

ANÁLISE DA CONTINUIDADE DO CUIDADO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE RESENDE/RJ

CONTINUITY OF CARE ANALYSIS OF ORAL HEALTH TEAMS IN THE MUNICIPALITY OF RESENDE / RJ

CONTINUIDAD DE CUIDADOS ANÁLISIS DE LOS EQUIPOS DE SALUD BUCAL EN EL MUNICIPIO DE RESENDE / RJ

Sylvio da Costa Júnior¹

Carlos Gonçalves Serra²

Resumo

Estudar qualitativamente, de base quantitativa, no Município de Resende, no estado do Rio de Janeiro, que tem como objetivo avaliar a integralidade da assistência e continuidade do cuidado das Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Programa de Saúde da Família (PSF) no tocante ao câncer de boca. O objetivo do estudo é analisar técnica e operacionalmente das condições de diagnóstico precoce e da continuidade da assistência dos pacientes referenciados nas respectivas ESB. O roteiro de entrevista semi-estruturado foi a base de coleta dos dados primários. Foi avaliado que para aperfeiçoamento nos processos de ampliação da rede de saúde e da continuidade do cuidado é importante as Equipes de Saúde da Família/Equipes de Saúde Bucal, ampliarem a oferta de serviços de saúde aos usuários do sistema cadastrados no território do PSF. A ampliação de serviços de saúde pela Atenção Primária, e, conseqüentemente, o aumento da resolutividade, evitando transtornos adicionais aos pacientes e dando mais agilidade ao diagnóstico, pode,

¹ odontólogo, Mestre em Saúde da Família pela UNESA. E-mail: sylviocosta13@hotmail.com

² odontólogo, Doutor em Medicina Social pela UERJ/IMS.

efetivamente, contribuir para a qualidade na sobrevivência dos pacientes com diagnóstico positivo de câncer oral.

Descritores: Continuidade da Assistência ao Paciente ,Equipe Hospitalar de Odontologia
programa saúde da família

Resumen

El estudio cualitativo, de base cuantitativa, la ciudad de Resende, estado de Río de Janeiro, que tiene como objetivo evaluar la atención integral y la continuidad de la atención de los Equipos de Salud Bucal (ESB) del Programa de Salud (PSF) en relación con el cáncer oral. El objetivo de este estudio es analizar las condiciones técnicas y operativas de diagnóstico precoz y la continuidad de la atención de los pacientes a que se refiere en su ESB. La entrevista fue semi-estructurada sobre la base de recopilación de datos primarios. Se estima que para la mejora en el proceso de ampliación de la red de la salud y la continuidad de la atención de la salud es importante familia Equipos / Equipos de Salud Bucal, ampliar la oferta de servicios de salud a los usuarios del sistema matriculados en el territorio de la PSF. La expansión de los servicios de salud por la atención primaria, y por lo tanto el aumento de la resolución, evita pacientes adicionales y dar más flexibilidad para el diagnóstico, puede contribuir eficazmente a la calidad de la supervivencia en pacientes con diagnóstico positivo de cáncer oral.

Descritores: Continuidad de la Atención al Paciente, Personal de Odontología en Hospital -
programa de salud familiar

Abstract

Studying qualitatively, of quantitative basis, the city of Resende, state of Rio de Janeiro, which aims to evaluate the comprehensive care and continuity of care of Oral Health Teams (ESB) of the Health Program (PSF) with respect to oral cancer. The aim of this study is to analyze technical and operational conditions of early diagnosis and continuity of care of patients referred in their ESB. The interview was semi-structured based on primary data collection. It was estimated that for improvement in the process of expanding the network of health and continuity

of care is important Teams Family Health / Oral Health Teams, expand the supply of health services to system users registered in the territory of the PSF. The expansion of health services by primary care, and thus increasing the resolution, avoids additional patients and giving more flexibility to the diagnosis, can effectively contribute to the quality of survival in patients with positive diagnosis of oral cancer.

Descriptors: Continuity of Patient Care , Dental Staff, Hospital ,family health program

1. O Direito à Saúde como Direito à Cidadania

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

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

O novo paradigma³ que os reformistas da saúde colocam é que mesmo quem não contribui com o sistema é cidadão com as mesmas implicações de quem trabalha e contribui. A

³ Como citado anteriormente o modelo de atenção à saúde baseado nos marcos legais da Constituição de 1988 é absolutamente distinto dos modelos de atenção à saúde anteriores, pois neste “novo paradigma” o direito à saúde é universal e não regulado pela lógica contributiva.

saúde e a integralidade do cuidado passam a ser direitos universais. Este novo paradigma de atenção à saúde persegue a ética do coletivo que transplanta a ética do individual (BRASIL, 1996). Estes conceitos passam a orientar práticas, onde a importância da integralidade da saúde garantida pelo sistema de referencia e contra-referência passa a representar um marco dentro do princípio constitucional da Universalidade de acesso (LETÁCIO, 2009).

