDIMENTOS: Para a pesquisa será utilizada a entrevista individual semiestruturada. Serão realizadas entrevista semiestruturada a ser aplicada à uma amostra dos profissionais de saúde integrantes dos cenários de pesquisa; entrevista com as coordenações dos cenários de pesquisa; entrevista com uma amostra dos usuários do SUS, pertencentes aos cenários de pesquisa.

(mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados.

2- TCLE a ser aplicado aos participantes.

3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a)- roteiro da entrevista (instrumento.docx, postado em 1/4/2020)

b)-declaração de garantia de sigilo, por parte de Edna Emiko Misuguchi (TCUD.docx, postado em 1/4/2020)

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 4017000 de 08 de Maio de 2020. PROJETO APROVADO.

PENDÊNCIA 1. A declaração de garantia de sigilo, por parte de Edna Emiko Misuguchi (TCUD.docx, postado em 1/4/2020), não está assinada. Solicitamos anexar o documento assinado.

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.072.173

RESPOSTA: Anexado documento TCUD v1_15maio20, devidamente assinado.

PENDÊNCIA 2. Será necessário anexar na Plataforma Brasil, carta de anuência/autorização do responsável pela Unidade Básica de Saúde Centro, UBS Centro, do Município de Registro, a respeito da pesquisa no local.

RESPOSTA: Documento assinado pelo Secretário Municipal de Saúde devido ao afastamento da coordenação técnica da Unidade Básica de Saúde Centro - UBS Centro, até o momento não substituída.
Anexado documento APÊNDICE 3 – CARTA DE ANUÊNCIA v1_15maio20.

PENDÊNCIA 3. Em relação aos 2 TCLEs:

3.a)- informar se a entrevista será individual ou não, onde ocorrerá e quanto tempo em média durará;

RESPOSTA: A entrevista semiestruturada será individual, realizada em sala apropriada na Unidade Básica de Saúde Centro, UBS Centro, com duração de aproximadamente 20 minutos.

SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO IMPORTANTE E, PARA TANTO, SOLICITAMOS GENTILMENTE QUE RESPONDA ESSA ENTREVISTA, QUE SERÁ REALIZADA DE FORMA INDIVIDUAL E EM SALA APROPRIADA, NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – UBS CENTRO, COM O MÁXIMO DE SINCERIDADE POSSÍVEL! O TEMPO MÉDIO PARA RESPONDER À PESQUISA É DE APROXIMADAMENTE 20 MINUTOS.

3.b)- ao disponibilizar os dados do pesquisador para possíveis contatos, inserir também, os dados de Dra. Beatriz Jansen Ferreira já que é a pesquisadora responsável pelo projeto.

RESPOSTA: Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

Endereço: Rua Macedo Soares, 532 – Cidade Universitária Barão Geraldo

Município: Campinas, SP

Telefone: (19) 99140-1418

E-mail: beatrizjansenferreira@gmail.com

Endereço: Rua Botucatu, 740	CEP: 04.023-900
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
	E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.072.173

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. As principais investigadoras são Edna Emiko Misuguchi, que pode ser encontrada no endereço Rua Celso Xavier, 454, Registro, SP. Telefone (13) 99707-9018, e-mail: ednamisu@gmail.com E, PROFA. DRA. BEATRIZ JANSEN FERREIRA, NO ENDEREÇO RUA MACEDO SOARES, 532, CIDADE UNIVERSITÁRIA BARÃO GERALDO, CAMPINAS, SP. TELEFONE (19) 99140-1418, E-MAIL: BEATRIZJANSENERFERREIRA@GMAIL.COM. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 740, Vila Clementino, São Paulo - SP - CEP: 04023-900. Telefone: (11) 5539-7162 ou (11) 5571-1062 – E-mail: cep@unifesp.br. Horário de atendimento: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 9:00 às 12:00 h. Às Quartas, não há atendimento telefônico ou presencial.

3.c)- todas as páginas devem ser numeradas (no formato: 1/4, 2/4, etc. ou 1 de 4, 2 de 4 etc). Ressaltamos que as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE.

RESPOSTA: Alteração do formato de numeração das páginas (formato: 1 de ...).

3.d)- O termo "sujeito de pesquisa" deve ser substituído pelo termo "participante da pesquisa", conforme definição disposta no item II.10 da Resolução CNS nº 466 de 2012.

