

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FABRIZIA FOLETTO

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA E ESTADIAMENTO DE CÂNCER DE BOCA E
OROFARINGE, COBERTURA DE SAÚDE BUCALE DADOS DOS SERVIÇOS
EM MUNICÍPIOS SUL-MATO-GROSSENSES**

CAMPO GRANDE

2022

FABRIZIA FOLETTO

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA E ESTADIAMENTO DE CÂNCER DE BOCA E
OROFARINGE, COBERTURA DE SAÚDE BUCALE DADOS DOS SERVIÇOS
EM MUNICÍPIOS SUL-MATO-GROSSENSSES**

Dissertação apresentada ao Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Nathan Aratani

CAMPO GRANDE

2022

FABRIZIA FOLETTO

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA E ESTADIAMENTO DE CÂNCER DE BOCA E
OROFARINGE, COBERTURA DE SAÚDE BUCALE DADOS DOS SERVIÇOS
EM MUNICÍPIOS SUL-MATO-GROSSENSES**

Dissertação apresentada ao Instituto Integrado de
Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do
Sul, como parte das exigências do Programa de
Pós-graduação em Saúde da Família para obtenção
do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Nathan Aratani

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu à candidata o conceito
_____.

Campo Grande, 08 de Setembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

NOTA/CONCEITO

Nathan Aratani - UFMS

Mara Lisiane de Moraes dos Santos – UFMS

Laís Salomão Arias –Prefeitura Municipal de Campo Grande

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Auxilio (in memória), exemplo de honra, coragem, persistência e otimismo, que sempre comigo está;

À minha mãe Benvinda, mulher forte, minha melhor amiga, meu anjo da guarda, que com amor ainda cuida de mim;

Aos meus filhos Eduardo e Gustavo, meus companheiros, para que eu seja espelho de que estudo, trabalho, dedicação e foco nos fazem maiores, melhores, fortes e realizados. Que mesmo longe, sempre estivemos unidos e próximos!

Sou parte de vocês!

Amo e sou amada!

“Enquanto houver fôlego em Você–Persista!”

Tudo posso naquele que me fortalece!

Filipenses 4:13

AGRADECIMENTOS

A Deus, agradeço- Lhe diariamente em me fazer forte e seguir meu propósito, resistindo e persistindo, encontrando conforto e paz em meus cânticos;

À Maria, Nossa Senhora, que em muitos momentos me consolou e me fortificou;

Ao Sandro, meu esposo, que em algum instante esteve comigo;

Aos meus irmãos, sobrinhos e cunhadas pelo carinho e atenção;

À minha boxer Athena, parceira, que me percebia e me acarinhava;

À vida, que durante os anos de pandemia Covid-19, que dentre tantas vidas ceifadas, manteve meus queridos comigo e com saúde;

Aos docentes, que devido a pandemia Covid-19, de forma inédita e virtual, se adaptaram e generosamente compartilharam seus conhecimentos com a Turma 2020/22;

Aos meus colegas de mestrado que dividimos nossas aflições e vitórias;

Aos meus amigos, que tinham uma palavra de incentivo;

À UFMS, instituição companheira de graduação, especialização e agora, mestrado;

À PMCG, parceira do meu sustento e realizações pessoais e profissionais;

Aos meus labores, que diante de tantas responsabilidades e compromissos, mantiveram-me reta e avante;

A todos que de alguma maneira e em algum momento me inspiraram e trilharam o caminho ao meu lado;

A Dra. Marcia Rodrigues Gorisch, quem gentilmente esclareceu muitas dúvidas;

A prof^a Adriane Batiston, que foi companheira e determinante na minha trajetória;

Ao prof. Nathan Aratani, meu orientador, que me acolheu e não largou minha mão, mostrando-me que mesmo simples, pode ser reflexivo e possível;

A mim mesma, que sempre estivemos juntas!!!!

Gratidão!

RESUMO

Considerando estimativa no Brasil de 15.190 novos casos de câncer de boca e orofaringe para o triênio 2020 a 2022, justifica-se a importância da Equipe de Saúde Bucal na Atenção Primária estar qualificada para o diagnóstico precoce de lesões sugestivas e incipientes de câncer de boca e orofaringe; capacitada para realização da biópsia; e conhecimento do fluxo de regulação para os serviços especializados, promovendo o acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. **OBJETIVO** Avaliar a conduta das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária no manejo do câncer de boca e orofaringe em municípios sul-mato-grossenses. **METODOLOGIA** Estudo descritivo, transversal, quantitativo, de bases de dados secundários oficiais e públicos, referentes aos municípios do estado de Mato Grosso do Sul. Foi analisado dados de prevalência de câncer de boca e orofaringe, CID-10 C00 - C10, cobertura de saúde bucal, estadiamento e a realização de cuidados em saúde bucal a partir dos dados do PMAQ-AB, 3º Ciclo. **RESULTADOS** Todos municípios sul-mato-grossenses, com exceção de Caarapó e Tacuru, apresentaram cobertura de saúde bucal acima da média nacional. O diagnóstico no estágio avançado foi predominante, inclusive naqueles com presença de 100% de cobertura de saúde bucal. Evidenciou fragilidades nos serviços de prevenção e diagnóstico do câncer de boca; busca ativa de lesões potencialmente cancerizáveis e de casos na comunidade; e exame sistemático das mucosas orais. Houve desconhecimento dos fluxos de encaminhamento para realização de biópsias e tratamento do câncer de boca e orofaringe aos Centros de Especialidades Odontológicas dentre as equipes de um mesmo município. **CONCLUSÕES** Foram encontradas falhas no processo de trabalho em relação às ações de prevenção, busca ativa, exames das mucosas orais, realização de biópsias, referência para biópsia e tratamento, podendo influenciar no estadiamento do diagnóstico, tratamento, qualidade de vida e sobrevida do paciente com neoplasias malignas de câncer de boca e orofaringe. Como potencialidades de aplicação ao Sistema Único de Saúde reforça-se a necessidade de educação permanente aos profissionais odontólogos para qualificar as ações de prevenção em saúde e conhecimento dos fluxos assistenciais, de modo a qualificar o cuidado.

Palavras Chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde Bucal; Neoplasias Bucais; Estadiamento.

ABSTRACT

Considering an estimate of 15,190 new cases of oral and oropharyngeal cancer in Brazil for the three-year period 2020 to 2022, the importance of the Oral Health Team in Primary Care being qualified for the early diagnosis of suggestive and incipient lesions of oral and oral cancer is justified. oropharynx; qualified to perform the biopsy; and knowledge of the flow of regulation for specialized services, promoting access, longitudinality, completeness and coordination of care. **OBJECTIVE** Evaluate the behavior of the Oral Health Teams in Primary Care in the management of oral and oropharyngeal cancer in municipalities in the south of Mato Grosso. **METHODOLOGY** Descriptive, cross-sectional, quantitative study of official and public secondary databases, referring to municipalities in the state of Mato Grosso do Sul. Data on the prevalence of oral and oropharyngeal cancer, ICD-10 C00 - C10, oral health coverage, staging and oral health care were analyzed based on data from the PMAQ-AB, 3rd Cycle. **RESULTS** All municipalities in Mato Grosso do Sul, with the exception of Caarapó and Tacuru, had oral health coverage above the national average. Diagnosis in the advanced stage was predominant, even in those with 100% oral health coverage. It showed weaknesses in oral cancer prevention and diagnosis services; active search for potentially cancerous lesions and cases in the community; and systematic examination of the oral mucosa. There was a lack of knowledge about referral flows for performing biopsies and treatment of oral and oropharyngeal cancer to Dental Specialty Centers among teams in the same municipality. **CONCLUSIONS** Failures were found in the work process in relation to prevention actions, active search, examination of the oral mucosa, performance of biopsies, referral for biopsy and treatment, which may influence the staging of the diagnosis, treatment, quality of life and patient survival with malignant neoplasms of mouth and oropharynx cancer. As a potential for application to the Unified Health System, the need for permanent education for dental professionals is reinforced to qualify preventive actions in health and knowledge of care flows, in order to qualify care.

Keywords: Family Health; Primary Health Care; Dental Health Services; Oral Neoplasms; Staging.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Municípios: dados de prevalências, cobertura de Saúde Bucal e estadiamento de câncer de boca e orofaringe de Mato Grosso do Sul, DEZ/2021.....43

Tabela 2 - Municípios com as 5 maiores prevalências de câncer de boca e orofaringe, cobertura de Saúde Bucal, estadiamento e dados dos serviços, segundo PMAQ- 3º Ciclo, Mato Grosso do Sul, DEZ/2021.....45

Tabela 3- Municípios com as 5 menores prevalências de câncer de boca e orofaringe, cobertura de Saúde Bucal, estadiamento e dados dos serviços, segundo PMAQ- 3º Ciclo, Mato Grosso do Sul, DEZ/2021.....46

Tabela 4 - Município de Campo Grande, prevalências de câncer de boca e orofaringe, cobertura de Saúde Bucal, estadiamento e dados dos serviços, segundo PMAQ- 3º Ciclo, Mato Grosso do Sul, DEZ/2021.....47

Manuscrito

Tabela 1 - Municípios com as cinco maiores prevalências de câncer de boca e orofaringe, cobertura de Saúde Bucal e dados dos serviços, segundo PMAQ- 3º Ciclo, Mato Grosso do Sul, DEZ/2021.....55

Tabela 2- Municípios com as cinco menores prevalências de câncer de boca e orofaringe, cobertura de Saúde Bucal e dados dos serviços, segundo PMAQ- 3º Ciclo, Mato Grosso do Sul, DEZ/2021.....56

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CaSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
CCECP	Carcinoma de Células Escamosas de Cabeça e Pescoço
CEC	Carcinoma Espinocelular
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CHS	Carga horária Semanal
CHW	Community Health Workers
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – décima revisão
eAP	Equipes de Atenção Primária
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPV	Papilomavírus Humano
FHP	Frontline Healthcare Providers
HR – HPV	High-Risk Human Papillomavirus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ – AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
%	Porcentagem
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCBP	Registros de Câncer de Base Populacional
RHC	Registros Hospitalares de Câncer
RUV	Radiação Ultravioleta
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SISCAN	Sistema de Informações de Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
UOM	Unidade Odontológica Móvel
UV	Ultravioleta

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Cânceres de boca e de orofaringe	14
2.2 Cânceres de boca e de orofaringe: Carga global	18
2.3 Cânceres de boca e orofaringe em Mato Grosso do Sul	22
2.4 Impacto dos fatores contextuais nos cânceres de boca e de orofaringe	23
2.5 Impacto dos fatores individuais nos cânceres de boca e de orofaringe	24
2.6 Fatores que interferem no estadiamento do diagnóstico	25
2.7 Políticas públicas de incentivo e promoção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde	28
2.8 Atenção Primária à Saúde Bucal	30
2.9 Potencial da Equipe de Saúde Bucal para atuação na prevenção dos cânceres de boca e de orofaringe	32
2.10 Avaliação de Serviços de Saúde	35
3 OBJETIVOS	37
3.1 Objetivo Geral	37
3.2 Objetivos Específicos	37
4 METODOLOGIA	38
4.1 Aspectos Éticos	39
5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	41
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
6.1 Manuscrito - ANÁLISE DA COBERTURA DE SAÚDE BUCAL E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIOS SUL-MATO-GROSSENSES	51
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	67
ANEXO A - Questionário da Avaliação Externa	76
ANEXO B – CARTA DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO - CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA	78
ANEXO C – CARTA DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO - CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA: Correções	79
ANEXO D – CARTA DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO - CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA: Confirmação de Envio	80

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o sítio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), Estimativa 2020, para cada ano do triênio 2020-2022, o número de casos novos estimados de câncer da cavidade oral esperados para o Brasil serão de 11.200 em homens e de 4.010 em mulheres, correspondendo a um risco estimado de 10,70 casos novos a cada 100 mil homens, com 5,0% de incidência, ocupando a quinta posição na incidência estimada conforme a localização primária do tumor e 3,71 novos casos para cada 100 mil mulheres, décima terceira na frequência entre todos os cânceres. (BRASIL, 2020a)

O Atlas de Mortalidade por Câncer de 2020, a partir das informações disponibilizadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), considerando localização primária do tumor, revela que 6.192 casos evoluíram ao óbito pelo câncer da cavidade oral, (BRASIL, 2022a; BRASIL, 2022b);

O atraso no diagnóstico – período desde o aparecimento de sintomas até o diagnóstico final - pode ser de responsabilidade dos profissionais ou dos pacientes, variando na literatura desde menos de 1 mês até mais de 7 anos. Um número elevado de paciente é diagnosticado quando a doença já se encontra em estágios avançados que combinado ao tratamento tardio, influenciam diretamente na morbidade e mortalidade, com abordagens terapêuticas mais radicais. O paciente que acessa o serviço de saúde e tem atendido apenas a queixa principal, sem o olhar ampliado do cirurgião – dentista, terá grandes probabilidades de ser subdiagnosticado. A tríade profissional – equipe – comunidade compartilham um perfil único em que todos participam do processo ativo de diagnóstico. Quando as atitudes curativas se sobrepõem às preventivas, certamente a tríade proposta se mostra falha em algum dos alicerces. (LOMBARDO *et al.*, 2014).

Os níveis de prevenção ao câncer da boca são divididos em três: primário, secundário e terciário. A prevenção primária visa ações ou iniciativas que promovam a redução da incidência e a prevalência da doença, incentivando mudanças de hábitos individuais; interrompendo ou diminuindo os fatores de risco, antes mesmo da instalação da lesão, como tabagismo, etilismo e exposição solar dos lábios. (PEREIRA *et al.*, 2012)

A prevenção secundária refere-se ao diagnóstico precoce da doença antes

mesmo do paciente apresentar alguma queixa clínica, que pode levar meses para sinais e sintomas serem percebidos por ele. O diagnóstico precoce dessas neoplasias bucais faz com que os níveis de cura alcancem mais de 90% dos casos. (PEREIRA *et al.*, 2012)

A prevenção terciária pretende limitar o dano, controlar a dor, prevenir complicações secundárias, melhorar a qualidade de vida durante o tratamento, e quando possível, reintegrar o indivíduo à sociedade, realizando atividades diárias anteriormente exercidas. A Atenção Primária, porta de entrada para o sistema de atenção em saúde, é o local adequado para desenvolvimento das ações de controle dos fatores de risco, diagnóstico precoce e atenção em saúde do paciente oncológico. (PEREIRA *et al.*, 2012)

As Portarias nº 1570 e nº. 1571 (2004) e, posteriormente, a nº. 599 (2006), do Ministério da Saúde, definiram a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), estabelecendo critérios, normas e requisitos para sua habilitação, privilegiando a Estomatologia, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal. (PEREIRA *et al.*, 2012)

A integração entre a Atenção Primária e os demais níveis de atenção representa um desafio do sistema de saúde brasileiro para a configuração das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A Atenção Primária referenciam os usuários para os serviços especializados aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que por sua vez, após conclusão do tratamento, contrarreferenciam esses usuários à suas unidades de origem, completando o ciclo dos atributos de coordenação, continuidade e integralidade em saúde bucal. (BALDANI *et al.*, 2018)

O uso de um mecanismo autoavaliativo e de avaliação externa como método de encontrar as fragilidades e possíveis melhorias aos serviços de saúde vem contribuindo positivamente para o alcance na qualidade de atenção à saúde prestada aos usuários. Por meio de avaliações constantes e de forte apoio aos centros de saúde, é possível vislumbrar mudança e fazer alcançar as metas, cada vez mais cobradas. (FEITOSA *et al.*, 2016)

Sendo a Atenção Primária a principal porta de entrada do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuando como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (DUARTE e MOREIRA, 2018), é fundamental que o

odontólogo, profissional de saúde bucal da atenção primária, esteja qualificado para reconhecimento tanto das lesões pré-malignas, quanto dos carcinomas em fase inicial, para que oportunamente seja regulado para os serviços especializados para continuidade do cuidado.

Como forma de evitar o diagnóstico do câncer bucal num estadiamento avançado, é preciso coordenar e reordenar o processo de trabalho e as ferramentas disponíveis às Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária em Saúde, o suporte especializado recebido e o entrosamento entre os diferentes níveis de atenção ao cuidado do paciente.

