



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E  
BIOLÓGICAS - MESTRADO ACADÊMICO**

**KARLA CHRISTINE TAVARES DE SANT'ANA BRAGA BARBOSA**

**DESORDENS ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS:  
da prevenção ao tratamento do usuário SUS**

**PETROLINA – PE  
2024**

**KARLA CHRISTINE TAVARES DE SANT'ANA BRAGA BARBOSA**

**DESORDENS ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS:  
da prevenção ao tratamento do usuário SUS**

Dissertação apresentada a Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Campus Petrolina - PE, como requisito para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde e Biológicas.

**Orientador:** Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria  
**Coorientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira

**PETROLINA - PE**

**2024**

Barbosa, Karla Christine Tavares de Sant'ana Braga  
B238d Desordens orais potencialmente malignas: da prevenção ao  
tratamento do usuário SUS / Karla Christine Tavares de Sant'ana  
Braga Barbosa. – Petrolina - PE, 2024.  
x, 66 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas) -  
Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina,  
Petrolina - PE, 2024.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria.

1. Câncer bucal. 2. Neoplasias malignas. 3. Boca - Diagnóstico.  
4. Atenção primária de saúde. 5. Saúde pública - Petrolina (PE). I.  
Título. II. Faria, Marcelo Domingues de. III. Universidade Federal do  
Vale do São Francisco.

CDD 616.99431

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas da UNIVASF  
Bibliotecária: Adriana Santos Magalhães CRB-4/2275

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E  
BIOLÓGICAS - MESTRADO ACADÊMICO**

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**KARLA CHRISTINE TAVARES DE SANT'ANA BRAGA BARBOSA**

**DESORDENS ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS:  
da prevenção ao tratamento do usuário SUS**

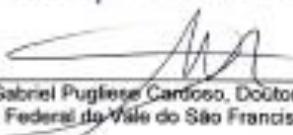
Dissertação apresentada a Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Campus Petrolina - PE, como requisito para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde e Biológicas.

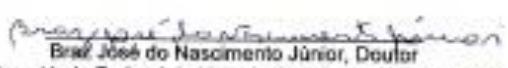
**Orientador:** Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria  
**Coorientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira

Aprovada em: 12 de março de 2024

**Banca Examinadora**

  
\_\_\_\_\_  
Marcelo Domingues de Faria, Doutor  
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

  
\_\_\_\_\_  
Gabriel Pugliese Cardoso, Doutor  
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

  
\_\_\_\_\_  
Brá José do Nascimento Júnior, Doutor  
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

## AGRADECIMENTOS

A escolha do tema desta dissertação de mestrado se deu, a partir de muitos questionamentos que se fundamentavam na qualidade de dentista que eu deveria ser:

ignorar as falhas no serviço de estomatologia e cirurgia oral no Centro de

Especialidades Odontológicas – CEO, do qual faço parte, ou agir para começar processos de mudanças?. Por isso, este estudo não se tratou de escolher o caminho mais fácil, mas sim o caminho necessário. Deste modo, eu devo iniciar essa série de agradecimentos enaltecedo Áquele que esteve comigo em todas as fases dessa trajetória. E, parafraseando um sábio rei: “A partir deste momento passei a refletir na sabedoria, na loucura e na insensatez”. Eclesiastes.

À minha mãe Cleomar Tavares (in memoriam), que me ensinou sobre a importância do trabalho como conquista da liberdade.

Ao meu pai, Edilson (in memoriam), por ter me ensinado a ser honesta e estudiosa.

Ao meu marido Yulo Braga, pela gentileza e respeito com o tempo que dediquei a produção deste estudo e por ser um incontestável entusiasta.

Aos meu irmãos, George e Júnior, por incontestavelmente desejarem meu bem;

As minhas talentosas primos Mayara, Rayssa e Adriel que trouxeram um toque artístico para o material gráfico e áudio visual utilizado.

As minhas tias Consuelo Tavares, Fátima Tavares e Neide Tavares por suprirem, cada uma ao seu modo, o espaço deixado por minha mãe.

A respeitável e competente diretora da Atenção Básica de Petrolina, Dra. Roberta Teixeira, por acreditar que minha contribuição no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO seria transformadora, quando nem eu mesma acreditava nisso. A coordenadora do CEO, Dra. Graciete, por seu exemplo de honestidade e ética e por seu inquestionável esforço para que as coisas dêem certo.

Ao meu professor e orientador Dr. Marcelo Domingues de Faria, por me receber como aluna de mestrado. Obrigada pela confiança no meu trabalho, pelo respeito, pelo ensino e por não me deixar desistir.

Ao prof. Dr. Hugo Colombarolli Bonfa, pela gentileza no desenvolvimento das análises estatísticas.

Aos professores Dra. Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira, Dr. Gabriel Pugliese Cardoso, Dr. Ferdinando Oliveira Carvalho e Dr. Daniel Tenório, pelas sábias recomendações feitas na banca de qualificação e/ou por meio de suas disciplinas.

Ao professor Braz José do Nascimento Júnior por ter aceito gentilmente contribuir com a formação desta banca.

A Secretaria de Saúde de Petrolina, aos dentistas, estagiários e amigos, por possibilitar o desenvolvimento desta pesquisa e pelo trabalho desafiador que desenvolvem nas UBS's e CEOs de Petrolina.

A UNIVASF, CAPES e ao PPGCSB pela enorme oportunidade de cursar o mestrado com o apoio dessas renomadas instituições.

Aos meus professores do mestrado, por todo o aprendizado.

Aos meus colegas de curso, por toda generosidade ao compartilhar informações.

Aos laboratórios de patologia Histotec e Diagnostika, representados pelo Dr. Luís Olavo Oliani e Dra. Rafaela Batista e Silva Coutinho.

A todos, muito obrigada.

## RESUMO

O câncer de boca é um tumor maligno que afeta lábios, gengivas, bochechas, palatos, língua e região sublingual. Considerada uma doença de difícil diagnóstico precoce, cujo perfil epidemiológico demonstra atingir especialmente os homens, requer dentistas habilitados, capazes de identificar as desordens orais potencialmente malignas (DOPM); pacientes orientados para realização do autoexame; e preparo eficiente dos profissionais para lidar inclusive com especificidades culturais e valores regionais. **Objetivo:** Descrever o modo como são conduzidas as DOPM e câncer oral no campo da saúde pública no município de Petrolina - PE, e discutir, neste contexto, como o comportamento do homem nordestino interfere no manejo da doença. As variáveis estudadas foram: a) conhecimento técnico-científico dos dentistas da rede SUS Petrolina relacionados a estomatologia; b) ações de rastreamento de câncer bucal e neoplasias orais benignas desenvolvidas na APS e c) metas e desafios locais para combater a doença, considerando as características epidemiológicas e d) masculinidade nordestina. **Metodologia:** Houve a aplicação de 97 questionários aos dentistas da rede municipal de saúde de Petrolina, cujos dados foram tabulados em planilha eletrônica e as variáveis respostas foram analisadas por meio de estatística descritiva. Uma revisão integrativa foi necessária para construção da discussão sobre masculinidade. **Resultados:** da coleta de dados foi possível: a) traçar um panorama sobre a compreensão dos cirurgiões-dentistas acerca das lesões bucais cancerizáveis e suas estratégias de combate a malignização, b) levantar as metas, estratégias e desafios para o combate ao câncer oral no município de Petrolina - PE, no período de 2020 a 2022 c) identificar os limites e potencialidades do serviço de estomatologia neste município e discutir sobre os desafios para alcance e envolvimento do público nas estratégias de prevenção e tratamento de doenças orais no âmbito da saúde pública. Do estudo foi possível também concluir que políticas públicas impostas, quando não consideram peculiaridades locais, costumes e regionalismos, geram um sentimento de não protagonismo das unidades básicas de saúde, no âmbito das estratégias de combate às doenças, que acabam por agravar as deficiências neste nível de assistência.

**Palavras-Chave:** Neoplasias bucais; Diagnóstico bucal; Atenção Primária de Saúde; Saúde do homem

## ABSTRACT

Oral cancer is a malignant tumor that affects the lips, gums, cheeks, palate, tongue and sublingual region. Considered a disease that is difficult to diagnose early, whose epidemiological profile indicates that it affects men in particular, it requires qualified dentists who are able to identify potentially malignant oral disorders (POMD); patients who are instructed to carry out self-examination; and efficient preparation of professionals to deal with cultural specificities and regional values. **Objective:** To describe the way in which POMD and oral cancer are managed in the field of public health in the municipality of Petrolina - PE, and to discuss, in this context, how the behavior of Northeastern men interferes in the management of the disease. The variables studied were: a) technical-scientific knowledge of dentists in the Petrolina SUS network related to stomatology; b) oral cancer and benign oral neoplasm screening actions developed in PHC and c) local goals and challenges to combat the disease, considering epidemiological characteristics and d) Northeastern masculinity.

**Methodology:** 97 questionnaires were administered to dentists in Petrolina's municipal health network. The data was tabulated in an electronic spreadsheet and the response variables were analyzed using descriptive statistics. An integrative review was necessary to construct the discussion on masculinity. **Results:** From the data collected, it was possible to: a) draw up an overview of dental surgeons' understanding of oral cancer lesions and their strategies for combating malignancy, b) identify the goals, strategies and challenges for combating oral cancer in the municipality of Petrolina - PE, in the period from 2020 to 2022 c) identify the limits and potential of the stomatology service in the municipality of Petrolina - PE and discuss the challenges for reaching and involving the public in strategies for preventing and treating oral diseases in the public health sphere. From the study it was possible to conclude that public policies imposed when they do not take into account local peculiarities, customs and regionalisms, generate a feeling that basic health units do not play a leading role in strategies to combat diseases, which end up aggravating the deficiencies at this level of care.

**Keywords:** Oral neoplasms; Oral diagnosis; Primary health care; Men's health

## **LISTA DE QUADROS**

**PÁG.**

Quadro 1      DPMO diagnosticadas no CEO e UBS/Petrolina em 2022      **22**

## LISTA DE FIGURAS

	PÁGINA
<b>Figura 1</b> Áreas anatômicas limítrofes de atuação do cirurgião dentista	16
<b>Figura 2</b> Descreve os períodos patogênicos e não patogênicos e os níveis de prevenção	17
<b>Figura 3</b> Seleção dos artigos para discussão sobre masculinidade	33
<b>Figura 4</b> Gráfico elucidando a realização de curso de pós-graduação por parte dos dentistas entrevistados – PETROLINA – PE, 2023	40
<b>Figura 5</b> Lesões com potencial de malignidade de acordo com os cirurgiões dentistas	41
<b>Figura 6</b> Lesões que devem ser encaminhadas ao CEO segundo os Cirurgiões dentistas	41
<b>Figura 7</b> Sobre orientação para o auto exame	42

## **LISTA DE TABELA**

	PÁG.
<b>Tabela 1</b> Tabulação de dados e categorização das variáveis	<b>39</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEC	Carcinoma Espinocelular
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CONEPE	Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão
CD	Cirurgião Dentista
COVID	Doença do Corona Vírus
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DOPM	Desordens Orais Potencialmente Malignos
HPV	Papiloma Vírus Humano
IARC	Agência Internacional de Pesquisa em Câncer
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Pernambuco
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPCC	Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
SIAB	Sistema de Informações de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

## SUMÁRIO

	<b>PÁG.</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos	14
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b>	
3.1 O câncer oral e o diagnóstico de lesões bucais	15
3.2 Fluxo Regulatório do SUS	19
3.3 Desordens potencialmente malignas e câncer	21
3.4 Protagonistas das Políticas de Prevenção e Controle do Câncer Bucal	23
3.5 Sistema Único de Saúde: e diagnóstico precoce do câncer oral	24
3.6 A saúde do homem e a masculinidade nordestina	27
<b>4. MATERIAIS E MÉTODOS</b>	
4.1 Caracterização da pesquisa	31
4.2 Participantes, critérios de inclusão, exclusão e recrutamento	31
4.3 Abordagem Qualitativa	32
4.4 Revisão Integrativa	32
4.5 Condições de coleta de dados	33
4.6 Formas de mitigar potenciais riscos	34
4.7 Benefícios	35
4.8 Pressupostos Éticos e legais	35
4.9 Conflitos de interesses	36
4.10 Critérios de Encerramento	36
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>38</b>
5.1. Levantamento estatístico	38
5.2 Perspectivas e ações: entrevistas com gestores	42
5.3 A masculinidade nordestina e as implicações no diagnóstico precoce para as DOPM	43
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>46</b>
	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>APÊNDICES</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

As lesões em boca com alto índice de malignidade são descritas na literatura como Desordens Orais Potencialmente Malignas (DOPM). Essa categoria inclui: leucoplasia, eritroplasia, eritroleucoplasia, fibrose submucosa, lesões palatinas por uso do cigarro reverso, líquen plano, reações liquenóides, lupus, epidermólise bolhosa e queilite actínica, figurando como as mais importantes (Warnakulasuriya, 2018).

