Investigação Científica

Abordagem dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família sobre o câncer bucal

Analysis of the dental surgeon approach of the Familt Health Strategy on the oral cancer

Clébio Jarlison Rego de Freitas* Maria Ângela Fernandes Ferreira** Bruna Rafaela Martins Santos*** Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo****

Resumo

Objetivo: este estudo busca analisar a atuação dos cirurgiões-dentistas da rede pública de saúde acerca do câncer bucal. Método: trata-se de um estudo transversal no qual foram entrevistados 217 dentistas. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado, enviado via e-mail, pelo Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Norte. Resultados: um terço dos profissionais relatou ser capaz de realizar biópsias e citologia esfoliativa, mas apenas 15,2% das unidades de saúde possuíam condições materiais para fazê-las. Cerca de 85% dos cirurgiões-dentistas possuíam o conhecimento básico sobre o câncer bucal e 66,8% realizavam ações educativas-preventivas. Conclusão: embora a maioria dos cirurgiões-dentistas tivessem conhecimento adequado para realizar o diagnóstico bucal, a maioria não era capaz de realizar procedimentos cirúrgicos com finalidade diagnóstica. A realização desse exame durante a atenção primária é perfeitamente possível, por necessitar de baixa complexidade de equipamentos, e sua eficácia no diagnóstico permite a detecção precoce e o início do tratamento em estágios iniciais da doença, podendo reduzir as taxas de mortalidade por câncer bucal.

Palavras-chave: Câncer bucal. Atenção Primária em Saúde. Cirurgião-dentista.

http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v25i2.10682

^{*} Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

^{**} Pós-Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Filiação Institucional: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Odontologia, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

[&]quot;Doutora em Patologia Oral pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Filiação Institucional: Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Odontologia, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

^{****}Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Filiação institucional: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Saúde Coletiva, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Introdução

As neoplasias malignas já ocupam o segundo lugar em causa de mortalidade no Brasil¹; dentre elas, o câncer bucal, representado pelas neoplasias localizadas em língua, gengiva, lábios, mucosa jugal, assoalho bucal e palato duro². Diversos fatores de risco estão associados ao desenvolvimento do câncer bucal, sendo o tabagismo, o uso excessivo de álcool e a exposição solar reconhecidamente relacionados³,4.

A incidência estimada anual de câncer bucal é de 324.398 casos no mundo, sendo estimado um aumento para 363.626 casos para o ano de 2020⁵. O Instituto Nacional de Câncer registrou 3.688 mortes por câncer bucal no Brasil em 2017 e estimou que em 2018 surgiriam 14.700 novos casos, sendo 90% do tipo carcinoma epidermoide⁶. Tal dado é muito preocupante, pois o carcinoma epidermoide bucal exibe elevadas taxas de mortalidade, mesmo com o avanço terapêutico².

O câncer bucal é o quinto mais frequente em homens e o nono mais frequente em mulheres na Região Nordeste⁶. A incidência de neoplasias malignas da cavidade bucal difere bastante entre as regiões do Brasil, o que pode ser associado às diferenças na exposição aos fatores de risco, como exposição solar, consumo de tabaco e álcool e dieta, além da herança genética^{7,8}.

Apesar de este tipo de câncer não apresentar uma incidência tão expressiva como os cânceres de próstata e de mama no estado do Rio Grande do Norte (estima-se a ocorrência de 230 novos casos de câncer bucal em 2018), verificou-se uma alta mortalidade relacionada aos casos diagnosticados de câncer bucal, o que pode sugerir um diagnóstico feito tardiamente, visto que o diagnóstico precoce está diretamente ligado à resposta ao tratamento e à sobrevida do indivíduo⁶⁻⁸.