Mediante a análise dos dados secundários nacionais do Terceiro Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde, avaliar-se-ão o desempenho das equipes de saúde bucais participantes desse programa em relação às ações de prevenção no diagnóstico do câncer orofaríngeo, com intercessões de busca ativa, exame das mucosas orais, realização de biópsia, referência para biópsia e tratamento, parametrizados com a cobertura da saúde bucal, prevalência da população e estadiamento da neoplasia no instante do diagnóstico dos municípios selecionados. Tais avaliações contribuirão como fonte de apoio ao incremento de políticas públicas; ordenação da rede e coordenação do cuidado integral e longitudinal do usuário SUS; adoção de novas rotinas de trabalho e instituição do ensino de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Cânceres de boca e de orofaringe

Os cânceres de lábio e cavidade oral estão no grupo de tumores de cabeça e pescoço e não há um consenso sobre quais sítios anatômicos devem ser incluídos nesse conjunto de neoplasias. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) considera como câncer de lábio e cavidade oral as neoplasias malignas classificadas pela CID-10 nos códigos do C00 ao C10, ou seja, sítios em localização primária de lábios, cavidade oral, glândulas salivares e orofaringe (BRASIL, 2021)

A orofaringe é formada pela parte posterior da língua, as amígdalas e o palato fibroso. (BRASIL, 2022a)

Para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionado à saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como referência a Classificação Internacional de Doenças, décima revisão, CID-10. A cada estado de saúde é atribuída uma classificação única à qual corresponde um código CID 10. Em relação à citação das neoplasias malignas de boca e orofaringe, têm-se os seguintes principais códigos, que por sua vez se subdividem em sub-códigos: C00 - Neoplasia Maligna do Lábio; C01 - Neoplasia Maligna da Base da Língua; C02 - Neoplasia Maligna de Outras Partes e de Partes Não Especificadas da Língua; C03 - Neoplasia Maligna da Gengiva; C04 - Neoplasia Maligna do Assoalho da Boca; C05 - Neoplasia Maligna do Palato; C06 - Neoplasia Maligna de Outras Partes e de Partes Não Especificadas da Boca; C07 - Neoplasia Maligna da Glândula Parótida; C08 - Neoplasia Maligna de Outras Glândulas Salivares Maiores e as Não Especificadas; C09 - Neoplasia Maligna da amígdala; C10 - Neoplasia Maligna da Orofaringe. (MEDICINANET, 2022)

Portanto, é importante observar quais são as neoplasias inseridas na nomenclatura “câncer de cavidade oral” ou “câncer de boca” apontadas em pesquisas ou em relatórios, proporcionando correto monitoramento e comparabilidade do cenário epidemiológico. (BRASIL, 2021)

Conforme disposto, o câncer da boca - também conhecido como de lábio, cavidade oral e orofaríngeo – é um tumor maligno desenvolvendo-se em lábios,

estruturas da boca, gengivas, mucosa jugal, palato, língua e assoalho da boca. (BRASIL, 2022a)

Estimou-se ter no Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, 15.190 novos casos, sendo 11.180 homens e 4.010 mulheres. No Atlas de Mortalidade por Câncer, 2020, foram registradas 6.192 mortalidades por neoplasias orais, sendo 4.767 homens e 1.425 mulheres. O câncer de boca e orofaringe manifesta-se predominantemente no sexo masculino acima dos 40 anos, geralmente diagnosticados em estágios avançados. (BRASIL, 2022a)

Foi descrito a mortalidade por cânceres da boca e faringe (Cid-10 C00-C14) em crianças (entre zero e 14 anos) e adolescentes, (de 15 a 19 anos, no período compreendendo de 1999 à 2005 no Brasil, em que foram considerados cânceres localizados no lábio (C00); na cavidade oral, inclusive a orofaringe (C00 - C10). Constatou-se que, dentre os sítios anatômicos que levaram crianças e adolescentes a óbito da cavidade bucal, foram a orofaringe (9,6%), a língua (5,4%), o palato (4,8%) e as glândulas salivares (3,6%). Ao se analisar os óbitos em crianças e adolescentes, dentre 167 casos avaliados, observou-se 2 óbitos por sítio anatômico do lábio e 59, em cavidade oral. (MACIEL, *et al*, 2010)

Os principais fatores de risco que influenciam a manifestação das lesões são hábitos do tabagismo; etilismo; exposição à radiação solar – principalmente nos lábios; excesso de gordura corporal; infecção pelo papilomavírus humano (HPV) tipo 16, imunossupressão, gênero masculino e idade maior que 40 anos. Portanto, os profissionais da saúde devem estar atentos a esses fatores e aos sinais e sintomas do câncer para que a identificação precoce, diagnóstico e tratamento possam ser contempladas rapidamente, com impacto no prognóstico e no resultado funcional e de qualidade de vida, preservando-se assim estruturas funcionais e estéticas, bem como, prevenindo óbitos. (BRASIL, 2022a)

Embora o diagnóstico possa ser feito clinicamente, a confirmação advém após a lesão biopsiada sofrer análise histopatológica. Exames de imagem, como a tomografia computadorizada, auxiliam no diagnóstico e na avaliação da extensão da tumoração. O tratamento geralmente é cirúrgico, tanto para pequenos, médios e grandes tumores. A radioterapia e a quimioterapia são indicadas quando a cirurgia não é possível ou quando o tratamento cirúrgico deixaria sequelas funcionais significantes dificultando a reabilitação funcional e a qualidade de vida do paciente.

(BRASIL, 2022a)

Considerando que o câncer de lábio e cavidade oral, apresenta variações regionais importantes na incidência e mortalidade, em maio de 2019, o Ministério da Saúde disponibilizou o PAINEL – Oncologia para que gestores e estabelecimentos de saúde fossem capazes de monitorar o intervalo de tempo entre o diagnóstico de uma neoplasia maligna e o início do tratamento oncológico, dados esses referentes ao exame anatomopatológico registrados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e no Sistema de Informações de Câncer (SISCAN), considerando três modalidades terapêuticas contra o câncer: cirurgia, quimioterapia e radioterapia, acessíveis na Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), Sistema de Informação Hospitalar (SIH). (BRASIL, 2020b)

As fontes comumente usadas para a extração de dados da morbidade por câncer são os inquéritos epidemiológicos, os registros hospitalares de câncer (RHC) e os registros de câncer de base populacional (RCBP). No estudo realizado a partir da base de dados do Centro Especializado de Odontologia (CEO) do Grupo Hospitalar Conceição, na cidade de Porto Alegre, avaliou 73 pacientes com câncer bucal, onde histologicamente identificou-se carcinoma espinocelular (56), linfoma não-Hodgkin (3), carcinoma de células basais de glândulas salivares (1), linfoma difuso de grandes células (1), sarcoma de Kaposi (5), carcinoma verrucoso (2), carcinoma adenóide cístico (2), carcinoma basocelular (1), adenocarcinoma (1) e neoplasia de origem vascular (1), onde carcinoma espinocelular, linfoma não-Hodgkin e sarcoma de Kaposi foram avaliados estatisticamente separados e o restante dos tipos histológicos encontrados nesta pesquisa entraram na categoria "outros" (VOLKWEIS *et al.*, 2014)

Embora o acesso da cavidade oral seja de fácil visualização, a maioria dos carcinomas da boca são diagnosticados na fase sintomática, de tamanho maior que 2 cm e com metástase regional para linfonodos. O tratamento, dependendo de fatores como local do tumor, estágio, tratamentos prévios, histopatologia e idade do paciente, pode facultar entre cirurgia, radioterapia e quimioterapia ou associação entre eles. (VOLKWEIS *et al.*, 2014)

Qualquer lesão na boca que não cicatrize em até 15 dias deve ser investigada, inspecionando volume, contorno, cor, textura da mucosa de revestimento das estruturas da cavidade oral. Os principais sinais e sintomas, em ordem crescente de gravidade, são placas vermelhas ou esbranquiçadas na língua, nas gengivas, no

palato e na mucosa jugal que não decorrem de outra doença ou causa conhecida; nódulos (caroços) no pescoço; rouquidão persistente; dificuldade de mastigação e deglutição; dificuldade na fala e assimetria facial. (BRASIL, 2021)

Mesmo sabendo que é necessário detectar e tratar precocemente essa enfermidade a fim de reduzir a mortalidade e o impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo, apesar de que ocorra em região amplamente acessível ao exame clínico, as lesões ainda são diagnosticadas muito tardiamente. Em estudo nacional, identificou-se que apenas 6,25% dos tumores são considerados *in situ* ou estágio I (fase inicial), enquanto os estadiamentos II, III e IV correspondem a 18,19%; 34,45%; e 41,12%, respectivamente, caracterizando um atraso na linha de cuidado dos usuários com essa neoplasia. (LIMA; O'DWYER, 2020)

O carcinoma epidermóide corresponde a 90% das lesões malignas da cavidade oral e da orofaringe. Ao lado do tabagismo e etilismo, os vírus oncogênicos - destacando-se o papilomavirus humano (HPV) - estão relacionados ao desenvolvimento da doença, intensificando ou alterando a ação carcinogênica do álcool e do tabaco. Adquirido por transmissão sexual ou precocemente, durante o nascimento, do trato genital da mãe para a cavidade bucal do neonatal, esse vírus tem amplo tropismo por epitélio da mucosa, sendo o HPV, subtipo 16 o mais frequentemente localizado em cavidade oral nos pacientes com carcinoma epidermóide. (MORAIS; TINOCO; ALMEIDA, 2017)

O papilomavirus humano (HPV) tem sido associado ao carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço (CCECP), principalmente em jovens não portadores de fatores de risco como tabaco e álcool. O DNA genômico de HPV oncogênico, sobretudo do tipo 16, foi identificado em aproximadamente 25% de casos de CCECP no mundo. O HPV é identificado em alto risco ou oncogênico, quando combinados com malignidades, ou de baixo risco ou não oncogênico, se associados a doenças benignas. (MATOS; MIRANDA; CERNEA, 2015)

O câncer de boca e orofaringe, de comportamento agressivo, apresenta metastatização cervical precoce, frequentemente, contra-lateral, já que os linfáticos cruzam a linha média. Oligossintomático no início, devido ao padrão de inervação sensitiva do glossofaringeo, à superfície irregular da mucosa e das tonsilas palatinas, com suas criptas, onde um pequeno carcinoma pode ocultar-se ao exame clínico e à desatenção do paciente na autoinspeção. (DEDIVITIS *et al.*, 2004)

No estudo realizado no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de Misericórdia de Santos e do Hospital Ana Costa entre os anos de 1997 a 2000, enfatizou a importância do médico e dentista no reconhecimento das lesões e diagnóstico precoce e constatou-se os seguintes dados referentes ao Carcinoma Espinocelular (CEC) em boca e orofaringe. (DEDIVITIS *et al.*, 2004)

No grupo de CEC de boca 81% foram encaminhados por médicos, 14 % por dentistas e 5 % buscado pelo próprio paciente; em relação ao tabagismo, 35% fumavam até 40 cigarros por dia, 23,2% não tabagistas; 74% relataram consumo de bebida alcoólica. Quanto ao uso de próteses dentárias, 79% não utilizavam, 19% faziam uso de próteses superiores e inferiores e 2 %, prótese superior. 51,1% tiveram sítios na língua, seguidos por 25,5% no soalho. O estadiamento do tumor encontrado foi de 2,3% carcinoma in situ; 11,6% estágio I; 32,5% estágio II, 27,9% estágio III; 25,5% estágio IV. (DEDIVITIS *et al.*, 2004)

Com CEC de orofaringe, 92% foram direcionados por médicos, 4% por dentistas e 4 % por si mesmos; 48% fumavam até 40 cigarros por dia e 16%, não tinham o hábito; 80% eram etilistas. 52% não faziam uso de prótese, 36% portavam próteses superiores e inferiores e 12%, prótese superior. Os sítios mais evidenciados foram tonsila palatina (76%) e base de língua (20%). Apresentaram estádios II (4%), III (40%) e IV (56%). (DEDIVITIS *et al.*, 2004)

2.2 Cânceres de boca e de orofaringe: carga global

De acordo com a Lista dos locais (sítios) de câncer disponíveis no banco de dados GLOBOCAN e sua Classificação Internacional de Doenças correspondente (CID, 10^a revisão, versão 2010), tem-se as seguintes classificações: C00 – 06, de lábio, cavidade oral; C07 – 08, de glândulas salivares e C09 – 10, de orofaringe. (WHO,2020)

CANCER TODAY permite uma avaliação da taxa de câncer em todo o mundo, baseando-se nas informações GLOBOCAN de incidência, mortalidade e prevalência para o ano de 2020 em 185 países ou territórios do mundo, para 36 tipos de câncer, classificados por sexo e faixa etária. Globalmente, os números de novos casos em

2020 referentes ao câncer de lábio e cavidade oral, considerando ambos os sexos, de todas as idades, foram de 377.713 indivíduos, sendo o 16º no ranking dentre os tipos de câncer; os de glândulas salivares representaram 53.583 novos casos; e de orofaringe, 98.412. Já considerando o número de mortes em 2020, para ambos os sexos e de todas as faixas etárias, estimou-se 177.757 referentes ao câncer de lábio e cavidade oral, repetindo a 16ª posição no quantitativo de óbitos dentre os cânceres; 22.778 óbitos referente aos de glândulas salivares; e 48.143, de orofaringe. A Ásia corresponde da carga global, para ambos os sexos, à 65,8% da incidência de novos casos, o equivalente a 248.360 indivíduos, e à 74 % de mortalidade, ou seja, 131.610 óbitos decorrentes do câncer de lábios e cavidade oral. (WHO,2020)

Conforme dados da publicação *Cancer Incidence in 5 Continents* da Agência Internacional de Pesquisa do Câncer GLOBOCAN, 2012, os cânceres de lábio tiveram alta incidência na Austrália, associados à radiação solar, enquanto na Europa Central e Oriental, devido ao tabagismo. Os da cavidade oral e hipofaringe, frequentes no centro-sul da Ásia, principalmente na Índia, decorrente do uso de tabaco sem fumaça, bidi e bétel. Considerando os casos de câncer orofaríngeo, destacaram-se na América do Norte e na Europa correlacionados ao uso de álcool, tabagismo, e infecção por papilomavírus humano. E por fim, os cânceres nasofaríngeos, comumente no norte da África e leste/sudeste da Ásia, relativo à suscetibilidade genética combinada com infecção pelo vírus Epstein-Barr e exposições carcinogênicas no início da vida – nitrosaminas e alimentos salgados. Tendo em conta a incidência global de cânceres de lábio, cavidade oral e faríngeo de 529.500, correspondendo a 3,8% de todos os casos de câncer, a estimativa é que até 2035 aumente em 62%, para 856.000 casos, devido às mudanças demográficas; recomendando-se abordagens locais e personalizadas para prevenção, rastreamento, prognóstico e tratamento. (SHIELD *et al*, 2016)

Em países desenvolvidos, como Japão, Austrália, Canadá e Estados Unidos, acompanha-se um declínio ou estabilização das neoplasias da cavidade bucal, correlacionados ao tabaco, enquanto que os relativos ao HPV tem aumentado, sobretudo em homens mais jovens em virtude do comportamento sexual. (CUNHA; PRASS; HUGO, 2020) Desta forma, consolidando os programas de imunização para homens e mulheres, ampliando a cobertura dos programas de prevenção do Papilomavírus de Alto risco (High-Risk Human Papillomavirus, HR-HPV), estará

contribuindo com o controle de cânceres orofaríngeos. (SHIELD *et al*, 2016)

Devido a incidência de câncer oral na Índia ser alta, classificado em primeiro lugar entre os homens e em terceiro entre as mulheres, promoveram o modelo de saúde móvel (mobile-Health model), detectando a doença precocemente, ainda assintomática. Nesse sistema, cada indivíduo participante teve uma responsabilidade predefinida. Os provedores de cuidados de saúde da linha de frente (Frontline Healthcare Providers - FHP), em áreas rurais de difícil acesso, foram capacitados para detecção precoce e registro de imagens de lesões sugestivas de pacientes de risco e conectados, por *smartphones*, a especialistas por meio de saúde móvel, que tratavam e encaminhavam os pacientes à escola de odontologia para realização de biópsia e manejo cirúrgico e ao centro terciário que oferecia tratamento avançado, que por sua vez referenciava de volta à escola de odontologia para acompanhamento. Embora nem sempre tenha tido adesão do paciente às consultas e procedimentos cirúrgicos de biópsias invasivas, o programa garantiu um vínculo com o cuidado aos pacientes com câncer de boca e distúrbios potencialmente malignos orais, de baixo custo, com triagem concluída em US \$ 1 por pessoa. (BIRUR *et al*, 2018)

O câncer bucal é responsável por 200.000 mortes anualmente no mundo, abrangendo 80% da ocorrência em países de baixa e média renda. A Índia é responsável pelo maior número de casos, em que apresenta 83.000 novos casos e 46.000 mortes por ano. Considerando a doença, na apresentação tardia, de elevado custo e resultados insatisfatórios no tratamento, o mais favorável é investir no diagnóstico precoce com rastreamento pré-clínico, reduzindo o estadiamento do câncer oral, com triagem realizada pelos agentes comunitários de saúde (Community Health Workers – CHWs), pois eles unem o sistema de saúde à comunidade de forma eficaz. Nesse estudo os CHWs foram treinados na identificação de lesões da mucosa oral e seus achados foram comparados aos do especialista em medicina oral in loco, através da biópsia e exame histopatológico, considerado o padrão ouro e ao especialista em medicina oral remota que revisou os dados carregados no Open Medical Record System, enviados pelos CHWs através de tecnologia móvel, a todos participantes do programa de saúde móvel (mHealth). Concluiu-se, que os CHWs são aptos a auxiliar na detecção precoce e rastreamento de lesões orais em programas de câncer bucal, havendo concordância no diagnóstico dos profissionais envolvidos, e assim, facilitando a consulta remota e levando os serviços de saúde a locais

distantes, longe do ambiente clínico. (BIRUR; GURUSHANTH; PATRICK, 2019)

Maldóvia, Bielorrússia e Armênia, países pós – soviéticos, apresentam taxa alta de fumantes e incidência de câncer bucal. Em estudo transversal nesses países, os profissionais da saúde bucal expuseram que a falta de treinamento, conhecimento e experiência dificultavam a prática do exame da mucosa oral, sugerindo educação e capacitação no diagnóstico do câncer bucal, aprimorando a prevenção, detecção precoce e prognóstico. (GOLBUREAN; HAGEN; UNCUTA, 2021)

Em estudo, um quinto dos dentistas iranianos relataram realizar exame de câncer bucal em todos os pacientes com 40 anos ou mais e ainda, não se sentir à vontade para realização da biópsia. A falta de conhecimento foi apontada como o principal obstáculo para realização de exames de câncer de boca de rotina, sugerindo cursos de educação continuada e ênfase nas escolas de odontologia sobre o assunto. (RAVAZI *et al.*, 2013)

Os mesmos achados foram identificados nos Emirados Árabes Unidos em que 9,9% dos profissionais relataram segurança em fazer biópsia e a maioria manifestaram interesse no treinamento sobre detecção de câncer bucal, melhorando a confiança e a habilidade dos dentistas no diagnóstico precoce. (HASHIM *et al.*, 2018)

Em estudo realizado no Kuwait inferiram falta de conhecimento entre os pacientes odontológicos em relação aos fatores de risco, sinais e sintomas do câncer bucal, o que reforça a precisão de educação desses nos centros odontológicos e em programas de conscientização pública. (JOSEPH; ALI; SUNDARAM, 2018)

O mesmo foi estabelecido num estudo semelhante na Jordânia, da necessidade de intervenções para melhorar o conhecimento público sobre sinais e fatores de risco desta neoplasia e atitudes quanto ao diagnóstico e tratamento precoce. (HASSONA *et al.*, 2015)

Estudos de revisão sistemática de artigos em inglês demonstraram que, embora o desempenho dos médicos seja significativo na prevenção primária, diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e controle de carcinomas orais e orofaríngeos, há necessidade de melhoramento nos níveis de educação médica, considerando que o conhecimento é deficiente referentes a etiologia, localização e lesões orais pré-cancerosas. (PAPADIOCHOU *et al.*, 2020)

2.3 Cânceres de boca e orofaringe em Mato Grosso do Sul

Conforme sítio inicial do tumor, desconsiderando os tumores de pele não melanoma, no Centro Oeste o câncer de boca e orofaringe em homens é o quinto com maior frequência (8,94/100 mil) e em mulheres, o décimo terceiro (2,90/100mil). (BRASIL, 2019 a)

Segundo Estimativa 2020, em taxas ajustadas, entre os estados da região do Centro Oeste, referente aos homens, Mato Grosso do Sul tem a maior taxa estimada de neoplasia maligna da cavidade oral, de 11,92 casos para cada 100 mil homens, seguidos por Distrito Federal – 9,30; Goiás- 9,21 e Mato Grosso – 7,35. (BRASIL, 2020a)

Na região Centro Oeste, referente às mulheres, o estado de Mato Grosso do Sul também apresenta a maior taxa estimada de câncer de boca e orofaringe, de 3,48 casos para cada 100 mil mulheres, seguidos por Goiás – 3,33; Mato Grosso – 1,56 e Distrito Federal – 1,279. (BRASIL, 2020a)

Considerando gênero masculino, relativo ao território nacional, Mato Grosso do Sul está em 5º posição, sendo superado por Paraíba – 11,97; São Paulo – 12,17; Rio de Janeiro – 12,35; e Santa Catarina – 19,92. (BRASIL, 2020a)

Em se tratando da capital do estado de Mato Grosso do Sul, o município de Campo Grande apresenta taxa ajustada de 14,77 casos para cada 100 mil homens; e 3,37, para cada 100 mil mulheres, segundo estimativas para o ano de 2020. (BRASIL, 2019b)

Em Mato Grosso do Sul previu-se expectativa de 170 novos casos de câncer de boca e orofaringe para homens e 50, para mulheres; e em Campo Grande, 60 novos casos ao sexo masculino e 20, ao feminino. (BRASIL, 2019b)

Segundo estimativa do e-Gestor, referência Dez/2021, a Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária é de 56,61% no território nacional, e 58,95% para região Centro Oeste, e dentre seus estados, Distrito Federal apresenta 33,62% de Cobertura de Saúde Bucal; Goiás, 60,41%; Mato Grosso, 62,66; e Mato Grosso do Sul, 78,18 %, sendo este o de maior cobertura da região. (BRASIL, 2022d)

2.4 Impacto dos fatores contextuais nos cânceres de boca e de orofaringe

Dados de incidência, mortalidade, sobrevivência e fatores de risco da doença são essenciais para planejar, implementar e avaliar as atividades de prevenção e controle do câncer, ampliando e aprimorando os sistemas de vigilância. A implementação de políticas econômicas para redução do álcool e tabaco, como aumento dos impostos e consequente valor, restrição de marketing e contrapropaganda, rastreamento dos tabagistas e etilistas pelo serviço médico propondo intervenções breves e prescrevendo medicamentos para interromper, por exemplo, vício de fumar, são medidas de prevenção para cânceres de lábio, cavidade oral e faringe. Os pilares da redução da incidência e mortalidade por câncer de lábio, cavidade oral e faringe são a prevenção dos fatores de risco, controlando o tabagismo e consumo de álcool; imunização contra a infecção pelo HPV, prevenindo assim o câncer de orofaringe; diagnóstico precoce mediante triagem de indivíduos de alto risco; programas de educação para médicos e pacientes. (SHIELD *et al*, 2016)

Atenção primária à saúde tem importante papel na linha de cuidado do câncer, proporcionando ações de promoção, prevenção, detecção precoce e cuidados paliativos. Em grupos de níveis socioeconômicos mais baixos têm manifestado maior mortalidade por câncer em geral, em virtude dos elevados diagnósticos tardios de neoplasias sujeitos a identificação em estágios iniciais por meio de rastreamento; maior dificuldade de acesso ao diagnóstico e tratamento adequado; pior prognóstico e menor sobrevida após o diagnóstico de câncer; maior risco de óbito por câncer em geral e por tipos de câncer potencialmente curáveis. Mesmo nas últimas década o Brasil ter experimentado substancial desenvolvimento econômico e social, ainda se enquadra entre as maiores desigualdades sociais e econômicas do mundo, que associadas à falta de planejamento do sistema de saúde, desencadeia agravamento das iniquidades no acesso aos cuidados em saúde e na distribuição desigual da mortalidade por câncer no país. (BARBOSA *et al.*, 2016)

Além da exposição aos fatores de risco, as taxas de mortalidade por câncer de boca e de orofaringe são influenciadas por aspectos sociodemográficos e socioeconômicos e pela disponibilidade, eficácia e qualidade do tratamento ofertado aos doentes. Percebe-se que em condições socioeconômicas desfavoráveis, quer em variáveis de nível individual, como escolaridade e ocupação, quer em nível contextual,

como Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Produto Interno Bruto (PIB), ambas se relacionam a piores desfechos, incluindo o óbito. Considerando que mais de 50% dos casos são diagnosticados tardiamente, em fase de estágios avançados, faz-se imprescindível a disponibilidade do acesso aos serviços de saúde, oportunizando o diagnóstico precoce. Portanto, essas variáveis analisadas e a vigilância das taxas de mortalidade nas populações, avaliadas por estratos, assessoram no planejamento e na formulação de estratégias e programas de saúde mais equânimes, tanto no enfoque da prevenção e do diagnóstico precoce, quanto do tratamento e reabilitação. (CUNHA; PRASS; HUGO, 2020)

A associação direta entre o câncer de boca e orofaringe e condições socioeconômicas precárias merecem discussão de políticas públicas para, além da diminuição da incidência e mortalidade, eliminar a desigual distribuição da doença entre os estratos sociais, melhorando a expectativa e qualidade de vida. (BOING, ANTUNES, 2011; DANTAS *et al*, 2016)

Foi descrito em estudo observacional de Coorte retrospectivo, em 943 indivíduos que foram tratados em hospitais do estado da Bahia no período de 2010 a 2012, em que foi avaliada a associação entre raça/cor da pele e estado do câncer da boca e orofaringe ao final do primeiro tratamento para a doença. Embora 83% dos pacientes fossem da cor negra e parda - provavelmente, devido predominância no estado da Bahia deste fenótipo e fatores de determinantes sociais - esta variável não demonstrou associação estatisticamente significativa com o prognóstico da doença; ao contrário do hábito de fumar, ingerir bebidas alcoólicas e estadiamento do tumor que expressaram significância estatística na associação. (SANTOS *et al.*, 2018)

2.5 Impacto dos fatores individuais nos cânceres de boca e de orofaringe

A exposição à radiação ultravioleta (RUV) e a transferência de calor pelo uso de cachimbos para fumar ou por descansar um cigarro no lábio inferior enquanto fuma, são as principais causas para o câncer de lábio. O câncer de orofaringe e cavidade oral são potencializados pelo tabagismo, consumo de álcool e HR-HPV infecção, tendo os dois primeiros como efeitos sinérgicos. Incentivar mudanças de comportamento individual e coletivo, prover de informações através de programas

educacionais sobre fatores de risco são métodos de prevenção a essas neoplasias malignas. (SHIELD *et al*, 2016)

2.6 Fatores que interferem no estadiamento do diagnóstico

Prevenção secundária são classificadas por rastreamento, em que são realizados exames de rotina em indivíduos assintomáticos, durante fase pré-clínica de uma doença ou lesões pré-cancerígenas; e diagnóstico precoce, estratégias para propiciar identificação de sinais e sintomas em estágios iniciais da doença. (BRASIL, 2022c)

No Brasil, atentando à dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal, à formação dos dentistas ainda centrada nos processos reabilitadores e cirúrgicos dentários e à incipiência de uma rede de cuidado para pacientes com câncer bucal, impactam negativamente na construção de fluxos e inserção das equipes de saúde bucal em redes de cuidado oncológico e na capacidade de diagnóstico precoce, aumentando a taxa de sofrimento e mortalidade dos pacientes. É alarmante que o acesso ao diagnóstico oral, um procedimento complementar às ações de detecção precoce de lesões suspeitas de malignidade, seja tão demorado e inacessível. No Brasil, 44% aguardam no máximo até 30 dias ao acesso à especialidade de estomatologia e 48,3% esperam 365 dias ou mais. Na região Norte, 63,85% aguardam mais de 365 dias ou mais; seguidos pelo Nordeste, 56,5%; Centro Oeste, 54,1%; Sul, 47,4%; e Sudeste, 36,5%, influenciando no diagnóstico tardio do câncer de boca e orofaringe. (CASOTTI *et al.*, 2014)

Alerta-se que o atraso do diagnóstico pode estar associado ao tempo em que o paciente leva para perceber o seu adoecimento e buscar auxílio profissional, devido evolução oligossintomática da doença; às dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal; à ausência de informações associadas à maior vulnerabilidade social do grupo de risco – homens, maiores de 50 anos, etilistas e fumantes, baixo estrato socioeconômico e educacional. O diagnóstico precoce é determinante para redução da morbidade e mortalidade causada pelas lesões cancerígenas. (CASOTTI *et al.*, 2016)

Os estadiamentos foram classificados em estágios iniciais (0, I e II), em que aumenta 80% ou mais as taxas de sobrevida em 5 anos e estágio avançado (III e IV). (ABATI *et al.*, 2020).

O diagnóstico tardio decorre porque as lesões iniciais, geralmente assintomáticas, são ignoradas pelo indivíduo, pelo profissional de saúde (sugerindo falta de conhecimento da patologia), demora pela busca de atendimento médico por parte do paciente, deficiência do acesso e qualidade da assistência à saúde, evidenciando carência de programas governamentais que visem à prevenção e de um sistema de saúde eficiente. 21,6 % dos pacientes apresentaram tumores em estágio I e II, caracterizando doença precoce; enquanto 78,4 apresentaram tumores em estágio III e IV, caracterizando doença avançada. (SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010)

O carcinoma espinocelular oral (CEC), uma neoplasia maligna que surge do epitélio superficial da cavidade oral, representa mais de 90% de todos os cânceres orais. É salutar o diagnóstico precoce, considerando que a taxa de sobrevida estimada em 5 anos para CEC diminui consideravelmente de aproximadamente 85% quando identificado em estágios iniciais (I e II) e para 40%, em estágios avançados (III e IV). Portanto, é fundamental que profissionais de saúde bucal se conscientizem da importância em realizar, nas avaliações clínicas de rotina, um exame completo da mucosa oral para lesões malignas e potencialmente malignas, contemplando áreas de alto risco, como a borda da língua e assoalho da boca. Também, compreender os fatores de risco do CEC, como tabagismo, etilismo, exposição à radiação ultravioleta, histórico de CEC positivo passado, idade avançada e má alimentação/nutrição, contribuindo para apercebimento em estágio inicial da doença. (GOLBUREAN; HAGEN; UNCUTA, 2021)

Em estudo, observou-se maior busca por médicos generalistas, geralmente profissionais que não reconhecem os sinais e sintomas do câncer de boca e orofaringe, que por médicos especialistas ou dentistas, para avaliações clínicas dos pacientes, consequentemente atrasando o encaminhamento dos indivíduos. (SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010)

Estudos mundiais demonstram, principalmente em países em desenvolvimento, que estratégias preventivas devem incluir a prevenção primária, educação em saúde e intervenções corretivas no estilo de vida. Conhecendo-se os

comportamentos de risco, principalmente o tabagismo e etilismo, associados à carcinogênese oral, 80% de todos os cânceres orais podem ser prevenidos. A fase de diagnóstico do câncer bucal é determinante para sobrevida do paciente, na maioria das vezes ocorrendo quando os sinais e/ou sintomas clínicos já estão presentes, onde 70% dos casos, em estágio clínico avançado. Os principais motivos para o diagnóstico tardio é a falta de informação ao paciente, acesso limitado de pacientes de baixo nível socioeconômico à Atenção Primária de Saúde, aliados a profissionais de saúde treinados inadequadamente. (LEONEL *et al.*, 2019)

O diagnóstico precoce das lesões suspeitas é a estratégia recomendada, uma vez que não há evidências científicas que sustentem o rastreamento como estratégia de saúde pública efetiva e que comprovem impacto nas taxas de mortalidade. Portanto, minuciosamente inspecionar tecidos da cavidade oral, com finalidade de identificar alterações teciduais, com confirmação diagnóstica de lesões suspeitas e inespecíficas pela biópsia e exame anatomopatológico. (BRASIL, 2021)

É fundamental que médicos e dentistas reconheçam as lesões no atendimento inicial com fins do diagnóstico precoce. Foi percebido pouca atuação do cirurgião dentista no diagnóstico e encaminhamento dos pacientes com câncer de boca e orofaringe para tratamento, sendo que as lesões de cavidade oral mais acessíveis ao exame clínico foram encaminhadas predominantemente por médicos e as lesões de orofaringe, não tão acessíveis, especialmente pelo otorrinolaringologista. (DEDIVITIS *et al*, 2004)

Abordagem destes pacientes podem ser melhoradas com estratégias de prevenção e educação da população, treinamento profissional mais adequado, revendo a estruturação dos cursos de graduação de medicina e odontologia. (DEDIVITIS. *et al*, 2004; SILVA. *et al*, 2009) Além de promover acompanhamento e orientação ao paciente diagnosticado com desordens ou condições pré-malignas, sobre a potencialidade de desenvolvimento de tumores malignos e necessidade de controle rotineiro pelo cirurgião-dentista. (BRASIL, 2021)

2.7 Políticas públicas de incentivo e promoção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde

Desde os anos de 1930 há implementos nas ações ao enfrentamento do câncer bucal no Brasil, porém, com iniciativas pouco abrangentes e descontínuas, não controlando a doença dentro do esperado, prejudicados pela subutilização dos serviços pela população, inadequada formação dos profissionais para diagnóstico do câncer bucal e a valorização dos dentes como únicas estruturas merecedoras de atenção na cavidade bucal. Atualmente, as ações públicas de prevenção e o controle do câncer bucal encontram-se na interseção entre a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Não obstante da ampliação do financiamento, da infraestrutura e dos recursos humanos na área de saúde bucal, ainda há desafios a serem superados ao acesso qualificado do diagnóstico e tratamento pelo SUS, compreendendo os fatores estruturais relacionados à essas políticas. (LIMA; O'DWYER, 2020)

Para mudar o quadro onde a Odontologia estava à margem das políticas públicas de saúde, em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente, uma série de medidas que visam a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, essenciais para a saúde geral e qualidade de vida da população. Reorganizou-se a prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, congregando ações em saúde bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, ampliando o acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do SUS. O programa visa reorganizar a atenção básica em saúde bucal, sobretudo com a implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), a ampliação e qualificação da atenção especializada, principalmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, viabilização da fluoretação nas estações de tratamento de águas de abastecimento público, e ainda, articulando ações intraministeriais e interministeriais. (BRASIL, 2004a)

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004, preconizam a ampliação e qualificação da Atenção Primária, permitindo o acesso a todas as faixas etárias e a ofertas de mais serviços, garantindo atendimentos nos níveis secundário e

terciário, e assim, assegurando a integralidade da atenção, mantendo a atenção primária articulada com a rede de serviços, criando fluxos que promovam ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar - referência e contrarreferência. (BRASIL, 2004b)

Em relação a prevenção e controle do câncer bucal, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal orientam realizar exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal; oportunizar identificação de lesões bucais seja em visitas domiciliares ou em campanhas; acompanhar casos suspeitos e confirmados através de um serviço de referência, permitindo o tratamento e reabilitação e finalmente, estabelecer parcerias para prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer bucal. À Atenção Primária compete responsabilizar-se pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos necessários e monitorar a evolução da reabilitação, e ainda acompanhar e manter a reabilitação no período pós tratamento. (BRASIL, 2004b)

A implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) reestruturou os serviços públicos de saúde bucal, expandindo a Atenção Primária à Saúde (APS) e assim, ampliando o acesso ao diagnóstico do câncer bucal e garantindo a continuidade do cuidado em nível especializado. Ações referentes ao câncer bucal são prioridades ao PNSB, sendo de responsabilidade das equipes de saúde bucal da APS a abordagem individual inicial, destacando o desenvolvimento de ações de prevenção, de detecção precoce de lesões e atenção especial aos indivíduos com maior risco. Em casos suspeitos de lesão maligna, a equipe da APS providencia o encaminhamento do paciente para o nível secundário de atenção, representado pelos Centros de Especialidade Odontológicas (CEO), serviços responsáveis pelo diagnóstico e pelo direcionamento ao tratamento hospitalar. No período de 2000 a 2013, a cobertura por Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família passou de zero para cerca de 40% e quantitativo de CEOs, de zero a aproximadas 1.000 unidades. (CUNHA; PRASS; HUGO, 2020)

Verifica-se que a PNSB estimulou a expansão de serviços especializados em odontologia - dentre eles o diagnóstico do câncer bucal - por todas as regiões do país, entretanto limitada a poucos municípios (15% das cidades), dificultando o acesso de uma parcela expressiva da população. Devido o investimento de recursos ter-se direcionado às cidades que já apresentavam os melhores indicadores sociais, esse

modelo de expansão aumentou a desigualdade de acesso. Alternativa seria fomentar a regionalização do cuidado bucal, preconizando o CEO como pólo regional para atendimento de moradores de pequenos municípios. Outra estratégia para expansão do diagnóstico do câncer de boca seria estimular os profissionais da atenção primária para que realizassem as biópsias. Entretanto, além de sobrecarregados com as demais demandas, esses cirurgiões-dentistas não se sentem habilitados para tais procedimentos, assim sendo, viável investir em educação permanente e em materiais e instrumentais requisitados. (LIMA; O'DWYER, 2020)

2.8 Atenção Primária à Saúde Bucal

O Brasil é o único país do mundo a oferecer gratuitamente um sistema de saúde universal, a uma população de mais de 200 milhões de habitantes, garantindo a prestação de serviços em todos os níveis de atenção à saúde. (PUCCA *et al*, 2015)

Os níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) diferenciam-se de acordo com a densidade tecnológica oferecida, estratificando-se em Atenção Básica ou Atenção Primária; Média Complexidade ou Nível Secundário; e de Alta Complexidade ou Nível Terciário, permitindo interconexão das ações e serviços ofertados. (BRASIL, 2021)

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família, todos perfazendo carga horária semanal (CHS) de 40h/semana, podendo organizar-se em modalidade I (eABSBM1) – dois profissionais, sendo 1 cirurgião-dentista e 1 técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal; modalidade II (eABSBM2) – 3 profissionais, sendo 1 cirurgião-dentista, 1 técnico em saúde bucal e 1 técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal. Os profissionais de saúde bucal pertencentes às equipes eABSBM1 e eABSBM2 poderão compartilhar parte de sua CHS em uma Unidade Odontológica Móvel (UOM). O recurso do Ministério da Saúde é específico para cada modalidade. Considera-se 1 cirurgião dentista para cada 3 mil – 4mil habitantes. (BRASIL, 2018, BRASIL, 2019c)

Para controle dos cânceres de lábio e orofaringe é necessário contemplar ações de prevenção primária; capacitação de todos os profissionais de saúde para orientar os pacientes e reconhecer os principais sinais e sintomas dessa doença;

capacitação específica para os odontólogos para minuciosa inspeção visual dos tecidos da boca; e uma RAS organizada, promovendo e garantindo acesso aos diagnósticos e tratamento oncológico. (BRASIL, 2021)

O rastreamento do câncer de boca e orofaringe, principalmente em grupos de risco, deve ser uma tarefa multidisciplinar da equipe da estratégia de saúde da família. A redução nos atrasos no diagnóstico pode ser estimulada pela educação ao paciente acerca desta neoplasia e pela melhora na habilidade diagnóstica pelo profissional. Ainda, garantir acesso ao tratamento, por intermédio de um fluxo estabelecido entre os serviços e adequados sistemas de referência e contrarreferência, reduzindo morbidade e mortalidades dos pacientes e custos do SUS. (LE CAMPION, *et al*, 2016)

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, disponibilizou à população Brasileira a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) listando serviços e ações ofertados pelas equipes de Saúde da Família da APS. Em relação à Atenção e Cuidados em saúde Bucal – Procedimentos Clínicos, inclui biópsia de tecidos moles da boca, para investigação de doença ou outra condição. (BRASIL, 2019d)

Analisando aspectos administrativos e operacionais das Equipes de Saúde bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF) no Estado de Minas Gerais, observou-se como pontos positivos o princípio da universalidade, a jornada de trabalho de oito horas e a ampliação quantitativa, proporcionando maior acesso aos serviços de saúde. Como pontos negativos, evidenciaram a falta de capacitação das ESB, a demanda excessiva, a precarização das relações de trabalho com baixos salários e contratações instáveis e a falta de envolvimento entre ESB e ESF (Equipes de Saúde da Família). (LOURENÇO *et al*, 2009)

Embora a relação entre equipe/habitante esteja dentro das recomendações, predominam ações curativas, que devido excesso de demanda e necessidade clínica, não sobra tempo para ações de prevenção e promoção. Ainda é visto fragilidade na interação entre as ESB e ESF, podendo ser explicada pela inserção tardia das ESB no PSF, pela formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais de saúde bucal dificultando a abordagem do indivíduo como um todo e pelo tempo comprometido devido demanda excessiva, interferindo na interação com demais profissionais. (LOURENÇO *et al*, 2009)

Analisando as mudanças no trabalho em saúde bucal na Atenção Primária à

Saúde após o lançamento da Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, os avanços concentraram-se nas ações educativas e de educação permanente; no acolhimento; vínculo; e responsabilização. Enquanto os desafios foram relacionados à integralidade, ampliação e qualificação da assistência; trabalho integrado em equipe; condições de trabalho; planejamento, monitoramento e avaliação das ações; estímulo à participação popular e ao controle social; e ações intersetoriais. (SCHERER; SCHERER, 2015)

Os profissionais de saúde bucal tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante, para que haja substituição das práticas tradicionais por um modo novo de se fazer saúde, é preciso esforços continuados na gestão do trabalho e formação e educação permanente. (SCHERER; SCHERER, 2015)

Foi observado a coexistência do modelo biomédico tradicional, hegemônico, médico-centrado, focado na doença, na cura, no biológico, dissociado do contexto social e do modelo assistencial, representado pelo ESF, contra-hegemônico, substitutivo, que não desconsidera a cura, mas tem como prioridade a promoção da saúde e a prevenção das enfermidades, com ênfase na família e na comunidade, privilegiando como referência os determinantes sociais do processo saúde-doença. Os dois modelos concorrem entre si, dificultando a mudança cultural, tanto de trabalhadores de saúde quanto de usuários, em que o modelo biomédico contribui fortalecendo o conceito de que usuários devam buscar assistência apenas quando doentes, visando unicamente resolver aquela queixa específica. (ESMERALDO *et al*, 2017)

A baixa cobertura da população pela ESF reforça a ênfase no modelo tradicional centrado na demanda espontânea, modelo curativista, e na queixa conduta. Práticas na ESF tornou-se um dilema entre o discurso e as ações efetivamente realizadas. (ESMERALDO *et al*, 2017)

2.9 Potencial da Equipe de Saúde Bucal da APS para atuação na prevenção dos cânceres de boca e de orofaringe

No Brasil, a prevenção primária do câncer de boca baseia-se em programas de promoção de saúde e medidas de combate ao consumo de tabaco e álcool, visando

a redução de vários outros agravos. Já, a prevenção secundária baseia-se em exame visual da cavidade oral para detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores não sintomáticos, com o propósito de iniciar terapêutica adequada, com prognóstico favorável. (ANTUNES; TOPORCOV; FILHO-WUNSCH, 2007)

A incidência e a taxa de mortalidade por câncer de boca e orofaringe podem ser reduzidas ao adotar-se medidas apropriadas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento rápido. (LEONEL *et al.*, 2019)

As equipes de saúde bucal na Atenção Primária devem atuar no diagnóstico precoce de lesões de mucosa e do câncer de boca, procedendo - nas primeiras consultas e nas consultas de urgência - anamnese detalhada, exame clínico extra-bucal (exame da face, regiões submandibular e submentoniana e articulação têmporomandibular) e intra-bucal (exame de lábios, bochecha, língua e palato), incluindo visualização e palpação, na intenção de detectar anormalidades, quer de lesões com potencial de malignização ou neoplasias malignas. (BRASIL, 2008a)

O exame clínico é dividido em duas etapas: anamnese – com identificação do paciente, história clínica; e exame físico extraoral, por meio da inspeção e da palpação, devem avaliar -se função, integridade, aumento de volume, presença de dor e alteração de cor da pele, olhos, ouvidos, nariz, glândulas parótidas, pescoço, articulação temporomandibular, mandíbula, seios da face e função dos nervos cranianos, quase todos com ação nas áreas de cabeça e pescoço. (BRASIL, 2022c)

O exame físico intraoral é imprescindível no diagnóstico precoce do câncer de lábio, cavidade oral e orofaringe, principalmente por seu caráter oligossintomático. Feito com boa iluminação, iniciando inspeção e palpação, avaliando função, integridade, aumento de volume, alteração de cor e presença de dor nos lábios, mucosa jugal, assoalho bucal, ventre, dorso e borda lateral da língua, gengiva, fundo de vestibulo, trígono retromolar, palato duro, palato mole, amígdalas, base de língua (utilizando espelho), maxila e mandíbula e à inspeção dos dentes e à sondagem periodontal. (BRASIL, 2022c)

É de responsabilidade do cirurgião – dentista da equipe da Atenção Primária avaliar os usuários com queixa de alteração bucal em tecidos mole e/ou duros, realizar diagnóstico e tratamento destas lesões de acordo com a sua capacitação, selecionando casos que deverão ser encaminhados ao especialista. Em caso de malignidade, o tratamento é realizado por especialistas da oncologia. Caso o

cirurgião-dentista se considerar capacitado para a técnica de coleta, biópsia e a citologia esfoliativa, assim como demais exames complementares e interpretação dos resultados, estes poderão ser realizados/solicitados na Unidade Primária de Saúde. Na impossibilidade do diagnóstico e/ou tratamento das lesões, é recomendado referenciar para a Atenção Secundária – Centro de Especialidades Odontológicas, registrando o motivo do encaminhamento, dados clínicos e localização da enfermidade ou lesão em formulário específico de referência e contrarreferência; sensibilizando o usuário da importância de seu comparecimento na Unidade de Referência, mantendo o acompanhamento e continuidade do cuidado deste paciente. (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2022c)

O diagnóstico precoce pode ser identificado durante a fase pré neoplásica ou em fases incipientes de evolução da doença, nas quais as chances de cura aproximam-se de 100% (leucoplasia, eritoplasia, carcinoma "in situ" e carcinoma microinvasivo), através do exame físico, confirmado pelo histopatológico. Entretanto, devido o indivíduo consultar inicialmente o profissional médico em alguns casos, pode atrasar o processo de confirmação da doença. Todo cirurgião – dentista, quer seja da rede pública ou particular, deveria ter o conhecimento necessário sobre os fatores de risco e diagnóstico precoce do câncer de boca e orofaringe, fato contraditório, considerando os indícios de problema relevante de saúde pública. O odontólogo precisa graduar-se preparado para agir como agente transformador, associando a teoria à prática no enfrentamento da realidade. Contudo, saem das faculdades despreparados para reconhecer os sinais e sintomas e fatores de risco relacionados ao câncer bucal, talvez pela limitada vivência clínica e do pouco conhecimento relacionados às lesões cancerizáveis e neoplasias malignas bucais.(SANTOS *et al.*, 2011)

Mediante essas considerações, a reformulação do ensino, reciclagem profissional e o ensino da oncologia nas escolas médicas e odontológicas, com destaque na prevenção e no diagnóstico de lesões cancerizáveis, são indispensáveis à redução dos indicadores de morbimortalidade. Concluindo, o cirurgião-dentista exerce um papel importante na prevenção do câncer de boca, principalmente quando atua nos níveis de prevenção primária e secundária, sugerindo ações reconhecendo os indivíduos pertencentes ao grupo de risco e desenvolvendo práticas para o diagnóstico precoce. (SANTOS *et al.*, 2011)

2.10 Avaliação de Serviços de Saúde

Para que a avaliação seja compreendida como algo realmente essencial, no sentido de institucionalizá-la, é preciso, inicialmente, uma vontade dos gestores da Atenção Primária dos municípios de colocá-la em prática, desmistificando a ideia de que a avaliação seja de caráter punitivo e fiscalizatório.. Tal percepção é por vezes induzida pelos gestores devido cobrança sobre indicadores e metas, sem ao menos desenvolver um trabalho paralelo com as equipes buscando melhoria, a fim de incentivá-las e qualificá-las. É preciso haver adesão de todos os atores envolvidos, desde os 'profissionais da ponta' até a gestão, compreendendo que a avaliação é algo pertinente ao processo de trabalho de todos os profissionais. Os gestores devem investir na formação e capacitação do quadro de profissionais, corroborando o aumento de profissionais qualificados para o exercício de determinadas funções e superar o desafio de implementar as diretrizes do SUS, respeitando os princípios que nortearam sua criação, garantindo sua viabilidade. (MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015)

A avaliação dos serviços de saúde configura estratégia permanente para a tomada de decisão e ação central para a melhoria do modelo vigente que comanda as ações de saúde. (AMARAL JR *et al.*, 2020)

O Ministério da Saúde, pela Portaria Nº 1.654, publicada em 19 de julho de 2011 criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e vinculando o repasse de recursos à implantação e meta de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de Atenção Primária (eAP); sendo o PMAQ uma importante estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Primárias de Saúde. (PINTO; SOUZA; FLORENCIO, 2012; SEIDL *et al.*, 2014; FAGUNDES *et al.*, 2018) Ademais, associado a um processo de adesão voluntária, contratualização de compromissos e repasse de recursos aos municípios em função dos resultados por eles alcançados no processo de avaliação e certificação do PMAQ-AB. (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014, RODRIGUES *et al.*, 2021)

Os dados, exclusivamente quantitativos, se referem somente às equipes com saúde bucal que aderiram ao PMAQ-AB e não ao universo das unidades básicas de saúde do país, e que foram inseridos somente os usuários que conquistaram atendimento com o dentista. (CASOTTI *et al.*, 2014)

Para avaliação das condições de acesso e qualidade dos municípios participantes do PMAQ-AB no 3º ciclo (2015-2017), o instrumento de avaliação foi composto por 6 módulos. (BRASIL, 2017a)

- ✓ Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde;
- ✓ Módulo II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde;
- ✓ Módulo III - Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde;
- ✓ Módulo IV - Entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde;
- ✓ Módulo V - Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal;
- ✓ Módulo VI - Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e comprovação de documentos na Unidade Básica de Saúde.

A verificação dos dados do PMAQ-AB demonstrou resultados positivos na detecção dos problemas e nas propostas de soluções, com valorização da atenção primária, beneficiando a população usuária. O bônus da contratualização/recontratualização foi um fator estimulante para o acréscimo de adesões entre um ciclo e outro, superando a resistência inicial dos gestores. (EMMI *et al.*, 2016)

Através do comprometimento dos atores envolvidos - profissionais, gestores, usuários – seja possível o cumprimento dos objetivos do PMAQ idealizado quando instituído. A valorização do profissional é fundamental para a concretização das propostas de mudanças necessárias para a implementação de políticas e programas para as alterações instituídas no cotidiano dos serviços de saúde. (SOUZA *et al.*, 2016)

Ao avaliar a organização da saúde bucal de 90 municípios do estado de São Paulo, por meios do resultado do PMAQ – AB 1ºciclo, encontrou-se que em 96% dos serviços participantes realizaram campanhas e encaminhamento dos casos suspeitos de câncer bucal, afirmaram ter fluxos definidos para os casos de suspeita de câncer de boca e possuíam referência para estomatologista, uma das fragilidades refere-se aos registros e acompanhamentos dos casos. (HIROOKA *et al.*, 2012)

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a cobertura de Saúde Bucal e as práticas das equipes de SB da APS, a prevalência e o estadiamento do câncer de boca e orofaringe em municípios do Mato Grosso do Sul.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar os 5 municípios de maior e os 5 de menor prevalência de câncer de boca e orofaringe;
- Dimensionar as ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca e orofaringe desenvolvidas pelas equipes de SB da APS dos 5 municípios que apresentam maior e os 5 com menor prevalência de câncer de boca e orofaringe no estado do MS
- Avaliar a associação da cobertura de saúde bucal ao estágio do câncer de boca e orofaringe no momento do diagnóstico.
- Compreender de forma pormenorizada possíveis relações entre a prevalência e a organização do serviço.

4 METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal, quantitativo, de bases de dados secundários oficiais e públicos, referentes aos municípios do estado de Mato Grosso do Sul.

O estado de Mato Grosso do Sul, considerando o gênero masculino, ocupa a 5º posição nacional em taxa ajustada de câncer de boca e orofaringe, com 11,92 casos para cada 100 mil homens e o 1º, na região Centro Oeste. Para o gênero feminino, 3,48 casos para cada 100 mil mulheres. (BRASIL, 2020a) Tal situação suscita preocupação em como os serviços do estado estão se organizando para que alcancem melhores posições que possam reduzir a prevalência de câncer de boca e orofaringe.

O recorte do estudo para o estado de Mato grosso do Sul justifica-se ainda pela inserção do programa de mestrado da Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) que tem como objetivo formar e desenvolver produtos para melhorias de saúde e vida loco regional. A inserção de Campo Grande, capital do estado, fundamenta-se por ser o maior centro regional possuindo 05 Centros de Especialidades Odontológicas, com oferta da especialidade de estomatologia.

As coberturas de Saúde Bucal dos municípios de Mato Grosso do Sul foram extraídas em tabela Excel do site virtual do e-Gestor, Atenção Básica – Informação e Gestão da Atenção Básica. Os filtros aplicados foram estado de Mato Grosso do Sul, todos os municípios e competência de Dezembro de 2021. (BRASIL, 2022d)

Foram selecionados para análise de Cobertura em Saúde Bucal os 5 municípios com maiores e menores prevalência de câncer de boca e orofaringe.

O cálculo da prevalência de câncer bucal, que mede a proporção da população que já teve a doença, foi calculado para o período acumulado de 2017 à 2021. Para o numerador considerou os casos de câncer de boca CID-10 C00 à C10 extraídos da página do DATASUS, Ministério da Saúde, utilizando a base de dados secundários do TabNet. (BRASIL, 2022f)

Para a composição do denominador considerou os dados das estimativas da população residente nos municípios de Mato Grosso do Sul, com data de referência 1º de Julho de 2021, em que foram extraídos na página virtual do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Estimativas da População. (BRASIL, 2022e)

O resultado desta fração foi multiplicado pela constante 100.000.

O estadiamento do câncer de boca e orofaringe foi extraído da página do DATASUS, Ministério da Saúde, utilizando a base de dados secundários do TabNet em que foram selecionadas as seguintes opções em ordem sucessiva: Epidemiológicas e Morbidades; Tempo até o início do tratamento oncológico – PAINEL – oncologia; PAINEL – ONCOLOGIA – BRASIL; Linha: Município da residência; Coluna: Estadiamento; Medidas: Casos; Períodos Disponíveis: 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021; Seleções Disponíveis - UF da residência: Mato Grosso do Sul; Diagnóstico Detalhado: C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10. (BRASIL, 2022f)

O resultado foi transferido para planilha Excel distribuídos em estadiamento 0, 1, 2, 3, 4, não se aplica, ignorado e total de número de casos.

