MARIANA LOPES

Percepção do papel do cirurgião dentista, da atenção básica, diante da suspeita do câncer de boca no município de São Paulo: um estudo qualitativo

São Paulo
2016

MARIANA LOPES

Percepção do papel do cirurgião dentista, da atenção básica, diante da suspeita do câncer de boca no munícipio de São Paulo: um estudo qualitativo

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Campos de Almeida Carrer

São Paulo
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Lopes, Mariana.
Percepção do papel do cirurgião dentista, da atenção básica, diante da suspeita do câncer de boca no município de São Paulo: um estudo qualitativo / Mariana Lopes ; orientador Fernanda Campos de Almeida Carrer. -- São Paulo, 2016.
57 p. : fig., quadro.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
Versão corrigida

1. Neoplasias bucais. 2. Atenção primária à Saúde. 3. Pesquisa qualitativa. 4. Saúde pública. 5. Percepção. I. Carrer, Fernanda Campos de Almeida. II. Título.

Lopes M. Percepção do papel do Cirurgião dentista, da atenção básica, diante da suspeita do câncer de boca na munícipio de São Paulo: um estudo qualitativo. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /2016

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a)._____
Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____
Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____
Instituição: _____Julgamento: _____

Dedico este trabalho a minha mãe, Ednez, que sempre me apoiou em tudo o que decidi fazer e que é meu maior exemplo de vida!

Ao meu pai, Fernando, que não está mais entre nós, mas tenho certeza que ficaria feliz em ver que me dediquei aos estudos como ele sempre desejou.

Ao Adriano, que me incentivou para a conclusão deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora que sempre foi muito paciente e compreensiva e me contagiou com seu espírito de pesquisadora e me fez ver que é isso que eu quero fazer ao longo da minha carreira.

Aos colegas do Departamento de Odontologia Social, que me acolheram e me ajudaram em diversos momentos, além de compartilharem seus conhecimentos comigo.

Agradeço as secretárias do departamento pela paciência e dedicação.

Aos demais professores do departamento Prof. Dra. Maria Ercília de Araújo, Prof. Dr. Edgard Michel Crosato, Prof. Dra. Maria Gabriela Haye Biazevic, muito obrigada pela convivência durante esse período.

Ao professor Dorival Pedroso da Silva que me ajudou e apoiou no desenvolvimento deste e de outros trabalhos.

Aos meus amigos que entenderam que minha ausência em alguns momentos foi por um bom motivo, em especial a Ana Carolina que sempre me incentivou a ingressar na pós-graduação.

"A menos que modifiquemos nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo". (Albert Einstein)

RESUMO

Lopes M. Percepção do papel do cirurgião dentista, da atenção básica, diante da suspeita do câncer de boca no munícipio de São Paulo: um estudo qualitativo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão corrigida.

O câncer de boca apresenta uma das maiores incidências dentre os cânceres no mundo, ocupando a sexta colocação. No Brasil, estima-se, para o ano de 2016, a ocorrência de cerca de 15 mil novos casos. Diante disso, o diagnóstico precoce faz-se importante para minimizar a morbidade e mortalidade, aumentando a sobrevida dos pacientes. O objetivo deste estudo foi identificar a percepção do papel do profissional de saúde bucal, da atenção básica, frente à suspeita de câncer de boca. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 17 dentistas, até a saturação das respostas, por um único avaliador. Após transcrição das entrevistas foram identificadas duas categorias e estas foram analisadas através da metodologia qualitativa. Podemos constatar que os profissionais da rede perceberam seu papel no Sistema Único de Saúde, assim como sua responsabilidade diante da detecção do câncer. Entretanto, enfrentam dificuldades para exercer plenamente seu papel e coordenar a linha de cuidado, devido a desarticulações existentes no sistema. Conclui-se que são necessárias melhorias para a articulação da rede em seus níveis, para permitir o pleno exercício da atenção básica.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa Qualitativa. Saúde Coletiva. Percepção.

ABSTRACT

Lopes M. Role perception of primary care dentists on oral cancer suspicion in the municipality of São Paulo: a qualitative study [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão corrigida.

Oral cancer has the highest incidence among cancers in the world, occupying the sixth place. In Brazil, it is estimated for the year 2016, the occurrence of about 15 000 new cases. Therefore, early diagnosis becomes important to minimize morbidity and mortality, increasing the survival of patients. The objective of this study was to identify the perception of the oral health professional of primary care, when there is suspicion of oral cancer. Semi-structured interviews with 17 dentists were carried out until the saturation of responses by a single evaluator. After transcribing the interviews were identified two categories and these were analyzed using qualitative methods. We note that networking professionals realized their role in the National Health System, as well as their responsibility in face of cancer detection. However, they face difficulties to fully play its role and coordinate the care line, due to existing dislocations in the system. We conclude that improvements are needed for the articulation of network levels, to allow the full exercise of basic care.

Keywords: Mouth neoplasms. Primary health care. Qualitative research. Public health. Perception.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
AB	Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
ESB	Equipes de Saúde Bucal
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11
2 REVISÃO DE LITERATURA 13
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA 13
2.1.1 Atenção Secundária – Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) 16
2.2 CÂNCER DE BOCA 17
2.3 “FRAMEWORKS” OU MODELOS TEÓRICOS 19
2.4 PESQUISA QUALITATIVA 23
3 PROPOSIÇÃO 25
4 METODOLOGIA 26
4.1 PESQUISA QUALITATIVA 26
4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS 27
4.3 ASPECTOS ÉTICOS 27
5 RESULTADOS 29
6 DISCUSSÃO 38
7 CONCLUSÕES 44
REFERÊNCIAS 45
Apêndice A – Dados do Entrevistado e Roteiro das entrevistas 54
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 55
Anexo A – Aprovação Comitê de Ética 56
Anexo B – Solicitação de Adendo 57

1 INTRODUÇÃO

O câncer de boca afeta os lábios e o interior da cavidade oral, incluindo a mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho de boca. Dentre os principais fatores de risco encontram-se o tabagismo, o etilismo, as infecções virais por HPV - principalmente pelo tipo 16 -, a exposição à radiação solar ultravioleta ou a combinação de alguns destes fatores (Scully, 2011; Sridharan, 2014).

Destaca-se o fato de mais de 300 mil pessoas serem acometidas por câncer de boca no mundo e mais de 140mil morrerem devido à doença (Ferlay et al., 2015). Para o ano de 2016, o INCA (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva) estima a ocorrência de 15.490 casos no Brasil, sendo 11.140 casos em homens e 4.350 em mulheres. Em 2013, ocorreram a morte de 5.401 pacientes, sendo 4.223 homens e 1.178 mulheres (INCA, 2016). O câncer de boca se destaca entre os tumores de cabeça e pescoço pela sua expressiva incidência e taxa de mortalidade, sendo que as regiões de lábio e cavidade oral são mais acometidas por lesões malignas (Casati et al., 2012; Lemos et al., 2013; Van der Waal, 2013).

Embora a cavidade bucal possa ser facilmente examinada, cerca de 50% dos cânceres de boca não são diagnosticados em estágio precoce (Alami et al., 2013; Stefanuto et al., 2014). Wünsch-Filho (2002) estudou as diferenças entre as cinco regiões brasileiras e a ocorrência do câncer de boca e faringe, e concluiu que a maioria dos casos são diagnosticados tardiamente, sendo a taxa de sobrevivência inferior a 5 anos. Desta forma, é nítido que a detecção precoce é imprescindível para evitar maiores sequelas aos pacientes e diminuir a mortalidade (Johnson et al., 2011; Paudyal et al., 2014).

O primeiro acesso aos serviços de saúde no Brasil se dá através da Atenção Básica (AB), que é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esta a responsável pela linha de cuidado. Neste cenário, podemos destacar que a AB teve seu fortalecimento a partir da segunda metade da década de 1990, quando foi criada a Estratégia da Saúde da Família (ESF). Entretanto, nem todos os casos são solucionados exclusivamente na AB e faz-se necessário o encaminhamento para outros níveis de cuidado. Porém, isto não exime a AB de se manter informada e responsável pelo paciente durante seu trajeto nos outros níveis de atenção em saúde (Brasil, 1998). Em se tratando de câncer, o INCA (2006) sugere uma atenção

em rede para as doenças oncológicas, estruturando as linhas de cuidado para que integrem os níveis primário, secundário e terciário.

Buscando compreender e otimizar os serviços de saúde, diversos estudos propõem modelos teóricos ou “frameworks”, de modo a solucionar problemas e atender as necessidades de saúde, organizar serviços de saúde ou intervir em determinadas situações (Hogg et al., 2008; Valentijn et al., 2013). Valentijn et al. (2013) desenvolveram um modelo teórico que busca compreender o sistema de saúde holandês, baseado no conceito de cuidado integral. No qual, a atenção primária enfrentava dificuldades para articular-se com outros níveis devido as fragmentações na rede.

Diante do cenário exposto, buscamos identificar, por meio da metodologia qualitativa, a percepção dos dentistas da AB diante da suspeita do câncer de boca. Além disso, o modelo teórico Valentijn et al. (2013) será utilizado a fim de facilitar a compreensão dos achados.

Com posse destas informações, pode-se planejar estratégias de prevenção e fornecer subsídios para ações de políticas públicas. Isto irá otimizar e melhorar o tratamento dos pacientes com câncer de boca, reduzir os custos e melhorar a gestão dos recursos existentes, assim como contribuirá para a redução da taxa de mortalidade e aumento de sobrevida resultantes do diagnóstico precoce.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O capítulo de revisão de literatura pretende dar ao leitor subsídios para a compreensão desta dissertação, portanto, procuramos dividir o tema em tópicos principais relacionados ao objetivo deste trabalho, sendo assim abordaremos o, Sistema Único de Saúde (atenção básica e secundária), o câncer de boca, uma breve descrição dos modelos teóricos ou frameworks em seguida dedicaremos um espaço para explicar a metodologia escolhida para coleta e análise de dados.

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA

Em 1988, a Constituição Federal, por meio do artigo 196 instituiu a Saúde como direito de todos e dever do Estado “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Na lei orgânica da saúde, que dispõe que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram SUS, destacaremos os seguintes princípios: - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (Brasil, 1990).

A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006) define a AB como a porta de entrada preferencial do SUS na medida em que a caracteriza como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, sendo desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho

em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

Na segunda metade da década de 1990, Ministério da Saúde, criou o Programa Saúde da Família (PSF), adotado pela AB como proposta de atuação e intervenção neste nível hierárquico do SUS e definido posteriormente, como Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF busca reorientar os serviços de saúde, a partir da AB, ampliando seu objeto de intervenção para além do âmbito individual e clinico, priorizando ações de proteção e promoção da saúde, e a criação de vínculos, sendo que a inserção da odontologia na ESF se deu no ano de 2000, antes desse período a oferta de serviços era irregular e fragmentada nas diversas regiões do país (Brasil, 2000).

Desta maneira, as medidas adotadas para AB se aproximam dos pressupostos da atenção primária em saúde dimensionados por Starfield (2002) sendo eles o primeiro contato, longitudinalidade, a abrangência do cuidado, coordenação e orientação, procurando desconstruir o estigma de uma atenção simplificada e de baixo custo. Entretanto, cabe ressaltar que, uma mudança radical do modelo de atenção à saúde envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, e sim, em buscar o abandono da fragmentação do cuidado.

No que diz respeito a saúde bucal, pretendendo ampliar e qualificar a AB, foram elaboradas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (Brasil, 2004a) para a reorientação do modelo de atenção, assegurando os atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção, destacam-se os seguintes pressupostos:

1) Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização;

2) Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa;

3) Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;

4) Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;

Em relação ao câncer de boca, foi proposto realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce, garantindo a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade, mediante negociação e pactuação com representantes das três esferas de governo; oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa) seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas (por exemplo: vacinação de idosos); acompanhar casos suspeitos e confirmados e, se necessário, criação de um serviço de referência, garantindo o tratamento e reabilitação; estabelecer parcerias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer de boca com Universidades e outras organizações (Brasil, 2004a).