Assim, a eleição do enfrentamento do câncer bucal é uma prioridade para a saúde pública brasileira e, por consequência, do estado Rio Grande do Norte, RN, o qual apresenta a 2ª maior incidência de câncer bucal em mulheres e a 14ª em homens, dentre os estados brasileiros³. Sabendo que o cirurgião-dentista é o profissional capacitado para atuar sobre as enfermidades da região orofacial, sua presença na Estratégia Saúde da

Família (ESF) se faz necessária para a realização de medidas preventivas e de diagnóstico, e não meramente curativas, de forma a possibilitar o diagnóstico precoce e a redução da mortalidade relacionada ao câncer^{2,3}. Embora a inserção desse profissional na ESF tenha crescido bastante com a Política Nacional de Saúde Bucal, estudos ainda apontam que o diagnóstico é feito tardiamente^{3,9-11}. Isso contribui diretamente para o prognóstico do paciente, de forma que as neoplasias malignas ocupam a segunda causa de mortalidade no Rio Grande do Norte, sendo o câncer bucal o oitavo mais letal¹.

Reconhecendo a importância desse profissional e a situação do câncer bucal, este trabalho busca verificar como o cirurgião-dentista aborda o tema da prevenção e do combate a este problema durante a atenção primária, analisando seu grau de conhecimento e autoconfiança sobre o tema, a oferta de capacitações pelos serviços de saúde em que os profissionais estão inseridos e quais ações são realizadas na atenção primária, visando ao diagnóstico e ao tratamento em estágios iniciais da doença.

Método

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, envolvendo, no momento da coleta de dados, os cirurgiões-dentistas da ESF do estado do Rio Grande do Norte, que possui 997 profissionais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado composto por 26 perguntas, adaptado a partir dos instrumentos utilizados nos estudos de Dib¹² (2004) e Vasconcelos¹³ (2006), testados e aplicados (reprodutibilidade/confiabilidade). O questionário foi inserido na plataforma Google Formulário, cujo *link* foi enviado via e-mail aos profissionais, por meio do Conselho Regional de Odontologia (CRO-RN). Também foi enviado como anexo o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Para obtenção do maior número de devolutivas, foram realizados quatro envios com intervalo de uma semana entre cada envio. Ao final da coleta, obtivemos um retorno de 217 questionários.

Para tabulação e análise dos dados, foram utilizados os programas Microsoft Excel e Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 22.0. A análise dos dados foi feita com base na estatística descritiva, frequência simples, absoluta e porcentagem. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – UFRN, sob o parecer número 2.932.957 e foi realizado seguindo os princípios da ética e bioética, estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A partir das respostas obtidas, montamos o perfil dos cirurgiões-dentistas. Desses, 64,1% eram do sexo feminino, 73,7% graduados em instituições públicas e 68,3% tinham até 5 anos transcorridos desde a graduação. Isso mostra que uma grande parcela é composta por profissionais jovens que possuem somente graduação (51,6%) ou especialização (41%). Somente 6,9% dos entrevistados possuem mestrado e apenas 0,5% possuem doutorado. Os profissionais com pós-graduação mais citados foram Ortodontistas (25,7%), Protesistas (17,1%), Endodontistas (10,5%) e outras especialidades (32,4% — Saúde coletiva, Radiologia ou Farmacologia). Boa parte dos cirurgiões-dentistas também atuava em outro serviço de saúde, sendo 35,94% atuantes no setor privado, 4,14% nos centros de especialidades odontológicas e 0,92% em hospitais públicos.

A Tabela 1 mostra a participação dos dentistas em cursos de capacitação sobre o câncer bucal. Dos profissionais que relataram ter participado de algum curso, conforme a Tabela 1, 59,1% declararam haver concluído o curso no período entre 1 e 4 anos antes do momento da coleta de dados e 19,1% afirmaram que concluíram os cursos de capacitação havia 5 anos ou mais. A Tabela 2 mostra o interesse dos dentistas na oferta de cursos ofertados pelos serviços de saúde em que atuam. Dos que afirmaram haver participado de capacitações oferecidas pela secretaria de saúde, 58,3% assistiram a cursos que ocorreram no período de 1 a 4 anos antes da pesquisa, 25% frequentaram cursos há menos de 1 ano e 16,7% há 5 anos ou mais.