As DOPM, quando associadas a outros fatores etiológicos, podem se transformar em câncer. O diagnóstico dessas condições envolve biopsias, fatores clínicos macroscópicos, identificação de biomarcadores da saliva, por exemplo. Quanto mais cedo forem reconhecidas as anormalidades, maiores as chances de conter a evolução maligna (Bugshana, 2020).

Segundo o INCA (2022), estima-se que o número de novos casos de câncer de cavidade oral para o Brasil, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 15.100. O câncer da cavidade oral ocupa a oitava posição entre os tipos mais recorrentes. Em homens, é o quinto mais frequente na Região Nordeste (8,35 por 100 mil), e entre as mulheres, é o 13º nesta mesma região (3,87 por 100 mil).

Sobre este último aspecto, depreende-se que as condições de saúde, bem como as respostas ao enfrentamento das doenças, dependem também das posições sociais ocupadas, que, por sua vez, produzem trajetórias e percepções peculiares, ou seja, a partir de condições heterogêneas de vida, existirão comportamentos também diferenciados. Neste sentido, a busca masculina por serviços de saúde é substancialmente inferior à busca realizada pelas mulheres e isto é muito evidente na região nordeste (Korin, 2001; Pinheiro *et al.*, 2002).

Fatores como grau de escolaridade, nível social e grau de responsabilidade financeira com a família também estão diretamente relacionados com a menor utilização masculina dos serviços de saúde, realidade que pode explicar os dados apresentados pelo INCA, os quais demonstram maior frequência do câncer oral neste gênero. Os fatores geracionais em articulação com gênero e classe social também podem produzir, nos homens de diferentes gerações e regiões, expressões de necessidades de saúde e modos distintos de lidar com ela (ALBUQUERQUE, 2014).

Não existe um padrão dos tumores em boca, sabe-se, entretanto, que em razão desta heterogeneidade, os fatores de risco podem ser elementos mais agravantes e que despertem a necessidade de celeridade na investigação diagnóstica. Os principais fatores de riscos, para o câncer bucal e parte dos tumores de orofaringe são o tabagismo e o consumo excessivo de álcool, sendo que o risco é potencializado quando esses dois fatores estão associados (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022e; WORLD CANCER RESEARCH FUND; AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 2018).

No que se refere a prestação de serviços públicos para fins de diagnóstico de lesões, o Sistema Único de Saúde - SUS, apresenta certos entraves que impedem a atenção oportuna e integral ao usuário. Por exemplo, 95% dos estabelecimentos de diagnóstico e tratamentos são privados e apenas 35% deles prestam serviços ao SUS, deixando-o refém deste setor a despeito do seu potencial de regulação. Falhas locais de cobertura do serviço também assumem aspecto danoso na condução dos casos suspeitos ou diagnosticados, baixa efetividade da atenção básica, má qualificação profissional, gerência atrelada a interesses partidários, resultam na persistência dos mecanismos de seletividade e iniquidade social (Paim, 2020).

Nesse sentido, visto serem inúmeros os entraves que interferem diretamente no diagnóstico efetivo das doenças de boca, neste trabalho foram abordados: o preparo técnico e científico dos profissionais da estratégia saúde da família para a detecção precoce das doenças orais, construindo uma interface com o comportamento do homem nordestino, haja vista ser um elemento limitante à assistência e tratamento. Tais fatores acabam por refletir e explicar alguns dos graves problemas sobre o tema. Por isto, a justificativa deste estudo partiu da necessidade de agrupar dados que viabilizassem a compreensão do cenário da saúde pública odontológica de Petrolina - PE, especificamente, na condução das desordens orais potencialmente malignas e câncer, problematizando, neste contexto, a questão da masculinidade nordestina.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

O objetivo deste trabalho foi descrever o modo como são conduzidas as DOPM e câncer oral no campo da saúde pública no município de Petrolina - PE, e discutir, neste contexto, como o comportamento do homem nordestino interfere no manejo da doença.

### 2.2 Objetivos específicos

Foram objetivos específicos deste estudo:

- Averiguar conhecimentos e práticas profissionais em saúde bucal sobre prevenção, detecção do câncer de boca e das DOPM;
- Discutir de que modo a masculinidade nordestina condiciona formas particulares no acesso e uso de serviços na atenção primária à saúde para as doenças orais.
- Identificar limites e potencialidades na execução das ações de saúde pública que interferem na prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O câncer oral e o diagnóstico precoce

De acordo com o INCA (2020), câncer é um termo que abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos a distância.

Segundo Neville (2021), a causa do câncer é multifatorial. Isto significa que não existe um fator etnogênico único, mas fatores extrínsecos (fumo, álcool, sífilis, luz solar) e intrínsecos (desnutrição, deficiência de ferro) em atuação.

A Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) enfatiza que as taxas de incidência e mortalidade variam entre países e as diferenças estão relacionadas aos seus níveis de renda e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Países com renda alta tendem a ter taxas de mortalidade menores, a despeito de suas taxas de incidência serem elevadas, como ocorre nos Estados Unidos, no Canadá e na Austrália, isto decorre devido ao amplo rastreamento de câncer, que favorece a detecção precoce, e tratamento eficaz (Sung *et al.*, 2021).

No que se refere ao câncer oral, especificamente, este é definido como um conjunto de neoplasias malignas que afetam diversos sítios anatômicos na região da cabeça e do pescoço (FIGURA 1), entretanto não há, na literatura internacional, padronização das localizações primárias incluídas nas definições de câncer de boca. Em geral, são consideradas as neoplasias malignas de lábio, língua, gengiva, assoalho da boca e palato duro, regiões com maior incidência (INCA, 2022).

O perfil epidemiológico dos indivíduos acometidos pelo câncer de boca está bem consolidado na literatura. A doença é mais frequente em homens, com mais de 40 anos, tabagistas, de baixa escolaridade e baixa renda. A língua é a região mais acometida, e o carcinoma de células escamosas (CCE) é o tipo histológico mais frequente (Rutkowska *et al.*, 2020).

Em estudo realizado com dados dos Registros Hospitalares de Câncer, observou-se estadiamento avançado (IV) para mais de 60% dos casos de câncer de boca tratados no país entre 2004 e 2015 (Soares; Santos Neto; Santos, 2019). Este atraso pode estar relacionado à dificuldade do diagnóstico precoce, um reflexo da: falha na identificação de lesões por parte dos profissionais, falta de campanhas, instruções e incentivos para o autoexame, negligência referente à busca ativa, falha

no encaminhamento para o tratamento ou simplesmente abstenção de pacientes por motivos culturais e/ou habituais (Carrara; Russo; Faro, 2009).

Figura 1 - Áreas anatômicas limítrofes de atuação do cirurgião dentista.

## ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA



\* Ilustração e dados de fonte própria da autora

Dada a responsabilidade do cirurgião dentista para o diagnóstico, necessário se faz o conhecimento da história natural da doença, ou seja, os estágios de evolução, que envolvem deste o início à cura ou óbito (GORDIS, 2010). Na prática clínica, conhecer as fases das doenças permite identificar as melhores estratégias para sua prevenção, seu diagnóstico e seu tratamento. Para a saúde pública, esse conhecimento é essencial no que se refere ao estabelecimento de políticas de saúde direcionadas às diferentes fases da comorbidade.

Leavell e Clark em 1976 relacionou a história da doença aos níveis de prevenção. E neste sentido, há dois marcos principais identificáveis: o período pré-patogênico e o período patogênico:

- Período pré-patogênico: diz respeito a fase anterior ao adoecimento, na qual ocorrem as interações entre aspectos suscetíveis, o ambiente e os fatores de riscos. Condições

socioeconômicas e culturais podem favorecer essas interações. Por exemplo, homens fumam mais que mulheres, se previnem menos e tendem a procurar o serviço de saúde apenas em estágios mais evoluídos das doenças. Nessa fase, aplicam-se medidas de prevenção primária;

- Período patogênico: ocorre após o início biológico de uma doença. Esse período pode ser dividido em duas fases: a pré-clínica e a clínica, as quais são separadas pelo início da apresentação de sinais e sintomas. A Figura 2 ilustra esses períodos.

Figura 2 – Descreve os períodos patogênicos e não patogênicos e os níveis de prevenção.



\* Dados de fonte própria da autora, imagem adaptada com base no livro Diagnóstico Precoce do Câncer de Boca – versão eletrônica (INCA, 2022)

Na prevenção primária, o intuito é incentivar a abstenção de elementos cancerizáveis, por meio de campanhas antitabagistas, por exemplo. Já, os exames de rotina em indivíduos assintomáticos, ou seja, aplicados durante a fase pré-clínica, são denominados rastreamento e compõe a prevenção secundária, assim como as estratégias para propiciar o diagnóstico precoce em indivíduos com sinais e sintomas iniciais da doença. O tratamento, após as manifestações clínicas iniciais, visando a

limitar o dano e curar ou reabilitar o indivíduo, caracteriza-se como prevenção terciária. O conceito de prevenção quaternária refere-se aos danos ocasionados pelo uso excessivo de procedimentos médicos. O cirurgião dentista poderá intervir em todas as fases (GÉRVAS, 2006; NORMAN; TESSER, 2019).

Porém, diagnósticos tardios têm influenciado diretamente as taxas de mortalidade por câncer oral. O tema do retardo no diagnóstico do câncer, por exemplo, é investigado há décadas e várias ações têm sido implementadas no sentido de melhorar os índices relativos a este evento tardio, mas o número elevado de casos avançados, no momento do diagnóstico, é ainda um desafio que precisa ser superado (SANTOS et al., 2023).

Este retardo, salientado, não é peculiar a uma região ou país, trata- se de um fenômeno mundial, com mecanismos que envolvem a percepção incorreta por parte do paciente quanto à gravidade das alterações possivelmente instaladas na sua cavidade bucal; condições sociodemográficas; falta de acesso aos serviços de saúde; necessidade de encaminhamento ao especialista, não realização de exames complementares; falta de adesão e efetiva implementação dos tratamentos propostos bem como desconhecimento dos sinais e sintomas indicadores por parte dos profissionais. Em consequência disso, registram-se índices elevados de mortalidade, bem como inúmeros sobreviventes portadores de sequelas graves (VELOSO, 2021).

No Brasil, o prazo máximo estabelecido por lei para o início do tratamento oncológico após a neoplasia maligna confirmada é de no máximo 60 dias. No entanto, o cumprimento desse prazo ainda não é uma realidade no país. Dados do Painel-Oncologia indicam que 50% dos casos de câncer de boca diagnosticados no Brasil, em 2020, os tratamentos foram iniciados em um período maior do que 60 dias, variando de 37% na Região Sul a 55% na Região Norte (INCA, 2022).

Portanto, um aspecto determinante para o aumento das taxas de morte por câncer oral diz respeito ao tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento da doença. Os relatórios do INCA indicam que a região Nordeste está em segundo lugar em retardo assistencial (INCA, 2020).

Logo, embora o retardo no diagnóstico e início do tratamento seja um fenômeno global, há especificidades regionais que podem justificar os números alarmantes que posicionam o nordeste entre as regiões com elevados índices de assistência tardia.

### 3.2 Fluxo regulatório do SUS

No âmbito normativo, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) definem que os serviços da atenção básica são responsáveis pela detecção das lesões suspeitas de câncer bucal e pelo encaminhamento para confirmação diagnóstica. Prioritariamente, o diagnóstico é realizado nos serviços de atenção ambulatorial especializada, como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Todos os CEOs devem cumprir as atividades necessárias para o diagnóstico bucal, dispondo, portanto, de estrutura para realização do exame clínico, biópsia e encaminhamento para análise em laboratórios de patologia, que servem como sistema de apoio (INCA, 2022).

Após a confirmação diagnóstica de câncer bucal, o usuário é encaminhado a uma unidade especializada hospitalar para o tratamento, de preferência em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com radioterapia ou em Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Esse processo deve ser pactuado em planos regionais, com definição do mecanismo de regulação, otimizando a organização da oferta e promovendo a equidade (INCA, 2022). Particularizando o município de Petrolina, em 2018, o Hospital Dom Tomás foi credenciado visando a prestação de serviços de Saúde especializados em oncologia a fim de suprir as necessidades da VIII Região de Saúde – IV Macrorregião de saúde (que envolve Vale do São Francisco e Araripe), caracterizando-se como um serviço complementar ao Sistema Único de Saúde – SUS/PE.

O atraso no diagnóstico do câncer pode ter como consequências: menor sobrevida e comprometimento das funções estomatognáticas (RUTKOWSKA et al., 2020). Assim, para garantir o diagnóstico precoce, todos os atores envolvidos devem estar informados e preparados para lidar com uma lesão suspeita. A população deve estar informada sobre os principais sintomas da doença, saber reconhecê-los e também saber a qual profissional ou serviço de saúde deve recorrer em caso de uma alteração. Já os profissionais de saúde devem identificar sinais e sintomas suspeitos, ter conhecimento do correto fluxo de encaminhamento dos pacientes para investigação diagnóstica ou, quando aptos, realizar o diagnóstico da doença.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a equipe da Atenção Primária deve estar preparada para identificar os casos duvidosos, e o diagnóstico do câncer de boca e o reconhecimento das alterações potencialmente malignas podem e devem ser

identificadas por cirurgião-dentista capacitado, em unidades básicas de saúde e nos centros de especialidades odontológicas (CEO), como já posto (INCA, 2022).