Coube então a AB assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, o encaminhamento a outros níveis, assim como o monitoramento destes casos, o princípio da coordenação do cuidado pressupõe que o cirurgião-dentista atue no sentido de orientar usuários e encaminhá-los a níveis de assistência de maior complexidade, quando necessário, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do usuário e o seguimento do tratamento (Cunha et al., 2013).

A eficácia dos rastreamentos de câncer de boca ainda é controversa (Brocklehurst et al.,2013), porém se somado a ações de educação em saúde pode ser uma importante ferramenta na prevenção, pois quando o paciente não é assistido por um profissional com um olhar ampliado tende a ter como resolutiva apenas a queixa principal e podendo ser subdiagnosticado (Lombardo et al., 2014).

Desta forma, a organização do sistema a partir da AB, pode contribuir para a redução na demanda por referência para outros níveis de cuidado, todavia deve-se ter atenção especial para não ocorrer uma transformação de demanda espontânea por demanda referenciada aos serviços de maior complexidade (Figueiredo; Goes, 2009), visto que é possível a resolução da maioria dos casos na AB. Portanto, se

queremos intervir na realidade do SUS, no que tange o câncer de boca e seus aspectos epidemiológicos, temos, necessariamente que atuar na AB e nos seus recursos humanos, investindo em capacitação, pois é neste nível que pode-se detectar precocemente o câncer de boca.

2.1.1 Atenção Secundária – Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

Em 2004 foram estabelecidas normas para a implementação e melhoria dos Centros de Especialidade Odontológicas (CEO) cuja oferta mínima de serviços à população abrange as seguintes especialidades: diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor e dos tecidos moles e duros; atendimento a portadores de necessidades especiais, sendo estes centros os responsáveis pela continuidade do cuidado realizado pela AB (Brasil, 2004b).

Os casos mais complexos devem ser encaminhados pela AB para o nível secundário, desta forma, os casos suspeitos de lesões de câncer de boca são avaliados e o diagnóstico realizado pelos profissionais dos CEO, dentre os motivos mais frequentes para o encaminhamento destes pacientes estão o manejo clínico e cirúrgico-ambulatorial de lesões da mucosa bucal e dos ossos da face, a semiotécnica para diagnóstico de lesões bucais e a solicitação de exames complementares pré-operatórios ou de necessidade diagnóstica para manifestações bucais (Brasil, 2008). Outro fato que merece destaque é o tempo entre o diagnóstico e início de tratamento, sendo este estimado em torno de 84 dias (Brasil, 2008).

Contudo, em relação a frequência de neoplasias malignas detectadas no nível secundário, Kniest et al. (2011) avaliaram os casos encaminhados para CEO em município de Tubarão-SC por um período de 5 anos, neste período apenas 2,4% dos casos representavam câncer de boca, outro estudo realizado por Volkweis et al. (2010) no qual foram avaliados 435 prontuários, verificaram a presença de lesões malignas em 4% dos casos. Apesar do número de diagnósticos de câncer de boca no nível secundário ser relativamente baixo, este fato se deve a fatores externos

como a busca diretamente pelos pacientes a médicos e hospitais de referência, não passando pela odontologia para o diagnóstico inicial.

2.2 CÂNCER DE BOCA

O termo câncer é atribuído ao médico grego Hipócrates (460-377 a.C) e originado da palavra grega ***karkinos*** que significa caranguejo. Por definição, câncer é crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos, suas causas são variadas podendo ser genéticas, ambientais e comportamentais. No contexto atual o câncer configura-se como um dos principais problemas de saúde pública, causando grande impacto econômico e social, visto que seu tratamento depende de diversos profissionais.

Os carcinomas de cabeça e pescoço são o sexto mais comum tipo de câncer, no mundo, tendo o continente asiático maior destaque na incidência desta doença, com países como Índia e Paquistão com os maiores índices. Cerca de 8% a 10% de todos os cânceres ocorrem na cavidade bucal e apesar dos avanços tecnológicos para tratamento destes pacientes, o câncer de boca ainda apresenta alta mortalidade (Krishna et al., 2013; Lim et al., 2014). No continente europeu o câncer de boca ocupa a sétima posição entre os cânceres, estimativas indicaram 100mil pessoas acometidas pela doença em 2012 (Hertrampf et al., 2015).

Somente no ano de 2012 foram 8,2 milhões de mortes pelo câncer, sendo o de boca responsável por 1,8% de mortes no mundo (Ferlay et al., 2015; Who, 2016). No Brasil, estimativas indicam para a região sudeste, sem considerar os tumores de pele não melanoma, que o câncer de boca será o quarto mais frequente entre os homens, e o décimo entre as mulheres (Inca, 2016).

Dentre os fatores de risco desta doença podemos citar como principais o tabaco, que também está vinculado a mais de 20 outros tipos de câncer, sendo o fator que apresenta o maior potencial carcinogênico, e risco aumenta de acordo com consumo e frequência (Radöi; Luce, 2013). Também temos o álcool, que não atua como um carcinógeno direto e sim um agente promotor, e pode potencializar os efeitos do tabaco assim como a susceptibilidade genética (Brener et al., 2007; Reidy et al., 2011; Galbiatti et al., 2013).

Tem sido investigada a relação do HPV (Papiloma vírus humano) com o câncer de boca, sendo identificados com maior frequência os tipos HPV 16 e 18 (Maxwell et al., 2010; Kaminagakura et al., 2012). Achados clinicos indicam que o câncer de boca associado ao HPV apresenta um comportamento menos agressivo e com melhores respostas ao tratamento, porém novos estudos devem ser elaborados para elucidar essa relação (Squarize; Castilho, 2013).

Biazevic et al. (2006) relatam a importância do cirurgião-dentista na redução do câncer bucal, com a sua participação na prevenção, antecipação do diagnóstico, orientação sobre os tratamentos e reabilitação dos pacientes. Estima-se que são gastos 4 bilhões de dólares por ano com o câncer de boca (França et al., 2010; Petti; Scully, 2010).

Quanto antes for diagnosticado o câncer de boca melhor é o prognóstico para o paciente, portanto torna-se de extrema importância a criação de estratégias com foco na detecção precoce desta patologia, visando assim, melhorias na qualidade de vida e redução da mortalidade dos pacientes. Isto posto, é considerado atraso no diagnóstico o período desde o aparecimento dos sintomas até o diagnóstico final, quanto maior for esse período pior será o prognóstico, até momento, não foi definido um período concebível de atraso diagnóstico, sugere-se a implementação de programas de rastreamento ou prevenção, a educação permanente e continuada dos profissionais de saúde e a avaliação bucal periódica como estratégias para redução do atraso no diagnóstico (Lombardo et al., 2014).

Dentre os diversos tipos de câncer, o de boca exibe a menor taxa de sobrevida, que é, em média, de 50% em 5 anos. Entretanto, se o diagnóstico for realizado precocemente, esta taxa pode aumentar e variar entre 70% e 90% (Baykul et al., 2010; Jafari et al., 2013).

Em estudo sobre o conhecimento dos fatores de risco entre os pacientes Dost e colaboradores, identificaram que os pacientes sabem da relação entre fumo e o câncer de boca, entretanto em relação aos outros fatores, como o álcool, os pacientes não tem claro esse fator como risco (Dost et al., 2016).

Uma das causas de atrasos no diagnóstico pode ser o fato de as lesões iniciais serem assintomáticas levando os pacientes a procurarem ajuda profissional apenas quando estas lesões se apresentem em um estágio mais avançado. Tendo isto em mente, pode-se afirmar que programas de conscientização da população que mostrem os fatores de risco e como as lesões se apresentam são primordiais

para a conscientização da população sobre esta enfermidade (Allen; Farah, 2014; Esmaelbeigi et al., 2014).

Vale destacar que não apenas o paciente deve ser responsabilizado por eventuais atrasos no diagnóstico, o atraso relacionado aos profissionais pode ser considerado como o período de tempo entre a primeira consulta do paciente com profissional até o diagnóstico definitivo, tendo como causas um exame clínico deficiente, a falta de conhecimento do profissional e sinais clínicos não específicos. Por consequência, a capacitação dos profissionais é um meio de minimizar as avaliações errôneas das lesões cancerígenas (Baykul et al., 2010; Joshi et al., 2014).

2.3 “FRAMEWORKS” OU MODELOS TEÓRICOS

A criação de “frameworks” ou modelos teóricos na área da saúde permite uma sistematização do conhecimento existente, desenvolvimento ou melhorias de intervenções. Neste momento faremos um breve histórico sobre os modelos teóricos na saúde, sabe-se que tais modelos vêm evoluindo nos últimos 40 anos, desde 1966 com modelo clássico de Donabedian sobre o acesso e qualidade do serviço de saúde, esses modelos têm sofrido alterações e incorporações de outros aspectos tais como estrutura, processos e desfechos. Em seu estudo Donabedian (2005), avalia a qualidade do cuidado em saúde em componentes básicos como estrutura, processo e resultados, a adoção dessa abordagem facilita e permite a melhor sistematização do processo de avaliação.

Starfield (1996) propôs um modelo teórico da AB, de modo a considerar os diferentes componentes dos serviços de saúde, assim como o foco e propostas destes serviços, este modelo foi estruturado e subdivido em categorias de prevenção, sendo a prevenção primária responsável pela prevenção da ocorrência das patologias, a prevenção secundária pela detecção da patologia antes da ocorrência dos sintomas e a prevenção terciária consiste em evitar a progressão da patologia ou reverter os seus efeitos. Dentro desses níveis de prevenção foram identificados 12 itens que exemplificam as atividades de serviço de saúde, destes no mínimo 7 são de interesse mútuo da saúde pública ou privada ou até mesmo a