Tabela 1 – Participação em cursos de capacitação sobre o tema, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
Sim	110	50,7	50,7
Não	107	49,3	100,0
Total	217	100,0	

Fonte: autores.

Tabela 2 – Interesse na oferta de cursos sobre câncer bucal ofertados pela secretaria de saúde, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019

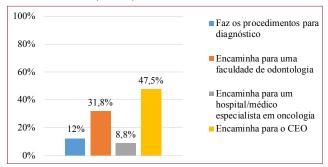
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
Sim	207	95,4	95,7
Não	2	0,9	96,3
Já disponibiliza	8	3,7	100
Total	217	100,0	

Fonte: autores.

Em relação às medidas preventivas relacionadas aos fatores de risco ao câncer bucal, 65,9% questionam rotineiramente o paciente sobre o consumo de álcool e fumo e, ao tomar conhecimento sobre o uso, orientam quanto aos riscos para a saúde bucal, especialmente no que diz respeito ao câncer. Além disso, 66,8% afirmaram realizar atividades de caráter educativo-preventivo sobre o tema, na forma de palestras na unidade de saúde e em grupos de fumantes, hipertensos, idosos e gestantes. Entretanto, observamos que tais atividades são pontuais e não têm características de continuidade, visto que 72,4% não estavam desenvolvendo nenhuma dessas atividades no período de coleta dos dados e 33,2% afirmaram não realizar atividades educativas/preventivas voltadas para o tema do câncer bucal.

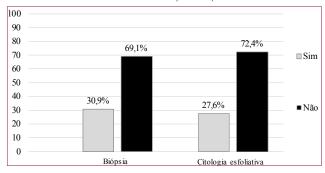
O Gráfico 1 apresenta a conduta dos profissionais ao observar uma lesão suspeita. O Gráfico 2 mostra sua autoavaliação em relação à capacidade de realizar os procedimentos de diagnóstico definitivo. Foi relatado pelos profissionais que a grande maioria das unidades de saúde não possuem condições materiais para realizar procedimentos de biópsias (84,8%) e citologias esfoliativas (88,9%).

Gráfico 1 – Conduta dos cirurgiões-dentistas ao observar uma lesão suspeita de malignidade, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019



Fonte: autores.

Gráfico 2 – Autoavaliação dos profissionais quanto à capacidade de realizar biópsia e citologia esfoliativa, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019



Fonte: autores.

Ao serem questionados sobre o conhecimento do tema, 60,4% o consideram ótimo ou bom, enquanto 54,8% dos entrevistados se dizem confiantes para diagnosticar lesões bucais. Observou-se que 91,2% dos dentistas afirmaram realizar exame da cavidade bucal em busca de alterações nos tecidos na primeira consulta, porém 37,3% realizam esse exame ocasionalmente/raramente ou nunca. Isso sugere que nem todos os pacientes atendidos são avaliados, podendo passar despercebidas lesões bucais em estágios iniciais, sendo só observadas futuramente, quando houver aparecimento sintomático.

A maioria dos cirurgiões-dentistas questionados acertaram questões referentes ao conhecimento, as quais se referiam à lesão mais comumente associada ao câncer bucal (90,8%), ao tipo de câncer mais prevalente (82,5%), à região anatômica mais acometida (67,3%) e às características observadas na palpação dos linfonodos em metástases cervicais (63,1%).

Discussões

O cirurgião-dentista inserido na atenção primária no estado do Rio Grande do Norte possui o conhecimento básico sobre o câncer bucal. Contudo, um terço ainda não realiza ações voltadas para a prevenção da doença, o que pode contribuir para o agravamento da situação do câncer bucal no estado. As secretarias de saúde não oferecem cursos de atualização para a grande maioria dos profissionais. Assim, as fragilidades que estes possuem ao saírem da graduação e entrarem no serviço não são sanadas, o que reflete em sua atuação e na qualidade dos serviços prestados à população.

Percebemos que praticamente metade dos profissionais nunca teve capacitação sobre câncer bucal e, na grande maioria das vezes, não houve essa oferta pelo serviço como forma de educação permanente.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída pela Portaria nº 198/GM, em 13 de fevereiro de 2004¹⁴, e traz como uma de suas funções:

I - Identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva (grifo nosso).