A Portaria n.º 599/2006 classificou os CEOs em três tipos – tipo I; tipo II; tipo III, conforme a quantidade de consultórios odontológicos, os quais devem funcionar 40 horas semanais, dispondo de cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário, entre outros profissionais. As portarias que regulamentam a estrutura e o funcionamento dos CEOs (n.1570/2004 e n.1571/2004) têm como pressuposto a garantia de que estes proporcionem o impacto desejado no perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira, e se efetivem como estratégia de ampliação do acesso a tratamentos especializados no Sistema Único de Saúde (SUS).

O Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) assegura que, no serviço público, a partir da avaliação inicial do dentista na unidade básica, o paciente pode ser encaminhado à atenção especializada. As unidades especializadas, por sua vez, realizam os serviços de maiores complexidades, inclusive o diagnóstico efetivo e detecção do câncer de boca. Sendo assim, as equipes que atuam na Atenção Básica, são responsáveis por realizar, genericamente, ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde bucal, buscando resolver pelo menos 80% das demandas apresentadas pelos cidadãos, para só então, cumprido este fluxo, referenciar ao centro especializado (BRASIL, 2018).

A despeito do aparato legal e da regulação do fluxo na assistência bem estabelecido, a carga do câncer de boca e de orofaringe no Brasil continua alta, e seus efeitos na população vão além do tratamento com a internação hospitalar. Isto é percebido visto que após a alta do paciente, dependendo do estágio do câncer e, consequentemente, de um tratamento mais invasivo, ficam sequelas e a necessidade de reabilitação é evidente (LODI, 2018).

Nesse sentido, fica claro que existem dificuldades com respeito a prevenção primária e secundária do câncer bucal, ao estabelecimento de políticas públicas direcionadas aos seus principais fatores de risco (álcool, tabaco e exposição ao sol), além de questões relativas aos profissionais e usuários envolvidos (TORRES, 2012). Desta forma, o câncer bucal continua sendo um problema de saúde pública, com indicadores epidemiológicos que não apresentaram melhorias ao longo dos últimos anos, tampouco se projetam mudanças positivas nesse cenário (INCA, 2022).

### 3.3 Desordens Orais potencialmente malignas (DOPM)

As desordens com Potencial de Malignização (DPM) são anormalidades clínicas e histopatológicas, ao nível celular, que podem assumir o caráter de tumor maligno, a qualquer tempo, porém podem permanecer estáveis por um período indefinido. A literatura aponta que cerca de 80% dos cânceres de boca são evoluções de DOPM. Conhecer as lesões com potencial de malignização em boca é essencial, para diagnosticar precocemente o câncer oral, melhorando o prognóstico e as taxas de sobrevida (BINDA, 2021).

Especificamente, as desordens **orais** potencialmente malignas (DOPM) compreendem um grupo de condições que apresentam risco aumentado de desenvolvimento do câncer quando comparadas à mucosa oral normal. Algumas DOPM são infreqüentes e/ou acometem grupos populacionais específicos; outras, no entanto, são comuns e frequentemente incluídas no diagnóstico diferencial de outras doenças da boca. É fundamental que os cirurgiões-dentistas, em especial aqueles exercendo atividades na Atenção Básica, estejam familiarizados com os aspectos etiopatogênicos e clínicos que caracterizam as entidades desse grupo, para que o diagnóstico seja realizado da forma mais precoce possível, possibilitando o tratamento adequado e em tempo oportuno (SLOOTWEG, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua última classificação, incluiu 12 entidades no grupo das DOPM (eritroplasia, eritroleucoplasia, leucoplasia, fibrose submucosa oral, disqueratose congênita, ceratose por tabaco sem fumaça, lesões palatinas associadas ao hábito de fumo invertido, candidose crônica, glossite sifilítica, ceratose actínica (queilitic actínica), embora outras condições menos freqüentes e de potencial controverso sejam descritas na literatura (QUADRO 1) (OMS, 2022; EL-NAGGAR et al., 2017).

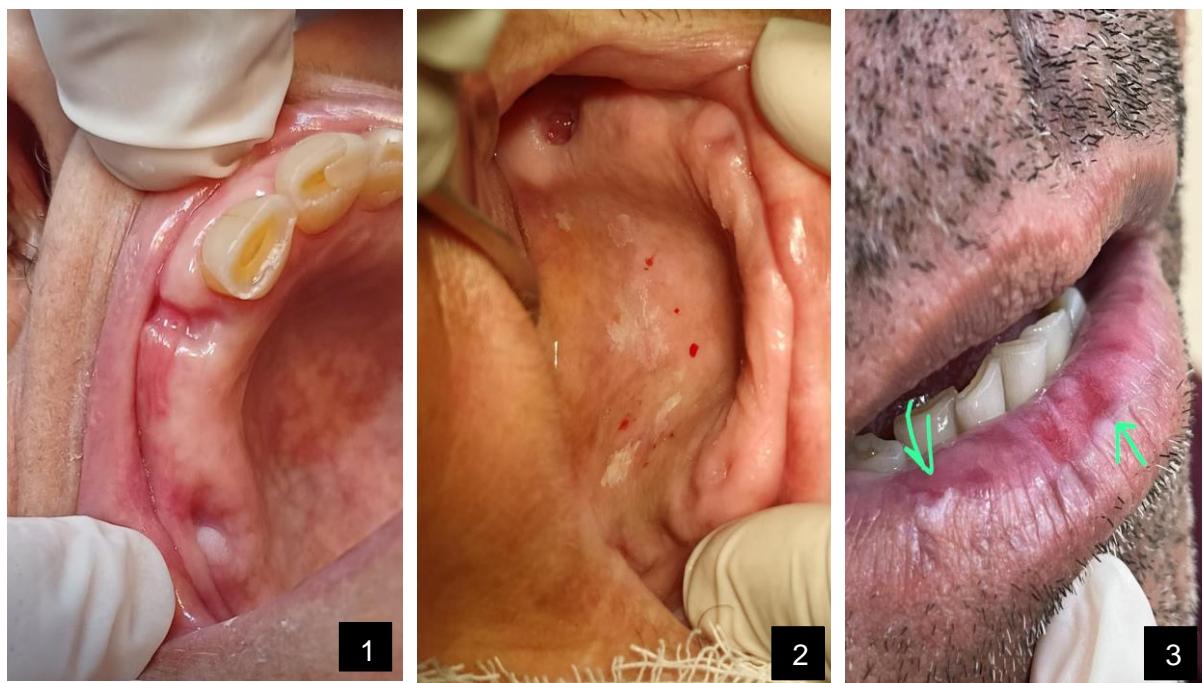
Speigh et al. (2018) apontam que, do ponto de vista clínico, a maioria das lesões apresentando manchas brancas, com ou sem áreas avermelhadas, são as prováveis de terem diagnóstico inespecífico. Embora estas desordens tenham um risco estatístico aumentado de malignidade, é muito difícil prever o resultado para um paciente individual.

No que se refere aos principais sinais do câncer oral aponta-se: lesões na cavidade bucal ou nos lábios que não cicatrizam após 15 dias; manchas/placas vermelhas ou esbranquiçadas na língua, gengivas, palato (céu da boca), mucosa jugal

(bochecha); nódulos (caroços) no pescoço e rouquidão persistente. Nos casos mais avançados da doença, observam-se os seguintes sinais: dificuldade de mastigação e deglutição; dificuldade na fala e sensação de que há algo preso na garganta. Como nos demais tipos de câncer, o diagnóstico precoce aumenta as chances de cura. No caso específico do câncer de boca, 80% têm cura se diagnosticados no início e tratados adequadamente (VELOSO, 2021).

Uma pesquisa qualitativa realizada em 2017, mostrou que a invisibilidade da doença, a inexistência de fluxos que orientem para o cuidado integral aos usuários com lesões suspeitas ou confirmadas, a insegurança dos dentistas no diagnóstico de lesões potencialmente malignas e o baixo envolvimento multiprofissional visando ao cuidado integrado, foram os principais resultados encontrados, e comprometem positiva ou negativamente os números de câncer oral na estratégia saúde da família (BARROS, 2021).

Quadro 1 - DOPM diagnosticadas no CEO e UBS/Petrolina em 2022.





\*Imagens: (1) Papiloma; (2) Leucoplasia; (3) Queilite actínica; (4) Líquem Plano; (5) Úlcera necrótica e (6) Mancha escurecida em palato duro. Fonte: arquivo pessoal.

De forma geral, o encaminhamento dos pacientes para o tratamento do câncer é realizado por meio de regulação. O atraso no início do tratamento está associado a desfechos desfavoráveis, como pior prognóstico e comprometimento da qualidade de vida dos pacientes.

### 3.4 Protagonistas das políticas de prevenção e controle do câncer 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). Apesar da ampliação do financiamento, da infraestrutura e dos recursos humanos na área de saúde bucal, ainda existem desafios para o acesso qualificado ao diagnóstico e tratamento pelo Sistema Único de Saúde — SUS (LIMA, 2020).

O componente assistencial da atenção básica é regulado através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A atenção básica desenvolve ações de saúde individuais, familiares e coletivas que abrangem: promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Trata-se da porta de entrada preferencial do sistema, responsável pela coordenação do cuidado e ordenação dos fluxos e contrafluxos dos usuários pela rede. Os serviços devem ser ofertados de forma universal, integral e

gratuita. A PNAB tem na Estratégia Saúde da Família — ESF sua ação prioritária para expansão e qualificação desse nível de atenção (BRASIL, 2007).

Já a responsabilidade pelo financiamento da Atenção Básica este é tripartite, mas devido à instabilidade dos recursos estaduais e municipais, o gasto público em saúde no Brasil tem sido historicamente financiado por recursos federais. Este maior acesso aos recursos alocativos confere ao ministro da saúde o papel de agente determinador das políticas públicas, mesmo tratando-se de entes federativos independentes entre si. Porém, apesar de seu papel protagonista, a relação do ministro com os demais gestores não é isenta de conflitos, pois os secretários estaduais e municipais de saúde, mesmo possuindo menos recursos alocativos, possuem estratégias de articulação política que aumentam suas influências na determinação das políticas de saúde emanadas pelo Ministério da Saúde, o que ilustra a dialética de controle dessa relação (BRASIL, 2003).

Assim, para que as políticas públicas sejam bem direcionadas às reais demandas regionais, é necessária a articulação eficiente entre os entes (município, estado e federação), de modo que as vigentes necessidades sejam conhecidas e eficientemente supridas. Isto refere-se, incluiu, à detecção do câncer oral, haja vista que as unidades básicas têm o dever de notificar os casos identificados aos órgãos competentes para que as informações cheguem aos secretários municipais; destes, aos órgãos estaduais; e, finalmente, ao Ministério da Saúde. Neste sentido, as unidades básicas/postos de saúde assumem papel de alta relevância na instituição de políticas de controle do câncer oral.

### **3.5 Sistema Único de Saúde e o diagnóstico precoce do câncer oral**

O SUS foi criado por meio da Constituição Federal de 1988, que dispõe no artigo 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". O Sistema Único de Saúde Brasileiro é regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, que atribuem normas, responsabilidades e deveres para o pleno funcionamento do que é determinado constitucionalmente.

No período anterior ao sistema atual, havia um panorama diferente na política de saúde nacional. O atendimento à saúde promovido pelo Estado baseava-se em um modelo previdenciário, segundo os termos do decreto legislativo 4.642/23, conhecido como Lei Eloy Chaves, um modelo essencialmente excludente (FERNANDES, 2020).

Esse modelo centrava-se no fato de que o indivíduo seria considerado saudável caso nele houvesse ausência de doença. Tinha caráter biologicista, hospitalocêntrico e sua gestão era centralizada. O SUS, então, insere-se com outras propostas: ser universal, integral e equânime, além de entender a doença conforme o conceito preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, e não somente ausência de afecções e enfermidades. A partir de sua implantação, o foco das práticas voltou-se à prevenção e à promoção da saúde. As ações passaram a ter enfoque ampliado de acordo com um modelo biopsicossocial. A gestão das estruturas passou a ser compartilhada, descentralizando-a (FERNANDES, 2020).

Ao longo dos anos, estratégias foram sendo reformuladas no intuito de viabilizar a aplicabilidade da lei 8.080/90. Por exemplo, em 2004, o então ministro da saúde assinou as diretrizes da política nacional de saúde bucal. O documento propõe a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, a partir de discussões com os coordenadores estaduais e conferências nacionais. A finalidade era que, a partir dessas discussões, fosse estabelecido um modelo que pudesse ser replicado nas micropolíticas. Esse documento pressupõe a qualificação da atenção básica por meio da educação permanente, assegurando a integralidade das ações de saúde bucal (BRASIL, 2004).

Neste sentido, a Lei 13.230, de 28/12/2015, sanciona a instituição da semana de prevenção ao câncer bucal, com o propósito de estimular ações e campanhas educativas, promover debates sobre políticas públicas de atenção integral aos portadores de câncer, apoiar as atividades voltadas ao enfrentamento do câncer e difundir os avanços científicos sobre este tema.