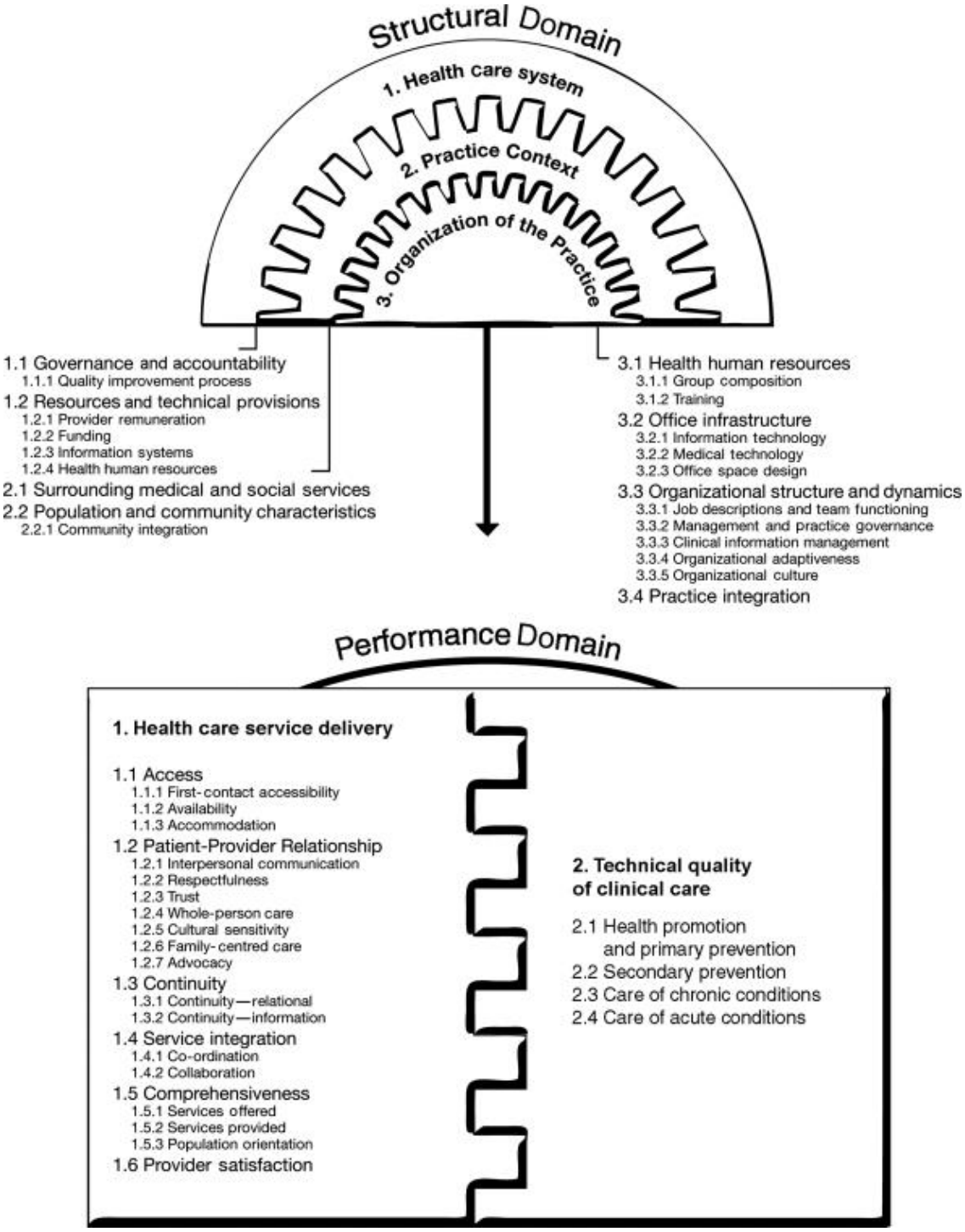
colaboração de ambos, sendo assim, a AB e a saúde pública são fundamentais para o acesso, manutenção e coordenação do cuidado em saúde. Em outro estudo Starfield (2002b) conclui que quanto mais fortalecida apresenta-se a AB menores serão os custos e que países com uma AB enfraquecida apresentam piores performances em diversos aspectos de saúde, sendo essa autora uma das maiores defensoras da AB (Busse, 2011).

Em 2008 Hogg et al. criaram um modelo, onde foram incorporados elementos de prestação de serviços além de destacar a importância de incorporar uma compreensão da influência de fatores organizacionais sobre as variações na prestação de serviços de cuidados de saúde. Este modelo foi dividido em domínios estrutural e de performance (Figura 2.1). Dentro do domínio estrutural encontra-se três componentes, a saber: o sistema de saúde, cuja definição engloba as políticas, outros órgãos (agências públicas, associações profissionais) e fatores que influenciam o sistema; contexto da prática definido por fatores a nível comunitário que influenciam a organização da prática; e organização da prática definindo como estruturas e processos no nível da prática.

No domínio da performance encontram-se dois pilares, “a oferta do serviço de saúde” que inclui o acesso, continuidade, integração e abrangência; e o segundo pilar relata a qualidade técnica do cuidado clínico, descrito por promoção e prevenção primária; prevenção secundária; cuidado doenças crônicas e cuidado doenças agudas.

Schepman et al. (2015) realizaram uma revisão sistemática com 51 estudos para avaliar quais são os tipos de colaboração que ocorrem na atenção primária, visto que a colaboração é um meio de se estabelecer um sistema de saúde sustentável e acessível. Nesta revisão foi identificado modelos teóricos semelhantes aos de Donabedian (2005), outros modelos incluíam desfechos sobre efetividade organizacional, serviços de saúde de referência e comprometimento ou satisfação dos profissionais (Minkman et al., 2011).

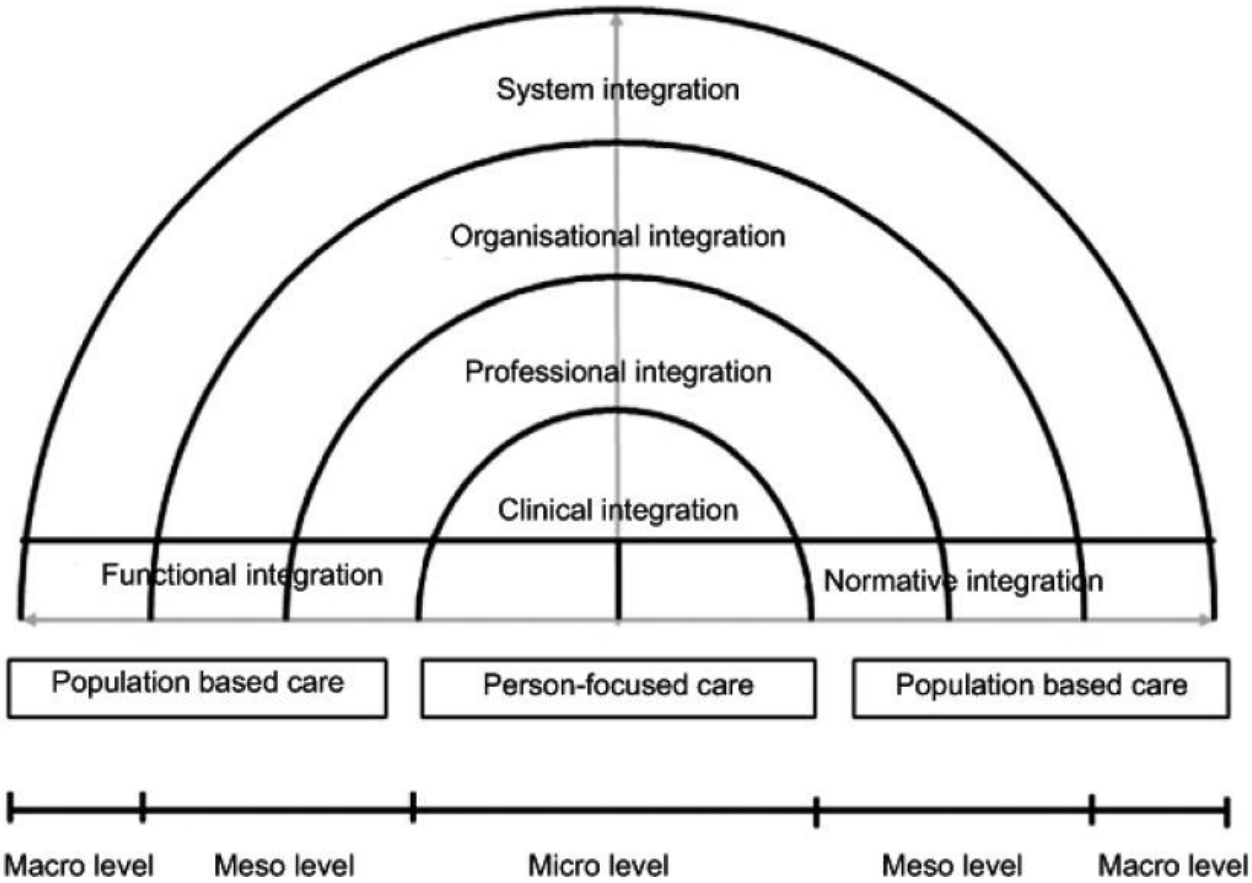
Figura 2.1 - Modelo Teórico de Hogg et al. (2008)



Valentijn et al. (2013) propuseram a criação de um modelo teórico que pudesse permitir a compreensão do cuidado integral sob a perspectiva da atenção primária. Para tal, foi realizada uma busca na literatura, reuniões e grupo de estudos com especialistas para a síntese da literatura. A construção do modelo teórico foi

baseada em três pilares, sendo estes, os elementos chaves da atenção primária, as dimensões do cuidado integrado, e a combinação destes. Sabe-se que a atenção primária requer comunicação intersetorial entre saúde e políticas públicas, entretanto esse papel é dificultado quando serviços ofertados são fragmentados, como resultado de especialização, diferenciação, segmentação e descentralização.

Figura 2.2 - Modelo teórico de Valentijn et al. (2013)



Neste momento podemos resumidamente explicar o modelo teórico de Valentijn (Figura 2.2), olhando o modelo verticalmente, iniciando mais próximo ao paciente, no cuidado baseado na pessoa, temos o micro nível, que se refere à integração clínica que inclui os serviços prestados centrados no paciente e na coordenação dos serviços no nível individual. Em seguida tem-se a integração profissional referindo-se a parcerias entre profissionais tanto dentro (intra) e entre (inter) as organizações; e a integração organizacional pode ser alcançada através de estruturas de governo hierárquica, ambas no meso nível. Na última esfera, ou macro nível, encontra-se a integração do sistema que é uma abordagem holística para atender às necessidades da população servida e requer uma combinação de

estruturas, processos e técnicas para atender às necessidades das pessoas e das populações através da continuidade do cuidado. Analisando horizontalmente o modelo, temos a integração funcional definida como a chave de suporte das funções e atividades, tais como financiamento, coordenação e sistema de informações. Por outro lado, temos a integração normativa cuja definição foca no desenvolvimento de um quadro comum de referência, tais como missão, visão e valores.

A escolha do modelo teórico de Valentijn et al. (2013) para exemplificarmos os achados do estudo, foi motivada pelo fato deste modelo ser validado para o cuidado integral e atenção básica, tratando-se do cenário do presente estudo.

2.4 PESQUISA QUALITATIVA

A abordagem qualitativa deriva do pensamento compreensivista e hermenêutico, desta forma há uma compreensão interpretativa da ação social e busca entender a forma como as pessoas interpretam e dão sentido as suas expectativas (Minayo et al., 2005).

Uma das técnicas de tratamento dos dados em pesquisa qualitativa é a análise de conteúdo, designado como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2011).

A utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais, sendo a primeira fase denominada de pré-análise, identificada como uma fase de organização, normalmente envolve a leitura “flutuante”, ou seja, um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, para tanto, é preciso obedecer às regras de exaustividade (deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não omitir nada); representatividade (a amostra deve representar o universo); homogeneidade (os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes); pertinência (os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa) e exclusividade (um elemento não deve ser

classificado em mais de uma categoria). Com os dados transcritos, inicia-se a leitura flutuante, em seguida, passa-se a escolha de índices ou categorias, que surgirão das questões norteadoras ou das hipóteses, e a organização destes em indicadores ou temas. Os temas que se repetem com muita frequência são recortados “do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados” (Bardin,2011).

Na segunda fase, são escolhidas as unidades de codificação, o próximo passo será a classificação em blocos que expressem determinadas categorias. As categorias devem possuir certas qualidades como: exclusão mútua – cada elemento só pode existir em uma categoria; homogeneidade – para definir uma categoria, é preciso haver só uma dimensão na análise; pertinência – as categorias devem dizer respeito às intenções do investigador, aos objetivos da pesquisa às questões norteadoras, às características da mensagem, etc.; objetividade e fidelidade – se as categorias forem bem definidas, se os temas e indicadores que determinam à entrada de um elemento numa categoria forem bem claros, não haverá distorções devido à subjetividade dos analistas; produtividade – as categorias serão produtivas se os resultados forem férteis em inferências, em hipóteses novas, em dados exatos (Hsieh; Shannon, 2005).

A terceira fase do processo de análise do conteúdo é denominada tratamento dos resultados – a inferência e interpretação, baseado nos resultados brutos, o pesquisador procurara torná-los significativos e válidos, tal interpretação deve ir além do conteúdo manifesto dos documentos, pois, interessa ao pesquisador o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido, segundo Bardin (2011) é um instrumento de indução (roteiro de entrevistas) para se investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores, referências).