Para Avaliação das Equipes de Saúde Bucal na atenção ao câncer de boca foram acessados Microdados da Avaliação Externa do 3º Ciclo do PMAQ-AB, 2015-17. Como variáveis de interesse foram selecionados seis questões do Módulo VI - Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, a saber: VI.11.1 – A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca?; VI.11.2 - Quais ações são realizadas?: 11.2.4 - Busca ativa de lesões potencialmente cancerizáveis e de casos na comunidade e 11.2.5 - Exame sistemático das mucosas orais; VI.11.3 – A Equipe de Saúde Bucal realiza biópsias, na UBS, para diagnóstico de câncer de boca?; VI.11.5 - A Equipe de Saúde Bucal possui referência para solicitação de biópsia para casos com suspeita de câncer de boca?; VI.11.8 - A Equipe de Saúde Bucal possui referência para o tratamento dos casos confirmados de câncer de boca?, conforme Anexo A. (BRASIL, 2017a)

Esses dados foram colhidos na página virtual do Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). (BRASIL, 2017b)

4.1 Aspectos Éticos

Este estudo foi realizado a partir de dados secundário em saúde, de acesso público, disponíveis pelo portal do DATASUS, e- GESTOR, IBGE e SAPS.

Em atendimento ao disposto na RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016 da Plenária do Conselho Nacional de Saúde, artigo 1º, Parágrafo único. Não

serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011;

Deste modo, a pesquisa apresentada fica dispensada da apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

O resultado foi transferido para planilha Excel distribuídos em estadiamento 0, 1, 2, 3, 4, não se aplica, ignorado e total de número de casos.

O estadiamento se refere ao estágio registrado no início do tratamento de quimioterapia, radioterapia e ambos. As categorias “Não se aplica”, que se refere aos casos tratados por cirurgia e a “Ignorado”, aos casos sem informação de tratamento, foram desconsiderados neste estudo, por não constar informação de estadiamento. (BRASIL, 2022g)

Os dados secundários referentes ao estadiamento do câncer de boca e orofaringe disponíveis no DataSus/Tabnet, classificados na categoria “Não se aplica”, referente aos casos tratados por cirurgia, não possui informação de estadiamento, pois esta terapia é recuperada do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), que não possui este registro. Portanto a classificação dos estadiamentos 0, 1, 2, 3 e 4 só são compilados nos tratamentos de quimioterapia, radioterapia e ambos.

Foram tabulados em porcentagem (%) os estadiamentos agrupados em inicial (0, 1 e 2) e avançado (3 e 4) relativos ao total de casos em que houve o registro do estadiamento.

Enfim, de posse de todos esses dados planilhados em Excel, foram avaliados neste estudo os cinco municípios com maiores e menores resultados de prevalência do câncer de boca e orofaringe, além da capital Campo Grande. Esta opção se deu na intenção de fazer a apresentação dos resultados por meio de estudos de casos e buscar compreender de forma pormenorizada possíveis relações entre a prevalência e a organização do serviço.

Os dados e informações utilizados neste estudo são de acesso público e de domínio público, podendo ser utilizados na produção de pesquisa e na transmissão de conhecimento e que se encontram disponíveis sem restrição ao acesso dos pesquisadores e dos cidadãos em geral, não estando sujeitos a limitações relacionadas à privacidade, à segurança ou ao controle de acesso, podendo ser usados livremente pelo público.

Ademais, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período

mínimo de 5 anos após o término da pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 79 municípios estão organizados em ordem de prevalência de câncer de boca e orofaringe por 100.000 habitantes, constando percentagem de cobertura de saúde bucal; estadiamento inicial e avançado (Tabela 1).

Tabela 1 – Municípios: dados de prevalências, cobertura de Saúde Bucal e estadiamento de câncer de boca e orofaringe de Mato Grosso do Sul, DEZ/2021.

Municípios de Mato Grosso do Sul	Prevalência /100.000 hab (IBGE)	Cob SB E-GESTOR dez.2021	INICIAL % (estadiamento 0,1 e 2)	AVANÇADO % (estadiamento 3 e 4)
BRASIL	36,63	56,61	19	81
MATO GROSSO DO SUL	40,40	78,18%	10	90
FÁTIMA DO SUL*	140,98	100,00%	14	86
TAQUARUSSU*	111,48	96,15%	0	100
MUNDO NOVO*	86,12	65,36%	20	80
BRASILÂNDIA*	84,50	100,00%	20	80
NOVO HORIZONTE DO SUL*	84,36	100,00%	50	50
ROCHEDO	78,13	100,00%	100	0
JATEÍ	74,72	100,00%	0	100
COSTA RICA	74,57	100,00%	13	88
ELDORADO	72,31	100,00%	0	100
TRÊS LAGOAS	68,72	84,01%	7	93
ANTÔNIO JOÃO	66,06	100,00%	0	100
ITAPORÃ	62,80	100,00%	0	100
RIBAS DO RIO PARDO	59,27	67,29%	0	100
IVINHEMA	55,85	96,52%	0	100
SETE QUEDAS	55,81	96,09%	0	100
JAPORÃ	53,35	100,00%	0	100
PARAÍSO DAS ÁGUAS	52,16	100,00%	0	100
PARANAÍBA	51,89	100,00%	0	100
CORONEL SAPUCAIA	51,78	67,41%	25	75
TACURU	50,87	51,71%	25	75
COXIM	50,68	92,80%	0	100
ARAL MOREIRA	47,96	100,00%	0	100
DOURADOS	47,81	69,99%	18	82
SELVÍRIA	45,77	100,00%	0	100
APARECIDA DO TABOADO	45,48	79,40%	0	100
ANGÉLICA	45,12	100,00%	0	100
NOVA ANDRADINA	44,60	76,16%	11	89
JUTI	43,73	100,00%	0	100
CAMPO GRANDE***	43,56	63,55%	12	88

NAVIRAÍ	42,49	75,52%	17	83
RIO NEGRO	42,03	100,00%	0	100
JARAGUARI	40,86	100,00%	50	50
PEDRO GOMES	39,64	90,53%	0	100
ITAQUIRAÍ	37,03	100,00%	0	100
CORUMBÁ	36,39	78,37%	6	94
RIO BRILHANTE	36,04	81,31%	0	100
BONITO	35,71	60,16%	0	100
AQUIDAUANA	35,28	100,00%	8	92
BATAGUASSU	33,87	100,00%	20	80
DOURADINA	33,20	100,00%	0	0
VICENTINA	32,71	100,00%	100	0
FIGUEIRÃO	32,62	100,00%	100	0
CAARAPÓ	32,25	56,38%	20	80
CASSILÂNDIA	31,73	100,00%	0	100
CHAPADÃO DO SUL	30,19	93,36%	20	80
LADÁRIO	29,12	85,48%	0	100
BANDEIRANTES	27,47	94,96%	0	100
PARANHOS	27,44	92,68%	0	100
AMAMBAI	27,33	77,96%	25	75
SIDROLÂNDIA	26,32	74,94%	0	100
SÃO GABRIEL DO OESTE	25,31	100,00%	0	100
IGUATEMI	24,58	85,31%	0	100
ANASTÁCIO	23,68	100,00%	0	100
PONTA PORÃ	23,08	88,36%	0	100
ANAUROLÂNDIA	21,94	76,02%	0	100
NOVA ALVORADA DO SUL	21,77	100,00%	0	100
GUIA LOPES DA LAGUNA	20,50	100,00%	0	100
GLÓRIA DE DOURADOS	20,13	100,00%	0	100
RIO VERDE DE MATO GROSSO	19,98	100,00%	50	50
ÁGUA CLARA	18,72	82,00%	0	100
MARACAJU	18,39	79,02%	0	100
ALCINÓPOLIS	18,22	100,00%	0	0
TERENOS	17,60	92,95%	0	100
DEODÁPOLIS	15,33	100,00%	0	0
JARDIM	15,17	82,89%	67	33
CAMAPUÃ	14,63	100,00%	0	100
NIOAQUE	14,50	100,00%	0	100
INOCÊNCIA	13,22	100,00%	0	0
SANTA RITA DO PARDO	12,58	100,00%	0	100
BELA VISTA**	12,08	83,68%	0	100
MIRANDA**	10,55	86,32%	0	100
BATAYPORÃ**	8,80	100,00%	0	100

PORTO MURTINHO**	5,73	97,12%	0	100
SONORA**	4,96	69,97%	100	0
BODOQUENA	0,00	88,03%	0	0
CARACOL	0,00	100,00%	0	0
CORGUINHO	0,00	100,00%	0	0
DOIS IRMÃOS DO BURITI	0,00	100,00%	0	0
LAGUNA CARAPÃ	0,00	100,00%	0	0

Legenda: *Municípios com as maiores prevalências de câncer de boca e orofaringe

**Municípios com as menores prevalências de câncer de boca e orofaringe

***Campo Grande, Capital de Mato Grosso do Sul

Amambai, Nova Andradina, Anaurilândia, Naviraí, Sidrolândia, Dourados, Sonora, Coronel Sapucaia, Ribas Do Rio Pardo, Mundo Novo, Campo Grande, Bonito, Caarapó, Tacuru, esses 14 municípios apresentam Cobertura em Saúde Bucal abaixo da média estadual de Mato Grosso do Sul (78,18%), além de Caarapó e Tacuru estarem também abaixo da média nacional (56,61%) em Cobertura de Saúde Bucal. (Tabela 1)

Dos cinco municípios com maior prevalência de câncer de boca e orofaringe, todos apresentaram prevalências expressivamente superiores à média nacional e estadual. Em relação a cobertura de saúde bucal, Fátima do Sul, Brasilândia e Novo Horizonte do Sul apresentaram 100%; Taquarussu, 96,15%; porém Mundo Novo teve 65,36%, a 5º pior taxa do estado. (Tabela 1)

Campo Grande, capital do estado do Mato Grosso do Sul, manteve a 4º menor cobertura de saúde bucal do estado (63,55%), com prevalência do câncer de boca e orofaringe de 43,56%, ligeiramente acima da média nacional e estadual. (Tabela 1)

Tabela 2 - Municípios com as 5 maiores prevalências de câncer de boca e orofaringe, cobertura de Saúde Bucal, estadiamento e dados dos serviços, segundo PMAQ- 3º Ciclo, Mato Grosso do Sul, DEZ/2021.

	FÁTIMA DO SUL	TAQUA- RUSSU	MUNDO NOVO	BRASILÂN- DIA	NOVO HORIZON- TE DO SUL
Cob SB %	100	96,15	65,36	100	100
PREVALÊNCIA (100.000 hab)	140,98	111,48	86,12	84,50	84,36
Estadiamento					
INICIAL % (estadiamento 0,1 e 2)	14	0	20	20	50
AVANÇADO % (estadiamento 3 e 4)	86	100	80	80	50
Equipes Participantes PMAQ- AB - 3º Ciclo	5	1	3	4	2

Realiza ações de prevenção	Sim	5	1	3	4	2
	Não	0	0	0	0	0
Realiza Busca Ativa	Sim	3	1	3	4	0
	Não	2	0	0	0	2
Realiza Exame mucosas orais	Sim	5	1	3	4	2
	Não	0	0	0	0	0
Realiza biopsia	Sim	0	0	2	0	1
	Não	5	1	1	4	1
Possui serviço de referência para biopsia	Sim	5	1	3	3	2
	Não	0	0	0	1	0
Possui serviço de referência para tratamento	Sim	4	0	3	3	0
	Não	1	1	0	1	2

O estadiamento identificado no tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia, foram predominantemente na fase avançada nos cinco municípios com maiores prevalência de câncer de boca e orofaringe. (Quadro 2).

Tabela 3- Municípios com as 5 menores prevalências de câncer de boca e orofaringe, cobertura de Saúde Bucal, estadiamento e dados dos serviços, segundo PMAQ- 3º Ciclo, Mato Grosso do Sul, DEZ/2021.

		BELA VISTA	MIRANDA	BATAYPO-RÃ	PORTO MURTINHO	SONORA
Cob SB %		83,68	86,32	100	97,12	69,97
PREVALÊNCIA (100.000 hab)		12,08	10,55	8,80	5,73	4,96
Estadiamento						
INICIAL % (estadiamento 0,1 e 2)		0	0	0	0	100
AVANÇADO % (estadiamento 3 e 4)		100	100	100	100	0
Equipes Participantes PMAQ- AB - 3º Ciclo		5	3	4	4	4
Realiza ações de prevenção	Sim	5	2	4	3	4
	Não	0	1	0	1	0
Realiza Busca Ativa	Sim	5	1	4	3	3
	Não	0	2	0	1	1
Realiza Exame mucosas orais	Sim	5	1	4	3	4
	Não	0	2	0	1	0
Realiza biopsia	Sim	2	0	0	3	2
	Não	3	3	4	1	2

Possui serviço de referência para biopsia	Sim	5	2	4	3	4
	Não	0	1	0	1	0
Possui serviço de referência para tratamento	Sim	5	0	3	3	3
	Não	0	3	1	1	1

Entre os cinco municípios com menores prevalências do câncer de boca e orofaringe, o estadiamento identificado no tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia, com exceção de Sonora que teve 100% dos casos diagnosticados no estágio inicial, nos outros 4 municípios o câncer de boca e orofaringe foram diagnosticados 100% no estágio avançado. (Tabela 3)

Tabela 4 - Município de Campo Grande, prevalências de câncer de boca e orofaringe, cobertura de Saúde Bucal, estadiamento e dados dos serviços, segundo PMAQ- 3º Ciclo, Mato Grosso do Sul, DEZ/2021.

CAMPO GRANDE		
Cob SB %		63,55
PREVALÊNCIA (100.000 hab)		43,56
Estadiamento		
INICIAL % (estadiamento 0,1 e 2)		12
AVANÇADO % (estadiamento 3 e 4)		88
Equipes Participantes PMAQ- AB - 3 ° Ciclo 92 un		81
Realiza ações de prevenção	Sim	80
	Não	1
Realiza Busca Ativa	Sim	77
	Não	4
Realiza Exame mucosas orais	Sim	79
	Não	2
Realiza biopsia	Sim	2
	Não	79
Possui serviço de referência para biopsia	Sim	79
	Não	2
Possui serviço de referência para tratamento	Sim	76
	Não	5

E por fim, ao avaliar Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul, com prevalência de 43,56 casos de câncer Bucal para cada 100.000 habitantes, das 80 equipes participantes, quatro informaram que não desempenham busca ativa de lesões potencialmente cancerizáveis e de casos na comunidade; duas não realizam exame sistemático das mucosas orais; duas realizam biópsia; duas não contam com referência para biópsia e cinco não têm referência para o tratamento do câncer de boca. Tais dados denotam incoerência do conhecimento do odontólogo em relação ao apoio dos serviços secundários, visto que todas as equipes têm referência para os CEOs de Campo Grande para avaliação, biópsia, diagnóstico, tratamento e conduta necessária. (Tabela 4)

Mesmo os 79 municípios avaliados apresentando cobertura de saúde bucal acima da média nacional, dos quais 42 apresentaram 100%, sugere predomínio do diagnóstico no estágio avançado.

Em estudo aferindo o conhecimento da população brasileira a respeito dos sinais clínicos iniciais, fatores causais e o profissional de saúde de primeira escolha na suspeita da doença, concluiu-se que é necessário ampliar a conscientização da população sobre lesões bucais potencialmente malignas e fatores etiológicos, reconhecendo o cirurgião-dentista como profissional qualificado para o diagnóstico da doença. (GROSSMANN *et al.*, 2021)

O atraso do diagnóstico, muitas vezes, é de responsabilidade do paciente, pois na grande maioria dos casos é assintomático nos estágios iniciais, o que faz com que não procure ajuda médica até manifestar sintomas claros, como dor, sangramento ou massa na boca ou pescoço se a disseminação linfática já estiver presente. Entretanto, este atraso também pode ser decorrente da abordagem médica incorreta por não suspeitar de uma malignidade oral e não a diagnosticar e tratar de forma rápida e adequada. (ABATI *et al.*, 2020)

Em pesquisa, 41,9% dos pacientes tinham conhecimento da lesão, buscando atendimento no serviço de saúde após manifestação de desconforto, indicando desvalorização do autocuidado e desconhecimento dos sinais da lesão por serem inicialmente assintomáticas, consequentemente com diagnóstico em estágio avançado, comprometendo a sobrevida dos pacientes. Ademais, os pacientes procuraram mais o médico que o dentista para diagnóstico. (SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010)

Há uma tendência mundial em aperfeiçoar o conhecimento e a educação dos profissionais de saúde bucal sobre o diagnóstico precoce e encaminhamento do CEO., impactando na melhoria da qualidade de vida do paciente, reduzindo os custos do tratamento e as taxas de morbidade e mortalidade. (GOLBUREAN; HAGEN; UNCUTA, 2021)

Os cânceres precoces (estágio I e estágio II) da cavidade oral e do lábio têm melhor prognóstico e a escolha do tratamento é a cirurgia e/ou radioterapia, dependendo da localização e tamanho da lesão. Em doença avançada (Fase III ou superior), a quimioterapia é adicionada à cirurgia e/ou radiação, realizando a dissecação do linfonodo cervical quando forem positivos. (VILA; VILA; ABATI, 2011)

O fator mais importante para a sobrevida do paciente é o estágio em que é diagnosticado os cânceres de boca e orofaringe, na maioria das vezes, quando os sinais e /ou sintomas clínicos já estão presentes, aproximadamente 70% em estágio clínico avançado. Ocorre principalmente pela falta de informação do paciente associado a profissionais de saúde inadequadamente capacitados e baixo nível socioeconômico limitando o acesso à atenção primária de saúde. (LEONEL *et al.*, 2019)

Os odontólogos devem estar habituados com os fatores de risco e os sinais e sintomas clínico do câncer bucal para eficiência na identificação, encaminhamento e orientação ao paciente de alto risco, a fim de detectar a doença em fase inicial. (SCUTARIU; VORONEANU, 2006)

Observa-se que o prognóstico, influenciado pelo estágio clínico e patológico do momento do diagnóstico, tem piores resultados à medida que a doença avança e que o local do tumor se torna menos acessível, ou seja, o câncer de lábio tem melhores taxas de sobrevivência que o câncer de orofaringe. Sendo assim, a detecção precoce da malignidade oral e a antecipação do diagnóstico reduzem as taxas de mortalidade e morbidade do tratamento, minimizando o impacto negativo na qualidade de vida advinda de uma intervenção invasiva. (ABATI *et al.*, 2020).

Conforme exposto pelo Ministério da Saúde, o odontólogo da equipe de Atenção Básica tem a responsabilidade de detectar alterações em tecidos moles e/ou duros, indicando a hipótese diagnóstica destas lesões e encaminhando ao especialista, que em caso de malignidade, o paciente será tratado pelo especialista da Oncologia. Contanto que a ESB se sinta capacitada para exercer a técnica de

coleta e interpretação dos resultados, a biópsia, citologia esfoliativa e demais exames complementares, poderão ser realizados ou solicitados na APS. Não obstante, na impossibilidade de diagnóstico e/ou tratamento das lesões, o usuário deverá ser referenciado ao CEO. (BRASIL, MS, A Saúde Bucal no Sistema único de Saúde, 2018)

Apesar do avanço científico sobre o câncer da boca, ainda continua sendo um problema relevante de Saúde Pública, tal conhecimento não consegue ser traduzido em ações que impactem positivamente os indicadores de incidência e morbimortalidade. Com a municipalização do sistema de saúde, faz-se importante a avaliação e controle social atentar-se às unidades administrativas municipais e consorciadas no nível microrregional, por serem nestas esferas que as ações poderão ser implantadas e avaliadas considerando as diferenças e características epidemiológicas, de infraestrutura, socioeconômicas e organizacionais. (PEREIRA *et al.*, 2012)

Há necessidade de programas de educação continuada para identificação de sintomas precoces da doença para população e profissionais da saúde. (SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010)

Um recorte dos resultados desse estudo será apresentado no formato de um subcapítulo, cujo Manuscrito teve como intuito avaliar a conduta das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária no manejo do câncer de boca e orofaringe em municípios sul-mato-grossenses. O mesmo foi submetido ao periódico Revista Ciência & Saúde Coletiva (Anexo B, C, e D).

6.1 Manuscrito

ANÁLISE DA COBERTURA DE SAÚDE BUCAL E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIOS SUL-MATO-GROSSEENSES

ANALYSIS OF ORAL HEALTH COVERAGE AND PRACTICES OF ORAL HEALTH TEAMS IN PRIMARY CARE IN SUL-MATO-GROSSEENSES MUNICIPALITIES

Fabrizia FOLETTO^a, Nathan ARATANI^a

^aUFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF/INISA/UFMS), Campo Grande, MS, Brasil.

RESUMO

Introdução: Considerando estimativa no Brasil de 15.190 novos casos de câncer de boca e orofaringe para o triênio 2020 à 2022, justifica-se a importância do odontólogo na Atenção Primária estar capacitado ao diagnóstico precoce desta neoplasia maligna, à biópsia e à regulação ao Centro de Especialidades Odontológicas. **Objetivo:** Analisar a cobertura de Saúde Bucal e práticas das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde, no cuidado ao câncer de boca e orofaringe em municípios de Mato Grosso do Sul. **Material e método:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo, de bases de dados secundários oficiais e públicos, referentes aos municípios sul-mato-grossenses em que foram determinados prevalência de câncer de boca e orofaringe, CID-10 C00 - C10, cobertura de saúde bucal e análise de dados de cuidado em saúde bucal do PMAQ-AB, 3º Ciclo. **Resultado:** Houve divergência nas respostas entre as equipes de saúde bucal de alguns municípios no direcionamento do fluxo de encaminhamento para biópsia e tratamento do câncer de boca e orofaringe, evidenciando desconhecimento das ofertas de serviços especializados. **Conclusão:** Há fragilidades no processo de trabalho podendo influenciar no estadiamento do diagnóstico, tratamento, qualidade de vida e sobrevida do paciente.

Descritores: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde Bucal; Neoplasias Bucais.

ABSTRACT

Introduction: Considering an estimate of 15,190 new cases of oral and oropharyngeal cancer in Brazil for the three-year period 2020 to 2022, it justifies the importance of dentists in Primary Care being able to provide early diagnosis of this malignant neoplasm, biopsy and regulation of the Center for Dental Specialties. **Objective:** To analyze the coverage of Oral Health and practices of the Oral Health Teams of Primary Health Care, in the care of oral and oropharyngeal cancer in municipalities of Mato Grosso do Sul. **Material and method:** Descriptive, cross-sectional, quantitative study of official and public secondary databases, referring to the municipalities of Mato Grosso do Sul, in which the prevalence of oral and oropharyngeal cancer, ICD-10 C00 - C10, oral health coverage and analysis of oral health care data from the PMAQ-AB, 3rd Cycle. **Result:** There was divergence in the responses between the oral health teams of some municipalities in directing the referral flow for biopsy and treatment of oral and oropharyngeal cancer, showing lack of knowledge of the offers of specialized services. **Conclusion:** There are weaknesses in the work process that can influence the staging of the diagnosis, treatment, quality of life and patient survival.

Descriptors: Family Health; Primary Health Care; Oral Health Services; Oral Neoplasms.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), para cada ano do triênio 2020-2022, o número de casos novos estimados de câncer de boca e orofaringe para o Brasil são de 11.200 casos em homens e de 4.010 em mulheres, sendo o décimo terceiro câncer mais frequente entre a população. Tal incidência corresponde a um risco estimado de 10,70 casos novos a cada 100 mil homens, e 3,71 novos casos para cada 100 mil mulheres.¹

Os cânceres de boca e orofaringe, são a sexta malignidade mais comum em todo o mundo. As taxas de incidência e mortalidade têm relação direta ao estilo de vida da população²,³ a exemplo do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas, inflamação crônicas e radiação ultravioleta actínica (UV)⁴. O tabagismo e etilismo estão relacionados principalmente aos carcinomas de células escamosas (CCE), enquanto a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV tipo 16) está relacionada ao desenvolvimento, dos cânceres de orofaringe, amígdala e base da língua.^{2,3}

A prevenção primária dessas neoplasias consiste na educação das pessoas sobre os

fatores de risco e modificação de hábitos comportamentais, vacinação contra o HPV. No que tange a atuação dos profissionais odontólogos, é necessárias ações de prevenção secundária eficientes, que consiste no rastreamento e tratamento precoce de pré-malignidades orais e cânceres em estágio inicial.⁴

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a Equipe de Saúde Bucal (ESB) é composta minimamente pelos profissionais odontólogos, técnico de higiene bucal e/ou auxiliares de saúde bucal, e dentre a sua atuação espera-se que o odontólogo esteja capacitado e orientado para triagem, diagnóstico e encaminhamento precoce do câncer de boca e orofaringe, a fim de fazer a detecção e tratamento precoce.⁵

O cuidado ao câncer de boca e orofaringe é frequentemente explorado em estudos que investigam os serviços especializados, porém, há lacunas sobre o manejo por parte das equipes de saúde bucal da APS, nível de atenção que é fundamental e deveria ser determinante para o diagnóstico e tratamento oportuno. Este trabalho objetiva investigar em que medida as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária realizam ações preventivas e conhecem os fluxos relacionados ao diagnóstico de câncer de boca e orofaringe.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo, retrospectivo, de caráter quantitativo, com coleta de dados secundários em bases oficiais e públicas, referentes aos municípios do estado de Mato Grosso do Sul.

Foi realizado o cálculo da prevalência de câncer bucal para o período acumulado de 2017 a 2021 para cada um dos 79 municípios do Estado de Mato Grosso do Sul. Para o numerador considerou os casos de câncer de boca CID-10 C00 à C10 extraídos da página do DATASUS⁶, segundo local de residência.

Para a composição do denominador considerou os dados das estimativas da população

residente nos municípios de Mato Grosso do Sul, com data de referência 1º de julho de 2021, em que foram extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁷. O resultado desta fração foi multiplicado pela constante 100.000.

O início do período estudado (2017) foi escolhido por ser o primeiro ano após a finalização da avaliação externa do PMAQ, momento em que era esperado que as equipes estivessem qualificadas para seguir fluxos e processos para uma boa assistência.

Por seguinte, foi realizado a coleta de dados da cobertura de Saúde Bucal de todos os municípios de Mato Grosso do Sul, extraídas do site do e-Gestor, Atenção Básica – Informação e Gestão da Atenção Básica na competência de dezembro de 2021⁸.

Buscando aproximação sobre o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal que pudessem impactar na atenção ao câncer de boca e orofaringe, foram acessados os Microdados da Avaliação Externa do 3º Ciclo do PMAQ-AB⁹. Como variáveis de interesse foram selecionados seis questões do Módulo VI - Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, a saber: VI.11.1 – A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca?; VI.11.2 - Quais ações são realizadas?: 11.2.4 - Busca ativa de lesões potencialmente cancerizáveis e de casos na comunidade e 11.2.5 - Exame sistemático das mucosas orais; VI.11.3 – A Equipe de Saúde Bucal realiza biópsias, na UBS, para diagnóstico de câncer de boca?; VI.11.5 - A Equipe de Saúde Bucal possui referência para solicitação de biópsia para casos com suspeita de câncer de boca?; VI.11.8 - A Equipe de Saúde Bucal possui referência para o tratamento dos casos confirmados de câncer de boca?. Todos os dados foram tabulados em planilhas Excel e para permitir uma análise pormenorizada, optou-se por apresentar os resultados apenas de 10 municípios, sendo os cinco municípios com maior incidência e o cinco com menor incidência de câncer bucal e de orofaringe.

RESULTADOS

A cobertura de saúde bucal da APS, período de dezembro de 2021, no Brasil foi de 56,61%; Centro Oeste, 58,95%; e Mato Grosso do Sul, 78,18%.⁸

Dos cinco municípios com maior prevalência de câncer de boca e orofaringe (Fátima do Sul, Taquarussu, Mundo Novo, Brasilândia e Novo Horizonte do Sul), todos, com exceção de Mundo Novo que está abaixo da média estadual, tiveram cobertura de saúde bucal superior à média nacional e estadual. (Tabela 1).

Daqueles cinco municípios com menor prevalência de câncer de boca e orofaringe, Sonora também apresentou cobertura inferior à média estadual (Tabela 2).

Tabela 1 - Municípios com as cinco maiores prevalências de câncer de boca e orofaringe, cobertura de Saúde Bucal e dados dos serviços, segundo PMAQ- 3º Ciclo, Mato Grosso do Sul, DEZ/2021.

		FÁTIMA DO SUL	TAQUA- RUSSU	MUNDO NOVO	BRASILÂN- DIA	NOVO HORIZON- TE DO SUL
Cob SB %		100	96,15	65,36	100	100
PREVALÊNCIA (100.000 hab)		140,98	111,48	86,12	84,50	84,36
Equipes Participantes PMAQ- AB - 3º Ciclo		5	1	3	4	2
Realiza ações de prevenção	Sim	5	1	3	4	2
	Não	0	0	0	0	0
Realiza Busca Ativa	Sim	3	1	3	4	0
	Não	2	0	0	0	2
Realiza Exame mucosas orais	Sim	5	1	3	4	2
	Não	0	0	0	0	0
Realiza biopsia	Sim	0	0	2	0	1
	Não	5	1	1	4	1
Possui serviço de referência parabiopsia	Sim	5	1	3	3	2
	Não	0	0	0	1	0
Possui serviço de referência para tratamento	Sim	4	0	3	3	0
	Não	1	1	0	1	2

Dos cinco municípios com maiores prevalências de câncer de boca e orofaringe, todas

as equipes informaram realizar ações de prevenção de câncer de boca e exames de mucosas orais, entretanto, a busca ativa não ocorre em todas as equipes. Em Mundo Novo todas equipes responderam possuir referência para o tratamento dos casos confirmados de câncer de boca e orofaringe, porém houve divergências nos outros quatro municípios quanto ao fluxo de encaminhamento para serviços especializados da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de atendimento do SUS. (Tabela 1)

Tabela 2- Municípios com as cinco menores prevalências de câncer de boca e orofaringe, cobertura de Saúde Bucal e dados dos serviços, segundo PMAQ- 3º Ciclo, Mato Grosso do Sul, DEZ/2021.

		BELA VISTA	MIRANDA	BATAYPO- RÃ	PORTO MURTINH O	SONORA
Cob SB %		83,68	86,32	100	97,12	69,97
PREVALÊNCIA (100.000 hab)		12,08	10,55	8,80	5,73	4,96
Equipes Participantes PMAQ- AB - 3º Ciclo		5	3	4	4	4
Realiza ações de prevenção	Sim	5	2	4	3	4
	Não	0	1	0	1	0
Realiza Busca Ativa	Sim	5	1	4	3	3
	Não	0	2	0	1	1
Realiza Exame mucosas orais	Sim	5	1	4	3	4
	Não	0	2	0	1	0
Realiza biopsia	Sim	2	0	0	3	2
	Não	3	3	4	1	2
Possui serviço de referência parabiopsia	Sim	5	2	4	3	4
	Não	0	1	0	1	0
Possui serviço de referência para tratamento	Sim	5	0	3	3	3
	Não	0	3	1	1	1

Com relação aos cinco municípios de menores prevalências do câncer de boca e orofaringe, Bela Vista, Batayporã e Sonora, tiveram todas ESB que informaram realizar ações de prevenção, exame de mucosas orais e referência para realização de biópsia em centros especializados. Enquanto que, nas atividades de busca ativa, apenas Bela Vista e Batayporã tiveram todas as equipes promovendo esta ação. (Tabela 2)

Houve divergência nas respostas entre as equipes de saúde bucal de alguns municípios no direcionamento do fluxo de referenciamento para biópsia e tratamento do câncer de boca e orofaringe, evidenciando desconhecimento das ofertas de serviços especializados. Somente Bela Vista teve todas as equipes alinhadas no entendimento do fluxo aos serviços da Atenção Secundária. (Tabela 2)

DISCUSSÃO

Em estudo com objetivo de descrever os serviços de APS prestados pelas ESB no Brasil, concluíram que essas, mesmo tendo expandido nos últimos anos, enfrentam muitos desafios como barreiras de acesso, falhas na prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento dos casos de câncer bucal e reabilitação insuficiente com próteses.¹⁰

O inquérito populacional SB Brasil 2010, que traz resultados de acesso a serviços odontológicos, demonstrou que 22% dos idosos entrevistados (65 a 74 anos) na região Centro Oeste, nunca haviam ido ao dentista, mesmo sendo a região que representava maior cobertura populacional de ESB tipo I.¹¹

O pouco conhecimento sobre o câncer de boca e orofaringe entre pacientes e profissionais de saúde, o medo do diagnóstico e as dificuldades para acessar o sistema de saúde são causa que influenciam no diagnóstico. Embora alguns profissionais de saúde responsabilizem os pacientes pela doença, aqueles devem ter consciência de seu compromisso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe e não culpar os enfermos pelo atraso, além de desenvolver atitudes positivas, valores pessoais, habilidades de relacionamento, domínio psicológico e autoconfiança.¹²

Após verificação dos dados da avaliação externa do 3º Ciclo do PMAQ-AB, nos municípios com maiores prevalências de câncer de boca e orofaringe, constatou-se que todas equipes realizavam ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca e exame sistemático

das mucosas orais.

Em se tratando de busca ativa de lesões potencialmente cancerizáveis e de casos na comunidade, Fátima do Sul e Novo Horizonte do Sul tiveram equipes que não realizavam esta ação. Considerando o desconhecimento do paciente dos sinais e sintomas das lesões incipientes, esta atitude pode comprometer e influenciar no diagnóstico tardio do carcinoma de boca e orofaringe.

Somente Brasilândia teve 1 ESB informando não possuir referência para solicitação de biópsia para casos com suspeita de câncer de boca e orofaringe, gerando preocupação, pois este desconhecimento dos serviços disponíveis pode adiar a avaliação e diagnóstico do paciente.

Porém, quando analisado se tem referência para o tratamento dos casos confirmados de câncer de boca, a situação é ainda mais preocupante, somente em Mundo Novo as equipes afirmaram positivamente, enquanto nos outros municípios houve divergência nas respostas entre as equipes do município

A falta de informação e conhecimento do fluxo no cuidado integral e longitudinal do paciente com referência para centros de apoio especializados, pode impactar diretamente no estadiamento diagnosticado, tratamento, qualidade de vida e sobrevida do paciente.¹³

É oportuno informar que todos os municípios sul-mato-grossenses possuem referenciamento para Centros de Especialidades Odontológicas organizados pelo Sistema de Regulação Ambulatorial (SISREG), portanto, todas as ESB são assistidas pela Atenção Secundária em estomatologia para encaminhamento de biópsia e tratamento do câncer de boca e orofaringe, que por sua vez, se necessário regulará o paciente a Atenção Terciária.

É necessário que os profissionais da saúde bucal (cirurgião-dentista, técnicos e auxiliares) reconheçam os pontos de atenção e fluxos para funcionamento da RAS, para que utilizem adequadamente a oferta de serviços aos usuários. A desinformação precisa ser superada, estimulada pela educação permanente, que por sua vez, deve ser expandida

subsidiando municípios de menor porte, distantes das instituições formadoras tradicionais.¹⁴

Política *Nacional de Saúde Bucal* reestruturou os serviços públicos de saúde bucal, promovendo expansão da APS e ingresso em nível especializado, ampliando o acesso ao diagnóstico do câncer bucal e garantindo a continuidade do cuidado. As ESB são responsáveis pela abordagem individual inicial, desenvolvendo ações de prevenção, de detecção precoce de lesões e atenção especial aos indivíduos com maior risco. Nos casos suspeitos de lesão maligna, a equipe da APS referencia o paciente para o nível secundário de atenção, representado pelos Centros de Especialidade Odontológicas (CEO), serviços esses responsáveis pelo diagnóstico e pelo encaminhamento ao tratamento hospitalar.³

Num estudo realizado nas Unidade de Saúde da Família de Recife, PE, em entrevistas de múltiplas escolhas com 71 dentistas abordando as principais características clínicas e fatores de risco para câncer bucal, concluiu-se que os profissionais não expressaram um nível de confiança suficiente para o diagnóstico desta neoplasia. Os autores sugeriram mudança nos programas educacionais e de treinamento sobre câncer bucal durante os cursos de graduação em odontologia, afim de maior capacitação destes profissionais e revisão das políticas públicas de saúde para redução da morbimortalidade por esta doença.¹⁵

Em estudo em Feira de Santana, Bahia, no ano de 2006 para verificar o conhecimento do cirurgião-dentista em relação ao câncer bucal, percebeu-se que não tinham conhecimento mínimo necessário, sendo que 69,5% dos profissionais consideraram baixo seu nível de confiança para proceder diagnóstico de câncer bucal, sugerindo reformulação do ensino capacitando profissionais ao diagnóstico precoce e o investimento em políticas públicas com adoção de estratégias de redução da morbimortalidade dessa doença.¹⁶

Num estudo de revisão integrativa da literatura internacional e nacional demonstraram que boa parte dos dentistas apresentavam limitado conhecimento referente ao câncer de boca e orofaringe, fatores de riscos e principalmente capacidade técnica de detecção precoce, sendo

reforçado em vários achados a necessidade de educação continuada e permanente constantes dos odontólogos sobre essa temática.¹⁷

A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) disponibilizada à população Brasileira, listando serviços e ações ofertados pelas equipes de Saúde da Família da APS, inclui biópsia de tecidos moles da boca, para investigação de doença ou outra condição na Atenção e Cuidados em Saúde Bucal.¹⁸

Caso o cirurgião-dentista se considerar capacitado para a técnica de coleta, biópsia e a citologia esfoliativa, assim como demais exames complementares e interpretação dos resultados, estes poderão ser realizados/solicitados na Unidade Primária de Saúde. Na impossibilidade do diagnóstico e/ou tratamento das lesões, é recomendado referenciar para a Atenção Secundária – Centro de Especialidades Odontológicas, registrando o motivo do encaminhamento, dados clínicos e localização da enfermidade ou lesão em formulário específico de referência e contrarreferência; sensibilizando o usuário da importância de seu comparecimento na Unidade de Referência, mantendo o acompanhamento e continuidade do cuidado deste paciente.¹⁸

A maioria dos profissionais nunca procedeu uma biópsia da mucosa oral ao longo de sua carreira, referenciando o paciente suspeito a um especialista em cirurgia oral ou um patologista oral com treinamento avançado para realização deste procedimento.¹⁹

Em estudo, num município de grande porte da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, revelou que os cirurgiões-dentistas desconheciam a existência de um fluxo para os casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca e ainda mencionaram fragilidade técnica e insegurança no diagnóstico de lesões potencialmente malignas, citando que a formação para o reconhecimento de lesões bucais durante período de graduação era insuficiente.²⁰

Também neste trabalho observou-se que há conflitos nas atividades desenvolvidas pelas ESB intra e intermunicipal e conhecimento dos fluxos e serviços para regulação do paciente

sugestivo de lesão cancerígena.

A inserção de trabalhadores de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família representa avanços na ampliação do acesso e cobertura, no entanto, ainda em busca pela superação dos modelos tradicionais de atendimento odontológico, pautados na quantidade de procedimentos, objetivando a construção da atenção integral ao usuário.²

Em estudo de 2008, apreciando uma amostra de 238 dentistas lotados em 87 USF de Fortaleza - Ceará, 77,7% dos entrevistados relataram ter identificado pacientes com lesões suspeitas nas USF, entretanto, apenas 43% se consideraram capazes de realizar uma biópsia, dependendo da complexidade tendo apenas 10,7% efetivamente realizado esta intervenção. As hipóteses sugestivas é que possa não haver estrutura física adequada para este exame; poder ser feito em ambulatório sem a necessidade de grandes aparelhos cirúrgicos; os dentistas se omitirem de suas funções e evitarem constrangimento em informar aos pacientes a alta taxa de mortalidade; e preferência por encaminhar pacientes para centros de referência.²¹

Considerando que a grande maioria das biópsias dos tecidos orais é realizada em ambiente ambulatorial, de baixa complexidade tecnológica para execução do procedimento (estrutura física, equipamentos e materiais) e a eficácia da biópsia em diagnóstico precoce do câncer bucal, é essencial discutir a possibilidade de realizá-la na APS, permitindo atuar nas fases iniciais da lesão, contribuindo efetivamente para diminuição da mortalidade por câncer bucal.²¹

Diante de todos os desafios problematizados, que atuam sinergicamente, contata-se a necessidade de programas de educação continuada e permanente para os profissionais da saúde e ações educativas destinadas aos usuários para identificação de sintomas precoces da doença.²² Além de abordar os sintomas, tais ações devem informar aos profissionais sobre como está organizada a RAS no município para o cuidado desses usuários, e informar aos usuários sobre quais serviços e profissionais eles devem acessar. Desconsiderar associações da prevalência do

câncer de boca e orofaringe com índices socioeconômicos, demográficos, culturais, regionais e comportamentais é uma das fragilidades deste estudo.

CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo demonstram que embora os municípios selecionados apresentem cobertura de saúde bucal acima da média nacional, foram encontradas fragilidades no processo de trabalho em relação às ações de prevenção, busca ativa, exames das mucosas orais, realização de biópsias, referência para biópsia e tratamento, podendo influenciar no estadiamento do diagnóstico, tratamento, qualidade de vida e sobrevida do paciente com neoplasia maligna de câncer de boca e orofaringe.

Além da expansão da cobertura de saúde bucal para ampliação do acesso, é importante a capacitação e qualificação das ESB para promover práticas de trabalho capazes de realizar diagnóstico precoce e encaminhamento adequado aos demais serviços da RAS, fortalecendo os atributos de coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela APS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2020, Síntese de Resultados e Comentários. 2020 [citado em 29 mai 2022]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios#:~:text=O%20n%C3%BAmero%20de%20casos%20novos,homens%2C%20ocupando%20a%20quinta%20posi%C3%A7%C3%A3o.>
2. Barros GIS, Casotti E, Gouvêa MV. Câncer de boca: O desafio da abordagem por dentistas. *Revista de Enfermagem*. 2017; 11(11): 4273-81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a23542p4273-4281-2017>.
3. Cunha AR, Prass TS, Hugo FN. Mortalidade por câncer bucal e de orofaringe no Brasil, de 2000 a 2013: tendências por estratos sociodemográficos. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2020 Ago;25(8). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020258.31282018>.
4. Abati S, Bramati C, Bondi S, Lissoni A, Trimarchi M. Oral Cancer and Precancer: A Narrative Review on the Relevance of Early Diagnosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(24):9160. Disponível em:

<https://doi.org/10.3390/ijerph17249160>.

5. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldani MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro. Out 2014 [citado 2020 nov 01];38(especial):140-157. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S011>.
6. Brasil. Ministério da Saúde, DATASUS, TabNet, Painei Oncológico, 2022 [citado 2022 ago 7]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def.
7. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Estimativas da População, 2022 [citado 2022 ago 7]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor). Cobertura de Saúde Bucal, 2022 [citado 2022 ago 7]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), PMAQ 3º Ciclo, Microdados da Avaliação Externa, Brasília – DF, 2017[citado 2021 dez 31]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>.
10. Reis CMR, Matta-Machado ATG, Amaral JHL, Mambrini JVdM, Werneck MAF, de Abreu MHNG. Understanding oral health care team performance in primary care: A mixed-method study. *PLoS ONE*. 2019 [citado em 22 abri 2022];14(5):e0217738. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217738>.
11. Pinho JRO, Souza TC, Bôas MDV, Marques CPC, Neves PAM. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*. 2015 [citado 2022 ago 25];69(1):80-5. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/pdf/apcd/v69n1/a13v69n1.pdf>.
12. Prieto L, Silva OMP, Accioly Jr H, Oliveira EF, Blachman IT. A representação social do câncer bucal para os profissionais de saúde e seus pacientes. *Rev. Odontol. UNESP*. 2005[citado 2022 ago 25];34(4):185-191. Disponível em: <https://www.revodontolunesp.com.br/article/588017b27f8c9d0a098b4862>.
13. Casotti E, Monteiro ABF, Filho ELC, Santos MP. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de distúrbios com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 [citado 2022 out 07];21(5):1573-1582. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.10742>.
14. Mello ALSF, Andrade SR, Moysés SJ, Erdmann AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(1):205-214. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1748>.

15. Leonel ACLDS, Soares CBRB, Lisboa de Castro JF, Bonan PRF, Ramos-Perez FMM, Perez DEDC. Knowledge and Attitudes of Primary Health Care Dentists Regarding Oral Cancer in Brazil. *Acta Stomatol Croat*. 2019 Mar [citado 2022 abr 22];53(1):55-63. doi: 10.15644/asc53/1/6.
16. Spaulonci GP, Souza RS, Pecorari VGA, Dib LL. Oral Cancer Knowledge Assessment: Newly Graduated versus Senior Dental Clinicians. *Int J Dent*. 2018 Feb 14 [citado 2022 abr 22];2018:9368918. doi: 10.1155/2018/9368918.
17. Barros ATOS, Silva CCC, Santos VCB, Panjwani CMBRG, Barbosa KGN, Ferreira SMS. Knowledge of oral and oropharyngeal cancer by dental surgeons: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2021 [citado 2022 abr 22];74(1):e20200080. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0080>.
18. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). Diagnóstico Precoce do Câncer de Boca. Rio de Janeiro. 2022 [citado 2022 jul 29]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diagnostico-precoco-do-cancer-de-boca>.
19. Golburean O, Hagen MH, Uncuta D, Tighineanu M, Manrikyan G, Vardanian I, Andresen C, Singh B, Porosencova T, Ivasiuc I, Cheptanaru O, Markaryan M, Shakavets N, Sapkota D, Sølrand TM, Costea DE, Özkaya F. Knowledge, opinions, and practices related to oral cancer prevention and oral mucosal examination among dentists in Moldova, Belarus and Armenia: a multi-country cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2021 Dec 18 [citado 2022 abr 22];21(1):652. doi: 10.1186/s12903-021-02011-2.
20. Barros GIS, Casotti E, Gouvêa MV. Câncer de boca: O desafio da abordagem por dentistas. *Rev enferm UFPE online*, Recife. Nov 2017 [citado 2022 set 03];11(11):4273-81. doi: 10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201701.
21. Noro LRA, Landim JR, Martins MCA, Lima YCP. The challenge of the approach to oral cancer in primary health care. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017 [citado 2022 set 03];22(5):1579-1587. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.12402015>.
22. Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas Braz J Otorhinolaryngol. 2010 [citado 2021 nov 29];76(4):416-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000400002>.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

***AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA**

*AUTORA PARA CORRESPONDÊNCIA Fabrizia Foletto, UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, R. Diogo Bernardes, 210, Vl do Polonês, 79032-271, Campo Grande – MS, Brasil, (67) 98404-8142, e-mail: fabriziafoletto@hotmail.com

*e-mail de todos os autores:

fabriziafoletto@hotmail.com

nathan.aratani@ufms.br

Agradecimentos

Trabalho realizado com apoio da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
- UFMS / MEC – Brasil

Financiamento

Este estudo foi financiado pela autora.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vulnerabilidade identificada foi a não padronização na nomenclatura do carcinoma objeto deste estudo, identificado em artigos como câncer de boca; de lábio e cavidade oral; e de boca e orofaringe. Até mesmo nos materiais disponíveis pelo INCA observa-se estas divergências.

O presente trabalho apresenta limitações, o que torna a validade do estudo dependente da confiabilidade das fontes dos dados secundários analisados.

Uma fragilidade dos dados secundários relacionados ao estadiamento do câncer de boca e orofaringe disponíveis no DataSus/Tabnet é que a categoria “Não se aplica”, referente aos casos tratados por cirurgia, não possui informação de estadiamento, pois esta terapia é recuperada do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), que não possui o referido dado. Portanto a classificação dos estadiamentos 0, 1, 2, 3 e 4 somente são registrados nos tratamentos de quimioterapia, radioterapia e ambos.

O mesmo ocorre na categoria “ignorado”, aos casos sem informação de tratamento, e consequentemente sem identificação do estadiamento.

Achados semelhantes deste manuscrito, abordando câncer de boca e orofaringe, também foram evidenciados em outros estudos, tanto nacionais como internacionais, evidenciando a deficiência do profissional cirurgião-dentista no reconhecimento das lesões e diagnóstico precoce, e limitação na realização da biópsia, refletindo sobre abordagem e prática desta temática nas Graduações de Odontologia, e na educação permanente e continuada dos odontólogos da RAS.

Enquanto servidores públicos, cirurgiões-dentistas inseridos na Atenção Primária, é primordial o conhecimento sobre o processo de trabalho, oferta de serviços e fluxos da Rede de Assistência à Saúde e domínio dos protocolos de regulação às especialidades ofertados pelo SUS, para garantia dos atributos essenciais da Atenção Primária: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

Considerando lesões identificáveis em exame clínico detalhado e de fácil acesso, sem a necessidade de equipamentos caros, é importante refletir porque esta neoplasia maligna ainda é identificada predominantemente em fase avançada.

REFERÊNCIAS

ABATI, S.; BRAMATI, C.; BONDI, S. et al. Oral Cancer and Precancer: A Narrative Review on the Relevance of Early Diagnosis. **Int J Environ Res Public Health**. v. 17, n.24, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7764090/>>. Acessado em: 22 de abr. 2022.

AMARAL JR., O. L.; FAGUNDES, M. L. B.; MENEGAZZO, G. R.; TÔRRES, L. H. N.; GIORDANI, J. M. A. Avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: perspectivas regionais com base no PMAQ. **Revista Eletrônica Tempus, actas de saúde colet.**. Brasília, v. 14, n. 1, pag. 143-159, Mar., 2020. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2618>>. Acessado em 02 de Nov. 2020.

ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOV, T. N.; FILHO-WUNSCH, V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**. v.21, n.1, 2007. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n1/30-36/pt>> .Acessado em: 22 de abr. 2022.

BALDANI, M. H.; RIBEIRO, A. E.; GONÇALVES, J. R. S. N.; DITTERICH, R. G. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, Set., 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/145-162/>>. Acessado em 01 de Nov. 2020.

BARBOSA, I. R.; COSTA, I. C. C.; PEREZ, M. M. B. et al. Desigualdades socioeconômicas y mortalidad por câncer: un estudio ecológico en Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v.19, n.3, p.350-356, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/408/40849134006/html/index.html>> Acessado em: 22 de abr. 2022.

BIRUR, N. P.; GURUSHANTH, K.; PATRICK, S. Role of Community health worker in a mobile health program for Early detection of oral cancer. **Indian Journal of Cancer**. v.56, n.2, p. 107-113, 2019. Disponível em: <<https://www.indianjcancer.com/article.asp?issn=0019-509X;year=2019;volume=56;issue=2;spage=107;epage=113;aulast=Birur>>. Acessado em: 22 de abr. 2022.

BIRUR, N. P.; PATRICK, S.; BAJAJ, S. et al. A Novel Mobile Health Approach to Early Diagnosis of Oral Cancer. **J Contemp Dent Pract**. v.19, n.9, p. 1122-1128, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6455929/>>. Acessado em: 22 de abr. 2022.

BOING, A. F., ANTUNES, J. L. F. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e

pescoço: uma revisão sistemática de literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 16, n. 2, Fev. 2011. Disponível em : <<https://www.scielo.br/j/csc/a/b5P38NWqdNtnCkPmpNRv9SS/?lang=pt>>. Acessado em 23 de Ago. 2022

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), **Estimativas da População**, 2022e. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>>, acessado em 07 de Ago. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde. Versão Popular**. p. 11, Dez. 2019d. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps-versao_populacao.pdf>. Acessado em 29 de Jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde, DATASUS, TabNet, **Painel Oncológico**, 2022f. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def>, acessado em 07 de Ago. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2020, Mato Grosso do Sul e Campo Grande - estimativa dos casos novos**, 2019b. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/mato-grosso-do-sul-campo-grande>>. Acessado em 28 de Jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Saúde Bucal, Caderno de Atenção Básica, nº 17**. Brasília. p. 40 - 41, 2008a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acessado em 29 de Jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **PORTARIA Nº 18, DE 7 DE JANEIRO DE 2019**. Brasília, 2019c Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2019/prt0018_10_01_2019.html>. Acessado em 31 de jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), PMAQ 3º Ciclo, **Microdados da Avaliação Externa**, Brasília – DF, p. 113, 2017b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_amaq_ab_sb_3_ciclo.pdf>, acessado em 31 de Dezembro de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, **Nota Técnica, Painel De Monitoramento de Tratamento Oncológico: Painel-Oncologia**, 2022g. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/painel_onco/doc/painel_oncologia.pd>. Acessado em 18 de Jul. de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor). **Cobertura de Saúde Bucal**, 2022d. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>>, acessado em 07 de Ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Diagnóstico Precoce do Câncer de Boca**. Rio de Janeiro. 2022c. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-diagnostico-precoce-cancer-boca-2022.pdf>>. Acessado em 29 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2020, Síntese de Resultados e Comentários** –. 2020a. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios#:~:text=O%20n%C3%BAmero%20de%20casos%20novos,homens%2C%20ocupando%20a%20quinta%20posi%C3%A7%C3%A3o.>>. Acessado em 29 de Mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Números de câncer, Estatísticas de câncer** –. 2022b. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>>. Acessado em 29 de Mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Tipos de Câncer, Câncer de boca** – 2022a. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>>. Acessado em 29 de Maio. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Deteção Precoce do Câncer. Cânceres de Lábio e Cavidade Oral**. Rio de Janeiro. p. 48 - 52, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>>. Acessado em 27 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2020, Incidência de Câncer no Brasil. Câncer da Cavidade Oral**. Rio de Janeiro. p. 39, 2019a. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>. Acessado em 27 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Manual de Especialidades em Saúde Bucal**. Brasília. p. 11 - 13, 2008b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_especialidades_saude_bucal.pdf>. Acessado em 29 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), **Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)** – 2004a. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/politicas/pnsb>>. Acessado em 05 de Set. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), **Instrumentos de Avaliação Externa**. Brasília – DF, 2017a. Disponível em:

<<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>>. Acessado em 05 de Set. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4NQ>>. Acessado em: 05 de Set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico dos casos de câncer de lábio e cavidade oral**. Ministério da Saúde: Brasília. 2020b. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//relatorio-cancer-de-boca-2020.pdf>>. Acessado em: 22 de abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf>. Acessado em: 22 de abr. 2022.

CASOTTI, E.; CONTARATO, P. C.; FONSECA, A. B. M.; BORGES, P. K. O.; BALDANI, M. H. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. special, Out., 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38nspe/140-157/pt/>> Acessado em 01 de Nov. 2020.

CASOTTI, E.; MONTEIRO, A. B.F.; CASTRO FILHO, E. L.; SANTOS, M. P. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de distúrbios com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1573-1582, mai., 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501573&script=sci_abstract&lng=pt>. Acessado em: 07 de Out. 2020.

CUNHA, A. R.; PRASS, T. S.; HUGO, F. N. Mortalidade por câncer bucal e de orofaringe no Brasil, de 2000 a 2013: tendências por estratos sociodemográficos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n. 8, p. 3075-3086, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/DDPYkhxX7zp5qBSLT9dytdK/?lang=pt#ModalArticles>> . Acessado em: 22 de abr. 2022.

DANTAS, T.S.; SILVA, P. G. B; SOUSA, E. F.et al. Influência do Nível de Educação, Estágio e Tipo Histológico na Sobrevida do Câncer Bucal em uma População Brasileira: Um Estudo Retrospectivo de 10 Anos de Observação. **Medicina**. v. 95, ed. 3, Jan. 2016. Disponível em: <https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2016/01190/Influence_of_Educational_Level,_Stage,_and.5.aspx>. Acessado em: 23 de Ago. 2022.

DEDIVITIS, R. A.; FRANCA, C. M.; MAFRA, A. C. et al. Características clínicoepidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Ver BrasOtorrinolaringol**.Rio de Janeiro.v.70, n.1, p.35-40, 2004. Disponível

em:<<https://www.scielo.br/j/rboto/a/gfwsFyNsKWKCLZDMrqYBQTm/?lang=pt&format=pdf>>. Acessado em: 26 de abr. 2022.

DUARTE, D. O. P. e MOREIRA, T. M. M. Atenção Primária à Saúde: Manual Para Coordenadores Municipais. **Editora Universidade Estadual do Ceará**. Fortaleza, 1^o edição, 2018. Disponível em: <<http://www.uece.br/mepgeswp/wp-content/uploads/sites/73/2021/06/PRODUTO-DIEGO-DUARTE.pdf>>. Acessado em: 19 de Jun. 2022

EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. F.; ALVARENÇA, E. E.; MIRANDA, M. S. L.; ARAÚJO, M. V. A. Percepção dos avaliadores quanto ao processo de avaliação do PMAQ-AB. In: GOMES, L. B., BARBOSA, M. G., FERLA, A. A. (Org.) ATENÇÃO BÁSICA: olhares a partir do programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ - AB). 1^o Ed. Porto Alegre, RS: **Rede UNIDA**, 2016, p.293 – 326. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/141070/000992879.pdf?sequence=1>>. Acessado em 02 de Nov. 2020.

ESMERALDO, G. R. O. V.; OLIVIERA, L. C.; ESMERALDO FILHO, C. E.; QUEIROZ, D. M. Tensão entre o Modelo Biomédico ea Estratégia Saúde Da Família: A Visão dos Trabalhadores de Saúde. **Rev. APS**. v. 20, n. 1, p. 98-106, 2017. Disponível em : <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15786/8246>>. Acessado em 23 de Ago. 2022

FAGUNDES, D. M.; THOMAZ, E. B. A. F.; QUEIROZ, R. C. S.; ROCHA, T. A. G.; SILVA, N. C.; VISSOCI, J. R. N.; CALVO, M. C. V.; FACHINI, L. A. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, Set., 2018. Disponível em:<<https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n9/e00049817/pt/>>. Acessado em 01 de Nov. 2020.

FEITOSA, R. M. M.; PAULINO, A. A.; LIMA JR, J. O. S.; OLIVEIRA, K. K. D.; FREITAS, R. J. M.; SILVA, W. F. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde e Sociedade**. v. 25, n. 03, Jul – Set, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300821&lng=pt&tlng=pt>. Acessado em 02 de Nov. 2020.

GOLBUREAN, O.; HAGEN, M. H.; UNCUTA, D. Knowledge, opinions, and practices related to oral cancer prevention and oral mucosa I examination among dentists in Moldova, Belarus and Armenia: a multi-country cross – sectional study. **BMC Oral Health**. v.21, n.652, 2021. Disponível em:<<https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-021-02011-2>>. Acessado em: 22 de Abr. 2022.

GROSSMANN, S.; SALES, A.C.R.; REIS, D.S. et al. Knowledge of Oral Cancer by a Brazilian Population. **J Cancer Educ**. v.36, n.5, p. 965-970, 2021. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32124247/#:~:text=A%20total%20of%2083.4%25%20of,poor%20oral%20hygiene%20\(54.5%25\).>](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32124247/#:~:text=A%20total%20of%2083.4%25%20of,poor%20oral%20hygiene%20(54.5%25).>). Acessado em: 22 de abr. 2022.

HIROOKA, L. B.; CATANANTE, G. V.; PORTO, H. S.; CACCIA-BAVA, M. do C. G. G. Organização da saúde bucal em uma região do estado de São Paulo segundo a Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012. **Rev. Bras. Odontol.** v.74, n.2, 2017. Disponível em <http://revodontobvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-72722017000200005&script=sci_arttext&lng=pt>. Acessado em: 12 de Set. 2020.

LE CAMPION, A. C. O. V.; SAMTPS, K. C. B.; CARMO, E. S.; SILVA JÚNIOR, F. F.; PEIXOTO, F. B.; RIBIERO, C. M. B.; GONÇALVES, L. S.; FERREIRA, S. M. Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. **Cad. saúde colet. Rio de Janeiro.** v.24, n.2, Apr-Jun, 2016. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/jzT3K7Mvnhq4YN4LJLNCKFN/?lang=pt>> Acessado em 27 de Jul. de 2022.

LEONEL, A.C.L.D.S.; SOARES, C.B.R.B.; LISBOA, C. J.F. et al. Knowledge and Attitudes of Primary Health Care Dentists Regarding Oral Cancer in Brazil. **Acta Stomatol Croata.** v. 53, n. 1, p. 55-63, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6508927/>>. Acessado em: 22 de abr. 2022.

LIMA, F. L. T.; O'DWYER, G. Políticas de Prevenção e Controle do Câncer Bucal à luz da Teoria da Estruturação de Giddens. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 08, Ago., 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n8/3201-3214/>>. Acessado em 02 de Nov. 2020.

LOMBARDO, E.M.; CUNHA, A. R.; CARRARD, V. C.; BAVARESCO, C. S. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 04, abr, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n4/1223-1232/pt/>>. Acessado em 01 de Nov. 2020.

LOURENÇO, E. C.; SILVA, A. C.B.; MENEGHIN, M, C.; PEREIRA, A.C. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 1, Out, 2009. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/CB35MrNFvzNcxX7rhWHdwfM/?lang=pt>>. Acessado em 23 de Ago. 2022.

MATOS, L. L.; MIRANDA, G. A.; CERNEA, C. R. Prevalência de infecção oral e orofaríngea pelo HPV em estudos na população brasileira: revisão sistemática. **Braz. j. otorhinolaryngol.** v.81, n.5, 2015. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/bjorl/a/9Z6MwyTcHT8kFfWGxK4NJMm/?lang=pt#aff5>>. Acessado em: 22 de abr. 2022.

MACIEL, S. S. S. V.; MACIEL, W. V.; VASCONCELOS, W.K.S. et al. Cânceres da boca e faringe em crianças e adolescentes Brasileiros: um estudo descritivo. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 28, n. 4, Dez. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rpp/a/SFMMWytnStyKVKryWbtLDvy/?lang=pt#>>. Acessado

em 10 de Ago. 2022

MEDICINANET. Biblioteca Livre – Lista CID- 10. **Medicina net Informações de Medicina S/A**, 2022. Disponível em: <<https://www.medicinanet.com.br/cid10.htm>>. Acessado em: 22 de abr. 2022

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1033-1043, Out – Dez, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01033.pdf>>. Acessado em 01 de Nov. 2020.

MORAIS, E. F.; TINOCO, J. M. L.; ALMEIDA, G. E. et al. Avaliação do efeito carcinogênico do papilomavírus humano em cavidade oral e orofaringe: Uma revisão sistemática. **Revista Médica de Minas Gerais**. v.26, 2017. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/2237>>. Acessado em: 22 de abr. 2022.

PAPADIOCHOU, S.; PAPADIOCHOS, I.; PERISANIDIS, C. et al. Competência educacional de médicos sobre carcinoma de boca e orofaringe: revisão sistemática e metanálise. **Jornal Britânico de Cirurgia Oral e Maxilo facial**. v.58, n.1, 2020. Disponível em: <[https://www.bjoms.com/article/S0266-4356\(19\)30323-7/fulltext](https://www.bjoms.com/article/S0266-4356(19)30323-7/fulltext)>. Acessado em: 22 de abr. 2022.

PEREIRA, C. C. T.; DIAS, A. A.D.; MELO, N. S.; LEMOS JR, C. A.; OLIVEIRA, E. M. F. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.28 suppl., p. 30-39, 2012. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300005>. Acessado em 01 de Nov. 2020.

PINTO, H. A.; SOUZA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, suppl., Ago., 2012. Disponível em: <<https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>>. Acesso em 12 de Set. 2020.

PINTO, H. A; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 358-372, Out., 2014. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>>. Acessado em 19 de Set. 2020.

PUCCA, G.A.; GABRIEL, M.; ARAÚJO, M. E.; ALMEIDA, F. C. S. Dez anos de uma política nacional de saúde bucal no Brasil: inovação, ousadia e inúmeros desafios. **Revista de Pesquisa Odontológica**. v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 2015. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034515599979>>. Acessado em: 23 e Ago. 2022.

RODRIGUES, A. W. D.; MELLO, E. C. A.; CANDEIA, R. M. S.; SILVA, G.; GOMES, L. B.; SAMPAIO, J. Pagamento por desempenho às Equipes da Atenção Básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, Dez., 2021. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/sdeb/2021.v45n131/1060-1074/pt/#:~:text=O%20PMAQ%2DAB%20teve%20seu,Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.>>. Acessado em 22 de Jul 2022.

SANTOS, I. V.; ALVES, T. D. B.; FALCÃO, M. M. L.; FREITAS, V. S. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de bo a. **Odontologia Clínico – Científica**. Recife, v.10, n.3, pag. 207-210, Jul. - Set., 2011. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v10n3/a03v10n3.pdf>>. Acessado em: 22 de abr. 2022.

SANTOS, L. C. O; BATISTA, O. M.; CANGUSSU, M. C. T. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. São Paulo, v. 76, n. 4, Jul. - Ago., 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em: 29 de Nov. 2020.

SANTOS, L. P. S; BASTOS Neto, B. C.; PIMENTA, R. M. C.; MIRANDA, S. S. Análise do papel da raça/cor da pele no prognóstico do câncer de cavidade oral e orofaringe. **J Dent Pub H**. Salvador, v. 9, n. 2, p. 170-179, 2018. Disponível em: <<https://www.semanticscholar.org/paper/Analysis-of-the-role-of-race%2Fskin-color-in-the-of-Santos-Neto/613a748544b9e492aa00e63b88e2646c9238ba8f?p2df>>. Acessado em: 07 de Out. 2020.

SCHERERM C.I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Revista Saúde Pública**. São Paulo. v. 49, n. 98. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/bH5MT6TgT8NjTmcSxBVs8RM/?lang=pt&format=pdf>>. Acessado em 23 de Ago. 2022.

SEIDL, H; VIEIRA S de P; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, R .de C. D.; GAGNO, J. L. Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ - 2012. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. special, Out., 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NNBGZtcDZR6MH56gb3dWHZS/abstract/?lang=pt>>. Acessado em: 02 de Nov. 2020.

SCUTARIU, M. M.; VORONEANU, M. Currentas pectsofrisk factors in Early stage câncer of the oral cavity. **Europe PMC**. v.110, n.2, p.425-431, 2006. Disponível em:<<https://europepmc.org/article/med/17802956>>. Acessado em: 22 de abr. 2022.

SHIELD, K. D.; FERLAY, J.; JEMAL, A.; SANKARANARAYANAN, R.; CHATURVEDI, A. K.; BRAY, F.; SOEROMATARM, I. The global incidence of lip, oral cavity, and pharyngeal cancers by subsite in 2012. **A CancerJournal for Clinicians**. v.67, ed. 1, p. 51-64, 2016. Disponível em: <<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21384>>. Acessado em: 22 de Abr. 2022.

SILVA, M. C.; MARQUES, E. B.; MELO, L. C.; BERNARDO, J. M. P.; LEITE, I. C. G. 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. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1563/935>>. Acessado em 29 de Jul. 2022.

SOUZA, L. A.; FERRARI, F. P.; SANTOS, M. L. M.; BATISTON, A. P.; KODJAOGLANIAN, V. L.; DE CARLI, A. D. Retratando o Percurso do PMAQ-AB Em Mato Grosso Do Sul: o olhar do avaliador no processo de avaliação externa. In: GOMES, L. B., BARBOSA, M. G., FERLA, A. A. (Org.) **ATENÇÃO BÁSICA: olhares a partir do programa Nacional de Melhora do Acesso e da Qualidade (PMAQ - AB)**. 1º Ed. Porto Alegre, RS: **Rede UNIDA**, 2016, pag. 327 – 348. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/141070/000992879.pdf?sequencia=1>>. Acessado em: 29 de Nov. 2020.

VILA, A.; VILA, C.; ABATI, S. Oral câncer and oral erythroplakia: an update and implication for clinicians. **Jornal Odontológico Australiano**. v.56, p.253-256, 2011. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1834-7819.2011.01337.x>>. Acessado em: 26 de abr. 2022.

VOLKWEIS, M.R.; BLOIS, M. C.; ZANIN, R.; ZAMBONI, R. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer Bucal em um CEO. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.** Belo Horizonte, v. 14, n. 2, Abr. - Jun., 2014. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102014000200011>. Acessado em: 01 de Nov. 2020.

World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, Cancer Today, **Cancer Fact Sheets**, 2020. Disponível em: <<https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>>. Acessado em: 22 de abr. 2022.

ANEXO A- Questionário da Avaliação Externa

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ – ACESSO E QUALIDADE

Questionário da Avaliação Externa:

OBS: Selecionado algumas perguntas consideradas relevantes

Módulo VI – Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade de Saúde

VI.11 - Atenção ao Câncer de Boca

VI.11.1 – Geral - A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca?

Sim

Não

VI.11.2 - Quais ações são realizadas?

VI.11.2.4 - Busca ativa de lesões potencialmente cancerizáveis e de casos na comunidade

VI.11.2.5 - Exame sistemático das mucosas orais

VI.11.3 – Geral - A Equipe de Saúde Bucal realiza biópsias, na UBS, para diagnóstico de câncer de boca?

- Sim

- Não

VI.11.5 - A Equipe de Saúde Bucal possui referência para solicitação de biópsia para casos com suspeita de câncer de boca?

- Sim

- Não

VI.11.8 - A Equipe de Saúde Bucal possui referência para o tratamento dos casos confirmados de câncer de boca?

- Sim

- Não

ANEXO B – CARTA DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO - CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA



Ciência & Saúde Coletiva

[Home](#)

[Author](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2022-1897

Title

ANÁLISE DA COBERTURA DE SAÚDE BUCAL E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIOS SUL-MATO-GROSSENSSES

Authors

FOLETTTO, FABRIZIA
ARATHANI, NATHAN

Date Submitted

25-Nov-2022

[Author Dashboard](#)

ANEXO C – CARTA DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO - CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA: Correções

Providenciadas correções solicitadas da primeira submissão.

Obrigado pela sua submissão

Submetido para

Ciência & Saúde Coletiva

ID do manuscrito

CSC-2022-1897

Título

ANÁLISE DA COBERTURA DE SAÚDE BUCAL E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIOS SUL-MATO-GROSSENSES

Autores

FOLETTTO, FABRIZIA
ARATHANI, NATHAN

Data Enviada

26-nov-2022

Painel do autor

ANEXO D – CARTA DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO - CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA: Confirmação de Envio

 Ciência & Saúde Coletiva

 Casa

 Autor

Confirmação de envio

 Imprimir

Obrigado pela sua submissão

Submetido para Ciência & Saúde Coletiva

ID do manuscrito CSC-2022-1897

Título ANÁLISE DA COBERTURA DE SAÚDE BUCAL E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIOS SUL-MATO-GROSSENSES

Autores FOLETTO, FABRIZIA
ARATHANI, NATHAN

Data Enviada 26-nov-2022

Painel do autor