De fato, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (por meio da Portaria N.º 874, de 16 de maio de 2013) prevê e determina o cuidado integral ao usuário, de forma regionalizada e descentralizada, e determina que o tratamento do câncer seja feito em estabelecimentos de saúde habilitados (INCA, 2021).

Porém, a despeito de todo esse aparato legal, Lima (2020), em sua tese doutoral, mostra que, embora a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) direcionem as ações e serviços de saúde relacionados com o diagnóstico e o tratamento do câncer bucal no âmbito do SUS, e mesmo diante de alguns avanços proporcionados por essas políticas, os índices de mortalidade permanecem o mesmo ao longo dos anos, com alta taxa de letalidade pela doença.

Amaral et al. (2022), em estudo sobre tendências de mortalidade por câncer bucal no Brasil, mostram também que existe uma tendência geral de crescimento da doença, segundo as regiões e o gênero. Evidenciam que a maior taxa de mortalidade tem sido encontrada entre pessoas do gênero masculino, tendo a Região Nordeste figurado como de alta incidência, e este aspecto, sublinham os autores, não pode ser negligenciado nas atuais pesquisas científicas.

Miranda (2019), em revisão integrativa, diz que as políticas públicas devem direcionar seus esforços à prevenção mediante ações de rastreamento. Neste trabalho, as referências consultadas apresentaram estratégias de prevenção secundária para a detecção precoce e o rastreamento do câncer bucal que podem ser organizadas nas seguintes categorias: a) exame visual; b) levantamento da população de risco; c) autoexame bucal; d) vigilância em saúde; e e) fortalecimento dos fluxos assistenciais. O autor também demonstra a necessidade de educação continuada para a detecção precoce por parte do cirurgião dentista (CD) e da equipe de saúde. Ademais, a educação continuada pode melhorar a qualidade do serviço prestado, pois proporciona atualização do conhecimento após a formação profissional.

Além disto, as Portarias do Ministério da Saúde ns. 1.570 e 1.571, de 2004, e 599, de 2006, instituíram critérios para os centros de especialidades odontológicas (CEOs), incluindo a Estomatologia (ciência que estuda o sistema estomatognático — boca e anexos), com ênfase na prevenção e no diagnóstico precoce como ação prioritária. Uma triagem voltada ao câncer bucal pode reduzir a mortalidade se priorizar a população de risco (indivíduos com pouca probabilidade de frequentar consultórios odontológicos com regularidade, tabagistas e etilistas). Nas visitas domiciliares, os ACS podem também registrar as principais categorias de risco para o câncer bucal no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), além de encaminhar o paciente para consulta odontológica.

Embora a literatura não evidencie que o autoexame reduza a taxa de mortalidade do câncer bucal, como parte de um programa de rastreamento populacional, ele é recomendado para maximizar a intervenção na morbimortalidade relacionada à patologia. Neste aspecto, o que se observa é a necessidade de políticas públicas de saúde que incluam ações educativas voltadas ao autodiagnóstico e autocuidado, além de ações preventivas, de manutenção da saúde, e reabilitadoras. O envolvimento no autocuidado bucal regular pode reduzir a perda adicional de função e constitui estratégia de prevenção de baixo custo e fácil realização, sendo importante para o diagnóstico precoce. Apesar dos requisitos substanciais de autocuidado, não há intervenções com base empírica significativa entre os CDs, o motivo pode estar relacionado a falta de domínio da técnica ou por não considerar o autoexame uma manobra necessária (MANNE, 2023).

Deste contexto, fica claro que os programas nacionais de controle de câncer são norteadores para direcionamento dos investimentos governamentais, visto que as intervenções são baseadas em evidências, vigilância em saúde e investigação. O modelo de vigilância em saúde para Doenças e Agravos Não Transmissíveis crônicas (DANT) viabiliza o monitoramento das diversas condições e permite o conhecimento sobre fatores de risco e epidemiológicos, aprimorando o direcionamento da prevenção primária e da promoção da saúde, além de auxiliar a construção de um sistema de informação em saúde bucal, critérios essenciais para aplicação de recursos públicos (BRASIL, 2021).

### **3.6 A saúde do homem e a questão da masculinidade nordestina**

A atitude de distanciamento do homem às campanhas e adesão aos tratamentos de saúde repercutem diretamente nos índices de mortalidade masculina. É notório que, se por um lado, a trajetória da saúde deste grupo conserve aspectos de maior resistência; por outro lado, há despreparo dos profissionais para lidar com as peculiaridades. Aliás, tanto a socialização diferencial quanto a estrutura dos serviços de saúde podem influenciar na maneira como o homem percebe a condição saúde/doença (OLIVEIRA, 2020; COSTA JÚNIOR, 2014).

Na região nordeste, isso se torna ainda mais evidente, visto que o ‘procurar ajuda médica’ pode representar fragilidade e feminilização frente a sociedade. Outrossim, frequentar ambientes de saúde pode até vulnerabilizar sua imagem de

provedor familiar. Por este motivo, a busca por assistência ocorre apenas quando o desempenho cotidiano é afetado. Depreende-se que a problemática está intimamente ligada a estrutura da identidade de gênero que evoca a invulnerabilidade do homem e a necessidade de colocar-se em situação de risco eminente como prova de sua masculinidade (SILVA, 2023).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) de 2009, intencionou preencher algumas dessas lacunas assistenciais de modo que a maior quantidade de homens fossem alcançados, porém, muito embora esta política tenha trazido à discussão o fator da integralidade da saúde masculina, na prática, desconsideram as reais singularidades deste público (PEREIRA, 2020; SOUZA 2019).

De certa forma, isso se deve ao processo de miscigenação que habita desde os tempos de influência portuguesa no Nordeste brasileiro, no período colonial, que solidificou a imagem do nordestino como homem forte, valente, que nada teme e é sobre essa égide que valores e pertencimentos foram edificados. A construção da PNAISH, em acepção comum, percebe os homens de forma genérica, em que estes não se cuidam, ou cuidam muito pouco da sua saúde, sem considerar o que pode justificar os comportamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; SILVA, 2021).

Existe um componente da sociabilidade nordestina muito peculiar, o qual se refere mais especificamente aos elementos que compõem os atributos da masculinidade nesta região e reflete diretamente no diagnóstico precoce das doenças. Ser “cabra macho” no Nordeste requer ser destemido, forte, valente e corajoso (ALBUQUERQUE, 1999). Uma relação notadamente paradoxal com a inerente fragilidade que representa o estado de doença ou até mesmo a investigação delas. Neste sentido, homem para ser homem no Nordeste, não procura saber se está doente, visto que seria uma atitude incompatível com sua posição de provedor vitalício. Não ter doenças é um estado intuitivo e inviolável para esse indivíduo.

O mesmo autor ainda relata que o Nordeste é uma sociedade onde a coragem, o destemor e a valentia do homem influenciaram no *status* social dos indivíduos, no respeito que este teria do grupo e daí a necessidade permanente de provar sua masculinidade, sua macheza, pela realização de atos ditos de coragem. Discorrendo sobre a violência e masculinidade como elementos constitutivos da imagem do nordestino, e analisando discursos da literatura de cordel, o autor afirma que, para este indivíduo, o ser homem se consolida a medida que é capaz de subjugar o outro, de vencê-lo em qualquer disputa e dominá-lo, se consolida também com a

própria morte. A morte é preferível ao viver desonrado e ao deixar de ser homem, na visão do grupo ao qual pertence, porque, neste caso, já estaria morto simbolicamente.

Ao tratar sobre os motivos de retardo para início do tratamento do paciente com câncer oral, Santos, Oliveira e Costa Júnior (2020, 2021 e 2014) dizem que existem determinantes relacionados ao paciente; outros, ao profissional; e também às características sociodemográficas. Ao listar os que se referem ao paciente, os autores citam: desconhecimento dos sinais e sintomas, aguardar estágios mais debilitantes da doença, acreditar que a condição é passageira e não grave, optar pela automedicação, não associar o tabagismo ou etilismo à comorbidade e também à resistência machista. Já no que se refere ao profissional, o autor lista: deficiências no exame clínico, baixo índice de suspeita e familiaridade com as doenças orais e falhas na identificação precoce. Ainda, aponta fatores sociodemográficos que justificam o atraso: renda, idade, gênero e características culturais, como aspectos que exercem influência direta na busca pelo serviço de saúde. É certo que o perfil do homem nordestino corrobora nesta problemática.

Neste cenário, mesmo com avanços referentes à terapêutica e a própria legislação de cobertura mais efetiva para o paciente com suspeita ou com câncer diagnosticado, as neoplasias orais apresentam prognóstico ruim e baixas taxas de sobrevida, devido ao atraso no diagnóstico, sendo que implementar métodos de autocuidado, incentivar ao acompanhamento médico, envolver o indivíduo em campanhas de saúde, torna-se uma tarefa aparentemente mais árdua ao considerar os pacientes homens do Nordeste brasileiro. Porém, a despeito disto, a detecção e o diagnóstico da doença em seu estágio inicial continua sendo o meio mais eficaz para reduzir a mortalidade, melhorar a sobrevida e o prognóstico de qualquer paciente

## **MATERIAL E MÉTODOS**

## 4. MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 Caracterização da pesquisa

Tratou-se de pesquisa exploratória, a qual visa proporcionar maior familiaridade com a situação problema, com vistas a torná-la mais explícita ou construir hipóteses (GIL, 1987). O estudo exploratório aprimora ideias, descobre intuições e é próprio para quando se tem pouco conhecimento do tema a ser abordado. Caracterizou-se, ainda, como sendo um estudo descritivo ao fazê-lo a partir das respostas dos sujeitos pesquisados.

A abordagem metodológica foi qualitativa, a qual tem por objetivo compreender a multiplicidade de significados e sentidos que marcam as subjetividades dos sujeitos na relação com o social. Essa abordagem considera que a dimensão ampla e o caráter complexo do objeto de estudo não podem ser compreendidos à luz unicamente da racionalidade técnica.

### 4.2 Participantes e critérios de inclusão, exclusão e recrutamento

Foram convidados a participar da pesquisa, dentistas que atendessem aos seguintes critérios: estar lotado em um dos postos da Atenção Primária à Saúde - APS (das Unidades básicas de saúde - UBS) contratados ou concursados, e gestores do CEO e Atenção básica, sujeitos de interesse à pesquisa.

Foram excluídos os profissionais que, embora cumprissem os critérios de inclusão, apresentassem condições adicionais que os impedissem de participar, ou seja, que de algum modo interferissem no êxito da proposta, a exemplo de dentistas que fossem servidores públicos a menos de 1 mês.

Para o recrutamento foi mantido contato com os profissionais, através do aplicativo de mensagens WhatsApp, com apresentação dos objetivos do estudo e convite para participação no processo. Após esclarecimentos, nos casos de anuência à proposta, foi agendado encontro presencial no próprio local de trabalho do participante para aplicação do questionário.

#### **4.3 Abordagem qualitativa**

Para a primeira fase de coleta de dados, apenas os dentistas foram abordados e, portanto, se fez necessário estabelecer a quantidade destes profissionais pertencentes ao quadro das unidades básicas. De acordo com a secretaria saúde municipal de Petrolina, havia, na ocasião, 97 profissionais (20230. Todo o universo em estudo foi consultado por meio de questionários estruturados, aplicados por 3 estagiários além da pesquisadora.

O questionário foi construído por perguntas objetivas (APÊNDICE A), as quais versavam sobre conhecimentos e práticas profissionais em saúde bucal, prevenção, detecção do câncer de boca e DOPM.

Os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica (Microsoft Excel®), e as variáveis respostas receberam análises por meio de estatística descritiva. Essas variáveis foram categorizadas e seus valores absolutos e relativos estão apresentados em forma de tabelas e gráficos.

#### **4.4 Revisão integrativa**

Para a construção da discussão sobre gênero, especificamente sobre masculinidade, foi realizado um deliencamento por meio de revisão integrativa, visto ser um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. A revisão integrativa, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (SOUZA, 2010).

Dessa forma, os dados foram coletados através de artigos científicos, extraídos das plataformas de busca PubMED e Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS), sendo utilizados os descritores “Saúde do Homem”, “Masculinidade” e “Atenção primária de saúde”, excetuando artigos que tratavam de especificidades regionais/lokais irrelevantes ao texto como: diretrizes, normativas e legislações em

desusos, elaborações conceituais de métodos diagnósticos, discussões sobre homossexualismo e grupos LGBT.

Como estratégia de inclusão e exclusão, foram selecionados os artigos publicados nos últimos 5 anos, além de referências históricas, nos idiomas inglês e português, utilizando as palavras-chave. Após o resultado da busca, foi realizada a triagem e excluídas as duplicatas (FIGURA 3).

Figura 3 - Seleção dos artigos para discussão sobre masculinidade



#### 4.5 Condições de coleta de dados

Para o êxito no seu desenvolvimento, a pesquisadora assumiu o compromisso de encontrar-se devidamente capacitada técnicamente de maneira a minimizar possíveis riscos e exposição dos participantes.