3 PROPOSIÇÃO

Investigar a percepção do papel do cirurgião dentista atuante na atenção básica, diante da suspeita de câncer de boca no município de São Paulo.

4 METODOLOGIA

O presente estudo baseia-se na abordagem qualitativa, na qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cirurgiões-dentistas da AB no município de São Paulo, as Unidades Básicas de Saúde foram escolhidas de forma a abranger quatro regiões do município, a saber, região norte, sul, leste e oeste. Foram investigadas as percepções dos dentistas em relação ao câncer de boca.

Vale destacar, que anteriormente, foi realizado um projeto pela pesquisadora Prof. Dra. Fernanda Campos Almeida Carrer, cuja etapa inicial foi baseada na metodologia quantitativa, na qual foram enviados questionários aos cirurgiões dentistas das Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo, a fim de avaliar o fluxo de usuários, relação pacientes-equipe, capacitação e adequação da formação do cirurgião-dentista generalista diante da suspeita do câncer de boca no município de São Paulo, no contexto da AB. Desta forma, a etapa seguinte deste projeto é a fase qualitativa e os dados obtidos são relatados no presente estudo.

4.1 PESQUISA QUALITATIVA

Para a etapa da pesquisa qualitativa foi utilizada uma abordagem indutiva, com procedimento descritivo e comparativo, com técnica de observação direta intensiva. O instrumento para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, aplicada com questões norteadoras (Apêndice A).

O universo do estudo foi composto por cirurgiões-dentistas, que atuam na rede pública de saúde do município de São Paulo. O número de sujeitos entrevistados foi definido por saturação da amostra, que ocorre quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição.

4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

As entrevistas individuais foram gravadas em gravador digital e seguiram um roteiro com pontos temáticos principais buscando informações sobre o papel da AB e do profissional em relação ao câncer de boca, assim como se dá o fluxo de atendimento e encaminhamento dos usuários com lesões suspeitas. As entrevistas foram transcritas de forma integral e os aspectos e parâmetros considerados para a análise são mostrados no quadro 4.1. Para facilitar a leitura e sistematizar a busca de elementos nos discursos que respondessem à pergunta de pesquisa, procuramos identificar em cada fala dos informantes aspectos que tratavam dos seguintes elementos: papel da AB, dificuldades encontradas pelos profissionais e percepção do papel do dentista.

Os dados foram analisados de acordo com a metodologia qualitativa, por meio da análise de conteúdo.

Quadro 4.1- Aspectos e parâmetros considerados para análise

Aspectos e parâmetros considerados para análise
• **Qual papel da Atenção Básica;** • **Qual papel do profissional da Atenção Básica;** • **Como se dá o fluxo usuários (encaminhamentos Centros de Especialidades Odontológicas e Atenção Terciária);** • **Referência e Contrarreferência;** • **Demanda e Vagas ofertadas.**

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (CAAE - 0203.0.162.017-10) (Anexo A), para a etapa qualitativa da pesquisa foi solicitado uma extensão de prazo para realização das entrevistas (Anexo B).

A presente pesquisa respeitou o sigilo das informações coletadas e a preservação integral do sujeito da pesquisa. Tendo em vista a possibilidade de constrangimentos dos profissionais entrevistados no ambiente de trabalho, todos os documentos e discursos em que pudessem ser identificados os sujeitos da pesquisa, esses foram cuidadosamente arquivados pelo pesquisador responsável, bem como, nas transcrições, os nomes foram substituídos por siglas e códigos.

Antes de qualquer coleta de dados, o sujeito foi convidado a participar da pesquisa, de forma voluntária, deixando claro que não havia benefício direto a ele. Também foi informado seu direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo no seu ambiente e relações de trabalho e a pesquisa só foi iniciada após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

5 RESULTADOS

Foi realizado inicialmente, uma leitura flutuante foi feita para poder explorar o material coletado. Após a leitura flutuante, índices, temas e sub-categorias emergiram do texto e foram aos poucos dando origem às categorias finais de análise. Os quadros 5.1 e 5.2 demonstram este percurso metodológico percorrido pelos autores.

Quadro 5.1 - Transcrição das entrevistas

Sujeitos	*"O papel do dentista e da Atenção Básica diante da suspeita do câncer de boca*	*Enfrentamento das Dificuldades dos Dentistas na Atenção Básica*
Sujeito 1	"Eu acho que ela tem papel fundamental, porque é o primeiro acesso que a população tem..."	"De maneira geral, é rápido o encaminhamento, o profissional que esta lá absorve rapidamente esta demanda"
Sujeito 2	".. a gente é o profissional né, não tem ninguém mais importante pra dar esse diagnóstico inicial, porque se gente pega logo no início, é a parte mais importante..."	"...não tem nem fila de espera é direto a marcação, diferentemente de outras especialidades... mas pra estomatologia é muito rápido."
Sujeito 3	"Somos porta de entrada dos pacientes, e identificar lesões e poder trata-las a tempo de não causar danos maiores a saúde deste paciente é importantíssimo".	"...o paciente encaminhado passa na recepção, eles já checam se há vaga, se houver já agendam e paciente sai com dia e hora marcada pra passar CEO... Normalmente é imediata a vaga, em época de campanha demora 2 semanas." "Não tem contrarreferência...fico sabendo pelo paciente, sem nada escrito, eles nem sabem o que foi feito lá..é bem complicada essa questão."
Sujeito 4	"É o primeiro contato do usuário com sistema, o nosso papel mesmo é de busca ativa, e a gente tem que procurar as lesões e ai encaminhar pra referência"	" todas especialidades tem protocolo, na semio frente a qualquer lesão a gente encaminha porque na dúvida é sempre melhor encaminhar. Na semio tem ido rápido (vagas)". "...agilidade em referência e contrarreferência, aqui eu sinto que tem bastante é rápido."
Sujeito 5	"Eu acho que nosso papel é o principal, porque a gente que vai ter contato com esse paciente, nenhum outro lugar tem contato. Porque é muito difícil paciente ir no medico e o médico avaliar a boca. Então é daqui que vai sair a suspeita não tem outro lugar."	" .. contrarreferência a gente tem, mas dos procedimento que fazem lá não..não tem protocolo. A gente sempre tem que encaminhar pra especialidade pra dar continuidade ao caso. No ano passado teve bastante demora, tem paciente da campanha do ano passado que está passando agora em consulta"

Continua

Continuação

Sujeito 6	"A gente é essencial, somos os primeiros a ver, a ter contato com paciente, somos os primeiros a tudo, até a orientar ele, e somos os primeiros a encaminha-los. Dentista da atenção básica é o mais importante, por isso que eu acho que a gente teria que ter estrutura melhor"	" Tem a gente preenche ficha encaminhamento, ele vai ate regulação, faz cadastro e entra fila espera e ai depende do caso, para semiologia talvez ele consiga vaga em mês. Se for urgência a gente consegue ligar, talvez pro outro dia... O paciente vai e volta se tiver tudo em ordem, nunca recebi um contrarreferência dizendo que paciente está com câncer boca não. Porque provavelmente quando ele tem esse diagnóstico ele é encaminhado para outro lugar que a gente não tem essa referência"
Sujeito 7	"Eu acho que somos importantíssimos, ah a gente tem um papel importante no diagnóstico, porque se a gente não detectar e não encaminhar ele vai achar isso normal né?.Mas é importante!"	"quanto ao serviço a gente até consegue vaga fácil lá no CEO". "olha alguns voltam, outros não..mas quando eles não voltam a gente pede agente saúde verificar. Ir até a residência, ligar, a gente não deixa o paciente se perder não...já em relação a atenção terciária alguns casos a gente não tem retorno não"
Sujeito 8	"É através do primeiro contato que podemos fazer acompanhamento e detectar lesão suspeita...Acho que é profissional mais indicado pra fazer esse tipo de diagnóstico, porque a gente lida dia a dia com todo tipo de paciente, percebe alterações no modo que ele vive, a gente tem olho clinico bem aguçado para fazer esse tipo de diagnóstico".	"" Diante de qualquer anomalia tecidual, a gente encaminha o paciente para o CEO..E depois de lá eles volta para cá com contrarreferência, tudo direitinho, até porque eles querem saber do caso e serem tratados...a gente encaminha e logo paciente tem vaga para semiologista. O paciente traz resposta rápida, agora do CEO para hospital eu desconheço"
Sujeito 9	"eu acho que é fundamental...acho que é a porta de entrada..não so por câncer..como pra qualquer outro diagnóstico".	" a gente consegue a vaga rápido...o semiologista do CEO é excelente...cada hora é de um jeito pra conseguir a vaga..hoje o paciente deixa os dados na regulação e quando tem vaga ele é chamado". " A gente tem a contrarreferência sim, a gente acompanha mais os casos do CEO, mas quando vai pra hospital não.."
Sujeito 10	"..a gente não está aqui pra cuidar só apenas do indivíduo da boca, a gente está aqui pra cuidar do indivíduo como um todo, para fazer a prevenção e a promoção da saúde"	".. Sim, os casos que encaminhei pro Dr.X todos eu sei o que aconteceu e como foi (referência e contrarreferência)" " imediatamente a gente já começou o trabalho com o paciente, na segunda-feira eu já entrei em contato com Dr.X, que é o semiologista da rede, que assim é nota um milhão pra ele, encaminhei o paciente a tarde para ele ir avaliar e paciente foi.."

Continua

		Continuação
Sujeito 11	"...eu acho que a nossa ação efetiva é fundamental...às vezes é possível fazer diagnóstico precoce e tornar a vida do paciente menos traumática...é preciso termos mais treino clinico pois podemos perder algumas lesões e isso não pode ocorrer...é necessário ter esse olhar diferenciado (...)tem que focar mais busca de promoção, orientação ao paciente...então a nossa parte é bem bacana, mas bem difícil"	" temos resposta do CEO sobre o que foi feito e o paciente não fica perdido, temos a contrarreferência...alguns não voltam...mas a maioria vem, não é tudo maravilhoso, não é perfeito, mas o contato com o CEO é muito bom. Paciente consegue a vaga rápido no CEO em casos de semiologia, temos um combinado com o Dr.x lá de casos que eu vejo que tem algo errado e ele encaixa paciente rapidamente, do contrário fica na lista mas não tem demora. "
Sujeito 12	"acho o diagnóstico inicial...pelo menos suspeita né? ...qualquer coisa diferente assim que você detecta, então no caso, na dúvida você encaminha pro CEO	"Quando a gente tem a suspeita, a gente consegue a vaga na hora..o Dr.x do CEO consegue a vaga imediata, qualquer coisa que precise de semiologista e não é tão grave..ou que a gente não ache que seja grave, a gente pega a vaga no computador, no sistema e encaminha, mas se a gente tem uma suspeita maior a gente liga e ele já arruma a vaga". "Quase nada (referência e contrarreferência) acho que nem tanto pelo profissional, mas sim pelo paciente, eles pegam e não se interessam em trazer para ele resolveu e ele não quer nem saber de voltar, já tem o diagnóstico e não volta".
Sujeito 13	"a atenção básica a gente acompanha os pacientes...e se observamos alguma suspeita a gente encaminha pro CEO.	"Existe uma fila na regulação, e na verdade a gente tem uma flexibilidade e se for algo muito urgente a gente fala com o semiologista do CEO e liga pra ele e é um pouco mais rápido dentro do nosso CEO...agora, depois de lá ai já é um pouco mais demorado"
Sujeito 14	"se eu pego um paciente que eu suspeito eu não ia deixar ele se perder, simplesmente fazer encaminhamento e dizer "tchau boa sorte", eu acho que o papel do dentista é sim acompanhar este paciente"	"normalmente não, as vezes, os que vão para semiologia sim, a gente sempre pede pro paciente voltar, para ele, às vezes a semiologista mesmo não manda a contrarreferência, mas a gente sempre pede pro paciente quando você passar lá volta pra contar pra gente o que aconteceu e muitas vezes o paciente volta, nem sempre com a cartinha de contrarreferência".
		Continua