RESPOSTA:

Esta pesquisa apresenta mínimos riscos esperados para os PARTICIPANTES DA PESQUISA, como percepção de desconforto ou constrangimento na entrevista semiestruturada. Não há benefício direto para o participante, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício relacionado ao resultado da pesquisa.

OBS.: As alterações solicitadas nos itens 3.a, 3.b, 3.c, 3.d encontram-se nos documentos TCLE – profissionais de saúde v2_15maio20 e TCLE – usuários v2_15maio20.

PENDÊNCIA 4. Os 2 termos (TCLE dirigido aos profissionais de saúde e TCLE dirigido aos usuários)

Endereço: Rua Botucatu, 740	CEP: 04.023-900
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
	E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.072.173

foram enviados em um só arquivo (TCLE.docx). Solicitamos que cada termo seja inserido individualmente na Plataforma Brasil, já que são documentos importantes e individuais (com paginação própria).

RESPOSTA: Documento TCLE – profissionais de saúde v2_15maio20

Documento TCLE – usuários v2_15maio20

PENDÊNCIA 5. No final do TCLE lê-se: "Obs.: Em anexo Cartilha do Participante em Pesquisa". Solicitamos esclarecer a que cartilha a frase se refere.

RESPOSTA: Cartilha formulada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, de agosto de 2015.

Anexado o documento CARTILHA DO PARTICIPANTE EM PESQUISA v1_15maio20.

Considerações Finais a critério do CEP:

1 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação toda proposta de modificação ao projeto original, incluindo necessárias mudanças no cronograma da pesquisa, deverá ser encaminhada por meio de emenda pela Plataforma Brasil.

2 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1534204.pdf	15/05/2020 16:04:51		Aceito
Outros	CARTILHA_DO_PARTICIPANTE_EM_PESQUISA_v1_15maio20.docx	15/05/2020 15:59:33	Beatriz Jansen Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios_v2_15maio20.docx	15/05/2020 15:58:53	Beatriz Jansen Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_de_saude_v2_15maio20.docx	15/05/2020 15:58:23	Beatriz Jansen Ferreira	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.072.173

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD_v1_15maio20.pdf	15/05/2020 15:58:00	Beatriz Jansen Ferreira	Aceito
Outros	APENDICE3_CARTA_DE_ANUENCIA_v1_15maio20.pdf	15/05/2020 15:56:42	Beatriz Jansen Ferreira	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.doc	15/05/2020 15:55:49	Beatriz Jansen Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoplatformaedna.pdf	03/04/2020 17:18:46	Beatriz Jansen Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	01/04/2020 16:19:53	Beatriz Jansen Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 05 de Junho de 2020

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br

Anexo 2 – Cartilha do Participante de Pesquisa



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP

CARTILHA DO PARTICIPANTE EM PESQUISA

O QUE É UMA PESQUISA?

Pesquisa é um conjunto de procedimentos que procura criar ou **aumentar o conhecimento** sobre um assunto, e chegar a novas descobertas, que serão úteis para muita gente.

As pesquisas podem ser feitas com **peessoas** em qualquer fase de suas vidas. Podem ser feitas de forma individual ou coletiva. Pode ser, por exemplo, o **estudo do corpo humano** como um todo ou de suas partes (sangue e outros líquidos, ossos, músculos, pele, DNA) ou o estudo da ação de um novo medicamento ou tratamento sobre as pessoas.

Há também aquelas pesquisas realizadas a partir da coleta de **informações** pessoais ou de comunidades inteiras. Elas podem estudar comportamentos, opiniões, preferências, condições e estilos de vida.

As pesquisas são muito importantes para todos, mas **é preciso você saber que existem regras no Brasil que vão protegê-lo ao participar de uma pesquisa.**

No Brasil existem várias regras para as pesquisas que envolvam seres humanos. As principais estão na **Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).**

A RESOLUÇÃO CNS 466/2012 ORIENTA COMO UM ESTUDO PODE SER CONDUZIDO DE FORMA ÉTICA, OU SEJA, COM SEGURANÇA E RESPEITO TOTAL ÀS PESSOAS PARTICIPANTES

EU, UM PARTICIPANTE DE PESQUISA?

Caso concorde em participar de uma pesquisa, você passará a ser um participante de pesquisa. O nome pode parecer estranho, mas indica que você participará ativamente do trabalho a ser desenvolvido. Lembre-se, sua decisão de participar deve ser voluntária, isto é, ser de sua **livre e espontânea vontade**. Contudo, mesmo que você tenha concordado em participar, saiba que, a qualquer momento, você pode mudar de idéia e desistir da pesquisa.