Importante é esclarecer que a participação nesta pesquisa não expôs os participantes a riscos físicos ou biológicos, que poderiam resultar em danos como: desconfortos e estresse ao interagir com a pesquisadora, demonstrados por ansiedade, vergonha ou constrangimento, receio de estigmatização diante da possibilidade de ter informações confidenciais divulgadas e ter sua privacidade invadida pelo uso do gravador (do celular), receio de ter o tempo ocupado ao responder o questionário ou participar da entrevista.

#### **4.6 Formas de mitigar potenciais riscos**

Para resguardar a privacidade e minimizar riscos, desconfortos ou danos, foram tomadas medidas cautelares em relação ao ambiente de coleta dos dados, com a garantia de que ocorreriam em locais reservados, isentos de interferências externas ou exposição das respostas. Desta maneira:

1. A aplicação do questionário e das entrevistas ocorreram em salas reservadas e ventiladas;
2. Se deu liberdade para que os participantes não respondessem a questões que considerassem constrangedoras;
3. A pesquisadora esteve atenta a sinais verbais e não verbais de desconforto;
4. A pesquisadora assegurou a confidencialidade e a privacidade da utilização das informações;
5. A pesquisadora garantiu acesso aos resultados da pesquisa e divulgação pública dos mesmos.
6. O receio de publicidade de sua identidade foi minimizado pela garantia da confidencialidade das informações e pelo anonimato de todos que participarem da pesquisa, assegurado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido — TCLE (APÊNDICE B), emitido após carta de anuência do setor de pesquisa e extensão da Secretaria de Saúde (APÊNDICE C);
7. Para mitigar o risco de contrair a COVID-19, foram tomadas as seguintes providências:
  - a. Respeito às medidas e protocolos de segurança recomendados pelos órgãos de saúde, mediante garantia de que a aplicação dos instrumentos de coleta de dados ocorreria em sala com ventilação adequada, garantia de distanciamento de 1,5 metros entre pesquisadora e participante.
  - b. Garantia de álcool a 70 °C ou em gel para antisepsia das mãos e da caneta para assinatura do TCLE.

#### **4.7 Benefícios**

Não houve benefícios ou proveito direto, imediato ou posterior, em decorrência da participação na pesquisa, mas a cada participante foi esclarecido que possíveis despesas efetuadas, envolveriam gastos com alimentação ou transporte, e se acaso existissem, seriam devidamente ressarcidas pela pesquisadora. Cada participante foi esclarecido que os benefícios foram exclusivamente indiretos e ocorreriam posteriormente como retorno social em forma de divulgação em publicações, por meio dos resultados do projeto e a participação em eventos científicos. Esta pesquisa também subsidiou o planejamento de ações sobre práticas de saúde bucal, prevenção e detecção do câncer bucal de boca e lesões orais malignizáveis e a capacitação para o atendimento de excelência em estomatologia, de forma que o conhecimento construído a partir desta pesquisa ajudou no entendimento do papel do dentista frente à realidade detectável no enfrentamento da doença.

#### **4.8 Pressupostos éticos e legais**

A presente proposta de pesquisa respeitou o entendimento bioético que envolve a pesquisa com grupos humanos, contidos nas Resoluções 510/16 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos. A resolução 580/18 refere-se aos aspectos éticos das pesquisas com seres humanos em instituições do Sistema Único de Saúde — SUS.

O projeto foi inscrito da Plataforma Brasil e encaminhado a um Comitê de Ética pela CONEPE (APÊNDICE D), assegurando que a coleta dos dados somente iniciou-se após a completa aprovação. Os participantes tomaram conhecimento da pesquisa pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido — TCLE, sobre: tipo e objetivos, privacidade, sigilo, confidencialidade, riscos e benefícios. Por envolver seres humanos foi mantido sigilo sobre a identidade dos participantes que tiveram suas informações utilizadas.

#### **4.9 Conflito de interesses**

Garantiu-se que nesta pesquisa, não existiriam conflitos de interesses entre pesquisadora e participantes e que a mesma seria conduzida de forma independente, apenas com interesses científicos.

#### **4.10 Critérios de encerramento ou suspensão da pesquisa**

Em obediência às Resoluções 510/2016 e 580/2018, esclarece-se que este protocolo de pesquisa será encerrado após a coleta dos dados, análise e elaboração de manuscritos para publicação. Os dados serão mantidos armazenados em ambiente virtual, em computador pessoal por um período de 5 anos

A pesquisadora se comprometeu em anexar os resultados ou relatório da pesquisa na Plataforma Brasil, no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos destinados, conforme consta a declaração de compromisso. Também se comprometeu levar ao conhecimento dos participantes e da instituição envolvida, os resultados da pesquisa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Levantamento estatístico

A partir das respostas obtidas dos CDs, foi elaborada a tabulação de dados e categorização das variáveis (TABELA 1). Dos profissionais dentistas que foram entrevistados, 44,33% eram do gênero feminino; e 55,67%, masculino, sendo 68,04% formados há mais de 5 anos, e 53,61% possuíam pós-graduação, com maioria procedente de universidades privadas (64,95%). Isto demonstra, que quase metade da amostra é composta por profissionais que possuem somente graduação (FIGURA 03). Além disto, 48,45% dos cirurgiões-dentistas atuavam no setor público e privado, dividindo a jornada de trabalho em ambos os setores. Dos entrevistados, 71,13% disseram não orientar os pacientes sobre a técnica de autoexame oral - manobra imprescindível no combate precoce das doenças.

Dentre as lesões que deveriam ser encaminhadas para o CEO, segundo o entendimento dos CDs, está o CEC (68,04%) e o melanoma (69,07%), ambos com diagnósticos em laudos. No entanto, tais lesões extrapolam a competência do dentista e devem ser encaminhadas ao médico oncologista, preferencialmente. Ainda neste sentido, ao serem questionados sobre quais lesões seriam potencialmente malignas e, portanto, de referência obrigatória à assistência especializada, foram apontadas: o melanoma (93,81%), o CEC (92,78%) e o linfoma (86,60%), porém, estas lesões, compõem o quadro de doenças malignas e não potencialmente malignas. Tais aspectos sinalizam o desconhecimento sobre o correto transcurso de referência e apontam para uma deficiência na identificação de lesões.

Tabela 1 - Tabulação de dados e categorização das variáveis pesquisadas

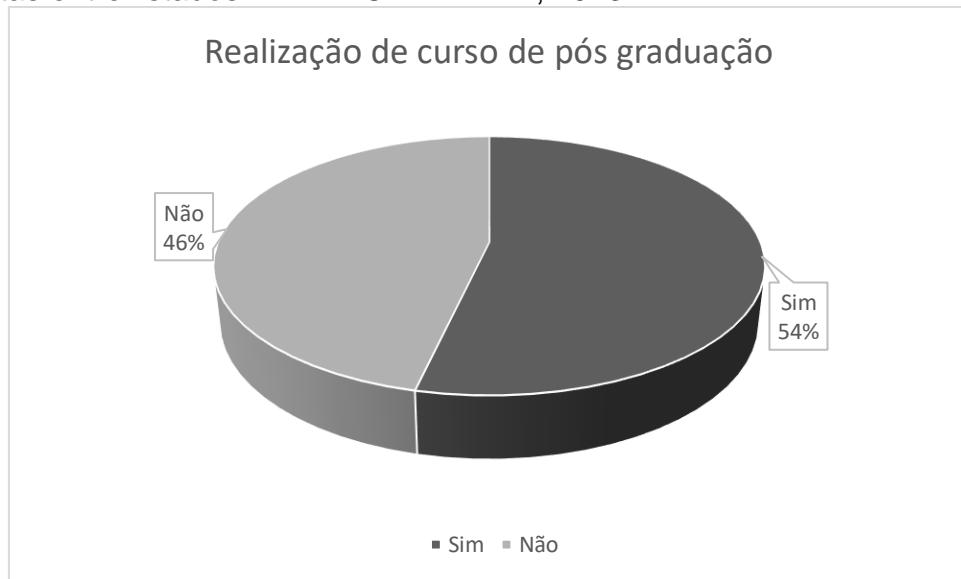
Total de entrevistados = 97		N	%
Gênero	Feminino	43	44,33
	Masculino	54	55,67
Tempo de Formado (anos)	< 2	0	0
	Entre 2 e 5	31	31,96
	> 5	66	68,04
Pós-Graduação	Sim	52	53,61
	Não	45	46,39
Tipo de Inserção no Mercado de Trabalho	Público	50	51,55
	Privado	0	0
	Público/privado	47	48,45
Carga Horária por setor (horas)/semana	Iniciativa Pública	10	0 0
		20	97 100

	<10	0	0
	10	38	39,28
Iniciativa Privada	20	0	0
	<10	9	9,28
	Privada	63	64,95
Universidade de Procedência	Estadual	1	1,03
	Federal	33	34,02
Teve Disciplina de Estomatologia	Sim	97	100
	Não	1	1,03
	Não me atualizo	0	0
Como atualiza os conhecimentos	Cursos	56	57,73
	Internet	75	77,32
	Livros/Revistas	33	34,02
	Congressos	20	20,62
	Capacitação Municipal	35	36,08
Realiza exame intraoral	Sim	96	98,97
	Não	1	1,03
	Desnecessário	0	0
	Não sei fazer	0	0
Orienta o paciente p o autoexame	Sim	69	71,13
	Não	27	27,84
Utiliza os conhecimentos de Estomatologia	Sim	86	88,66
	Não	11	11,34
Realiza prevenção e proservação para Câncer oral	Sim	50	51,55
	Não	47	48,45
Qual o câncer mais comum em boca	Melanoma	14	14,43
	Papiloma	1	1,03
	Carcinoma Epidermóide	67	69,07
	Carcinoma Verrucoso	15	15,46
Quais lesões encaminha para o CEO	Mucocele	22	22,68
	CEC	66	68,04
	Eritroplasia	65	67,01
	Melanoma	67	69,07
	Hemangioma	32	32,99
	Mucosa Esbranquiçada	32	32,00
	Exostose	1	1,03
	Papiloma	82	84,54
	Hiperplasia	23	23,71
	Queilite Actínica	31	31,96
	Linfoma	67	69,07
	Suspeita de CEC	97	100
	Leucoplasia	83	85,57
	Lesões ósseas	48	49,48
	Candidíase	9	9,28
	Lesões que não cicatrizam	95	97,94
	Líquen Plano	48	49,48
	Placa Sifilítica	58	59,79
	Granuloma Piogênico	34	35,05
	Lesão tarumática com causa definida	7	7,22
Lesões Potencialmente Malignas	Mucocele	0	0
	CEC	90	92,78
	Eritroplasia	34	35,05

Melanoma	91	93,81
Hemangioma	40	41,24
Granuloma Piogênico	8	8,25
Hiperplasia	8	8,25
Exostose	5	5,15
Papiloma	39	40,21
Fibroma	6	6,19
Queilite	26	26,80
Linfoma	84	86,60
Fibrose Mucosa	5	5,15
Leucoplasia	80	82,47
Displasia Fibrosa	0	0
Candidíase	22	22,68
Lesões Orais de Sífilis	46	47,42
Líquen Plano	43	44,33

Legenda: N (valor absoluto); % (percentual correspondente)

Figura 04 – Gráfico elucidando a realização de curso de pós-graduação por parte dos dentistas entrevistados – PETROLINA – PE, 2023.



O desconhecimento sobre o fluxo regulatório referencial ao tratar-se de lesões potencialmente malignas foi representado nas Figuras 5 e 6. Neste quesito, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia emitiu uma nota técnica (2020), que alerta:

A hipótese diagnóstica dos cânceres de lábio e cavidade oral normalmente pode ser levantada durante o exame clínico, para tanto os profissionais de saúde precisam estar atentos e vigilantes para os sinais de lesões potencialmente malignas para que qualquer alteração que fuja da normalidade seja investigada. A biópsia, na grande maioria das vezes, pode ser feita de forma ambulatorial, com anestesia local, em Unidades Básicas, Centros de Especialidades Odontológicas, ou outro dispositivo da Atenção Especializada. No entanto, faz-se necessária a capacitação dos profissionais que a executarão e dos profissionais responsáveis

pelo laudo do exame anatomo-patológico, uma vez que a correta retirada tecidual, o perfeito acondicionamento da peça, o encaminhamento nas condições ideais para o laboratório especializado, e a análise em tempo oportuno, são etapas fundamentais para a confirmação diagnóstica (NT 004/2020).