		Conclusão “ Normalmente quando é uma lesão que a gente suspeita de um carcinoma ou algo mais grave muitas vezes a gente não vai via regulação, a gente conversa e manda email direto para o semiologista para ele tentar adiantar a consulta deste paciente”
Sujeito 15	“É preventivo, todo paciente que senta na cadeira eu já faço a avaliação eu não olho só dente, olho mucosa, língua, gengiva, olha tudo ne´”	“para semiologista não tem lista espera”. “Então a gente tem só a referência, a contrarreferência não. Você acaba perdendo o paciente quando encaminha”.
Sujeito 16	“Nosso papel na Atenção Básica é orientar e aconselhar as famílias aqui sobre os fatores de risco, do câncer de boca”	“ comparado a outras especialidades sempre tem vaga disponível, a gente tem essa facilidade pra encaminhar ”. “Sim pelo menos nos casos que a gente encaminhou, todos os paciente da estomatologia sempre tem retorno do paciente com a ficha de contrarreferência onde o especialista passa algumas informações do que foi feito, diagnóstico”. Continua
Sujeito 17	“Fundamental porque é a porta de entrada do serviço é o local em que o paciente vem primeiro.”	“ em media 1 mês 1 mês e meio esse paciente esta em tratamento...” “ não nenhuma, de contrarreferência é quando o paciente se disponibiliza a vir, mas de profissional a gente não tem nenhum conhecimento”

Quadro 5.2 - Categorias e Temas e Índices

Categorias	**Temas e Índices**
Categoria 1	Porta entrada e acesso Busca ativa, acompanhamento, prevenção e promoção, orientação Papel importante, fundamental e/ou primordial
Categoria 2	Obtenção de vagas rápido Atenção terciária sem repasse de informação para demais níveis A influência pessoal e/ou amizades para obtenção vagas

Após a análise dos discursos, emergiram duas categorias, a primeira delas foi denominada “O cirurgião dentista reconhecendo as premissas das bases teóricas da AB”. Esta primeira categoria revelou claramente que o cirurgião dentista do munícipio de São Paulo, que atende nas Unidades Básicas de Saúde conhece o seu papel no âmbito da AB, à medida que a reconhece como porta de entrada do sistema de saúde, como primeiro acesso do paciente.

> *“Tem papel fundamental, porque é o primeiro acesso que a população tem, é o nível primário de atenção, aonde você atráves de um simples exame visual pode fazer um diagnóstico importante e precocemente evitar danos muito mais sérios (SUJEITO 1)”.*
>
> *“...é a entrada do usuário, é o primeiro contato do usuário com sistema, o nosso papel mesmo é de busca ativa (SUJEITO 4)”.*
>
> *“a AB é o primeiro contato do paciente, geralmente ele mora na área, e através do primeiro contato que podemos fazer o acompanhamento e detectar alguma lesão suspeita (SUJEITO 8)”.*

Esta mesma categoria reune elementos que mostram que os informantes têm consciência de seu papel na prevenção e promoção de saúde e entendem a importância da busca ativa na detecção precoce do câncer de boca.

“não tem ninguem mais importante pra dar esse diagnóstico inicial (SUJEITO 2)”.

“A gente pode identificar numa fase inicial, e pode proporcionar a cura pra essas pessoas, se não a cura pelo menos uma fase melhor (SUJEITO 3)”.

“...a gente não está aqui pra cuidar só apenas do indivíduo da boca, a gente está aqui pra cuidar do indivíduo como um todo para fazer a prevenção e a promoção da saúde (SUJEITO 10)”.

“...a prioridade é trabalhar com diagnóstico e prevenção (SUJEITO 11)”.

“...na atenção básica a gente faz trabalho preventivo (SUJEITO 15)”.

A segunda categoria que emergiu dos discursos, revelou os limites da rede de atenção em saúde em bucal no município de São Paulo. Esta categoria ao mesmo tempo em que nos mostra elementos fundamentais da rede de cuidado, nos aponta o quanto a desarticulação desses elementos podem limitar a primeira categoria e à ela demos o nome de “A rede como limitadora da atenção básica em saúde bucal”, na qual foram exploradas as falas dos entrevistados no âmbito das dificuldades encontradas por eles na AB e como fazem para lidar com tais situações. A desarticulação da rede entre os níveis secundário e terciário destaca-se como fator de impacto no cuidado integral, dificultando a coordenação do cuidado por parte da AB.

“O acesso a semiologia é fácil por conta do profissional que está lá, o terciário então é bem complicado (SUJEITO 10)”.

“..após você fechar o diagnóstico, a dificuldade é vaga hospital (SUJEITO 11)”.

“...dificuldade de encaminhar pacientes pra hospital é mais complicado (SUJEITO 12)”.

“ao sair da atenção secundária já fica mais complicado..acho que conseguir vaga em hospital para tratamento é o mais difícil para esses pacientes (SUJEITO 13)”.

> *"não tenho um controle desse paciente quando ele vai pra alta complexidade (SUJEITO 17)".*

Outro aspecto que chama atenção, é que apesar de ser desejável a rede se estruturar via regulação, os dentistas conseguem obter vagas na atenção secundária devido a contatos pessoais, assim como relatam dificuldade em estabelecer referência e contrarreferência de forma plena.

> *"...não é difícil (obter vaga no CEO), qualquer coisa a gente liga pra ele e ele encaixa na agenda dele (estomatologista do CEO) (SUJEITO 7)".*

> *"...o paciente consegue a vaga rápido no CEO em casos de semiologia, temos um combinado com o semiologista de lá de casos que eu vejo que tem algo errado e ele encaixa paciente rapidamente (SUJEITO 11)".*

> *"...se a gente tem uma suspeita maior a gente liga e ele (semiologista) já arruma a vaga (SUJEITO 12)".*

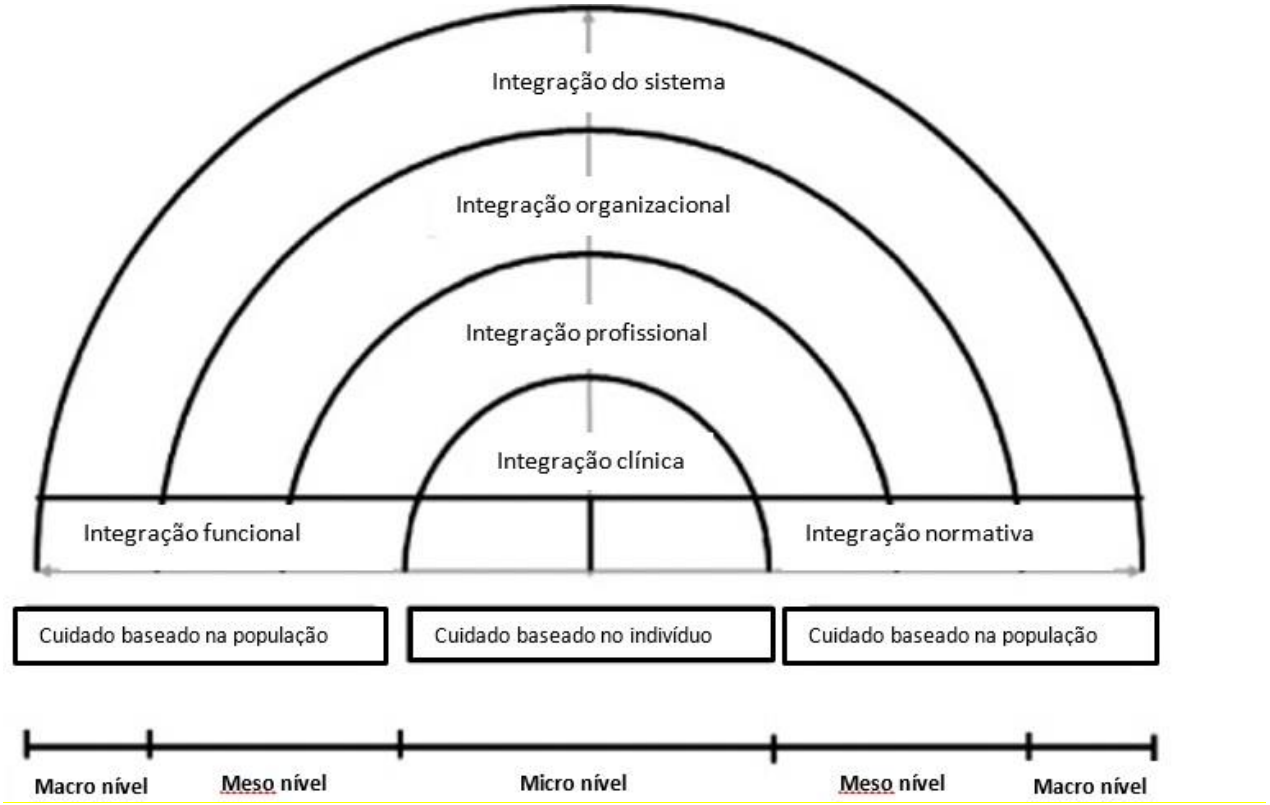
> *"...algo mais grave, muitas vezes a gente não vai via regulação, a gente conversa e manda e-mail direto para o semiologista para ele tentar adiantar a consulta deste paciente (SUJEITO 14)".*

> *"Quando ele (paciente) não comparece a gente vai na visita domiciliar, eu corro atrás dele, de um jeito ou de outro eu pego ele, porque não pode perder controle...se for alguma lesão eu preciso correr atrás até descobrir (SUJEITO 2)".*

> *"Não tem contrarreferência, a gente consegue informação na visita domiciliar (SUJEITO 3)".*

Neste momento vale explicitar que utilizamos o modelo teórico proposto por Valentijn et al. (2013) para explicar os fenômenos encontrados neste estudo.

Figura 5.1 – Modelo teórico de Valentijn et al. (2013)



Exemplificando os nossos achados com o modelo de Valentijn temos o micro nível caracterizado pela “integração clínica”, que diz respeito as atitudes do cirurgião dentista em relação a suspeita do câncer de boca, ou seja, trata-se da busca ativa das lesões suspeitas de malignidade nas unidades básicas de saúde, seja por meio de campanhas de prevenção ou no exame clínico diário, visto que este nível é focado no cuidado a pessoa e doença.

Passando para o próximo nível (meso nível) que compreende a integração profissional, podemos inferir que se refere a busca do profissional em obter a continuidade do cuidado para o paciente com a suspeita de lesão cancerígena, até mesmo por meio de relações interpessoais no próprio sistema de saúde, seja por meio de amizades para obtenção de vagas nos outros níveis de saúde. O componente “integração organizacional”, do meso nível, é caracterizado pela interação das equipes multidisciplinares, e interações intra e interorganizacionais (Axelsson; Axelsson, 2006).

A integração do sistema requer uma combinação de estruturas, processos e técnicas para se adaptar as necessidades dos indivíduos e população para dar continuidade ao cuidado. Valentijn et al. (2013) discutem a fragmentação dos

serviços causadas pelas especializações, os nossos achados podemos relacionar isto com a desarticulação da rede e as dificuldades em comunicação entre os níveis de atenção.

Ao observarmos o modelo horizontalmente, temos a integração funcional, que se relaciona com os mecanismos de funcionamento, tais como financiamento, gerenciamento e recursos humanos, e a importância dos sistemas de informação, como pré-requisito para um cuidado integrado e coordenado, neste foco, podemos destacar a importância da criação de sistemas de informação e monitoramento de pacientes diagnosticados com câncer de boca. Já em relação a integração normativa define-se como a coerência do papel de cada ator na rede, desenvolvimento e manutenção de uma referência comum, com missões, visão e valores semelhantes, pode-se inferir que esse aspecto permeia a percepção dos dentistas da AB sobre seu papel em relação ao câncer de boca.