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

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

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

Na visão universalista a integralidade da assistência e a continuidade do cuidado passam a ser a um dos princípios finalísticos dos SUS⁴. A Constituição Federal, promulgada em 1988, no seu artigo 198 estabelece que os serviços de saúde devam ser organizados em rede regionalizada

⁴ SUS- Sistema Único de Saúde, modelo de saúde ainda em construção, mas que tem suas bases legais alicerçadas a partir da Constituição de 1988.

e hierarquizada onde uma de suas diretrizes é o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

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

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

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

3. O Câncer de Boca

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

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

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

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

4. Câncer Bucal e as Atribuições do Dentista no PSF

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

Os dentistas da atenção básica têm um papel relevante na detecção e diagnóstico precoce de lesões bucais cancerizáveis, por atuarem profissionalmente onde estas patologias ocorrem, devendo, portanto, trabalhar rotineiramente, em suas práticas diárias, no rastreamento de lesões suspeitas (KOWALSKI *et al.*, 2000; CERVI *et al.*, 2005). Ainda, como agente público, é importante também o profissional de saúde bucal da atenção básica favorecer e articular políticas e movimentos que visem eliminar ou dirimir fatores de risco as populações social e economicamente expostas ao risco desta patologia (CLOVIS *et al.*, 2002b, KOWALSKI *et al.*, 2000).

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

A prevenção do câncer bucal pode ser primária ou secundária. O papel da prevenção primária é o de modificar ou eliminar fatores de risco para este câncer. Na prevenção secundária

enquadram-se o diagnóstico e tratamento dos cânceres precoces. Nesta abordagem está inserida a biópsia, realizado por profissional da área. Medidas de prevenção primária ao câncer bucal consistem apenas em campanhas de combate ao tabagismo e alcoolismo, num esforço conjunto intersetorial, que visa à diminuição não especificamente do câncer oral, mas de um conjunto de outros agravos (ANTUNES, 2007).

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

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

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

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

- Pacientes com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, onde esteja indicado, ou seja, desejado o esclarecimento clínico, exame histopatológico (biópsia) ou solicitação de outros exames complementares adicionais;
- Pacientes com áreas da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou enfartamento ganglionar, apresentem-se com formação de placas esbranquiçadas, áreas atróficas ou manchas escurecidas; deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar e que tenham acima de 40 anos de idade;

- Na presença de lesões ulceradas, atróficas, hiperkeratóticas ou nodulares, avaliar a presença de possíveis agentes causais locais, removendo-os quando possível e acompanhando a evolução antes do encaminhamento;
- Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou na mandíbula;
- Pacientes com presença de nódulos, vesículas ou bolhas e enfartamento ganglionar.

5. Objetivos

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

6. Natureza da pesquisa

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

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

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

finalidade e importância da colaboração, seguida da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

8. Resultados e Discussão

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

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

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

9.1 Tema: Perfil dos entrevistados

9.1.1 Categoria: Participação

O estudo reuniu informações de 11 dentistas do PSF (representam 64,70 % dos profissionais de ESB do município) referentes aos conhecimentos sobre o tema. Para enriquecer a análise sobre a integralidade da assistência e a continuidade do cuidado, foram entrevistados 2 (50%) odontólogos especialista em cirurgia buço-macilo-facial do CEO, no universo de 4

especialistas em cirurgia, que são os responsáveis no Centro de Referência pela biópsia em lesões suspeitas de câncer oral. Convém ressaltar que a análise quantitativa dos dados será realizada somente com os odontólogos do PSF. A participação dos dentistas do CEO se deu em caráter complementar para enriquecimento da análise sobre a continuidade do cuidado. Alonge e Narendran (2003) em pesquisa realizada com dentistas sobre câncer bucal obteve 40% de participação dos odontólogos contactados, levando-os a conclusão que havia pouco interesse dos dentistas sobre o tema.

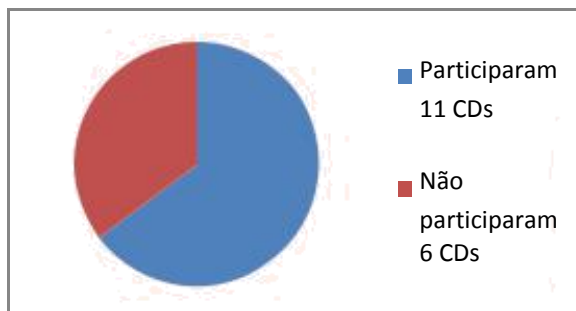


Gráfico 1. Distribuição dos cirurgiões-dentistas (CDs) do PSF segundo a participação no estudo.