VOCÊ É LIVRE PARA TOMAR QUALQUER DECISÃO E, SEJA QUAL FOR A SUA DECISÃO, VOCÊ NÃO SERÁ PREJUDICADO OU PUNIDO POR ISSO

QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA?

Seu primeiro direito é o de ser informado com detalhes sobre como será a pesquisa e só tomar a decisão de participar depois de **entender**:

- **Por que** é importante fazer a pesquisa?
- **O que** os pesquisadores querem descobrir (objetivos)?
- **Como** a pesquisa será feita (procedimentos/metodologia)?
- Quais serão os **benefícios**?
- Quais e como podem ser as **complicações, desconfortos, riscos ou danos** causados pela pesquisa?

- Existem **outras alternativas** para tratamento?
- Haverá **acompanhamento** da pesquisa e da segurança dos participantes?
- Serei cuidado em caso de alguma complicação? De que modo?
- Quem são os **responsáveis** pela pesquisa? Como posso entrar em contato com eles?

Ao participar como voluntário em qualquer pesquisa, você **também** tem direito aos benefícios resultantes do estudo. E até o fim do trabalho, você que é chamado de **participante de pesquisa** tem direito a:

- **Esclarecimentos:** sempre que desejar e a qualquer momento, você poderá tirar qualquer dúvida e deve ser informado sobre todos os resultados da pesquisa, principalmente sobre os que são do seu interesse, seja sobre benefícios ou complicações.
- **Privacidade e anonimato:** não podem ser divulgadas suas informações pessoais, sem você autorizar.
- **Respeito:** devem sempre ser levados em conta seu modo de pensar, suas crenças, suas escolhas e decisões, seus hábitos e costumes (individuais ou de seu grupo). Além disso, tudo o que for retirado do seu corpo (sangue e outros líquidos, ossos, músculos, pele, DNA, etc.) e as informações que você fornecer aos pesquisadores deverão ser usados somente na pesquisa na qual você concordou em participar.
- **Ressarcimento** dos gastos tidos com a participação no estudo: nem você, nem seu acompanhante (quando a presença dele for necessária) podem ter custos para participar da pesquisa. Essas despesas devem ser pagas pelo patrocinador do estudo.
- **Tratamento e indenização:** em caso de complicações, previstas ou não, relacionadas à pesquisa na qual você estiver participando.

QUAL DOCUMENTO GARANTE QUE OS MEUS DIREITOS SERÃO RESPEITADOS?

Esse documento é o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**. Nele, devem constar todas as informações sobre a pesquisa e todos os seus direitos, em **língua simples, clara e compreensível**.

Ao receber uma **vía** do termo de consentimento, procure:

- **Levá-lo para casa** para pensar no assunto com calma.
- **Ler e reler** com atenção todo o documento.
- **Mostrar e discutir** esse termo de consentimento com pessoas de sua confiança.
- **Assinar** somente se compreender e estiver de acordo com tudo.

LEMBRE-SE, AO ASSINAR O DOCUMENTO, QUE UMA VIA FICA COM O PESQUISADOR E OUTRA COM VOCÊ

Devem constar nesse documento os **nomes completos dos pesquisadores e os telefones para contato**.

NÃO FIQUE COM VERGONHA DE FAZER PERGUNTAS! PERGUNTE MESMO!

Os pesquisadores têm o dever de esclarecer todas as suas dúvidas da maneira mais simples possível, não escondendo nada de você.

E COMO FICA A PARTICIPAÇÃO DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E PESSOAS INCAPAZES?

Essas pessoas estão em **situação de vulnerabilidade**, isto é, não estão em condições de tomar decisões sozinhas ou podem sofrer influência na hora de decidir se querem ou não ser participantes de pesquisa. Nesses casos, os **pais ou responsáveis legais** dessas pessoas devem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes de pesquisa que se encaixam nessas situações têm o direito de serem informados sobre os procedimentos de que

vão participar, até onde forem capazes de entender, e não devem nunca ser forçados a aceitar. Para isso, pode ser apresentado a esses participantes um **Termo de Assentimento**, que se parece com um TCLE, mas é escrito conforme a capacidade de compreensão dos participantes.

OUTROS GRUPOS

Os povos indígenas contam com uma norma específica, também aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, que procura promover e manter o bem-estar individual e das comunidades.