Mais de uma década se passou desde a instituição deste documento, e o que se observa são serviços de saúde municipais sem nenhum polo de educação permanente. A formação permanente não é vista como prioridade e/ou necessária pela grande maioria dos serviços, seja por causa de uma gestão desqualificada, falta de conhecimento/interesse ou falta de recursos. Diversos estudos mostraram a necessidade da implantação de uma política constante de educação permanente com treinamento e capacitações para profissionais da saúde¹⁵⁻²². Porém, hoje, ou os profissionais buscam por meios próprios (como cursos de atualização), para diminuir suas deficiências, ou continuam nessa situação, a qual gera prejuízos para a qualidade do atendimento e para os usuários do sistema.

Diante da atuação sobre a prevenção ao câncer bucal, as equipes de saúde bucal devem fu-

gir do modelo vertical de transmissão do conhecimento, considerando os conhecimentos prévios dos pacientes com relação ao tema, estimulando o autocuidado e a adoção de comportamentos saudáveis³⁰. Para isso, também se faz necessário que as atividades sejam realizadas de forma contínua, seja na sala de espera, por meio de visita domiciliar, em grupos na unidade ou de outras formas, orientando quanto aos fatores de risco, visando a melhores resultados de prevenção e combate. Destaca-se, neste ponto, a importância do agente comunitário de saúde para a criação de vínculos com os indivíduos e a comunidade, de forma a colaborar com a identificação de categorias de risco (tabagistas e alcoólatras) e com as ações de prevenção a doenças e promoção da saúde bucal. Ademais, a participação de todos os profissionais da ESF é importante e necessária por permitir o cuidado integrado do usuário e potencializar a abordagem sobre o câncer bucal^{3,23,24}.

Quando questionados sobre o exame bucal na busca de lesões, mais de 37% dos profissionais afirmaram que ainda não realizavam diariamente esse procedimento, o que sugere que nem todos os pacientes atendidos são avaliados. Isso pode indicar que lesões orais em estágios iniciais estejam passando despercebidas, sendo observadas apenas futuramente, quando houver aparecimento sintomático. A grande maioria dos dentistas, ao se depararem com uma lesão suspeita, encaminham os pacientes para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou para faculdades de Odontologia, conforme observamos no Gráfico 1. Tal característica ocorre em decorrência da distribuição geográfica dos CEOs e das faculdades de Odontologia no estado. Existem, atualmente, 29 CEOs no Rio Grande do Norte e duas universidades públicas de odontologia, contudo, sua distribuição irregular dificulta o acesso ao serviço prestado, o que constitui um obstáculo à realização de um diagnóstico precoce e ao início do tratamento. Silva et al.25 (2015) avaliaram a cobertura da atenção secundária em saúde bucal no estado e observaram que a distribuição desigual permitiu um percentual de cobertura municipal de apenas 12,6%, com variação de 8% a 80% de cobertura entre as regiões de saúde.

A falta de capacidade desses profissionais para realizar o procedimento (Gráfico 2) e a ausência de materiais e insumos na unidade de saúde para realização de exames de diagnóstico, conforme relatado pelos dentistas, podem ser responsáveis pela opção de encaminhar os pacientes para CEO/faculdade. Cabe acrescentar que os materiais para a realização de biópsias e citologias esfoliativas são de baixo custo e existem nas unidades de saúde, pois são usados para outros procedimentos, por exemplo, exodontias. O que possivelmente esteja em escassez é o formol para fixação do tecido biopsiado, inviabilizando a realização do procedimento em questão. A preferência pelo encaminhamento é outra possível explicação também observada por Noro et al.²⁶ (2017).