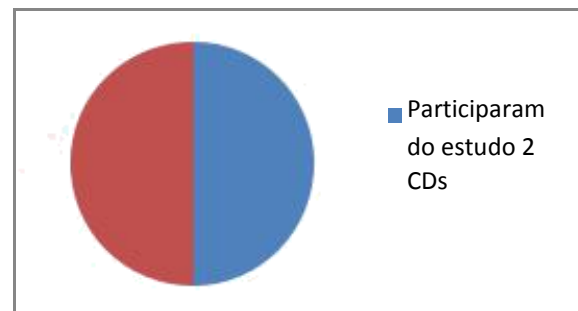


Gráfico 2. Distribuição dos cirurgiões-dentistas (CDs) do CEO segundo a participação no estudo.

9.1.2 Categoria: Idade

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

9.1.3 Categoria: tempo de trabalho no PSF

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

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

dentistas sobre câncer de boca na Escócia encontrou um percentual de 33% de dentistas com mais de 20 anos de graduado.

9.1.4 Categoria: vínculo com o PSF

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

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

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

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

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

Cruzando estes dados podemos perceber que dos 07 dentistas admitidos em concurso público 02 (28,57%) tem outro vínculo de trabalho, além do PSF, e 05 (71,42%) trabalham

exclusivamente no PSF. A relação se inverte quando analisamos os dentistas classificados como não estatutários, onde dos 04 dentistas não estatutários apenas 01 (25%) dedica todo seu tempo de trabalho ao Programa de Saúde da Família.

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

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

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

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

10.2.1 Categoria: capacitação institucional

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

10.2.1.1 Subcategoria: Condições técnicas e operacionais

Sobre este aspecto, 10 (90,9%) dentistas relataram ter condições técnicas e conhecimento profissional para detecção de lesões suspeitas de malignidade oral. O mesmo percentual de dentistas (90,9%) dos Módulos de ESB relataram que as unidades lhes oferecem boas condições

físicas, de material e de insumos para um bom atendimento clínico e para uma boa investigação para rastreamento de lesões pré-malignas ou malignas. Apenas 01 (9,1%) dentista relatou que sua unidade poderia ter um ar-condicionado, mais espaço e conseqüentemente conforto para o profissional e paciente: “(...) no verão o consultório odontológico é muito quente, o que afeta a qualidade do trabalho”.

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

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

10.2.1.2 Subcategoria: fatores de risco

Quando apresentados ao quadro contendo vários fatores de risco e argüidos sobre o grau de importância de cada um deles no que diz respeito à etiologia do câncer bucal e o grau de importância de cada condição oral em relação à evolução do câncer bucal, as respostas foram distribuídas por número de citações, conforme sintetizado no Quadro 05 abaixo:

Quadro 05 – Análise dos fatores de risco para o cancer oral, segundo o nível de importância.

	Importante	Moderadamente Importante	Sem Importância	Não sabia
Idade do Paciente	7	4	0	0
Álcool	11	0	0	0
Infecção bacteriana	4	4	1	2
Trauma	7	3	1	0
Infecção Fúngica	2	5	2	2
Tabagismo	11	0	0	0
Infecção Viral	3	5	1	2
Aftas	3	7	1	0
Candidíase	4	4	3	0
Eritroplasia	7	4	0	0
Tatuagem por Mercúrio	1	3	6	1
Leucoplasia	9	1	1	0
Língua Geográfica	2	2	7	0
Líquen Plano	4	3	4	0
Granuloma Piogênico	2	4	5	0
Mucocele	0	3	8	0

FONTE: Dados coletados pelo autor.

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

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

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

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

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

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

Podemos constatar que o grau de conhecimento dos dentistas pesquisados sobre os reais fatores de risco para o câncer bucal é regular. A maioria relatou que questiona os pacientes durante a anamnese sobre um dos fatores de risco mais importantes sobre câncer bucal, o tabaco e sua

associação com o álcool, porém, a radiação solar, diretamente associada ao surgimento de leucoplacía, que junto ao tabaco é o principal fator de risco, não é citado por nenhum dentista nas perguntas abertas.

Não existem estudos que relacionem o acometimento de aftas ao câncer bucal embora apenas 01 (9,09%) dentista respondeu ser sem importância a relação entre ambas, os demais classificaram a relação entre ambas importante ou moderadamente importante; 06 dentistas (54,54%) entendem como importante ou moderadamente importante a relação entre o aparecimento de granuloma piogênico, embora, também, não existam estudos científicos que mostrem laço entre ambas as patologias. O mesmo se aplica entre infecções bacterianas e trauma, embora 08 (72,72%) e 10 (90,90%) dentistas considerem importante ou moderadamente importante a relação entre ambas, respectivamente.

10.3. Subcategoria: encaminhamento

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

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

Foi relatado pelo dentista entrevistado no Centro de Referência que “se o resultado da biópsia der positivo para câncer de boca, o CEO entra em contato com o paciente por telefone e, caso não obtenha resposta, o CEO entra em contato com o PSF mais próximo de sua casa e o

agente comunitário de saúde avisa o paciente para ir ao CEO o mais rápido possível buscar o resultado e conversar com o dentista. O PSF é fundamental nestes casos.”

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

10.4 Tema: dificuldades para diagnóstico e tratamento das lesões bucais

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

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

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

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

Outro desdobramento da baixa resolubilidade no PSF é a possibilidade de demora no diagnóstico de lesões suspeitas de malignidade por causa do mecanismo de marcação, embora os dentistas tenham relatado que o fluxo de referência e contra-referência das unidades de PSF para

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

11. Conclusão

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

A primeira observação diz respeito à cobertura da população de Resende pelo ESB, que é de 45,94% e pode ser considerada baixa, correspondendo a 59.722 habitantes. Com isto, chega-se à conclusão de que quanto menor a cobertura, menor também será a possibilidade de rastreamento de lesões suspeitas em fases iniciais, comprometendo a possibilidade de detecção de lesões suspeitas em sua fase inicial, com impacto direto na qualidade de vida dos pacientes.

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

Em relação à dedicação dos profissionais ao PSF, o trabalho identificou que a maioria dos dentistas das Equipes de Saúde Bucal pesquisados, o que corresponde a 06 dentistas (54,55%),

trabalham exclusivamente no Módulo de Saúde da Família, não possuindo qualquer outro tipo de atividade de trabalho.

Destes profissionais que se dedicam exclusivamente ao Programa de Saúde da Família (06 dentistas), a maioria, isto é, 05 dentistas (83,33%), é concursada e classificada como estatutária, tendo sido aprovados em concurso específico para o PSF. Este dado é importante pois o Pacto pela Saúde⁵ tem como um de seus objetivos para o fortalecimento da Atenção Primária “(...) aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.”

Quanto à capacitação institucional em relação ao câncer bucal a pesquisa constatou que os dentistas das Equipes de Saúde Bucal têm capacitação institucional periódica promovida pela Prefeitura Municipal de Resende, embora não tenha ocorrido uma capacitação específica sobre câncer de boca. Esta informação é importante, tendo em vista que as equipes de SB têm como atribuição fazer o rastreamento dessa patologia.

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

Em relação às condições de logística, o trabalho constatou que a maioria dos dentistas das Equipes de Saúde Bucal pesquisados, o que corresponde a 10 dentistas (90,90%), dos Módulos de ESB relataram que as unidades lhes oferecem boas condições físicas, de material e de insumos para um bom atendimento clínico e de uma boa investigação para rastreamento de lesões pré-malignas ou malignas. Este dado é importante, pois demonstra que a Secretaria Municipal de

⁵ Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006.

Saúde está em sintonia com a Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006, onde estabelece que cabe ao gestor municipal do SUS, “garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas.” (Brasil, 2006)

Este trabalho constatou que todos (100%) os dentistas das Equipes de Saúde Bucal pesquisados ao suspeitarem de lesão pré-cancerígena simplesmente encaminham para o Centro de Especialidade Odontológica, o que está de acordo com a Portaria Ministerial 648 que diz que é papel do dentista do PSF “encaminhar e orientar os usuários a outros níveis de complexidade do sistema e principalmente, manter a responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o seguimento do tratamento, dentre outras responsabilidades” (Brasil, 2006), entretanto, a baixa resolutividade das Equipes de Saúde da Bucal pesquisadas compromete a realização da “(...) atenção integral em saúde bucal, como a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.” (BRASIL, 2006)

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

Como os Centros de Especialidades Odontológicas são preparados para ofertar à população o diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer oral verificou-se, diante do

exposto, que a falta de um profissional especialista em Estomatologia no Centro de Referência do Município compromete um dos pilares do próprio Centro de Referência.