Figura 05 – Lesões com potencial de malignidade de acordo com os CDs

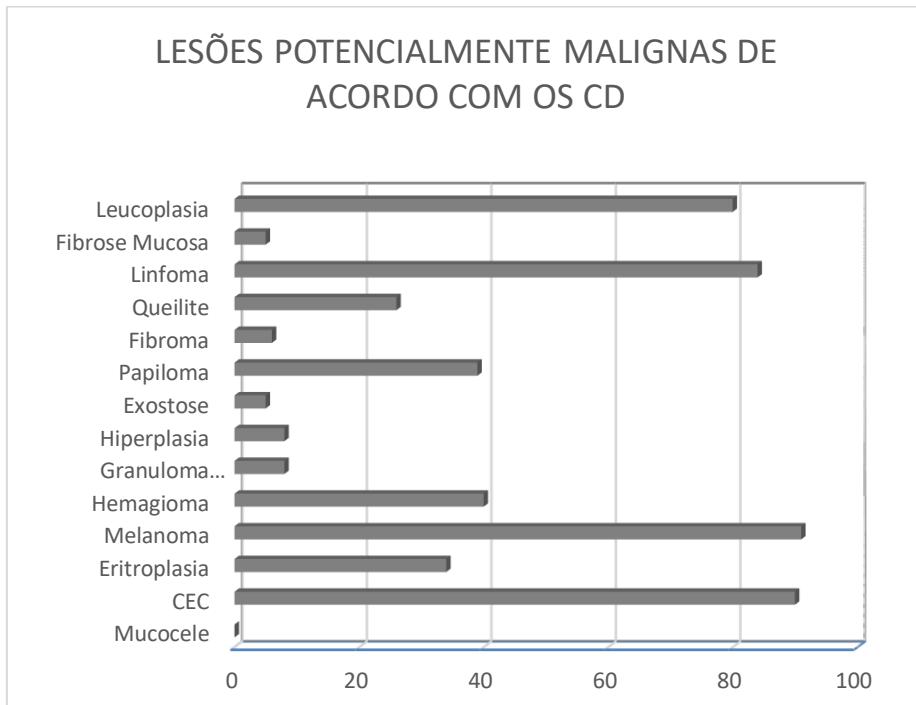
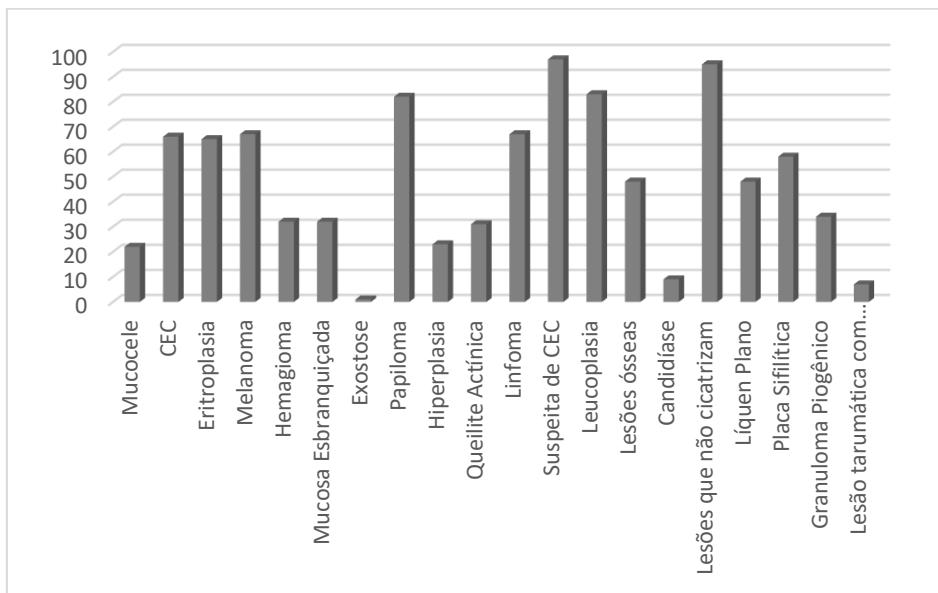


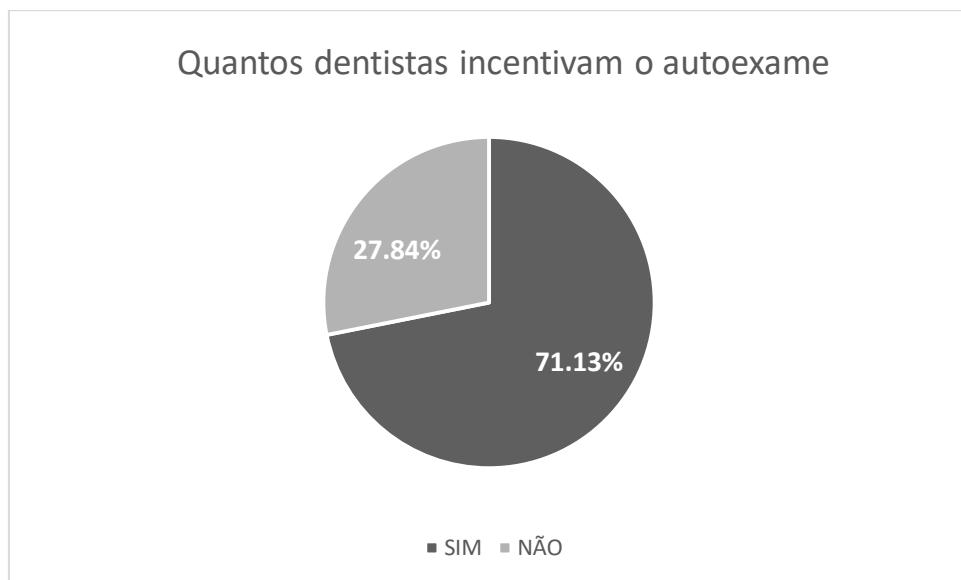
Figura 06 – Lesões que devem ser encaminhas ao CEO, segundo os CDs



No quesito ‘orientações sobre o autoexame’, quase 30% da amostra pesquisada não incentivava a manobra (**FIGURA 07**) e, neste sentido, Martins (2015) escreve:

O autoexame bucal pode levar a essa autopercepção da necessidade de assistência profissional, aumentando assim a probabilidade de realização de um exame bucal por um cirurgião dentista. Além disso, a condução do autoexame bucal pode contribuir para elevar a prevalência do diagnóstico precoce do câncer bucal, o que pode resultar em tratamentos menos invasivos (Martins, 2015).

Figura 07 – Sobre a orientação para o autoexame



## 5.2 – Perspectivas e ações: entrevistas com gestores

Nesta fase, foram abordados alguns gestores.

Sobre os aspectos favoráveis e às limitações para implementação das ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, a Coordenadora do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO e a diretora da atenção básica responderam:

A valorização dos profissionais que trabalham com essa parte de diagnóstico e tratamento de lesões malignas ou não, de câncer bucal, identificação de casos para diagnóstico, controle, mapeamento de risco, tudo isso ajuda e favorece a implementação de um trabalho bem elaborado e bem feito. O que dificulta é a falta de financiamento, né? Ou o subfinanciamento, são dificuldades que são encontradas para o diagnóstico e tratamento, né? E após o diagnóstico das lesões malignas por parte dos serviços laboratoriais e hospitalares existem dificuldades de marcação e regulação de todo o trâmite para o tratamento dessas lesões (APÊNDICE E).

Diante do posicionamento apontado pela gestão, foi possível entender que análise regional e territorial da saúde são importantes para identificar desigualdades e para direcionar recursos e políticas de saúde de forma mais eficaz, garantindo acessibilidade e qualidade de serviços de saúde para todos. É fundamental compreender a função de cada ente federado para a construção da saúde pública no Brasil. Outro ponto importante é compreender as desigualdades regionais, e possibilitar, por meio de uma política de integração regional e territorial, o suporte aos municípios com menor capilaridade financeira (ALMEIDA, 2023).

### **5.3. A masculinidade nordestina e as implicações no diagnóstico precoce para as DOPM**

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, instituída pela Portaria n.º 1.944, de 27 de agosto de 2009, tem o propósito de envolver os homens ativamente na estratégia saúde da família, de modo que diagnóstico e tratamento das doenças possam alcançá-los eficientemente. Trata-se de conformar o acolhimento do público masculino frente às peculiares necessidades (CARNEIRO, 2019).

Estudos realizados nos Estados Unidos e Canadá compararam a situação de saúde entre homens e mulheres, e descreveram que os primeiros têm se mostrado mais vulneráveis às doenças, principalmente as graves e crônicas; e têm expectativa de vida menor que a das mulheres (cerca de sete anos). As crenças e comportamentos relacionados à saúde são fatores que também contribuem para esse resultado. Os homens têm maior dificuldade em adotar comportamentos saudáveis. Apesar dessa maior vulnerabilidade e das altas taxas de mortalidade, geralmente eles não procuram os serviços preventivos e adentram o sistema pela atenção hospitalar de média e alta complexidade (COSTA JÚNIOR, 2014).

A construção da masculinidade influencia diretamente na vulnerabilidade às doenças, sobretudo, à morte mais precoce. A despeito desta vulnerabilidade e das altas taxas de morbidade, morrem mais homens do que mulheres durante o ciclo evolutivo de vida e, muitas dessas mortes, poderiam ser evitadas, se não fosse à resistência masculina diante da procura pelos serviços de saúde, particularmente, da atenção básica. Em uma pesquisa exploratória que tratou sobre as dificuldades de inserção do homem nos serviços de saúde, foram relatadas algumas justificativas para

abstenção: feminilização do atendimento nos postos; resistência dos homens à prevenção e o autocuidado; déficit no preparo técnico para atendimento ao público masculino; receio masculino em demonstrar fragilidade ao procurar ajuda médica (MOREIRA, 2014).

Tais dados podem ser entendidos levando-se em consideração a construção social da masculinidade e é importante destacar a concepção dos homens acerca da saúde e doença. Cuidados com a saúde podem expressar provável demonstração de feminilização, uma vez que atribuem esta preocupação ao gênero feminino. Essa “resistência masculina” à APS sobrecarrega os serviços especializados e isto poderia ser evitado com prevenção (VIEIRA, 2013). Culturalmente, os homens se acostumaram a esquivar-se dos profissionais da saúde devido ao fato de acreditarem não estar vulneráveis às doenças. Os padrões culturais de masculinidade que dizem que o homem “deve ser forte, ter corpo resistente e ser invulnerável”, são os responsáveis por estes comportamentos que dificultam o acompanhamento global, principalmente, no início de doenças, incluindo as ações de prevenção, promoção e cuidados com a saúde (LEITE, 2020).

Em vistas desse cenário, o diagnóstico precoce das doenças tende a ser comprometido e isso envolve as desordens orais potencialmente malignas, muito embora, teoricamente, o manejo deste indivíduo esteja integralmente documentado. Dos artigos e materiais pesquisados, foi possível constatar que, apesar da condução do paciente com câncer bucal ou lesões suspeitas esteja devidamente prevista em registros como a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a aplicabilidade das normativas são inexpressivas e suas abrangências, geralmente, desconhecidas. Outrossim, é notório, que os profissionais das unidades básicas de saúde, indiretamente corroborem com esta descrição, haja vista as falhas em capacitação técnica/educação continuada, em especial para lidar com os diferentes gêneros no âmbito do serviço público. Vale destacar, as ineficientes estratégias para integração das equipes de saúde da família no manejo do paciente com câncer oral ou suspeita (ANTUNES et al., 2007).

Ainda nesse sentido, o estudo apontou que o avanço no combate ao câncer, por meio do sistema de saúde pública, requer melhorias nas áreas de vigilância, organização de redes de assistência, programas específicos voltados às prevenções primária e secundária, avanços técnico-científicos, melhor preparo dos profissionais frente às especificidades de cada público, bem como aperfeiçoamentos

acadêmicos. Assim, embora seja expressivo os progressos legais para manejo de doenças malignas, o lidar com o câncer oral e lesões suspeitas na prática, ainda parece ser um desafio para assistência à saúde, especialmente no nordeste brasileiro (TORRES, 2012; BRASIL, 2019; VELOSO 2021).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação saúde *versus* doença oral envolve aspectos objetivos e subjetivos e decorre de um complexo causal no qual estão envolvidas muitas variáveis, algumas das quais se localizam no campo da competência profissional, teórico, acadêmica, também é concernente à execução do trabalho odontológico. Há, ainda, uma parcela pertencente aos determinantes externos, como o querer político, condições socioeconômicas dos indivíduos, vivências e realidades culturais.

Quanto às realidades culturais, as diferenças regionais e costumes podem ditar, inclusive, a forma como o serviço é prestado, mas também a maneira como o serviço é prestado pode influenciar a resposta do usuário. O nordeste brasileiro e suas peculiaridades é um bom exemplo disto. O homem nordestino é de fato uma representação clara de comportamentos que interferem na assistência à saúde, e tais comportamentos permitem associar a recorrência de algumas comorbidades.

No presente estudo, verificou-se que o câncer oral poderia ser evitado a partir da detecção precoce de doenças potencialmente malignas, porém, para isto, seria necessário que o paciente participasse das campanhas e realizassem exames de rotina em consultas semestrais aos dentistas.

Todavia, a resistência ao cuidado entre os homens, e em maior proporção, os da região nordeste, é tão latente que tem gerado como consequência o agravio das morbidades, quando poderiam ser evitadas, caso realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária.

Por outro lado, o estudo também identificou o despreparo profissional para reconhecer lesões com potencial de evolução maligna, bem como falhas nos processos regulatórios de referência, resultando no retardo do diagnóstico e tratamento.

Destacou-se pela pesquisa que os postos de saúde devem implementar maior número de campanhas que incentivem o autocuidado e a procura regular ao dentista, e que os profissionais devem estimular e orientar seus pacientes quanto as técnicas do autoexame.

Em suma, é importante salientar que políticas públicas impostas que não considerem as peculiaridades locais, costumes e valores, que não incentivem a harmonização de ações em rede, e que tenham sido construídas com base em decisões unilaterais e centralizadas, acabam por alimentar um sentimento de não

protagonismo das unidades básicas de saúde, no âmbito das estratégias saúde da família para controle e combate às doenças, isso fragiliza o serviço local e neste sentido, outras pesquisas poderão e devem contribuir.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, D. M. “**Quem é frouxo não se mete**”: violência e masculinidade como elementos constitutivos da imagem do nordestino. Proj. História, v 19, nov. 1999.

ALMEIDA, G. R. C. **A geografia da saúde: a regionalização e territorialização como suporte a municipalização da saúde**. Revista FT, Ciências da Saúde, Ciências Sociais Aplicadas, Edição 121 ABR/23 SUMÁRIO / 14/04/2023.

AMARAL, R. C. et al. **Tendências de Mortalidade por Câncer Bucal no Brasil por Regiões e Principais Fatores de Risco**. Rev. Bras. Cancerol. v. 68 n. 2 (2022): abr./maio./jun, 10 de maio de 2022.

ANTUNES, J. L.F. et al. **Tempo máximo para o início do tratamento do câncer de boca no Brasil após a publicação da legislação de 2012: tendência no período 2013-2019**. Cad. Saúde Pública 37 (10) • 2021 •

BUGSHANA; F. I. **Oral squamous cell carcinoma**: metastasis, potentially associated malignant disorders, etiology and recent advancements in diagnosis, 2020. F1000Research 2020, 9:229 Last updated: 14 APR 2020 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32399208/>. Acesso em: 07 de jul 2022.

BARROS, A. T. O. S. et al. **Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre câncer de boca e orofaringe**: uma revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/x5h5YzhStgPDZXHzCR5XWF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 dez. 2021.

BINDA, C. N. **Lesões potencialmente malignas da região bucomaxilofacial**. Research, Society and Development, v. 10, n. 11, e185101119452, 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.230, de 28 de dezembro de 2015**. Institui a semana nacional de prevenção do câncer bucal. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/282652718/lei-13230-15>. Acesso em: 05 dez. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun.

BRASIL. **Portaria nº 1570, de 29 de julho 2004**. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF.

BRASIL. **Portaria nº 1571, de 30 de junho 2004**. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF.

**BRASIL. Portaria n.º 599, de 23 de março de 2006.** Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF.

**BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 10/07/2022.

**BRASIL. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Disponível em:[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 01 abr. 2022.

**BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

**BRASIL. Portaria n.º 874, de 16 de maio de 2013.** Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Disponível em:[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html) Acesso em: 08 de ago. 2023.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde chama atenção para a Semana Nacional de Prevenção do Câncer Bucal.** Publicado em 2018. Disponível em:<https://www.conass.org.br/ministerio-da-saude-chama-atencao-para-semana-nacional-de-prevencao-do-cancer-bucal/>. Acesso em: 10 mar. 2022.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p. : il.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde, 2006; v. 4)

**BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** - Brasília: CONASS, 2003.

**BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal,** 2004, Brasília.

CARRARA, S.; RUSSO J.; FARO, L. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [ 3 ]: 659-678, 2009.

CARNEIRO, V. S. M.; ADJUTO, R. N. P.; ALVES, K. A. P. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 1, p, 35-40, jan./abr. 2019

COSTA-JÚNIOR, F. M. Atitude de distanciamento do homem às campanhas e adesão aos tratamentos de saúde repercutem diretamente nos índices de mortalidade masculina. Tese de Doutorado apresentada a Faculdade de Medicina em São Paulo, 2014.

EL-NAGGAR AK. **World Health Organization classification of Head and Neck Tumours.** 4 ed. Lion: IARC Classification of Tumours; 2017

FERNANDES, V. C. Et al. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Journal Management Primary Health Care**, jul 2020.

INCA (BRASIL). **Intervalo de tempo entre diagnóstico e o início do tratamento oncológico dos casos de câncer de lábio e cavidade oral – ano de 2020.** Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/intervalo-de-tempo-entre-o-diagnostico-e-o-inicio-do-tratamento-oncologico>. Acesso em: 20 mar. 2022.

KORIN, D. Nuevas perspectivas de gênero en salud. **Adolescência latinoamericana**, v. 2, n. 2, p. 67-79, 2001.

GORDIS, L. **Epidemiologia.** 4. ed. [Rio de Janeiro]: Revinter Ltda, 2010.

GÉRVAS, J. **Diagnostic and therapeutic activity moderation.** Quaternary and genetic prevention. Gaceta Sanitaria, Madrid, v. 20 p. 127-134, 2006. Supl. 1.

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

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB. **Câncer de Boca (Prevenção, Diagnóstico e Tratamento).** Nota Técnica 004/2020.

INCA (BRASIL). **O que é câncer?.** [Brasília, DF]: Instituto Nacional do Câncer, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em 10 abr. 2022.

INCA (BRASIL). **Onde tratar pelo SUS.** [Brasília, DF]: Instituto Nacional do Câncer, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/onde-tratar-pelo-sus>. Acesso em 10 abr 2022.

INCA (BRASIL). **Diagnóstico precoce do câncer de boca.** [Brasília, DF]: Instituto Nacional do Câncer, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus>. Acesso em 18 jul 2023.

INCA (BRASIL). **Estimativa 2023 : incidência de câncer no Brasil.** [Brasília, DF]: Instituto Nacional de Câncer, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 18 de jul 2023.

LEAVELL, H.; CLARK, E. **Medicina preventiva.** São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEITE, F. A; PORTO, E. **Desafios e obstáculos para a saúde do homem: uma análise para a sua resistência a procura dos serviços de saúde.** VII Congresso internacional de envelhecimento humano. Disponível em: <https://www.ufpb.br/ufpb/contents/eventos/vii-congresso-internacional-de-envelhecimento-humano>. Acesso em: 30 de janeiro de 2024.

LIMA, F. L. T. **Política e atenção ao câncer bucal no Sistema Único de Saúde.** 2020. 151 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

LIMA, F. L. T. **Políticas de Prevenção e Controle do Câncer Bucal à luz da Teoria da Estruturação de Giddens.** Ciência & Saúde Coletiva, 25(8):3201-3213, 2020.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 8º Reimpressão, 2020.

PINHEIRO, R. S.; AL., E.. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n. 4, p. 105-109, 2002.

LODI, L. **Custo do tratamento do câncer bucal e de orofaringe do Brasil:** uma análise das internações hospitalares do SUS entre os anos de 2008 e 2016. Tese (doutorado em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018.

MANNE, SL, et al. **Enhancing Self-care Among Oral Cancer Survivors: Protocol for the Empowered Survivor Trial.** JMIR Res Protoc. Jan, 2023.

MARTINS, A. M. E. D. et al. **Prevalência de autoexame bucal é maior entre idosos assistidos no Sistema Único de Saúde:** inquérito domiciliar. Ciência & Saúde Coletiva, 20, 1085-1098, 2015.

Ministério da Saúde (BR). **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: Princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009

MIRANDA, F. et al. **Políticas Públicas em Saúde Relacionadas ao diagnóstico precoce e rastreamento do câncer bucal no Brasil.** SANARE (Sobral, Online). 2019 Jul-Dec;18(2):86-95.

MOREIRA, R.L.S.F., FONTES W.D., BARBOZA T.M. **Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(4) out-dEz 2014.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Trad. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021, 972p.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. **Quaternary prevention: a balanced approach to demedicalisation**. The British Journal of General Practice, London, v. 69, n. 678, p. 28-29, jan. 2019. DOI 10.3399/bjgp19X700517.

OLIVEIRA, A. L.A.; SOUZA, B. J. **Políticas públicas de saúde do homem do campo no semiárido nordestino**. Rev. Estudos, Sociedade e Agricultura, v. 28, n. 3, p. 645-675, outubro 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Tumores On-line de acordo com a OMS, 2022**. Disponível em <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/52>. Acesso em: 30 de jul. 2023.

PEREIRA, J. et al. **PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero**. Rev. Saude soc. 28 (2) • Apr-Jun 2019.

RUTKOWSKA, M. et al. **Oral cancer: the first symptoms and reasons for delaying correct diagnosis and appropriate treatment**. Advances in Clinical and Experimental Medicine: official organ Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland, v. 29, n. 6, p. 735-743, June 2020.

SANTOS, P. R. M.; ARAUJO, L. F. S. de; BELLATO, R. **O campo de observação em pesquisa sobre a experiência familiar de cuidado**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160055, 2016. Available from <[http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000300215&lng=en&nrm=iso](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300215&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 July 2022. Epub June 14, 2016.

SANTOS, R. M. A. **Fatores associados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer bucal: revisão integrativa de literatura**. HU Rev. V. 49, p. 1-11, dezembro 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Coordenadoria da Atenção Básica. **Estomatologia para clínicos da Atenção Básica do Município de São Paulo**. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. São Paulo: SMS, 2017. 66 p.

SILVA, P. H. G. et al. **A avaliação da resistência masculina na busca aos serviços de saúde**. Research, Society and Development, v. 12, n. 3, março 2023.

SOARES, E. C.; BASTOS NETO, B. C.; SANTOS, L. P. de S. **Estudo epidemiológico do câncer de boca no Brasil**. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, v. 64, n. 3, p. 192--198, dez. 2019.

SOUZA, M. T.; **Revisão integrativa: o que é e como fazer?** Rev. Einstein, v.8, p. 102-106, 2010.

SPEIGHT, P. M; FARTHING, P. M. **The pathology of oral cancer.** Br Dent J. 2018 Nov 9; 225(9):841-847.

SLOOTWEG, P. J. et al. **World Health Organization 4th edition of head and neck tumor classification:** insight into the consequential modifications. Springer Nature 2018.

SUNG, H. et al. **Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.** CA: a Cancer Journal for Clinicians, Hoboken, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021.

TORRES, P.; CASSIUS, C. et al. **Abordagem do câncer da boca:** uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 28, 2012. Suplemento. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102311X2012001300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X2012001300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 05 dez. 2021.

VALLADARES, L. **Os dez mandamentos da observação participante.** Rev. bras. Ci. Soc. 22 (63) • fev 2007.

VELOSO, H. H. P. **Intervenção Precoce no Câncer Oral:** Um problema de saúde pública. João Pessoa: Mídia Gráfica e Editora, pp 91-103, 2021.

VIEIRA, Sonia. **Introdução à bioestatística** - Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 345 p., recurso digital.

WARNAKULASURIYA, S. **Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders.** Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, and Oral Radiol. 2018, jun; 125(6):582-590, jun, 2018.

WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. (ed.) **World cancer report: cancer research for cancer prevention.** Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2020. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/586>. Acesso em: 27 de jul. 2023

WORLD CANCER RESEARCH FUND; AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. **Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer:** a global perspective: a summary of the third expert report. London: WCRF, 2018b. Disponível em: <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/Summary-of-Third-Expert-Report-2018.pdf>. Acesso em: 27 de jul. 2023.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A: Instrumento de pesquisa 1 – Primeira fase

**Objetivo Específico 1: Averiguar conhecimentos e práticas profissionais em saúde bucal sobre prevenção, detecção do câncer de boca e das DOPM.**

**Nº de Identificação:** \_\_\_\_\_ **UBS/AME:** \_\_\_\_\_

**1. Idade:** \_\_\_\_\_

**2. Gênero:** 1) Feminino 2) Masculino

**3. Tempo de formado:** 1) Menos de 2 anos 2) Entre 2 e 5 anos 3) Mais de 5 anos

**4. Especialização?:** 1) Sim 2) Não

**5. Tipo de inserção no mercado de trabalho:**

1) Público 2) Privado 3) Público / privado

**6. Carga horária de trabalho em cada setor/semana:**

Setor Público 1) 20 horas 2) 40 horas 3) Menos de 20 horas

Setor Privado 1) 10 horas 2) 20 horas 3) Menos de 10 horas

**7. Universidade de procedência:**

1) Particular b) Estadual 3) Federal

**8. Durante o seu curso de graduação, você teve alguma disciplina específica relacionada à Estomatologia?:**

1) Sim 2) Não

**9. Como você atualiza os seus conhecimentos?:**

1) Não me atualizo 2) Por meio de cursos de atualização 3) Uso a internet

4) Por meio de livros e/ou revistas 5) Por meio de congressos 6) Por meio do programa de educação permanente do município

**10. Na consulta com o paciente, você realiza o exame intraoral completo?:**

1) Sim 2) Não 3) Acho desnecessário 4) Não sei como fazer

**11. Você orienta o paciente quanto à realização do autoexame intraoral?:**

1) Sim 2) Não

**12. Na sua prática clínica você utiliza os conhecimentos de estomatologia:**

1) Sim 2) Não

**13. Você realiza alguma atividade voltada a prevenção e proservação odontológica para o paciente diagnosticado com câncer de boca? Se sim, quais?**