6 DISCUSSÃO

Categoria I: “O cirurgião dentista reconhecendo as premissas das bases teóricas da AB”

Podemos observar que o dentista da atenção básica no município de São Paulo reconhece o câncer de boca como sendo sua responsabilidade, assim como os dados preliminares do PMAQ-AB, segundo ciclo, revelaram que 80,5% das equipes de saúde bucal, vinculadas à ESF, promovem ações de prevenção e detecção precoce do câncer de boca (Pucca Jr et al., 2015). Nossos resultados apontam ainda que o cirurgião-dentista do município de São Paulo reconhece a importância da busca ativa para prevenção do câncer de boca, no primeiro ciclo do PMAQ-AB, realizado em 2011, 72,6% das equipes de saúde bucal do país realizavam campanhas para detecção precoce de lesões malignas e que os percentuais das regiões Sudeste (79,9%) e Sul (74,6%), foram significantemente superiores às demais regiões do Brasil (Casotti et al., 2014). Reis et al. (2015a) analisando os dados do PMAQ-AB 2012 concluíram que as equipes aderiram aos princípios básicos da AB, tais como permitir o acesso ao serviço e o acolhimento do paciente.

Segundo Starfield, é necessário ter uma clara fundamentação do que deveria ser mantido ou não na AB, fornecendo assim um uso mais racional dos recursos. Pôde-se observar que os entrevistados neste estudo sabem do papel ordenador da AB e consideram-na a porta de entrada do SUS, tal como proposto por Starfield (2002). Estudos recentes demonstram que a AB tem conseguido garantir, em alguma medida, a integralidade do cuidado em saúde bucal, se este cuidado ficar restrito a este nível de atenção, especialmente nas Unidades de Saúde da Família (Kantorski et al., 2006).

A formação da rede de saúde em níveis, possibilita a integração e articulação dos pontos de atenção à saúde bucal de forma que possam ofertar atenção contínua e integral aos usuários (Godoi et al., 2014), Oliveira e Saliba (2005) identificaram que a atenção à saúde bucal na ESF acabou por se configurar como a porta de entrada do sistema, mas sem conseguir organizar o cuidado em saúde bucal, já que não consegue uma boa articulação com a rede de atenção à saúde. Em 2010, Szpilman

e Oliveira, observaram que a resolutividade da AB é limitada e apresenta graves problemas de referência e contrarreferência.

Um estudo realizado na Coréia do Sul com 700 pacientes diagnosticados com câncer de boca, avaliou a taxa de sobrevivência dos pacientes em um período de 30 anos, e pode observar que os pacientes ainda são diagnosticados tardiamente, este atraso se dá por fatores relacionados ao paciente, que não são esclarecidos sobre os sintomas da doença, assim como dificuldade de diagnóstico dos profissionais (Seo et al., 2016). Podemos ressaltar a existência de iniciativas que incentivam as ações de abordagem coletiva de prevenção e detecção precoce das lesões de mucosa e de câncer de boca, trata-se da Campanha de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal, voltada para a terceira idade e que ocorre simultaneamente com a Campanha de Vacinação contra a Influenza, sua importância se dá pelo fato de o câncer de boca ser um dos poucos tipos de cânceres que pode ser realizado um autoexame e está entre os mais frequentes. Costa et al. (2013) relataram o pouco conhecimento sobre os fatores de risco e sintomas do câncer de boca, entre os idosos, além do fato destes não irem ao dentista regularmente por serem desdentados totais. Em outro estudo observou-se que em residências atendidas pelo ESF houve três vezes mais chances de conscientização sobre câncer de boca, devido a maior ênfase em ações de promoção e prevenção na ESF (Martins et al., 2015).

Em nossos achados podemos ver que os dentistas da AB estão engajados em realizar busca ativa de lesões, o mesmo foi encontrado em estudos na Alemanha e Estados Unidos, onde a maioria dos dentistas concordam com exame preventivo de câncer de boca, entretanto, menos da metade aborda este tema com seus pacientes (Choi et al., 2008; Klosa et al., 2011). Faz-se necessária a abordagem dos pacientes e a conscientização dos fatores risco e sintomas do câncer de boca, para tal, é importante investir em capacitação dos profissionais da rede e em ampla divulgação sobre o assunto para a população em geral.

Podemos observar que a categoria I se refere ao micro nível do modelo teórico de Valentijn et al. (2013), já que os informantes mostraram que é nítido o engajamento destes dentistas da AB em realizar a busca ativa de lesões cancerígenas, além de saberem que seu papel na AB inclui ações de promoção e prevenção de doenças, e que apesar de terem consciência dos papéis da AB e do

profissional na rede, eles encontram algumas dificuldades para pleno exercício destes papeis, que será abordado na segunda categoria identificada nos discursos.

Corroborando com nossos achados, Andrade et al. (2014) em estudo com dentistas da atenção básica, verificaram que 87% dos profissionais realizavam exame clínico para detecção de lesões de tecidos moles. Por outro lado, 66,6% dos cirurgiões-dentistas cadastrados no Conselho Regional de Odontologia de Santa Catarina relataram não julgarem necessário a inspeção da cavidade bucal em busca de lesões e não sabem realizar este exame adequadamente e cerca 48% da amostra nunca fez esse tipo de exame (Cimardi; Fernandes, 2010). Hassona et al. (2016) relataram que existe um nível inadequado de conhecimento sobre câncer de boca e falta habilidade para diagnóstico precoce nos profissionais da atenção primária, sabendo que esta prática permite uma melhora na qualidade de vida além de necessitar de um tratamento com menor complexidade.

Já em relação a integração normativa, do modelo teórico, observamos que os dentistas da AB conhecem a missão, a visão e os valores descritos na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006) e da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004a), e entendem a sua relevância para o pleno funcionamento da rede, além de se sentirem responsáveis e importantes quando se fala em câncer de boca, já que um diagnóstico confirmado é extremamente marcante para a vida profissional do dentista, pois é a doença que gera maior impacto na vida do seu paciente. Pinheiro et al. (2010) destacam que 94,7% dos dentistas que compuseram sua amostra afirmaram reconhecer a grande responsabilidade que têm na prevenção e diagnóstico do câncer bucal.

Categoria II: “A rede como limitadora da atenção básica em saúde bucal”

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial de Saúde como o conjunto de atividades cujo proposito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (Who, 2000). Sabe-se que o SUS tem como princípios ser universal, integral e equânime, garantindo a atenção à saúde em todos os níveis, de diferentes densidades tecnológicas, estabelecendo redes poliárquicas, que são organizadas pela AB, cujo papel é de orientação e coordenação do cuidado (Mendes, 2013). Lombardo et al. (2014), entrevistou cirurgiões-dentistas da AB de

Porto Alegre, identificaram que seus informantes, assim como os nossos, entendem que mesmo após o encaminhamento do paciente para o nível secundário, a AB deveria ser a responsável pela linha de cuidado e pela longitudinalidade desse cuidado, e relata como fatores associados ao atraso da chegada dos pacientes com câncer de boca para nível terciário, as falhas na identificação precoce, assim como a deficiência na rede em relação a comunicação entre os profissionais.

Olhando nossos resultados, podemos observar no macro nível cuja relação é com a integração do sistema, observamos que os profissionais entrevistados sabem de seu papel como articuladores do cuidado na AB, porém a rede apresenta-se desarticulada em seus níveis de atenção, e com manutenção das características hierárquicas, em detrimento à estrutura poliárquica desejada (Mendes, 2011). A fragmentação do sistema impede a prestação contínua e qualificada de serviços à população, e dificultam também a comunicação entre os níveis primário e secundário e destes com o terciário. Em nosso estudo apresentou-se como destaque dessa desarticulação a alta complexidade, o mesmo foi encontrado por Godoi et al. (2014) no qual a oferta de serviços de saúde bucal em Santa Catarina apresenta-se em diferentes estágios de implementação, acarretando em dificuldades e limitações de oferta de serviços e vagas para o nível terciário.

Nos relatos dos profissionais entrevistados, notou-se também que a AB tem pouca ou nenhuma contrarreferência dos casos encaminhados para atenção secundária e terciária, conforme relato dos profissionais acima. Com isso pode-se perceber que a rede não está totalmente integrada como o proposto na sua concepção inicial, e a AB enfrenta dificuldade em ordenar o cuidado fazendo-se necessário buscar meios para o que o uso da referência e contrarreferência seja eficiente, exercendo o papel da AB plenamente. Em estudo realizado por Souza e Roncalli em 2007 em unidades básicas de saúde, foi verificado que o sistema de referência e contrarreferência também apresentava fragilidades e se apresentava ineficiente. Em estudo realizado com 23 profissionais de saúde sobre suas percepções em relação a atuação da equipe de saúde bucal em Goiânia, observou-se que os profissionais de saúde relatam como ponto crítico do sistema o encaminhamento para outros níveis de complexidade (Soares et al., 2013). Apesar das melhorias em relação ao acesso a saúde bucal, Mattos e colaboradores identificaram em Minas Gerais que a garantia da integralidade se encontra prejudicada, pois há falhas no referenciamento dos pacientes para outros níveis de

atenção, seja por falta de vagas, recursos humanos e até mesmo a falta de centros de referência nos municípios estudados (Mattos et al., 2014). Nossos entrevistados relatam que não recebem a contrarreferência depois de encaminharem os pacientes, e isto se agrava quando o paciente inicia seu tratamento no nível terciário.

Em relação ao meso nível, cuja abordagem é relacionada com a integração profissional, podemos verificar que os dentistas da AB, quando diante de uma suspeita de câncer de boca, entram em contato via telefone, email, com os semiologistas da rede de referência para agilizar a consulta dos usuários. Apesar deste comportamento ser digno de nota, revelar o engajamento com os usuários e integração profissional em alguma medida, essas estratégias não são as mais indicadas quando se trata de um sistema de saúde da grandiosidade do SUS, com sistemas de informação e setor de regulação de vagas que tornam o processo muito mais transparente e justo. Chaves et al. (2010) identificaram que a responsabilização do profissional da atenção básica em relação ao usuário é um facilitador do acesso desse à atenção secundária, além disso, o profissional passa a ser reconhecido como defensor desse paciente e notaram que regiões cobertas pela ESF conseguem organizar, articular e operacionalizar o sistema de referência e contrarreferência dos usuários com maior efetividade. Observações semelhantes foram relatadas por Nascimento et al. (2013), destacando a importância da incorporação e expansão da ESF e das equipes de saúde bucal, que trouxeram uma nova visão de cuidado.

Neste sentido, para que o trabalho do cirurgião dentista seja resolutivo, é preciso haver sempre combinações de graus de autonomia com responsabilidade no desenvolvimento de suas ações, em estudo realizado por Reis et al. (2015b), o CD desfruta da liberdade em seu trabalho no Distrito Federal, que por um lado, favorece o poder criativo do profissional, diante das exigências das situações reais do trabalho. Entretanto, por outro lado, o estudo sugere que o movimento de inovar no trabalho está diretamente relacionado ao ‘querer fazer’, ou seja, ao comprometimento do profissional com a finalidade de seu trabalho, bem como ao ‘poder agir’, ingredientes da competência que resultam do debate de valores e das escolhas dos profissionais, bem como da capacidade de enfrentar os constrangimentos do meio.