Nenhuma pessoa será discriminada por ser mulher, ou por pertencer a raça/etnia ou religião em particular, ou por ser pobre, ou por não saber ler e escrever, ou a pretexto de idade ou por qualquer outro motivo.

EU POSSO RECEBER DINHEIRO PARA SER PARTICIPANTE DE PESQUISA?

Não, não pode. A participação em qualquer tipo de experimento científico deve ser voluntária. É proibido o recebimento de dinheiro ou mesmo presentes, objetos ou favores que possam parecer algum tipo de pagamento ou gratificação. Entretanto, você poderá receber o reembolso de qualquer despesa que possa ter ao participar de uma pesquisa.

A exceção são as pesquisas chamadas de fase 1 (quando um pequeno número de voluntários saudáveis experimentam um medicamento em teste) ou bioequivalência (feitas para testar se um medicamento funciona da mesma forma que o medicamento de referência).

QUEM AUTORIZA E ACOMPANHA A ÉTICA EM PESQUISAS NO BRASIL?

É função do Sistema CEP/CONEP, que é formado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) - grupo composto por especialistas de várias áreas e representantes da população que acompanham de perto a realização de todos os estudos - e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), responsável pelo controle nacional.

SE VOCÊ QUISER OUTRAS INFORMAÇÕES, PROCURE o Comitê de Ética que aprovou a pesquisa e que está identificado no TCLE. Se necessário, você também pode fazer contato com a CONEP (http://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/index.html).

VOCÊ TAMBÉM PODE VER NA INTERNET A RELAÇÃO DOS PROJETOS APROVADOS NOS CEP,
NA PÁGINA: www.saude.gov.br/plataformabrasil

Agosto, 2015.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Carta de anuência institucional (Prefeitura de Registro – SP)

De: Mestranda Edna Emiko Misuguchi, cirurgiã-dentista do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO

Para: Sr. Edson Carlos de Almeida Gauglitz, Secretário Municipal de Saúde de Registro - SP

Assunto: Solicitação de consentimento para realização de pesquisa na Unidade Básica de Saúde Centro – UBS Centro

Prezado,

Eu, Edna Emiko Misuguchi, atualmente aluna regularmente matriculada do Programa de Mestrado Profissional do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS, da Universidade de Federal São Paulo – UNIFESP, venho respeitosamente solicitar autorização para realização da pesquisa intitulada: “AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA POR MEIO DE PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE”.

A pesquisa tem como objetivo geral identificar as ações de promoção à saúde bucal e prevenção do câncer bucal, no âmbito da Atenção Básica, que devam estar inseridas na forma de conteúdo em um Programa de Educação Permanente – EPS e de Educação em Saúde, para todos os profissionais da saúde e usuários das unidades de saúde do município.

O referido estudo contemplará:

- Roteiro de entrevista semiestruturada a ser aplicado junto aos profissionais de saúde, coordenadores técnicos de saúde e usuários do SUS da UBS Centro, e coleta de dados obtidos através da avaliação de prontuários médicos, abarcando os objetivos previstos nesta pesquisa.
- Os dados coletados serão analisados pela modalidade temática.
- Ressalto que o estudo cumprirá as regras do desenvolvimento da pesquisa e que segue os princípios éticos da Resolução nº 466/2012, Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e demais normas vigentes que tratam da pesquisa envolvendo seres humanos.

Atenciosamente,

Edna Emiko Misuguchi

Ciente de acordo: _____

Data: ____ / ____ / 2020.

Apêndice 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido (profissionais de saúde)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRO – UBS CENTRO, DO MUNICÍPIO DE REGISTRO, PARA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO DE PESQUISA INTITULADO “Ações de Promoção à Saúde Bucal e Prevenção do Câncer Bucal na Atenção Básica por meio de uma Proposta de Educação Permanente e Educação em Saúde”.

Estamos convidando você para participar desta pesquisa, que tem como objetivo identificar as ações de promoção à saúde bucal e prevenção do câncer bucal, no âmbito da Atenção Básica, que devam estar inseridas na forma de conteúdo em um Programa de Educação Permanente – EPS e de Educação em Saúde, para todos os profissionais da saúde e usuários dessa unidade.

Também, como principal investigadora, sou profissional nesta unidade, e estou desenvolvendo esta pesquisa no Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu, nível Mestrado Profissional, na Universidade Federal de São Paulo – Unifesp.

Os procedimentos que irão compor esta pesquisa serão:

- Será construído um roteiro de entrevista semiestruturada a ser aplicado junto aos profissionais de saúde, coordenadores técnicos de saúde e usuários do SUS.

Esta pesquisa apresenta **mínimos riscos esperados** para os participantes da pesquisa, **como percepção de desconforto ou constrangimento na entrevista semiestruturada**. Não há benefício direto para o participante, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício relacionado ao resultado da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é Edna Emiko Misuguchi, que pode ser encontrada no endereço Rua Celso Xavier, 454, Registro, SP. Telefone (13) 99707-9018, e-mail: ednamisu@gmail.com, e Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira, no endereço Rua Macedo Soares, 532, Cidade Universitária Barão Geraldo, Campinas, SP. Telefone (19) 99140-1418, e-mail: beatrizjansenferreira@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 740, Vila Clementino, São Paulo - SP - CEP: 04023-900. Telefone: (11) 5539-7162 ou (11) 5571-1062 – E-mail: cep@unifesp.br. Horário de atendimento: segundas, terças, quintas e sextas, das 9:00 às 12:00 h. Às quartas, não há atendimento telefônico ou presencial.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de suas atividades na unidade de saúde onde atua. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as dos outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Está garantido o direito de você ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Torna-se explícito o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Sua participação é muito importante e para tanto solicitamos gentilmente que responda essa entrevista, que será realizada de forma **individual** e em sala apropriada na Unidade Básica de Saúde – UBS Centro, com o máximo de sinceridade possível! O tempo médio para responder à pesquisa é de aproximadamente 20 minutos.

Consentimento do participante

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, referente a esta pesquisa. Eu dialoguei com Edna Emiko Misuguchi sobre a minha decisão em participar deste estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e **mínimos riscos**, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou na minha atuação nessa unidade de saúde ou na utilização do serviço de saúde, no caso do usuário.

Nome do Participante: _____

Endereço: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura do Participante: _____

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____ .

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos, **sendo disponibilizados em 2 vias originais, uma para ficar com o participante e outra, para o pesquisador.**

Obs.: Em anexo Cartilha do Participante em Pesquisa.

Nome do responsável pelo estudo: Edna Emiko Misuguchi

Assinatura: _____

Local e data: _____

Apêndice 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido (usuários)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRO – UBS CENTRO, DO MUNICÍPIO DE
REGISTRO, PARA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO DE PESQUISA INTITULADO
“Ações de Promoção à Saúde Bucal e Prevenção do Câncer Bucal na Atenção
Básica por meio de uma Proposta de Educação Permanente e Educação em
Saúde”.**

Estamos convidando você para participar desta pesquisa, que tem como objetivo identificar as ações de promoção à saúde bucal e prevenção do câncer bucal, no âmbito da Atenção Básica, que devam estar inseridas na forma de conteúdo em um Programa de Educação Permanente – EPS e de Educação em Saúde, para todos os profissionais da saúde e usuários dessa unidade.

Também, como principal investigadora, sou profissional nesta unidade, e estou desenvolvendo esta pesquisa no Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu, nível Mestrado Profissional, na Universidade Federal de São Paulo – Unifesp.

Os procedimentos que irão compor esta pesquisa serão:

- Será construído um roteiro de entrevista semiestruturada a ser aplicado junto aos profissionais de saúde, coordenadores técnicos de saúde e usuários do SUS.

Esta pesquisa apresenta mínimos riscos esperados para os participantes da pesquisa, como percepção de desconforto ou constrangimento na entrevista semiestruturada. Não há benefício direto para o participante, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício relacionado ao resultado da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é

Edna Emiko Misuguchi, que pode ser encontrada no endereço Rua Celso Xavier, 454, Registro, SP. Telefone (13) 99707-9018, e-mail: ednamisu@gmail.com, e Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira, no endereço Rua Macedo Soares, 532, Cidade Universitária Barão Geraldo, Campinas, SP. Telefone (19) 99140-1418, e-mail: beatrizjansenferreira@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 740, Vila Clementino, São Paulo - SP - CEP: 04023-900. Telefone: (11) 5539-7162 ou (11) 5571-1062 – E-mail: cep@unifesp.br. Horário de atendimento: segundas, terças, quintas e sextas, das 9:00 às 12:00 h. Às quartas, não há atendimento telefônico ou presencial.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de suas atividades na unidade de saúde onde atua. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as dos outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Está garantido o direito de você ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Torna-se explícito o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Sua participação é muito importante e para tanto solicitamos gentilmente que responda essa entrevista, que será realizada de forma individual e em sala apropriada na Unidade Básica de Saúde – UBS Centro, com o máximo de sinceridade possível! O tempo médio para responder à pesquisa é de aproximadamente 20 minutos.

Consentimento do participante

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, referente a esta pesquisa. Eu dialoguei com Edna Emiko Misuguchi sobre a minha decisão em participar deste estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e **mínimos riscos**, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou na minha atuação nessa unidade de saúde ou na utilização do serviço de saúde, no caso do usuário.

Nome do Participante: _____

Endereço: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura do Participante: _____

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____.

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos, **sendo disponibilizados em 2 vias originais, uma para ficar com o participante e outra, para o pesquisador.**

Obs.: Em anexo Cartilha do Participante em Pesquisa.

Nome do responsável pelo estudo: Edna Emiko Misuguchi

Assinatura: _____ Local e data: _____

Apêndice 4 – Termo de compromisso de utilização de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR

**Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)**

Eu, Edna Emiko Misuguchi, do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu, na Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, do curso de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde, modalidade profissional, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “**Promoção à Saúde e Prevenção do Câncer de Boca na Atenção Primária por meio de uma Proposta de Educação Permanente e de Educação em Saúde**”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos na entrevista a ser realizada, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários e arquivos, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem a opiniões, informações e conhecimento dos profissionais de saúde e usuários da UBS Centro sobre a temática do câncer bucal, a fim de que estes dados possam contribuir para a elaboração de um Programa de Educação Permanente e de Educação em Saúde, de forma contínua.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha, a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte deles, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/ENSP.

Registro, ___ / ___ / 2021.

Edna Emiko Misuguchi

Apêndice 5 – Roteiro para entrevista semiestruturada (profissionais de saúde)

Entrevista semiestruturada aos **profissionais de saúde** da Unidade Básica de Saúde Centro – UBS Centro, do município de Registro (SP).

IDENTIFICAÇÃO:

- ⇒ Idade: _____
- ⇒ Sexo: F () M ()
- ⇒ Formação Acadêmica e ano de conclusão: _____
- ⇒ Tempo de vínculo no serviço: _____
- ⇒ Tempo de coordenação técnica: _____
- ⇒ Vínculo em outro serviço:
Hospital () Consultório particular () Outros locais: _____
- ⇒ Carga horária do serviço:
20 horas () 30 horas () 40 horas () Horário estendido ()
- ⇒ Histórico de câncer na família: () Sim
Grau de parentesco: _____ Tipo de câncer: _____

QUESTÕES:

1. Qual o seu conhecimento sobre o câncer bucal? Você conhece as medidas preventivas para evitar a sua ocorrência?
2. Quais são as fragilidades e desafios sobre o câncer bucal no exercício da sua profissão na atenção básica?
3. Na sua opinião, quais são os fatores que levam ao diagnóstico tardio do câncer bucal?
4. Quais as ações de promoção à saúde bucal e prevenção do câncer bucal estão inseridas no cotidiano dos atendimentos realizados ao paciente dessa unidade de saúde?
5. Quais os conteúdos que na sua opinião deveriam ser abordados na Educação Permanente em Saúde - EPS nessa unidade no que diz respeito ao câncer bucal?

Apêndice 6 – Roteiro para entrevista semiestruturada (usuários)

Entrevista semiestruturada aos **usuários** da Unidade Básica de Saúde Centro – UBS Centro, do município de Registro (SP).

IDENTIFICAÇÃO

- ⇒ Idade: _____
- ⇒ Sexo: F () M ()
- ⇒ Raça: Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena ()
- ⇒ Grau de escolaridade: _____
- ⇒ Ocupação: _____
- ⇒ Residente há: _____ nesse município.
- ⇒ Usuário do SUS há: _____
- ⇒ Grupo de tratamento: Diabetes () Hipertensão () Coração ()
Outro (). Qual? _____
- ⇒ Histórico de câncer na família: () Sim
Grau de parentesco: _____ Tipo de câncer: _____

QUESTÕES:

1. Qual o seu conhecimento sobre o câncer bucal? Conhece as maneiras para se evitar a sua ocorrência?
2. Na sua opinião, quais são os fatores que levam à descoberta tardia do câncer bucal?
3. Quais as ações que promovem à saúde bucal e prevenção do câncer bucal foram repassados por profissionais de saúde dessa unidade de saúde?
4. Como acha que esses temas (promoção da saúde bucal e prevenção do câncer bucal) podem ser melhor abordados pelos profissionais de saúde?