**Questionamentos específicos. Assinale apenas uma resposta, a que julgar mais apropriada.**

**1. Das alternativas a abaixo, assinale qual o câncer que mais acomete a região oral:**

- 1) Melanoma    2) Papiloma    3) Carcinoma epidermóide    4) Carcinoma verrucoso

**2. Destas lesões, quais você encaminharia para o CEO.**

- 1) Mucocele menor que 5mm sem registro de recidiva
- 2) Carcinoma epidermoide diagnosticado em laudo
- 3) Suspeita de Cisto epidermoide
- 4) Melanoma diagnosticado em laudo
- 5) Hemangioma
- 5) Suspeita de Granuloma Piogênico
- 6) Hiperplasia fibrosa de grande extensão
- 7) Exostose assintomática e sem comprometimento estético funcional
- 8) Suspeita de Papiloma
- 9) Suspeita de Fibroma
- 10) Queilite Actínica
- 11) Linfoma diagnosticado em laudo
- 12) Suspeita de Leiomioma
- 13) Leucoplasia sem displasia diagnosticado em laudo
- 14) Suspeita de Displasia Fibrosa
- 15) Candidíase, conclusão fechada por manobras de semiotécnica
- 16) Suspeita de Neurilemoma
- 17) Líquen Plano diagnosticado em laudo
- 18) Sífilis Diagnosticado em VDRL/FTA ABS

**3. Destas lesões quais são Potencialmente malignas?**

- 1) Mucocele
- 2) Carcinoma epidermoide
- 3) Eritroplasia
- 4) Melanoma
- 5) Hemangioma
- 6) Granuloma Piogênico
- 7) Hiperplasia fibrosa

- 8) Exostose
- 9) Papiloma
- 10) Fibroma
- 11) Queilite Actínica
- 12) Linfoma
- 13) Fibrose submucosa oral
- 14) Leucoplasia
- 15) Displasia Fibrosa
- 16) Candidíase
- 17) Lesões orais de Sífilis
- 18) Líquen Plano

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE****DESORDENS POTENCIALMENTE MALIGNAS DA CAVIDADE ORAL:  
da prevenção ao tratamento do usuário SUS**

Você está sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa direcionada aos dentistas da rede pública de saúde de Petrolina - PE. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências de sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem este nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa após ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, fale com a pessoa responsável, com a qual você obteve este consentimento, para maiores esclarecimentos. Caso prefira, converse com os seus familiares e amigos antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas após ler estas informações, entre em contato com a pesquisadora responsável (KARLA CHRISTINE TAVARES DE SANT'ANA BRAGA BARBOSA).

Após receber todas as informações, e tiver possíveis dúvidas esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma do pesquisador responsável e outra do participante da pesquisa), caso queira participar.

**PROpósito DA PESQUISA**

Devido ao grande número de casos de câncer oral encaminhados para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), desejamos avaliar o envolvimento técnico científico do profissional dentista no que se refere à identificação de lesões pré-cancerizáveis e neoplasias, esclarecendo a conduta deste frente a tais desordens.

## PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Pesquisa básica de abordagem quantitativa e qualitativa. A amostra do estudo será constituída por dentistas das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), contratados ou concursados, pertencentes ao serviço há mais de um mês. Serão utilizados questionários destinados aos dentistas, com questões fechadas de múltipla escolha e entrevistas de abordagem subjetiva. Outros profissionais, a saber gestores, apoiadores, profissionais da saúde do município, serão oportunamente consultados. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o(s) pesquisador(es) e/ou equipe de pesquisa terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados desta pesquisa

## BENEFÍCIOS

Ao participar desta pesquisa, a Sr.<sup>a</sup> (Sr.) não obterá benefícios ou proveito direto, imediato ou posterior, em decorrência da participação na pesquisa, mas cada participante será esclarecido que possíveis despesas efetuadas, envolverão gastos com alimentação ou transporte, que em caso de ocorrerem serão devidamente resarcidas pela pesquisadora. Cada participante será esclarecido que os benefícios serão exclusivamente indiretos e ocorrerão posteriormente como retorno social em forma de divulgação em publicações, por meio dos resultados do projeto e a participação em eventos científicos. Esta pesquisa também subsidiará o planejamento de ações sobre práticas de saúde bucal, prevenção e detecção do câncer bucal de boca e lesões orais malignizáveis e a capacitação para o atendimento de excelência em estomatologia, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa ajudará no entendimento do papel do dentista frente à realidade detectável no enfrentamento da doença.

## RISCOS

A participação nesta pesquisa não expõe a riscos físicos ou biológicos, mas os participantes estarão expostos a riscos emocionais ou psicológicos, que poderão resultar em danos como: desconfortos e estresse ao interagir com a pesquisadora, demonstrados por ansiedade, vergonha ou constrangimento, receio de

estigmatização diante da possibilidade de ter informações confidenciais divulgadas e ter sua privacidade invadida pelo uso do gravador, receio de ter o tempo ocupado ao responder o questionário ou participar da entrevista.

Considerando o contexto da pandemia, pesquisadora e participantes estarão expostos também ao risco de contrair a COVID-19.

Para mitigar os riscos e possíveis danos, serão adotadas as seguintes medidas e providências:

- Liberdade de não responder a questões que considerem constrangedoras;
- Assegurar confidencialidade e a privacidade da utilização das informações;
- Garantir o acesso aos resultados da pesquisa e divulgação pública dos mesmos.

## **CUSTOS**

Caso o participante apresente algum dano físico ou moral em consequência dessa pesquisa, estes serão reparados a partir de uma garantia a resarcimento.

## **CONFIDENCIALIDADE**

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados posteriormente, sem sua identificação. Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso à sua identidade. Mesmo que esses dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

## **PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA**

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo algum. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

## **GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS**

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e, inclusive, para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa.

## **CONFLITOS DE INTERESSES**

Garante-se que nesta pesquisa, não existem conflitos de interesses entre pesquisadora e participantes e que a mesma será conduzida de forma independente, apenas com interesses científicos.

Para outros esclarecimentos, por favor, ligue para:

Pesquisadora responsável: **KARLA CHRISTINE TAVARES DE SANT'ANA BRAGA BARBOSA**

Telefone: **(81) 981658118, das 8h às 16h**

E-mail: **karla.tavares@discente.univasf.edu.br.**

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Integração do Sertão com o parecer **5.528.414**. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos, e contribuir para o desenvolvimento desta pesquisa, desde que a mesma atenda às condutas éticas.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e a outra ficará arquivada com os pesquisadores responsáveis.

## **CONSENTIMENTO**

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são os procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas

dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

---

---

**Nome e Assinatura do Participante****Data**

---

---

**Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha****Data****Imparcial (quando pertinente)**

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pela mesma. Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

---

---

**Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo****Data**

## APÊNDICE C: Carta de Anuênciâa do setor de pesquisa e extensão da Secretaria de Saúde do Município de Petrolina



### CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito a pesquisadora, **Karla Christine Tavares de Santana Braga Barbosa** pertencente à **Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)** a desenvolver o projeto de Pesquisa intitulado: **“Desordens Potencialmente Malignas da Cavidade Oral: da prevenção ao tratamento do usuário SUS”**, sob a orientação do Professor Dr. **Marcelo Domingues de Faria**. A pesquisa será no período de **2022 a 2024**, nas **Unidades Básicas de Saúde, Coordenação de Saúde Bucal, Setores de Planejamento e demais vinculados à Saúde Bucal do Município de Petrolina - PE**. Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 CNS/MS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa inclusive um relatório final dos resultados alcançados;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuênciâa a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Petrolina, 19 de maio de 2022

Jucimara Alves de Souza

Supervisora de Ensino e Pesquisa

SMS - Petrolina-PE

Jucimara Alves de Souza

Supervisora de Ensino e Pesquisa

Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina

Secretaria Municipal de Saúde

Avenida Fernando Goes, S/N, Centro, Petrolina – PE. CEP 56304-020E-

mail: [secretariadesaudepetrolina@outlook.com](mailto:secretariadesaudepetrolina@outlook.com)

CNPJ: 06.914.894/0001-01

*Cicuta e X  
auto x 22  
26/05/22  
Roberta Teixeira Araújo  
Diretora, Centro em Saúde 1  
Saúde Bucal e Atenção Básica  
Portaria nº 233/2021  
Petrolina-PE*

## APÊNDICE D – Aceite do comitê de ética e pesquisa

### FACULDADE DE INTEGRAÇÃO DO SERTÃO - FIS



#### Recomendações:

VIDE "CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES"

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após as correções das pendências emitidas no último parecer, o projeto está apto a ser realizado.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciados pelo no CEP, conforme Norma Operacional 001/2013, item XI.2.d.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1935975.pdf	11/07/2022 16:57:55		Aceito
Outros	METODOLOGIAV2_11ABR22.pdf	11/07/2022 16:53:15	KARLA CHRISTINE TAVARES DE SANTANA BRAGA BARBOSA	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	11/07/2022	KARLA CHRISTINE	Aceito

Outros	CARTARESPOSTA.pdf	16:46:48	TAVARES DE SANTANA BRAGA BARBOSA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAv2_11abr22.pdf	11/07/2022 16:40:53	KARLA CHRISTINE TAVARES DE SANTANA BRAGA BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADOv2_11Abr22.pdf	11/07/2022 16:34:18	KARLA CHRISTINE TAVARES DE SANTANA BRAGA BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEv2_11abr22.pdf	11/07/2022 16:33:52	KARLA CHRISTINE TAVARES DE SANTANA BRAGA BARBOSA	Aceito

Declaração de concordância	DECLARACAO.pdf	24/04/2022 22:50:08	KARLA CHRISTINE TAVARES DE SANTANA BRAGA BARBOSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO.pdf	24/04/2022 22:44:21	KARLA CHRISTINE TAVARES DE SANTANA BRAGA BARBOSA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	24/04/2022 22:42:09	KARLA CHRISTINE TAVARES DE SANTANA BRAGA BARBOSA	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	24/04/2022 22:40:27	KARLA CHRISTINE TAVARES DE SANTANA BRAGA BARBOSA	Aceito

**Pesquisador:** KARLA CHRISTINE TAVARES DE SANTANA BRAGA BARBOSA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58256122.6.0000.8267

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.528.414

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SERRA TALHADA, 14 de Julho de 2022

---

**Assinado por:**  
**Lídia Pinheiro da Nóbrega**  
**(Coordenador(a))**

## APÊNDICE E – ENTREVISTA AOS GESTORES

ENTREVISTA 2 – GESTOR (G1)		
<b>BARBOSA, K.C.T.S. DESORDENS POTENCIALMENTE MALIGNAS DA CAVIDADE ORAL: da prevenção ao tratamento do usuário SUS. 2023. Dissertação.</b>		
PERGUNTA	DATA	RESPOSTA
a. Vc poderia falar sobre o seu papel na APS?	31/07/23	Dra. Graciete: Meu papel no SUS atualmente é como coordenadora do Centro de Especialidade Odontológica, minhas atribuições consistem em administrar o serviço de especialidade organizando e compatibilizando procura x serviço, é estimular, coordenar, organizar a equipe CEO formada por dentistas, ASBs, recepcionistas em função do atendimento a pacientes encaminhados da atenção básica de saúde.
b. Você poderia descrever ações de rastreamento de câncer bucal desenvolvidas ou incentivadas na APS ?	31/07/23	Dra. Roberta: Esse esse rastreamento é realizado através de incentivos por meios de palestras, buscas ativas, capacitações dos profissionais na atenção básica para reconhecimento de lesões e exames clínicos específicos de lesões na boca.
c. Que ações têm sido implantadas e implementadas nas APS nesses últimos anos (2020 – 2022)?	31/07/23	Nós estamos, a gente tem a preocupação, né? De de treinar e capacitar pra diagnóstico precoce e lesão de boca. A gente faz também campanhas educativas de informação a grupos de pacientes sobre câncer bucal, estimulações preventivas, fazemos palestra para os profissionais de odonto sobre câncer bucal, sempre se preocupando com a capacitação desse profissional de saúde.
d. No seu ponto de vista quais as limitações para implementação das ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal?	31/07/23	O que dificulta é a falta de financiamento né? Ou o subfinanciamento são as dificuldades que são encontradas para diagnóstico e tratamento né? E após o diagnóstico de lesões malignas por parte dos serviços laboratoriais e hospitalares existem dificuldades na marcação e regulação de todo o trâmite para o tratamento dessas lesões.
e. No seu ponto de vista o que favorece a implementação destas ações?	31/07/23	Bem, e o que favorece? A valorização dos profissionais que fazem, trabalham com, com esse, esse, essa parte de diagnóstico e tratamento de lesões malignas ou não de de câncer bucal, identificação de casos para diagnóstico, controle, mapeamento de risco, tudo isso ajuda na favorece a implementação de um trabalho bem elaborado e bem feito. E a descrição dos passos para a equipe de saúde bucal para alcançar metas, transformar as formar, as estratégias em fim, ações.