Podemos considerar que os cirurgiões-dentistas possuem o conhecimento básico sobre o tema, visto que os participantes, em sua maioria, acertaram as questões referentes ao conhecimento sobre o tema. Isso sugere a qualidade do ensino público em relação ao conhecimento teórico desses profissionais, visto que mais de 70% dos entrevistados eram egressos de instituições públicas. Esses resultados se mostraram contrários a estudos semelhantes, que observaram que 40% dos profissionais que fizeram parte da pesquisa não souberam o tipo histológico mais comum e 70% não sabiam a localização mais frequente do tumor¹⁸. A mesma pesquisa demonstrou que 41,8% erraram o tipo mais comum e 67,3% a localização mais comum¹⁹, concluindo ser insuficiente o conhecimento dos profissionais sobre o tema²⁰.

Entretanto, por mais que tenham ou considerem ter um bom conhecimento teórico, os profissionais, em grande maioria, conforme observamos no Gráfico 2, não se sentem capazes de realizar o procedimento para o diagnóstico definitivo das lesões, o que torna necessário cursos práticos de procedimentos básicos para o diagnóstico. Este resultado também demonstra uma fragilidade nos cursos de graduação das universidades.

A ausência de capacidade dos profissionais e de condições materiais para a realização de biópsias, associada a uma rede de atenção secundária deficiente ou mal distribuída, leva, consequentemente, a um atraso no diagnóstico, comprometendo o tratamento e a possibilidade de cura em tempo ágil²⁷.

Segundo Gómez et al.¹¹ (2010), o atraso no diagnóstico estaria associado frequentemente às seguintes situações: 1) atraso do paciente na percepção do primeiro sinal ou de alguma alteração na cavidade bucal; 2) o tempo que demora para agendar a consulta com o profissional; e 3) a demora para a realização da biópsia para diagnóstico definitivo. Cabe destacar que cerca de 30% dos pacientes negligenciam a ida ao profissional mesmo após a autodescoberta das lesões²⁸.

Diante dessa realidade, é possível atuar em três pontos: primeiramente, por meio de medidas preventivas de educação em saúde sobre fatores de risco e mudança de hábitos, conscientizando os usuários do serviço sobre a corresponsabilidade com sua saúde e o autocuidado. Nesse momento, a atuação conjunta com o agente comunitário de saúde deve ser fortalecida, de modo que atuem, durante as visitas domiciliares, como agentes na busca ativa por alterações, sinais ou qualquer situação suspeita, garantindo ainda o acesso aberto ao cirurgião-dentista, atuando, dessa forma, no segundo ponto que dificulta o diagnóstico precoce²⁹⁻³¹.

Para o terceiro ponto, propõe-se que ocorra a estruturação das unidades básicas de saúde, de maneira que as biópsias sejam realizadas pelo cirurgião-dentista da atenção primária, diminuindo o tempo que o paciente demora para conseguir o acesso ao exame nos centros de especialidades odontológicas. Assim, será garantido um diagnóstico definitivo precocemente, levando ao início do tratamento, evitando muitas vezes caminhos desnecessários que o paciente percorre pela rede na tentativa de realizar o exame histopatológico, principalmente nas cidades em que não há oferta de atenção secundária em saúde bucal²⁶. Para tanto, considerando a falta de capacidade dos profissionais para realizar tal procedimento (Gráfico 2), faz-se necessário ofertar cursos de atualização com abordagem prática do exame.

Implementando essas ações, é possível que o cenário do câncer bucal no Rio Grande do Norte seja alterado, de modo que os casos passem, em sua maioria, a ser diagnosticados e tratados precocemente, com menos mutilação e, consequente-

mente, melhoria na qualidade de vida da população^{3,16}.

Conclusão

Os cirurgiões-dentistas inseridos na atenção primária no estado do Rio Grande do Norte possuem o conhecimento básico sobre o câncer bucal, consideram-se capazes de realizar o diagnóstico de lesões bucais e realizam ações voltadas para prevenção e diagnóstico precoce. Contudo, algumas fragilidades foram encontradas:

- um terço desses profissionais ainda não realiza ações voltadas para a prevenção da doença, o que pode contribuir para o agravamento da situação do câncer bucal no estado;
- a maioria não se sente capaz de realizar biópsias e citologias esfoliativas na unidade de saúde;
- é necessário que haja investimentos em capacitações voltadas para a prática de realização de biópsias e citologias esfoliativas para os dentistas da atenção primária.

Em relação à educação permanente, as secretarias municipais de saúde não oferecem cursos de atualização para a grande maioria dos profissionais. Assim, as fragilidades que os profissionais possuem ao saírem da graduação e entrarem no serviço não são sanadas, o que reflete em sua atuação e na qualidade dos serviços prestados à população.

Por fim, a realização de biópsias e citologias esfoliativas na atenção primária é perfeitamente possível por necessitar de baixa complexidade de equipamentos, e sua eficácia no diagnóstico permite a detecção precoce e o início do tratamento em estágios iniciais da doença, podendo reduzir as taxas de mortalidade por câncer bucal.

Abstract

Objective: this study sought to analyze the performance of dental surgeons in the public health network regarding oral cancer. Method: this is a cross-sectional study in which 217 dentists were interviewed. Data collection was conducted through a structured questionnaire sent via e-mail, by the Regional Council of Dentistry of Rio Grande do Norte. Results: one third of the professionals reported being able to perform biopsies and exfoliative cytology, but only 15.2% of the Health Units had material conditions to carry them out. About 85% of dental surgeons had basic knowledge about oral cancer, and 66.8% performed educational-preventive actions. Conclusion: although most dental surgeons had adequate knowledge to perform the oral diagnosis, most of them were not able to perform surgical procedures for diagnostic purposes. The performance of this exam in primary care is perfectly possible because it requires low equipment complexity, and its effectiveness in diagnosis allows for early detection and initiation of treatment in the early stages of the disease, which can reduce oral cancer mortality rates.

Keywords: Oral cancer. Primary Health Care. Dentists.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre Mortalidade [acessado em 2018 mar 12]. Disponível em URL: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def.
- Brasil. Instituto Nacional de Câncer (Inca). ABC do Câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Inca; 2018.
- Torres-Pereira CC, Angelin-Dias A, Melo NS, Lemos Jr. CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer de boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. Cad Saúde Pública 2012; 28(Suppl):s30-s9.
- Vasconcelos RM, Trindade JSO, Almeida ICP, Silva RJC, Morais MLSA. Perfil clínico-epidemiológico de câncer de boca em idosos. Rev Gestão & Saúde [periódicos na internet] 2013 [acessado 2017 fev. 15]; 1984-91. Disponível em URL: http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22970.
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2018; 68(6):394-424.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2017.
- Carvalho MB, Lenzi J, Lehn CN, Fava AS, Amar A, Kanda JL, et al. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. Rev Assoc Med Bras 2001; 47(3):208-14.

- Breber S, Jeunon FA, Babosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: Uma revisão de literatura entre perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. Rev Bras Cancerol 2007; 53(1):63-9.
- Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. Oral Oncol 2009; 45(4-5):309-16.
- Gómez I, Seoane J, Varela-Centelles P, Diz P, Takkouche B. Is diagnostic delay related to advanced-stage oral cancer? A meta-analysis. Eur J Oral Sci [serial on the Internet] 2009 [acessado 2017 jan. 14]; 117(5):541-6. Disponível em URL: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0722.2009.00672.x.
- 11. Gómez I, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles P, López-Jornet P, Suárez-Cunqueiro M, Diz-Dios P, et al. Is early diagnosis of oral cancer a feasibleobjective? Who is to blame for diagnostic delay?. Oral Dis [serial on the Internet] 2010 [acessado 2017 jan. 14]; 16(4):333-42. Disponível em URL: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1601-0825.2009.01642.x.
- 12. Dib LL. Nível de conhecimento e de atitudes preventivas entre universitários do curso de odontologia em relação ao câncer bucal: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. Acta Oncol Bras 2004; 24(2):628-43.
- 13. Vasconcelos EM. Comportamento dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2006.
- 14. Brasil. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União; 13 fev. 2004.
- 15. Alvarenga MGC, Couto MG, Ribeiro AO, Milagres RCM, Messora MR, Kawata LT. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto ao câncer bucal. RFO UPF 2012 [acessado 2018 jan. 2009]; 17(1):31-5. Disponível em URL: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttex-t&pid=S1413-40122012000100006&lng=es.
- 16. 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.
- 17. Ribeiro RIMA, Chaves ALI, Soares JM. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. Rev Bras Odontol 2014 [acessado 2018 set. 21]; 71(1):42-7. Disponível em URL: http://revodonto.bv-salud.org/pdf/rbo/v71n1/a09v71n1.pdf.
- Andrade SN, Muniz LV, Soares JMA, Chaves ALF, Ribeiro RIMA. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. Rev Bras Odontol 2014; 71(1):42-7.
- Falcão MML, Alves TDB, Freitas VS, Coelho TCB. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. Rev Gaúcha de Odontol 2010; 58(1):27-33.
- Hassona Y, Scully C, Shahin A, Maayta W, Sawair F. Factors Influencing Early Detection of Oral Cancer by Primary Health-Care Professionals. J Canc Educ 2016; 31:285. Disponível em URL: https://doi.org/10.1007/s13187-015-0823-2.
- Seoane J, Varela-Centelles P, Tomás I, Seionare-romero J, Diz P, Takkouche B. Continuing education in oral cancer prevention for dentists in Spain. J Dent Educ 2012; 76(9):1234-40. Disponível em URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22942420.
- 22. Saleh A, Kong YHH, Vengu N, Badrudeen H, Zain Rb, Cheong SC. Dentists' perception of the role they play in early detection of oral cancer. Asian Pac J Cancer Prev 2014;

- $15(1):229\hbox{-}37.$ Disponível em URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24528031.
- 23. Barros GIS. Câncer de boca em um Município da Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro: Cuidado e Rede de Atenção a partir da Estratégia de Saúde da Família [Dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2016.
- Baykul T, Yilmaz HH, Aydin U, Aksoy M, Yildirim D. Ealy diagnosis of oral cancer. J Int Med Res 2010; 38(3):737-49.
- Silva AP, Dutra LC, Martins YVM, Araújo HSP, Seabra EJG.
 Cobertura da atenção secundária no Rio Grande do Norte (RN). Rev Abeno 2015; 15(2):65-73.
- 26. Noro LRA, Landim JR, Martins MCA, Lima YCP. O desafio da abordagem do câncer de boca na atenção primária em saúde. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet] 2017; 22(5):1579-87. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501579&lng=en&nrm=iso.
- 27. Sousa FB, Silva MRF, Fernandes CP, Silva PGB, Alves APNN. Oral cancer from a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará. Braz Oral Res [serial on the Internet] 2014 [acessado 2018 dez. 2]; 28(no. spe):1-8. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180683242014000200006&Ing=en&nrm=iso.
- Scott S, Mcgurk M, Grunfeld E. Patient delay for potentially malignant oral symptoms. Eur J Oral Sci 2008; 116:141-7.
- Vidal AKL, Silveira RCJ, Soares EA, Cabral AC, Caldas Júnior AF, Souza EHA, et al. Prevenção e diagnóstico precoce do Câncer de boca: uma medida simples e eficaz. Clin Cientif 2003: 2(2):109-14.
- Ribeiro MTF, Ferreira RC, Vargas AMD, Ferreira EF. Validity and reproducibility of the revised oral assessment guide applied by community health workers. Gerodontology 2014; 31:101-10.
- 31. Sousa JG. A capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a busca ativa das pessoas com alterações da normalidade nas mucosas da boca: contribuição para o diagnóstico das neoplasias orofaciais [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.

Endereço para correspondência:

Clébio Jarlison Rego de Freitas Rua Adrião Bezerra, 100 CEP: 59700-000 – Apodi, RN, Brasil Telefone: (84) 99233-7408 E-mail: jarlisonodonto@gmail.com

Recebido: 05/03/2020. Aceito: 06/07/2020.