Porém, esta desarticulação da rede pode gerar problemas para os usuários do sistema, visto que pode gerar atrasos nos atendimentos e encaminhamentos para

os demais níveis de cuidado, desta forma os pacientes podem iniciar o tratamento para o câncer de boca tardiamente, acarretando prejuízos para o tratamento e gerando sequelas nestes pacientes. A atenção terciária, responsável pelo tratamento da doença em si, mostrou-se como sendo uma parte crítica do cuidado ao paciente com câncer de boca, visto que após a cura do paciente, este não retorna para a AB como previsto. Sendo assim, espera-se que haja uma quantidade de pacientes retornando na atenção terciaria, após conclusão do tratamento, que poderiam retornar à AB para manter a continuidade do cuidado, essa centralização do cuidado demonstra a necessidade de maior articulação com outros níveis de atenção (Sommerfeld et al., 2013).

A possibilidade de monitoramento dos pacientes com câncer de boca no SUS é importante e de grande impacto nos indicadores de saúde, visto que desta forma, pode-se detectar o tempo decorrido entre diagnóstico e início de tratamento, e assim verificar possíveis falhas e corrigi-las para implantar um sistema eficaz para esses usuários, para tal, faz-se necessária a criação de sistemas de informação, assim como prevê a integração funcional de Valentijn et al. (2013). A existência de um cuidado integrado é refletida em índices de redução de hospitalização, duração de internação e despesas, assim como a melhoria da qualidade de vida, portanto, é fundamental a criação de sistemas de registro de gestão e de monitoramento desses usuários, desde a atenção primária até o fim do tratamento oncológico (Sun et al., 2014).

O Brasil avançou no último ano, à medida que incluiu, desde janeiro de 2016, informações compulsórias a respeito de câncer de boca no sistema e-SUS, entretanto esses dados ainda estão restritos à atenção básica, ficando para o futuro o desafio de se integrar tais indicadores a sistemas da atenção secundária e terciária, afim de garantir a integração funcional desejada, na busca da integralidade do cuidado (Brasil, 2013).

7 CONCLUSÕES

Os cirurgiões dentistas entrevistados no estudo percebem a importância de seu papel, assim como, o papel da AB de articuladora e ordenadora do cuidado, além de entenderem a necessidade do exercício pleno do seu papel, diante da suspeita do câncer de boca.

Também percebem que, o paciente diagnosticado com câncer de boca, perde o vínculo com a AB e não retorna a este nível após finalizado o tratamento e quando retorna não vem com informações de contrarreferência.

REFERÊNCIAS[1]

Alami AY, El Sabbagh RF, Hamdan A. Knowledge of oral cancer among recently graduated medical and dental professionals in Amman, Jordan. J Dent Educ. 2013. Oct;77(10):1356-64.

Allen K, Farah CS. Patient perspectives of diagnostic delay for suspicious oral mucosal lesions. Aust Dent J. 2015 Sep;60(3):397-403.

Andrade SN, Muniz LV, Soares JMA, Chaves ALF, Ribeiro RIMDA. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. Rev. Bras. Odontol. 2014: 71(1):42-7.

Axelsson R, Axelsson SB. Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. Int J Health Plann Manage. 2006 Jan-Mar;21(1):75-88.

Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

Baykul T, Yilmaz HH, Aydin U, Aydin MA, Aksoy M, Yildirim D. Early diagnosis of oral cancer. J Int Med Res. 2010 May-Jun;38(3):737-49.

Biazevic MGH, Castellanos RA, Antunes JLF, Michel-Crosato E. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. Cad. Saúde Pública. 2006;22(10):2105-14.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei n.º8.080, 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, com alterações. Diário Oficial da União, Brasilia,DF, 20 set 1990. p.18055.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília,DF: Ministério da Saúde; 1998.

Brasil. Portaria n. 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do

[1] De acordo com o Estilo Vancouver.

Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 29 dezembro de 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília,DF: 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1750, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília: Diário Oficial da União, 30 jul. 2004b. p. 71. Seção 1.

Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS /Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. Rev Bras Cancerol. 2007;53(1):63-9.

Brocklehurst P, Kujan O, O'Malley LA, Ogden G, Shepherd S, Glenny AM. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Nov 19;11:CD004150. doi: 10.1002/14651858.CD004150.pub4.

Busse R. Focus on primary care - a tribute to Barbara Starfield. Health Policy. 2011 Nov;103(1):1-2.

Casati MFM, Vasconcelos JA, Vergnhanini GS, Contreiro PF, Graça TB, Kanda JL, et al. Epidemiologia do Câncer de Cabeça e Pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2012;41(4):186-91.

Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges, PKO, Baldani MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Saúde Debate 2014;38:140-157.

Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moural BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. Rev. Saúde Pública. 2010;44(6), 1005-13.

Choi Y, Dodd V, Watson J, Tomar SL, Logan HL, Edwards H. Perspectives of African Americans and dentists concerning dentist-patient communication on oral cancer screening. Patient Educ Couns. 2008;71(1):41-51.

Cimardi ACB, Fernandes APS. Câncer bucal – a prática e a realidade clínica dos cirurgiões dentistas de Santa Catarina. RFO UPF. 2009;14 (2):99-104.

Costa AM, Tôrres LHN, Fonseca DAV, Wada RS, Sousa MLR. Campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal: perfil dos idosos participantes. Rev Bras Odontol. 2013 jul-dez;70(2):130-5.

Cunha AR, Bavaresco CS, Carrard VC, Lombardo EM. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com suspeita de câncer bucal: percepção dos cirurgiões dentistas na atenção primária à saúde. J Bras Tele. 2013;2(2):66-74.

Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Quarterly. 2005;83(4):691-729. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.

Dost F, Do L, Farah CS. Knowledge of oral cancer risk factors amongst high risk Australians: findings from the "LESIONS" program. Aust Dent J. 2016 Jan 18. doi: 10.111/adj.12408. [Epub ahead of print].

Esmaelbeigi F, Hadji M, Harirchi I, Omranipour R, vand Rajabpour M, Zendehdel K. Factors affecting professional delay in diagnosis and treatment of oral câncer in Iran. Arch Iran Med. 2014 Apr;17(4):253-7.

Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer. 2015 Mar 1;136(5):E359-86.

Figueiredo N, Goes, PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil.Cad Saúde Pública. 2009;25(2),259-67.

França DCC, Pinto MMO, Monteiro AD, Silva AASS, Zina O, Lima GS. Programa de diagnóstico e prevenção de câncer de boca: Uma estratégia simples e eficaz. Rev Odontol Bras Central. 2010;19(49):159-61.

Galbiatti ALS, Padovani-Junior JA, Maníglia JV, Rodrigues CDS, Pavarino EC, Goloni-Bertollo EM. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. Braz J Otorhinolaryngol. 2013;79(2):239-47.

Godoi H, Mello ALSF, Caetano JC. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina. Cad Saúde Pública. 2014;30(2):318-32.

Hassona Y, Scully C, Shahin A, Maayta W, Sawair F. Factors Influencing Early Detection of Oral Cancer by Primary Health-Care Professionals. J Cancer Educ. 2016 Jun;31(2):285-91

Hertrampf K, Eisemann N, Wiltfang J, Pritzkuleit R, Wenz HJ, Waldmann A. Baseline data of oral and pharyngeal cancer before introducing an oral câncer prevention campaign in Germany. J Craniomaxillofac Surg. 2015 Apr;43(3):360-6.

Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. Int J Qual Health Care. 2008 Oct;20(5):308-13. Epub 2007 Nov 30.

Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005 Nov;15(9):1277-88.

Inca. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/INCA/Coordenação de Prevenção e Vigilância; 2006.

Inca. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA; 2016. [citado 26 jan 2016]. Disponível em http://www.inca.gov.br/dncc.

Jafari A, Najafi Sh, Moradi F, Kharazifard M, Khami M. Delay in the diagnosis and treatment of oral cancer. J Dent (Shiraz). 2013 Sep;14(3):146-50.

Johnson NW, Warnakulasuriya S, Gupta PC, Dimba E, Chindia M, Otoh EC, et al. Global oral health inequalities in incidence and outcomes for oral cancer: causes and solutions. Adv Dent Res. 2011 May;23(2):237-46.

Joshi P, Nair S, Chaturvedi P, Nair D, Agarwal JP, D'Cruz AK. Delay in seeking specialized care for oral cancers: experience from a tertiary cancer center. Indian J Cancer. 2014 Apr-Jun;51(2):95-7.

Kaminagakura E, Villa LL, Andreoli MA, Sobrinho JS, Vartanian JG, Soares FA, et al. High-risk human papillomavirus in oral squamous cell carcinoma of young patients. Int J Cancer. 2012 Apr 15;130(8):1726-32.

Kantorski LP, Jardim VMR, Coimbra VCC, Oliveira MM, Heck RM. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. Texto Contexto Enferm. 2006 Jul-Set;15(3):434-41.

Klosa K, Wiltfang J, Wenz HJ, Koller M, Hertrampf K. Opinions and practices of dentists in oral cancer prevention and early detection in Northern Germany. Eur J Cancer Prev 2011; 20(4):313-19.

Kniest G, Stramandinoli RT, Ávila LFC, Izidoro ACAS. Frequência das lesões bucais diagnosticadas no Centro de Especialidades Odontológicas de Tubarão (SC). RSBO. 2011 Jan-Mar;8(1):13-8.

Krishna Rao SV, Mejia G, Roberts-Thomson K, Logan R. Epidemiology of oral cancer in Asia in the past decade--an update (2000-2012). Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(10):5567-77.

Lemos Junior CA, Alves FA, Torres-Pereira CC, Biazevic MGH, Pinto Júnior DS, Nunes FD. Oral cancer based on scientific evidences. Rev Assoc Paul Cir Dent 2013;67(3):178-86.

Lim AA, Wee TH, Wong RC. Epidemiology of oral cancer diagnosed at a singapore tertiary healthcare institution. Ann Acad Med Singapore. 2014 Feb;43(2):96-101.

Lombardo EM, Cunha AR, Carrard VC, Bavaresco CS. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. Ciênc Saúde Coletiva. 2014:19(4):1223-32.

Martins AMEBL, Barreto SM, Santos-Neto PE, Sá MAB, Souza JGS, Haikal DS,et al. Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2015:20(7):2239-53.

Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva. 2014:19(2):373-82.

Maxwell JH, Kumar B, Feng FY, Worden FP, Lee JS, Eisbruch A et al. Tobacco use in human papillomavirus-positive advanced oropharynx cancer patients related to increased risk of distant metastases and tumor recurrence. Clin Cancer Res. 2010 Feb 15;16(4):1226-35.

Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estudos Avançados. 2013;27(78):27-34.

Mendes EV. Redes de atenção à saúde: uma mudança na organização e na gestão dos sistemas de atenção à saúde. In: Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p32-49.

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliacao por triangulação de métodos – abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz; 2005.

Minkman MM, Vermeulen RP, Ahaus KT, Huijsman R. The implementation of integrated care: the empirical validation of the Development Model for Integrated care. BMC Health Serv Res. 2011 Jul 30;11:177.

Nascimento AC, Moysés ST, Werneck RI, Moysés SJ. Oral health in the context of primary care in Brazil. Int Dent J. 2013 Oct;63(5):237-43.

Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(suppl):297-302.

Paudyal P, Flohr FD, Llewellyn CD. A systematic review of patient acceptance of screening for oral cancer outside of dental care settings. Oral Oncol. 2014 Oct;50(10):956-62.

Petti S, Scully C. Determinants of oral cancer at the national level: just a question of smoking and alcohol drinking prevalence? Odontology. 2010;98(2):144-52.

Pinheiro SMS, Cardoso JP, Prado FO. Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer Bucal entre Profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia. Rev. Bras. Cancerol. 2010; 56(2): 195-205.

Pucca GA Jr, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FC. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. J Dent Res. 2015 Oct;94(10):1333-7.

Radöi L, Luce D. A review of risk factors for oral cavity cancer: the importance of a standardized case definition. Community Dent Oral Epidemiol. 2013;41(2):97-109.