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

12. REFERÊNCIAS

1. **ALONGE O. K., NARENDRAN S., Opinions about oral cancer prevention and early detection among dentists practicing along the Texas-Mexico border. Oral Dis, v. 9, n. 1, p. 41-45, 2003.**
2. ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOV, T. N.; WUNSCH-FILHO, V. **Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil.** Revista Panamericana de Salud Pública, Brasília, v. 21, n. 1, p. 52-60, jan. 2007.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. **(Cadernos de Atenção Básica, n. 17)**
4. _____. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2005:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
5. _____. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>. Acesso em: 11 nov. 2009.
6. _____. Instituto Nacional do Câncer. **Manual de Detecção de Lesões Suspeitas: Câncer de Boca.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1996.
7. _____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Política Nacional de Saúde Bucal: Princípios, Objetivos, Prioridades.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
8. _____. Senado Federal. Constituição Brasileira de 1988. **Senado Federal.** Brasília, 1988. Disponível em: URL: www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf. Acesso em: 22/11/2010.

9. _____. Ministério da Saúde. Portaria/MS 648 de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Brasília, 29 mar. de 2006.
10. CARVALHO, M. B. et al. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 208-14, 2001.
11. COVIS J.B., HOROWITZ A.M., POEL D.H. Oral and pharyngeal cancer: practices and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. **J Can Dent Assoc** 2002b;68 (7): 420-5.
12. COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. **Robbins: Patologia Estrutural e Funcional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 151.
13. DEBS Y.D., SANCHEZ F.B., CARVALHO C.C.D., ARAÚJO S.S. Aspectos atuais da prevenção primária do câncer de mama. **Rev Bras Mastol**, local, v.10, n.3. p. 22-7, 2000.
14. FERNANDES, S. M., PERES, M. A. Associação entre Atenção Básica em Saúde Bucal e Indicadores Sócio-Econômicos Municipais. **Cad. Saúde Pública**, Brasília, vol. 39, n. 6, p.(XI), 2005.
15. GENOVESE, W. J. **Câncer de Boca: noções básicas de prevenção e diagnóstico**. São Paulo: Ed. Fundação Peirópolis., 2001. p. 1997.
16. GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2002.
17. HA, P. K., CALIFANO, J. A. The role of human papillomavirus in oral carcinogenesis. **Crit Rev Oral Biol Med**, London, v. 15, n. 4, p. 188-96, 2004.
18. KOWALSKI L.P., NISHIMOTO I.N. **Epidemiologia do Câncer de Boca**. In: Parise Jr. O. Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier; 2000. Cap 1, p. 3-11.
19. KUJAN O., DUXBURY A.J., GLENNY A.M., THAKKER N.S., SLOAN P. Opinions and attitudes of the UK's GDP's and specialists in oral surgery, oral medicine and surgical dentists on oral cancer screening. **Oral Dis** 2006; 12:190-9.
20. LEÃO J.C., GOÉS P., SOBRINHO C.B., PORTER S. Knowledge and clinical expertise regarding oral cancer among Brazilian dentists. **Int J Oral Maxillofac Surg** 2005; 34:436-9.
21. LETÁCIO, C. **Do Programa Saúde da Família ao Brasil Sorridente: O caminho da integralidade em saúde bucal**. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.
22. MCCANN M. F., MACPHERSON L. M. D., BINNIE V. I., STEPHEN K. W. A survey of Scottish primary

- care dental practitioners oral cancer-related practices and training requirements. **Com Dent Health** 2000; 17: 24-30.
23. MINAYO, M.C.S. Organizadora. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 15ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000, p. 181.
24. NEVILLE, B. W., BOUQUOT, J. E., DAMM, D. D., ALLEN, C. M. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1998.
25. OLIVEIRA C.E., BERNINI G.F., MIYAZAKI L.C.Y., TOMITA N.E. Características sociodemográficas da mortalidade por câncer de boca em Bauru, SP, no período de 1991 a 2001: uso de geoprocessamento. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v.11, n.2, p. 15-23, 2008.
26. SERRA, C. G. **A Saúde Bucal como Política de Saúde**. Análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. 1998. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ, 1998.
27. SOUZA H.M., SAMPAIO L.F.R. **Atenção básica: políticas, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil**. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 2002. p.9-32.
28. TOBAR, F., YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de** pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001, p.111.
29. VASCONCELOS,E.M. **Comportamento dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo quanto a prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal**. 102 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
30. ZANETTI, C. H.. **As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80**. 110 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1993.
31. ZANETTI, C. H.. **A utilidade como função para universalidade e equidade: uma análise formal da validade instrumental do ordenamento administrativo federal da assistência à saúde bucal no saúde da família**. 210 f.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012-08-08

Last received: 2012-09-12

Accepted :2012-09-19

Publishing: 2012-09-24

Corresponding Address

Sylvio da Costa Junior