Reidy J, Mchugh E, Stassen LFA. A review of the relationship between alcohol and oral cancer. The Surgeon. 2011;9:278-83.

Reis CM, Matta-Machado AT, Amaral JH, Werneck MA, Abreu MH. Describing the primary care actions of oral health teams in Brazil. Int J Environ Res Public Health. 2015 Jan 12;12(1):667-78.

Reis WG, Scherer MDA, Carcereri DL. O trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária à Saúde: entre o prescrito e o real. Saúde Debate. 2015b jan-mar; 39(104):56-64.

Sargeran K, Murtomaa H, Safavic SMR, Teronen O. Delayed Diagnosis of Oral Cancer in Iran: Challengefor Prevention. Oral Health Prev Dent.2009;7(1):69-76.

Schepman S, Hansen J, de Putter ID, Batenburg RS, de Bakker DH. The common characteristics and outcomes of multidisciplinary collaboration in primary health care: a systematic literature review. Int J Integr Care. 2015 Jun 24;15:e027.eCollection 2015 Apr-Jun.

Scully C. Oral cancer aetiopathogenesis; past, present and future aspects. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 May 1;16 (3):e306-11.

Seo BY, Lee CO, Kim JW. Changes in the management and survival rates of patients with oral cancer: a 30-year single-institution study. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2016 Feb;42(1):31-7.

Soares EF, Reis SCGB, Freire MCM. Percepção dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre a atuação das equipes de saúde bucal em Goiânia, em 2009: estudo qualitativo. Epidemiol. Serv. Saúde. 2013 Jul-Set. Brasília,DF:22(3):483-90.

Sommerfeld CE, Santiago SM, Andrade MDGG, Peroni FDMA. Impacto do trabalho integrado em rede no diagnóstico precoce do câncer bucal. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço, 2013.42(1):1-7.

Souza TMS, Roncalli G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad Saúde Pública. 2007;23(11):2727-39.

Squarize CH, Castilho RM. Editorial: Estudos do câncer bucal: HPV positivo x HPV negativo. RFO UPF [periódico na Internet]. 2013 Abr [citado 01 fev 2016]; 18(1): 5-6. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122013000100001&lng=pt.

Sridharan G. Epidemiology, control and prevention of tobacco induced oral mucosal lesions in India. Indian J Cancer. 2014 Jan-Mar;51(1):80-5.

Starfield B. Public health and primary care: a framework for proposed linkages. Am J Public Health. 1996 Oct;86(10):1365-9.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília;DF: Unesco/Ministério da Saúde; 2002a.

Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy 2002b;60(3):201-18.

Stefanuto P, Doucet Jean-Charles, Robertson C. Delays in treatment of oral cancer: a review of the current literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2014;117:424-9.

Sun X, Tang W, Ye T, Zhang Y, Wen B, Zhang L. Integrated care: a comprehensive bibliometric analysis and literature review. Int J Integr Care. 2014 Jun 12;14:e017.

Szpilman ARM, Oliveira AE. Percepções do cirurgião-dentista quanto ao binômio acolhimento e acesso à ESF em Vila Velha – ES. Rev Bras Pesq Saúde. 2010;12(3):17-22.

Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. Int J Integr Care. 2013 Mar 22;13:e010.

Van der Waal I. Are we able to reduce the mortality and morbidity of oral cancer; some considerations. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2013;18(1):e33-7.

Volkweis M R, Garcia R, Pacheco C A. Estudo retrospectivo sobre as lesões bucais na população atendida em um Centro de Especialidades Odontológicas. *RGO.* [online]. [citado 01 fev 2016]. 2010; 58 (1): 21-5. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372010000100005&lng=pt&nrm=isohttp://www.revistargo.com.br/

Who [Internet]. Centro de Prensa [citado 01 fev 2016]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/

World Health Organization. The World Health Report 2000: health systems, improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.

Wünsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. Oral Oncol. 2002 Dec;38(8):737-46.

Apêndice A – Dados do Entrevistado e Roteiro das entrevistas

DADOS DO ENTREVISTADO

Nome:_____Idade:_____anos
1)Quantos anos de formado? ( ) até 5 anos ( ) De 5 à 15anos ( ) Mais de 15anos
2) Possui graduação em Universidade: ( ) estadual ( ) federal ( ) privada ( ) exterior
3) Possui alguma especialização? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, em qual área: _____
4)Local de trabalho: _____
5) Esta unidade faz parte da Estratégia Saúde Família? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual modalidade: ( ) I ( ) II
6) Há quantos anos o sr(a) trabalha nesta unidade? ( ) De 1 a 5 anos ( ) De 5 a 10 anos ( ) Mais de 10 anos
7) Além desta unidade de saúde, o sr(a) trabalha em outro local? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual? ( ) consultório particular ( ) outro emprego publico ( )hospital

Roteiro das Entrevistas – Questões Norteadoras

1) Qual o papel da AB com relação ao câncer de boca?
2) Como é o cuidado ao paciente portador de câncer bucal ou com suspeita de câncer boca neste local? (abrangendo: busca ativa, acompanhamento, adequação de meio, suporte fase pré/trans ou pós operatório)
3) Frente a uma suspeita do diagnóstico de câncer bucal, quais os procedimentos ofertados em seu território? (abrangendo: fluxo usuário, protocolos de encaminhamento, biópsia (incluindo quem e onde é realizada), demanda e vagas ofertadas, referência e contrarreferência (informações repassadas), dificuldades encontradas em relação ao cuidado paciente)
4) Qual sua opinião sobre a campanha do câncer de boca realizada pelo município? E sobre a capacitação oferecida? (abrangendo divulgação da campanha câncer boca, metodologia da capacitação, dificuldades para realização campanha nas UBS)
5) Existe sistema de controle dos dados coletados e avaliação da atenção prestada? Os dados obtidos são utilizados para alguma pesquisa, alguma atividade, rede de informação? Em caso afirmativo, como ele funciona e como está organizado?
6) Qual o grau de satisfação como trabalhador em saúde (abrangendo a rede de serviços oferecida ao paciente com câncer bucal e o cuidado oferecido ao paciente portador de câncer bucal)
7) Durante o último ano houve suspeita de lesão de câncer bucal? Em caso afirmativo, quantas lesões e qual foi a sua conduta?
8) Qual sua percepção do papel do dentista diante do diagnóstico do câncer de boca?

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: **Percepção do papel do Cirurgião dentista, da atenção básica, diante do diagnóstico do câncer de boca na munícipio de São Paulo-** ***Um estudo qualitativo***

Pesquisador(es) responsável(is): Fernanda Campos de Almeida Carrer

Departamento: Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Telefone para contato da pesquisadora: 3091-7891 / 3091-7717.

Meios de contato e denúncias éticas ao comitê de ética da prefeitura de São Paulo: Rua General Jardim, 36 – 1º andar 3397-2464 / Fax: 3397-2465 ou E-mail: **smscep@gmail.com**

Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde da Munícipio de São Paulo

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder uma entrevista de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder às perguntas, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Através de entrevistas com profissionais dos diversos níveis de atenção, analisar, na munícipio de São Paulo, o quadro de políticas públicas e o funcionamento do fluxo de usuários com câncer bucal, o posicionamento e grau de adequação e capacitação dos profissionais de saúde bucal, da atenção primária, diante do diagnóstico de câncer bucal.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em participar de uma entrevista com a finalidade de atingir o objetivo do estudo. O tempo estimado para a coleta de dados é de 30 minutos. A entrevista será gravada em gravador digital e o conteúdo da sua fala só será transcrito pelos pesquisadores responsáveis pela coleta de dados. Seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo como sujeito da pesquisa será excluída da transcrição.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos. A participação na entrevista citada representará não apresenta risco significativo de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo intitulada**" *Percepção do papel do Cirurgião dentista, da atenção básica, diante do diagnóstico de câncer boca na munícipio de São Paulo- Um estudo qualitativo".***

A pesquisadora me entregou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP). Fui, ainda, informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos ou qualquer constrangimento. Fui também informado(a) de que em caso de dúvidas posso entrar em contato com a pesquisadora responsável, pelos telefones: 3091-7891 / 3091-7717 ou email: fernandacsa@usp.br.

_____ _____

Assinatura do Sujeito da pesquisa Pesquisador

Anexo A – Aprovação Comitê de Ética

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0203.0.162.017-10

Trata-se de um estudo qualitativo que pretende utilizar abordagem indutiva, com procedimento descritivo e comparativo, com técnica de observação direta intensiva. O instrumento para coleta de dados será a entrevista semi-estruturada. O universo do estudo será composto por atores em atenção básica das regiões da cidade de São Paulo. A amostra será estratificada de modo a cobrir as características básicas das regiões estudadas, sendo a amostragem realizada de modo aleatório. Locais relevantes para o estudo serão identificados por georreferenciamento por satélite gerando sua descrição topográfica. Na cidade de São Paulo a amostra será composta por 5 regiões (leste, oeste, norte, sul e centro). Em cada região serão sorteadas 4 unidades básicas de saúde, que possuem cirurgiões-dentistas trabalhando, de forma aleatória. Serão incluídos no trabalho os quinze centros de tratamento oncológico referenciados pelo SUS na cidade de São Paulo e 16 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). As entrevistas serão gravadas em gravador digital e seguirão um roteiro com pontos temáticos principais buscando informações sobre o fluxo dos usuários. Os dados serão trabalhados, por meio da análise do conteúdo proposta por Bardin em 1977. Os dados serão transcritos pelos pesquisadores para garantir o sigilo dos dados. Serão entrevistados pelo menos 1(um) cirurgião-dentista e um gestor de cada unidade visitada.

II - Considerações

A Folha de Rosto está corretamente preenchida. Os Currículos dos pesquisadores estão de acordo com a proposta da pesquisa.

O Cronograma apresentado está adequado e esclarecer que os dados só serão coletados após o parecer de aprovação deste Comitê de Ética.

Parecer de Pendência anteriormente emitido solicitava esclarecimentos quanto à fonte financiadora da pesquisa. Foi esclarecido que os custos da pesquisa serão arcados pelo Convênio FOUSP e Ministério da Saúde.

Também foi questionado o número de sujeitos e o número de CEOs que serão estudados. Foi esclarecido que serão 78 sujeitos (39 cirurgiões-dentistas e 39 gerentes de Unidades) em São Paulo e 76 sujeitos na Paraíba.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que necessitava de retificações foi reencaminhado e considerado adequado.

III - Situação do Protocolo: Aprovado

Antes do inicio da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

/lm

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

Anexo B – Solicitação de Adendo

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

São Paulo, 18 de outubro de 2013
PARECER Nº 38/13 – CEP/SMS
CAAE: 0203.0.162.017-10

Ilma. Sra.
Márcia Ercilia de Araujo

Projeto de Pesquisa: Recursos humanos em câncer de boca: Avaliação de oferta, serviços, fluxo, informação no cuidado ao paciente portador de câncer bucal na cidade de São Paulo
Instituição: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

I. Solicitação de Adendo enviado pela pesquisadora em 08/10/2013:

A pesquisadora esclarece que a etapa já realizada do estudo é a quantitativa, avaliada e aprovada em adendo.

Agora, a fase qualitativa do estudo, também aprovada, necessita de prorrogação do prazo. Foram solicitados extensão de 17 meses para finalização do projeto, como demonstrado no cronograma atualizado (Quadro 1).

Foi anexada a informação das unidades que participarão da fase qualitativa do estudo (Quadro 2) e o roteiro da entrevista.

II. Considerações

Do ponto de vista ético, este adendo não muda a essência do estudo que continua a mesma, estando de acordo com a Res 644/12 e suas complementares.

III - Situação da Emenda: Aprovada

Simone Mongelli de Fantini
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS