

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

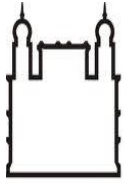
Doutorado em Saúde Pública

Avaliação da Atenção em Saúde Bucal: contribuições para o controle do câncer de boca no município do Rio de Janeiro

Doutoranda: Manoela Garcia Dias

Orientação: Vera Lucia Luiza e Ana Cláudia Figueiró

**Rio de Janeiro
2018**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



MANOELA GARCIA DIAS

**Avaliação da Atenção em Saúde Bucal: contribuições para o controle do
câncer de boca no município do Rio de Janeiro**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora.

Orientadoras: Vera Lucia Luiza e Ana Cláudia Figueiró

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

D541a Dias, Manoela Garcia.
Avaliação da atenção em saúde bucal: contribuições para o controle do câncer de boca no município do Rio de Janeiro / Manoela Garcia Dias. -- 2018.
294 f. : il. color. ; mapas ; tab.

Orientadoras: Vera Lucia Luiza e Ana Cláudia Figueiró.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Saúde Bucal. 2. Neoplasias Bucais - prevenção & controle. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Atenção Secundária à Saúde. 5. Diagnóstico Precoce. I. Título.

CDD – 22.ed. – 616.994098153

Manoela Garcia Dias

**Avaliação da Atenção em Saúde Bucal: contribuições para o controle do
câncer de boca no município do Rio de Janeiro**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Aprovada em: 28 de maio de 2018.

Banca Examinadora

Dra. Márcia Maria Pereira Rendeiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Dr. Mario Jorge Sobreira da Silva
Instituto Nacional de Câncer

Dra. Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Dra. Ana Claudia Figueiró ScD MSC (Segundo Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Dra. Vera Lucia Luiza ScD MSC (Primeiro Orientador)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz

Rio de Janeiro

2018

*Dedico minha tese aos
pacientes em tratamento
oncológico para câncer de
boca.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pelo dom da vida, por possibilitar que eu abra meus olhos e me levante com saúde todas as manhãs e por ter colocado essas pessoas iluminadas em minha vida.

Às minhas orientadoras Vera Lucia Luiza e Ana Claudia Figueiró, por terem confiado desde o início em meu trabalho, pelo aprendizado, carinho, preocupação e paciência dedicados a mim durante esses quatro anos de convivência.

À toda minha família, que trabalhou arduamente durante anos para que eu pudesse me dedicar aos estudos e por me dar o apoio necessário para que alcançasse mais esta conquista, em especial meu tio Sérgio e irmão Glauco, que inclusive auxiliaram na análise dos dados.

Ao meu pai Alexandre (em memória) que, junto à minha família, me deu a base fundamental para que eu conseguisse alcançar essa conquista. Meus tios Paulo, Ricardo e avô Hildebrando, pelo cuidado e orientação. E minhas cunhadas, que estão sempre presentes em todos os momentos.

Ao meu marido e melhor amigo, Rui José, pelo companheirismo, apoio, compreensão, e dedicação especialmente para elaboração da apresentação da defesa.

Aos primos pelo apoio, carinho e companheirismo de sempre, especialmente aos primos Dudu e Gabi, que auxiliaram na apresentação final.

Às crianças da minha vida, afilhada Giulia, e sobrinhos Myllena, Geovanna, , Karen e Kauan por me fazerem voltar a ser criança por alguns instantes e esquecer as “questões” da vida adulta.

Aos Professores Dra. Márcia Maria Pereira Rendeiro, Dr. Mario Jorge Sobreira da Silva, Dra. Márcia Cristina Rodrigues Fausto, Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso, Dra. Ana Luisa Barros de Castro e Dra. Roberta Gondim de Oliveira por aceitarem compor a minha banca de defesa com valiosas contribuições e pela disponibilidade em participar da avaliação do trabalho.

Aos meus colegas do doutorado, especialmente Marluce, por se fazer sempre presente, compartilhando conhecimentos, angústias, inseguranças e as conquistas.

À chefia do INCA IV, em especial Vilma, Karina, Luciana, Eliete, pelo apoio nas fases do estudo.

Às minhas técnicas e amigas de plantão: Cássia, Cristina e Fernanda. E a toda a equipe do SPA/HC IV, enfermeiros, técnicos de enfermagem, em especial Bárbara e Danielle, pelo carinho e amizade.

À equipe de coleta dos dados, ao Coordenador Municipal de Saúde Bucal, à Coordenação da CAP 2.2, à da CAP 3.3, à Coordenadora do SISREG, à Coordenadora do SER, a todos os gestores e profissionais de saúde bucal que aceitaram participar da pesquisa.

Às amigas Elizabeth, Amanda, Iris, Fabiennée, Elisa e Vanessa, pela parceria na construção desse trabalho, e em especial à amiga Gilvania, que me ajudou no fluxo de coleta dos dados. E aos amigos do CBMERJ que estão sempre presentes. Enfim a todos que colaboraram para a realização deste trabalho, de maneira direta ou indireta.

Aos pacientes oncológicos do INCA, por terem inspirado e contribuído com a realização desta pesquisa.

A todos, o meu MUITO OBRIGADA do fundo do coração!

É impossível progredir sem mudança, e aqueles que não mudam suas mentes não podem mudar nada. George Bernard Shaw

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da atenção prestada aos portadores de câncer de boca (CB), no município do Rio de Janeiro, quanto às dimensões de acesso e a efetividade do cuidado prestado na atenção primária e secundária em saúde. Trata-se de uma pesquisa avaliativa de análise de estrutura, processos e resultados de uma intervenção, utilizando abordagem qualitativa e quantitativa. O objeto foi o programa “Brasil Sorridente”, no seu componente de prevenção e controle do CB. O estudo foi desenvolvido em quatro etapas: verificação dos dados do SISREG para descrição da casuística de CB no município do Rio de Janeiro e identificação da unidade hospitalar que mais absorve a demanda; verificação dos bancos do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para seleção da amostra de entrevistados; entrevistas com usuários, em que também foram verificadas as unidades primárias e secundárias de seu atendimento; e visitas às unidades para observação e entrevista com profissionais e gestores. O perfil dos pacientes convergiu quanto ao sexo, raça e faixa etária entre a população do INCA e do município do Rio de Janeiro, sendo a maioria constituída de homens, brancos e idosos. Quanto aos profissionais que atuam na saúde bucal, identificamos a maioria do sexo feminino, na faixa etária de 45 anos, cirurgiã-dentista, formada há até 10 anos e apenas um não possuía especialização. A maioria trabalha na unidade de 2 a 5 anos, e declarou não ter realizado cursos de pós-graduação em CB. No que diz respeito ao Acesso, encontrou-se acessibilidade geográfica com boa localização, proximidade de malha viária e de estacionamento. Evidenciou-se adequada oferta de procedimentos e profissionais, ambientes e materiais, tanto permanentes quanto de consumo, em quantidade suficiente e em condições de uso. Foram apropriadas a oportunidade dos exames de esclarecimento diagnóstico, assim como a operacionalidade do SISREG para o fluxo dos pacientes. No entanto, evidenciou-se problemas na oferta de educação continuada para atualização quanto ao CB, que alcança os cirurgiões dentistas, mas não o restante da equipe. Um aspecto importante foi a deficiência de informação clara aos usuários quanto à disponibilidade do serviço odontológico, comprometendo a porta de entrada. Todavia, uma vez ultrapassada essa barreira, encontrou-se adequada provisão de informações quanto ao fluxo na rede de atendimento. Em relação à Efetividade, foram controversos os achados quanto à oferta de educação aos pacientes sobre a saúde bucal, pois enquanto os profissionais declararam oferecê-la, os pacientes entrevistados não reconheciam tê-la recebido. No componente Resultado, constatou-se aumento da oferta de cuidado à saúde bucal, alcançando todas as fases do ciclo de vida, além de fluxo organizado na rede de atenção em saúde bucal, em que pese que dez dos 21 entrevistados tenham feito parte de seu percurso no setor privado. Os usuários se declararam satisfeitos quanto à assistência na atenção primária e secundária. Conclui-se que, apesar das falhas na educação dos usuários quanto à saúde oral e a falta de informação clara quanto à oferta de serviço, uma vez ultrapassadas as barreiras da porta de entrada, existe boa oferta de atenção primária e secundária ao CB no município do Rio de Janeiro no que tange ao acesso e efetividade do cuidado.

Palavras-chave: Saúde bucal. Câncer bucal. Atenção primária de saúde. Atenção secundária de saúde. Prevenção. Diagnóstico precoce,

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the quality of the care given to patients with oral cancer (OC) in the city of Rio de Janeiro concerning the dimensions of access and effectiveness of primary and secondary health care. It is an evaluative research that analyzed the structure, processes and results of an intervention, using a qualitative and quantitative approach. The object was the “*Brasil Sorridente*” program, in its component of prevention and control of OC. The study was developed in four steps: verification of the SISREG data to describe the casuistry of OC in the city of Rio de Janeiro and identification of the hospital unit that most absorbs the demand; verification of the banks of the National Cancer Institute (INCA) to select the sample of interviewees; interviews with users, where we also checked the primary and secondary units of their care; and visits to the units to perform observations and interviews with professionals and managers. The profile of the patients was convergent regarding gender, race and age group between the INCA population and the one of the city of Rio de Janeiro, where most patients were male, white and elderly. As for the professionals who work in oral health, we identified that most were female, belonging the age group of 45 years, dental surgeons, graduated up to 10 years ago, and only one of them did not have specialization. Most work in the unit for 2 to 5 years and said that they did not take post-graduate courses in OC. With regard to Access, we found geographic accessibility with good location, proximity to road network and parking. We noted an adequate provision of procedures and professionals, environments and materials, both permanent and consumable, in a suitable amount and in normal use conditions. The opportunity of the examinations related to diagnostic accuracy was appropriate, as well as the workability of the SISREG for patient flow. Nevertheless, we noted some problems in the provision of continuing education regarding the update of knowledge about OC, which reaches dental surgeons, but not the rest of the staff. An important aspect was the shortcoming of clear information to the users regarding the availability of the dental service, thereby undermining the entrance door. Nevertheless, once this barrier was overtaken, we found an adequate provision of information regarding the flow in the service network. In relation to Effectiveness, the findings regarding the provision of education to the patients about oral health were controversial, because, while the professionals declared to offer it, the interviewed patients did not acknowledge the receipt of this education. In the component called Result, we found an increase in the provision of oral health care, reaching all stages of the life cycle, besides an organized flow in the oral health care network, in spite of the fact that 10 of the 21 interviewees performed part of their course in the private sector. The users declared to be satisfied with regard to primary and secondary care. We conclude that, despite the fact that there are gaps in the education of the users in relation to oral health, as well as regarding clear information about the service provision, once the barriers of the entrance door were overtaken, there is a good provision of primary and secondary care towards CB in the city of Rio de Janeiro with regard to access and effectiveness of care.

Keywords: Oral Health. Mouth Neoplasms. Primary Health Care. Secondary Care. Prevention & Control. Early Diagnosis.

Lista de ilustrações

Figura 1 - Fluxo das ações de saúde bucal.	36
Figura 2 - Fluxo preconizado de atendimento para lesões suspeitas de câncer de boca.	46
Figura 3 - Modelo Lógico da Política Nacional de Saúde Bucal – Componente Controle do Câncer de Boca.	73
Figura 4 - Modelo teórico da avaliação da qualidade da assistência ao paciente.....	77
Figura 5 - Mapa do município do Rio de Janeiro dividido por AP.	78
Figura 6 - Estratificação para seleção dos pacientes para entrevista. Rio de Janeiro, RJ, 2017.	82
Figura 7 - Descrição metodológica da coleta de dados	89
Figura 8 - Fluxos de pacientes entre os níveis de atenção em saúde.....	122

Lista de tabelas

Tabela 1 - Taxa de sobrevivência em cinco anos do câncer de boca segundo o sítio primário e o estágio da doença – Brasil – 2016.	21
Tabela 2 - Distribuição de casos novos de câncer de boca segundo o gênero. Brasil, 2008-2018.	49
Tabela 3 - Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por câncer de boca segundo o gênero. Brasil, 2002-2011	50
Tabela 4 - Afecções sugestivas ou confirmadas de câncer de boca segundo a frequência por encaminhamento. Estado do Rio de Janeiro, janeiro de 2013 a setembro de 2015.	106
Tabela 5 - Registros de encaminhamentos de casos de câncer de boca. Município do Rio de Janeiro, janeiro de 2013 a setembro de 2015.	107
Tabela 6 - Distribuição dos registros de encaminhamentos pelo SISREG. Rio de Janeiro, janeiro de 2013 a setembro de 2015.	108
Tabela 7 - Classificação de risco segundo o tipo de suspeita de lesão envolvido nos registros de encaminhamentos. Município do Rio de Janeiro, janeiro de 2013 a setembro de 2015.	109
Tabela 8 - Unidades solicitantes por área programática dos encaminhamentos para especialidade de Cabeça e Pescoço geral e Oncológica/Estomatológica e Odontológica originados no município do Rio de Janeiro. Janeiro de 2013 a setembro de 2015.	110
Tabela 9 - Unidades executantes dos encaminhamentos de câncer de boca originados no município do Rio de Janeiro. Janeiro de 2013 a setembro de 2015.	111
Tabela 10 - Gênero e raça dos pacientes portadores de câncer de boca segundo faixa etária no município do Rio de Janeiro. Janeiro de 2013 a setembro de 2015.	111
Tabela 11 - Estratificação do tempo entre a solicitação do procedimento e a execução dos registros de encaminhamento dos pacientes com lesões suspeitas ou confirmadas de câncer de boca no município do Rio de Janeiro. Janeiro de 2013 a setembro de 2015.	112
Tabela 12 - Distribuição dos pacientes por clínica de matrícula no INCA. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, janeiro de 2013 a setembro de 2016.	112
Tabela 13 - Distribuição da topografia do câncer de boca segundo sexo dos pacientes matriculados no setor de Cabeça e Pescoço do INCA I. Rio de Janeiro, RJ, janeiro 2013 a setembro 2016.	113
Tabela 14 - Gênero e raça segundo faixa etária dos pacientes portadores de câncer de boca matriculados no setor de Cabeça e Pescoço do INCA I. Rio de Janeiro, RJ, janeiro 2013 a setembro 2016.	114
Tabela 15 - Perfil sociodemográfico dos pacientes portadores de câncer de boca matriculados no setor de Cabeça e Pescoço do INCA I. Rio de Janeiro, RJ, janeiro 2013 a setembro 2016.	115
Tabela 16 - Distribuição dos pacientes na condição de ativo por residência de acordo com a Área Programática no município do Rio de Janeiro. Janeiro 2013 a setembro 2016.	116
Tabela 17 - Perfil sociodemográfico dos pacientes entrevistados portadores de câncer de boca. Rio de Janeiro, RJ, 2017.	117
Tabela 18 - Perfil sobre estilo de vida e fatores de risco dos entrevistados portadores de câncer de boca. Rio de Janeiro, RJ, 2017.	118
Tabela 19 - Percepção da doença e tempo para atendimento dos pacientes entrevistados portadores de câncer de boca. Rio de Janeiro, RJ, 2017.	119

Tabela 20 - Unidades de saúde, tempo de realização de exame e do encaminhamento dos pacientes entrevistados portadores de câncer de boca. Rio de Janeiro, RJ, 2017.	120
Tabela 21 - Trajetória assistencial dos pacientes entrevistados portadores de câncer de boca. Rio de Janeiro, RJ, 2017.....	121
Tabela 22 - Características de estrutura das unidades de atenção primária em saúde estudadas para avaliação da qualidade da assistência, Rio de Janeiro, RJ, 2017.....	123
Tabela 23 - Características de processos de trabalho das unidades de atenção primária em saúde na percepção dos gestores e profissionais, Rio de Janeiro, RJ, 2017.....	124
Tabela 24 - Características quanto à estrutura mais relevantes das unidades de atenção secundária em saúde estudadas para avaliação da assistência odontológica Rio de Janeiro, RJ, 2017.	127
Tabela 25 - Características de processos de trabalho das unidades de atenção secundária em saúde na percepção dos gestores e profissionais, Rio de Janeiro, RJ, 2017.....	127
Tabela 26 - Perfil dos gestores e profissionais no nível central e unidades de saúde na atenção primária e secundária de saúde, Rio de Janeiro, RJ, 2017.....	130
Tabela 27 - Perfil câncer de boca, fator de risco, tratamento e evolução dos entrevistados portadores de câncer de boca. Rio de Janeiro, RJ, 2017.	142

Lista de quadros

Quadro 1 - Estudos sobre atuação da ESB no Brasil.....	42
Quadro 2 - Leis e portarias relacionadas ao implementação em Saúde Bucal. Brasil, 2017. ...	43
Quadro 3 - Hospitais cadastrados na Rede Oncológica. Município do Rio de Janeiro, 2014..	46
Quadro 4 - Código Internacional de Doenças em Oncologia. Brasil, 2008.	47
Quadro 5 - Dimensões de acesso por autor.	65
Quadro 6 - Lista de bairros por área programática (AP)	78
Quadro 7 - Distribuição de Unidades de Saúde segundo o tipo.	80
Quadro 8 - Matriz de informação - Percurso da pesquisa e variáveis do estudo.....	87
Quadro 9 - Matriz de avaliação dos dados do estudo - Dimensão Acesso.....	94
Quadro 10 - Matriz de avaliação dos dados do estudo - Dimensão Efetividade do cuidado .	100
Quadro 11 - Matriz de avaliação dos dados do estudo - Resultados	104

Lista de abreviaturas e siglas

ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CABUL	Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer de Boca
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAP	Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CB	Câncer de Boca
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Código Internacional de Doença
CIR	Cirurgia
CLT	Consolidação das leis de trabalho
CNCC	Campanha Nacional de Câncer
CNE	Cateter nasoenteral
CNS ¹	Conferência Nacional De Saúde
CNS ²	Cartão Nacional Do SUS
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CSB	Coordenação de Saúde Bucal
DAB	Departamento de Atenção Básica
DNC/MS	Divisão Nacional do Câncer do Ministério da Saúde
DPM	Desordens celulares com potencial de malignização
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde Família
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
Hiperdia	Grupo de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus
HPV	Vírus do Papiloma Humano
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IARC	International Agency for Research on Cancer
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
KPS	Karnofsky Performance Status
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
Mlog	Modelo lógico
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da saúde
MTX	Metástase
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEPCCB	Programa de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer da Boca
PMAQ-CEO	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
PNAT	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
Pro-Onco	Programa de Oncologia
QT	Quimioterapia
QTC	Qualidade técnico-científica
RA	Região Administrativa
RTX	Radioterapia
SAP	Superintendência de Atenção Primária
SB Brasil	SB Brasil Saúde Bucal Brasil
SBC	Saúde Bucal Coletiva
SESI	Serviço Social da Indústria
SISREG	Sistema de Regulação
SER	Sistema Estadual de Regulação
SMS	Sistema Municipal de Saúde
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Dental
TNM	Tumor-Nódulo-Metástase
TPD	Técnico de prótese dentária
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UB	Unidade Básica
UBS/SF	Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UVA	Radiação Ultravioleta A
WONCA	World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
1.1 PERGUNTAS DO ESTUDO	23
2 OBJETIVOS	24
2.1 GERAL.....	24
2.2 ESPECÍFICOS	24
3 RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	25
4 REFERENCIAL TEÓRICO	27
4.1 SAÚDE BUCAL	27
4.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL	28
4.2.1 Organização da Atenção Secundária em Saúde Bucal e estratégias de avaliação...	37
4.2.2 Leis, portarias e protocolos relacionados à Saúde Bucal	43
4.3 SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	44
4.4 CÂNCER DE BOCA	47
4.4.1 O papel da Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde no câncer de boca e as Redes de referências de tratamento oncológico	53
4.4.2 Intervenções para prevenção primária e secundária do câncer de boca.....	55
4.5 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	59
4.6 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE.....	61
4.6.1 Acesso em saúde.....	64
4.6.2 Efetividade do cuidado.....	68
4.6.3 Trajetória assistencial na avaliação em saúde	69
5 MÉTODO	71
5.1 TIPO DE ESTUDO	71
5.2 OBJETO DE ESTUDO	72
5.3 DIMENSÕES E CRITÉRIOS DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA.....	74
5.4 CONTEXTO DO ESTUDO: O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	78
5.5 PÚBLICO-ALVO/AMOSTRA DA ABORDAGEM QUALITATIVA	81
5.6 PERCURSO METODOLÓGICO	83
5.6.1 Abordagem quantitativa	83
5.6.2 Abordagem qualitativa	84
5.7 ANÁLISE DOS DADOS	89
5.8 ASPECTOS ÉTICOS	105

6 RESULTADOS	105
6.1 PERFIL DA POPULAÇÃO DO ESTUDO	106
6.1.1 População do município do Rio de Janeiro com lesão suspeita ou confirmada de câncer de boca	106
6.1.2 Pacientes com lesão confirmada de câncer de boca matriculada no INCA	112
6.2 PERFIL E TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DOS PACIENTES	116
6.2.1 Perfil dos pacientes entrevistados	116
6.2.2 Percurso dos pacientes no sistema de saúde segundo os próprios	118
6.3 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE E DOS ENVOLVIDOS COM O PROGRAMA MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL	123
6.3.1 Unidades de Saúde de Atenção Primária em Saúde	123
6.3.2 Unidades de Atenção Secundária em Saúde	126
6.3.3 Perfil dos gestores e profissionais do Programa Municipal de Saúde Bucal	128
6.4 ATENÇÃO AO CÂNCER DE BOCA SEGUNDO O ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE E EFETIVIDADE DO CUIDADO E CONSEQUÊNCIA DO CUIDADO OU RELACIONAR COM BLOCO 5 DA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	132
6.4.1 O acesso ao diagnóstico e assistência ao câncer de boca	132
6.4.2 Efetividade do cuidado aos pacientes com câncer de boca	139
6.4.3 Consequência do cuidado: resolutividade e satisfação dos usuários.	141
6.4.4 Percepção dos usuários sobre outras unidades de saúde do setor público	144
7 DISCUSSÃO	145
7.1 A DIMENSÃO ACESSO NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL	148
7.2 A EFETIVIDADE DO CUIDADO NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL E DAS PRÁTICAS	154
8 CONCLUSÃO	165
REFERÊNCIAS	169
APÊNDICE A – Roteiro para identificação da amostra da pesquisa (portadores de câncer de boca no município do RJ).....	187
APÊNDICE B – Roteiro para identificação do perfil dos pacientes matriculados no INCA.	188
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com paciente	189
APÊNDICE D – Roteiro de avaliação dos serviços de atenção primária	193
APÊNDICE E – Roteiro de avaliação dos serviços de atenção secundária	196
APÊNDICE F – Roteiro de entrevista com coordenador municipal de saúde bucal	199
APÊNDICE G – Roteiro de entrevista com o gestor.....	200
APÊNDICE H – Roteiro de entrevista com o profissional de saúde bucal.....	202
APÊNDICE I – Roteiro de informações do prontuário do CEO:.....	204
APÊNDICE J – Termo de consentimento livre e esclarecido (gestor).....	205

APÊNDICE K – Termo de consentimento livre e esclarecido (cirurgião-dentista).....	209
APÊNDICE L – Termo de consentimento livre e esclarecido (profissional de saúde bucal)	213
APÊNDICE M – Termo de consentimento livre e esclarecido (paciente)	217
APÊNDICE N – Artigo submetido à Revista Odonto Ciência	221
Apêndice O – Resultado da análise de conteúdo para as dimensões acesso aos serviços de atenção primária e secundária em saúde bucal na percepção dos pacientes, gestões e profissionais de saúde bucal. Rio de Janeiro, RJ, 2017.....	247
APÊNDICE P – Resultado da análise de conteúdo para a dimensão efetividade, componente processo, dos serviços de atenção primária e secundária em saúde bucal na percepção dos pacientes, gestões e profissionais de saúde bucal. Rio de Janeiro, RJ, 2017.	254
APÊNDICE Q – Resultado do acesso e efetividade do cuidado dos serviços de atenção primária e secundária em saúde bucal na percepção dos pacientes, gestões e profissionais de saúde bucal. Rio de Janeiro, RJ, 2017.	257
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca	258
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres humanos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.....	264
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/SMS/RJ.....	270
ANEXO D – Carta de anuência do SISREG.....	277
ANEXO E – Carta de anuência do Sistema Estadual de Regulação.....	278
ANEXO F – SER 2.....	279
ANEXO G – SER 3	280
ANEXO H – SER 4.....	281
ANEXO I – SER 5	282
ANEXO J – SER 6	283
ANEXO K – Formulário de anuência do INCA.....	284
ANEXO L – Carta de aprovação da Unidade IV do INCA.....	289
ANEXO M – Carta de anuência da Coordenação Municipal de Saúde Bucal.....	291
ANEXO N – Carta de anuência da Coordenação Geral de Atenção Primária da Ap. 3.3	292
ANEXO O – Carta de anuência do Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella.....	293
ANEXO P – Carta de anuência do Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark.....	294

1 INTRODUÇÃO

Este estudo aborda os sistemas de saúde nos níveis primário e secundário da atenção ao câncer de boca (CB) no município do Rio de Janeiro. O interesse por essa temática se desenvolveu a partir da atuação profissional e acadêmica da autora. Durante o curso de mestrado, foi possível avaliar a qualidade de vida de pacientes portadores dessa enfermidade na fase final da doença (DE LUCA, 2012). A convivência com os pacientes, assim como a literatura revisada ao longo da pesquisa, permitiram perceber que o acesso ao sistema de saúde para o diagnóstico precoce do câncer de boca e a assistência necessária são pouco oportunos e adequados, interferindo diretamente em sua qualidade de vida nessa fase.

A saúde bucal é parte da saúde geral, essencial para o bem estar das pessoas. Implica em estar livre de dor orofacial crônica, de câncer de boca e de faringe, de alterações nos tecidos moles da boca, de defeitos congênitos, ou de outros agravos que afetem o complexo craniofacial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Esses problemas bucais causam dores e infecções, levando ao sofrimento psíquico. As condições dentárias expressam exclusão social, pois estão associadas à escolaridade deficiente, baixa renda, desemprego e dificuldade no acesso aos serviços assistenciais (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

O câncer de boca acomete, em sua maioria, pessoas com baixo nível sociocultural, alcoolistas e tabagistas (KOWALSKI; BRENTANI; COELHO, 2003). Devido a suas condições de vulnerabilidade, essas pessoas provavelmente não conseguem acompanhamento odontológico adequado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ou mesmo não procuram os serviços de saúde. Em sua maioria, possuem déficit no autocuidado. Além disso, esses pacientes, por vezes, possuem outras alterações na saúde, com interferência direta na sua qualidade de vida e convívio com seus pares (DE LUCA, 2012).

A doença, especialmente quando não tratada oportunamente, é significativamente mutilante, trazendo prejuízos no aspecto físico e psicológico desses pacientes e interferindo diretamente na qualidade de vida (BARBOSA, 2008).

Dados divulgados pela *International Agency for Researchon Cancer* (IARC) sobre os casos de câncer informam a existência de cerca de 14,1 milhões de novos casos, 8,2 milhões de mortes dentro de cinco anos de diagnóstico e 32,6 milhões de pessoas vivendo com câncer no mundo (FERLAY, 2013).

Dados divulgados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) informam a ocorrência, até 2018, de cerca de 600 mil casos novos e 145 mil óbitos no Brasil, sendo que na região Sudeste, encontra-se quase a metade dessa incidência. Para os casos de CB, estima-se, no

país, 11.200 casos na população masculina e em torno de 3.500 na feminina para o biênio 2018-2019, sendo o quinto mais prevalente entre a população masculina (BRASIL, 2018a). A taxa de mortalidade anual diferenciada entre os sexos foi de 5,2/100mil e 1,4/100mil, no período 2007-2011, para homens e para mulheres respectivamente (BRASIL, 2014a). Dados mais recentes, divulgados pelo Atlas de mortalidade do INCA, indicam que houve aumento na taxa de CB em homens e mulheres ao longo dos anos, sendo para os homens o aumento de 0,20 para 0,38 no período de 1979 a 2015 e de 0,07 para 0,14 em relação à mulheres considerando a mesma topografia e período de tempo (BRASIL, 2015a). As taxas percentuais de sobrevida entre os pacientes com CB em tratamento oncológico variam de acordo com a região anatômica acometida e o estágio da doença (Tabela 1).

Tabela 1 - Taxa de sobrevida em cinco anos do câncer de boca segundo o sítio primário e o estágio da doença – Brasil – 2016.

Região anatômica	Estágio I	Estágio II	Estágio III	Estágio IV
Língua oral	35-85%	26-77%	10-50%	0-26%
Assoalho da boca	58-75%	40-64%	21-43%	0-15%
Rebordo gengival	73%	41%	17%	0-10%
Mucosa jugal	77-83%	44-65%	20-27%	0-18%
Área retromolar	70%	57,8%	46,5%	0-10%
Palato duro	60-80%	40-60%	20-40%	0-30%

Fonte: BRASIL, 2016.

Ainda que a evolução na estimativa de prevalência do CB seja discreta, essa enfermidade constitui um problema mundial de saúde pública por seu alto índice de morbidade e mortalidade. Apesar de serem poucos casos em números absolutos, se comparada aos casos de câncer de mama, colo de útero e próstata, com estimativas de casos novos para o biênio 2018-2019 de 59.700 casos, 16.370 casos, 68.220 casos, respectivamente (BRASIL, 2018a), essa patologia acarreta alterações importantes no cotidiano das pessoas acometidas, interferindo na sua imagem corporal, no funcionamento do corpo, na estrutura psicológica, social e familiar. A enfermidade atinge, em sua maioria, a população na sua fase laboral, o que traz prejuízos indiretos para o país, além do diagnóstico ser tardio, acarretando a baixa sobrevida (BARBOSA, 2008a; FRANÇA et al., 2010). Porém, se diagnosticado precocemente, o CB possui um bom prognóstico, sendo a taxa de sobrevida média em cinco anos nos estágios I e II de 77,3%, porém de 32,2% nos estágios III e o IV, corroborando com os dados apresentados na Tabela 1 (CARVALHO et al., 2004).

O rastreamento populacional é indicado como medida importante, pois favorece o diagnóstico de lesões suspeitas, que serão encaminhadas para o diagnóstico diferencial,

acarretando em intervenção precoce e aumentando a possibilidade de cura (BRASIL, 2006). Estudos indicam a relevância do rastreamento dessa patologia em população de risco, como os tabagistas e alcoolistas (BRASIL, 2008a).

Porém, o diagnóstico precoce do CB é pouco frequente, sendo 65 a 85% dos casos diagnosticados em fase avançada, diminuindo a probabilidade de cura (CARVALHO et al., 2004; KOWALSKI, BRENTANI, COELHO, 2003; RAMOS et al., 2007; SILVA et al., 2009). Para esses, só restará oferecer cuidados paliativos, no sentido de buscar melhor qualidade de vida e controle dos sintomas.

A despeito da prevalência de CB, assim como de outras doenças que acometem a cavidade oral, a atenção odontológica prestada no âmbito do SUS é precária no que concerne ao acesso e à qualidade da assistência desse serviço. Isto se reflete em debilidades da saúde bucal na população. Desde o ano 2000, vem-se tentando reverter este quadro por meio dos incentivos fiscais criados pelo MS para integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, especialmente a partir da incorporação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (SILVA; SENNA; JORGE, 2013).

No âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), o programa “Brasil Sorridente”, implementado pelo Ministério da Saúde em 2004 (NARVAI; FRAZÃO, 2008), incorpora propostas de prevenção e controle do CB em suas ações, visando atuar sobre esse problema de saúde bucal da população brasileira, que ficou negligenciado durante todos os anos anteriores.

Programas governamentais que atuem nesse sentido são importantes para evitar o diagnóstico tardio e as altas taxas de encaminhamento dos pacientes com CB para tratamento paliativo. Entre as ações de saúde bucal do programa “Brasil Sorridente”, incluem-se as de prevenção e diagnóstico precoce do CB, o que requer o acesso facilitado aos serviços de saúde bucal. Além disso, necessita-se que as ações sejam resolutivas e oportunas para evitar o agravamento do problema. É relevante para sua implementação, o conhecimento da distribuição dos casos, regiões mais acometidas, fatores e hábitos de vida da população, assim como de programas e projetos já implementados, de maneira a identificar o ajuste entre oferta e demanda permitindo propor melhorias na área.

Com o desenvolvimento dos programas, espera-se que as respostas para os problemas de saúde aos quais se destinam sejam progressivamente positivas, o que pode ser acompanhado pela avaliação dos processos de implementação e resultados dessas intervenções, orientando para tomada de decisão quanto ao rumo das ações. Em função dos resultados de estudos de avaliação, há que se tomar decisões quanto à manutenção ou

alteração de rumo dos programas. Para tal, é relevante o desenvolvimento de estudos avaliativos que esclareçam os modos de atuação e os resultados desses programas, trazendo respostas para os gestores, profissionais e para a população (CHAMPAGNE et al., 2013a).

A região Sudeste concentra o maior número de casos novos de câncer entre as regiões do país (BRASIL, 2017a) e, em relação ao CB, tem o maior número de casos novos e também de taxa de incidência por 100 mil habitantes dessa patologia em relação às outras regiões do Brasil, estando entre os cinco tipos de cânceres mais incidentes (BRASIL, 2018a). Representa, assim, um cenário de estudo relevante para o tema, sendo escolhido o município do Rio de Janeiro para sua realização. O município vem passando, desde 2009, por uma importante reorganização de seu sistema de atenção primária em saúde (APS), tendo alcançado 586 equipes de saúde da família e 38 equipes de saúde bucal de modalidade I e II até maio de 2018 (BRASIL, 2018b). Além disso, conta com uma rede de referência em atendimento oncológico.

Assim, considerando a importância das estratégias de prevenção e promoção para a melhoria das condições de saúde bucal e especificamente o diagnóstico precoce e tratamento oportuno do CB, cabe indagar sobre o acesso e a qualidade das ações implementadas no âmbito da PNSB nos serviços primários e secundários de saúde do município do Rio de Janeiro. Ainda, interessa conhecer se os serviços cumprem seu papel quando são verificados casos de maior complexidade, atuando de forma articulada com o Centro de Especialidade Odontológica (CEO), que corresponde à atenção secundária e a experiência dos pacientes que peregrinam pela rede de atenção à saúde para resolução do seu problema.

1.1 PERGUNTAS DO ESTUDO

- a) Qual a qualidade da atenção prestada aos pacientes de CB no município do Rio de Janeiro quanto às dimensões de acesso e de efetividade do cuidado, no âmbito da atenção primária e secundária?
- b) Quais os fatores relacionados ao diagnóstico tardio do CB no município do Rio de Janeiro?

2 OBJETIVOS

Neste capítulo, apresentamos o objetivo geral do trabalho e os objetivos específicos.

2.1 GERAL

Avaliar a qualidade da atenção prestada aos portadores de câncer de boca (CB) no município do Rio de Janeiro quanto às dimensões de acesso e de efetividade do cuidado prestado na atenção primária e secundária em saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil dos portadores de CB no município do Rio de Janeiro em termos de variáveis sociodemográficas;
- b) Caracterizar a trajetória assistencial no transcurso da doença, considerando o perfil dos pacientes, dos serviços de saúde percorridos e dos envolvidos com as ações primárias e secundárias de saúde bucal no município;
- c) Analisar o acesso ao diagnóstico de CB na rede de serviços segundo os componentes de estrutura (acessibilidade geográfica, disponibilidade, ambiência) e processo (acessibilidade organizacional, coordenação, oportunidade);
- d) Analisar a efetividade do cuidado prestado nos serviços percorridos pelos pacientes, considerando a adequação e responsividade do cuidado;
- e) Avaliar os resultados alcançados com os usuários em termos da resolutividade e de satisfação desses usuários.

3 RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O rastreamento populacional para a detecção de lesões iniciais suspeitas de câncer e o encaminhamento adequado para o setor de diagnóstico ensejam o tratamento oportuno, aumentando as chances de cura (BRASIL, 2006). O CB é de uma enfermidade detectável precocemente e prevenível através de medidas de proteção e hábitos saudáveis de vida. Nesse sentido, programas governamentais, como o “Brasil Sorridente”, enfatizam a importância do diagnóstico precoce. No entanto, a realidade é que muitos pacientes somente são diagnosticados tardiamente, quando só resta oferecer-lhes os cuidados paliativos (KOWALSKI; BRENTANI; COELHO, 2003).

Assim, faz-se importante conhecer como os serviços de atenção primária em saúde, que é eixo organizador da rede de cuidado, assim como a atenção secundária, responsável por acolher os casos suspeitos e ofertar a segunda etapa do processo da assistência requerida, têm atuado no sentido de implementar as ações de saúde bucal. As ações incluem o rastreamento populacional e o diagnóstico precoce para essa patologia, além da orientação da população quanto aos fatores de risco e os fatores de proteção para prevenir essa doença.

A pesquisa também se justifica na medida em que existem estudos que tratam sobre essa temática de saúde bucal, porém deixando lacunas em relação à avaliação dos serviços destinados à prevenção e diagnóstico precoce do CB, além de trazerem pouca informação quanto ao acesso e qualidade do serviço de saúde bucal (SOARES et al., 2011).

Esse estudo será realizado no município do Rio de Janeiro, que vem passando desde 2009, por uma reorganização importante de seu modelo de atenção primária. Adicionalmente, conta com uma rede de referência em atendimento oncológico. Dados estatísticos indicam que a região Sudeste é a mais acometida entre as regiões do Brasil para os casos de CB (BRASIL, 2015a). É, assim, uma megalópole que possui os serviços desde a atenção primária até os serviços de reabilitação. Tem, portanto, potencial para ofertar cuidado em todos os níveis de atenção – primária, secundária, terciária e quaternária –, o que deveria favorecer a organização e ações de saúde bucal, bem como o tratamento adequado para a população, desde que a rede funcione de forma ordenada e harmônica. É, portanto, necessário avançar em relação à organização dessa oferta, o que pode ser beneficiado através de pesquisas de avaliação desses serviços, identificando falhas e levantando hipóteses para melhorias.

O CB é uma patologia relevante e se tornou um problema de saúde pública. Como seu diagnóstico precoce favorece o tratamento curativo, reduz as sequelas mutilantes, favorecendo a qualidade de vida dessas pessoas, são importantes as ações de prevenção e de diagnóstico precoce. Dessa forma, estudos que avaliem essas ações, poderão subsidiar a tomada de

decisões para a organização e oferta dos serviços, acarretando em melhores resultados da assistência à população, com vistas ao melhor acesso aos serviços, integralidade das ações e, assim, resolutividade dos casos suspeitos e confirmados de CB, promovendo qualidade dos serviços de saúde.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo traz os conceitos e o histórico sobre o tema abordado nesse trabalho, e foi dividido em seis subcapítulos que trazem as contribuições de outros autores sobre o tema em questão.

4.1 SAÚDE BUCAL

A saúde bucal vem se direcionando à resolução de problemas da população, tendo em vista que a tradicional odontologia não era acessível à parcela expressiva da população, deixando muitos à margem do atendimento. A Saúde Bucal Coletiva (SBC) está embasada nos processos sociais, psicológicos e biológicos que atuam sobre as condições de saúde bucal da população em paralelo com a teoria da determinação social das doenças, dessa forma, as ações vão além da prática clínica individual, sendo executadas dentro e fora do setor saúde. A SBC tem como objetivo integrar a atividade odontológica individual com a saúde coletiva, respondendo às demandas de saúde bucal e geral da população (SILVA; SENNA; FARIA, 2013).

O Brasil possui o maior número de cirurgiões-dentistas do mundo e tem uma boa prática em pesquisa na área de Odontologia Clínica (SILVA; SENNA; FARIA, 2013). Mesmo com esses bons indicadores, ainda prevalece um elevado nível de doenças bucais, além da dificuldade de acesso ao tratamento odontológico. Um dos fatores associados a essa problemática é o modelo assistencial vigente de saúde bucal, que não está sendo eficaz para controlar e prevenir doenças bucais, já que está mais voltado para a atenção individual, desconectada das condições de vida e trabalho da sociedade. Deve-se levar em consideração que atualmente, para se obter uma odontologia efetiva, é necessário voltar-se para a coletividade, e os profissionais devem ter a clareza que o ambiente social em que os indivíduos estão inseridos influencia nos seus comportamentos relacionados à saúde, de acordo com os aspectos como dieta, higiene bucal, uso de fluoretos, tabagismo e violência (SILVA; SENNA, 2013).

Saúde bucal e saúde geral são aspectos diferentes, porém inseparáveis; a distinção cabe ao fato da saúde bucal restringir-se à boca e ser de competência do cirurgião-dentista (CD). A saúde bucal inclui a prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, devendo, portanto, contemplar todas as etapas. O cirurgião-dentista não deve apenas olhar para a boca do paciente, mas sim para todo o contexto em que ele está inserido, pois zelar pela saúde bucal inclui todas as etapas já citadas e também o contexto social, econômico e cultural, que constituem os determinantes sociais da saúde (DSS) (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A saúde bucal vai muito além da presença ou ausência de enfermidades, sendo, por isso, muito importante distinguir “saúde bucal” de “incapacidade bucal”. Esta é solucionada através de procedimentos clínico-cirúrgicos no âmbito individual, o que é uma prática característica da odontologia desde a sua origem. Já os níveis de saúde bucal de uma população devem ser definidos para além do âmbito clínico-cirúrgico. Devem ser avaliados os determinantes sociais e, na avaliação das condições da população, o conceito de “incapacidade bucal” irá definir prioridades, sendo importante “atacar” as causas. As prioridades são estabelecidas de acordo com a extensão do problema (número de pessoas atingidas), gravidade do dano causado, possibilidade de atuação, custo per capita e grau de interesse da comunidade em resolver o problema (NARVAI; FRAZÃO, 2008). Esses pontos devem ser respeitados no processo de avaliação e atuação sobre a saúde bucal de uma população, porém, nem sempre um problema de saúde pública, mesmo gerando incapacidade, se tornará uma prioridade, pois isso depende de vários fatores, inclusive o interesse político.

Os problemas de saúde bucal podem ser divididos em persistentes e emergentes: os persistentes são as alterações que apresentam sinais e sintomas por um período mais longo, e os emergentes apresentam sinais e sintomas mais agudos. Os persistentes são cárie dentária, doença periodontal, má oclusão dentária, fissuras labiopalatais e CB. E os emergentes são fluorose dentária, traumatismos bucomaxilofaciais e cárie dentária radicular. No ponto de vista populacional, esses problemas podem ter magnitude expressiva em certos grupos etários e segmentos sociais referidos a renda e região geográfica (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Para a prevenção, diagnóstico e tratamento desses problemas, a PNSB tem o papel central na assistência à população, e sua atuação deve estar de acordo com a realidade de cada região.

4.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Apesar do início tardio de uma política específica para saúde bucal, a preocupação com o CB não é recente. Já em 1938, o médico Mário Kroeff realizava palestras para conscientizar os CD para o diagnóstico precoce do CB. Em 1970, a Fundação das Pioneiras Sociais elaborou um programa voltado para prevenção secundária, para detecção precoce das lesões na boca, incluindo a criação de novos consultórios odontológicos no Rio de Janeiro (SALTZ, 1988).

No âmbito nacional, o primeiro indício de política para o tema data de 1974, com a criação Divisão Nacional do Câncer do Ministério da Saúde (DNC/MS), que promoveu cursos sobre o CB, a fim de promover a disseminação do conhecimento entre os profissionais

que atuavam na assistência. Em 1975, foi elaborado o Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer de Boca (CABUL). Em 1976, a DNC/MS, em colaboração com a Sociedade Brasileira de Estomatologia, elaborou um documento com metas para nortear o trabalho do CABUL em cinco subprogramas: promoção da saúde; proteção específica, diagnóstico precoce e limitação do dano; formação de recursos humanos; vigilância epidemiológica; e reabilitação do paciente. Também foram realizados cursos no período de 1977 a 1980, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sobre diagnóstico e tratamento do CB, em vários estados no país (SALTZ, 1988).

A Campanha Nacional de Controle do Câncer (CNCC) que ocorreu em 1986 com objetivo de realizar uma atuação mais global contra o câncer, em cooperação técnica com INAMPS, criou o Programa de Oncologia (ProOnco), sediado no Rio de Janeiro. Um ano depois, foi lançado o Programa de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer da Boca (PEPCCB), que surgiu como uma estratégia do ProOnco, com o objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade relacionadas a essa doença. Na década de 90, o CB retomou um dos eixos prioritários na agenda do governo Collor, através do “Plano Quinquenal de Saúde”. Após a implantação do SUS, as ações de saúde são baseadas em estudos do processo saúde-doença. No entanto, ainda é incipiente quanto às ações para o CB. Muito se sabe sobre essa patologia, seus fatores de risco, diagnóstico precoce e tratamento, porém, esse saber não é difundido para a coletividade (SALTZ, 1988).

O primeiro levantamento epidemiológico sobre a saúde bucal da população ocorreu em 1986 pelo Ministério da Saúde, constatando um elevado índice dos casos de cárie e de perda dentária na população acima dos 50 anos, o que explicitou uma problemática na saúde da população que antes não era identificado.

Outros estudos subsequentes foram realizados: em 1993, pelo Serviço Social da Indústria (SESI); em 1996 pelo Ministério da Saúde em associação com entidades odontológicas, que envolveram as capitais dos estados brasileiros; em 2003, pelo Projeto “SB Brasil” 2003; e, em 2010, pelo Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto “SB Brasil”) 2010. Esses dados deixaram claro a importância das ações intersetoriais, abrangendo as ações reabilitadoras, com vistas à promoção da saúde, universalização do acesso e responsabilidade pública de todos os segmentos sociais. Apontaram, ainda, o necessário compromisso do Estado, envolvendo as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde na tentativa de ultrapassar as barreiras identificadas e reduzir a exclusão social (SILVA et al., 2013a).

As ações de saúde bucal foram incluídas no escopo da saúde pública a partir de 2004, através da PNSB, visando acabar com a era do caráter mercantilista dessa área (NARVAI;

FRAZÃO, 2008). As mudanças nessa área tinham por meta promover e melhorar a qualidade de vida da população brasileira no que diz respeito à saúde bucal, sendo implementados os programas na assistência básica como resposta a essa política, que possuem várias ações, entre elas a prevenção e controle do CB.

O Projeto SB 2000 teve como objetivo padronizar o método de diagnóstico das condições de saúde bucal, com base na Organização Mundial de Saúde (OMS). O projeto deu origem aos últimos levantamentos epidemiológicos em 2003 e 2010 (SILVA et al., 2013a), e os principais resultados encontrados constam do relatório de 2003, que aponta que o declínio da cárie dentária na população infantil estava ocorrendo de forma desigual na população brasileira, sendo grave a perda dentária precoce. Identificou-se que a necessidade de algum tipo de prótese começava a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade. O edentulismo continua sendo um grave problema em nosso país, especialmente entre os idosos. Disparidades relacionadas ao acesso a serviços também foram identificadas. Essas diferenças podem estar relacionadas a medidas como fluoretação da água e do creme dental, além da facilidade do acesso na utilização dos serviços odontológicos (SILVA et al, 2007.). No relatório de 2010, os principais resultados foram sobre a redução da cárie na população infantil, porém com diferenças regionais. No que diz respeito aos adultos e idosos, em geral, a redução no ataque de cárie foi menos significativa, tendo em vista o caráter cumulativo das sequelas da doença (BRASIL, 2012a).

A despeito da alta prevalência de CB, assim como de outras doenças que acometem a cavidade oral, constatou-se uma assistência odontológica precária no que concerne à acessibilidade e equidade desse serviço no âmbito do SUS, refletindo em uma saúde bucal deficiente na população. Os dados levantados no relatório em 1986 e pelos estudos subsequentes suscitaram o início da formulação de uma política que atendesse a problemática, surgindo, então, em 2004, a PNSB, materializada pelo programa intitulado “Brasil Sorridente”, como uma tentativa de intervir no problema de saúde bucal da população brasileira, tão negligenciado durante os anos anteriores. Uma de suas ações é a prevenção e controle do CB. Dados publicados em 2012 sinalizam a expansão do programa e aumento gradativo do incentivo financeiro, no sentido de caminhar em direção às diretrizes de acesso e equidade no atendimento à saúde da população (BRASIL, 2012a).

A manifestação máxima da saúde bucal está relacionada ao sorriso, dessa forma, o programa “Brasil Sorridente” pretende contribuir para que cada cidadão possa ter seu sorriso como expressão de uma boa saúde bucal. Assim, buscou-se expressar simbolicamente o programa como um sorriso estilizado numa esfera verde, e trazendo uma referência à bandeira

nacional pelas cores verde e azul. Também é utilizado o conceito “A saúde bucal levada a sério”, que explica a função do “Brasil Sorridente” e estabelece um marco na política de saúde bucal no Brasil (BRASIL, 2004a).

Antes da PNSB, as ações de saúde bucal ofertadas pelo SUS ocorriam de forma paralela à organização dos demais serviços de saúde, o que representava baixa resolutividade e o não atendimento da demanda da população (BRASIL, 2012a). A PNSB enseja a articulação da assistência à saúde bucal com os outros serviços de assistência, a fim de atender e resolver os problemas da população, respeitando os princípios do SUS.

Ao abordar a criação da PNSB, vale ressaltar a importância das Conferências Nacionais de Saúde (CNS¹) no debate sobre as políticas de saúde e a situação de saúde da população. As conferências foram instituídas no Brasil em 1937, porém começaram a ser realizadas de fato a partir de 1941. Vale destacar duas delas, a 8^a e a 13^a CNS pela sua relevância na criação do SUS e da PNSB (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Na 8^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, debateu-se questões que posteriormente foram base para a implementação do SUS. Cerca de vinte anos depois (2007), a 13^a CNS¹, mencionou carências do país e debateu a importância da saúde bucal no SUS, considerando sua relevância para a população e a necessidade da ampliação da cobertura (SALTZ, 1988). Esse discurso foi bem diferente do discurso que ocorreu na 1^a CNS¹ em relação à saúde bucal, cuja importância, naquela ocasião, limitava-se aos “gabinetes odontológicos”, à necessidade de profissionais capacitados e aos recursos materiais (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

De acordo com a 2^a Conferência Nacional de Saúde Bucal CNSB em 1993, a saúde bucal é conceituada como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e relaciona-se com as condições de saneamento, alimentação, moradia, lazer, liberdade, acesso, serviços de saúde e informação. É também descrita como um conjunto de condições biológicas e psicológicas, que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação, além da dimensão estética. Logo, a saúde bucal exerce função na autoestima e relaciona-se às questões sociais, podendo sua deterioração levar à inibição e constrangimento. Em suma, a saúde bucal é um conceito complexo que não pode ser resumido aos dentes ou às considerações sobre uma ou mais enfermidades específicas (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Na 3^a CNSB, que ocorreu no ano de 2004, o tema foi “Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”. As discussões culminaram na elaboração de diretrizes para as ações na área de saúde bucal, e o discurso foi destinado à qualidade de saúde

bucal, área de cobertura e acessibilidade. Isso representou um avanço quanto à preocupação dos governantes com a saúde bucal da população (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A saúde bucal no Brasil é marcada por uma assistência pública deficiente, o que acarretou na superlotação de postos de atendimento odontológico, e grande limitação de acesso à população aos serviços prestados. Esses problemas, somados a outros mais, aumentaram a necessidade da construção da PNSB, que foi publicada com nome fantasia de “Brasil Sorridente” (JUNQUEIRA; FRIAS; ZIBOVICIUS, 2004).

O programa “Brasil Sorridente”, um entre os 16 programas do governo federal na área de saúde destinada aos municípios, tem como objetivos a ampliação e qualificação do acesso da população brasileira de todas as idades às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal.

O Ministério da Saúde é o órgão responsável no nível nacional e as instituições elegíveis para a implementação do programa são as unidades de saúde de natureza jurídica pública, as universidades, os consórcios públicos de saúde e os serviços sociais autônomos. O agente financeiro é o Fundo Nacional de Saúde, sendo o financiamento tripartite. O instrumento jurídico para a formalização é a publicação em Portaria do Ministério da Saúde e/ou formalização de convênio com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para a fluoretação. As condições para aderir ao programa são a inserção das instituições no Plano Municipal/Estadual de Saúde, a aprovação no Conselho Municipal/Estadual de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). No caso de fluoretação, deve haver formalização de contrato com a Funasa (BRASIL, 2004b).

A PNSB visa superar as desigualdades em saúde por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos. Para isso, procura-se ampliar o acesso aos serviços odontológicos a todas as faixas, assegurando atendimentos nos níveis primários e secundários na área de saúde bucal, conforme descrito nos objetivos.

O princípio constitucional da intersetorialidade norteia ações de melhoria da qualidade dos serviços de saúde e de humanização das práticas. A qualidade e a humanização implicam em trabalhar com linhas de cuidado da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, e com a criação de fluxos para que as ações sejam resolutivas, centradas no acolher, no informar, no atender e no encaminhar. A intersetorialidade implica no estabelecimento de alianças da equipe de saúde com outras áreas como: saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras.

As ações da PNSB incluem (BRASIL, 2004b):

- a) Promoção e proteção de saúde, que inclui fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor, ações de recuperação, ações de reabilitação;
- b) Ampliação e qualificação da atenção básica, que inclui: prevenção e controle do CB, implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento, inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica – como pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias, a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares e tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico–, inclusão da reabilitação protética na atenção básica, ampliação do acesso a cada linha de cuidado;
- c) Ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária, pois com o aumento da oferta da diversidade de procedimentos, faz-se necessário aumentar o acesso a esses níveis, através da implantação e melhoria do CEO, que são unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica.

Para a coordenação de qualquer ação ou serviço de saúde, é necessária uma organização que tenha como base a realidade, os problemas e as necessidades de saúde da população. Através do conhecimento desses aspectos, é possível elaborar um plano de ação capaz de solucioná-los, estabelecendo-se metas e as correspondentes ações estratégicas e, finalmente, também um sistema de avaliação de resultados (BRASIL, 2004b).

Isso não é diferente para as ações de saúde bucal. É necessário conhecer o perfil da distribuição das doenças bucais, monitorar os riscos e tendências, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para o programa e indicar novos caminhos se for necessário. Outro aspecto importante é a definição de parâmetros, pois através destes é possível o acompanhamento e a avaliação das ações. Tais parâmetros devem ser construídos a partir de metas traçadas após o conhecimento da realidade sociocultural e epidemiológica da população (BRASIL, 2004c).

A Portaria 1101/GM de 12 de junho de 2002 é uma referência para o estabelecimento desses parâmetros. A avaliação dos serviços da APS é importante no processo decisório no âmbito do sistema de saúde. Assim, os próprios serviços devem alimentar sistemas de informação sobre suas ações, facilitando posterior avaliação. Os indicadores de saúde bucal do extinto Pacto da Atenção Básica (2006) buscavam facilitar a avaliação, são eles: cobertura de primeira consulta odontológica programática, cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, média de procedimentos odontológicos básicos individuais e proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais

(BRASIL, 2008a). Após revisão e adequação das normas de acordo com a necessidade, ocorreu a publicação da portaria nº 2.488 de 21/10/2011 que, no seu Art. 1º, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Historicamente, o modelo de atenção à saúde bucal era voltado apenas para o atendimento dentro do consultório, mas com o novo modelo e sua inserção na ESF, as ações são propostas de forma a aproximar cada vez mais o paciente e o profissional.

O Ministério da Saúde estabelece as seguintes competências dos profissionais da ESB (BRASIL, 2008a):

- a) Cirurgião-dentista (CD): realizar diagnóstico, procedimentos clínicos e atenção integral em saúde bucal individual e coletiva; encaminhar e orientar os usuários a outros níveis de assistência, se necessário; coordenar e participar de ações coletivas; acompanhar, apoiar e desenvolver ações interdisciplinares com outros membros da ESF; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente; realizar supervisão técnica dos ACD E THD; e participar do gerenciamento dos insumos. Vale lembrar que, em textos mais recentes, as nomenclaturas “Auxiliar de Consultório Dentário” (ACD) e “Técnico de Higiene Dental” (THD) foram modificadas para “Auxiliar de Saúde Bucal” (ASB) e “Técnico de Saúde Bucal” (TSB).
- b) Técnico de Higiene Dental (THD) (atualmente denominado TSB): realizar atenção integral em saúde bucal individual e coletiva; coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades interdisciplinares com outros membros da equipe; apoiar as atividades dos auxiliares de consultório dentário (ACD) e agentes comunitários de saúde (ACS) nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; participar do gerenciamento dos insumos.
- c) Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) (atualmente denominado ASB): realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal; proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados; preparar e organizar instrumental de materiais necessários; instrumentalizar e auxiliar o CD e/ou THD nos procedimentos clínicos; cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; organizar agenda clínica; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades interdisciplinares com outros membros da equipe; participar do gerenciamento dos insumos.

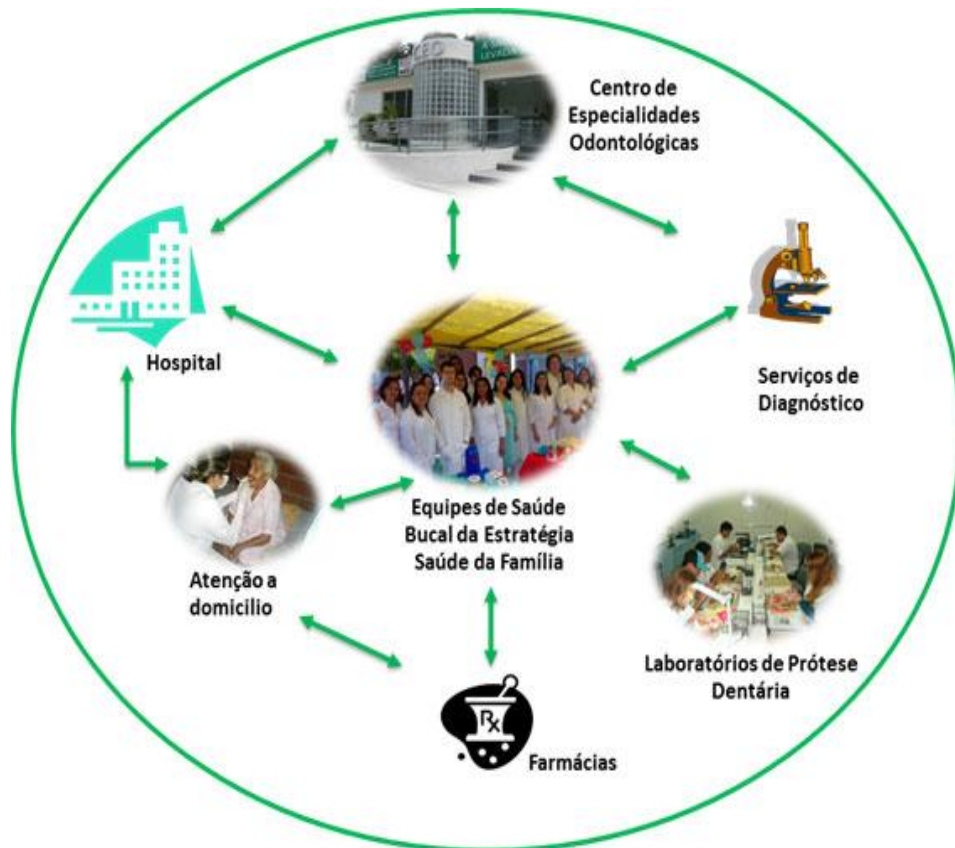
Um dos problemas mais comuns no cotidiano da ESB é a organização da demanda, principalmente das atividades assistenciais, pois a equipe deverá atender a toda população que reside na área de abrangência. Os desafios para a organização da demanda são: unificar a porta de entrada com a área de Médico-Enfermagem, pois as ações de saúde bucal devem estar integradas às demais ações de saúde e os profissionais envolvidos devem atuar de forma interdisciplinar; garantir o acesso à demanda espontânea, pois os serviços devem ser organizados de forma a atender a esse tipo de demanda e às urgências (o uso do acolhimento é uma estratégia bem sucedida para atender a esse quesito); desenvolver ações programadas de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de assistência, voltadas ao controle de patologias crônicas e/ou a populações mais vulneráveis do território; organizar uma atenção domiciliar, devendo as visitas serem agendadas e realizadas segundo critérios de vulnerabilidade; reordenar a atenção de média complexidade, como os encaminhamentos ao CEO e aos estabelecimentos de alta complexidade no nível hospitalar (BRASIL, 2008a).

O campo das práticas da ESB inclui ações intersetoriais, ações educativas, ações de promoção à saúde e ações de assistência (BRASIL, 2008a). As ações intersetoriais são intervenções para promover mudanças ambientais e sociais que afetam a coletividade, conduzindo a ambientes saudáveis, e envolvem parcerias com setores e atores fora da área de saúde. Já as ações educativas incluem a educação em saúde bucal, que deve fortalecer a autonomia dos indivíduos no controle do processo de saúde-doença e nos seus hábitos, além de difundir elementos sempre respeitando a cultura local, para promover o empoderamento dos sujeitos coletivos, melhorando sua qualidade de vida. E as ações de promoção à saúde tem por finalidade analisar e atuar sobre as condições sociais para a melhoria das condições de saúde e de vida das pessoas, e a abordagem deve ser direcionada a reduzir as desigualdades sociais. Finalmente, as ações de assistência estão relacionadas a intervenções clínicas curativas, individuais ou coletivas, para solucionar os principais problemas de saúde da população. Devem responder tanto à demanda espontânea quanto à programada.

Os principais agravos que acometem a saúde bucal são: cárie dentária, doença periodontal (gingivite e periodontite), câncer de boca, traumatismos dentários, fluorose dentária, edentulismo e má oclusão. Assim, a PNSB foi construída com objetivo de superar esses problemas que afetam a população brasileira e que foram negligenciados por anos, como já descrito anteriormente. A atenção à saúde bucal pode ser organizada por ciclo de vida do indivíduo, sendo estabelecidas ações específicas para os grupos, que são: bebês (0 a 24 meses), crianças (2 a 9 anos), adolescentes (10 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos), idosos (acima de 60 anos), gestantes e pessoas portadoras de deficiências (BRASIL, 2008a).

Para dar continuidade às ações realizadas na atenção primária nos casos que necessitem de uma assistência mais especializada, foram organizadas redes de referência e contrarreferência, com o objetivo de manter a integralidade do cuidado em saúde bucal. Os critérios de referência para o CEO são: pacientes com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não; pacientes com áreas na mucosa bucal que apresentem formação de placas esbranquiçadas, áreas atróficas ou manchas escurecidas; lesões ósseas de natureza diversa; pacientes com presença de nódulos, vesículas ou bolhas e enfartamento ganglionar. O fluxo das ações de saúde bucal é representado na Figura 1 (BRASIL, 2008a).

Figura 1 - Fluxo das ações de saúde bucal.



Fonte: Brasil, 2008a.

Desde a criação do Programa “Brasil Sorridente” em 2004 até 2011, ocorreu um incremento de 390% de ESB, a criação de 865 CEO, a habilitação de 674 municípios com laboratórios de prótese dentária, a distribuição de 72 milhões de kits de escova e pasta dentária, a ampliação do acesso à água tratada e fluoretada para sete milhões de brasileiros – o

que reduziu o número de dentes extraídos – e a ampliação do acesso ao serviço público odontológico (BRASIL, 2012a).

No entanto, estimava-se em 2011 que 18% dos jovens de 12 anos nunca haviam ido ao dentista no Brasil, situação semelhante em todas as regiões do país, exceto na região Sul, que apresentava uma prevalência de 9,8% para esse indicador. O serviço público foi o mais utilizado, e as razões para procurar o dentista foram prevenção ou tratamento. A maioria também avaliou a última consulta odontológica como boa. Para os adultos, o principal motivo foi para tratamento, e para idosos, na região Norte, foi para extração. Em relação ao motivo da procura, para os adultos, o principal foi tratamento e, para idosos na região Norte, foi extração. E quanto à autopercepção de satisfação referente à sua saúde bucal, os jovens de 12 anos relataram estar muito satisfeitos, o que teve avaliação inferior na faixa etária de 15 a 19 anos (BRASIL, 2012a).

Esses dados mostram que mesmo com a implantação do programa, ainda existem pessoas que nunca foram ao dentista. Porém, é bastante positivo o fato da maioria ter tido acesso ao dentista através do setor público, o que representa um avanço em relação ao acesso e equidade do serviço.

4.2.1 Organização da Atenção Secundária em Saúde Bucal e estratégias de avaliação

O Brasil Sorridente passou a organizar e estruturar a atenção secundária em saúde bucal do Brasil através da criação e implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são estabelecimentos de saúde que prestam serviços de média complexidade em saúde bucal com o objetivo de garantir a referência e contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Atenção Básica. Portanto, esses serviços complementam o trabalho das ESB, responsáveis pelo primeiro atendimento, pela coordenação dos cuidados e pelo acompanhamento dos usuários. Os CEO devem ofertar, minimamente, as seguintes áreas clínicas: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais. São classificados como Tipo I, quando apresentam 3 cadeiras odontológicas; Tipo II, quando apresentam entre 4 a 6 cadeiras; e Tipo III, acima de 7 cadeiras. Independentemente do tipo, todos os CEO devem ofertar, minimamente, as cinco especialidades citadas anteriormente e todas as cadeiras devem funcionar por 40 horas semanais (BRASIL, 2013a).

A implantação dos CEO iniciou-se em 2004, e até dezembro de 2012 já havia 947 serviços implantados no Brasil. O maior número encontra-se na Região Nordeste, seguido das Regiões Sudeste, Sul, Norte e Centro-Oeste (BRASIL, 2013a).

Uma interface ideal entre a atenção básica e atenção secundária em saúde bucal pode ser descrita através dos critérios de equidade, de integralidade no cuidado e de eficiência e eficácia, detalhados a seguir: *equidade significa que todos os casos diagnosticados apropriadamente devem ser referenciados a um nível de maior complexidade, sem barreiras para esse referenciamento; integralidade no cuidado designa que todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível primário ou secundário, e o fluxo entre os níveis deve ser facilmente conseguido; e eficiência e eficácia denota que deve-se garantir que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e com mecanismos de triagem adequados* (BRASIL, 2013a).

O redirecionamento do modelo assistencial impõe claramente a necessidade de reformulações no processo de qualificação dos serviços de saúde e de seus profissionais. Ainda, requer mudanças no processo de trabalho em saúde, que passa a exigir de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de intervenção e autonomia que possa contribuir para o estabelecimento de práticas transformadoras em saúde e que propiciem o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços e efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários. As estratégias utilizadas na educação permanente podem se estruturar com base na vivência e nos problemas da prática de trabalho, sendo primordial que as gestões estimulem os processos de educação permanente com os profissionais do CEO, entre os CEOs e entre equipe de saúde bucal da atenção básica e CEO, no âmbito municipal e no âmbito regional. Assim, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem os graus de democratização, a autonomia e o compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias entre atores envolvidos nas ações de saúde, como os responsáveis pelo apoio institucional e os profissionais do serviço, contemplando demandas e ofertas de ambos (BRASIL, 2013a).

No cotidiano do trabalho dos CEOs, os profissionais enfrentam grandes desafios, tais como: trabalhar em equipe; interface com os profissionais da atenção básica e atenção hospitalar; acolher as demandas dos usuários; discutir casos complexos; dentre tantos outros. Neste contexto, o apoio institucional, na saúde, deve adotar como diretrizes a democracia

institucional, a autonomia dos sujeitos e a produção do cuidado integral, envolvendo a inserção em espaços coletivos, permitindo uma análise aprofundada dos aspectos de contexto que constroem a atuação dos profissionais, bem como o exercício de autoanálise pelo serviço. A revelação e a análise dos problemas e dificuldades dos profissionais devem estar atreladas a um esforço de potencialização dos profissionais e suas experiências, evitando a culpabilização e impotência, o que não quer dizer desresponsabilização (BRASIL, 2013a).

Uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, diversificados esforços têm sido empreendidos com o objetivo de qualificar a PNSB. Em vista disso, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) é proposto pelo Ministério da Saúde (MS) como uma das importantes estratégias para a melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2013a).

O PMAQ-CEO se insere em um contexto no qual o Governo Federal, progressivamente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. Entre elas, destaca-se o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, cujo objetivo principal é avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários.

Instituído no âmbito da PNSB, através da Portaria nº 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013, o PMAQ-CEO foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, realizado em vários momentos. Os gestores federais, municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar uma configuração do Programa que permitisse a ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos CEO em todo o Brasil (BRASIL, 2013a).

Entre os objetivos específicos do PMAQ-CEO, destacam-se: ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos CEOs; estabelecer os parâmetros de qualidade dos CEOs; fortalecer a referência e contrarreferência de saúde bucal; estimular a melhoria nos padrões de

acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos CEOs; transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento dos resultados pela sociedade; envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes dos CEOs e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção especializada em saúde bucal; desenvolver a negociação e contratualização; estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal; garantir o caráter voluntário para a adesão tanto pelos profissionais do CEO quanto pelos gestores estaduais, do Distrito Federal e municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2013a).

O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade. Tais desafios referem-se tanto à complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto ao aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS. Dentre os desafios que o PMAQ-CEO pretende enfrentar para a qualificação da Atenção Especializada em Saúde Bucal, destacam-se: a baixa qualidade da estrutura física; insuficiência de instrumentais e equipamentos de qualidade; assegurar a ambiência acolhedora dos CEOs; inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho; instabilidade e elevada rotatividade dos profissionais; incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade; grande demanda acumulada pelos modelos excludentes, sobrecarregando os CEOs com número excessivo de pessoas, gerando um longo tempo de espera para o atendimento; ausência de protocolos clínicos para tratamento especializados; pouca integração dos profissionais do CEO com a Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS); ausência de protocolos de referência e contrarreferência de usuários, gerando um excesso de encaminhamentos inadequados; e financiamento insuficiente (BRASIL, 2013a).

Foram buscados estudos que trouxessem avaliação dos serviços de saúde bucal nas atenção primária e secundária em saúde, a fim de verificar como está funcionando o programa nos serviços de saúde do país. Encontramos relatos de experiências bem sucedidas na área de saúde bucal em muitos municípios, incluindo ações voltadas para a prevenção do CB.

Na busca de estudos para embasar essa pesquisa, foi realizada uma revisão de trabalhos de avaliação da atuação da ESB em diferentes serviços de atenção primária no

Brasil, utilizando a base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), de artigos publicados no período de 2004 a 2015 e as palavras chave “avaliação”, “saúde bucal”, “atenção primária”. Como critérios de seleção, considerou-se serem estudos avaliativos sobre saúde bucal, e não somente o CB, e em todas as faixas etárias, sendo selecionados 07 estudos (Quadro 1 - Estudos sobre atuação da ESB no Brasil.). Estes estudos corroboram com as afirmativas quanto à importância da estruturação de cada unidade de acordo com o perfil da população, ao aumento da cobertura dos serviços, qualificação dos profissionais, e ao fortalecimento das atividades de acolhimento e triagem dos casos, para o aumento do acesso e qualidade da assistência do programa. Outro fator importante é a referência e a contrarreferência possibilitando o atendimento mais rápido dos casos mais complexos.

Um estudo de revisão sobre a equipe de saúde bucal na ESF apontou como avanços a ampliação do acesso à população, a maior satisfação do usuário e a maior abrangência das ações de promoção e prevenção de saúde bucal. Foram identificados como desafios, dificuldades na cobertura da população adscrita, referência e contra referência e perfil do profissional. Porém, essas dificuldades não são exclusivas da área de odontologia. Anjos et al. (2011) sinalizam a ESB como um avanço na estrutura da APS, favorecendo o cuidado integral a saúde do indivíduo, além de ampliar o acesso da população a uma área que era restrita a poucos, que é a área odontológica. Os desafios fazem parte do processo de construção, que ainda é muito recente.

Quadro 1 - Estudos sobre atuação da ESB no Brasil.

Estado/Município/Autor	Ano do estudo	População-alvo	Objetivo e método	Principais achados
São Paulo/São Paulo (SARTORI, 2004)	2004	População adscrita	Avaliar a efetividade do rastreamento do câncer de boca na população adscrita. Estudo de caso e entrevista.	Através dessa estratégia, foram detectados 8 casos confirmados de câncer, o que representou 27 casos em 10 mil habitantes, número superior ao esperado.
São Paulo/Santa Marcelina (BOURGET, 2006)	2006	ESB	Avaliar a implantação da ESB no PSF e suas ações de busca ativa por ACS. Estudo de caso e entrevista.	A demanda foi organizada a partir da realidade encontrada no território, favorecendo a resolução dos casos mais emergenciais e propiciando melhor resolutividade para a demanda da população.
Rio Grande do Norte (SOUZA; RONCALLI, 2007)	2004	Gestores e profissionais de saúde bucal	Avaliar a implantação do programa de saúde bucal na ESF. Estudo de caso e entrevista.	Precarização das relações de trabalho, com baixo vínculo dos profissionais com o setor; alguns municípios não apresentavam a estratégia de territorialização e adscrição da clientela; o sistema de referência e contrarreferência apresentava dificuldade relacionada à falta de recursos humanos para realizar atividades de média complexidade; a organização do trabalho foi considerada satisfatória.
Rio de Janeiro (LOPES, 2007)	2001-2006	Gestores	Verificar a interface dos programas municipais “Dentescola” e “Cariocarrinho à toa” com o programa nacional “Brasil Sorridente”. Estudo de caso e entrevista.	A coordenação do programa de saúde bucal do município conseguiu realizar o aumento da oferta de serviços, qualificar a atenção básica, desenvolver protocolos de atendimento e campanhas de orientação e rastreamento de lesões na população; também houve ênfase na educação continuada dos profissionais.
Bahia/Salvador (SOARES; PAIM, 2011)	2004-2007	ESB	Avaliar a implementação do programa “Brasil Sorridente” nessa capital. Estudo de caso, análise documental e entrevista.	Apenas 18% da população é coberta por esse serviço. Ausência de autonomia financeira da Secretaria Municipal de Saúde, falta de comprometimento do prefeito com a política e fragilidade de gestão de trabalho.
Rio de Janeiro/Resende (JÚNIOR; SERRA, 2012)	2012	Odontólogos	Avaliar as condições de diagnóstico e continuidade do cuidado para o câncer de boca na ESB do PSF.	Baixa cobertura à população quanto aos serviços de atenção à saúde bucal.
São Paulo/Marília (BULGARELI et al., 2013a)	2013	População de idosos no município	Adotar uma estratégia de prevenção e detecção precoce do câncer através das campanhas de vacinação. Estudo de caso.	Incremento da cobertura de exames realizados de 21% em 2006, para 62% em 2011.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2.2 Leis, portarias e protocolos relacionados à Saúde Bucal

Na construção da PNSB, assim como ao longo de sua implementação, foram estabelecidas leis e portarias que regulamentassem as ações de saúde bucal no âmbito da atenção primária e secundária. Considerando que constituem base importante para a avaliação normativa da política, buscou-se identificá-las com o fim de subsidiar a análise do funcionamento do programa. No Quadro 2 - Leis e portarias relacionadas à implementação em Saúde Bucal. Brasil, 2017., são apresentadas as portarias do Ministério da Saúde identificadas como relacionadas à implementação em Saúde Bucal no país, tendo sido encontrados 15 documentos. Ao longo de 15 anos, de 2000 a 2014, observa-se a evolução dos esforços de implementação.

Quadro 2 - Leis e portarias relacionadas à implementação em Saúde Bucal. Brasil, 2017.

Leis/portarias	Ano	Assunto
Portaria nº 1.444	2000	Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.
Portaria nº1570	2004	Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.
Portaria nº1571	2004	Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).
Portaria nº283	2005	Antecipa o incentivo financeiro para Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em fase de implantação e dá outras providências.
Portaria nº741	2005	Definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades.
Portaria GM/MS nº 2.439	2005	Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica – Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos – a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão do SUS.
Portaria nº 599	2006	Revogou a 1570/2004. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.
Portaria nº 600	2006	Revogou a 1571/2004. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Leis/portarias	Ano	Assunto
Portaria SAS/MS n° 750	2006	Institui a Ficha Complementar de Cadastro das Equipes de Saúde da Família, Saúde da Família com Saúde Bucal – Modalidade I e II – e de Agentes Comunitários de Saúde, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), a partir da competência outubro de 2006.
Lei n° 11.889	2008	Regulamenta o exercício das profissões de técnico em saúde bucal (TSB) e de auxiliar em saúde bucal (ASB)
Portaria n° 703	2011	Estabelecer normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF).
Portaria n° 3.012	2012	Redefine a composição das equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família constante na política nacional de atenção básica (PNAB).
Portaria n° 978	2012	Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.
Lei n° 12.732	2012	Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.
Portaria n° 284	2013	Concede aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) a adesão à rede de cuidados à pessoa com deficiência e define os valores adicionais dos incentivos financeiros destinados ao custeio mensal.
Portaria MS/SAS n° 140	2014	Redefinição de critérios e parâmetros para organização, monitoramento, controle e avaliação dos serviços habilitados na atenção especializada em oncologia.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

No município do Rio de Janeiro, a Coordenação de Saúde Bucal (CSB) integra a Superintendência de Atenção Primária (SAP), subordinada à Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV). Enuncia-se com a missão de desenvolver ações que promovam o cuidado integral em saúde bucal junto à população carioca, revertendo indicadores epidemiológicos e garantindo o acesso aos serviços. O trabalho é feito com base em um conceito ampliado de saúde e uma visão sistêmica da saúde bucal, sempre considerando indicadores de saúde e o território onde tais ações serão implementadas (BRASIL, 2018c).

O Programa de Saúde Bucal tem sob a sua responsabilidade uma rede de serviços de odontologia organizados de maneira regionalizada e hierarquizada,

oferecidos em unidades básicas de saúde, em unidades de média e alta complexidade, e de urgência/emergência (BRASIL, 2018c).

As equipes, formadas por profissionais especializados, contam com CD, técnicos em saúde bucal (TSB), auxiliares em saúde bucal (ASB) e técnicos em prótese dentária (TPD). Em complemento aos cuidados da Atenção Primária, os CEO oferecem atendimento nas áreas de Endodontia, Periodontia Especializada, Cirurgia Oral Menor, Estomatologia, Atendimento ao Paciente Portador de Necessidades Especiais, Ortodontia Preventiva e Interceptativa, e Prótese Total e Parcial em Resina (BRASIL, 2018c).

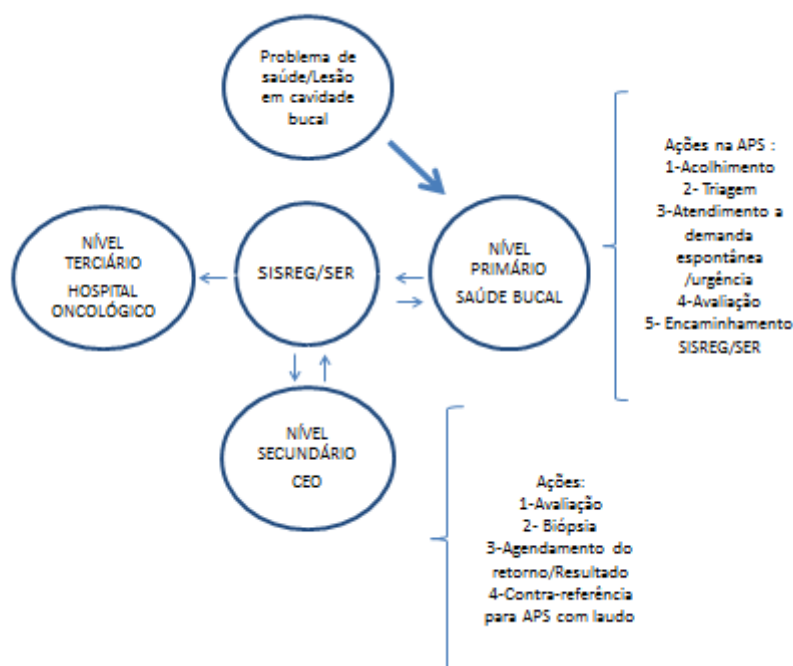
Para chegar ao atendimento especializado, o usuário deve procurar a unidade de atenção primária de referência em seu território, que realizará a avaliação inicial, o tratamento básico necessário (educativo, de promoção de saúde, preventivo, restaurador e cirúrgico), além de avaliar a necessidade individual de tratamento especializado. Caso esta necessidade exista, o paciente será encaminhado preferencialmente ao CEO de seu território, através do Sistema de Regulação de vagas (SISREG), que posteriormente informará dia, hora e local de sua consulta especializada (Figura 2, p. 46)¹.

O plano municipal do Rio de Janeiro para o período de 2013 a 2016 (RIO DE JANEIRO, 2013b) não contempla metas em saúde bucal. Esse dado é importante, pois a medida reflete a baixa prioridade desse tema pelo governo municipal, repercutindo em ausência de estímulo financeiro e de ações para o fortalecimento da atuação dos profissionais para a saúde bucal da população. Estudos demonstraram que para o fortalecimento desse programa, se faz necessária uma atuação forte do governo local (SOARES; PAIM, 2011).

No município do Rio de Janeiro, a implantação da PNSB ocorreu de forma gradual e embasada no princípio da integralidade, com a viabilização da integração com outros setores, para promover a saúde e prevenir algumas doenças, sendo a participação dos profissionais da ESB fundamental nessa trajetória, desde as atividades de promoção da saúde até os procedimentos de alta complexidade, contemplando todas as etapas do cuidado com o indivíduo (LOPES, 2007).

¹ RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio de Janeiro. Disponível em : <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-bucal>>. Acesso em 5 set de 2016.

Figura 2 - Fluxo preconizado de atendimento para lesões suspeitas de câncer de boca.



Fonte: Elaborado pela autora utilizando dados do site da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Legenda:

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

SISREG: Sistema de Regulação

SER: Sistema Estadual de Regulação

Identificou-se 215 unidades de APS com serviços de saúde bucal, 18 unidades de CEO dividido entre as 10 APs e 13 unidades de atenção oncológica no município do Rio de Janeiro² (Quadro 3 - Hospitais cadastrados na Rede Oncológica. Município do Rio de Janeiro, 2014.).

Quadro 3 - Hospitais cadastrados na Rede Oncológica. Município do Rio de Janeiro, 2014.

Nome	Modalidade
Hospital dos Servidores do Estado	Unacon com serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica
Hospital Geral do Andaraí	Unacon
Hospital Geral de Bonsucesso	Unacon com serviço de Hematologia
Hospital Geral de Jacarepaguá/Hospital Cardoso Fontes	Unacon
Hospital Geral de Ipanema	Hospital Geral com Cirurgia Oncológica
Hospital Geral da Lagoa	Unacon com serviço de Oncologia Pediátrica
Hospital Mário Kroeff	Unacon com serviço de Radioterapia
Hospital Universitário Gaffrée/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)	Unacon
Hospital Universitário Pedro Ernesto (Hupe)/Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia

² RIO DE JANEIRO. Coordenação de Saúde Bucal da Prefeitura do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://saudebucalrj.blogspot.com.br/p/ceo.html>>. Acesso em 5 set 2016.

Nome	Modalidade
(UERJ)	
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	CACON
Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	UNACON exclusiva de Oncologia Pediátrica
Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti/Hemorio/Fundação Pró-Instituto de Hematologia do Rio de Janeiro	UNACON exclusiva de Hematologia
Instituto Nacional de Câncer (INCA)	CACON com serviço de Oncologia Pediátrica

Fonte: BRASIL, 2014b.

4.4 CÂNCER DE BOCA

O CB está entre os tumores da cabeça e pescoço, que podem ser tanto benignos como malignos, e inclui os cânceres de lábio e cavidade oral (BARBOSA, 2008), sendo dividido por regiões anatômicas para classificação do Código Internacional de Doenças (CID) (Quadro 3 - Hospitais cadastrados na Rede Oncológica. Município do Rio de Janeiro, 2014., p. 45) (BRASIL, 2004d; DATASUS, 2008):

Quadro 4 - Código Internacional de Doenças em Oncologia. Brasil, 2008.

<p>Lábio</p> <p>C00.0 Neoplasia maligna do lábio superior externo</p> <p>C00.1 Neoplasia maligna do lábio inferior externo</p> <p>C00.2 Neoplasia maligna do lábio externo, não especificado</p> <p>C00.3 Neoplasia maligna do lábio superior, face interna</p> <p>C00.4 Neoplasia maligna do lábio inferior, face interna</p> <p>C00.5 Neoplasia maligna do lábio, sem especificação, face interna</p> <p>C00.6 Neoplasia maligna da comissura labial</p> <p>C00.8 Neoplasia maligna do lábio com lesão invasiva</p> <p>C00.9 Neoplasia maligna do lábio, não especificado</p>
<p>Língua</p> <p>C01.0 Neoplasia maligna da base da língua</p> <p>C02.0 Neoplasia maligna da face dorsal da língua</p> <p>C02.1 Neoplasia maligna da borda da língua</p> <p>C02.2 Neoplasia maligna da face ventral da língua</p> <p>C02.3 Neoplasia maligna de dois terços anteriores da língua, parte não especificada</p> <p>C02.4 Neoplasia maligna da amígdala lingual</p> <p>C02.8 Neoplasia maligna da língua com lesão invasiva</p> <p>C02.9 Neoplasia maligna da língua, não especificada</p>
<p>Gengiva</p> <p>C03.0 Neoplasia maligna da gengiva superior</p> <p>C03.1 Neoplasia maligna da gengiva inferior</p>

C03.9 Neoplasia maligna da gengiva, não especificada	
Assoalho	
C04.0	Neoplasia maligna do assoalho anterior da boca
C04.1	Neoplasia maligna do assoalho lateral da boca
C04.8	Neoplasia maligna do assoalho da boca com lesão invasiva
C04.9	Neoplasia maligna do assoalho da boca, não especificado
Palato	
C05.0	Neoplasia maligna do palato duro
C05.1	Neoplasia maligna do palato mole
C05.2	Neoplasia maligna da úvula
C05.8	Neoplasia maligna do palato com lesão invasiva
C05.9	Neoplasia maligna do palato, não especificado
Mucosa	
C06.0	Neoplasia maligna da mucosa oral
C06.1	Neoplasia maligna do vestibulo da boca
C06.2	Neoplasia maligna da área retromolar
C06.8	Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca com lesão invasiva
C06.9	Neoplasia maligna da boca, não especificada

Fonte: DATASUS, 2008.

Sua ocorrência é predominantemente em homens, na faixa etária acima dos 50 anos de idade e os locais mais acometidos são o assoalho da boca e a língua. O tipo histológico mais frequente é o carcinoma de células escamosas, espinocelular, ou carcinoma epidermóide, que se classifica como bem diferenciado, moderadamente diferenciado e pouco diferenciado. Com menor incidência, podemos citar: tumores salivares (das glândulas salivares menores e da sublingual), os sarcomas (os de origem vascular, os musculares e os ósseos) e o melanoma de mucosa (BRASIL, 2009; BRASIL, 2008a). Constitui-se como uma importante causa de morbimortalidade principalmente porque a maioria dos pacientes é diagnosticada em fase avançada (estágios III e IV), e apenas 7 % como carcinoma *in situ* (RAMOS et al., 2007).

É importante salientar que a maioria dos tumores localizados nas vias aerodigestivas não possui nenhuma lesão do tipo precursora, o que significa dizer que surgem em áreas de tecido aparentemente normal. Também podem ocorrer a partir de lesões preexistentes, e o tipo de lesão mais comum é a leucoplasia, que é uma placa branca na mucosa que não pode ser removida por raspagem nem ser classificada como nenhuma outra doença, podendo ser homogênea ou mosqueada. O tabaco é inegavelmente um fator preponderante no desenvolvimento da leucoplasia, sendo a sua ação potencializada quando associado ao uso do álcool. A sífilis e as hipovitaminoses

são os fatores gerais mais relacionados com a leucoplasia. É importante atentar para o diagnóstico diferencial com o líquen plano e ceratose actínica (BRASIL, 2001; KOWALSKI; BRENTANI; COELHO, 2003).

Outro tipo de lesão pré-cancerígena é a eritroplasia, que é mais rara, mas pode surgir, sendo mais comum sua localização no assoalho, palato e bordas da língua. Seu diagnóstico diferencial deve ser feito em relação à candidíase eritematosa, o líquen plano erosivo e o lúpus eritematoso (BRASIL, 2001).

O CB é considerado um problema de saúde pública mundial. Dados divulgados pela IARC para 2012 informam a existência de cerca de 14,1 milhões de novos casos de câncer, 8,2 milhões de mortes dentro de cinco anos de diagnóstico e 32,6 milhões de pessoas vivendo com câncer no mundo. Destes, vivem em países em desenvolvimento cerca de 57% dos novos casos, 65% das mortes e 48% dos casos prevalentes de câncer com diagnóstico nos últimos cinco anos (FERLAY, 2013).

Para o CB, as taxas mais altas foram observadas em populações da Melanésia, do Centro-Sul Asiático, da Europa Oriental e Ocidental, da África e da América Central (BRASIL, 2015a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b). É o sexto tipo de câncer mais comum no mundo e a maioria dos casos ocorre na Índia e Sudeste Asiático (MISHRA R, 2012).

Existe um discreto aumento em número absoluto de casos de câncer de cavidade oral para o período 2008-2016 no país (Tabela 2) (BRASIL, 2018a).

Tabela 2 - Distribuição de casos novos de câncer de boca segundo o gênero. Brasil, 2008-2018.

Sexo	Número de casos de câncer de boca					
	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Masculino	10.380	10.330	9.990	11.280	11.140	11.200
Feminino	3.780	3.790	4.180	4.010	4.350	3.500
Total	14.160	14.120	14.170	15.290	15.490	14.700

Fonte: BRASIL, 2018a

A taxa de mortalidade se mantém estável no Brasil, com leve queda entre os homens, como se pode visualizar na Tabela 3, que compara as taxas nacionais e internacionais.

Tabela 3 - Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por câncer de boca segundo o gênero. Brasil, 2002-2011

Sexo	Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes		
	Dados nacionais*		Dados internacionais**
	2002-2006	2007-2011	2012
Masculino	5,4	5,2	3,1
Feminino	1,4	1,4	0,9

Fonte: BRASIL, 2014a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016.

Essa enfermidade constitui um problema nacional de saúde pública por seu alto índice de morbidade e mortalidade. E quando afeta o indivíduo, pode ter como consequências mutilações faciais, podendo torná-lo incapaz para o labor, com sérios prejuízos a sua qualidade de vida, sendo por vezes letal devido, sobretudo, ao seu diagnóstico tardio (BRASIL, 2017a).

O aparecimento do câncer está vinculado a uma multiplicidade de fatores e, para esse tipo específico, os principais fatores de risco são consumo do tabaco e bebidas alcoólicas. Porém, também pode estar relacionado a exposições profissionais ligadas ao tabaco; fatores ligados à dieta, como deficiências nutricionais, particularmente vitamina A e C; inatividade física; saúde sexual e reprodutiva (infecções sexualmente transmissíveis, as infecções causadas por Vírus do Papiloma Humano (HPV); poluição ambiental, exposição à radiação ultravioleta A, UVA solar, tanto para pessoas que se expõem ao sol por lazer ou por trabalho; contaminação sanguínea por hepatite B e C; deficiência imunológica (adquirida ou congênita) (BRASIL, 2006); fatores culturais e socioeconômicos, tais como: má higiene bucal, uso de prótese mal ajustadas, uso do fogão a lenha, principalmente entre as mulheres em regiões mais carentes do país. Desses fatores, o tabagismo, o etilismo e as infecções pelo HPV, principalmente os subtipos 16 e 18, são os mais importantes fatores de risco, além do efeito sinérgico do tabagismo e alcoolismo (BARBOSA, 2008; BRASIL, 2006). Em países asiáticos, existem alguns fatores de risco peculiares como: noz de areca, mascar folha de betel, além do tabaco e infecção pelo vírus do HPV, sendo esses últimos comuns aos países ocidentais (MISHRA, 2012).

Alguns estudos demonstram que a doença é adquirida após inúmeras exposições a agentes agressivos externos e que apenas uma pequena fração de indivíduos expostos aos fatores de risco pode desenvolver a doença, o que sugere a existência de fatores

individuais na susceptibilidade aos agentes ambientais e pode ser identificado em quase todas as etapas da carcinogênese (KOWALSKI; BRENTANI; COELHO, 2003).

Assim, é razoável a associação da doença com determinantes sociais, uma vez que tanto a baixa renda e a baixa escolaridade, quanto o etilismo e tabagismo implicam em grupos populacionais com maior tendência às precárias condições de saúde bucal, assim como carências nutricionais, o que favorece a exposição aos fatores de risco, aumentando os casos. Também é importante observar que existe uma diferença grande entre as regiões do Brasil quanto aos indicadores sócio demográficos, o que reflete uma implementação de uma política privilegiada em alguns locais (MACIEL; LESSA; RODRIGUES, 2000). Por outro lado, outros estudos demonstram que as regiões com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais elevado apresentam maiores taxas de mortalidade por CB, o que pode estar relacionado à maior exposição aos fatores de risco, e também ao melhor registro dos casos (BORGES et al., 2009).

Os sintomas iniciais são: lesões na cavidade oral ou nos lábios que não cicatrizam por mais de 15 dias; manchas/placas vermelhas ou esbranquiçadas na língua, gengivas, palato, mucosa jugal; nódulos no pescoço; rouquidão persistente. Os sintomas mais avançados são: dificuldade para mastigação e de engolir; dificuldade na fala; sensação de presença de nódulo na garganta (BRASIL, 2015b).

A procura de um profissional para que seja realizado o diagnóstico deve ocorrer frente ao aparecimento dos sintomas iniciais, ensejando o diagnóstico precoce, pois esse tipo de câncer tem 80% a 90% de chances de cura quando diagnosticado e tratado na fase inicial (BRASIL, 2015b; TORRES-PEREIRA et al., 2012). Mais idealmente, seu surgimento deve ser verificado nos exames de rotina, que deveriam ser regulares, sobretudo nos grupos de risco, adicionados de educação para o autocuidado (BRASIL, 2008a).

Quando os tumores não são diagnosticados e tratados nas fases pré-invasivas, eles evoluem e invadem estruturas adjacentes, podendo gerar metástase para linfonodos adjacentes ou para órgãos à distância, em especial para os pulmões. A maioria destes tumores é diagnosticada quando seu tamanho supera 2 cm, e o atraso no diagnóstico está relacionado a alguns fatores como: poucos e inespecíficos sintomas, desconhecimento dos pacientes sobre a doença, pouca familiaridade dos médicos generalistas com o diagnóstico de câncer e dificuldade de acesso ao sistema de saúde (COSTA JÚNIOR; SERRA, 2012).

Alguns tumores na região da cabeça e pescoço evoluem de forma assintomática ou oligossintomática, como os tumores da nasofaringe, hipofaringe, seios paranasais, glândulas salivares e tireoide. Logo, a persistência e progressão de sinais e sintomas, presença de nódulos, sangramento, obstrução respiratória ou dor devem levar à suspeita de câncer, independente de fatores como idade, hábitos de vida e gênero (KOWALSKI; BRENTANI; COELHO, 2003).

O prognóstico para pacientes com esse tipo de câncer depende da área da cavidade oral acometida e do estadiamento do sistema TNM (Classificação de Tumores Malignos), que é composto por três componentes: T- extensão do tumor primário, N- a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais e M- a ausência ou presença de metástase à distância. As lesões situadas nas porções mais anteriores e as lesões iniciais (I-II) têm um prognóstico melhor que as lesões mais posteriores e as avançadas (III-IV) (BRASIL, 2004d, 2015b).

Em função da localização desses tumores, tanto a doença, quanto seu tratamento podem acarretar sequelas em funções vitais como mastigação, deglutição, fala e na aparência dos indivíduos, causando alterações nos aspectos psicossociais e laborais dos pacientes, o que irá resultar em algum impacto na qualidade de vida deles e dos familiares. Muitos desses pacientes irão evoluir com lesões tumorais em região de cabeça e pescoço, e tais lesões podem ser estagiadas de acordo com a área acometida (BARBOSA, 2008).

O diagnóstico deve ser feito por meio de exame físico minucioso na cavidade oral, com auxílio de instrumentos para a visualização da parte posterior, incluindo palpação das cadeias linfáticas cervicais; biópsia da lesão; extensão da doença (classificação TNM); estudo radiológico, para avaliar o acometimento ósseo e metástase à distância; e exames de exceção, como tomografia computadorizada e ressonância magnética, para avaliar a extensão do tumor e status do linfonodo (BRASIL, 2009, 2015b).

O tratamento depende do local, da extensão do tumor primário e do status dos linfonodos cervicais, podendo ser cirúrgico, radioterápico, quimioterápico, ou associação entre essas modalidades de tratamento (BRASIL, 2009, 2015b).

Tendo em vista os principais fatores de risco para esse tipo de câncer, a característica da população acometida e o fato de ser um câncer que apresenta pouco ou nenhum sintoma inicial, podendo acarretar um diagnóstico tardio, é importante a implementação de projetos de prevenção primária e secundária para essa patologia.

Deve-se considerar, também, uma maior divulgação dos fatores de risco, sobretudo junto aos grupos que concentram indivíduos em maior vulnerabilidade social. É importante reduzir o número de pacientes que são encaminhados para o tratamento paliativo porque fizeram um diagnóstico tardio tendo em vista que a partir do momento do diagnóstico real e o início do tratamento há uma espera grande, o que reflete na evolução da doença e na sua incurabilidade (BARBOSA, 2008; BRASIL, 2006).

O CB ainda permanece como um problema de saúde pública, com tímidas melhoras dos indicadores epidemiológicos ao longo do tempo (BRASIL, 2015a; CANCELA et al., 2009; TORRES-PEREIRA et al., 2012), apesar dos avanços nas medidas de prevenção, diagnóstico precoce e aumento da sobrevida dos casos de câncer.

No que se refere às intervenções, os aspectos sinalizados como influência negativa foram as dificuldades na formulação e implantação de políticas públicas de combate aos fatores de risco relacionados ao CB – como tabagismo e alcoolismo –, fatores associados ao paciente e também aos profissionais, que juntos ou isolados contribuem para o retardo no diagnóstico da doença. Os profissionais precisariam estar capacitados ou seguros na identificação de lesões suspeitas e os usuários necessitariam estar informados quanto aos fatores de risco e sintomas iniciais dessa patologia, pois a falta disso poderá acarretar na busca tardia por assistência à saúde, culminando no avanço da doença (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

4.4.1 O papel da Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde no câncer de boca e as Redes de referências de tratamento oncológico

A APS é a porta de entrada e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, referindo-se a um conjunto de práticas integrais em saúde individual e coletiva. A atenção ambulatorial de primeiro nível é o serviço de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, devendo ser de fácil acesso, direcionada a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população. Tem como características específicas: prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação equipe-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físico, psíquico e social da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2013).

Assim, destacam-se como atributos relevantes da APS para esse estudo o primeiro contato, a longitudinalidade, a abrangência ou integralidade, a coordenação e a orientação para a comunidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2013).

No nível primário, a saúde bucal exerce as ações de promoção e proteção de saúde desenvolvidas pelo sistema de saúde, articulado com outras instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e com a população e seus órgãos de representação. São elas: fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor (BRASIL, 2004b). Quando o paciente é encaminhado para atenção secundária, alguns cuidados devem ser observados pela APS: registrar o motivo do encaminhamento, os dados clínicos e a localização da enfermidade ou lesão em prontuário específico de referência e contrarreferência; sensibilizar o usuário quanto à importância de seu comparecimento à unidade de referência para realização de diagnóstico e tratamento adequados; acompanhar o caso do usuário encaminhado, assegurando-se de que o mesmo esteja sob atenção especializada e dar continuidade aos cuidados necessários no âmbito da APS após a contrarreferência; antes do encaminhamento, realizar ações para o controle de infecções se for necessário, levar ao CEO todos os exames já realizados e desmistificar a prática da biópsia se for o caso dessa indicação (BRASIL, 2008b). Na atenção secundária, as ações de saúde bucal estão relacionadas à recuperação, que envolve diagnóstico e o tratamento de doenças (BRASIL, 2004b). Vários são os motivos para o encaminhamento para a especialidade clínica de estomatologia odontológica, citamos: manejo clínico e cirúrgico-ambulatorial de lesões da mucosa bucal e dos ossos maxilares, semiotécnica para o diagnóstico de lesões bucais e solicitação de exames complementares pré-operatórios ou de necessidade diagnóstica para manifestações bucais (BRASIL, 2008b).

A saúde bucal na atenção básica tem como responsabilidade a avaliação do usuário com a queixa de alteração bucal, sendo função do CD realizar o diagnóstico e tratamento dessas lesões, além de selecionar os casos que serão encaminhados. Nos casos de lesões suspeitas de malignidade, a biópsia e a citologia esfoliativa, assim como demais exames complementares, também poderão ser realizados e solicitados na Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família (UBS/SF), desde que a equipe sinta-se capacitada para exercer a técnica de coleta e, principalmente, a interpretação dos resultados. Mas, caso haja impossibilidade de diagnóstico ou tratamento das lesões, o usuário deverá ser encaminhado para a atenção secundária. Nesse nível, o profissional tem como responsabilidade o diagnóstico e tratamento das lesões bucais por meio de

exames clínicos e complementares, biópsia, terapêutica cirúrgica e medicamentosa, quando pertinente, e planejamento do atendimento odontológico do paciente oncológico que será submetido à radioterapia ou quimioterapia (BRASIL, 2008b).

Todo paciente admitido na estomatologia deverá ser submetido à uma rigorosa anamnese e exame clínico, com exame físico e exames complementares. São procedimentos dessa especialidade: radiografia periapical/interproximal, radiografia oclusal, radiografia panorâmica, biópsia incisional de tecidos moles, biópsia excisional de tecidos moles, punção exploratória, biópsia incisional óssea, manejo de doenças não cirúrgicas, como candidíase, afta, líquen plano, herpes labial, hemangioma; terapêutica de fenômenos de retenção salivar, como mucoceles, rânulas, sialolitíases (BRASIL, 2008b).

Na atenção terciária, as ações são direcionadas ao tratamento e reabilitação dos pacientes diagnosticados com CB. A Rede de Atenção Oncológica é uma estratégia para assegurar a assistência integral e integrada dos pacientes portadores de câncer, e seu planejamento, organização e controle são realizados pelas Secretarias de Saúde estaduais e municipais. Para facilitar o acesso dos pacientes ao sistema de saúde, tem sido realizado o credenciamento de hospitais para o atendimento oncológico, com a criação do Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) ou Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Foi regida pela Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) (BRASIL, 2005) e, atualmente, pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), que prevê a formação de uma rede de atenção oncológica regional e estadual. Esta rede tem a finalidade de adequar à prevenção e o tratamento do câncer de acordo com as necessidades de cada região do país, reduzir as taxas de mortalidade e incidência de alguns tipos de câncer, favorecendo uma melhor qualidade de vida dos pacientes, através de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013b).

4.4.2 Intervenções para prevenção primária e secundária do câncer de boca

As intervenções preconizadas na literatura para a prevenção e diagnóstico precoce do CB, visando reduzir as sequelas e o óbito pela doença, foram objeto de artigo científico, atualmente submetido e aprovado pela Revista Odonto Ciência (Apêndice M, p. 217). A seguir, é apresentada uma sumarização desta abordagem.

O problema do diagnóstico precoce do CB é mundialmente conhecido e cada país ou região assume estratégias diversas para enfrentá-lo. Esse problema está relacionado a uma série de fatores, como o perfil das pessoas acometidas, dificuldade de acesso ao odontólogo, métodos de diagnóstico precoce invasivos, falta de divulgação das informações para a população, falta de conhecimento pelos profissionais que atuam na área e déficit de abordagem desse conteúdo no currículo nas universidades. Esses fatores são descritos em vários estudos nacionais e internacionais, evidenciando que este não é um problema apenas do Brasil. Estudos têm sido realizados a fim de subsidiar medidas que visem resolver o problema do diagnóstico tardio para o CB, e as várias abordagens utilizadas na busca da resolução desse problema estão relacionadas aos fatores de risco anteriormente mencionados (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

Os estudos trazem focos diferentes quanto à prevenção e diagnóstico precoce do CB. No entanto, apontam a necessidade de um olhar diferenciado para essa questão, a importância do CD, da capacitação contínua dos profissionais de saúde bucal e da implementação de novas estratégias de detecção precoce dessa patologia (ALVARENGA et al., 2012).

As ações relacionadas à prevenção do CB e ao diagnóstico precoce são previstas dentro dos conceitos amplamente trabalhados na saúde pública, que são a promoção da saúde e a prevenção de doenças. A prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença, de maneira a evitar seu progresso (LEAVELL; CLARK, 1965). Assim, a prevenção primária constitui um conjunto de intervenções para minimizar o risco de doenças específicas, diminuindo as taxas de incidência e prevalência na população, e seu foco é o indivíduo isento de doença. Já a promoção da saúde é mais ampla, pois se refere a medidas que atuam no processo de saúde-doença, com vistas a modificar o estilo de vida e condições de vida da população, logo não atua em uma doença específica. E ela cabe ao indivíduo, à população, aos setores da sociedade, aos profissionais de saúde e aos profissionais de saúde bucal (SILVA et al., 2013b).

A prevenção em saúde é dividida em quatro níveis (BRASIL, 2010):

- a) **Prevenção primária:** ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui promoção da saúde e proteção específica (ex.: imunização, orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade).

- b) **Prevenção secundária:** é a ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, no indivíduo ou na população, facilitando o diagnóstico definitivo, o tratamento e reduzindo ou prevenindo sua disseminação e os efeitos de longo prazo (ex.: rastreamento, diagnóstico precoce).
- c) **Prevenção terciária:** ação implementada para reduzir, em um indivíduo ou população, os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico, incluindo reabilitação (ex.: prevenir complicações do diabetes, reabilitar paciente pós-infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC)).
- d) **Prevenção quaternária:** detecção de indivíduos em risco de intervenções excessivas, diagnósticas e/ou terapêuticas, para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (MARTINS et al., 2018; JAMOULLE, 2015).

As medidas preventivas podem ser de abordagem coletiva ou individual. A abordagem coletiva inclui intervenções centradas na promoção da saúde, com ações educativas tanto individuais quanto coletivas, a realização de exames periódicos em usuários com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento do CB; a integração da ESB aos programas de controle do tabagismo e outras ações relacionadas ao controle do CB; e a informação sistemática da população sobre os locais de referência para o exame de diagnóstico de CB. Enquanto a abordagem individual inclui diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2008a).

Já no que concerne à promoção da saúde, há cinco campos em que se pode atuar no CB (SILVA et al., 2013c):

- a) Implementação e elaboração de políticas públicas saudáveis;
- b) Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- c) Reforço à ação comunitária;
- d) Desenvolvimento de habilidades pessoais;
- e) Reorientação do sistema de saúde.

Embora o CB seja uma doença de fácil detecção, seu diagnóstico é tardio na maioria dos casos, sendo possível melhorar o diagnóstico com o uso de medidas de promoção e prevenção à saúde, e melhoria do acesso aos serviços de saúde, de maneira a proporcionar que o diagnóstico seja precoce (NARVAI; FRAZÃO, 2008). Isto feito,

enseja-se o tratamento curativo, o que permite evitar que as sequelas sejam mutilantes e incapacitantes.

Algumas medidas de intervenção e prevenção primárias seriam ideais para a redução dos casos de câncer, como o combate aos fatores associados ao modo de vida, aos fatores ambientais e ocupacionais, além da investigação dos fatores genéticos associados a alguns tipos específicos de câncer (BRASIL, 2006).

Tendo em vista a demora no diagnóstico, existe a possibilidade de rastreamento populacional. Ainda que não hajam evidências que um exame visual da boca tenha impacto nas taxas de mortalidade por essa patologia, alguns autores sugerem que o rastreamento seja feito em indivíduos que estão expostos aos fatores de risco, pois pode resultar em diagnóstico secundário (BROCKLEHURST; BAKER; SPEIGHT, 2010; LARONDE et al., 2008; TORRES-PEREIRA et al., 2012).

A abordagem do CB deve compreender medidas de prevenção e controle, incluindo a realização rotineira de exames preventivos para detecção precoce do câncer; a oferta de oportunidades de avaliação das lesões bucais (busca ativa – visitas domiciliares ou através de campanhas específicas); o acompanhamento dos casos suspeitos, criando serviço de referência se necessário; e o estabelecimento de parcerias para prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação com as universidades e outras organizações (BRASIL, 2004c).

As ações com esse objetivo podem ser organizadas como a prevenção primária, que incluem as voltadas para divulgação das informações para população, com o objetivo de mudanças dos hábitos de vida considerados não saudáveis para hábitos saudáveis, a fim de obter redução das taxas de prevalência e incidência. Nesse nível, é dada ênfase a hábitos de etilismo, tabagismo, dieta, exposição solar e a infecção por papilomavírus humano (HPV).

A prevenção secundária, por sua vez, ocorre através da identificação das lesões pré-cancerígenas. Para que ocorra a identificação correta, é importante treinamento dos profissionais que atuam na linha de frente da assistência à saúde, com ênfase na avaliação das lesões/desordens celulares com potencial de malignização (DPM). Com esse objetivo, o Ministério da Saúde lançou o “Manual de Especialidades em Saúde Bucal” (BRASIL, 2008b; TORRES-PEREIRA et al., 2012).

A revisão da literatura realizada e apresentada no artigo teve a finalidade de identificar as principais medidas de prevenção empregadas pelos diferentes países. O que verificamos nos estudos incluídos nessa revisão é que deve-se utilizar métodos de

diagnósticos não invasivos, de fácil manuseio e rápida análise. Os métodos mais citados são teste azul de toluidina, citologia esfoliativa, biópsia esfoliativa modificada, autofluorescência, reflectância do tecido e fluoroscopia. No entanto, não há evidências científicas de que esses métodos sejam mais eficazes que a inspeção oral e palpação, sendo assim necessários estudos mais amplos que justifiquem a ampla utilização desses métodos na população. Porém, estudos mostram que esses métodos podem ser eficazes se utilizados na população com fatores de risco e que apresenta lesões que não cicatrizam, favorecendo um diagnóstico mais rápido (RAMOS et al., 2007; SWEENY et al., 2011; WALSH et al., 2013).

Outras medidas discutidas são as relacionadas a reorganização dos serviços de saúde, rastreamento de grupos de risco e campanhas de conscientização. Essas medidas são usadas em vários países no mundo, porém o problema do diagnóstico tardio ainda é uma realidade mundial (BULGARELI et al., 2013; SCHEUFEN et al., 2012).

As evidências encontradas apontam que, após a incorporação da PNSB e a consequente inserção da ESB na ESF, houve um significativo aumento da cobertura da assistência odontológica à população adscrita. No entanto, novas estratégias de abordagem à população para a identificação de lesões suspeitas são primordiais na difusão das informações e para o aumento de casos diagnosticados precocemente. A sensibilização e cooperação de toda a equipe da atenção primária, não apenas os profissionais da saúde bucal, são essenciais no combate ao diagnóstico tardio, pois muitas das vezes, a população é atendida por outros setores, que podem identificar o risco, ou até mesmo alguma lesão suspeita, e assim encaminhar para o setor de saúde bucal (BULGARELI et al., 2013).

Dessa forma, todos os profissionais que atuam na atenção básica, devem estar capacitados para identificar fatores de risco e lesões suspeitas, para que assim sejam encaminhados os casos para o setor responsável, e esse trabalho em conjunto traria grande ganho positivo para a população.

4.5 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação não é uma atividade recente, havendo relatos na literatura de realização desta atividade há quatro mil anos pelos chineses para o recrutamento de “funcionários públicos”. Já no Ocidente, essa atividade se iniciou no século XVIII, na Grã-Bretanha e na França, e desde então novos métodos foram se aperfeiçoando e

favorecendo a tomada de decisão na implementação de processos sociais, políticos, culturais e econômicos.

“Avaliar” deriva da palavra *valia* que significa “valor”, logo “avaliação” é o ato de determinar valor ou mérito de algo, com a ressalva de que deve ser analisado em relação a alguma referência, seja um objetivo, normas, critérios, parâmetros. Ainda, pode ser realizada por uma variedade de métodos e técnicas que permitem medir os efeitos, ou seja, o quanto se alcançou ou não, com relação aos requisitos estabelecidos pelo objeto da avaliação. Nesse sentido, pode-se falar de avaliação normativa ou pesquisa avaliativa.

Concordando com Champagne et al. (2013a) quanto a existência de tantas definições de avaliação quanto são os avaliadores, utilizou-se neste estudo o seguinte conceito:

avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE et al., 2013a, p. 44).

A avaliação pretende estudar uma intervenção, sendo esta considerada um sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e período, modificar o curso de um fenômeno ou corrigir um problema. Uma intervenção é constituída de cinco componentes principais: estrutura, atores individuais e coletivos, processos de ação, finalidades e um ambiente. Importante ressaltar que os atores envolvidos que, de acordo com suas características, interesses e convicções, irão moldar a intervenção (CHAMPAGNE et al., 2013b).

Uma avaliação tem várias finalidades, entre elas: a estratégica, para auxiliar o planejamento e a elaboração de uma intervenção; a formativa, que fornece informações para melhorar a intervenção no curso da atividade; a somativa, que determina os efeitos de uma intervenção para decidir se deve ser mantida; a transformadora, que é utilizada como alavanca para transformar uma situação problemática; e a fundamental, que contribui para o avanço dos conhecimentos (CHAMPAGNE et al., 2013b).

Quando pretendemos avaliar uma intervenção, devemos inicialmente defini-la e estabelecer-lhe um modelo lógico (MLog), pois não é comum que tal modelo seja encontrado pronto nas unidades em que os programas são realizados. Modelizar a

intervenção irá permitir realizar as perguntas certas e, assim, o processo avaliativo auxiliará na tomada de decisão. Segundo o autor Chen (1990), o modelo de uma intervenção expressa o que deve ser feito para que se alcancem os objetivos esperados, explicitando o racional da intervenção e seus efeitos. Também ajuda a prever quais os outros impactos e o modo como esses objetivos e impactos podem ser gerados.

O MLog é uma ferramenta de comunicação entre os atores envolvidos, auxiliando na definição da intervenção que deve ser avaliada, útil nos diferentes tipos de avaliação. Ao modelizar um programa, podemos perceber a diferença entre a forma como a intervenção foi prevista e como ela está sendo implementada.

Há autores que defendem a utilidade de combinar o MLog da intervenção com o modelo teórico de avaliação. O MLog é um esquema visual que expõe o funcionamento do programa e fornece uma base da relação de causa entre seus elementos. Já o modelo teórico, traz a ideia de completude ao MLog, explicitando a relação entre os aspectos operacionais do programa e outros fatores que podem influenciar no seu funcionamento (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

4.6 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Na área de saúde, Donabedian foi um dos principais colaboradores, desenvolvendo a teoria sobre a avaliação da qualidade da assistência na saúde, trazendo, inicialmente, um modelo de avaliação para o cuidado médico estruturado em três componentes: **estrutura, processo e resultado** dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1990; STARFIELD, 2002). Porém, esse modelo não incorpora outros componentes que também podem influenciar nos resultados, como os aspectos do contexto, tanto interno quanto externo, bem como características das pessoas e grupos sociais. Posteriormente, o autor amplia o escopo de abordagem de avaliação da assistência em saúde, apresentando os atributos de qualidade: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade (DONABEDIAN, 1990).

A qualidade dos serviços de saúde é primordial na assistência e resolução dos problemas da população. Não basta apenas o acesso garantido se não existe qualidade no serviço prestado e, nesse caso, os problemas não terão a resolutividade adequada, persistindo os agravos de saúde. Sendo assim, esses dois aspectos devem caminhar juntos em um serviço de saúde.

Existe um movimento mundial em direção à qualidade dos serviços de saúde (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006), e junto a isso o interesse em avaliar essa

qualidade cresce gradativamente, tanto por parte do setor público quanto do privado. Esse interesse advém da ampliação da oferta dos serviços de saúde, da inovação tecnológica, que exige a incorporação de novos recursos materiais, da mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população e dos agravos de saúde. Como esses fatores aumentam os custos com tais serviços, uma avaliação da qualidade desses serviços ofertados impacta diretamente na otimização dos custos (FRIAS et al., 2010).

A qualidade é o principal atributo de juízo de valor de qualquer tipo de avaliação e existem diferentes conceitos para o termo “qualidade”. Esses conceitos podem variar de acordo com o contexto social e histórico, assim como com interesses dos serviços ou dos programas (FRIAS et al., 2010). A qualidade é um termo abrangente e de complexidade conceitual e metodológica. Para Lohr (1990), a qualidade em saúde é o grau no qual os serviços incrementam a chance de resultados desejáveis para os indivíduos e as populações, sendo consistentes com o conhecimento profissional atual.

De acordo com Donabedian (2005), a definição de qualidade pode ser quase qualquer coisa que alguém deseje, embora seja, normalmente, um reflexo de valores e objetivos atuais do sistema de assistência médica e da sociedade maior da qual faz parte. Nesse sentido, a qualidade irá referir-se ao grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, expectativas e ao padrão de atendimento dos pacientes em um dado contexto (DONABEDIAN, 1985).

Existem muitos fatores que influenciaram para avaliar a qualidade dos serviços, como falta de segurança dos serviços de saúde, ineficiência dos custos com as novas tecnologias, insatisfação dos usuários, acesso desigual aos serviços de saúde e longas listas de espera (SERAPIONI, 2009).

A avaliação da qualidade dos serviços utiliza alguns atributos como parâmetros de referência, e a maioria utiliza o quadro conceitual de Donabedian (1990) que traz duas vertentes: a primeira é o modelo sistêmico, que inclui os componentes da estrutura, do processo e do resultado; e a segunda contempla os atributos que definem a qualidade — efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade (FRIAS et al., 2010). Outros autores incluem como atributos da qualidade acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica (VUORI, 1991).

A estrutura corresponde a características estáveis de seus provedores, instrumentos, recursos, condições físicas e organizacionais; quanto ao processo, corresponde a atividades, bens e serviços que são prestados e como acontecem; e quanto ao resultado, corresponde aos efeitos a partir dos objetivos propostos pela intervenção

(DONABEDIAN, 1990). Para Vuori (1991), a estrutura consiste em ter boas pré-condições para ter mais possibilidade de bons processos e resultados, sendo o processo as ações de acordo com o conhecimento, que resultarão em bons resultados; e quanto ao resultado, é importante a construção de indicadores de saúde e a medida de satisfação do usuário.

Campbell, Roland e Buetow (2000) identificam como principais dimensões para avaliação da qualidade da assistência aos pacientes o **acesso e a efetividade**, que considera a partir de elementos relacionados aos serviços, aos procedimentos, às ações programáticas de saúde e à percepção dos usuários. Ainda, os autores articulam às dimensões os componentes de estrutura, processo e resultado, amplamente disseminados a partir dos trabalhos de Donabedian (1990).

A necessidade de considerar aspectos da garantia de acesso aos serviços de saúde juntamente com a efetividade reside no não alcance dos resultados esperados se não coexistir oferta, utilização e resolutividade da assistência prestada. Porém, compreendendo que a qualidade em saúde é, também, determinada pelo contexto, os autores referem às dimensões de equidade e eficiência como importantes para a apreciação da qualidade em nível populacional (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000).

Na mesma linha de pensamento, Starfield (2002) compreende a qualidade na atenção à saúde numa perspectiva clínica e populacional. Na primeira, o centro de interesse é o impacto das ações dos profissionais individuais sobre a saúde de seus pacientes e os aspectos avaliados são: capacidade do recurso, prestação dos serviços, desempenho clínico e avaliação do estado de saúde. Na segunda, o interesse é no impacto dos programas e sistemas de saúde entre os subgrupos populacionais e os aspectos avaliados, referentes à atenção primária, são: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Os aspectos relacionados à atenção secundária em saúde são: ampliação do acesso a procedimentos e consultas especializadas, resultados dos exames diagnósticos, e articulação com pontos da rede de serviços de saúde de atenção primária e terciária (ERDMANN et al., 2013).

Nas reflexões sobre avaliação da qualidade da assistência, os autores Campbell, Roland e Buetow (2000) e Starfield (2002) apontam elementos necessários e complementares quanto às dimensões do acesso e efetividade para apreciar o cuidado prestado aos pacientes, considerando a perspectiva clínica e programática. Cabe mencionar, ainda, a importância da explicitação de critério e indicadores para a

avaliação da qualidade. Ambos proporcionam compreensão e medida dos avaliandos, ou seja, os objetos da avaliação, e permitem o monitoramento e a identificação de oportunidades de melhoria de serviços e de mudanças positivas em relação ao alcance da qualidade a um custo razoável (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

4.6.1 Acesso em saúde

No fluxo de utilização dos serviços de saúde, é a percepção do indivíduo de uma necessidade de saúde que acarreta o desejo de obter o cuidado, levando à busca ou não pelos serviços hospitalares e ambulatoriais para atendimento. E o acesso é o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço, que refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população (TRAVASSOS, 2002).

Uma característica importante do acesso é a disponibilidade ou a presença física dos serviços, equipamentos e recursos humanos. No entanto, apenas a disponibilidade de tais recursos não garante o acesso, pois existem diferentes tipos de barreiras de acesso que podem facilitar ou obstruir o uso dos serviços de saúde:

- a) Geográficas: referem-se à resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde, incluindo distância, custos financeiro e de tempo para deslocamento;
- b) Financeiras: existe uma relação negativa entre o preço dos serviços de saúde e a utilização dos mesmos;
- c) Organizacionais: referem-se às características da organização dos serviços, do tipo, da qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis que facilitam ou limitam sua utilização;
- d) Informação: referem-se às informações sobre o sistema de saúde, as doenças e suas alternativas terapêuticas, que atuam como facilitadores na utilização de serviços (TRAVASSOS; CASTRO, 2013).

O acesso em saúde, compreendido como um conceito complexo e geralmente empregado de forma imprecisa e pouco claro em relação ao uso dos serviços de saúde, segue variando ao longo do tempo e de acordo com o contexto (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Assim, considerando que as abordagens variam e que os conceitos e suas dimensões se ampliam ou estreitam de acordo com diferentes autores, descreve-se

no Quadro 5 algumas das abordagens de análise do acesso, segundo a natureza predominante das dimensões, distinguindo-se dois eixos: político e técnico-organizacional. Cabe ressaltar, porém, que os autores compreendem o caráter multidimensional do conceito de acesso e incluem dimensões de ambos os eixos nas suas abordagens.

Quadro 5 - Dimensões de acesso por autor.

Autores	Dimensões do acesso
EIXO POLÍTICO	
(ASSIS; JESUS, 2012).	<ul style="list-style-type: none"> • Política: A equidade no acesso e o acesso universal a todos os níveis de serviços são princípios que norteiam as políticas de saúde e a conformação do modelo de atenção. • Econômico-social: envolve questões concernentes mais à acessibilidade, no sentido de acesso potencial, tais como a cobertura por seguro público ou privado e a superação das barreiras financeiras. • Técnica-organizacional: compreende os aspectos mais restritos à entrada inicial nos serviços e, portanto, à forma como está organizada sua oferta (regionalização, hierarquização, definição de fluxos). • Simbólica: inclui as percepções, as concepções e a atuação dos sujeitos, as representações sociais sobre o processo saúde-doença e a forma como o sistema de saúde se organiza para atender às necessidades.
(GIOVANELLA; FLEURY, 1995):	<ul style="list-style-type: none"> • Política: desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular. • Econômica: relação entre oferta e demanda. • Técnica: planificação e organização da rede de serviços. • Simbólica: modelo das representações sociais acerca da atenção e do sistema de saúde.
(HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2003).	<ul style="list-style-type: none"> • Política: o sistema de saúde descentralizado favorece o acesso, e as dimensões que compõem o acesso traz questões além da acessibilidade organizacional, como a participação popular e controle social, a equidade, coerência dos serviços com as necessidades da população, as estratégias, as táticas e a alocação de recursos e a autonomia
EIXO TÉCNICO-ORGANIZACIONAL	
(GIOVANELLA; FLEURY, 1995):	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade: relação entre volume e tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidade; • Acessibilidade: relação entre localização da oferta e usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos; • Adequação funcional: relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade destes em acomodarem-se a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos; • Capacidade financeira: relação entre custos e oferta • Aceitabilidade: relação entre atitudes dos usuários, trabalhadores de saúde e práticas destes serviços.
(UNGLERT, 1990)	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso geográfico: tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde; • Acesso econômico: facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento como forma e custos de deslocamento, de procedimentos e obtenção de medicamentos e condição social atual; • Acesso técnico: entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo horários previstos de atendimento e a qualidade da atenção.
(TRAVASSOS; MARTINS, 2004)	<p>São duas dimensões:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sócio-organizacional: condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo;

Autores	Dimensões do acesso
(PENCHANSKY; THOMAS, 1981)	<ul style="list-style-type: none"> • geográfica: refere-se a uma função do tempo e do espaço, como a distância física entre o usuário e os serviços. • Disponibilidade: ter recursos para cuidado com a saúde; • Acessibilidade: distância e recursos para chegar a unidade de atendimento; • Adequação: organização no atendimento aos usuários; • Capacidade aquisitiva: capacidade para adquirir recursos para cuidar da saúde; • Aceitabilidade: satisfação quanto ao atendimento e recursos disponíveis na unidade.
(THIEDE; MCINTYRE, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade: caracteriza-se por todos os fatores de um serviço específico ao alcance do usuário; • Acessibilidade: refere-se aos custos diretos e indiretos dos cuidados em relação à capacidade de pagamento do usuário; • Aceitabilidade: abrange o subjetivo, o social e o cultural.

Fonte: Elaborado pela autora.

Considera-se, assim, que o acesso não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a organização técnica e funcional referente aos profissionais e recursos tecnológicos, segundo as necessidades de saúde dos pacientes, o que irá permitir o desenvolvimento das práticas de cuidado efetivas. Porém, prevalece a ideia do acesso como uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Respeitando os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido de forma ampla e em condições de igualdade, independente de quaisquer fatores. Garante-se, assim, por parte do sistema, o direito da atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, respeitando a Constituição Federal que estabelece que a “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

Entendemos por universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, que todos os cidadãos tenham o direito de obter serviços e ações de saúde de que necessitam independentemente de classe social, etnia, e outros. Quanto à equidade, é a igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, ou seja, não pode haver discriminação de acesso aos serviços (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2013). A regionalização e hierarquização exigem que os usuários sejam referenciados para unidades especializadas de acordo com a complexidade do caso e que, mesmo após o encaminhamento, eles possam retornar às unidades básicas de origem para acompanhamento (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2013).

Porém, mesmo após quase vinte anos de existência do SUS, ainda existem muitas dificuldades para garantir o direito social constitucional de acesso universal de atenção à saúde, em todos os níveis de atendimento. A materialização da garantia dos

direitos previstos na lei ainda está em construção, e vários são os fatores que atuam como obstáculos alguns deles são subfinanciamento do setor de saúde, diversidade econômica e cultural do país, desigualdades em todos os aspectos (OCKÉ-REIS, 2012).

Observamos também que não há concordância entre os autores a respeito do termo “acesso” e “acessibilidade” (TRAVASSOS; CASTRO, 2013). “Acesso” pode ser empregado no lugar do substantivo “acessibilidade” ou manter-se o substantivo “acesso”, o que vai depender de cada autor. Para “acessibilidade”, entende-se o caráter ou qualidade do que é acessível, e para “acesso”, o ato de ingressar, a entrada. E ambos os termos podem ser utilizados para indicar a facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (DONABEDIAN, 2003).

Acessibilidade pode ser entendida como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzi-los e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, ou seja, é mais abrangente do que simplesmente a disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar, referindo-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. Assim, é um fator da oferta que explica as variações no uso dos serviços e é distinguida por duas dimensões: sócio-organizacional e geográfica (DONABEDIAN, 1973).

Ainda segundo Donabedian (1973), acessibilidade é o conjunto de fatores que intervêm entre a capacidade real ou potencial de produzir serviços e a capacidade, também real e potencial, de consumo dos mesmos. Assim, passa a ser vista além da presença e da disponibilidade de recursos em um determinado lugar e num tempo dado, uma vez que sua definição engloba as características dos recursos que facilitam e obstruem o uso por clientes potenciais. No entanto, esse autor restringe o conceito de acessibilidade na medida em que exclui as etapas de percepção de problema de saúde (necessidades) e processo de tomada de decisão na procura de serviço pelos indivíduos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Os atributos sócio-organizacionais incluem a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo, que termina por influenciar significativamente o acesso à saúde, a acessibilidade geográfica. Por outro lado, refere-se a uma função do tempo e do espaço, como a distância física entre o usuário e os serviços. Donabedian (apud SANCHEZ; CICONELLI, 2012) argumentou que o termo “acessibilidade” abrange uma gama maior de significados, pois está mais relacionado à oferta de serviços

de um modo que responda às necessidades da população do que à simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço.

4.6.2 Efetividade do cuidado

Observando-se a tendência de ampliação do escopo do conceito de acesso, com deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos, argumenta-se sobre a importância de manterem-se as distinções entre acesso e uso de serviços de saúde, acesso e continuidade do cuidado, e acesso e efetividade dos cuidados prestados. A principal razão é que cada um destes processos corresponde a um modelo explicativo distinto (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Há concordância dos estudos que entre os resultados esperados de programas implementados com a qualidade prevista estão, além do acesso aos serviços de saúde, a satisfação do usuário com a assistência recebida. Esses atributos permitem representar medidas de resultado dos programas ou serviços de saúde quanto ao conhecimento da relação do usuário com seu tratamento, avaliar consultas e padrões de comunicação (como sucesso da informação dada, envolvimento do paciente em decisões sobre seu cuidado e confiança estabelecida), além de caracterizar diferentes modalidades de organização da oferta e utilização dos serviços (FRIAS et al., 2010).

Assim, além do acesso, o alcance desses resultados expressa a efetividade do cuidado (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000). Essa dimensão da qualidade está referida tanto à aplicação apropriada do conhecimento médico disponível ou adequação segundo às evidências científicas, como ao uso da tecnologia apropriada no cuidado com o paciente (VUORI, 1991).

Além dos aspectos de adequação das práticas, os resultados de saúde relacionam-se, também, a elementos não diretamente relacionados à assistência. Conforme apontam alguns autores, o modo como o sistema de saúde reconhece e acolhe as expectativas dos usuários em relação aos aspectos não médicos do cuidado irá afetar a sua relação com os serviços e profissionais e, conseqüentemente, a sua aceitabilidade ao tratamento e a resolutividade, conformando o conceito de responsividade (VAITSMAN; ANDRADE, 2005; HOLLANDA et al., 2011; MISHIMA et al., 2016).

Os elementos identificados na subdimensão de responsividade relacionam-se ao respeito pelas pessoas, considerando as categorias dignidade, confidencialidade,

autonomia e comunicação; e à orientação para o cliente, que refere-se ao atendimento rápido, apoio social, instalações e escolha (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

A análise dessa dimensão tem especial relação com componente do processo, pois engloba as atividades ou os procedimentos empregados pelos profissionais de saúde para transformar os recursos em resultados (DONABEDIAN, 1992). Porém, a condição de ambiência, relacionado ao componente de estrutura, também irá afetar a efetividade do cuidado.

4.6.3 Trajetória assistencial na avaliação em saúde

A complexidade dos problemas e necessidades de saúde e as demandas crescentes que representam para o sistema, programas e serviços de saúde requerem a utilização de abordagens e métodos de avaliação que respondam a essa realidade. Nesse sentido, ao se pretender avaliar os aspectos relacionados ao acesso e à qualidade dos serviços e práticas de saúde, a abordagem do itinerário terapêutico permite compreender as trajetórias de busca, produção e gerenciamento do cuidado pelos pacientes e familiares (ARAÚJO; BELLATO; HILLER, 2009).

Estudos utilizando essa abordagem são ainda escassos e com pouca expressão no campo da avaliação em saúde no Brasil, ressaltando-se os trabalhos de Pinheiro, Silva-Junior e Mattos (2008) e Pinheiro e Martins (2009), que apresentam uma discussão teórica e metodológica apropriada sobre o tema. Reconhece-se no referencial teórico e metodológico do itinerário terapêutico um grande potencial como estratégia de pesquisa avaliativa para compreender o comportamento em relação ao cuidado em saúde e ao uso de serviços, além de auxiliar na reflexão sobre as relações entre profissional e paciente, e nas atividades de planejamento e gestão (CABRAL et al., 2011).

Os termos apreendidos nos estudos utilizando essa abordagem são diversos: trajetória assistencial, trajetória terapêutica, trajetória do cuidado, sendo mais frequentemente identificados como itinerário terapêutico, apesar de não serem sinônimos (ARAÚJO; BELLATO; HILLER, 2009; BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008). Entende-se por itinerário terapêutico os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos (atenção primária, emergência etc.). Refere-se a uma sucessão

de acontecimentos e tomada de decisões, no qual o objeto é o tratamento da enfermidade (MARTINEZ- HERNÁEZ, 2006).

O termo itinerário terapêutico pode ser, ainda, utilizado como sinônimo de busca por cuidados terapêuticos, e procura descrever e analisar os caminhos percorridos por indivíduos na tentativa de solucionar o problema de saúde, considerando as práticas individuais e socioculturais (GERHARDT, 2006). Observa-se nessas definições a emergência de dois eixos: o ponto de vista do sujeito e suas escolhas determinando certo itinerário e aqueles que identificam o meio cultural como determinante dos processos de escolhas dos indivíduos. Estudos que articulam os dois eixos compreendem a interdependência dessas situações nas decisões e possibilidades de escolhas dos sujeitos, compreendendo essa busca por assistência como expressão das dinâmicas sociais e não apenas das experiências individuais (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008; LIMA; BAPTISTA; VARGAS, 2017).

A saúde, a doença e o tratamento – apesar dos avanços tecnológicos – continuam sendo elementos influenciados diretamente por crenças, percepções, religiosidade, hábitos tradicionais e relações de poder. Dessa forma, a população circula entre âmbitos populares, profissionais de saúde e sistemas de saúde, construindo itinerários terapêuticos a partir de sua própria experiência em cuidados de saúde, (re)interpretando práticas e informações veiculadas no âmbito dos serviços de saúde, na comunidade e no modelo social vigente, o que irá traduzir-se nos cuidados de saúde (GUERIN; ROSSON; BUENO, 2012). Desse modo, a abordagem das necessidades em saúde pode privilegiar o ponto de vista biológico, assim como social, cultural e político. Os itinerários que daí decorrem são múltiplos, diversificados e complexos tanto na sua organização quanto na sua cronologia (GERHARDT, 2009).

Ao colocar o foco do estudo nas relações dos pacientes com o sistema formal de saúde, a denominação “trajetória assistencial” tem sido utilizada em pesquisas avaliativas (LOPES; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2004; MEDINA, 2006). Esses estudos buscam apreender o percurso do paciente pela rede de saúde durante a ocorrência de um evento importante, permitindo identificar os serviços utilizados e, a partir da investigação do evento, apreciar a adequação das condições de funcionamento e da assistência prestada no sistema de saúde (LOPES; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2004). Ainda, concordando com Araújo, Bellato e Hiller (2009), ao estudar as trajetórias terapêuticas tomando uma doença crônica – no presente caso, o CB –, essa abordagem permite articular um ponto de vista macro da organização programática das ações e

serviços de saúde destinados ao problema, e outro micro, dos pacientes e famílias no gerenciamento dos cuidados no cotidiano.

5 MÉTODO

Esse capítulo é dividido em oito partes, trazendo informações sobre como a pesquisa foi realizada.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de análise de estrutura, processos e resultados de uma intervenção, utilizando abordagens qualitativa e quantitativa. O uso de método misto foi empregado por permitir associar dados coletados de diferentes fontes, que foram integrados analiticamente para uma melhor compreensão dos fenômenos sociais estudados (GREENE; CARACELLI; GRAHAM, 1989; TRITTER, 2011).

Esta avaliação estudou uma intervenção – sendo esta considerada um sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e período, modificar o curso de um fenômeno ou corrigir um problema. Para isso, uma intervenção possui genericamente cinco componentes: estrutura, atores individuais e coletivos, processos de ação, finalidades e um ambiente (ou contexto). É importante ressaltar que os atores envolvidos, de acordo com suas características, interesses e convicções, modelaram a intervenção (CHAMPAGNE et al., 2013c).

No campo da saúde, com vistas a oferecer serviços de qualidade e de forma equitativa, a avaliação em saúde é um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informações para os gestores na tomada de decisão (CHAMPAGNE et al., 2013c). Dessa forma, foi empregado a avaliação da qualidade dos serviços de saúde na atenção primária e secundária.

A intervenção de interesse consistiu nas ações realizadas na atenção primária e secundária em saúde preconizada pela PNSB relacionadas à assistência ao CB, conforme apresentado no MLog da intervenção (Figura 3, p. 45). O foco do estudo foram os atributos de Acesso e Efetividade do cuidado da assistência prestada nesses níveis de atenção dos serviços de saúde na perspectiva da qualidade do cuidado. Os resultados foram analisados na perspectiva da resolutividade e da satisfação do usuário. Foi desenvolvido modelo teórico buscando informar a imbricação das dimensões de interesse com o modelo sistêmico de estrutura-processo-resultado e subdimensões e critérios (Figura 4, p. 72).

A abordagem quantitativa foi empregada para a descrição dos portadores de CB, assim como da rede e da oferta de cuidado para essa patologia no município do Rio de Janeiro, e também na descrição dos pacientes matriculados no INCA, que compõem a população incluída no estudo, e dos profissionais envolvidos nas ações.

A fase qualitativa foi realizada para explorar o significado dos fenômenos, identificando no discurso dos indivíduos a trajetória na rede de assistência, as possibilidades e os obstáculos enfrentados para o acesso e a qualidade técnica do cuidado, desde o início dos sintomas até o início do tratamento. Assim, foi possível identificar os pontos críticos que influenciaram o atraso do diagnóstico da doença e seu tratamento ainda em fase curativa.

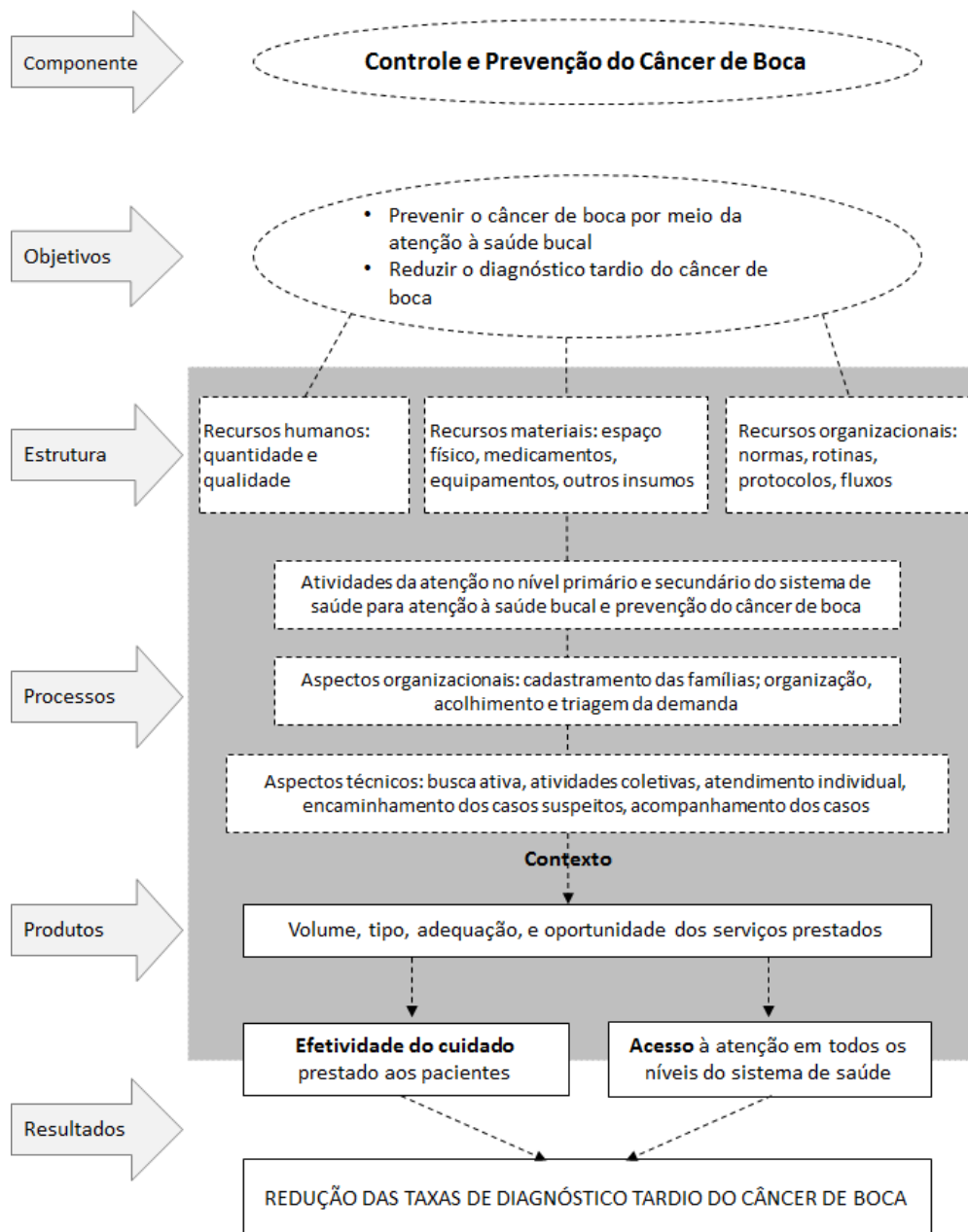
O estudo foi então desenvolvido em quatro etapas: (a) verificação dos dados do SISREG e Sistema Estadual de Regulação (SER) para descrição da casuística do CB no município do Rio de Janeiro e identificação da unidade hospitalar que mais absorve a demanda; (b) verificação dos dados do setor de estatística do INCA para seleção da amostra de usuários; (c) entrevistas com usuários, nas quais também se verificou as unidades primárias e secundárias de seu atendimento; e (d) visitas às unidades para observação e entrevista com profissionais e gestores.

5.2 OBJETO DE ESTUDO

O objeto foi o programa “Brasil Sorridente”, no seu componente de prevenção e controle do CB, implantado nos serviços de saúde de atenção primária e secundária do município do Rio de Janeiro, em relação à qualidade das ações em saúde bucal quanto a dimensões do Acesso e da Efetividade da atenção prestada.

A avaliação realizada baseou-se, inicialmente, na identificação dos componentes estruturais do programa, sendo elaborado o MLog da intervenção (Figura 33, p. 72). Os seus elementos de estrutura, processo e resultado foram descritos considerando as normas da PNSB para o objeto de interesse do estudo, o controle do CB, reproduzidas em larga medida pela coordenação municipal do “Brasil Sorridente”.

Figura 3 - Modelo Lógico da Política Nacional de Saúde Bucal – Componente Controle do Câncer de Boca.



Fonte: elaboração própria

5.3 DIMENSÕES E CRITÉRIOS DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Em diálogo com os autores Campbell, Roland e Buetow (2000) e Starfield (2002), identificam-se os componentes, dimensões e subdimensões que permitiriam apreciar a qualidade da assistência prestada aos pacientes, tomando como foco do presente estudo a perspectiva clínica e programática. Considerando as dimensões Acesso e Efetividade do cuidado propostas por Campbell, Roland e Buetow (2000), amplia-se, nesse estudo, as subdimensões e critérios para outros atributos de qualidade propostos por Starfield (2002) e Cruz (2006) (Figura 4 p. 72). Esses atributos da qualidade foram avaliados nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, encaminhamento dos casos de CB, identificando como a assistência ocorreu na atenção primária e secundária em saúde.

O acesso aos serviços de atenção primária e secundária foi avaliado baseado nas subdimensões e critérios conforme apresentado no referencial teórico, sendo identificados aqueles mais pertinentes para o escopo e objetivos desta pesquisa. Entre os atributos definidos estão: acessibilidade geográfica, disponibilidade, ambiência, acessibilidade organizacional, coordenação do cuidado e oportunidade. Assim, o acesso será abordado nesse estudo considerando os aspectos relacionados às condições sociais dos pacientes e organizacionais dos serviços, pertinentes ao retardo no diagnóstico do CB, bem como os obstáculos à utilização dos serviços de saúde disponíveis, ou seja, a relação entre os recursos dos usuários e os obstáculos colocados para o seu uso (FRIAS et al., 2010).

A partir da visão dos pacientes, foram avaliadas as questões sobre proximidade geográfica, capacidade física ou condição financeira dos mesmos para o deslocamento, oferta de atividades e procedimentos nas unidades, disponibilidade de profissionais para atendê-los, informações sobre rotina e processos na unidade, tempo para agendamento de consultas, exames e resultados.

A perspectiva do profissional e do gestor também foi considerada para apreciar a estrutura e organização dos serviços quanto a ambiência do local de trabalho, materiais de uso, recursos humanos para atender a demanda, matrícula na unidade, triagem/acolhimento, agendamento, sistema de referência e contrarreferência. Também indagou-se a perspectiva dos profissionais quanto à oferta de procedimentos e serviços na unidade, tais como realização das consultas e intervalos entre as mesmas, atividades

individuais e coletivas em saúde geral e bucal, diagnóstico, visita domiciliar e educação continuada (Quadro 9, p. 94).

Quanto à efetividade do cuidado, considerou-se a dimensão referida tanto ao seu aspecto de adequação, ou qualidade técnico-científica, relativa à aplicação das ações de acordo com o conhecimento e tecnologia disponível, bem como à responsividade da atenção, ou seja, os atributos de relacionamento estabelecido entre pacientes e profissionais de saúde.

Sendo assim, na atenção primária e secundária, a Efetividade do cuidado foi avaliada na perspectiva do profissional e do gestor por meio da identificação do conhecimento dos profissionais acerca do tema, cursos de capacitação/especialização, suas atividades assistenciais em relação ao CB, incluindo promoção, prevenção, diagnóstico e encaminhamento dos casos suspeitos e confirmados. E, na perspectiva do paciente, foi avaliada considerando as informações recebidas acerca da saúde bucal de forma geral, e sobre o CB, assim como a percepção da qualidade da assistência recebida na consulta, os exames e orientação quanto ao resultado e ao encaminhamento

Como expressão do resultado da qualidade da assistência prestada ao paciente, identificado por Campbell, Roland e Buetow (2000) como consequência do cuidado, duas dimensões são apontadas por estes autores: o estado de saúde do paciente – tratado no atual estudo como resolutividade, considerando também o diagnóstico da doença – e a satisfação do usuário, que foi considerada na perspectiva da aceitabilidade dos pacientes aos serviços e práticas de saúde recebidas, e da percepção de sua experiência com o programa de SB para o controle do CB.

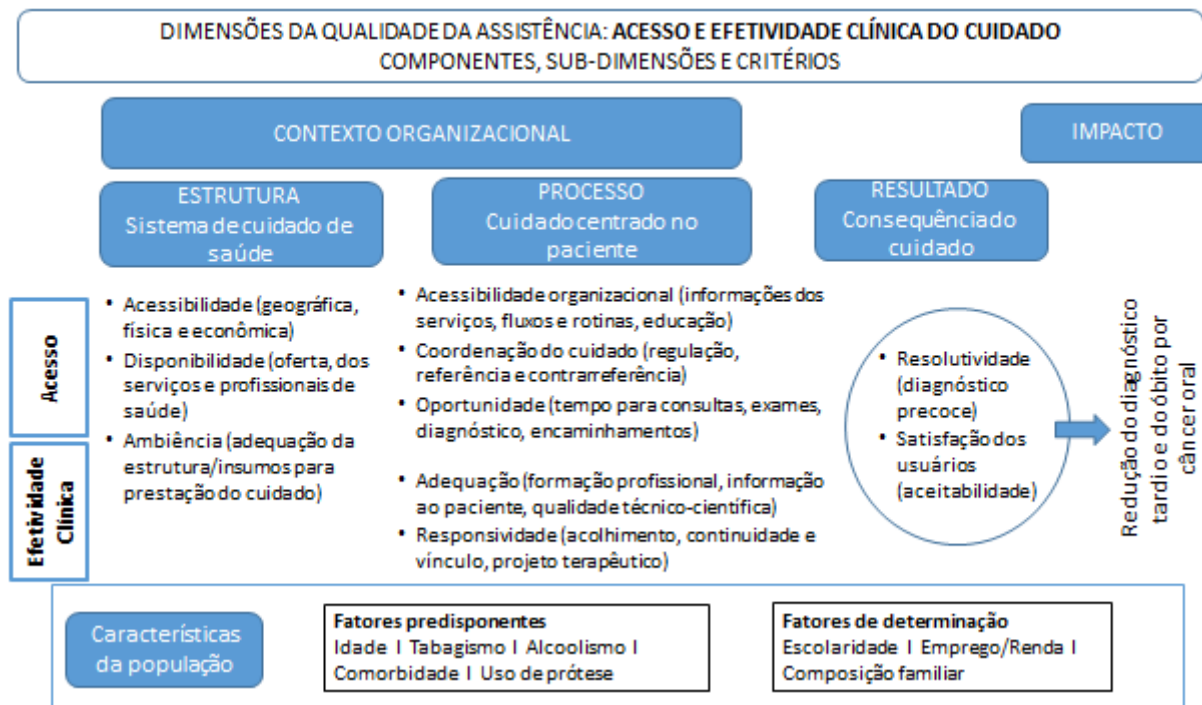
Sendo assim, utilizamos esses conceitos para nortear esse estudo, pois conseguem trazer tanto os aspectos relevantes para identificação dos fatores relacionados à qualidade da atenção prestada aos portadores de CB, quanto às dimensões de acesso e a efetividade do cuidado da assistência prestada ao longo dos níveis de complexidade da rede de cuidado.

A consequência do cuidado também foi observada na percepção dos gestores e profissionais que atuam nos serviços de SB (Quadro 11, p. 104).

Para apreensão do acesso e da efetividade do cuidado prestado aos pacientes, foram analisadas as trajetórias assistenciais dos sujeitos do estudo, compreendendo a utilização dos recursos de saúde pelo paciente desde o aparecimento do problema até o seu desfecho (FIGUEIRÓ et al., 2011; GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2008; FERREIRA, SILVA, 2012). Nesse sentido, considerou-se importante conhecer a rede

de serviços de saúde disponíveis aos usuários, que poderia acolher seu problema de saúde desde a porta de entrada do sistema e os serviços subsequentes, segundo a necessidade que apresente. Assim, seguimos os procedimentos metodológicos utilizando essa abordagem, possibilitando a identificação dos fatores que conduzem ao diagnóstico tardio do CB no percurso dos pacientes no sistema de saúde, além da identificação de fatores próprios do indivíduo. Optou-se pelo conceito de trajetória assistencial como norteador da abordagem utilizada nesse estudo para a coleta e análise dos dados.

Figura 4 - Modelo teórico da avaliação da qualidade da assistência ao paciente



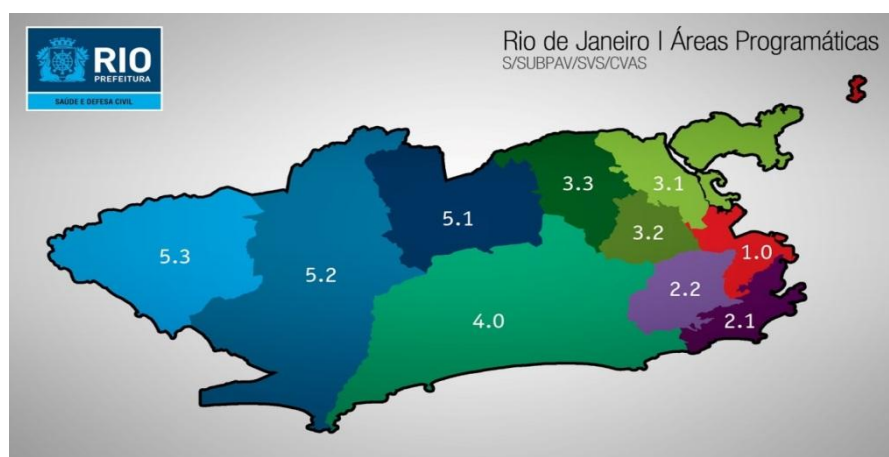
Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Campbell et al, 2000.

5.4 CONTEXTO DO ESTUDO: O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O cenário foi composto pelos serviços de saúde utilizados pelos pacientes durante suas trajetórias, desde o primeiro acesso aos serviços de saúde bucal, até o início do tratamento do câncer, sempre no município do Rio de Janeiro.

O município Rio de Janeiro tem 1.224 Km² de área e densidade demográfica de 5.163 habitantes/Km². Está organizado em 33 Regiões Administrativas (RA) e 160 bairros. É uma cidade muito heterogênea, com desigualdade na distribuição e oferta de serviços públicos de saúde. Desde 1993, é dividida em dez áreas programáticas (AP) para organização e oferta dos serviços de saúde: AP 1.0; AP 2.1; AP 2.2; AP 3.1; AP 3.2; AP 3.3; AP 4.0; AP 5.1; AP 5.2; e AP 5.3 (Figura 5 e Quadro 6). Cada AP tem peculiaridades quanto às atividades econômicas, circulação, mobilidade, serviços públicos e privados de saúde, educação e lazer, e todos esses aspectos podem determinar as formas de adoecimento e mortalidade de cada região (RIO DE JANEIRO, 2013c).

Figura 5 - Mapa do município do Rio de Janeiro dividido por AP.



Fonte: RIO DE JANEIRO, 2013c.

Quadro 6 - Lista de bairros por área programática (AP)

AP	Bairros
1.0	Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama;
2.1	Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal;
2.2	Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel;

AP	Bairros
3.1	Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Manguinhos, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral;
3.2	Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho;
3.3	Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Columbia, Pavuna, Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre;
4.0	Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena;
5.1	Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar;
5.2	Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba;
5.3	Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2013c

A expansão da ESF teve início tardio e até 2009 o município do Rio de Janeiro apresentava uma organização bastante incipiente da APS. Até o ano 2000, não havia nenhuma equipe implantada, e no ano de 2009, iniciou a implantação de 13 equipes no município. Após reorganização, a cobertura pela ESF passou de 7% em 2009 para 45% em 2014. O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), que a partir de 2003 promoveu expansão da ESF para os municípios de grande porte, incluindo o RJ, contribuiu muito para esse incremento (BRASIL, 2012b). O cadastro da ESB teve início em 2002 e implantação em 2005, acompanhado de aumento expressivo do investimento financeiro, monitoramento e avaliação das atividades (BORGES; BAPTISTA, 2010), informação que difere do último plano municipal de saúde, que não priorizou a saúde bucal, ofertando pouco investimento financeiro (RIO DE JANEIRO, 2013a).

Um fator que influenciou muito negativamente no setor de saúde bucal foi que as ESB foram às últimas a serem inseridas na ESF, de maneira que criou um descompasso entre elas ao longo dos anos, surgindo algumas dificuldades de trabalho em conjunto com a equipe de saúde médica e de enfermagem. Além disso, o fato de

existirem menos ESB implantadas em relação à equipe médica e de enfermagem é adicional para aumentar o descompasso (PEREIRA et al., 2009).

As unidades de saúde de atenção primária são classificadas pela Secretaria de Saúde do município em três tipos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, 2011)

- Unidade tipo A: unidades onde todo o território é coberto por equipes de saúde da família;
- Unidade tipo B: unidades mistas onde somente parte do território é coberta por equipe de saúde da família;
- Unidade tipo C: unidades onde ainda não há equipe de saúde da família, mas com território de referência bem definido.

Pelos dados da SUBPAV, no Rio de Janeiro, as unidades de saúde existentes estão distribuídas como apresentado no Quadro 7.

Quadro 7 - Distribuição de Unidades de Saúde segundo o tipo.

	Tipo de Unidade	Quantidade
1	Clínica da Família (unidade APS tipo A)	116
2	Centro Municipal de Saúde (CMS – unidade APS tipo B)	111
3	Policlínica (unidade APS tipo C)	10
4	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	32
5	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	15
6	Hospital	29
7	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	18
8	Unidades Oncológicas	13
9	Coordenação de Emergência Regional (CER)	7

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2013c.

No Rio de Janeiro, os encaminhamentos dos casos confirmados de CB são referenciados para tratamento nas unidades especializadas através do SISREG, e em setembro de 2015 passou para o SER, sistema virtual de cadastramento e encaminhamento dos pacientes responsável pelos procedimentos estratégicos. Existe um conjunto de hospitais que realizam, no município, o atendimento para esses casos (Quadro 3 - Hospitais cadastrados na Rede Oncológica. Município do Rio de Janeiro, 2014., p. 466). Não obstante, optamos em selecionar a unidade de atenção terciária que é referência nacional do tratamento de câncer, o INCA, como o ponto de partida para a coleta de dados, tendo em vista que foi a unidade que mais absorveu casos de CB no período estudado (BRASIL, 2010).

5.5 PÚBLICO-ALVO/AMOSTRA DA ABORDAGEM QUALITATIVA

Foram incluídos indivíduos com diagnóstico de CB (CID 00.0 a 06.9), matriculados no INCA no período de janeiro de 2013 a setembro de 2016, em acompanhamento ambulatorial ou em internação no momento da coleta de dados, residentes no município do Rio de Janeiro e que tivessem todo seu percurso de atendimento neste município. Esse período que antecede aproximadamente três anos da data do início da coleta de dados foi definido em relação ao tempo curto de sobrevivência da maioria dos pacientes.

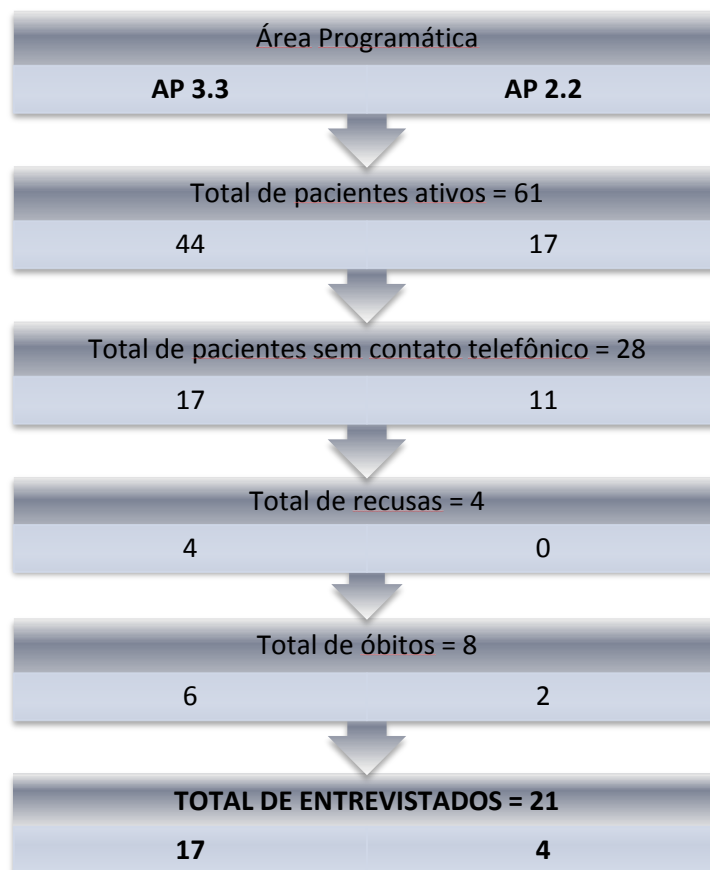
Foram excluídos os pacientes que não tinham condições de conceder a entrevista por estarem muito fragilizados para a participação no estudo. Esta informação foi obtida no contato telefônico pela indagação direta se o usuário selecionado estaria em condições de interagir diretamente.

Na identificação dos sujeitos, foi utilizado o sistema de estatística e arquivo médico do INCA Unidade I. Identificado este quantitativo, optou-se em selecionar os pacientes residentes nas AP que possuem maior e menor número de pacientes em tratamento oncológico no INCA. As entrevistas foram iniciadas buscando-se o balanceamento dos entrevistados por AP de residência até saturação das falas, já que o fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Os gestores e profissionais envolvidos no programa foram selecionados por conveniência a partir do relato dos pacientes. Também foi incluído o profissional responsável pelo serviço da UERJ, pois no relato dos pacientes apareceu diversas vezes como unidade de diagnóstico.

Para abordagem inicial dos entrevistados, foi realizado contato telefônico com todos os pacientes das AP de maior e menor número de pacientes ativos em atendimento oncológico, , foram pelo menos três tentativas em dias e horários diferentes, sendo excluídos do estudo os que não foram acessados depois de esgotadas estas tentativas, os que se recusaram a participar, e os que por informação da família tinham evoluído para óbito. Os que aceitaram participar da pesquisa foram agendados para a data, horário e local de preferência do sujeito para entrevista. Ao final, foram incluídos 21 pacientes para entrevista e análise da trajetória assistencial (Figura 6, p. 77), além dos coordenadores de saúde bucal do nível central (nº 2), profissionais de

saúde bucal (nº 27) e gestores (nº 14) das unidades de atenção primária e secundária percorridas pelos mesmos.

Figura 6 - Estratificação para seleção dos pacientes para entrevista. Rio de Janeiro, RJ, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do INCA.

Os cenários seguintes, relativos à segunda e terceira etapas, foram compostos pelas unidades de atenção secundária e primária referidas pelos entrevistados no município do Rio de Janeiro. Essas unidades foram visitadas para realização de observação direta e entrevista aos gestores e profissionais atuantes na saúde bucal.

Em cada unidade foram entrevistados dois profissionais de assistência, e em sua maioria foi possível entrevistar um CD e um auxiliar. Em duas unidades, não foi possível entrevistar o ASB e, assim, fizemos com dois CD. Em outra unidade, não havia o TSB e o ASB, contando apenas de um CD, sendo então a única unidade em que foi entrevistado apenas um profissional assistencial, totalizando 27 profissionais de saúde bucal. Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa e um dos CEO não dispunha do profissional de TSB.

O percurso da pesquisa, descrito a seguir, apresenta as etapas para chegar aos pacientes e demais informantes-chave incluídos no estudo.

5.6 PERCURSO METODOLÓGICO

Um representação do conjunto de etapas é apresentada na Figura 7, p. 82.

5.6.1 Abordagem quantitativa

A coleta de dados se iniciou pela descrição da população residente do município do Rio de Janeiro, diagnosticada com lesão suspeita ou confirmada de CB, por meio da base de dados do Sistema de Regulação municipal (SISREG).

Foram analisados o perfil dessa população quanto as variáveis: sexo, faixa etária e raça; informações relacionadas à queixa que motivou o encaminhamento para a unidade especializada, diagnóstico inicial, risco, unidade de encaminhamento e unidade a que foi encaminhado. E foi possível identificar com esse conjunto de dados, as áreas programáticas do município de onde partiram os encaminhamentos, o tempo entre solicitação e execução dos procedimentos e os serviços de saúde que mais atendem essa demanda.

O SISREG era o sistema para regulação de vagas para atendimento nas especialidades médicas e passou a trabalhar em conjunto com outro sistema, o SER, que entrou em vigor em setembro de 2015. Este sistema passou a ser responsável pela regulação do atendimento dos procedimentos estratégicos, entre eles a especialidade de oncologia. Dessa forma, foi necessário buscar dados desses dois sistemas, a fim de completar os dados do período que foi incluído no estudo, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2016.

O banco de dados do SER foi fornecido muito extemporaneamente e avaliou-se que não apresentava as condições necessárias para análise. Contemplando 2.039 registros, trazia 710 solicitações de atendimento para munícipes do Rio de Janeiro. Diferentemente do banco do SISREG, os dados contemplavam tanto pacientes com diagnóstico definido e tratamento iniciado, como pacientes ainda em fase de esclarecimento diagnóstico. Isso, aliado ao fato da estrutura do banco ser bastante diferente do SISREG, tanto em termos de campos no que concerne a quantidade, nomeação e codificação, levou à decisão de analisar apenas o banco do SISREG neste estudo.

Para a descrição da oferta e rede de cuidados utilizamos os dados do sistema informatizado de saúde da Coordenação Municipal de Saúde Bucal, assim como do próprio SISREG, identificando informações quanto à atenção primária e atenção secundária (CEO), o quantitativo dessas unidades, localização e serviços oferecidos, e as unidades de atenção terciária que realizam o tratamento para o CB, localizadas no município do Rio de Janeiro.

Com os dados extraídos do SISREG, verificaram-se os registros de encaminhamentos relacionados às alterações sugestivas ou confirmadas para o CB referentes às unidades de saúde localizadas no município do Rio de Janeiro e fora dele. Em seguida, descreveu-se o perfil dos pacientes portadores de CB, apenas para os residentes no município do Rio de Janeiro. Os registros foram analisados mantendo-se apenas os registros do município e excluindo os registros duplicados, utilizando para tal o número do cartão nacional do SUS (CNS²), pois cada paciente pode apresentar mais de uma entrada no sistema.

Na sequência, identificou-se a unidade hospitalar que mais absorveu os casos de CB, para que fosse a fonte de coleta de dados na segunda etapa. O Instituto Nacional de Câncer I foi identificado como unidade de atenção oncológica que mais absorveu esses casos, sendo selecionado como campo da pesquisa por concentrar um maior número de sujeitos para compor a amostra de pacientes que seriam entrevistados.

5.6.2 Abordagem qualitativa

Para ajustes e correções no roteiro de entrevista, inicialmente foi realizado o teste piloto com três pacientes do INCA, portadores de CB, que tinham condições físicas e psicológicas de responder o questionário, após a anuência em participar. Os mesmos estavam internados na unidade IV do Instituto, local escolhido por facilidade de acesso para a pesquisadora. Após o teste piloto, o instrumento de coleta de dados sofreu algumas modificações.

Optou-se pela realização da entrevista com todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa, tendo em vista o número pequeno de sujeitos da pesquisa. Aos entrevistados, o contato presencial foi realizado pela pesquisadora, sendo apresentadas as informações mais detalhadas da pesquisa, sendo-lhes solicitada manifestação de anuência pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice L, p. 213).

As entrevistas, orientadas por um roteiro semiestruturado (Apêndice C, p. 189) foram gravadas e posteriormente transcritas, para melhor análise do material empírico. Os relatos versaram sobre a trajetória assistencial desde o início dos sintomas da doença até o momento que iniciou o tratamento oncológico. Foram indagadas as unidades de saúde percorridas desde o momento da percepção da doença até o momento da entrevista, o perfil sociodemográfico, percepção sobre a doença, fatores que interferiram no diagnóstico da doença, percepção sobre os serviços recebidos e a qualidade do cuidado recebido.

Além das informações sobre a trajetória assistencial dos pacientes, coletadas mediante entrevista, foi realizada análise dos prontuários médicos na unidade hospitalar de atenção oncológica e no CEO, para caracterização da situação da doença, tratamento e evolução.

Feitas as entrevistas e a identificação das unidades de saúde de atenção primária e secundária onde os pacientes foram atendidos, e/ou que deveriam ter sido atendidos de acordo com a área de residência, iniciamos a quarta etapa da coleta de dados.

Além da entrevista com os pacientes, com o intuito de obter informações adicionais que pudessem refletir a realidade dos serviços, foram incluídas no estudo entrevistas com os profissionais da Coordenação Municipal de Saúde Bucal, chefias de unidades de saúde de atenção primária e secundária e profissionais de saúde bucal, visando captar aspectos relacionados à estrutura e ao processo de trabalho que afetam a dinâmica do atendimento e a qualidade da assistência prestada nas unidades de atenção primária e secundária em saúde.

Realizado contato com as unidades através da Coordenação Municipal de Saúde Bucal, no nível central, e coordenações de área programática com menor e maior número de registros (AP 2.2 e AP 3.3, respectivamente), e após anuência destas, os gestores de cada unidade foram contatados. O estudo foi apresentado e solicitada anuência da unidade para sua realização. Nestas, a abordagem constou de entrevistas com o gestor e profissionais da saúde bucal em atuação na assistência, análise de prontuário e observação participante.

As visitas de observação e a data da entrevista foram agendadas com o coordenador, gestores e profissionais de saúde bucal de cada unidade, e realizadas em local, data e horário de preferência dos mesmos.

Objetivou-se, com a coleta de dados de diferentes fontes de evidência, apreender aspectos dos casos estudados e dos serviços utilizados relacionados ao acesso e

efetividade do cuidado das ações de saúde nos níveis de atenção de interesse do estudo, em que eram previstas a realização das ações de prevenção, promoção e diagnóstico da doença e encaminhamento.

Nas entrevistas com gestores e profissionais, foi avaliado o perfil sociodemográfico e profissional, aspectos relacionados aos atributos de qualidade eleitos para esse estudo nas dimensões **Acesso e Efetividade do cuidado**, nos componentes estrutura-processo, sendo consideradas subdimensões como indicado no Quadro 9, Quadro 10 e Quadro 11, (p. 94-104).

O roteiro de entrevista aplicado aos gestores é apresentado no APÊNDICE G (p. 200), e o aplicado aos profissionais no Apêndice H (p. 202). O roteiro de observação aplicado nas unidades de saúde (Apêndice D, p. 193 e Apêndice E, p. 196) buscou identificar informações quanto aos atributos de qualidade na dimensão **Acesso e Efetividade do cuidado** nos componentes estrutura-processo.

A Matriz de informação (Quadro 8, p. 87) sumariza, para cada etapa do estudo, o objetivo específico, a fonte de dados, o instrumento utilizado e as variáveis consideradas.

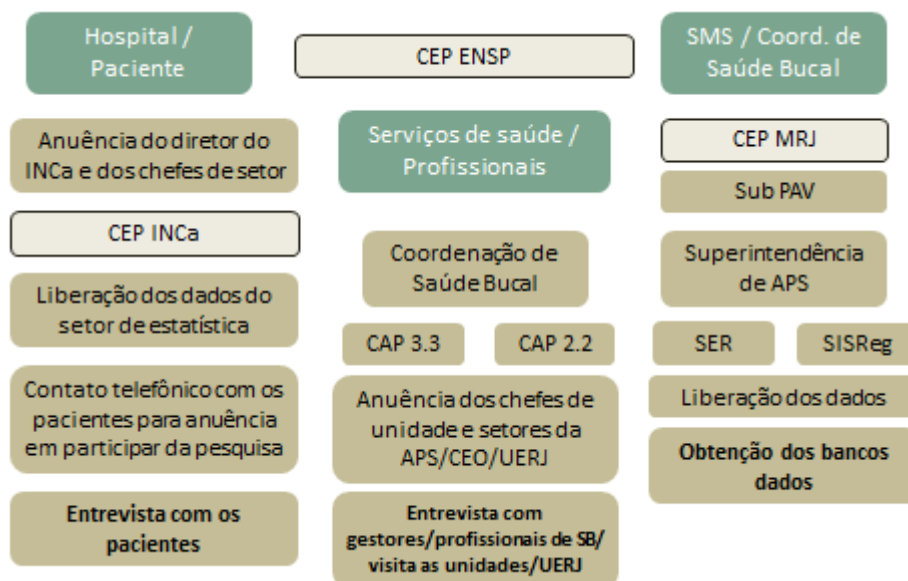
Quadro 8 - Matriz de informação - Percurso da pesquisa e variáveis do estudo.

OE(p. 24)	Componente da rede	Informante/ Fonte dos dados	Instrumento	Variáveis
1	Central	SISREG/SER	Leitura e análise dos dados. Roteiro de coleta de dados (Apêndice A, p. 187).	<ol style="list-style-type: none"> 1) Verificar o quantitativo de usuários que foram cadastrados por suspeita ou com diagnóstico câncer de boca e verificar as unidades que foram referenciados. 2) Verificar as características sociodemográficas e clínicas e características do encaminhamento (idade, gênero, raça, unidade executante, unidade solicitante, diagnóstico inicial e risco).
2/3/4/5	Terciária	Paciente e ou Prontuário	Entrevista e leitura de prontuário. Roteiro de coleta de dados (Apêndice B, p. 188 e Apêndice C, p. 189).	<ol style="list-style-type: none"> 1) Verificar os aspectos socioeconômicas, condições de saúde e história da doença atual e pregressa, e condição física pelo KPS (BURLÁ, 2002). 2) Identificar a percepção sobre acesso e efetividade do cuidado dos serviços de saúde.
3/4/5	Secundária	Gestor	<ol style="list-style-type: none"> 1) Visita de observação direta da unidade, com roteiro (APÊNDICE E, p. 196); 2) Entrevista, com roteiro (APÊNDICE G, p. 200). 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Verificar os dados profissionais e acadêmicos; 2) Identificar a percepção sobre acesso e efetividade do cuidado dos serviços de saúde.
		Odontólogo	Entrevista com roteiro (Apêndice H, p. 202).	<ol style="list-style-type: none"> 1) Verificar os dados profissionais e acadêmicos; 2) Identificar a percepção sobre acesso e efetividade do cuidado dos serviços de saúde.
		ASB/TSB	Entrevista com roteiro (Apêndice H, p. 202).	<ol style="list-style-type: none"> 1) Verificar os dados profissionais e acadêmicos; 2) Identificar a percepção sobre acesso e efetividade do cuidado dos serviços de saúde.

OE(p. 24)	Componente da rede	Informante/ Fonte dos dados	Instrumento	Variáveis
3/4/5	Primária	Gestor	1) Visita a unidade com roteiro (APÊNDICE D, p. 193); 2) Entrevista com roteiro (APÊNDICE G, p. 200).	1) Verificar os dados profissionais e acadêmicos; 2) Identificar a percepção sobre acesso e efetividade do cuidado dos serviços de saúde.
		Odontólogo	Entrevista com roteiro (Apêndice H, p. 202).	1) Verificar os dados profissionais e acadêmicos; 2) Identificar a percepção sobre acesso e efetividade do cuidado dos serviços de saúde.
		ASB/TSB	Entrevista com roteiro (Apêndice H, p. 202).	1) Verificar os dados profissionais e acadêmicos; 2) Identificar a percepção sobre acesso e efetividade do cuidado dos serviços de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.
ASB = Auxiliar Saúde Bucal
TSB= Técnico Saúde Bucal

Figura 7 - Descrição metodológica da coleta de dados



Fonte: Elaborado pela autora.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Na abordagem quantitativa, os dados sociodemográficos e acadêmicos receberam tratamento descritivo, considerando as distribuições percentuais, assim como os dados de oferta e rede de cuidados para o CB.

Para a avaliação da qualidade em saúde, segundo as dimensões e subdimensões selecionadas no estudo, tomando-se os serviços de saúde percorridos pelos pacientes, optou-se pela análise dos dados referentes apenas às unidades públicas de saúde. Essa decisão considerou o preconizado pelas normas do programa municipal de SB e as estratégias para o controle do CB, bem como o tempo demandado para a anuência de todas as unidades e profissionais de saúde para realização de entrevista, análise de registros e observação participante.

Na abordagem qualitativa para a análise das entrevistas dos participantes da pesquisa, partiu-se do modelo da análise de conteúdo de Bardin (2011), adaptado pela técnica de análise de conteúdo direcionada. Esta técnica constitui-se em um processo mais estruturado do que a análise de conteúdo convencional, pois parte-se de uma teoria ou de categorias pré-definidas e busca-se nas informações as inferências sobre as variáveis de interesse e as relações entre as mesmas (HSIEH; SHANNON, 2005).

Enquanto método, constitui um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza 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) dessas mensagens (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo é uma das técnicas de tratamento de dados em pesquisa qualitativa, assim, é uma técnica metodológica que pode ser aplicada em discursos diversos, e o pesquisador busca compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tomados em consideração, sistematizada em três fases (CÂMARA, 2013):

- i) **Pré-análise:** fase de organização, com leitura flutuante, obedecendo às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade. Passa-se à 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.
- ii) **Exploração do material:** escolha das *unidades de codificação, classificação e categorização*. A codificação compreende a escolha de unidades de registro-recorte, a seleção de regras de contagem-enumeração e a escolha de categorias-classificação e agregação-rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos em razão de características comuns. A classificação refere-se a agrupar pelo sentido das palavras; a categorização é a reunião de um maior número de informações à custa de uma esquematização e assim correlaciona classes de acontecimentos para ordená-los. As categorias devem ter como características: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e produtividade. Após a elaboração, passa-se a construção da definição de cada categoria, que pode ser a partir do referencial teórico ou fundamentada nas verbalizações, e podem ser criadas a *priori* ou a *posteriori*, isto é, a partir apenas da teoria ou após a coleta de dados.
- iii) **Tratamento dos resultados:** compreende a *inferência e interpretação*. Nesse momento o pesquisador procura tornar os resultados brutos significativos e válidos, indo além dos conteúdos manifestos dos documentos, pois interessa o sentido do que está por trás do imediatamente apreendido. A inferência se orienta por polos de atenção ou de tração da comunicação, ou seja, a partir de uma pergunta norteadora, as respostas devem levar a temas diversos. E a interpretação, ao final, refere-se à descrição de conceitos e proposições. Os conceitos derivam da cultura estudada e da

linguagem dos informantes, e não de definição científica. Já a proposição é um enunciado geral baseado nos dados e deriva do estudo cuidadoso desses dados, trazendo uma interpretação deles. As inferências levam às interpretações, que serão sempre no sentido de buscar o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa verdadeiramente o discurso enunciado, o que querem dizer, em profundidade, certas afirmações aparentemente superficiais (BARDIN, 2011).

Embora essas fases devam ser seguidas, há variações na forma de conduzi-las, ou seja, a escolha das unidades de análise pode variar, podendo ser: sentenças, parágrafos, texto, palavra. E a forma de tratar tais unidades também, podendo encontrar as expressões, ou desenvolver análise da estrutura lógica do texto ou de suas partes, ou centrar a atenção em temáticas determinadas (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo tem como razão fazer inferência sobre o texto objetivo, o que significa produzir suposições acerca de determinada mensagem e embasá-la em pressupostos teóricos (CAMPOS, 2004). Sendo assim, essa foi a técnica de escolha para analisar o discurso dos sujeitos entrevistados.

Seguindo na análise dos dados das entrevistas com os usuários, foram identificados os aspectos relevantes por categorias. Esta etapa da análise buscou identificar as fragilidades da atenção prestada aos pacientes no percurso pelos serviços de saúde que pudessem estar associados ao diagnóstico tardio para essa patologia, tornando possível propor medidas para melhoria, de acordo com a realidade da região estudada.

Partindo dos pacientes selecionados para o estudo, refizemos seu itinerário pela rede de serviços públicos de saúde desde a identificação dos primeiros sintomas até o início do tratamento, segundo o modelo empregado por Lopes, Vieira-da-Silva e Hartz (2004) adaptado aos objetivos do estudo. A trajetória dos pacientes pelo sistema de saúde na busca de cuidado para o seu problema permite identificar os pontos críticos da rede de assistência, que em seu conjunto tem responsabilidade na evolução e desfecho do evento.

Nas entrevistas, foram identificados os aspectos do programa quanto às dimensões acesso e efetividade do cuidado na percepção do paciente, gestor e profissional de saúde bucal, para avaliar a qualidade da assistência prestada. Após a transcrição e leitura do material para verificação da sua suficiência para análise pretendida, foram identificados os núcleos de sentido das respostas, considerando os critérios definidos para o estudo. E após a análise do conteúdo das entrevistas,

identificadas as unidades de análise, representadas por frases ou expressões mais relevantes relacionadas à questão estudada, e separadas por dimensões, subdimensões e categorias por componente (estrutura, processo e resultado). As respostas foram categorizadas e inseridas na matriz de modelo de julgamento. As dimensões foram divididas em acesso aos serviços de saúde e efetividade do cuidado (ou qualidade técnico-científica da assistência), já definidas previamente, de acordo com os objetivos e modelo teórico propostos, possibilitando ao pesquisador avaliar a qualidade da assistência do serviço de saúde bucal em cada unidade estudada, unidade de atenção primária e secundária, identificando se as informações sobre o funcionamento das unidades estudadas que estavam em conformidade com os parâmetros estabelecidos pelas portarias.

As matrizes estão no quadros (Quadro 9, Quadro 10 e Quadro 11) separadas por componente do serviço, e cada componente separado por dimensão, subdimensão e categorias. As categorias foram avaliadas com a análise do material empírico separada por aspectos positivos ou facilidades, aspectos negativos ou barreiras, e aspectos neutros, quando o sujeito não teve contato com aquele aspecto não sendo possível avaliar ou quando não tem opinião sobre o aspecto questionado. Para cada categoria, existe avaliação de cada fonte de verificação, conforme os quadros, utilizando como base indicadores para o Acesso e Efetividade do cuidado.

Na dimensão **Acesso**, no componente estrutura, a subdimensão *acessibilidade geográfica* foi avaliada quanto aos aspectos: proximidade geográfica entre moradia do usuário e serviço de saúde, localização da unidade e facilidade de transporte público, capacidade física ou ajuda para ir ao serviço de saúde, condição financeira ou suporte para ir aos serviços de saúde. E as fontes de verificação foram os discursos dos pacientes e a observação direta na unidade de saúde (US) pelo pesquisador. Quanto à subdimensão *disponibilidade*, os aspectos avaliados foram: oferta das atividades e dos procedimentos, presença dos profissionais das diferentes categorias e formação dos profissionais de saúde. E as fontes de verificação foram os pacientes, gestores, profissionais de saúde bucal e a observação do pesquisador. Quanto à subdimensão *ambiência*, os aspectos avaliados foram: consultórios montados de acordo com as normas, equipamentos disponíveis em quantidade adequada e bom estado de uso, privacidade no atendimento e comodidade para o paciente e para o profissional. E as fontes de verificação foram os gestores, profissionais e a observação do pesquisador. Para o componente processo, em *acessibilidade organizacional*, foram avaliados a

presença de educação continuada, informações quanto à rotina e matrícula da unidade, e encaminhamento para níveis subsequentes fornecido aos pacientes. Para coordenação do cuidado, foi verificado presença do sistema de regulação, encaminhamento para as especialidades e presença de visita domiciliar. Para oportunidade, foi avaliado tempo de marcação para as consultas em saúde bucal, tempo de retorno para realizar encaminhamento, para realizar biópsia e para obter resultado de exame.

Para a dimensão **Efetividade do cuidado**, no componente processo, na subdimensão adequação, foram identificadas a atualização dos profissionais quanto ao câncer de boca e à saúde bucal e as informações dadas sobre câncer de boca. Para responsividade, foi avaliado consulta com odontólogo, com estomatologista, com oncologista e o acompanhamento por visita domiciliar.

Na avaliação dos resultados quanto às dimensões de **acesso e efetividade do cuidado**, identificamos as subdimensões resolutividade e satisfação dos usuários.

Na subdimensão resolutividade, as categorias foram: estado de saúde e funcionamento do programa. E na subdimensão satisfação dos usuários, as categorias foram: satisfação com atendimento da atenção primária em saúde e satisfação com atendimento da atenção secundária em saúde. As fontes de verificação foram os pacientes, os gestores e os profissionais. Foram avaliadas três unidades de CEO (Apêndice E, p. 196).

Apresenta-se também o perfil sociodemográfico, acadêmico e profissional dos profissionais que atuam na Coordenação Municipal de Saúde Bucal, e dos gestores das unidades na atenção primária em saúde, representado pelo diretor do posto de saúde ou o gestor da clínica da família, e das unidades na atenção secundária em saúde, representado pelos gestores dos CEOs da AP 3.3 e 2.2, e da UERJ.

Quadro 9 - Matriz de avaliação dos dados do estudo - Dimensão Acesso

Dimensão: Acesso				
Subdimensão	Critérios	Fonte de verificação	Parâmetros	Padrão
Componente – Estrutura				
Acessibilidade geográfica	Proximidade geográfica entre moradia e serviço de saúde, localização da unidade e facilidade de transporte público.	Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente. Observação: anotação de campo pela pesquisadora.	Identificar distâncias e meios disponíveis para o comparecimento à rede de cuidados.	Positivos: condição favorável para comparecer aos serviços de saúde, considerando proximidade, condição de saúde e financeira, conforme o recomendado.
	Capacidade física ou ajuda para ir aos serviços de saúde.	Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.	Identificar a condição de saúde e habilidade para o deslocamento aos serviços de saúde.	
	Condição financeira ou suporte para ir aos serviços de saúde.	Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.	Identificar recursos financeiros disponíveis ou ajuda financeira de terceiros para locomoção até os serviços de saúde.	Negativos: barreiras para o comparecimento aos serviços de saúde.
Disponibilidade	Oferta das atividades e dos procedimentos.	Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente. Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade. Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade. Observação: anotação de campo pela pesquisadora.	Identificar a oferta de atividades de promoção, prevenção, incluindo atividades individuais e coletivas, e de diagnóstico, ações de acolhimento (como foi recebido na unidade, se foi orientado e teve resolução para o problema que o levou até a unidade) e triagem, avaliação epidemiológica.	Positivos: Atividades e procedimentos disponíveis segundo o nível de assistência e as normas; presença de profissionais capacitados em número e especialidade necessários para atender a demanda.
	Presença dos profissionais das diferentes categorias.	Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.	Identificar o quantitativo dos recursos humanos disponíveis por categorias profissionais.	Negativos: ausência de atividades e procedimentos nas unidades; falta de profissionais em quantidade e especialidade para atender a demanda.

Dimensão: Acesso				
Subdimensão	Critérios	Fonte de verificação	Parâmetros	Padrão
		Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade. Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.		
	Formação dos profissionais de saúde.	Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade. Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.	Identificar as especialidades dos profissionais.	
Ambiência	Consultório montados de acordo com as normas preconizadas.	Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade. Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade. Observação: anotação de campo pela pesquisadora.	Identificar a montagem dos consultórios de acordo com as normas (BRASIL, 2002).	Positivos: Consultórios montados de acordo com a norma; presença de equipamentos em quantidade adequada para o atendimento e em bom estado para uso; privacidade no interior do consultório durante a assistência; presença recursos na unidade que favoreçam um bom ambiente, com edifício em boas condições de manutenção, com iluminação, limpeza, materiais de uso, ventilação, água, de sala de espera confortável, com cadeiras em bom estado, e no interior dos consultórios.
	Equipamentos disponíveis em quantidade adequada e em bom estado de uso.	Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade. Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade. Observação: anotação de campo pela pesquisadora.	Identificar a disponibilidades dos equipamentos e seu estado de uso para atender a demanda.	
	Privacidade no atendimento.	Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade. Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.	Identificar recursos nos consultórios que favoreçam a privacidade no atendimento.	Negativos: Consultórios montados de forma inadequada, falta de equipamentos, ou em estado ruim de manutenção, falta de privacidade no atendimento, falta de recursos na unidade para atendimento à população, ou falta de manutenção.

Dimensão: Acesso				
Subdimensão	Critérios	Fonte de verificação	Parâmetros	Padrão
		Observação: anotação de campo pela pesquisadora.		
	Presença de comodidade para o paciente e para o profissional.	Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade. Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade. Observação: anotação de campo pela pesquisadora.	Identificar a presença de recursos que favoreçam a comodidade dos pacientes na unidade, na sala de espera e no atendimento.	
Componente – Processo				
Acessibilidade organizacional	Presença de educação continuada na unidade.	Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade. Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade. Observação: anotação de campo pela pesquisadora.	Identificar presença do setor de educação continuada na unidade.	

Dimensão: Acesso				
Subdimensão	Critérios	Fonte de verificação	Parâmetros	Padrão
	Informações quanto à rotina e matrícula na unidade.	<p>Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.</p> <p>Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade.</p> <p>Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.</p>	Identificar informações do paciente sobre a rotina da unidade, e as ações desenvolvidas pelos profissionais para a divulgação dessas informações.	
	Informações sobre o encaminhamento para os níveis subsequentes.	<p>Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.</p> <p>Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade.</p> <p>Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.</p>	Identificar informações do paciente sobre o encaminhamento, e a presença de uma rotina de orientações sobre o encaminhamento por parte dos profissionais.	
Coordenação do cuidado	Presença do sistema de regulação.	<p>Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.</p> <p>Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade.</p> <p>Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.</p> <p>Observação: anotação de campo pela pesquisadora.</p>	Identificar a presença do setor de regulação na unidade.	<p>Positivos: ter setor de regulação na unidade em funcionamento; encaminhamento do paciente quando houver necessidade; ter visita domiciliar.</p>
	Encaminhamento para as especialidades.	<p>Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do</p>	Identificar a realização do encaminhamento para outro nível quando necessário.	<p>Negativos: não ter setor de regulação na unidade; barreiras para o encaminhamento dos pacientes; ausência de visita domiciliar.</p>

Dimensão: Acesso				
Subdimensão	Critérios	Fonte de verificação	Parâmetros	Padrão
		paciente. Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade. Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.		
	Presença de visita domiciliar.	Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente. Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade. Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.	Identificar a presença da visita domiciliar na área adscrita.	
Oportunidade	Tempo de marcação de consultas.	Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade. Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.	Identificar o tempo para agendar consulta odontológica.	Positivos: Marcação da consulta odontológica com critério de prioridade, tempo de retorno de acordo com o laudo do resultado, presença de visitas domiciliares regulares, encaminhamento para o outro nível de atenção no mesmo dia que foi identificado a necessidade, realização da biópsia no mesmo dia que foi realizado o atendimento na atenção secundária, tempo para receber o resultado da biópsia.
	Tempo de marcação de retorno das consultas.	Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade. Profissional: Entrevista semiestruturada na	Identificar o tempo para agendar retorno para consulta odontológica.	

Dimensão: Acesso				
Subdimensão	Crítérios	Fonte de verificação	Parâmetros	Padrão
		unidade.		
	Tempo para realizar encaminhamento.	<p>Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.</p> <p>Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade.</p> <p>Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.</p>	Identificar o tempo para realizar o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção em saúde.	
	Tempo para realizar a biópsia diagnóstica.	<p>Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente</p> <p>Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade.</p> <p>Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.</p>	Identificar o tempo para realizar a biópsia diagnóstica.	Negativos: Marcação da consulta odontológica sem critério de prioridade, tempo de retorno de acordo com a disponibilidade de vaga, ausência ou escassas visitas domiciliares, demora para o encaminhamento para o outro nível de atenção, demora na realização da biópsia e no tempo para receber o resultado.
	Tempo para obter o resultado do exame.	<p>Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente. Entrevista semiestruturada na unidade.</p> <p>Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.</p>	Identificar o tempo para receber o resultado da biópsia.	

Quadro 10 - Matriz de avaliação dos dados do estudo - Dimensão Efetividade do cuidado

Dimensão: efetividade do cuidado				
Subdimensão	Critérios	Fonte de verificação	Parâmetros	Padrão
Componente – Processo				
Adequação	Atualização dos profissionais quanto ao câncer de boca.	Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade. Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade. Avaliação do prontuário.	Identificar os cursos de especialização e atualização realizados pelos profissionais sobre o tema.	Positivos: Profissionais atualizados com o tema; pacientes informados quanto à saúde geral, saúde bucal, e câncer de boca, sobre o encaminhamento para os níveis subsequentes e quanto à rotina e matrícula nas unidades de atendimento, ter educação continuada presente.
	Informações dos pacientes sobre saúde bucal.	Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente. Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade. Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.	Identificar informações do paciente sobre o tema, e as ações desenvolvidas pelos profissionais para a divulgação dessas informações.	Negativos: Profissionais não atualizados com o tema; pacientes não informados quanto à saúde geral, saúde bucal, e câncer de boca, sobre o encaminhamento para os níveis subsequentes e quanto à rotina e matrícula nas unidades de atendimento, ausência de educação continuada.
	Informações dos pacientes sobre CB.	Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente. Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade. Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.	Identificar informações do paciente sobre o tema, e as ações desenvolvidas pelos profissionais para a divulgação dessas informações.	

Dimensão: efetividade do cuidado				
Subdimensão	Crítérios	Fonte de verificação	Parâmetros	Padrão
Componente – Processo				
Responsividade	Consulta com odontólogo.	<p>Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.</p> <p>Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade.</p> <p>Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.</p>	Identificar se houve consulta com odontólogo quando houve a percepção da lesão; Identificar a rotina de atendimento pelo odontólogo na atenção primária.	Positivos: Ter consulta com odontólogo como primeira opção de atendimento quando percebido a lesão; ter consulta com estomatologista para realizar a biópsia; consulta com oncologista; presença de visita domiciliar em todas as fases da doença.
	Consulta com estomatologista.	<p>Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.</p> <p>Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade.</p> <p>Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.</p>	Identificar como foi realizada a consulta com o especialista em estomatologia odontológica; identificar a rotina de atendimento na atenção secundária.	Negativos: Não buscar atendimento com odontólogo, não ter tido consulta com estomatologista, não receber visita domiciliar, barreiras no atendimento com oncologista.
	Consulta com oncologista.	<p>Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.</p>	Identificar como foi realizada a primeira consulta com oncologista.	
	Acompanhamento por visita domiciliar.	<p>Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.</p> <p>Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade.</p> <p>Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.</p>	Identificar acompanhamento dos casos encaminhados e confirmados através de visita domiciliar.	

Fonte: Elaborado pela autora.

Dimensão: efetividade do cuidado				
Subdimensão	Critérios	Fonte de verificação	Parâmetros	Padrão
Componente – Processo				
Responsividade	Consulta com odontólogo.	<p>Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.</p> <p>Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade.</p> <p>Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.</p>	Identificar se houve consulta com odontólogo quando houve a percepção da lesão; Identificar a rotina de atendimento pelo odontólogo na atenção primária.	Positivos: Ter consulta com odontólogo como primeira opção de atendimento quando percebido a lesão; ter consulta com estomatologista para realizar a biópsia; consulta com oncologista; presença de visita domiciliar em todas as fases da doença.
	Consulta com estomatologista.	<p>Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente</p> <p>Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade.</p> <p>Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.</p>	Identificar como foi realizada a consulta com o especialista em estomatologia odontológica; identificar a rotina de atendimento na atenção secundária.	Negativos: Não buscar atendimento com odontólogo, não ter tido consulta com estomatologista, não receber visita domiciliar, barreiras no atendimento com oncologista.
	Consulta com oncologista.	<p>Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.</p>	Identificar como foi realizada a primeira consulta com oncologista.	
	Acompanhamento por visita domiciliar	<p>Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.</p> <p>Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade.</p> <p>Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.</p>	Identificar acompanhamento dos casos encaminhados e confirmados através de visita domiciliar.	

Fonte: Elaborado pela autora.

Dimensões: acesso e efetividade do cuidado				
Subdimensão	Critérios	Fonte de verificação	Parâmetros	Padrão
Componente: Resultado				
Resolutividade	Estado de saúde.	Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.	Atendimento na atenção primária em tempo hábil; Atendimento na atenção secundária em tempo hábil; Informação adequada sobre os problemas de saúde e medidas protetivas.	Positivos: Atendimento nos níveis de atenção em tempo hábil e de acordo com o que é preconizado (Lei 12.732), ter informação sobre os problemas que afetam a saúde, sobre o CB e sobre todo o processo de tratamento; avanços no funcionamento do programa. Negativos: Barreiras nos níveis de atendimento em saúde; barreiras que impedem o funcionamento adequado do programa.
	Funcionamento do programa.	Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade. Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.	Avanços e dificuldades do programa.	
Satisfação dos usuários	Satisfação com atendimento da atenção secundária em saúde.	Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.	Identificar o nível de satisfação do paciente em relação à assistência prestada.	Positivos: satisfação no atendimento, com nota acima de 5 para a assistência.
	Satisfação com atendimento da atenção primária em saúde.			Negativos: insatisfação no atendimento, com nota 5 ou menos para a assistência.

Quadro 11 - Matriz de avaliação dos dados do estudo - Resultados

Dimensões: acesso e efetividade do cuidado				
Subdimensão	Critérios	Fonte de verificação	Parâmetros	Padrão
Componente: Resultado				
Resolutividade	Estado de saúde.	Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.	Atendimento na atenção primária em tempo hábil; Atendimento na atenção secundária em tempo hábil; Informação adequada sobre os problemas de saúde e medidas protetivas.	Positivos: Atendimento nos níveis de atenção em tempo hábil e de acordo com o que é preconizado (Lei 12.732), ter informação sobre os problemas que afetam a saúde, sobre o CB e sobre todo o processo de tratamento; avanços no funcionamento do programa. Negativos: Barreiras nos níveis de atendimento em saúde; barreiras que impedem o funcionamento adequado do programa.
	Funcionamento do programa.	Gestor: Entrevista semiestruturada na unidade Profissional: Entrevista semiestruturada na unidade.	Avanços e dificuldades do programa.	
Satisfação dos usuários	Satisfação com atendimento da atenção primária em saúde.	Paciente: Entrevista semiestruturada no hospital ou residência do paciente.	Identificar o nível de satisfação do paciente em relação à assistência prestada.	Positivos: satisfação no atendimento, com nota acima de 5 para a assistência.
	Satisfação com atendimento da atenção secundária em saúde.			Negativos: insatisfação no atendimento, com nota 5 ou menos para a assistência.

Fonte:

Elaborado

pela

autora

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

As informações foram coletadas após a liberação pelo Comitê de Ética da ENSP, CAAE 59009416.6.0000.5240, do INCA, unidade hospitalar em que foram selecionados os participantes, CAAE 59009416.6.3001.5274, e da Secretaria Municipal de Saúde, CAAE 59009416.6.3002.5279, respeitando todos os princípios éticos da pesquisa, de acordo com a resolução 466/12, que inclui autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, e assegura os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa. A pesquisa considerou a dignidade, liberdade e autonomia do ser humano, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa. Essa pesquisa também teve sua relevância social destinando seus resultados a uma ação sócio-humanitária (BRASIL, 2012c).

As entrevistas somente foram conduzidas após os entrevistados serem apresentados ao TCLE e após a concordância e assinatura do mesmo, sendo uma cópia do termo do pesquisador e outra do pesquisado. Também com autorização prévia foi realizada a gravação das entrevistas.

6 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em quatro blocos: (1) Perfil da população estudada, (2) Perfil e trajetória dos pacientes, (3) Caracterização das unidades de saúde e dos profissionais e gestores entrevistados, e (4) Apreciação da atenção ao CB segundo o acesso e efetividade do cuidado.

No bloco 1, apresenta-se o perfil dos portadores de lesão suspeita ou confirmada de CB do município do Rio de Janeiro, em que tratamos inicialmente da população do município, depois dos matriculados no INCA, de onde foi obtida a amostra do estudo e, finalmente, dos entrevistados. No bloco 2, é apresentada trajetória assistencial para identificação do percurso e histórico de atenção à saúde dos pacientes. No bloco seguinte, caracterizam-se as situações envolvidas na assistência para prevenção e diagnóstico do CB, os serviços de saúde, gestores e profissionais. O bloco 4 apresenta os fatores relacionados às dimensões de acesso e efetividade do cuidado nos componentes estrutura e processo do programa de saúde bucal. Contempla, ainda, o componente resultado na perspectiva dos pacientes, gestores e profissionais, expressando as consequências da assistência prestada aos pacientes, envolvendo as subdimensões de resolutividade e satisfação dos usuários.

6.1 PERFIL DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Nesse capítulo, apresentamos o perfil da população portadora de lesão suspeita ou confirmada encaminhada para elucidação diagnóstica ou tratamento oncológico pelo sistema SISREG, e da população em tratamento oncológico no INCA.

6.1.1 População do município do Rio de Janeiro com lesão suspeita ou confirmada de câncer de boca

A primeira etapa, realizada para identificar o início da trajetória assistencial e subsidiar a seleção dos sujeitos, foi caracterizar o perfil dos pacientes que apresentaram queixas bucais suspeitas para o CB, o que pelas razões já apresentadas na seção de Métodos, foi feito a partir do SISREG. Assim, os dados apresentados a seguir foram obtidos a partir do SISREG, para o período de janeiro de 2013 a setembro de 2015, referentes a pacientes encaminhados por unidade de saúde localizada no estado do Rio de Janeiro para investigação de suspeita diagnóstica sugestiva de CB, e também casos já confirmados. Foi informado pela coordenadora do SISREG, que cada solicitação recebida é analisada por um especialista. Os casos suspeitos ou confirmados de CB poderiam ser analisados pelos seguintes especialistas: cabeça e pescoço geral, cabeça e pescoço oncologia, e odontologia/estomatologia, que corresponderam aos blocos de dados fornecidos, então consolidados num único banco para análise.

Dentre os 11.884 registros constantes do banco de dados do SISREG, consideramos como possibilidades de suspeita de CB as alterações localizadas na topografia relacionada à patologia em questão, excluindo-se as alterações dentárias, localização fora da topografia já descrita ou lesões já indicadas como não tendo malignidade. Os CIDs sugestivos de CB mais ocorrentes no estado foram K13, K137, K10, K06, K14, C76, K132 e R69, responsáveis por cerca de 50% dos 5.446 encaminhamentos (Tabela 4). Entre os CIDs que correspondem ao CB, identificamos como principais, que representam cerca de 50% do total, os seguintes: C01, C02, C06.9, C06, C02.9 e C04 (Tabela 5).

Tabela 4 - Afecções sugestivas ou confirmadas de câncer de boca segundo a frequência por encaminhamento. Estado do Rio de Janeiro, janeiro de 2013 a setembro de 2015.

CID	Descrição do CID	N	%	% acumulado
K13	Outras doenças do lábio e da mucosa oral	888	16,3	16,3
K137	Outras lesões e as não especificadas da mucosa oral	464	8,5	24,8
K10	Outras doenças dos maxilares	313	5,7	30,6

CID	Descrição do CID	N	%	% acumulado
K06	Outros transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes	299	5,5	36,1
K14	Doenças da língua	223	4,1	40,2
C76	Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas	208	3,8	42
K132	Leucoplasia e outras afecções do epitélio oral, inclusive da língua	179	3,3	47,3
R69	Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade	174	3,2	50,5
K136	Hiperplasia irritativa da mucosa oral	142	2,6	53,1
R68	Outros sintomas e sinais gerais	131	2,4	55,5
R221	Tumefação, massa ou tumoração localizadas do pescoço	125	2,3	57,8
C760	Cabeça, face e pescoço	124	2,3	60
K062	Lesões da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes, associadas a traumatismos	121	2,2	62,3
K108	Outras doenças especificadas dos maxilares	118	2,3	64,4
R52	Dor não classificada em outra parte	96	1,8	66,2
K061	Hiperplasia gengival	88	1,6	67,8
K130	Doenças dos lábios	81	1,5	69,3
K148	Outras doenças da língua	80	1,5	70,8
C01	Neoplasia maligna da base da língua	77	1,4	72,2
K08	Outros transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação	77	1,4	73,6
Outros	Outros	1.448	26,6	100
Total		5.446	100	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir do SISREG, 2018.

Legenda:

CID: Classificação Internacional de Doenças.

Tabela 5 - Registros de encaminhamentos de casos de câncer de boca. Município do Rio de Janeiro, janeiro de 2013 a setembro de 2015.

CID	N	%	%acumulado
C02 (língua)	102	31,4	31,4
C06 (mucosa oral)	73	22,5	53,9
C05 (palato)	52	16	69,9
C01 (base da língua)	43	13,2	83,1
C04 (assoalho da boca)	36	11,1	94,2
C00 (lábio)	15	4,6	98,8
C03 (gengiva)	4	1,2	100
Total	325	100	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir do SISREG, 2018.

Legenda:

CID: Classificação Internacional de Doenças.

Entre os 11.884 registros de encaminhamentos realizados por esses três blocos de especialidades (cabeça e pescoço geral, cabeça e pescoço oncologia, e odontologia/estomatologia,), foram 10.212 dentro do município do Rio de Janeiro e dentre esses, 4.439 apresentavam CID sugestivo de CB. A distribuição de lesões

suspeitas e confirmadas de CB e outros tipos de cânceres entre o município do Rio de Janeiro e os demais do estado foi semelhante (Tabela 6). Foram 325 os registros com CIDs confirmados de CB, correspondendo a 311 pacientes, os quais representaram, portanto, a população de interesse deste estudo.

Tabela 6 - Distribuição dos registros de encaminhamentos pelo SISREG. Rio de Janeiro, janeiro de 2013 a setembro de 2015.

Encaminhamentos por registros	Estado do Rio de Janeiro		Município do Rio de Janeiro	
	N	%	N	%
Lesões suspeitas de câncer de boca	4943	41,6	4439	43,5
Lesões confirmadas de câncer de boca	503	4,2	325	3,2
Outros tipos de lesões	6438	54,2	5448	53,3
Total	11884	100	10212	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir do SISREG, 2018.

Legenda:

CID: Classificação Internacional de Doenças

A maioria dos encaminhamentos (65,3%) teve o risco classificado como azul (atendimento eletivo), tanto para os CIDs não ligados ao CB (66,2%), quanto para os suspeitos (66,3%) e para os confirmados (37,2%) (Tabela 7). Houve uma maior proporção de homens (19,3%) com classificação de risco vermelho (atendimento de emergência) em relação às mulheres (12,9%), o que pode estar relacionado ao fato dos primeiros procurarem o serviço mais tardiamente, implicando em serem captados em estágio mais avançado da doença (Tabela 7).

Tabela 7 - Classificação de risco segundo o tipo de suspeita de lesão envolvido nos registros de encaminhamentos. Município do Rio de Janeiro, janeiro de 2013 a setembro de 2015.

Classificação de risco	Lesão não ligada ao câncer de boca				Lesão suspeita de câncer de boca				Câncer de boca				Total			
	F		M		F		M		F		M		F		M	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Azul (atendimento eletivo)	2182	66,5	1424	65,7	1963	69	978	61,3	54	47,4	67	31,8	4199	67,3	2469	62,1
Verde (não urgente)	118	3,6	69	3,2	155	5,5	58	3,6	1	0,9	0	0	274	4,4	127	3,2
Amarelo (urgência)	513	15,6	295	13,6	428	15	283	17,7	22	19,3	34	16,1	963	15,4	612	15,4
Vermelho (emergência)	468	14,3	379	17,5	298	10,5	276	17,3	37	32,5	110	52,1	803	12,9	765	19,3
Total	3281	100	2167	100	2844	100	1595	100	114	100	211	100	6239	100	3973	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir do SISREG, 2018.

Legenda:

F: feminino

M: masculino

Entre os 325 registros de encaminhamentos para os CIDs de CB do Município do Rio de Janeiro (MRJ), a unidade que mais encaminhou foi a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (SMS CMS) Alberto Borgerth da AP 3.3, representando 4% do total (13 registros). A AP que mais realizou solicitações de encaminhamento de casos confirmados de CB foi a 5.3, seguida da 3.1 e 2.2 (Tabela 8).

Tabela 8 - Unidades solicitantes por área programática dos encaminhamentos para especialidade de Cabeça e Pescoço geral e Oncológica/Estiomatológica e Odontológica originados no município do Rio de Janeiro. Janeiro de 2013 a setembro de 2015.

AP de unidades solicitantes	N	%	N (População)
5.3	1593	15,6	372.607
3.1	1513	14,8	896.350
2.2	1438	14,1	375.221
2.1	1051	10,3	645.100
4.0	984	9,6	919.420
3.2	910	8,9	576.268
1.0	781	7,6	294.919
5.2	690	6,8	672.549
5.1	609	6	678.457
3.3	598	5,7	959.404
MRJ (Nível Central da SMS)	45	0,4	
Total Geral	10212	100	

Fonte: Elaborado pela autora a partir do SISREG, 2018.

Legenda:

MRJ: Município do Rio de Janeiro

AP: área programática

Quando identificamos as unidades executantes, o INCA foi a principal unidade que absorve os casos de CB com encaminhamento originado no MRJ, representando 50,8% do total dos registros. A unidade SMS CMR Oscar Clark representou a quinta unidade desse grupo, mas é importante destacar que essa unidade é um CEO, e que, portanto esses encaminhamentos tiveram a finalidade de elucidação diagnóstica, e não tratamento oncológico (Tabela 9).

Tabela 9 - Unidades executantes dos encaminhamentos de câncer de boca originados no município do Rio de Janeiro. Janeiro de 2013 a setembro de 2015.

Unidades executantes	N	%	% acumulado
MS INCA Hospital do Câncer I	165	50,8	50,8
Hospital Mario Kroeff	57	17,5	68,3
MS Hospital Geral de Bonsucesso	25	7,7	76
MS HSE Hospital Federal dos Servidores do Estado	12	3,7	79,7
SMS CMR Oscar Clark AP 22	9	2,8	82,5
Outros	57	17,5	17,5
Unidades executantes	N	%	% acumulado
Total	325	100	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir do SISREG, 2018.

A maioria (68,2%) dos 311 pacientes com afecção indicativa de CB eram homens. Para 33,5% e 26,3% dos casos não havia informação de raça para homens e mulheres, respectivamente; dos que tinham informação, a maioria – tanto das mulheres (44,4%), quanto dos homens (30,2%) – era branca. A maioria (56,6%) dos pacientes era de idosos (60 a 85 anos), tanto em relação às mulheres, quanto ao homens (Tabela 10).

Tabela 10 - Gênero e raça dos pacientes portadores de câncer de boca segundo faixa etária no município do Rio de Janeiro. Janeiro de 2013 a setembro de 2015.

Gênero/Raça	Faixa etária, em anos completos						Total	
	>=15 e <60		>=60 e <85		>=85			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	83	68%	124	70,4%	5	38,5%	212	68,2%
Amarela	4	4,8	11	8,9	0		15	7,1
Branca	19	22,9	44	35,5	1	20	64	30,2
Parda	16	19,3	18	14,5	1	20	35	16,5
Preta	12	14,5	14	11,3	1	20	27	12,7
Sem informação	32	38,5	37	29,8	2	40	71	33,5
Feminino	39	32%	52	29,5%	8	61,5%	99	31,8%
Amarela	2	5,1	6	11,5	1	12,5	9	9,1
Branca	14	35,9	24	46,1	6	75	44	44,4
Parda	8	20,5	8	15,4	0		16	16,2
Preta	2	5,1	2	3,8	0		4	4
Sem informação	13	33,3	12	23,1	1	12,5	26	26,3
Total Geral	122	100	176	100	13	100	311	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir do SISREG, 2018.

O percentual da raça exclui os sem informação para esta variável

Dos 4.764 registros de encaminhamento de casos com CID de lesão suspeita ou confirmada para o CB no MRJ, identificamos que o tempo entre a data de solicitação do procedimento e data da execução do procedimento foi igual ou inferior a sete dias em

96,6% dos casos, que indica que o sistema está funcionando de forma a garantir celeridade no atendimento dos casos (Tabela 11).

Tabela 11 - Estratificação do tempo entre a solicitação do procedimento e a execução dos registros de encaminhamento dos pacientes com lesões suspeitas ou confirmadas de câncer de boca no município do Rio de Janeiro. Janeiro de 2013 a setembro de 2015.

Tempo (em dias)	Lesão suspeita		Câncer de boca		Total	
	N	%	N	%	N	%
<=7	4284	96,5	318	97,9	4602	96,6
>7 e <=15	60	1,4	3	0,9	63	1,3
>15 e <=30	42	1	1	0,3	43	0,9
>30 e <=60	30	0,7	0	0	30	0,6
>90	11	0,3	2	0,6	13	0,3
>60 e <=90	12	0,3	1	0,3	13	0,3
Total Geral	4439	100	325	100	4764	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir do SISREG, 2018.

6.1.2 Pacientes com lesão confirmada de câncer de boca matriculada no INCA

Dos 29.851 pacientes matriculados no INCA no período de janeiro de 2013 a setembro de 2016, foram 3.939 (13,2%) pacientes na clínica Cabeça e Pescoço (Tabela 12), a quarta em proporção de pacientes internados neste período.

Tabela 12 - Distribuição dos pacientes por clínica de matrícula no INCA. Rio Janeiro, Rio de Janeiro, janeiro de 2013 a setembro de 2016.

Clínica	N	%	% acumulado
Ginecologia	5.437	18,2	18,2
Mastologia	4.181	14	32,2
Abdômen	4.071	13,6	45,9
Cabeça e pescoço	3.939	13,2	59,1
Tórax	1.899	6,4	65,4
Tecido ósseo e conjuntivo	1.672	5,6	71
Urologia	1.500	5	76
Oncologia clínica HC III	1.358	4,6	80,6
Oncologia clínica HC I	1.212	4,1	84,7
Pediatria clínica	1.011	3,4	88
Outros	3571	12	100
Total geral	29851	100	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do INCA.

Legenda:

HC III: Hospital do Câncer III

HC I: Hospital do Câncer I

Dos 3.939 pacientes matriculados na clínica da Cabeça e Pescoço, 1.045 (26,5%) foram classificados com CID entre 00 e 06, que são os de interesse para o estudo, sendo

o CID 02 – câncer de língua (34,2%), e o CID 01 – câncer de base da língua (1,4%), respectivamente, o de maior e o de menor frequência (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição da topografia do câncer de boca segundo sexo dos pacientes matriculados no setor de Cabeça e Pescoço do INCA I. Rio de Janeiro, RJ, janeiro 2013 a setembro 2016.

Topografia	Gênero				Total	
	F		M			
	N	%	N	%	N	%
C02 (língua)	93	31,7	264	35,1	357	34,2
C03 (gengiva)	45	15,4	82	10,9	127	12,2
C05 (palato)	37	12,6	85	11,3	122	11,7
C04 (assoalho da boca)	34	11,6	129	17,2	163	15,6
C00 (lábio)	18	6,1	46	6,1	64	6,1
C06 (mucosa oral)	9	3,1	24	3,2	33	3,2
C01 (base da língua)	5	1,7	10	1,3	15	1,4
NI	52	17,7	112	14,9	164	15,7
Total Geral	293	100	752	100	1045	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do INCA.

Legenda:

F: feminino.

M: masculino.

A maioria dos 1.045 pacientes com CID entre 00 e 06, grupo de interesse para a pesquisa, era do sexo masculino (72% do total de pacientes), sobretudo na faixa etária de 61-70 anos. Nessa faixa etária, 80,6% eram homens, ainda que as mulheres tenham sido a maioria nos extremos de idade. A maioria, de ambos os sexos, era da raça branca, representando 62,1% dos casos entre as mulheres, e 49,5% entre os homens (Tabela 14).

Tabela 14 - Gênero e raça segundo faixa etária dos pacientes portadores de câncer de boca matriculados no setor de Cabeça e Pescoço do INCA I. Rio de Janeiro, RJ, janeiro 2013 a setembro 2016.

Gênero/Raça	Faixa etária														Total			
	20<=30		31<=40		41<=50		51<=60		61<=70		71<=80		81<=90				91 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	11	68,8	20	54,1	21	30,4	51	19,3	68	19,4	53	27,3	52	59,1	17	63	293	28
Amarela	0	0	0	0	1	4,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	
Branca	8	72,7	13	65	11	52,4	28	54,9	38	55,9	31	58,5	41	78,8	12	70,6	182	62,1
Negra	1	9,1	1	5	1	4,8	9	17,6	7	10,3	3	5,7	3	5,8	1	5,9	26	8,9
Parda	2	18,2	6	30	8	38,1	14	27,5	19	27,9	18	34	8	15,4	4	23,5	79	27
Sem informação	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5,9	1	1,9	0	0	0	0	5	1,7
Masculino	5	31,3	17	45,9	48	69,6	213	80,7	282	80,6	141	72,7	36	40,9	10	37	752	72
Amarela	0	0	0	0	0	0	1	0,5	1	0,4	0	0	0	0	0	0	2	0,3
Branca	3	60	7	41,2	15	31,3	87	40,8	139	49,3	88	62,4	24	66,7	9	90	372	49,5
Negra	0	0	4	23,5	11	22,9	26	12,2	24	8,5	9	6,4	2	5,6	0	0	76	10,1
Parda	1	20	5	29,4	21	43,8	93	43,7	113	40,1	41	29,1	10	27,8	1	10	285	37,9
Sem informação	1	20	1	5,9	1	2,1	6	2,8	5	1,8	3	2,1	0	0	0	0	17	2,3
Total Geral	16	100	37	100	69	100	264	100	350	100	194	100	88	100	27	100	1045	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do INCA.

A maioria dos homens era casada (43,4%), e a maioria das mulheres era viúva (32,1%). Tanto entre os homens, como entre as mulheres, a maioria tinha escolaridade até o primeiro grau incompleto e a religião era a católica. Quanto à profissão, a maioria relatou ser “do lar” entre as mulheres e, entre os homens, excluindo o item “outros” e “aposentados”, a maioria relatou ser “pedreiro” (Tabela 15).

Tabela 15 - Perfil sociodemográfico dos pacientes portadores de câncer de boca matriculados no setor de Cabeça e Pescoço do INCA I. Rio de Janeiro, RJ, janeiro 2013 a setembro 2016.

Variáveis	Gênero				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%	N	%
Estado civil						
Viúvo	94	32,1	48	6,4	142	13,6
Casado	84	28,7	326	43,4	410	39,2
Solteiro	80	27,3	208	27,7	288	27,6
Divorciado	17	5,8	54	7,2	71	6,8
União consensual	10	3,4	72	9,6	82	7,8
Separado	4	1,4	26	3,5	30	2,9
Outros	3	1	7	0,9	10	1
Desquitado	1	0,3	11	1,5	12	1,1
Total	293	100	752	100	1045	100
Escolaridade						
Não sabe ler/escrever	19	6,5	28	3,7	47	4,5
Alfabetizado/indivíduo (nunca estudou, mas lê e escreve)	20	6,8	45	6	65	6,2
Ensino Fundamental incompleto	91	31,1	271	36	362	34,6
Ensino Fundamental completo	63	21,5	208	27,6	271	25,9
Ensino Médio completo	68	23,2	139	18,5	207	19,8
Nível superior completo e mais	20	6,8	42	5,5	62	5,9
Sem informação	12	4,1	19	2,5	31	3
Total	293	100	752	100	1045	100
Religião						
Católica	158	53,9	487	64,8	645	61,7
Evangélica	71	24,2	97	12,9	168	16,1
Não tem religião	24	8,2	91	12,1	115	11
Cristão	12	4,1	30	4	42	4
Outras	28	9,5	47	6,2	75	7,2
Total	293	100	752	100	1045	100
Profissão						
Do lar	126	43	34	4,5	160	15,3
Aposentado	52	17,7	168	22,3	220	21,1
Trabalha	57	19,5	345	46	402	38,4
Não especificado	58	19,8	205	27,3	263	25,2
Total	293	100	752	100	1045	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do INCA.

Entre os 1.045 pacientes com o CID de interesse para a pesquisa (CID 00-06), 1.036 eram residentes do estado do Rio de Janeiro, dos quais 488 eram residentes no município do Rio de Janeiro, sendo 281 ativos (pacientes em tratamento oncológico), 204 estavam bloqueados (pacientes retirados do sistema por óbito ou abandono do tratamento) e três pacientes na condição de alta no momento da coleta dos dados. Entre os 281 pacientes na condição de ativos, a maioria era residente de bairros localizados na

AP 3.3 (15,7%) e a minoria na AP 2.2 (6%) (Tabela 16). Os pacientes entrevistados na AP 3.3 eram residentes dos seguintes bairros: Vila da Penha, Irajá, Pavuna, Quintino, Oswaldo Cruz, Rocha Miranda;, Coelho Neto, Madureira, Ricardo de Albuquerque, Cascadura, Guadalupe e Vista Alegre. E os residentes na AP 2.2, dos bairros Vila Isabel e Andaraí.

Tabela 16 - Distribuição dos pacientes na condição de ativo por residência de acordo com a Área Programática no município do Rio de Janeiro. Janeiro 2013 a setembro 2016.

Área Programática	N	%	% acumulado
3.3	44	15,7	15,7
4.0	36	12,8	28,5
5.1	29	10,3	38,8
3.2	29	10,3	49,1
1.0	29	10,3	59,4
5.2	27	9,6	69
3.1	26	9,3	78,3
2.1	25	8,9	87,2
5.3	19	6,8	94
2.2	17	6	100
Total Geral	281	100	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do INCA.

6.2 PERFIL E TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DOS PACIENTES

Foram entrevistados 4 e 17 pacientes das APs 2.2 e 3.3, respectivamente, totalizando 21 pacientes. Com base nas entrevistas, apresentam-se os resultados do perfil dos pacientes considerando informações sociodemográficas, hábitos de vida e possível exposição a fatores de risco para doença.

6.2.1 Perfil dos pacientes entrevistados

A maioria dos entrevistados era do sexo masculino, faixa etária de 56 a 65 anos, parda, natural do RJ, casada, escolaridade até o ensino fundamental, aposentada ou sem renda e reside com a família (Tabela 17). As profissões mencionadas foram serralheiro, cuidador de idosos, funcionário público, técnico de computação, diarista, costureira, do lar, comerciante, mecânico, porteiro e bancário.

Tabela 17 - Perfil sociodemográfico dos pacientes entrevistados portadores de câncer de boca. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Variáveis	AP 2.2		AP 3.3		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
F	2	50	7	41,2	9	42,9
M	2	50	10	58,8	12	57,1
Total	4	100	17	100	21	100
Faixa etária						
35-45	1	25	0	0	1	4,8
46-55	1	25	4	23,5	5	23,8
56-65	2	50	7	41,2	9	42,9
Maior de 65	0	0	6	35,3	6	28,6
Total	4	100	17	100	21	100
Cor						
Branco	1	25	2	11,8	3	14,3
Negro	1	25	0	0	1	4,8
Pardo	2	50	15	88,2	17	81
Total	4	100	17	100	21	100
Naturalidade						
Rio de Janeiro	2	50	15	88,2	17	81
Alagoas	0	0	1	5,9	1	4,8
Minas Gerais	1	25	0	0	1	4,8
Pernambuco	0	0	1	5,9	1	4,8
Rio Grande do Sul	1	25	0	0	1	4,8
Total	4	100	17	100	21	100
Estado civil						
Casado	2	50	7	41,2	9	42,9
Solteiro	1	25	3	17,6	4	19
Divorciado	1	25	3	17,6	4	19
União estável	0	0	1	5,9	1	4,8
Viúvo	0	0	3	17,6	3	14,9
Total	4	100	17	100	21	100
Escolaridade						
Analfabeto	0	0	1	5,9	1	4,8
Ensino Fundamental	1	25	11	64,7	12	57,1
Ensino Médio	2	50	4	23,5	6	28,6
Ensino Superior	1	25	1	5,9	2	9,5
Total	4	100	17	100	21	100
Fonte de renda						
Aposentado	2	50	5	29,4	7	33,3
LOAS	1	25	3	17,6	4	19
Sem renda	1	25	6	35,3	7	33,3
Em atividade	0	0	1	5,9	1	4,8
Pensionista	0	0	2	11,8	2	9,5
Total	4	100	17	100	21	100
Composição familiar						
Em família	4	100	14	82,4	18	85,7
Cuidador formal	0	0	1	5,9	1	4,8
Reside sozinho	0	0	2	11,8	2	9,5
Total	4	100	17	100	21	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do INCA.

A maioria já fumou ou ainda era fumante, uma minoria relatou nunca ter fumado. O mesmo perfil segue para o uso de álcool, porém um número maior relatou que nunca ingeriu álcool, se comparado aos que informaram nunca ter feito uso do tabaco. Em que pese à dificuldade de avaliar a qualidade da alimentação pela inespecificidade, um paciente relatou ter hábito alimentar claramente precário, com baixa ingestão de alimentos no geral, trocada pela ingestão de bebidas alcoólicas. Todos os demais relataram não ter restrição quanto a qualquer tipo de alimento e, portanto, não foi possível avaliar a alimentação. A maioria (nº13) não relatou contato em nenhum momento da vida com fogão à lenha. E também, a maioria (nº19) relatou ausência de histórico de DST/HPV. Treze pacientes relataram comorbidades (hipertensão arterial, diabetes mellitus, entre outras) e 15 o uso de prótese dentária em algum momento da vida e a maioria trazia histórico de câncer na família (Tabela 18).

Tabela 18 - Perfil sobre estilo de vida e fatores de risco dos entrevistados portadores de câncer de boca. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Variáveis	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tabagismo						
Fumante	5	23,8	NA	NA	NA	NA
Ex-fumante	12	57,1	NA	NA	NA	NA
Nunca fumou	4	19	NA	NA	NA	NA
Total	21	100	NA	NA	NA	NA
Alcoolismo						
Alcoolista	2	9,5	NA	NA	NA	NA
Ex-alcoolista	10	47,6	NA	NA	NA	NA
Nunca bebeu	9	42,9	NA	NA	NA	NA
Total	21	100	NA	NA	NA	NA
Histórico de DST	2	9,5	19	90,5	21	100
Histórico de HPV	0	0	21	100	21	100
Comorbidades	13	61,9	8	38,1	21	100
Uso de prótese dentária	15	71,4	6	28,6	21	100
Exposição a fogão a lenha	8	38,1	13	61,9	21	100
Histórico familiar de câncer	13	61,9	8	38,1	21	100

Fonte: Elaborado pela própria autora a partir da entrevista

Legenda:

NA: não se aplica

6.2.2 Percurso dos pacientes no sistema de saúde segundo os próprios

As trajetórias relacionadas aos pacientes com CB se iniciaram, na maior parte dos casos, a partir da percepção da lesão em cavidade oral ou de qualquer outro sintoma sugestivo para essa patologia. A maioria (nº15) percebeu a presença de alguma lesão, em geral com característica semelhante a uma afta, entre outros sintomas menos citados.

Outros relataram que não perceberam lesão e, sim, outros sintomas, e houve um relato de que a lesão foi percebida pela profissional de saúde durante atendimento. Após a percepção da lesão, a média de tempo para buscar a ajuda de um profissional foi de mais de 30 dias. Antes da presença da lesão, aproximadamente metade dos pacientes relataram frequentar consultório dentário e o motivo prevalente foi manutenção de prótese dentária (Tabela 19).

Tabela 19 - Percepção da doença e tempo para atendimento dos pacientes entrevistados portadores de câncer de boca. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Variáveis	N	%
Percepção da lesão sem auxílio de profissional da saúde		
Sim	15	71,4
Não	6	28,6
Total	21	100
Características da lesão		
Semelhante a “afta”	8	38,1
“mancha branca”	2	9,5
Outras características	11	52,4
Total	21	100
Percepção de outros sintomas relacionados ao câncer de boca		
Sim	6	28,6
Não	15	71,4
Total	21	100
Busca de ajuda profissional		
Até 15 dias	4	19
Ate 30 dias	1	4,8
Mais de 30 dias	10	47,6
Não procurou (o profissional que percebeu)	4	19
Não lembra	2	9,5
Total	21	100
Outros agravos na cavidade bucal além do câncer de boca		
Sim	1	4,8
Não	20	95,2
Total	21	100
Assistência odontológica antes da lesão do câncer de boca		
Sim	12	57,1
Não	9	42,9
Total	21	100
Tempo para agendar a consulta em SB		
Pouco tempo	08	38,1
Muito tempo/não consegue	02	9,5
Nunca utilizaram a saúde bucal na APS		
	11	52,4
Total	21	100

Fonte: Elaborado pela própria autora a partir da entrevista

Legenda:

SB: Saúde Bucal

APS: Atenção Primária em Saúde

Em sua maioria (nº18), os pacientes relataram ter conhecimento de unidade de saúde próximo a sua residência e aproximadamente metade (nº10) dos entrevistados tinha conhecimento da atuação da ESF na área de residência. A maioria (nº16) relatou que a unidade de saúde é próxima da residência e nenhum deles relatou dificuldade para chegar ao serviço de saúde. Treze identificaram haver acolhimento aos usuários e informação quanto às questões de saúde que foram fornecidas sempre que buscaram ajuda na unidade. Apenas dois usuários referiram ter-lhes tomado muito tempo ou não terem conseguido agendar a consulta em SB; a maioria conseguiu fazê-lo em pouco tempo ou no mesmo dia.

Quanto às unidades que realizaram o primeiro atendimento após a percepção da lesão, metade dos pacientes iniciou com uma procura pelo serviço de natureza particular, mesmo em alguns casos que frequentavam uma USF. Com relação ao exame para o diagnóstico da doença, todos referiram à biópsia, sendo que a maioria realizou no mesmo dia em que procurou a unidade especializada para o procedimento. O tempo para entrega do resultado do exame foi de até 15 dias após o procedimento, juntamente com o laudo e encaminhamento para a unidade terciária. O tempo para iniciar o tratamento no hospital foi menor que 60 dias em todos os casos, com exceção de um deles (Tabela 20).

Tabela 20 - Unidades de saúde, tempo de realização de exame e do encaminhamento dos pacientes entrevistados portadores de câncer de boca. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Variáveis	N	%
Unidade de realização da consulta após percepção da lesão		
UBS/USF	6	28,5
UERJ	1	4,8
CEO	1	4,8
Particular	10	47,6
Outros serviços públicos	3	14,3
Total	21	100
Unidade de realização da biópsia		
CEO	7	33,3
UERJ	5	23,8
Particular	5	23,8
Outros serviços públicos	4	19
Total	21	100
Tempo para realizar a biópsia		
Mesmo dia	15	71,4
01 a 02 dias	4	19
Até 07 dias	2	9,5
Total	21	100
Tempo para receber o resultado		
Até 07 dias	5	23,8
Até 15 dias	11	52,4

Até 20 dias	2	9,5
Até 30 dias	1	4,8
Não sabe informar	2	9,5
Total	21	100
Tempo para consulta no hospital		
Até 60 dias	20	95,2
Mais de 60 dias	1	4,8
Total	21	100

Fonte: Elaborado pela própria autora a partir da entrevista

Legenda:

UBS/USF: Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família

CEO: Centro de Especialidade Odontológica

UERJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Nos relatos da trajetória dos pacientes portadores de CB em tratamento no INCA, verificou-se que, apesar do destino final de tratamento ter sido o INCA, unidade de atenção terciária de natureza pública, o percurso foi bastante variado, sendo identificados pacientes que passaram por serviços públicos de atenção primária, CEO, unidades particulares e outras unidades públicas. Em alguns casos o paciente seguiu o percurso previsto, ou preconizado, iniciando o primeiro atendimento na unidade de atenção primária, encaminhado ao CEO, e depois para unidade terciária para tratamento oncológico. Porém, identificou-se uma variedade de trajetórias fora do que é preconizado, mas com desfecho dos casos em tempo adequado (Tabela 21, p. 121 e Figura 8, p. 89).

Tabela 21 - Trajetória assistencial dos pacientes entrevistados portadores de câncer de boca. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Sujeito	AP	Primeira unidade	Meio de encaminhamento	Segunda unidade (diagnóstico)	Meio de encaminhamento	Hospital
1	3.3	Particular	Guia	UERJ	Guia	INCA
2	3.3	CMS Alice Tibiriçá	Guia	HMSF	Guia	INCA
3	3.3	CMS Doutor Nascimento Gurgel	Guia	SMS PADI	Guia	INCA
4	3.3	CF Carlos Nery	Guia	CMS Alberto Borgeth	SISREG/SER	INCA
5	2.2	Particular	Guia	Particular	Guia	INCA
6	3.3	Particular	Guia	Particular	Guia	INCA
7	3.3	Particular	Guia	Particular	Guia	INCA
8	3.3	CF Praça Patriarca	Guia	CMS Alberto Borgeth	Ordem judicial	Hospital Mário Kroeff/INCA
9	3.3	UPA Irajá	Guia	UERJ	Guia	INCA
10	3.3	Particular	Guia	CMS Alberto Borgeth	Guia	INCA
11	3.3	CMS Carmela Dutra	Guia	CMS Alberto Borgeth	Guia	INCA

Sujeito	AP	Primeira unidade	Meio de encaminhamento	Segunda unidade (diagnóstico)	Meio de encaminhamento	Hospital
12	3.3	Carmela Dutra	Guia	CMS Alberto Borgeth	SISREG/SER	INCA
13	3.3	Particular	Guia	HMLJ	Guia	INCA
14	3.3	CMS Mário Olinto	Guia	CMS Alberto Borgeth	SISREG/SER	INCA
15	2.2	Particular	Guia	Particular	Guia	INCA
16	3.3	HMSF	Guia	HMSF	SISREG/SER	INCA
17	3.3	Particular	Guia	UERJ	SISREG/SER	INCA
18	2.2	Não passou	Guia	UERJ	SER	INCA
19	3.3	Particular	Guia	Particular	Guia	INCA
20	3.3	HMSA	Guia	HMSA	SISREG/SER	INCA
21	2.2	Particular	Guia	UERJ	Guia	INCA

Fonte: Elaborado pela própria autora a partir da entrevista.

Legenda:

AP: área programática

UERJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

INCA: Instituto Nacional de Câncer

CMS: Centro Municipal de Saúde

CF: Clínica da Família

HMSF: Hospital Municipal Salgado Filho

HMSA: Hospital Municipal Souza Aguiar

SISREG: Sistema de Nacional de Regulação

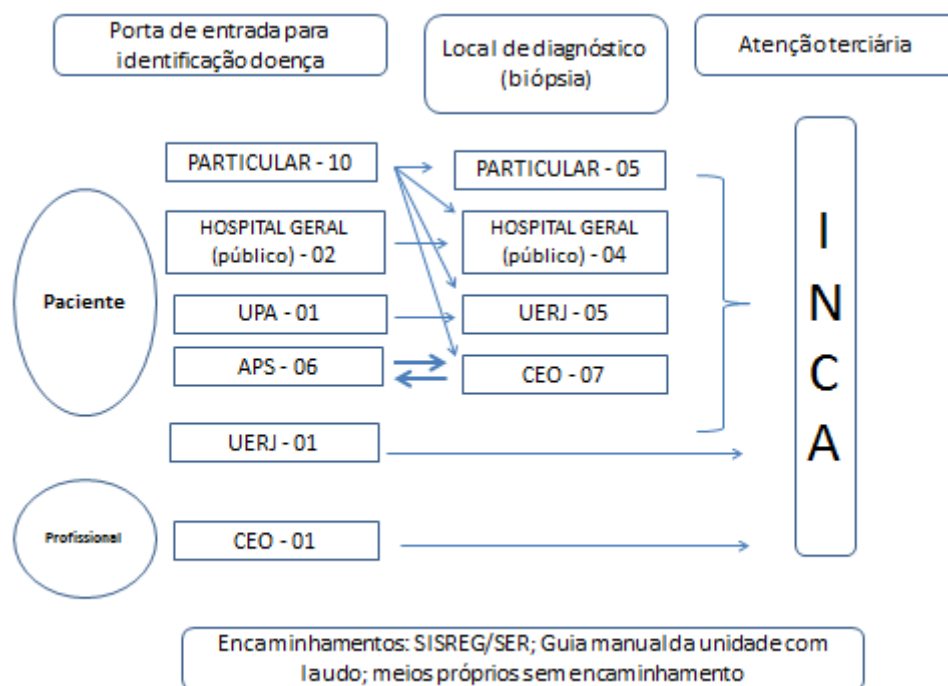
SER: Sistema Estadual de Regulação

SMS PADI: Serviço Municipal de Saúde PADI Francisco da Silva Telles

HMLJ: Hospital Municipal Lourenço Jorge

UPA: Unidade de pronto atendimento

Figura 8 - Fluxos de pacientes entre os níveis de atenção em saúde



Fonte: Elaborado pela própria autora a partir da entrevista.

Legenda:

UPA: Unidade de Pronto Atendimento
 APS: Atenção Primária em Saúde
 UERJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro
 CEO: Centro de Especialidade Odontológica
 SISREG: Sistema de Regulação
 SER: Sistema Estadual de Regulação
 INCA: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

6.3 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE E DOS ENVOLVIDOS COM O PROGRAMA MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL

Foram incluídas no estudo as 11 unidades de APS referidas pelos usuários, sendo 10 unidades da AP 3.3 e 1 da AP 2.2. A maioria delas (nove unidades) era de modalidade mista, constando de USF e CEO no mesmo espaço físico.

Dos três CEO avaliados, dois deles se localizavam na AP 3.3 e um na AP 2.2. E uma universidade – UERJ.

É importante ressaltar que não há relato de dificuldade de encaminhamento dos casos entre os níveis primário e secundário avaliados nesse estudo. Gestores e profissionais, exceto um, declararam acreditar que o programa contribui para o diagnóstico precoce do CB, mesmo que ainda sejam necessárias melhorias do fluxo no atendimento em SB e na assistência.

6.3.1 Unidades de Saúde de Atenção Primária em Saúde

Na apreciação do acesso, a opinião de gestores e profissionais não apresentaram muitas divergências quanto à estrutura dos consultórios, aos materiais permanentes e de procedimento, a maioria estava em boas condições de uso e supriam a necessidade da população atendida. Do ponto de vista dos profissionais, os consultórios, em sua maioria, são montados de forma adequada e sem dificuldade para aquisição de material de consumo. Porém, houve relato negativo quanto ao quantitativo de profissionais de saúde bucal, considerado insuficiente para demanda (Tabela 22, p. 123).

Tabela 22 - Características de estrutura das unidades de atenção primária em saúde estudadas para avaliação da qualidade da assistência, Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Variáveis	Bom		Regular		Ruim		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acesso geográfico								
Condução acessível	10	90,9	1	9,1	0	0	11	100
Estacionamento no local/próximo	5	45,5	6	54,5	0	0	11	100
Localização	11	100	0	0	0	0	11	100
Estrutura								
Iluminação	11	100	0	0	0	0	11	100
Ventilação	10	90,9	1	9,1	0	0	11	100
Sala de espera	10	90,9	1	9,1	0	0	11	100

Limpeza do local	10	90,9	1	9,1	0	0	11	100
Materiais de uso público								
Água	11	100	0	0	0	0	11	100
Banheiro*	7	63,6	3	27,3	1	9,1	11	100
Estrutura do edifício	10	90,9	1	9,1	0	0	11	100
Local de trabalho								
Sala de atendimento	11	100	0	0	0	0	11	100
Material permanente	09	81,8	2	18,2	0	0	11	100
Material de procedimento disponível	11	100	0	0	0	0	11	100
Copa para funcionário	11	100	0	0	0	0	11	100
Fluxograma disponível	11	100	0	0	0	0	11	100
Procedimentos e exames disponíveis da APS	11	100	0	0	0	0	11	100

Fonte: Elaborado pela autora considerando opinião dos gestores e profissionais, e observação das unidades.

Quanto aos processos e práticas realizadas nas unidades de atenção primária, as informações dos gestores e profissionais apontam que a maioria das atividades atendia ao previsto nas normas do PNSB, destacando-se as atividades de triagem e acolhimento, uso do sistema de SISREG/SER para a referência e contrarreferência dos casos e facilidade para o encaminhamento dos casos mais complexos. Ainda, relataram que o atendimento dos casos de urgência e demanda espontânea aconteceriam no mesmo dia e que realizavam a busca ativa da população, com visita domiciliar, inclusive com o profissional cirurgião-dentista. Existiram, ainda, alguns relatos negativos sobre atividades, relacionados à matrícula dos pacientes, o tempo para primeira consulta ou consulta subsequente, aspectos que a maioria dos profissionais ou gestores entrevistados não sabia informar, ou informaram ser acima de 30 dias para os atendimentos não urgentes.

Os gestores e profissionais concordaram entre si sobre a alta oferta de atividades individuais e coletivas de promoção e prevenção, como escovação e orientação no posto, além das atividades que acontecem em conjunto com o programa de tabagismo, ou com as campanhas de vacinação e em parcerias com outros setores, como escolas, creches, igrejas, entre outros. Porém, apenas duas unidades forneciam folheto explicativo sobre o CB (Tabela 23, p. 124).

Tabela 23 - Características de processos de trabalho das unidades de atenção primária em saúde na percepção dos gestores e profissionais, Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Variáveis	Gestores		Profissionais	
	N	%	N	%
Matrícula na unidade				
Pelo ACS	1	9,1	2	9,1
Meios próprios	1	9,1	7	31,8
ACS e/ou meios próprios	9	81,8	16	72,7
Total	11	100	22	100
Triagem/orientação				
Sim	11	100	22	100

Variáveis	Gestores		Profissionais	
Não	0	0	0	0
Total	11	100	22	100
Acolhimento				
Sim	11	100	22	100
Não	0	0	0	0
Total	11	100	22	100
Tempo para realizar a primeira consulta				
Mesmo dia	0	0	1	4,5
Até 30 dias	2	18,2	13	59,1
Mais de 30 dias	1	9,1	1	4,5
Não sabe informar/depende do caso	8	72,7	7	31,8
Total	11	100	22	100
Tempo para consulta subsequente				
Até 30 dias	1	9,1	5	22,7
Mais de 30 dias	1	9,1	0	0
Não sabe informar/depende do caso	09	81,8	17	77,3
Total	11	100	22	100
Referência e contra referência				
SISREG/SER	11	100	22	100
Guia manual	0	0	0	0
Total	11	100	22	100
Dificuldade para encaminhar				
Sim	0	0	0	0
Não	11	100	22	100
Total	11	100	22	100
Atendimento demanda espontânea/urgência				
Sim	11	100	22	100
Não	0	0	0	0
Total	11	100	22	100
Busca ativa				
Sim	11	100	22	100
Não	0	0	0	0
Total	11	100	22	100
Parceria com outros setores				
Sim	11	100	22	100
Não	0	0	0	0
Total	0	0	0	0
Atividades coletivas/individual				
Sim	11	100	22	100
Não	0	0	0	0
Total	0	0	0	0
Educação continuada				
Sim	10	90,9	9	40,9
Não	1	9,1	13	50,1
Total	11	100	22	100
Consultórios montados de forma adequada				
Sim	-	-	22	100
Não	-	-	0	0
Total	-	-	22	100
Dificuldade para aquisição de material				
Sim	0	0	3	13,6
Não	11	100	19	86,4
Total	11	100	22	100
Acompanhamento do grupo de risco				
Sim	-	-	22	100
Não	-	-	0	0
Total	-	-	0	0
Acompanhamento dos casos encaminhados				
Sim	-	-	19	86,4

Variáveis	Gestores		Profissionais	
Não	-	-	3	13,6
Total	-	-	22	100
Acha que o programa contribui para o diagnóstico precoce				
Sim	11	100	22	100
Não	0	0	0	0
Total	0	0	0	0

Fonte: Elaborado pela própria autora a partir da entrevista

Legenda:

ACS: Agente Comunitário de Saúde

SISREG: Sistema de Regulação

SER: Sistema Estadual de Regulação

6.3.2 Unidades de Atenção Secundária em Saúde

Os três CEO avaliados apresentavam boas condições de localização e de condução, porém só um tinha estacionamento no local (na lateral da unidade). A maioria tinha boas condições em relação à estrutura, quanto à iluminação, ventilação, limpeza e sala de espera, assim como em relação à água, banheiro e estrutura do edifício. Para os aspectos da rotina do serviço, encontramos o mesmo perfil para o atendimento à população, pois os pacientes quando procuram a unidade são atendidos no mesmo dia, podendo ser por meios próprios, com ou sem a guia de encaminhamento, ou pelo SISREG, com organização do atendimento através de acolhimento e triagem dos casos. Nos casos de CB, a consulta subsequente acontece na posse do laudo da biópsia, com tempo estimado entre 7 a 10 dias. Os casos confirmados de CB são encaminhados para unidade APS, para que sejam regulados para a atenção terciária, e não há acompanhamento dos casos confirmados e contrarreferenciados para a atenção primária por um fluxo regular do sistema da unidade, porém os profissionais declararam realizar essa atividade por conta própria. Também há acolhimento da demanda espontânea e dos casos de urgência. O material permanente estava em boas condições de uso. Havia materiais de procedimento em quantidade adequada para o atendimento da população e possuíam sala própria para a assistência odontológica individual, com toda estrutura para o trabalho da equipe. Em todas as unidades, não foi mencionado setor de educação continuada para os profissionais (Tabela 24). Em relação ao processo de trabalho das unidades de CEO, na avaliação dos profissionais e gestores da unidade, a maioria das atividades está de acordo com o preconizado pelo programa, o método de diagnóstico é exclusivamente a biópsia. O atendimento ao paciente, assim como o encaminhamento do mesmo para outro nível de atenção, nem sempre é pelo sistema de regulação virtual. Em relação à atuação da educação continuada, os relatos foram

divergentes e apenas um profissional relatou que não acha que o programa favorece o diagnóstico precoce para o CB (Tabela 25).

Tabela 24 - Características quanto à estrutura mais relevantes das unidades de atenção secundária em saúde estudadas para avaliação da assistência odontológica Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Variáveis	Bom		Regular		Ruim		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acesso geográfico								
Condução acessível	3	100	0	0	0	0	3	100
Estacionamento no local/próximo	1	33,3	0	0	2	66,7	3	100
Localização	3	100	0	0	0	0	3	100
Estrutura								
Iluminação	2	66,7	1	33,3	0	0	3	100
Ventilação	3	100	0	0	0	0	3	100
Sala de espera	2	66,7	1	33,3	0	0	3	100
Limpeza do local	3	100	0	0	0	0	3	100
Materiais de uso público								
Água	1	33,3	2	66,7	0	0	3	100
Estrutura do edifício	2	66,7	1	33,3	0	0	3	100
Local de trabalho								
Sala de atendimento	3	100	0	0	0	0	3	100
Material permanente	3	100	0	0	0	0	3	100
Material de procedimento disponível	3	100	0	0	0	0	3	100
Copa para funcionário	3	100	0	0	0	0	3	100
Fluxograma disponível	3	100	0	0	0	0	3	100
Procedimentos e exames disponíveis da AP	3	100	0	0	0	0	3	100

Fonte: Elaborado pela autora após visita na unidade

Tabela 25 - Características de processos de trabalho das unidades de atenção secundária em saúde na percepção dos gestores e profissionais, Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Variáveis	Gestores		Profissionais	
	N	%	N	%
Matrícula na unidade				
Meios próprios	0	0	0	0
SISREG/meios próprios	2	100	5	100
Total	2	100	5	100
Triagem/orientação				
Sim	0	0	0	0
Não	2	100	5	100
Total	2	100	5	100
Acolhimento				
Sim	0	0	0	0
Não	2	100	5	100
Total	2	100	5	100
Tempo para realizar a primeira consulta				
Mesmo dia	2	100	5	100
Até 30 dias	0	0	0	0
Mais de 30 dias	0	0	0	0
Não sabe informar/depende do caso	0	0	0	0
Total	2	100	5	100
Tempo para consulta subsequente				
Após o resultado	2	100	5	100
Até 30 dias	0	0	0	0

Variáveis	Gestores		Profissionais	
Mais de 30 dias	0	0	0	0
Não sabe informar/depende do caso	0	0	0	0
Total	2	100	5	100
Referência e contra referência				
SISREG/SER	0	0	0	0
Guia manual	0	0	0	0
SISREG/SER e Guia manual	2	100	5	100
Total	2	100	5	100
Dificuldade para encaminhar				
Sim	0	0	0	0
Não	2	100	5	100
Total	2	100	5	100
Método diagnóstico disponível				
Biópsia	2	100	5	100
Outros	0	0	0	0
Total	2	100	5	100
Atendimento demanda espontânea/urgência				
Sim	2	100	5	100
Não	0	0	0	100
Total	2	100	5	100
Educação continuada				
Sim	1	50	3	60
Não	1	50	2	40
Total	100	100	5	100
Consultórios montados de forma adequada				
Sim	-	-	5	100
Não	-	-	0	0
Total	-	-	5	100
Dificuldade para aquisição de material				
Sim	1	50	0	0
Não	1	50	5	100
Total	2	100	5	100
Acha que o programa contribui para o diagnóstico precoce				
Sim	2	100	4	80
Não	0	0	1	20
Total	2	100	5	100

Fonte: Elaborado pela própria autora a partir da entrevista

6.3.3 Perfil dos gestores e profissionais do Programa Municipal de Saúde Bucal

Foram incluídas 15 unidades no estudo, sendo entrevistados um gestor de cada unidade e dois coordenadores municipais de saúde bucal, e em apenas uma unidade não foi possível entrevistar o gestor, sendo incluídos 14 gestores.

Na identificação do perfil dos gestores das unidades observa-se que a maioria é do sexo feminino, na faixa etária entre 25 e 35 anos, com graduação em enfermagem, até 10 anos de graduados, com especialização, tempo de trabalho na unidade de mais de 5 anos, atua como gestor entre 2 e 5 anos e não recebeu conteúdo sobre CB durante sua formação profissional.

Na avaliação do perfil dos profissionais que atuam na saúde bucal, identificamos que a maioria é do sexo feminino, com faixa etária até 45 anos, a maioria dos entrevistados eram cirurgiões-dentistas, formados até 10 anos, e apenas um não possuía especialização. A maioria trabalha na unidade de 2 a 5 anos, e a maioria negou atualização em CB (Tabela 26, p. 130).

Tabela 26 - Perfil dos gestores e profissionais no nível central e unidades de saúde na atenção primária e secundária de saúde, Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Variáveis	Gestores (nível central)		Gestores (unidades APS/CEO/UERJ)		Profissionais assistenciais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Feminino	1	50	12	85,7	22	81,5	35	81,4
Masculino	1	50	2	14,3	5	18,5	8	18,6
Total	2	100	14	100	27	100	43	100
Faixa etária								
25 – 35 anos	0	0	6	42,9	10	37	16	37,2
36 - 45 anos	1	50	5	35,7	10	37	16	37,2
46 ou mais	1	50	3	21,4	7	26	11	25,6
Total	2	100	14	100	27	100	43	100
Formação acadêmica								
Cirurgião-dentista	2	100	5	35,7	16	59,3	23	53,5
Enfermeiro	0	0	6	42,9	0	0	6	14
Médico	0	0	2	14,3	0	0	2	4,7
Psicólogo	0	0	1	7,1	0	0	1	2,3
Técnico de Saúde Bucal	0	0	0	0	7	25,9	7	16,3
Auxiliar de Saúde Bucal	0	0	0	0	4	14,8	4	9,2
Total	2	100	14	100	27	100	43	100
Tempo de formação								
Até 10 anos	0	0	5	35,7	12	44,4	17	39,5
11-20 anos	0	0	4	28,6	8	29,7	12	27,9
Mais de 20 anos	2	100	5	35,7	5	18,5	12	27,9
Não informado	0	0	0	0	2	7,4	2	4,7
Total	2	100	14	100	27	100	43	100
Grau de escolaridade								
Ensino médio	0	0	0	0	11	40,7	11	25,6
Superior	0	0	1	7,2	1	3,7	2	4,6
Especialização	1	50	12	85,6	14	51,9	27	62,8
Mestrado/doutorado	1	50	1	7,2	1	3,7	3	7
Total	2	100	14	100	27	100	43	100
Tempo que trabalha na unidade								
Até 1 ano	1	50	3	21,4	4	14,8	8	18,6
2 – 5 anos	0	0	4	28,6	12	44,4	16	37,2

Variáveis	Gestores (nível central)		Gestores (unidades APS/CEO/UERJ)		Profissionais assistenciais		Total	
Mais de 5 anos	1	50	7	50	11	40,7	19	44,2
Total	2	100	14	100	27	100	43	100
Tempo de atuação como gestor (nessa unidade)								
Ate 1 ano	NA	NA	3		NA	NA	NA	NA
2-5 anos	NA	NA	6		NA	NA	NA	NA
Mais de 5 anos	NA	NA	5		NA	NA	NA	NA
Total	NA	NA	14	100	NA	NA	NA	NA
Atualização em câncer de boca								
Sim	2	100	6	42,9	12	44,4	20	46,5
Não	0	0	8	57,1	15	55,6	23	53,5
Total	2	100	14	100	27	100	43	100

Fonte: Elaborado pela própria autora a partir da entrevista

Legenda:

APS: atenção primária em saúde

CEO: Centro de especialidades Odontológicas

UERJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

6.4 ATENÇÃO AO CÂNCER DE BOCA SEGUNDO O ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE E EFETIVIDADE DO CUIDADO E CONSEQUÊNCIA DO CUIDADO OU RELACIONAR COM BLOCO 5 DA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesse capítulo apresentamos os resultados a partir das entrevistas com os sujeitos da pesquisa sobre o acesso, efetividade do cuidado e consequência do cuidado em relação ao objeto de estudo.

6.4.1 O acesso ao diagnóstico e assistência ao câncer de boca

O acesso foi a primeira dimensão analisada quanto à trajetória dos pacientes, considerando para o componente Estrutura as subdimensões *acessibilidade*, *disponibilidade* e *ambiência*, sendo esta importante também para a dimensão efetividade do cuidado.

Na categoria *acessibilidade geográfica*, para os critérios proximidade entre moradia do paciente e o serviço de saúde, localização da unidade, e facilidade de transporte público, dezoito entrevistados relataram facilidade para chegar ao serviço de saúde. As falas indicaram proximidade da residência com a unidade da APS, ou facilidade de transporte público com recursos próprios ou ajuda de terceiros para chegar à mesma. Três pacientes não informaram sobre essas questões, pois dois deles não tinham conhecimento de unidade próxima à sua residência e um relatou não haver proximidade geográfica. Na avaliação do CEO (atenção secundária), os sete pacientes que utilizaram o serviço o relataram como próximo de suas residências, além da facilidade do transporte público, não havendo relato de barreira quanto a essa categoria.

Vou de ônibus, mas é tranquilo (PACIENTE 1-APS).

Ó, vira à direita aqui, vira à esquerda ali na frente pronto (PACIENTE 3-APS).

[...] na frente da estação BRT (PACIENTE 10-CEO).

[...] não conheço nenhum posto perto da minha casa... me indicaram a ABO (Associação Brasileira de Odontologia) (PACIENTE 5).

Em relação à capacidade física ou ajuda para ir ao serviço de saúde, entre os que utilizaram os serviços de APS, não houve relato de barreira física, assim como os que utilizaram o serviço do CEO. Da mesma forma, para a categoria condição financeira ou suporte para ir aos serviços de saúde, todos os pacientes que utilizaram os serviços das unidades não relataram barreiras, tanto para a APS, quanto para o CEO.

[...] ela vai andando, mas se tiver necessidade eles até vêm aqui (PACIENTE 7 sobre APS).

[...] não tem problema para ir até lá (PACIENTE 14 sobre o CEO).

[...] não tem dificuldade não, é tudo perto [...] (PACIENTE 8 sobre APS e CEO).

Entre os dezoito pacientes que tinham conhecimento de unidade próxima de suas residências, doze tinham cadastro nelas, porém apenas nove costumavam frequentar a unidade para consultas regulares e, destes, apenas dois identificaram a lesão na unidade que já frequentavam.

É importante destacar que seis pacientes buscaram ajuda em unidade de APS para avaliação da lesão na boca. Dessa forma, percebe-se que quatro deles não frequentavam a unidade que fez a primeira avaliação da lesão e utilizaram o serviço daquela unidade pela primeira vez por uma necessidade de saúde, sendo atendidos e devidamente encaminhados. Desses quatro pacientes, três foram buscar atendimento na APS pela primeira vez quando perceberam a lesão, e um paciente buscou ajuda em outra unidade de APS diferente da que já frequentava para consultas médicas. Quanto à demora em buscar atendimento odontológico, a maioria relata que pelo fato de não possuir dentição não reconhecia a necessidade de ir ao dentista, também há relato de medo do desconhecido, do que poderia ser a doença, desconheciam o serviço de SB, a existência do mesmo na unidade de APS, ou mesmo de que não iriam conseguir resolver o problema no serviço particular.

[...] não tinha ficha lá... mas precisei fui lá e olharam [...] (PACIENTE 12).

[...] não nunca fui para olhar isso não..só quando fui colocar a dentadura mesmo [...] (PACIENTE 1).

[...] tive medo de descobrir o que poderia ser [...] (PACIENTE 17).

[...] duvido que no serviço público eles usem um material bom...só pagando mesmo [...] (PACIENTE 21).

Dez pacientes informaram que utilizaram serviços de saúde particular para avaliação da lesão, mesmo relatando facilidade quanto ao acesso geográfico para a unidade pública de saúde, e um paciente foi direto para uma unidade que realiza biópsia, que foi a Faculdade de Odontologia da UERJ.

Evidenciou-se, portanto, que a barreira financeira não impediu a procura das unidades pelos usuários, já que os que não utilizaram os serviços justificaram que

possuem outros recursos, não sendo necessário utilizar a unidade pública. No entanto, não foi apurada nesse estudo a carga deste uso no orçamento familiar. Também é possível que a busca por serviço odontológico privado tenha se dado pelo desconhecimento da sua oferta no serviço público, no ingresso familiar.

Eu sempre fui em médico particular (PACIENTE 15).

Na subdimensão *disponibilidade*, em relação à oferta de atividades e procedimentos, todos os nove pacientes que já utilizavam o serviço de saúde descreveram-na como bem estruturada, com a presença de atividades de promoção, prevenção e diagnóstico, acolhimento e triagem. Relataram ainda conseguir acesso a tais atividades sempre que as buscaram. Como já descrito, desses nove pacientes, apenas dois identificaram a lesão na unidade APS que já frequentavam, e outros quatro pacientes buscaram a unidade APS pela primeira vez para avaliação da lesão, e um paciente buscou outra unidade APS, diferente da que já frequentava, alegando que nesta não tinha SB.

Dos três pacientes que buscaram o atendimento pela primeira vez, apenas um apresentou relato negativo, enquanto os demais fizeram uma boa avaliação. No que concerne à consulta com o profissional, realização dos procedimentos, exames e visita domiciliar, a maioria relatou facilidade para ser atendido na unidade.

Entre os pacientes que já frequentavam a unidade para consultas médicas, identificou-se que existe a pré-concepção de que a saúde bucal não atende, ou demora muito para marcar a consulta, ou que é restrita para alguns grupos específicos. Por isso, não buscaram ajuda na unidade que já frequentavam.

Porque lá tem que marcar, e demora à beça (PACIENTE 1).

Essa percepção parece contribuir mais para o tempo decorrido para buscar ajuda profissional, que foi de mais de 30 dias para metade dos pacientes, do que sobre o tempo transcorrido entre a busca efetiva pela consulta e o agendamento e realização do atendimento, que a maioria dos pacientes referiu ter sido no mesmo dia ou em pouco tempo.

Contabilizando os aspectos relacionados a essa questão, a maioria foi bem avaliada pelos pacientes. Entre os treze pacientes que utilizaram a unidade APS, apenas um relatou dificuldade de agendar consulta com profissional. Porém, para a visita

domiciliar, apenas quatro relataram já tê-la recebido. Outrossim, procedimentos e exames para diagnóstico do CB não foram realizados na Unidade de APS de referência.

[...] todas as vezes que preciso eu consigo marcar [...] (PACIENTE 3).

[...] em casa nunca vieram não [...] (PACIENTE 16).

Quando avaliada a percepção dos gestores e dos profissionais quanto à categoria de oferta de atividades e procedimentos, todos os gestores, exceto um, de unidades APS e CEO relataram que são desenvolvidas as atividades preconizadas pelo programa de acordo com o nível de atenção da unidade. Na percepção de gestores e profissionais os relatos foram, em sua maioria, positivos em relação à oferta, tanto na APS quanto no CEO.

[...] do grupo de tabagismo e aí eles acabam fazendo esse rastreio e também fazem nas doenças crônicas não transmissíveis (GESTOR-UNIDADE 1).

[...] o paciente sai daqui praticamente carregado no colo (GESTOR-UNIDADE 14).

[...] de escovação assistida tem (TSB-UNIDADE 13).

Participo da academia carioca, idosos, né? Fizemos uma atividade muito bonita, tiramos foto e tudo (TSB-UNIDADE 2).

Porém, para um gestor de APS, assim como para dois profissionais deste nível de atenção, existem barreiras para realizar atividades coletivas na unidade. Esta unidade de saúde em questão encontrava-se em obras, motivo pelo qual foi relatada pelo gestor e profissionais a falta de espaço para realizar as atividades em grupo.

[...] não tem mais atividade coletiva, porque não tem mais espaço, depois que fez a obra só piorou (GESTOR-UNIDADE 7).

[...] não tem como fazer mais [...] o escovatório agora fica perto da farmácia, o adulto fica com vergonha, porque tem muita gente passando (CD-UNIDADE 7).

Quando realizada a observação das unidades, foi possível identificar o funcionamento das mesmas e a realização das ações acima descritas.

Quanto à segunda categoria, relacionada à presença de profissionais de diferentes especialidades/categorias, a maioria relatou que consegue atendimento para essas especialidades ofertadas pela unidade.

Tem dentista, tem psicólogo, tem tudo (PACIENTE 19 sobre atendimentos no posto).

Foi rápido. Aí ela entrou no sistema e botou lá (PACIENTE 19 sobre cadastro no SISREG).

No acesso ao atendimento, diversos foram os motivos relatados como barreiras, entre eles: o próprio imaginário de que não conseguiria a consulta com dentista, a demora na marcação da consulta e não ter conhecimento do serviço.

O agente comunitário veio aqui, aí todo mundo aqui tem ficha lá... o único problema que tá acontecendo é o negócio do dentista... acho que não tem..." (PACIENTE 7).

Alguns não procuraram atendimento na SB na unidade de atenção primária pelo desconhecimento de sua existência ou porque acharam que iria demorar a marcar a consulta, e não por tentativa mal sucedida. Sendo assim, a percepção negativa pareceu estar relacionada ao imaginário quanto à dificuldade de acessar dentistas na saúde pública.

Da mesma forma, os gestores e profissionais relataram a presença de profissionais de diferentes categorias, porém o maior problema foi com relação aos recursos humanos, tendo em vista que o número de ESF é maior que ESB, o que dificulta realizar a avaliação de toda a população adscrita, interferindo no atendimento a população. A ausência de profissionais em quantidade necessária torna-se uma importante barreira para o acesso à assistência, pois no relato de um gestor, a informação sobre os procedimentos disponíveis na unidade não são amplamente divulgadas, por receio de uma procura grande do serviço pela população.

[...] se divulgar tudo aumenta a demanda né?!...e não tem como atender a todos... atende bem porque vem pouco" (GESTOR-UNIDADE 7).

Em relação à categoria de formação dos profissionais de saúde, a maioria dos gestores e profissionais de saúde bucal de nível superior possui, ao menos, especialização.

Quanto à subdimensão *ambiência*, a maioria dos gestores e profissionais de saúde bucal relatou não ter dificuldade na aquisição dos materiais de consumo odontológicos. Ao contrário, houve relato positivo, de que apesar de ser unidade pública, os materiais são de qualidade e não faltam.

Quanto aos recursos disponíveis, os relatos negativos foram relacionados ao número insuficiente de profissionais para saúde bucal, como relatado anteriormente.

Não houve relato negativo relacionado aos recursos materiais, com exceção apenas quando se referia à aquisição de material mais moderno, que apresentava alguma dificuldade. Ainda, os materiais para atender a demanda estão em quantidade adequada, e nunca houve interferência no atendimento por esse motivo.

A fala dos gestores e profissionais foi corroborada pela observação das unidades, tanto na APS quanto no CEO. A maioria apresentava boas condições na estrutura física, assim como no setor de saúde bucal, que inclui a montagem dos consultórios odontológicos, materiais permanentes em bom estado, assim como os materiais de consumo, incluindo a limpeza do local, aspectos favoráveis para um bom atendimento à população (Apêndice N, p. 221).

O componente Processo foi avaliado segundo as subdimensões: *acessibilidade organizacional, coordenação do cuidado e oportunidade*.

Quanto à acessibilidade organizacional, os gestores e profissionais relataram atividade de educação continuada promovida pela Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento (CAP), com a realização de cursos, divulgação de congressos e eventos científicos e estimulam a participação dos profissionais de suas unidades. No entanto, não houve relato de atividade promovida exclusivamente pela unidade. Essa ausência é sentida pelos profissionais de saúde bucal de nível técnico, que relataram a falta de cursos para a sua categoria, pois esses são ofertados em sua maioria para o nível superior.

Nas categorias relacionadas às informações quanto à rotina, matrícula e processo de encaminhamento para os níveis subsequentes, os discursos dos pacientes, gestores e profissionais convergem, pois a maioria relata existir uma rotina de informação aos pacientes durante o atendimento e os pacientes relatam ter recebido essas informações. Todos os pacientes foram orientados quanto aos encaminhamentos e como deveriam proceder. Para essa categoria, foram incluídos os pacientes que utilizaram o serviço para a avaliação da lesão em cavidade oral.

[...] fui até lá, e comecei tratamento para parar de fumar, e lá me examinaram, e me encaminharam para especialista de boca. (PACIENTE 3).

[...] ela explicou tudo... tudo certinho... muito boa... (PACIENTE 14).

[...] só tenho elogios a dar... ela explica tudo.. muito carinhosa (PACIENTE 11).

Na *coordenação do cuidado* foi avaliado a presença do sistema de regulação, o processo de encaminhamento dos casos mais complexos e a presença de visita domiciliar, como ação de acompanhamento dos casos e avaliação do risco. Para os pacientes, os relatos em relação ao encaminhamento para os outros níveis de atenção foram positivos, tanto da atenção primária para secundária, quanto desta para a atenção terciária. O fluxo entre os níveis não representou barreira para diagnóstico e tratamento em tempo oportuno do CB.

Os gestores e profissionais que atuam nos dois níveis de atenção incluídos nesse estudo, relataram facilidade na referência e na contrarreferência, porém com limites. O setor de regulação está presente na unidade de atenção primária, mas é inexistente nos CEOs. Tal fato foi avaliado pelos profissionais e gestores do CEO como um fator de atraso no início do tratamento oncológico, pois o paciente ainda deverá retornar para a APS, e então ser referenciado para o nível terciário de assistência, o que poderia ser feito diretamente pelo CEO, reduzindo a trajetória até o início do tratamento.

Nas unidades de APS foi identificado o setor de regulação de vagas, em funcionamento adequado.

Quanto à visita domiciliar realizadas pelas APS, apenas quatro pacientes, entre os nove que já frequentavam a unidade, relataram ter recebido visita domiciliar por algum profissional da unidade. Contraditoriamente, os gestores e os profissionais relataram que essas atividades são realizadas. E justificam que, na saúde bucal, existe uma triagem feita pelos ACS quanto aos pacientes prioritários, tendo em vista o quantitativo reduzido de profissionais, o que inviabiliza a visita em toda a população adscrita.

[...] eles tem horário separado para fazer a visita nas casas (GESTOR UNIDADE 10).

[...] sempre vem alguém aqui saber como está, e se precisar eles marcam a consulta. (PACIENTE 7).

Na subdimensão *oportunidade*, avaliou-se o tempo para marcação das consultas, de retorno, para realizar o encaminhamento, a biópsia e para receber o resultado. Em todos os relatos, pacientes, gestores e profissionais expressaram facilidade de atendimento quando há suspeita quanto à lesão que o paciente apresenta. A mesma agilidade acontece quando o paciente busca a unidade com a queixa de “ferida que não cicatriza”. Nestes casos é atendido como urgência, com avaliação no mesmo dia pela saúde bucal, e encaminhamento de pronto, sendo atendido no CEO no mesmo dia que

comparece na unidade. A biópsia é realizada no primeiro atendimento no CEO e o resultado é recebido com tempo inferior a 15 dias.

Importante, destacar que os pacientes não conseguiram informar um tempo exato para o primeiro atendimento, porém entre os relatos percebemos que apenas um descreveu como muito tempo para agendar com dentista. Quanto ao encaminhamento e realização do exame, a biópsia, todos os relatos foram positivos.

[...] eu cheguei lá, fiz a ficha, expliquei meu problema, que tava doendo, aí eu fui encaminhado para uma... odonto né?! (PACIENTE 8).

[...] quando há queixa de lesão os pacientes são atendidos no mesmo dia... (GESTOR UNIDADE 2).

[...] a biópsia é realizada no mesmo dia, com ou sem encaminhamento, se tiver necessidade, vou fazer” (PROFISSIONAL UNIDADE 13).

6.4.2 Efetividade do cuidado aos pacientes com câncer de boca

A dimensão Efetividade do cuidado foi apreciada considerando, para o componente Estrutura, a subdimensão *ambiência*, e no componente Processo, as subdimensões *adequação e responsividade*.

Quanto às condições dos consultórios, tanto para os gestores quanto para os profissionais estes são, em sua maioria, montados de forma adequada. A observação participante corroborou essa opinião. Os consultórios adequados facilitam a privacidade no atendimento e a comodidade para assistir aos pacientes, na opinião dos profissionais de saúde bucal. No entanto, dois profissionais referiram insatisfação em relação à organização do consultório. Considerando a observação participante nas unidades de saúde, tanto os consultórios como outros serviços, como banheiros e água para os usuários, estavam presentes e em boas condições de uso. O mesmo se deu com relação aos materiais permanentes e de procedimentos.

A organização não facilita nossa mobilização no consultório (TSB/CEO).

Quanto à *adequação*, foi avaliada a atualização dos gestores e profissionais sobre o CB, os procedimentos realizados nas consultas, possíveis de análise a partir dos registros dos procedimentos nos prontuários dos CEO, e as informações prestadas aos pacientes quanto à saúde bucal e CB. Ainda, as condições de ambiência para realização adequada das práticas foram observadas.

Os gestores e profissionais relataram que existe a oferta de cursos de capacitação e eventos científicos que abordam esse tema pela CAP, como descrito anteriormente, no entanto, alguns profissionais realizam atualização por conta própria.

Um dado relevante sobre a competência dos profissionais para realização adequada dos procedimentos, segundo os parâmetros técnico-científicos, é o grau de escolaridade com especialização de 14 dos 16 entrevistados, sendo que um deles tinha mestrado. Apesar disso, a análise dos prontuários dos pacientes atendidos CEO revelou ausência de informação sobre o uso de prótese dentária dos pacientes, apesar de todos terem feito exame clínico. Considerando a importância dessa condição como fator de risco para o CB, a omissão desse dado pode indicar uma inadequação da consulta realizada, ou desconsideração pela importância da completude da informação no prontuário.

Em relação às informações aos pacientes, na percepção dos mesmos, percebeu-se diferença em relação às informações sobre saúde geral e saúde bucal. Quanto à primeira, existe uma divulgação maior e a informação chega até a população. A maioria relatou receber informações quando precisam e buscam a unidade de saúde.

Nunca me foi negado nenhum tipo de atendimento ou conversação...
(PACIENTE 3 sobre APS).

[...] eu acho que tive mais explicações do que eu merecia realmente
(PACIENTE 3 sobre CEO).

Para as questões sobre saúde bucal e CB, porém, os relatos foram de falta de informação ou conhecimento, e de dificuldade de obter informação sobre o assunto. As informações não são difundidas ou não chegam até a população. A maioria dos pacientes referiu nunca ter ouvido falar de CB, e mesmo após receber o diagnóstico, não sabia relatar o que era a doença e seus fatores de risco, e que nunca tiveram tais informações na unidade de saúde que frequentavam. Entre os pacientes que utilizaram a APS, apenas dois relataram ter informação sobre saúde bucal e um sobre câncer de CB.

No entanto, há relatos de pacientes que assistiram palestras nas unidades de APS sobre SB, mas em relação ao CB não há relatos. Porém, mesmo sem essa divulgação de informação, quando há necessidade de orientação sobre esses assuntos, os relatos são positivos quanto à instrução por parte dos profissionais das unidades.

Os gestores e profissionais relataram que existe divulgação sobre essas questões junto a outras campanhas na unidade, como campanhas de vacinação e tabagismo, que são as mais comuns. Porém, campanhas exclusivas para esse tema não são realizadas, e

apenas em duas unidades de APS, profissionais relataram divulgação de panfletos com o tema CB.

Quanto à *responsividade*, esta foi avaliada considerando, inicialmente, as condições de ambiência para realização da assistência, observando-se que as unidades de saúde ofereciam condições adequadas para as práticas segundo a necessidade dos usuários.

Com relação à comunicação entre profissionais e pacientes, os relatos são contraditórios, pois ao mesmo tempo em que indicam receber informações nos serviços de saúde, como relatado acima, também aparece na fala dos pacientes a falta de critério para oferecer a informação necessária ou esperada.

Oh, é meio complicado, heim? Porque nego dá informação quando quer... nem sempre respondem o que queremos saber (PACIENTE 7).

Em relação às consultas realizadas na APS e no CEO, os pacientes relataram não haver continuidade do acompanhamento na APS após iniciar o tratamento oncológico, com apenas um relato de paciente diferente.

[...] depois disso eu nunca mais fui no posto, e também ninguém veio aqui (PACIENTE 11).

Quanto ao estomatologista, os relatos foram todos positivos quanto ao atendimento e contrarreferência, da mesma forma aconteceu com o oncologista.

[...] tudo aconteceu bem rápido, não tem do que reclamar (PACIENTE 4).

Os gestores e profissionais relatam que existe continuidade no acompanhamento dos casos encaminhados e confirmados de CB, o que diverge bastante do discurso dos pacientes.

[...] todos os pacientes encaminhados continuam sendo acompanhados (GESTOR-UNIDADE 10).

6.4.3 Consequência do cuidado: resolutividade e satisfação dos usuários.

Os resultados referidos pelos pacientes, profissionais e gestores, a partir das condições do acesso e efetividade do cuidado nos serviços de atenção primária e secundária em saúde, foram apreciados segundo as subdimensões *resolutividade e satisfação dos usuários*.

Quanto à *resolutividade* observou-se o estado de saúde dos pacientes quando da sua admissão no nível terciário de atenção, como sendo influenciado pelo funcionamento do programa. A percepção da maioria dos pacientes quanto ao seu estado de saúde no momento da entrevista foi positivo, o que associaram a facilidade do fluxo entre os níveis de atenção até o momento que iniciaram o tratamento no hospital.

[...] eu estou vivo hoje, e bem, e continuo trabalhando como marido de aluguel.... não tenho do que reclamar...sempre fui bem tratado (PACIENTE 3).

Além da percepção dos pacientes, consideraram-se as informações dos seus prontuários neste nível de assistência como resultado do acesso e efetividade do cuidado. Em relação ao perfil do CB, o CID mais comum foi C02.0, sendo 06 pacientes com metástase (MTX) local, e nenhum à distância (conforme descrito no prontuário). O estadiamento mais frequente foi II e o IV, os tratamentos utilizados foram: radioterapia (RXT), cirurgia (CIR), quimioterapia (QT), variando quanto à modalidade de associação entre eles. Entre os tratamentos, o melhor prognóstico é o apenas cirúrgico e o pior é o apenas RXT.

Na escala funcional, a maioria tinha a performance status de Karnofsky (KPS) acima de 80 (17), todos deambulavam, indicando que a maioria também apresentou autocuidado preservado. Quanto aos sintomas relatados, as queixas mais comuns foram disfagia e dislalia (10); apenas 01 paciente possuía lesão tumoral. Para via de alimentação apenas 02 pacientes ainda faziam uso de cateter nasoenteral (CNE), porém ainda mantinham a via oral para ingestão de alguns alimentos (Tabela 27, p. 142).

Tabela 27 - Perfil câncer de boca, fator de risco, tratamento e evolução dos entrevistados portadores de câncer de boca. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Variáveis	N	%
CID agrupado por topografia		
C02 (língua)	12	57,1
C03 (gengiva)	2	9,5
C04 (assoalho da boca)	2	9,5
C05 (palato)	4	19
C06 (mucosa oral)	1	4,8
Total	21	100
Metástase		
Local	6	28,6
À distância	0	0
Não	15	71,4
Total	21	100
Estadiamento		
I	4	19
II	7	33,3

Variáveis	N	%
III	3	14,3
IV	7	33,3
Total	21	100
Modalidade de tratamento		
Cirurgia exclusiva	5	23,8
Quimioterapia exclusiva	0	0
Radioterapia e cirurgia	1	4,8
Radioterapia e quimioterapia	11	52,4
Total	21	100
KPS		
100-80	17	81
70-50	4	19
Total	21	100
Autocuidado preservado		
Sim	20	95,2
Não	1	4,8
Total	21	100
Deambula		
Sim	21	100
Não	0	0
Total	21	100
Via de alimentação		
Via Oral	19	90,5
Cateter nasoenteral	2	9,5
Total	21	100
Lesão tumoral		
Sim	1	4,8
Não	20	95,2
Total	21	100
Outros sintomas		
Disfagia	10	47,6
Odinofagia	4	19
Dislalia	11	52,4
Afasia	2	9,5
Outros	3	14,3

Fonte: Elaborado pela própria autora a partir da entrevista

Legenda:

KPS: performance status de Karnofsky.

CID: Código Internacional de Doença.

A influência do funcionamento do programa para um desfecho favorável dos casos é, na opinião da maioria, gestores e profissionais, descrita como facilitador para o diagnóstico precoce do CB. Para esses informantes houve muitos avanços desde a criação da PNSB, em especial, relacionado ao acesso da população aos serviços odontológicos, o que antes era mais restrito a população infantil e ao grupo de gestantes. Identificamos que a maior parte dos relatos em relação ao funcionamento do programa teve avaliação positiva.

[...] não há dúvidas... o acesso melhorou muito (GESTORA - UNIDADE 1).

[...] antes para conseguir dentista era difícil... agora é só marcar... se for urgente atende na hora (GESTOR - UNIDADE 6).

Na categoria *satisfação dos usuários* a avaliação foi positiva em todos os aspectos analisados. Os pacientes avaliaram positivamente a assistência prestada pelos profissionais, assim como a satisfação em relação aos serviços ofertados na APS. Nas unidades de CEO, as avaliações em relação à assistência profissional e satisfação quanto aos serviços ofertados foram 100 positivas em todos os aspectos que foram questionados, relataram cordialidade no atendimento, acolhimento, rapidez nos resultados, nos encaminhamentos, orientação durante todo o processo de cuidado.

[...] todos são dez.. (PACIENTE 4).

[...] não tem nada para reclamar... (PACIENTE 8).

6.4.4 Percepção dos usuários sobre outras unidades de saúde do setor público

Na fala dos pacientes que utilizaram o serviço de SB da Faculdade de Odontologia da UERJ, percebeu-se que este teve avaliação positiva em todos os aspectos analisados. Nenhum paciente relatou dificuldade para chegar até a unidade, todos relataram acesso às informações quanto à rotina, procedimentos e exames, assim como em relação ao acesso ao atendimento. Todos que procuraram o serviço foram atendidos, estando com ficha de encaminhamento ou não. O serviço de estomatologia odontológica é oferecido uma vez na semana, e tem contribuído de forma significativa no diagnóstico de lesões suspeitas para o câncer. Observou-se na UERJ avaliação positiva na totalidade dos aspectos avaliados.

Assim como o serviço oferecido pela UERJ, as outras unidades públicas, que são hospitais gerais, não apresentaram dificuldade no acesso aos pacientes. No entanto, vale ressaltar que os pacientes que buscaram esse serviço possuíam indicação de outro profissional, além de serem direcionados a um profissional específico, logo não caíram no atendimento geral. Ao chegarem a tais unidades, foram recebidos, acolhidos, orientados quanto ao procedimento e ao que deveriam fazer para dar continuidade ao tratamento.

Percebeu-se que, para todas as unidades analisadas, a avaliação positiva na percepção dos pacientes foi prevalente nas falas. O acesso geográfico não foi um fator de dificuldade para que os pacientes frequentassem as unidades de saúde de referência, pois além de próximas as suas residências, também havia transporte coletivo acessível.

7 DISCUSSÃO

Nesse estudo, realizou-se uma avaliação dos serviços de saúde de atenção primária e secundária na perspectiva da trilogia de Donabedian (1985), enfocando os componentes de estrutura e processo dos serviços. Com o objetivo de avaliar a qualidade da atenção prestada aos portadores de CB no município do Rio de Janeiro, identificou-se o modelo de Campbell, Roland e Buetow (2000) para a análise pretendida, tomando-se às dimensões de acesso e a efetividade do cuidado prestado aos pacientes de CB ao longo dos níveis de complexidade na rede de cuidado.

Dessa forma, foi possível estudar a atuação do programa municipal de saúde bucal em seu componente técnico de controle do CB, identificando suas potencialidades e fragilidades na assistência no nível primário e secundário em saúde. A partir dos achados e reflexões do estudo, pretendeu-se oferecer propostas para melhoria no processo de cuidado em saúde bucal para o CB.

Dentre as variadas possibilidades, optamos em avaliar a qualidade dos serviços prestados na saúde bucal quanto ao componente “controle e prevenção do CB”. Para tanto, foi estudado o programa de saúde bucal intitulado “Brasil Sorridente” quanto às normas que regem a saúde bucal na atenção primária e secundária, a atuação dos profissionais e o fluxo dos pacientes nos serviços em toda a rede de atenção à saúde. Nesse percurso, foi possível apreciar as condições dos serviços e a prática assistencial, confrontando com o preconizado e as necessidades e anseios dos pacientes, avaliando o processo sob a ótica das dimensões de acesso e efetividade do cuidado.

Os pacientes encaminhados pelo SISREG, residentes no município do Rio de Janeiro, com diagnóstico de CB, eram em sua maioria homens, e idosos (60 a 85 anos) para ambos os sexos, assim como os matriculados no INCA.

Entre os pacientes entrevistados, a maioria era do sexo masculino, na faixa etária entre 56 e 65 anos, estado civil casado e possuía nível socioeconômico baixo. Essa condição foi derivada do grau de escolaridade e renda mensal predominante no grupo: até o Ensino Fundamental e principal fonte de renda o salário de aposentado, ou ausência de renda para alguns. Um fator de proteção encontrado entre os pacientes é estar residindo com a família. Os dados convergiram quanto ao sexo, raça e faixa etária entre a população do INCA e do município do Rio de Janeiro.

Os fatores de risco identificados entre os pacientes corroboram com os achados em estudos sobre o tema (MACHADO et al., 2003; MELO et al., 2010; SANTOS et al., 2009), como a condição de tabagista e/ou alcoolista da maioria dos pacientes, ou que já

tiveram esses hábitos em algum momento da vida. Há, ainda, a presença de outras comorbidades associadas, pouco cuidado com a saúde geral, incluindo a saúde bucal, e o uso de prótese dentária, porém sem frequência regular ao dentista, nem mesmo para manutenção da prótese. Não tinham conhecimento de diagnóstico prévio de HPV, e apenas dois pacientes relataram histórico de DST.

Apesar dos hábitos de vida pouco saudáveis, com uso de álcool e tabaco, nenhum deles fez associação desses hábitos com o desenvolvimento do câncer, e ainda mantinham, no momento atual, os mesmos hábitos anteriores à doença.

O estudo de Mendes (2006) identificou um perfil de pacientes bastante semelhante, sendo a maioria deles do sexo masculino, na faixa etária acima dos 50 anos, etilistas e tabagista de longa data, ou possuía esse hábito em algum momento da vida, com histórico de prótese dentária, nível de escolaridade baixo, assim como a renda familiar, com pouco ou nenhum cuidado em relação à saúde geral e bucal. E a associação dessas variáveis são apontadas como riscos importantes à saúde bucal. Condição semelhante foi relatada por Bortolini (2008), encontrando características dos pacientes, como fatores culturais e socioeconômicos, envolvendo má higiene bucal, uso de prótese mal ajustadas e uso do fogão a lenha, principalmente entre as mulheres em regiões mais carentes do país.

Desses fatores, o tabagismo, o etilismo e as infecções pelo HPV, principalmente os subtipos 16 e 18, são os mais importantes fatores de risco para o CB. Além disso, o efeito sinérgico do tabagismo e alcoolismo (BARBOSA, 2008; BRASIL, 2006) aumentam o risco dessa doença em especial, dependendo da quantidade utilizada, e estão relacionados a 80% dos casos (TORRES-PEREIRA et al., 2012). Em nosso estudo, entretanto, nenhum paciente relatou diagnóstico de HPV e foi frequente o histórico familiar de câncer.

A associação da doença com determinantes sociais se expressa, uma vez que tanto a baixa renda e baixa escolaridade, quanto o etilismo e tabagismo, implicam em grupos populacionais com maior tendência às precárias condições de saúde bucal, assim como carências nutricionais, o que favorece a exposição aos fatores de risco, aumentando os casos de CB nesse grupo (MACIEL; LESSA; RODRIGUES, 2000).

Quanto às características da doença, identificou-se que a maioria foi classificada como CID 2.0, diagnosticada em estágio II e IV e nenhum tinha metástase à distância no momento do diagnóstico da doença. Essa condição é diferente da relatada em outros estudos, que observaram que a maioria dos casos é diagnosticada em fase avançada

(estágios III e IV), e apenas 7% como carcinoma *in situ* (RAMOS et al., 2007). Outrossim, cabe lembrar que o presente estudo utilizou número de sujeitos por saturação, não estatisticamente representativa, o que compromete a comparação com achados de estudos estatísticos. Os locais mais acometidos são assoalho da boca e língua (CID 02 e 04) e o tipo histológico mais frequente é o carcinoma de células escamosas, espinocelular, ou carcinoma epidermoide, o que vai ao encontro dos resultados desse estudo com a literatura disponível (BRASIL, 2009; BRASIL, 2008a).

A maioria desses tumores é diagnosticada quando seu tamanho supera 2 cm, e o atraso no diagnóstico está relacionado a alguns fatores como: poucos e inespecíficos sintomas, desconhecimento dos pacientes sobre a doença, pouca familiaridade dos médicos generalistas com o diagnóstico de câncer e dificuldade de acesso ao sistema de saúde (COSTA JÚNIOR; SERRA, 2012). Essas condições se assemelham aos achados deste estudo no que se refere ao desconhecimento sobre a doença, já que todos os pacientes relataram não ter conhecimento sobre CB, nem seus fatores de risco e de proteção. O diagnóstico tardio se reflete nos tratamentos mais frequentes no hospital de referência, a radioterapia associada à cirurgia, sabendo-se que o melhor prognóstico é referido ao tratamento apenas cirúrgico (COSTA JÚNIOR; SERRA, 2012).

Percebeu-se que a maioria dos gestores são jovens, com especialização, porém com pouca informação sobre o CB, o que pode estar relacionado à formação de base, tendo em vista que a maioria é graduada em enfermagem. No entanto, é uma falha durante a graduação, tendo em vista que o enfermeiro, na sua formação, é um dos responsáveis pela educação em saúde, independentemente do nível de atenção em saúde que atua e do tipo de patologia assistida, sendo importante a atuação interdisciplinar no controle e prevenção do CB.

Quanto aos profissionais que atuam na saúde bucal, identificamos que a maioria é do sexo feminino, com faixa etária 45 anos, cirurgiã-dentista, formada há até 10 anos e apenas um não possuía especialização. A maioria trabalha na unidade de 2 a 5 anos e referiu não ter atualização em CB.

Na observação participante das unidades de atenção primária em saúde, a maioria foi bem avaliada quanto ao acesso geográfico, estrutura, materiais de uso público, rotina, local de trabalho e atividades extramuros. Observou-se que cumprem o papel de acordo com que está sendo preconizado, o que é um fator facilitador do fluxo de atendimento entre os níveis de atenção, sendo esperado que o atendimento às normas favoreça o diagnóstico do CB em tempo hábil para o tratamento curativo.

A mesma avaliação positiva foi encontrada nas unidades CEO, e também foi possível observar o uso da logomarca de acordo com o manual que estabelece as normas, assim como a presença de placas nas fachadas identificando ser uma unidade CEO. Disponham de placas de identificação no interior das unidades para recepção e consultórios, e os profissionais possuíam logomarca no jaleco (BRASIL, 2004a). Assim, estavam de acordo com o Manual de Adequação Visual estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Identificou-se que o fluxo dos serviços das unidades estudadas está bem estruturado, existe um serviço acolhedor, com recursos materiais, tanto permanente como de consumo, para atender a demanda do território adscrito.

Outros fatores importantes na qualidade dos serviços referem-se ao acesso e efetividade do cuidado. Reconhece-se que para enfrentar o problema da SB no país é necessário o envolvimento de políticas públicas, com ações intersetoriais, integração das ações preventivas, curativas e de reabilitação, com ênfase na promoção da saúde e universalização do acesso.

Mesmo ainda com muitos desafios a serem enfrentados, o SUS tem se revelado como uma conquista da cidadania, em especial para a SB, com a inclusão da mesma nos serviços de saúde, o que favoreceu o acesso a esse tipo de serviço para um grupo que antes era excluído, podendo ser considerada bem-sucedida, além de o investimento financeiro ter sido favorável (NARVAI, 2011).

7.1 A DIMENSÃO ACESSO NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL

Um dos atributos necessários para ter uma SB adequada para atendimento à população é o acesso. Como já descrito na revisão teórica, existem diversos conceitos acerca do termo “acesso” e o conceito utilizado como base para avaliação deste estudo faz referência à disponibilidade e aos obstáculos à utilização dos serviços disponíveis, ou seja, à relação entre os recursos dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde.

A importância do acesso tem relação em várias etapas do processo de assistência à saúde, pois tem potencial para alterar de forma positiva o estado de saúde das pessoas, já que tem relação com o uso do serviço de saúde e/ou procedimentos eficazes no momento adequado. Assim, é importante saber se oportunidades de bons resultados estão sendo perdidas por oportunidades de acesso ou a falta delas (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Partindo do pressuposto de que o acesso tem relação direta com a mudança no estado de saúde das pessoas, podemos identificar em nosso estudo que, em relação ao acesso aos serviços de saúde bucal, a percepção dos usuários é positiva e contribuiu para manter uma condição favorável do estado de saúde.

As subdimensões do acesso no componente de estrutura do programa e dos serviços de saúde foi um primeiro aspecto observado. Observou-se quanto ao acesso geográfico que não houve relato de dificuldade relativa à distância, localidade, ou mesmo meio de transporte, com boa oferta de transporte público nos arredores. A forma como as unidades estão estruturadas, mesmo que com algumas falhas, facilitou a acessibilidade geográfica dos usuários. O que identificamos como limitação dos serviços de saúde foi o quantitativo dos profissionais de saúde bucal em relação aos profissionais da ESF, tendo em vista que o preconizado é no máximo 2.000 a 3.500 habitantes por ESF, e uma ESB por ESF, no entanto não é obrigatória a presença de ESB (BRASIL, 2012b, 2017a), e a média que as unidades estudadas trabalham são três ESF por ESB.

Os determinantes para o uso dos serviços de saúde são fatores relacionados à necessidade de saúde (morbidade, gravidade, urgência da doença); aos usuários (características demográficas, geográficas, socioeconômicas); aos portadores de serviços; e à organização (recursos disponíveis, características de oferta). A influência de cada um desses fatores varia em função do tipo de serviço (hospitalar, ambulatorial, domiciliar) e da proposta assistencial (preventivo, curativo, reabilitação) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Tomando como base esse conceito, em relação à organização dos serviços, identificamos facilidade na matrícula na unidade de referência, tanto para saúde geral, como saúde bucal. Também há acesso as informações, na medida em que são realizadas palestras em conjunto com outros grupos, sendo o mais citado o grupo de tabagismo, o que foi descrito como uma estratégia válida para prevenção em outros estudos na fala dos profissionais e gestores (ANTUNES; TOPORCOV; WUNSCH-FILHO, 2007; BRASIL, 2004b). Como relato desfavorável em relação à acessibilidade organizacional na percepção dos pacientes, identificou-se o fato de não terem informação sobre saúde bucal e CB. A maioria alegou nunca ter tido informação quanto aos fatores de risco e nem mesmo da existência do CB, assim como relataram não ter informação na unidade sobre a saúde bucal. Apesar dos relatos de gestores e profissionais de que existe a divulgação dessas informações, as mesmas não estão chegando a parte da população,

em especial, às pertencentes ao grupo de risco, já que foram as que adoeceram por CB. Dessa forma, deve-se pensar em estratégias para disseminar essas informações, principalmente em grupos com maior risco de adoecer por essa patologia.

Quanto ao atendimento nos serviços de saúde, todos os pacientes que buscaram as unidades de atenção primária foram atendidos e esses relatos foram consistentes para todas as unidades avaliadas. As unidades melhor avaliadas quanto ao acesso às informações sobre saúde bucal e CB foram a UERJ e as outras unidades públicas. Cabe considerar, entretanto, que quando avaliamos as unidades de APS, incluímos questões sobre informações prévias de promoção e prevenção dessa patologia, o que não puderam ser consideradas nessas outras unidades. Nas unidades de APS, o acesso às informações deve ser avaliado mesmo antes do usuário utilizar os serviços da saúde bucal, pois essas unidades exercem as atividades de divulgação das informações com vistas a melhores hábitos de vida da população. E essas ações são relevantes para mudança de hábitos da população, além de favorecer o diagnóstico precoce de doenças através da divulgação de informação (ANTUNES; TOPORCOV; WUNSCH-FILHO, 2007; TORRES-PEREIRA et al., 2012).

Verificou-se, nesse estudo, que todos os pacientes que procuraram o serviço de saúde pública com relato de lesão em cavidade oral, sendo de atenção primária, secundária, ou mesmo os serviços vinculados à universidade, foram atendidos e receberam orientações no mesmo dia, apontando para a realização da ação oportunamente. Mesmo que a biópsia não fosse realizada naquele momento, foi agendada para a mesma semana, além do fato dos resultados dos diagnósticos terem uma média de 7 a 10 dias para serem entregues, o que está relacionado com o momento adequado e oportuno para o diagnóstico (PELLI, 2017).

A forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta diretamente na decisão em procurá-los, o que pode ser influenciada por vários aspectos, entre eles a experiência anterior com os serviços de saúde (PEREIRA et al., 2009; PINHEIRO; MARTINS, 2009; PINHEIRO; TORRES, 2006; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Isso aparece claramente no discurso dos pacientes entrevistados, pois os pacientes, que não foram atendidos em unidades públicas, não o foram não por falta de acesso à matrícula nas unidades ou aos profissionais, mas sim porque os próprios pacientes não as procuraram. Esses pacientes preferiram buscar unidades particulares, com o discurso de que a saúde bucal no serviço público não funciona, que

a consulta demora, ou que o atendimento é apenas para alguns grupos específicos, como crianças e gestantes.

Percebeu-se, ainda, que a procura pelos serviços em tempo hábil para um diagnóstico precoce da doença também está relacionado a outros fatores inerentes ao próprio indivíduo. Esse enfoque dos fatores individuais pode ser elucidado pelos **modelos explicativos do processo de utilização dos serviços de saúde**, e entre esses, podemos relacionar tais achados com o **modelo comportamental**, que procura explicar o comportamento dos indivíduos frente à saúde e à utilização dos serviços com base nas crenças, intenções e percepções dos riscos (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; PINHEIRO; TORRES, 2006). Segundo o modelo, o comportamento estará relacionado ao fato de se considerarem suscetíveis a um determinado problema de saúde, se acreditam na gravidade da consequência do problema e se acreditam que as ações de saúde possam trazer benefícios (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Pode-se relacionar tal modelo com achados do presente estudo, baseado nas crenças dos indivíduos que explicariam as falhas na adesão aos programas de prevenção e detecção precoce de doenças. Observou-se nos relatos dos pacientes um espaço de tempo grande para buscar os serviços de saúde quando percebiam a lesão, apresentando como justificativas para essa demora alguns dos seguintes motivos: medo de investigar a lesão, crença de que o serviço de saúde bucal na APS não funciona ou que não existe, crença de que não iriam resolver o problema, entre outros.

Assim, a incerteza do acesso e a desconfiança na qualidade dos serviços podem afastar os usuários do sistema público, que optam pelo serviço privado, como evidenciado em estudo realizado na Bahia (CHAVES; CRUZ, 2012). Esses foram motivos alegados pelos pacientes que optaram por buscar ajuda profissional no setor privado, ainda que não fosse identificado nenhum relato de paciente que procurou o setor público para serviço de odontologia e não fosse atendido.

Na adoção de medidas de saúde, existem três componentes que influenciam: propensão à ação, avaliação das vantagens e dos inconvenientes de adotar essa ação e os estímulos internos e externos em adotar essa ação (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Na fala dos pacientes, percebe-se pouca propensão a tais ações de cuidados com saúde bucal, tendo em vista que a maioria não tinha o hábito de frequentar o dentista, mesmo os que faziam uso de prótese dentária, além do fato da maioria ser alcoolista e tabagista, o que indica pouca preocupação em adotar hábitos saudáveis de vida. Se é verdade que, quando procurado, o atendimento odontológico público na APS foi rápido, é fato que

falharam vários atributos da APS e do SUS, como atenção ao primeiro contato e integralidade do cuidado. Também falhou o referenciamento interno no serviço, pois ficou claro que o serviço odontológico não foi divulgado pelos demais profissionais. Tais falhas também foram encontradas em outros estudos realizados em APS, identificando problemas de acesso e continuidade do cuidado (CAMPOS et al., 2014; RODES et al., 2017).

Outro ponto a ser discutido quanto à busca pelos serviços de saúde pela população diz respeito à condição sociodemográfica, já que grupos de mais baixa renda procuram menos os serviços de saúde, ou apresentam menor probabilidade de usá-los (DIAS-DA-COSTA et al., 2008). Tal fato pode ajudar a entender a demora na busca pelo atendimento por parte do grupo específico desse estudo, já que a maioria possui baixa renda e baixo nível sociocultural, implicando na demora pela busca ao atendimento, que acarreta o atraso do diagnóstico.

Os grupos com renda mais baixa são os que possuem maiores necessidades de saúde, no entanto são os que possuem maiores dificuldades de acessar e utilizar os serviços de saúde. Outra característica relevante desse grupo é que procuram os serviços mais por problemas de doença, e não por prevenção ou exames de rotina, estes últimos mais característicos do grupo de maior poder aquisitivo (LIMA et al., 2002; NERI; SOARES, 2002). Tal comportamento também foi observado nesse estudo, tendo em vista que os pacientes procuraram o serviço de saúde apenas quando apresentaram a lesão e, mesmo os que faziam uso de prótese dentária, não se preocupavam com a manutenção da mesma e não iam ao dentista.

A questão de gênero apresenta-se importante para o nosso estudo, pois também coloca uma diferença no acesso aos serviços de saúde, tendo em vista o privilégio à população feminina já que as ações preventivas se dirigem mais para essa população (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Outros fatores também estão relacionados, como: valores subjetivos entre os homens quanto a não demonstração de fraqueza, medo relacionado à masculinidade, papel histórico de que o homem não pode adoecer, e falta de identidade com os serviços de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; PINHEIRO, 2002; TRAVASSOS, 2002). O que se observou é que a maioria das pessoas que desenvolvem esse tipo de câncer é do sexo masculino, sendo esse mais um fator que interfere no diagnóstico precoce da doença.

Além dos usuários desconhecerem a inserção da odontologia na ESF, o que interfere na busca pelo atendimento (COLUSSI; CALVO, 2012), outro fator importante

é a predominância do grupo infantil no atendimento odontológico. Estudos relatam que as ações de saúde bucal não atingem toda a população, tendo maior foco para o grupo infantil e de escolares, o que reflete em outros ciclos de vida e faixa etária, que buscam o serviço somente em casos de urgência (MENDES, 2006). Dessa forma, o acesso de forma igualitária ainda está bem distante do que é preconizado, precisando ser ampliado para todos os grupos populacionais (RONCALLI; CÔRTEZ; PERES, 2012). Já se observam iniciativas nas UBS nessa direção, a fim de atingir todos os grupos populacionais (MENDES, 2006), em especial com a inserção da ESB na ESF.

O acesso e a oferta ao serviço odontológico foram ampliados consideravelmente após a implantação do SUS, reduzindo a desigualdade no acesso ao tratamento dentário. Existe uma diferença nos indicadores de mortalidade e morbidade entre os estratos socioeconômicos, raciais e de gênero, em diferentes momentos e territórios, assim como fatores de risco e proteção incidem de modo desigual, aumentando as desigualdades em saúde. Dessa forma, compreende-se que as políticas de saúde exercem efeito na saúde coletiva e suas intervenções podem modificar esse quadro. Partindo dessa premissa, a política de SB teve duas importantes intervenções: fluoretação da água de abastecimento e universalização das ações e serviços de saúde, para além do grupo materno-infantil (ANTUNES; NARVAI, 2011). Isso alcançando a população que adoece por CB, favoreceria o diagnóstico em tempo hábil para o tratamento curativo.

Vários fatores influenciam na satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde, porém o acesso é o principal deles, e estudos demonstram que a maioria relata satisfação com os serviços de saúde bucal (COLUSSI; CALVO, 2012).

Embora no serviço público a assistência odontológica esteja vinculada muito à atenção básica, e ainda sim com demanda reprimida, a média nacional de usuários que nunca foi ao dentista reduziu em 15% no período de 1998 a 2003, ainda que persistindo diferenças regionais. Essa melhora do acesso aconteceu após a implantação da PNSB (PINHEIRO; TORRES, 2006).

No que se refere à integralidade das ações, o CEO foi criado para atuar como unidade de assistência odontológica de nível secundário, operando de modo complementar e articulado à atenção básica. Outro aspecto é a descaracterização do CEO, já que existem relatos em quase todas as regiões brasileiras, de acesso direto dos usuários a essas unidades. Porém, impedir esse acesso deve ser pensado com muita cautela (NARVAI, 2011).

Em nosso estudo, encontramos tanto o fluxo adequado, com o preconizado no que se refere à estomatologia, com encaminhamento feito pela APS para o nível secundário, quanto o acesso direto aos CEO pelos pacientes, sem ter utilizado o serviço da APS, relatado tanto por pacientes quanto pelos profissionais que atuam no CEO. No entanto, concordando com Narvai (2011), impedir esse acesso direto pelos pacientes à unidade secundária, poderia acarretar num atraso ainda maior no diagnóstico do CB. A preocupação que emerge desse movimento é o fato de que o CEO foi criado para romper com a lógica de que o SUS só oferta serviços odontológicos básicos e, assim, o CEO integraria o sistema de referência e contra referência para os casos mais complexos. Cabe lembrar que apenas 3,3% dos atendimentos demandam média e alta complexidade. Sendo assim, essa porta aberta à demanda espontânea pode representar uma pressão clientelística por especialidade odontológica, corrompendo a missão do serviço e representando, portanto, um retrocesso (NARVAI, 2011).

Na percepção dos profissionais e gestores, o acesso à assistência odontológica melhorou significativamente ao longo dos anos, o que pode ser constatado quando observados os dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), que mostram que no território nacional em julho de 2007 a cobertura populacional pela SB era de 23,1, alcançando 40,6 em agosto de 2017. O MRJ seguiu o mesmo crescimento nacional, passando de 2,3 para 24,0 no mesmo período (BRASIL, 2017b).

A maior queixa entre os profissionais é a respeito do quantitativo populacional que a SB é responsável, o que, em sua opinião, torna inviável o atendimento de todos os usuários inscritos na área de abrangência. Porém, relatam que quando o usuário busca atendimento com qualquer tipo de queixa, são acolhidos e triados no mesmo dia. Em caso de lesão suspeita de câncer, são atendidos, orientados e encaminhados para o CEO da área, que da mesma forma atendem no mesmo dia. Nesse sentido, pode-se identificar que a coordenação do cuidado e da oportunidade, dois aspectos importantes do acesso, são considerados como positivos na perspectiva dos profissionais.

7.2 A EFETIVIDADE DO CUIDADO NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL E DAS PRÁTICAS

Na avaliação dos serviços de saúde, o acesso é fundamental, porém, isolado, não é capaz de ser resolutivo. Dessa forma, a efetividade do cuidado nas ações e serviços deve ser observada. Assim essa dimensão foi outro aspecto avaliado nesse estudo nos serviços e ações de SB.

Novas estratégias de abordagem à população para a identificação de lesões suspeitas são primordiais na difusão das informações e para o aumento dos casos diagnosticados precocemente. A sensibilização e cooperação de toda a equipe da atenção primária, não apenas os profissionais da saúde bucal, são essenciais no combate ao diagnóstico tardio, pois em muitas das vezes, a população é atendida por outros setores, que podem identificar o risco ou até mesmo alguma lesão suspeita e, assim, encaminhar para o setor de saúde bucal (BULGARELI et al., 2013)

A qualidade e a humanização implicam em trabalhar com linhas de cuidado da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, e com a criação de fluxos para que as ações sejam resolutivas, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar. A intersetorialidade implica no estabelecimento de alianças da equipe de saúde com outras áreas como: saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras (BRASIL, 2004e).

Vários são os fatores que interferem na qualidade dos serviços de saúde, e alguns deles foram avaliados nesse estudo, como: conhecimentos dos profissionais de saúde bucal quanto ao problema em questão, presença da educação continuada na atualização desses profissionais, avanços e dificuldades no programa, facilidade na resolução dos casos, disponibilidade de recursos humanos e materiais para o atendimento da população, e o nível de satisfação da população atendida.

Aspectos importantes para a efetividade do cuidado foram referidos tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais. Pode-se perceber que há um esforço para um processo de trabalho que seja responsivo, voltado para as necessidades das pessoas. Por exemplo, a matrícula na unidade pode ser realizada pelos ACS ou pelo próprio usuário, não ficando condicionada à visita dos ACS para que sua matrícula seja feita e o atendimento realizado. Ainda, todas as unidades realizavam acolhimento e triagem dos casos, com atendimento por grupo de risco (grupos de Hiperdia, gestantes e crianças), avaliação do perfil da população, assim como o atendimento aos casos de urgência e orientação à demanda livre, com atendimento no mesmo dia dependendo do caso.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004e), o acolhimento, uma de suas diretrizes, não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de

saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

A continuidade do cuidado aconteceu a partir do acompanhamento dos casos suspeitos, do encaminhamento e orientação pelos profissionais, e do atendimento no CEO no momento da procura pelo usuário, sem burocracia e com a entrega do resultado da biópsia em tempo preconizado pela legislação. Os casos confirmados de câncer receberam um cuidado maior, tendo em vista que as unidades de saúde realizam contato telefônico com o paciente assim que o resultado é liberado, o que abrevia o encaminhamento do mesmo para o tratamento oncológico.

É importante ressaltar que todas essas atividades são preconizadas pelo programa “Brasil Sorridente” e, na prática, foi possível observar que apesar de existir algumas barreiras, a ambiência, a organização e o processo de trabalho contribuem favoravelmente para o diagnóstico precoce do CB. Isso pode ser observado pelo fato de não haver queixa pelos profissionais em relação aos materiais necessários para o atendimento odontológico, assim como em relação à estrutura do setor de saúde bucal, com cadeiras apropriadas, sala de espera e escovatório.

A ampliação das ESB vem acompanhando à expansão da ESF ao longo dos anos desde a sua criação, e já se comprovou que sua implantação ampliou o acesso a APS (JESUS; ASSIS, 2010). No presente estudo, a maioria das unidades de atenção primária eram de modalidade mista (tipo B), ou seja, possuíam a ESF atuante na área, mesmo que não atingisse 100 da área coberta, sendo a área não coberta atendida pelo posto de saúde. Além disso, a proximidade das equipes de saúde da família, saúde bucal e o CEO pode ter favorecido a avaliação positiva de profissionais e usuários em aspectos considerados limitantes em outros estudos, como por exemplo: baixa capacidade de interação entre as equipes de atenção básica (unidades tradicionais e ESF), desintegração entre a ESF e os demais níveis de complexidade do sistema, pouca competência da APS em suas relações com outros setores da sociedade (SOUSA, 2008).

No estudo atual, não se identificou dificuldade de interação entre as equipes, pois vários foram os relatos de divergências quanto ao método de trabalho sem gerar desconforto entre os profissionais. Também avaliou-se positivamente a interação com outros setores da sociedade, já que existia atividade nas escolas, em igrejas e praças da área, além da integração favorável com outros níveis de complexidade, no caso, a atenção secundária na especialidade de estomatologia. Não foi encontrado nenhum relato desfavorável em relação ao encaminhamento e matrícula do paciente na unidade

CEO, em relação à interação entre os CD que trabalham na AP e os que trabalham no CEO. Existia um contato entre eles, favorecendo a resolução mais rápida dos casos suspeitos, e o comprometimento com o problema de saúde do paciente, já que todos os esforços eram tomados na direção da resolução dos casos.

Porém, os profissionais consideraram que o retardo na resolução dos casos está mais relacionado ao próprio paciente, que demora a procurar o atendimento, ainda que haja referência sobre a importância de uma melhor divulgação das informações quanto ao CB e seus fatores de risco, uma vez que esta carência influencia na procura pelo atendimento. No entanto, encontramos na fala de um gestor de unidade de APS, que é reconhecida a falta de divulgação sobre a assistência em saúde bucal, porém de alguma forma proposital, tendo em vista que o aumento da divulgação, gera aumento da demanda, e não há recursos humanos para atender a toda população, e considera o serviço com bom atendimento, pois a demanda é baixa, e com isso o atendimento consegue manter um bom padrão de qualidade. Os profissionais também reconhecem a dificuldade na comunicação entre o nível de atenção terciária com os demais níveis, já que não conseguem acompanhar os pacientes encaminhados para unidade terciária, exceto quando o paciente retorna e traz a informação.

Um ponto de crítica importante nos achados, ainda que sem consenso, foi em relação à capacitação dos profissionais, fundamental para a qualidade técnico-científica do cuidado. Alguns profissionais de nível superior relataram terem estímulo da unidade para capacitação através de cursos, outros disseram que não há esse estímulo e nem oferta de cursos. Não obstante, a maioria relatou que a informação da oferta de cursos vem da CAP responsável pela área, e o gestor é responsável por repassar o curso e organizar os profissionais que irão cursar. Já os TSB relataram que esses cursos são ofertados apenas para profissionais de nível superior e sentem falta que sejam ofertados para o nível técnico, uma vez que eles estão em contato direto com a população, e precisam orientar e saber o que devem passar como prioridade para atendimento com CD. Importante destacar que nas atribuições dos profissionais, apenas para o CD é delegado a inserção em atividade de educação permanente (BRASIL, 2008a).

Os profissionais e gestores possuem conhecimento sobre os temas e problemas de SB, pois muito possivelmente já foram expostos ao conteúdo correspondente em sua formação. Porém, não há uma atuação regular da educação continuada, ainda que haja alguma oferta veiculada pelas CAP, e em algumas unidades exista reunião técnica com certa regularidade.

Visando melhorar a qualidade dos serviços de saúde, a qualificação dos profissionais envolvidos na assistência é primordial, o que inclui a implantação ou o fortalecimento da educação permanente nas instituições (GOES et al., 2012).

A qualidade da assistência prestada ao paciente, iniciando na APS, pode estar relacionada a diversos fatores que interferem na forma de sua inserção no serviço de saúde. Podemos citar a localização da unidade de saúde, disponibilidade de horários, os dias que a unidade atende, disponibilidade para atender as consultas não agendadas, percepção que a população tem sobre esses aspectos, relacionados principalmente ao acesso. Dessa forma, o acesso está muito relacionado à primeira fase a ser superada pelo usuário na busca de atendimento para resolução dos seus problemas, ou na satisfação de uma necessidade dentro do sistema de saúde, o que envolve disponibilidade ou não do serviço, distância, práticas ofertadas para atendimento dos usuários, recursos disponíveis. Mas também, vão estar referidos a elementos que influenciam a efetividade do cuidado, como capacitação técnica dos profissionais, forma como se responsabilizam pelo problema da população. Dessa forma, esses conceitos ultrapassam a questão econômica de oferta e demanda de serviços, abrangendo outros aspectos políticos, sociais e culturais (STARFIELD, 2002).

Partindo desse princípio, e analisando o que foi encontrado em nesse estudo, verificamos que a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde parece estar seguindo o fluxo preconizado. Existem algumas unidades com horário estendidos, favorecendo o grupo de pessoas que trabalham em horário comercial, o atendimento a demanda programada acontece em 100 das unidades, existe comprometimento dos profissionais com os problemas e necessidades de saúde da população, o que foi verificado tanto na atenção primária, como na atenção secundária. Resultados diferentes dos achados do estudo de Bulgareli et al. (2014) que indicou que a SB no Brasil, tem se caracterizado pela insuficiência de procedimentos coletivos e preventivos individuais e pela baixa cobertura de procedimentos curativos e de urgência, levando ao questionamento se a expansão de ESB acarretou no aumento dos procedimentos ofertados à população.

Num município do estado de São Paulo, foi avaliada a resolutividade das ações em SB em unidades tradicionais e unidade de ESF, para o quê foi comparado o método de trabalho dessas equipes. Em UB (Unidades Básicas), o CD tem vínculo direto tipo estatutário com a Prefeitura, cumprindo 20 horas semanais, com dois profissionais em cada unidade, cumprindo o período matutino e vespertino, e trabalha com a lógica de

“duas mãos”, ou seja, sem o profissional auxiliar. O processo de trabalho é estruturado na assistência individual, atendimento à urgência, tratamento curativo e preventivo e reunião de equipe mensal, da qual nem sempre o CD participa. Em unidade de ESF, todos os CD possuem vínculo pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) com entidade filantrópica do município, com carga horária de 40 horas semanais, atuando em período matutino e vespertino em unidade única, e atende na lógica “quatro mãos”, com ASB compondo a equipe, e a organização do processo de trabalho acontece com atividades de visita domiciliar, busca ativa dos pacientes faltosos (para as consultas programáticas e especializadas), atendimento a demanda espontânea e as urgências, com acolhimento e triagem, reunião de equipe, e atendimento noturno que acontece semanalmente, identificação do perfil epidemiológico da população adscrita, com identificação da população com perfil de risco para adoecer, através de uma ficha de avaliação preenchida pelo ACS. Nos dois modelos, existe agendamento das consultas dos pacientes que necessitam de atendimento através de linhas de cuidado (BULGARELI et al., 2014).

Nosso estudo corrobora com o perfil encontrado nas unidades de saúde que foram avaliadas nesse estudo de Bulgareli et al. (2014), no discurso dos gestores e dos profissionais de saúde. Identificamos diferença na atuação assistencial para cada modalidade de atendimento, sendo o modelo de ESF mais favorável à aproximação com a população, dessa maneira, facilita a identificação dos problemas e necessidades de saúde da mesma.

Estudo de Bulgareli et al. (2014) revelou que o modelo USF apresenta maior resolutividade que o modelo UBS, o que está associado à implantação e ao propósito da Saúde da Família. Nesse contexto, a saúde bucal tem a responsabilidade de criar e manter o vínculo com a comunidade e os profissionais de saúde, e a equipe procura aliar os conhecimentos científicos às habilidades de observação, comunicação e intuição, garantindo a longitudinalidade do cuidado. Dessa forma, a atuação não fica restrita à ocorrência de eventos sentinelas ou ao surgimento de sinais de alarme, mas sim à detecção precoce de estrangulamentos ou nós críticos que evidenciam os problemas e as necessidades de saúde (BULGARELI et al., 2014). Esse é um fator com que corroboramos no nosso estudo. Já as unidades de atenção básicas eram mistas ou exclusivamente ESF, o que favoreceu o acesso aos serviços odontológicos e uma atenção diferenciada aos problemas da comunidade.

Já as unidades tradicionais têm suas atividades mais focadas na atenção à demanda espontânea, e os tratamentos odontológicos iniciados são em usuários que possuem alguma queixa e vão até a unidade, seguindo o modelo tradicional biomédico, com foco na cura das doenças (MOROSINI; CORBO, 2007). Outro fator a ser considerado é que as UBS tem uma área de atuação bem maior que a USF, logo o vínculo não se estabelece como nas USF, assim como o acesso geográfico é ruim para algumas pessoas que residem mais distante da unidade, o que dificulta o acesso (BULGARELI et al., 2014).

Tendo em vista o que observamos, a maioria das unidades da AP 3.3 e a unidade da AP 2.2, que fizeram parte do estudo, são tipo B. Logo, a atuação tem favorecido a resolução dos problemas da população, o que inclui as queixas bucais, e quando não identificadas pelo próprio paciente, são identificadas através das visitas domiciliares, grupos de palestras sobre saúde bucal, que acontece em conjunto com outros grupos, ou mesmo pelos ACS que fazem a busca ativa na comunidade pela fala dos profissionais e gestores. Um ponto importante seria o treinamento não apenas dos profissionais de saúde bucal, mas também dos ACS, já que os mesmos estão em contato direto com a população, e orientam quanto aos cuidados de saúde, o que também deve incluir os cuidados com a boca. Sendo assim, são profissionais que também atuam no combate ao diagnóstico tardio dos casos de CB.

O tempo de espera para uma primeira consulta odontológica varia. Estudo realizado em UBS do MRJ encontrou um tempo que podia chegar a ser de até 6 meses de espera, sugerindo barreira no acesso. Porém, algumas estratégias gerenciais já estão em vigor e estão facilitando o acesso, como a ESF com ESB e a atividade nas escolas com o programa “Dente Escola” (MENDES, 2006). Outro aspecto importante é o agendamento dos usuários, o que favorece o acesso a SB. Além de ser um mecanismo de organização dos serviços de saúde, prioriza os casos de risco ou grupos específicos, alterando o modelo exclusivo de pronto atendimento. Também foi característico das unidades estudadas a presença de ações de promoção da saúde, com variação quanto aos temas abordados, horas semanais dedicadas a essa atividade. Esse estudo indicou que o sistema municipal do Rio de Janeiro vem incorporando a prática de modelo de atenção voltado para atividades preventivo-promocionais. Outra característica do município foi o reduzido número de CD para uma grande demanda, e a maioria dos CD informou não ter recebido protocolo para orientar o trabalho (MENDES, 2006).

Dessa forma, o que encontramos no atual estudo converge com outros achados (ANJOS et al., 2011; MATTOS et al., 2014; SOARES et al., 2011) que apontaram como avanços da inserção da ESB na ESF, a ampliação do acesso à população, a maior satisfação do usuário e a maior abrangência das ações de promoção e prevenção de saúde bucal. Os principais desafios sinalizados na literatura são as dificuldades na cobertura da população adscrita, referência e contrarreferência e o perfil do profissional. Porém, essas dificuldades não são exclusivas da área de odontologia. Desse modo, percebeu-se que a ESB é um avanço na estrutura da APS, favorecendo o cuidado integral da saúde do indivíduo, além de ampliar o acesso da população a uma área que era restrita a poucos, que é a área odontológica. Os desafios fazem parte do processo de construção, que ainda é muito recente (ANJOS et al., 2011). É importante destacar que no nosso estudo não encontramos dificuldade no processo de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde, assim como em relação ao perfil dos profissionais, tendo em vista que a maioria tinha a formação adequada para o cargo que exercia, além de realizarem cursos de especialização e atualização por conta própria ou por indicação da unidade que atuavam.

Em suma, como preconiza a PNSB, a abordagem ao CB deve compreender medidas de prevenção e controle, incluindo a realização rotineira de exames preventivos para detecção precoce do câncer; a oferta de oportunidades de avaliação das lesões bucais (busca ativa – visitas domiciliares ou através de campanhas específicas); o acompanhamento dos casos suspeitos, criando serviço de referência se necessário; e o estabelecimento de parcerias para prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação com as universidades e outras organizações (BRASIL, 2004c). Tais medidas foram encontradas nas unidades que foram avaliadas.

É importante destacar que existe uma diferença na percepção sobre a qualidade do atendimento odontológico para o usuário e para o profissional de saúde. Enquanto para o profissional importa a qualidade técnica, para os usuários importam as condições sob as quais o cuidado é prestado e a forma como são tratados pelos profissionais (FADEL; REGIS FILHO, 2009). Nesse estudo, a maioria dos usuários avaliou de forma positiva os serviços na atenção primária e todos os usuários avaliaram de forma positiva os serviços na atenção secundária. Relataram um bom atendimento em relação à facilidade de acesso à matrícula, ao tempo de atendimento, tempo para obter o resultado da biópsia, encaminhamento e orientação para atenção terciária e, inclusive, em relação ao tempo para iniciar o atendimento oncológico.

A satisfação relatada com o atendimento nas unidades de CEO converge com estudo realizado em Santa Catarina, que encontrou satisfação dos usuários em relação ao atendimento nos CEO, porém com relato de dificuldade de acesso em alguns casos (COLUSSI, 2010). Foi observado que grande parte dos pacientes estudados recebeu, além da assistência odontológica, assistência médica ou em outras áreas como a Psicologia ou Nutrição. Torna-se importante o constante incentivo a uma forte integração entre as diversas equipes de saúde das UBS, de forma a proporcionar um atendimento integral ao paciente. Esse relacionamento entre as equipes é essencial (MENDES, 2006).

Quanto aos avanços no programa, foi unânime a melhoria do acesso aos serviços odontológicos para todas as faixas etárias, assim como o tempo para resolução dos casos. Porém, houve relatos de déficit de profissionais e de divulgação de informação sobre a doença em questão e sobre a saúde bucal. Houve pouco relato negativo em relação à disponibilidade de materiais para uso, exceto em alguns casos em que informaram a existência de material de melhor qualidade, porém nada que interfira no atendimento à população.

O encaminhamento dos casos confirmados de CB para atenção terciária foi feito na maioria dos casos desse estudo utilizando guia manual, preenchida pelo profissional que realizou a biópsia. É preconizado que os encaminhamentos sejam realizados pelo sistema informatizado SISREG e realizados pela APS, porém na prática identificou-se que a unidade hospitalar ainda recebe pacientes encaminhados fora do sistema e que a equipe da atenção secundária realiza esses encaminhamentos utilizando a guia, a fim de facilitar o fluxo dos pacientes entre as unidades de saúde.

A interface entre a atenção básica e a secundária é muito importante e deve atender a algumas características, como: *equidade*, que significa que todos os casos diagnosticados apropriadamente devem ser referenciados a um nível de maior complexidade e sem barreiras; *integralidade* que denota que todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, em qualquer nível; e ser *eficiente e eficaz*, o que garante que as referências sejam apropriadas e oportunas, com mecanismos de triagem adequados e a contrarreferência assegurada após o término do tratamento (BRASIL, 2013a). Vale destacar que essas características foram encontradas no fluxo entre as unidades estudadas.

A região Sudeste é a melhor região quando avaliado o funcionamento e cumprimento das metas no CEO. Os serviços de saúde não são determinantes

definitivos no processo saúde-doença da população, mas o acesso ao mesmo pode resultar em impacto positivo na saúde dessas pessoas. Tal afirmativa é válida para saúde geral e para saúde bucal. Dessa forma, o funcionamento adequado do CEO promove a prevenção secundária e terciária da atenção em saúde, por meio de ações de diagnóstico precoce e tratamento imediato, além da limitação do dano e reabilitação de casos, gerando melhores condições de saúde. Outro fator importante, é que existe uma distribuição desigual das unidades de CEO entre as macrorregiões do país, sendo a região Norte a que possui menor percentual de serviços implantados (GOES et al., 2012).

Estudo realizado por Colussi e Calvo (2012), sobre a assistência em saúde bucal, identificou problemas nos serviços de saúde bucal relacionados à precarização das relações de trabalho; baixa qualificação dos profissionais de saúde bucal na área de saúde coletiva; dificuldade dos profissionais de trabalharem em equipe; dificuldade de mudança do processo de trabalho; baixo comprometimento dos profissionais, impedindo a criação de vínculo com a comunidade; inadequação do sistema de referência e contrarreferência; não realização ou não utilização de diagnósticos epidemiológicos como instrumento de trabalho dos profissionais; avaliações muito restritas aos setores administrativos dos municípios; problemas de infraestrutura; e baixa qualidade de registros da produção odontológica. No entanto, no presente estudo não encontramos a mesma realidade. Dessa forma, percebeu-se que estamos avançando positivamente na assistência em saúde bucal.

Contudo, essa assistência ainda é incipiente quanto às ações para o CB. Muito se sabe sobre essa patologia, seus fatores de risco, diagnóstico precoce e tratamento, porém esse saber não é difundido para a coletividade (SALTZ, 1988).

Antes da PNSB, as ações de saúde bucal ofertadas pelo SUS ocorriam de forma paralela à organização dos demais serviços de saúde, o que representava baixa resolutividade e o não atendimento da demanda da população (BRASIL, 2012a).

Um dos problemas mais comuns no cotidiano da ESB é a organização da demanda, principalmente das atividades assistenciais, pois a equipe deverá atender a toda a população que reside na área de abrangência. Os desafios para isso incluem: unificar a porta de entrada para as ações de saúde bucal às demais ações de saúde com atuação interdisciplinar dos profissionais; garantir o acesso à demanda espontânea, de forma a atender tanto estas quanto as urgências, utilizando para isso a estratégia de acolhimento; desenvolver ações programadas de promoção da saúde, prevenção de

doenças e de assistência, voltadas ao controle de patologias crônicas e/ou populações mais vulneráveis do território; organizar uma atenção domiciliar, agendada e realizada segundo critérios de vulnerabilidade; reordenar a atenção de média complexidade, como os encaminhamentos ao CEO e aos estabelecimentos de alta complexidade no nível hospitalar (BRASIL, 2008a). No estudo que apresentamos, identificamos que esses desafios estão sendo superados, pois identificamos que essas atividades estão sendo realizadas nas unidades que avaliamos, mesmo que ainda com alguns obstáculos a serem superados. Existem ações interdisciplinares e troca de informações entre as ESF e ESB sobre os casos da área adscrita, o atendimento à demanda espontânea e às urgências com acolhimento da população que busca atendimento na SB, desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção, visita domiciliar realizada pela ESB, bom fluxo de referência e contrarreferência para o nível de atenção secundário e comunicação entre as equipes desses níveis de atenção.

Esses desafios ajudam a explicar a estimativa, em 2011, de que 18% dos jovens de 12 anos nunca haviam ido ao dentista no Brasil, situação semelhante em todas as regiões do país, exceto na região Sul, que apresentava uma prevalência de 9,8% para esse indicador. Mesmo com tantas limitações, o serviço público foi o mais utilizado, e as razões para procurar o dentista foram prevenção ou tratamento. A maioria também avaliou a última consulta odontológica como boa. Para os adultos, o principal motivo foi para tratamento, e para idosos, na região Norte, foi para extração. Quanto à autopercepção de satisfação quanto à sua saúde bucal, os jovens de 12 anos relataram estar muito satisfeitos, o que foi inferior na faixa etária de 15 a 19 anos (BRASIL, 2012a).

A SBC tem como objetivo integrar a atividade odontológica individual com a saúde coletiva, respondendo às demandas de saúde bucal e geral da população. O Brasil possui o maior número de cirurgiões-dentistas do mundo e tem uma boa prática em pesquisa na área de Odontologia Clínica (SILVA; SENNA; FARIA, 2013). Mesmo com esses bons indicadores, ainda prevalece um elevado nível de doenças bucais, além da dificuldade de acesso ao tratamento odontológico.

No que se refere às intervenções, os aspectos que influenciam negativamente são as dificuldades na formulação e implantação de políticas públicas de combate aos fatores de risco relacionados ao CB, como tabagismo e alcoolismo, além de fatores associados ao paciente e também aos profissionais, que juntos ou isolados, contribuem para o retardo no diagnóstico da doença. Os profissionais precisariam estar capacitados

ou seguros na identificação de lesões suspeitas, e os usuários necessitariam estar informados quanto aos fatores de risco e sintomas iniciais dessa patologia, sem a qual poderá acarretar na busca tardia por assistência à saúde, culminando no avanço da doença (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

Apesar dos avanços em relação às ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, acarretando no aumento da sobrevida para diferentes tipos de neoplasia maligna, não se observou mudanças expressivas nos indicadores epidemiológicos do CB. E vários são os fatores que podem estar relacionados à dificuldade de estabelecimento de políticas públicas dirigidas aos principais fatores de risco e fatores relativos aos pacientes e profissionais de saúde, já que o saber acerca dessa doença não é difundido para a coletividade e medidas fáceis de serem tomadas não são seguidas (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

As principais limitações de nosso estudo foram selecionar apenas os pacientes em tratamento no INCA, pois existem outras unidades de tratamento oncológico no município; a impossibilidade de estudar todas as unidades de APS e CEO do município; os dados coletados apenas do SISREG, não sendo possível incluir os dados do SER; e houve a óbvia perda dos pacientes que foram a óbito e que podem ter tido particularidades quanto ao acesso e efetividade do cuidado. No entanto, todas as dificuldades foram superadas pela coleta de dados utilizando vários meios de informação. Na avaliação do percurso do usuário, utilizamos uma ampla coleta de dados, buscamos informações do sistema de regulação, informações provenientes do ambiente hospitalar, dos próprios usuários, do nível primário e secundário, assim como dos profissionais envolvidos, e assim procuramos eliminar o viés proveniente dessas limitações descritas.

8 CONCLUSÃO

Levando em consideração a escassez de pesquisas que propunham investigar as ações relacionadas mais especificamente ao CB, esse estudo buscou contribuir para a identificação de fatores que possam interferir na qualidade da assistência prestada e, assim, propor melhorias. Ressaltamos que a divulgação dos estudos é importante para que os gestores dos sistemas tomem conhecimento dos resultados alcançados, sugerindo onde devem ser priorizados os esforços para avançar na melhoria das taxas de diagnóstico tardio para o CB.

Na construção dessa tese, foi necessário passar por diversas etapas, entrevistando diferentes sujeitos para a pesquisa, atores envolvidos no fazer em saúde - usuários, profissionais e gestores -, entendendo que todos são corresponsáveis pela qualificação do SUS, a fim de chegar a um objetivo, que foi identificar a acesso e a efetividade do cuidado na atenção primária e secundária em saúde bucal.

Na identificação do perfil dos pacientes em tratamento no INCA e dos pacientes matriculados no SISREG, nossos achados são convergentes com a literatura: a maioria do sexo masculino, acima dos 50 anos, nível sociocultural baixo, fumantes e alcoolistas, com baixo autocuidado, uso de prótese dentária. Assim como as características da doença, sendo o tipo mais frequente o CID 2.0, tipo histológico epidermoide. Porém, nesse estudo, o estágio mais frequente foram o II e o IV, para o grupo de pacientes que foram entrevistados, não houve casos de metástase à distância e também não houve nenhum relato de histórico de HPV. Quanto ao perfil de profissionais e gestores, a maioria era do sexo feminino, faixa etária entre 25 a 45 anos, cirurgiã-dentista, com até 10 anos de formação, com especialização e trabalhando na unidade de 2 a 5 anos.

Pudemos evidenciar diversos aspectos bastante positivos na assistência à população. Para o acesso, houve expansão para todas as faixas etárias e ciclos de vida, porém mantendo prioridade para os casos mais complexos e para grupos de risco, como grupos de Hipertensão, gestantes e crianças. Os casos de urgência são atendidos no mesmo dia e os usuários que buscam o serviço são acolhidos e orientados também no mesmo dia e, dependendo do caso, são atendidos ou agendados.

As atividades preconizadas pela diretriz do programa estão sendo cumpridas dentro das limitações de cada unidade e de acordo com realidade local. São feitas as atividades coletivas, triagem, acolhimento da demanda espontânea e das urgências; atendimento prioritário aos usuários com queixas de lesões suspeitas, com encaminhamento adequado e em tempo oportuno; com atendimento no mesmo dia nas unidades de atenção secundária; com avaliação, consulta, e coleta da biópsia e entrega do resultado no prazo de 15 dias ou menos; sendo realizado o encaminhamento para unidade terciária, com orientação adequada do fluxo. No entanto, para que o usuário seja encaminhado para unidade terciária, ele deve ser reencaminhado para atenção primária, para que seja redirecionado pelo sistema eletrônico implantado, o que foi avaliado como um fator de atraso para o fluxo desse paciente, segundo relatos dos profissionais envolvidos. Porém, identificamos que em alguns casos o encaminhamento foi realizado da atenção secundária para a atenção terciária com guia manual.

Há relato de pouca divulgação de informação sobre CB e saúde bucal, apesar dos profissionais realizarem atividades coletivas, eventos de promoção e prevenção para a saúde fora da unidade, além de palestras nas unidades junto com outros programas. Todavia, ficou claro que essas informações não chegam de forma ampla na população, que relata pouco acesso às mesmas. Inclusive, a maioria relatou nunca ter ouvido falar em CB.

Os pontos favoráveis que identificamos na assistência à SB, de acordo com a legislação vigente para o programa e através dos relatos de profissionais e gestores envolvidos, assim como dos pacientes que utilizaram o serviço, foram: ampliação do atendimento odontológico para todas as faixas etárias, visita domiciliar pelo CD, atendimento e orientação aos casos de urgência e demanda espontânea, atendimento no CEO com fácil acesso para a especialidade de estomatologia e resultado em tempo hábil dos exames de biópsia. Todos esses fatores contribuem para facilitar o fluxo dos pacientes que buscam o serviço público na presença de lesão com suspeita de malignidade.

Os principais fatores encontrados nesse estudo que podem estar conduzindo ao atraso no diagnóstico do CB foram: falta de autocuidado em relação à saúde bucal, em especial para as pessoas que usam prótese dentária de longa data; demora na percepção da lesão; retardo na busca pela assistência profissional quando percebida a lesão pelo paciente; falta de informação sobre o CB, seus fatores de proteção e risco e sobre lesões de boca que possam ser sugestivas de câncer; falta de atividades de promoção e prevenção do CB; e falta de treinamento para TSB e ASB sobre o CB.

Outros fatores considerados como barreiras na atenção à saúde dos pacientes portadores de CB são a falta de acompanhamento dos pacientes em tratamento oncológico pela APS e o vínculo da mesma com a unidade terciária, e a falta de uma rotina regulamentada de encaminhamento da atenção secundária para a atenção terciária, facilitando o fluxo entre os níveis para os casos oncológicos.

Apesar de vários aspectos terem sido avaliados positivamente – como o acesso geográfico às unidades, disponibilidade de serviços, ações, profissionais de diferentes categorias, com formação adequada, ambiente de atendimento em boas condições, assim como equipamentos permanentes e materiais de consumo em quantidade adequada, acesso às informações quanto à rotina das unidades e encaminhamentos, sistema de regulação em funcionamento adequado, oportunidade de atendimento em tempo hábil para as consultas, execução dos exames, resultado e encaminhamento,

rotina de atendimento com os profissionais em cada nível de atenção de acordo com o preconizado, percepção positiva dos pacientes em relação ao seu estado de saúde e bom funcionamento do programa na percepção dos profissionais envolvidos, além da satisfação dos pacientes que utilizaram o serviço público de SB –, os indicadores atuais relacionados à taxa de mortalidade revelam falência nas ações de controle e prevenção do CB.

Assim, evidenciou-se que mesmo com dificuldades, as unidades de APS têm evoluído bem quanto à facilidade para atender a população adscrita para a SB. Esse não é um fator que possa estar interferindo no diagnóstico tardio do CB, já que o paciente consegue acessar o atendimento nas unidades de referência.

Diante do exposto, propomos como ações que possam trazer melhorias para a assistência a SB no componente controle e prevenção do CB: ampliação da divulgação dos serviços de SB das unidades e das atividades educativas sobre CB, seus fatores de risco e proteção, através de ações intramuros e extramuros, assim como uso da mídia; identificação, avaliação e acompanhamento do grupo de risco da área adscrita de cada unidade pela ESF e ESB; e fortalecimento das ações de promoção e proteção da saúde, com maior foco para o grupo de risco.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. L. et al. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto ao câncer bucal. **RFO UPF**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 31-35, 2012. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/2538/1670>>. Acesso em: 13 ago. 2018

ANJOS, F. D. et al. Equipes de saúde bucal no Brasil: avanços e desafios. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 601-607, 8 jan. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10921>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v. 44, n. 2, p. 360–365, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/CO1239.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOV, T. N.; WUNSCH-FILHO, V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Saude Publica**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 30–36, 2007. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n1/30-36/pt>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

ANUTHAMA, K. et al. Characterization of different tissue changes in normal, betel chewers, potentially malignant lesions, conditions and oral squamous cell carcinoma using reflectance confocal microscopy: correlation with routine histopathology. **Oral Oncology**, [S.l.], v. 46, n. 4, p. 232–248, abr. 2010. Disponível em: <[https://www.oraloncology.com/article/S1368-8375\(09\)01013-6/fulltext](https://www.oraloncology.com/article/S1368-8375(09)01013-6/fulltext)>. Acesso em: 13 ago. 2018.

ARAÚJO, L. F. S.; BELLATO, R.; HILLER, M. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: algumas experiências. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS – UERJ; Editora Universitária UFPE; ABRASCO, 2009. p. 203–214.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

BARBOSA, M. B. A. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S. de; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. da; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS; UERJ-ABRASCO, 2008. p. 167–187.

- BEZERRA, L. C. de A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. de A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. et al. (Ed.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 65–78.
- BHALANG, K. et al. The application of acetic acid in the detection of oral squamous cell carcinoma. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology**, [S.l.], v. 106, n. 3, p. 371–376, sept. 2008. Disponível em: <[https://www.oooojournal.net/article/S1079-2104\(08\)00054-1/fulltext](https://www.oooojournal.net/article/S1079-2104(08)00054-1/fulltext)>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. A política de atenção básica do ministério da saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab. Educ. Saúde**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 27–53, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n1/03.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- BORGES, D. M. de L. et al. Mortalidade por câncer de boca e condição socioeconômica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 321–327, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200010>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- BORTOLINI, L. V. **O uso de fogão a lenha como fator de risco para câncer de boca-laringe: estudo caso-controle nos municípios de Goiânia, Rio de Janeiro e São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.
- BOURGET, M. M. M. (Org.). **Programa de saúde da família. Saúde Bucal no PSF**. São Paulo: Martinari, 2006.
- BRASIL. Constituição (1988). Da saúde, art. 196, de 1988. Brasília, Seção 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 3. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer da cavidade oral. In: **Serviço de cirurgia de cabeça e pescoço. Rotinas internas do INCA**. 2. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2009. p. 11–23.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Atlas on-line de mortalidade**. 2014a. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, 2018b. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cobertura da Saúde Bucal**. Brasília, 2017b. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>>. Acesso em: 13 ago. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de aplicações gráficas da logomarca do programa Brasil Sorridente**. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_visual_ceo.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Brasil Sorridente**. Brasília, 2018c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php>. Acesso em: 4 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017c. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em 13 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mais perto de você / acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ - CEO): manual instrutivo**. Brasília: 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica; 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Brasília, 2008b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_especialidades_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto **SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, 2004c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, 29). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 50**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisalegis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativas 2016: incidência de câncer no Brasil**. Brasília: Inca, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer de boca**. Rio de Janeiro: Inca: 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer de boca: regiões anatômicas e prognóstico**. 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca/regioes_anatomicas_e_prognosticos>. Acesso em: 19 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativas 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2018a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. 2004b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais**. Distrito Federal: Editora MS, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Manual de detecção de lesões suspeitas: câncer de boca**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Editora MS, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Tumores da cabeça e do pescoço. In: _____. **TNM Classificação de tumores malignos**. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004d. v. 1, p. 21–28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Onde se tratar pelo SUS**. 2014b. Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em: 22 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SISREG: Sistema Nacional de Regulação**: versão: 3.4.14918. 2018. Disponível em: <<http://sisregiii.saude.gov.br/>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

BRENTANI, M. M.; COELHO, F. R. G.; KOWALSKI, L. P. **Bases da oncologia**. São Paulo: Lemar, 2003.

BROCKLEHURST P. R.; BAKER S. R.; SPEIGHT P. M. Oral cancer screening: what have we learnt and what is there still to achieve?. **Future Oncology**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 299–304, feb. 2010. Disponível em: <<http://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/fon.09.163>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

BUENO, R. E. et al. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, [S.l.], v. 36, n. 1, p. 17-23, 2014. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v36n1/17-23/pt>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

BULGARELI, J. et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 383–391, 2014.

BULGARELI, J. V. et al. Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 18, n. 12, p. 3461–3473, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a03v18n12.pdf>>. Acesso em: 13 ago 2018.

BURLÁ, C. Cuidados paliativos oncológicos - Controle de sintomas. **Rev. bras. Cancerologia**, [S.l.], v. 48, n. 2, p. 191–211, 2002. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/conduas3.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.

BURZALAFF, J. B. **Estudos sobre a aplicabilidade da citopatologia no diagnóstico precoce do câncer bucal**. 2007. 91 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 16, n. 11, p. 4433–4442, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

- CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerai**s: Rev. Interinstitucional de Psicologia, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 179–191, jul. 2013. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf> >. Acesso em: 13 ago. 2018.
- DE CAMARGO CANCELA, M. et al. Oral cavity cancer in developed and in developing countries: population-based incidence. **Head & Neck**, [S.l.], v. 32, n. 5, p. 357–367, 2009. Disponível em: <10.1002/hed.21193>. Acesso em: 21 ago. 2018.
- CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Soc. Sci. & Med.**, [S.l.], v. 51, p. 1611–1625, 2000.
- CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. bras. Enferm.**, [S.l.], v. 57, n. 5, p. 611–614, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf> >. Acesso em: 13 ago. 2018.
- CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, [S.l.], v. 38, n. esp., p. 252–264, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf> >. Acesso em: 13 ago. 2018.
- CARVALHO A. L. et al. Cancer of the oral cavity: a comparison between institutions in a developing and a developed nation. **Head & Neck**, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 31–38, jan. 2004. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hed.10354> >. Acesso em 13 ago. 2018.
- CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (Ed.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013a. p. 41–60.
- _____. A análise da implantação. In: BROUSSELLE, A. et al. (Ed.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013b. p. 217–238.
- CHATURVEDI P. et al. Fluorescence spectroscopy for noninvasive early diagnosis of oral mucosal malignant and potentially malignant lesions. **Journal of Cancer Research and Therapeutics**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 497–502, 2010. Disponível em: < <http://www.cancerjournal.net/article.asp?issn=0973-1482;year=2010;volume=6;issue=4;spage=497;epage=502;aulast=Chaturvedi> >. Acesso em: 13 ago. 2018.
- CHAVES, S. C. L.; CRUZ, D. N. Desafios contemporâneos à organização da atenção em saúde bucal na Bahia. **Rev. Baiana Saúde Pública**, [S.l.], v. 36, n. 3, p. 621–639, jul./set. 2012. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n3/a3454.pdf> >. Acesso em: 13 ago. 2018.
- CHEN, H. T. **Theory driven evaluations**. Newbury Park: Sage Publications, 1990.
- COLUSSI, C. F. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina**. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Avaliação da atenção em saúde bucal no Brasil: uma revisão da literatura. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 92–100, 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1464/1692>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

CONDE, D. C. et al. The intraoral video camera: a diagnostic tool in the exam of patient with increased oral cancer risk = A vídeo-câmera intraoral como instrumento auxiliar no exame dos pacientes com risco aumentado para câncer bucal. **Rev. Clín. Pesq. Odontol.**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 49–55, 2010.

COSTA JÚNIOR, S. da.; SERRA, C. G. **Programa Saúde da Família: cuidados com o câncer bucal: a experiência de Resende, no Estado do Rio de Janeiro**. Nova Odessa, SP: Napoleão, 2012.

CRUZ, G. D. et al. Preventing and detecting oral cancer: oral health care providers' readiness to provide health behavior counseling and oral cancer examinations. **The Journal of the American Dental Association**, [S.l.], v. 136, n. 5, p. 594-682, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1430342/pdf/nihms9295.pdf>>. Acesso em 13 ago. 2018.

CRUZ, M. M. da. **Avaliação de programas de prevenção de DST/AIDS para jovens: estudo de caso numa organização governamental e numa organização não-governamental do município do Rio de Janeiro**. 2006. 234 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. bras. Enferm**, [S.l.], v. 59, n. 1, p. 84–88, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

DATASUS. **CID-10 Apresentação**. 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

DE LUCA, M. D. **Necessidades de autocuidado à qualidade de vida de clientes com câncer de cabeça e pescoço: contribuição da enfermagem**. 2012. 124 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 353–363, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200014>. Acesso em: 13 ago. 2018.

DIAS, M. G.; FIGUEIRÓ, A. C.; LUIZA, V. L. Prevention and early diagnosis of oral cancer: a literature review. **Revista Odonto Ciência**, [s.l.], v. 32, n. 4, p.204-212, 2017. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fo/article/view/28957>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge: Harvard University, 1973.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: WHITE, K. (Ed.). **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1992. p. 382–404.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, [S.l.], v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

DONABEDIAN, A. **The epidemiology of quality**. [S.l.]: Inquiry, 1985.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**. Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115–1118, 1990.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, [S.l.], v. 21, n. esp., [8 telas], 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.

FADEL, M. A. V.; REGIS FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Rev. Adm. Públ.**, [S.l.], v. 43, n. 1, p. 7-22, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n1/a02v43n1.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

FEDELE, S. Diagnostic aids in the screening of oral cancer. **Head & Neck Oncology**, [S.l.], v. 1, p. 1–6, jan. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2654034/pdf/1758-3284-1-5.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

FERLAY, J. et al. **GLOBOCAN 2012 v1.0: cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase N° 11**. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2013. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>. Acesso em: 1 out. 2017.

FIGUEIRÓ, A. C. et al. Óbito por dengue como evento sentinela para avaliação da qualidade da assistência: estudo de caso em dois municípios da região Nordeste, Brasil, 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2373-2385, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n12/09.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17–27, jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 13 ago. 2018

- FONTES, K. B. F. da C. et al. Concordance between cytopathology and incisional biopsy in the diagnosis of oral squamous cell carcinoma. **Brazilian Oral Research**, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 122–127, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242013000100018>>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- FRANÇA, D. C. C. et al. Programa de diagnóstico e prevenção de câncer de boca: uma estratégia simples e eficaz. **Rev. Odont. bras. Central**, [S.l.], v. 19, n. 49, p. 159-161, 2010. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/1109>. Acesso em 13 ago. 2018.
- FRIAS, P. G. de et al. Atributos da qualidade... In: SAMICO, I. et al (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 43–55.
- GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 280.
- GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449–2463, nov. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- GERHARDT, T. E.; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D. L. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. da; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS; UERJ-ABRASCO, 2008. p. 197–214.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 177–198.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 493–545.
- GOES, P. S. A. de et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, 2012. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/09.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565–574, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.
- GREENE, J. C.; CARACELLI, V. J.; GRAHAM, W. F. Toward a conceptual framework for Mixed-Method evaluation designs. **Educational Evaluation and Policy Analysis**, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 253–274, autumn, 1989.

GUERIN, G. D.; ROSSON, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 17, n. 11, p. 3003–3010, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a16.pdf>>. Acesso em 14 ago. 2018.

GUPTA, S. et al. Clinical correlative study on early detection of oral cancer and precancerous lesions by modified oral brush biopsy and cytology followed by histopathology. **Journal of Cancer Research and Therapeutics**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 232–238, apr./jun. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25022371>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

HOLLANDA, E. et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 17, n. 12, p. 3343–3352, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/19.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231–239, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1582.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

HSIEH, H.-F.; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative Health Research**, [S.l.], v. 15, n. 9, p. 1277–1288, nov. 2005.

JAMOULLE, M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. **International Journal of Health Policy and Management**, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 61–64, feb. 2015. Disponível em: <http://ijhpm.com/article_2950_0.html>. Acesso em> 14 ago. 2018.

JESUS, W. L. A. DE; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 161–170, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

JIANG, W.-P. et al. Diagnostic model of saliva peptide finger print analysis of oral squamous cell carcinoma patients using weak cation exchange magnetic beads. **Bioscience Reports**, [S.l.], v. 35, n. 3, jul. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4613719/pdf/bsr035e211.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

JUNQUEIRA, S. R.; FRIAS, A. C.; ZIBOVICIUS, C. Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político. In: GONÇALVES, E. A. N.; SALVADOR, N. G. (Coord.). **Atualização clínica em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 591–604.

KOWALSKI, L. P.; BRENTANI, M. M.; COELHO, F. R. G. **Bases da oncologia**. São Paulo: Lemar, 2003.

LARONDE, D. M. et al. Voices from the community: experiences from the dental office: initiating oral cancer screening. **Journal of the Canadian Dental Association**, [S.l.], v. 74, n. 3, p. 239–241, 2008. Disponível em: <<https://cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-3/239.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Preventive medicine for the doctor in his community**. New York: MacGraw Hill, 1965.

LIMA, J. C. et al. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 26, n. 60, p. 62–70, 2002.

LIMA, N. C. de; BAPTISTA, T. W. de F.; VARGAS, E. P. Ensaio sobre “cegueiras”: itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica. **Interface**, [S.l.], v. 21, n. 62, p. 615–627, 3 abr. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160642.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

LOHR, K. (Ed.). **Medicare: a strategy for quality assurance**. Washington, DC: National Academy Press, 1990, v. 1.

LOPES, M. G. M. **Política “Carioca Rindo à Toa” e o Programa Saúde e Cidadania “Dentescola”**: análise da política de saúde bucal no município do Rio de Janeiro e sua trajetória rumo à implementação considerando a interface com o “Brasil Sorridente”. 2007. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6789>. Acesso em: 8 ago. 2018.

LOPES, R. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. de A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S283–S297, 2004, Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/22.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

LÓPEZ, B. A. M.; CHAMORRO, C. P. M. Nanochips y nanosensores para el diagnóstico temprano de cáncer oral: una revisión. **Universitas Odontologica**, [S.l.], v. 31, n. 67, p. 131-147, 2012.

MACHADO, A. C. P. et al. Perfil epidemiológico: tratamento e sobrevida de pacientes com câncer bucal em Taubaté e região. **Rev. Biociência**, Taubaté, v. 9, n. 4, p. 65–71, 2003. Disponível em: <<http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/biociencias/article/view/131/103>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MACIEL S. LESSA, F., RODRIGUES, C. S. Mortalidade por câncer bucal e desigualdades sociais em capitais brasileiras nos anos de 1980 e 1991. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 1, p. 51-61, 2000.

MAIA, A. de M. O. et al. Diagnóstico precoce de lesões orais potencialmente malignas em dois municípios do Estado de Pernambuco. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v. 12, n. 1, p. 47–51, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v12n1/a11v12n1.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MANKAPURE, P. K. et al. Serum big endothelin-1 as a biomarker in oral squamous cell carcinoma patients: an analytical study. **Journal of Applied Oral Science**, [S.l.], v. 23, n. 5, p. 491–496, nov. 2015. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4621942/pdf/1678-7757-jaos-23-5-0491.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MARTINEZ-HERNÁEZ, A. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente**. Belo Horizonte: Abril, 2006.

MARTINS, C. et al. Quaternary prevention: reviewing the concept: quaternary prevention aims to protect patients from medical harm. **European Journal of General Practice**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 106–111, jan. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5795741/pdf/igen-24-1422177.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MARTINS, J. S. et al. Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. **Rev Panam Salud Publica**, [S.l.], v. 31, n. 3, p. 246–252, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/246-252/pt>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 373–382, fev. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00373.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MEDINA, M. G. **O contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados da avaliação de dois estudos de caso**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, 2006.

MEHROTRA, R.; GUPTA, D. K. Exciting new advances in oral cancer diagnosis: avenues to early detection. **Head & Neck Oncology**, [S.l.], v. 3, n. 33, p. 1-8, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3170277/pdf/1758-3284-3-33.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MELO, L. DE C. et al. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **Rev. Gaúcha Odontológica**, Porto Alegre, v. 58, n. 3, p. 351–355, 2010. Disponível em: <www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=5468&article=1313>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MENDES, S. F. **Avaliação da qualidade da assistência odontológica municipal da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2006.

MISHIMA, S. M. et al. Client satisfaction from the perspective of responsiveness: strategy for analysis of universal systems? **Rev. Latino-Americana Enferm.**, [S.l.], v. 24, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100306>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MISHRA, R. Biomarkers of oral premalignant epithelial lesions for clinical application. **Oral Oncology**, [S.l.], v. 48, n. 7, p. 578–84, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22342569>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MITKA, M. Evidence lacking for benefit from oral cancer screening. **Journal of the American Medical Association**, [S.l.], v. 309, n. 18, p. 1884–1884, 2013.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus**: Actas Saúde Col., Brasília, v. 5, n. 3, art. esp., 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1039>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. S77–S87, 2002. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13795.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, v. 1, p. 364 – 393.

OCKÉ-REIS, C. O. Dilemas para a constituição do Sistema Único de Saúde. In: _____. **SUS o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 21–35.

OLIVEIRA, M. M. de et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. Epidemiol.**, [S.l.], p. S146–S157, 2015. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000600146&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 ago. 2018.

PELLI, A. A. S. **Rede de atenção à saúde para diagnóstico e tratamento ao câncer de boca no município do Rio de Janeiro**. 2017. Monografia – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, [S.l.], v. 19, p. 127–140, 1981.

PEREIRA, C. R. dos S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 985–996, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/05.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687–707, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14599.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. de. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 999–1010, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32336.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS – UERJ; Recife: UFPE, ABRASCO, 2009.

- PINHEIRO, R.; SILVA-JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ, ABRASCO, 2008.
- RAMOS, G. H. A. et al. Avaliação da citologia e do teste do azul de toluidina no diagnóstico dos tumores malignos da mucosa oral. **Rev. bras. Cir. Cabeça Pescoço**, [S.l.], v. 36, n. 1, p. 27–29, jan/mar. 2007. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/artigo_azul_erasto.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2018.
- RAMOS, G. H. A. et al. Endoscopia de contato (microestomatoscopia) nas lesões da boca e do lábio: avaliação do método. **Rev. Col. bras. Cir.**, v. 35, n. 6, p. 355–360, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n6/v35n6a03.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.
- RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio de Janeiro. **Plano de governo 2013-2016**. 2013a. Disponível em: <<http://estaticog1.globo.com/2015/09/30/proposta-60011-19000004018-49614.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.
- RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio de Janeiro. **Plano estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2013-2016**. 2013b. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2753734/DLFE-241955.pdf/Planejamentoestrategico2.0.1.3.2.0.1.6..pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2018.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. PMS 2014 – 2017**. 2013c. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2014
- RODES, C. H. et al. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. **Fisioter. Pesquisa**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 74–82, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502017000100074&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 14 ago. 2018.
- RONCALLI, A. G.; CÔRTEZ, M. I. de S.; PERES, K. G. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. S58–S68, 2012. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/07.pdf>>. Acesso em 14 ago. 2018.
- SALTZ, E. Projeto de expansão e prevenção do câncer da boca. **Rev. bras. Cancerologia**, [S.l.], v. 34, p. 221–239, 1988.
- SAMPAIO, E. T. de M. et al. Acesso ao tratamento do câncer bucal na região do colegiado de gestão regional de Campinas - SP: estudo de caso. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 150-155, maio/ago. 2015. Disponível em: <http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2015/Odonto_02_2015_150-155.pdf>. Acesso em 14 ago. 2018.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam Salud Publica**, [S.l.], v. 3, n. 31, p. 260–268, 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/>>. Acesso em 14 ago. 2018.

SANTOS, L. C. O. DOS et al. Câncer bucal: amostra populacional do estado de Alagoas em hospital de referência. **Braz. Journal Otorhinolaryngol.**, [S.l.], v. 75, n. 4, p. 524–529, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-86942009000400010&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso em: 15 ago. 2018.

SARTORI, L. C. **Rastreamento do câncer bucal**: aplicações no programa Saúde da Família. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.

SCHEUFEN, R. de C. et al. Prevenção e detecção precoce do câncer de boca: screening em populações de risco. **Pesqui. bras. Odontopediatria Clín. Integr.**, [S.l.], v. 11, n. 02, 2012. Disponível em: < <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1442/683> >. Acesso em: 15 ago. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Superintendência de Atenção Primária. **Guia de referência rápida: Carteira de Serviços: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Rev. Crítica de Ciências Sociais**, [S.l.], v. 85, p. 65–82, 2009. Disponível em: < <http://www.iqg.com.br/uploads/biblioteca/Avaliacao%20de%20Qualidade%20em%20Saude.pdf> >. Acesso em: 15 ago. 2018

SILVA, A. N. da; SENNA, M. A. A. de (Org.). **Fundamentos em saúde bucal coletiva**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SILVA, A. N. da et al. Levantamentos epidemiológicos nacionais em Saúde Bucal: a experiência brasileira. In: SILVA, A. N.; SENNA, M. A. A. de (Org.). **Fundamentos em saúde bucal coletiva**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013a. p. 129–144.

_____. O papel do cirurgião-dentista à luz da Promoção da Saúde. In: SILVA, A. N.; SENNA, M. A. A. de (Org.). **Fundamentos em saúde bucal coletiva**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013c. p. 15–34.

_____. Promoção da Saúde. In: SILVA, A. N.; SENNA, M. A. A. de (Org.). **Fundamentos em saúde bucal coletiva**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013b. p. 1–14.

SILVA, A. N. da; SENNA, M. A. A. de; FARIA, I. M. Saúde Bucal Coletiva. In: SILVA, A. N.; SENNA, M. A. A. de (Org.). **Fundamentos em saúde bucal coletiva**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 91–99.

SILVA, A. N. da; SENNA, M. A. A. de; JORGE, R. C. Organização da oferta de serviços de saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: SILVA, A. N.; SENNA, M. A. A. de (Org.). **Fundamentos em saúde bucal coletiva**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 145–153.

SILVA, M. C. da et al. Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico de câncer de boca e orofaringe em Juiz de Fora/MG. **Rev. bras. Cancerologia**, [S.l.], v. 55, n. 4, p. 329–335, 2009. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/329_artigo2.pdf >. Acesso em: 15 ago. 2018.

SILVA, M. C. B. da et al. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 12, n. 5, p. 1237-1246, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/15.pdf>>. Acesso em 23 ago. 2018.

SOARES, C. L. M.; PAIM, J. S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p.966-974, maio 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/14.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

SOARES, F. F. et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 16, n. 7, p.3169-3180, jul. 2011.

SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L.; CANGUSSU, M. C. T. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. **Rev. Panam Salud Publica**, [S.l.], v. 34, n. 6, p. 401-406, 2013. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n6/401-406/pt>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. bras. Enferm.**, [S.l.], v. 61, n. 2, p. 153–158, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000200002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 ago. 2018.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Rev. Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2018.

SOUZA, T. M. S. de; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727–2739, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/19.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEELE, T. O.; MEYERS, A. Early detection of premalignant lesions and oral cancer. **Otolaryngologic Clinics of North America**, [S.l.], v. 44, n. 1, p. 221–229, vii, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21093631>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

STEPHEN, M. M. et al. Diagnostic accuracy of diffuse reflectance imaging for early detection of pre-malignant and malignant changes in the oral cavity: a feasibility study. **BMC Cancer**, [S.l.], v. 13, n. 278, p. 1-9, jun. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3679752/pdf/1471-2407-13-278.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

SWEENEY, L et al. Assessment of tissue autofluorescence and reflectance for oral cavity cancer screening. **Otolaryngology: Head & Neck Surgery**, [S.l.], v. 145, n. 6, p. 956–60, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3594780/>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

TANG, X.-H. et al. Gene expression profiling signatures for the diagnosis and prevention of oral cavity carcinogenesis-genome-wide analysis using RNA-seq technology. **Oncotarget**, [S.l.], v. 6, n. 27, p. 24424–24435, sept. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695195/pdf/oncotarget-06-24424.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 24, p. 1168–1173, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500025>. Acesso em: 15 ago. 2018.

TORRES, A. C. et al. Quimioluminiscencia como método de screening de câncer oral. **Avances en Odontostomatología**, v. 27, n. 6, p. 301–311, 2011. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n6/original3.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

TORRES-PEREIRA, C. C. et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. S30–S39, 2012. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/05.pdf>>. Acesso em 15 ago. 2018.

TRAVASSOS, C. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev. Panam. Salud Publica**, [S.l.], v. 5–6, n. 11, p. 365–373, 2002. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10721.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 183–203.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190–S198, 2004. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

TRITTER, J. Métodos mistos e pesquisa multidisciplinar em cuidados com saúde. In: SAKS, M.; ALLSOP, J. (Org.). **Pesquisa em saúde: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. São Paulo: Roca, 2011. p. 257–271.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445–452, 1990. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v24n6/02.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 599–613, 2005. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/is_digital/is_0405/pdfs/IS25\(4\)107.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/is_digital/is_0405/pdfs/IS25(4)107.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2018.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulg. Saúde Debate**, Londrina, n. 3, p. 17–24, 1991.

WALSH, T. et al. Clinical assessment to screen for the detection of oral cavity cancer and potentially malignant disorders in apparently healthy adults. **Cochrane Database Syst. Rev.**, [S.l.], v. 21, n. 11, p. 1-70, 2013. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010173.pub2/media/CDSR/CD010173/CD010173.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. **GLOBOCAN 2012**. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme**. Geneva, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2014.

YONG-DEOK, K. et al. Molecular genetic study of novel biomarkers for early diagnosis of oral squamous cell carcinoma. **Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal.**, [S.l.], v. 20, n. 2, p. e167-179, mar. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4393979/pdf/medoral-20-e167.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

ZHANG, Y. et al. Silicon nanowire biosensor for highly sensitive and multiplexed detection of oral squamous cell carcinoma biomarkers in saliva. **Analytical Sciences**, [S.l.], v. 31, n. 2, p. 73–78, mar. 2015. Disponível em: <https://www.jstage.jst.go.jp/article/analsci/31/2/31_73/_article>. Acesso em: 15 ago. 2018.

APÊNDICE A – Roteiro para identificação da amostra da pesquisa (portadores de câncer de boca no município do RJ)

N	Especialidade	Sexo	Faixa etária	Raça	Unidade solicitante	Unidade executante	Justificativa	Diagnóstico inicial	Risco
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J

Observação:

Este formulário terá acesso estritamente controlado, somente sendo manuseado pela pesquisadora responsável

Período de coleta de janeiro de 2013 a dezembro de 2016

APÊNDICE B – Roteiro para identificação do perfil dos pacientes matriculados no INCA

Instituição de saúde para o tratamento do câncer de boca:

Data:

Fonte dos dados:

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS

N	Data da admissão	CID	Situação	DN	Gênero	Estado civil	Profissão	Escolaridade	Cor	Estado	Cidade

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com paciente

Data:

Sujeito número: AP:

Informante: () paciente () cuidador-vínculo familiar/nome: _____

Justificativa do informante não ser o paciente: _____

Telefone para contato: ()

Matrícula:

CPF:

Nome da mãe:

Variáveis socioeconômicas e condições de saúde

1- Identificação:

- a. Gênero: () F () M
- b. DN ou Idade:
- c. Cor:
- d. Naturalidade:
- e. Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União Estável
- f. Procedência (Bairro de residência):
- g. Sabe ler e escrever: () Sim () Não
- h. Escolaridade () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Especialização () Mestrado () Doutorado
- i. Profissão/ocupação:
- j. Situação atual da fonte de renda:
- k. Composição familiar: () reside sozinho () acompanhado de família () acompanhado de cuidador formal

2- Informações gerais de saúde

- a. Data da admissão: _____ HCI _____ HCIV
- b. CID:
- c. Metástases:
- d. Estadimento:
- e. Tratamento: () RXT () QT () CIRURGIA
- f. KPS:
- g. Histórico de câncer na família? () Sim () Não Qual tipo? _____
Quem? _____
- h. Tabagista? () Sim () Não Ex-tabagista? () Sim () Não Quanto tempo usou/parou? _____ Cigarros/Dia? _____
- i. Alcoolista? () Sim () Não Ex-alcoolista? () Sim () Não Quanto tempo usou/parou? _____ Tipo de bebida: _____

- j. Hábito alimentar (tipo de alimento e quantidade): _____
- k. Presença de disfagia? () Sim () Não Odinofagia () Sim () Não Dislalia () Sim () Não Afasia () Sim () Não Outros:
- l. Via de alimentação: () VO () CNE () GTT
- m. Deambula? () Sim () Não
- n. Já teve contato com fogão a lenha? () Sim () Não. Caso sim, quando e por quanto tempo.
- o. Já teve diagnóstico de HPV? () Sim () Não. Caso positivo, fez tratamento?
- p. Já teve diagnóstico de alguma DST? () Sim () Não. Caso positivo, qual? Há quanto tempo? E como foi o tratamento?
- q. Outras comorbidades? () HAS () DM () ICC () Doença Respiratória () DST () HIV () Doença mental () Outros : _____
- r. Autocuidado preservado? () Sim () Não () Parcial
- s. Uso de prótese dentária? () Sim () Não Quanto tempo?
- t. Lesão Tumoral ? () Sim () Não Características:
- 3- Caracterização da doença de interesse
- a. Como percebeu a lesão na boca? Quais as características dela?
- b. Sintomas: () rouquidão () disfagia () presença de nódulo no pescoço () outros: _____
- c. Após o início dos sintomas, quanto tempo levou para buscar ajuda profissional?
- d. Outros agravos na cavidade bucal:
- 4- Antes de apresentar a lesão, já tinha ido ao dentista? () Público () Particular Motivo?

DIMENSÃO ACESSO

- 1- Existe alguma unidade de saúde próximo a sua residência? () Sim () Não
Nome da unidade:
- 2- Existe atuação da Equipe de Saúde da Família na área onde mora?
- a. () Sim () Não
- b. Tem cadastro nesta unidade? () Sim () Não.
- c. Você costuma ou costumava usar esta unidade para consultas? () Sim () Não
- 3- Você identificou a doença nessa unidade?
- a. () Sim () Não.
- b. Em caso negativo, qual foi a unidade que identificou a doença?

- c. E porque não foi identificado na unidade de referência da sua residência?

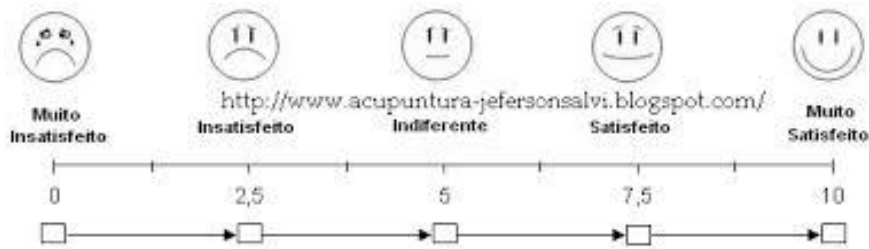
- d. Onde foi feita a biópsia?
- 4- Qual o nome desta unidade que realizou o encaminhamento para o hospital?
(Comparar com a informada no SISREG/SER)
- i. Em relação à unidade que o paciente está cadastrado e sendo acompanhado:

- ii. Em relação à unidade (CEO) que diagnosticou a doença:
- 5- Tem alguma dificuldade para chegar à unidade (custo da passagem, distância)?
- UBS ()Sim ()Não
 - CEO ()Sim ()Não
- 6- Como foi matriculado nessa unidade?
- UBS:
 - CEO:
- 7- É próximo a sua residência?
- UBS ()Sim ()Não
 - CEO ()Sim ()Não
- 8- Tem acolhimento nessa unidade?
- UBS ()Sim ()Não
 - CEO ()Sim ()Não
 - Teve a informação necessária (matrícula, agendamento de consulta, horários, profissionais, encaminhamentos etc)?
 - UBS ()Sim ()Não
 - CEO ()Sim ()Não
- 9- Já teve alguma dificuldade para agendar consulta na unidade?
- UBS ()Sim ()Não
 - CEO ()Sim ()Não
- 10- Existe serviço de saúde bucal nessa unidade (na percepção do usuário)?
- UBS ()Sim ()Não
- 11- Já recebeu visita domiciliar de algum profissional da Saúde da Família? () Sim () Não
- 12- Quanto tempo levou para agendar a primeira consulta em SB?
- 13- O dentista solicitou exames? () Sim () Não Quais? _____
- Encaminhou para o CEO? () Sim () Não
- 14- Marcou retorno da consulta?
- UBS ()Sim ()Não
 - CEO ()Sim ()Não
- 15- Quanto tempo levou para marcar a biópsia no CEO?
- 16- Como recebeu o diagnóstico? Quanto tempo levou?
- 17- Recebeu encaminhamento e orientações para o hospital?
- UBS ()Sim ()Não
 - CEO ()Sim ()Não
- 18- Quanto tempo levou para realizar a primeira consulta no hospital?
- 19- Passou em outro hospital além do INCA? Em caso positivo, qual?

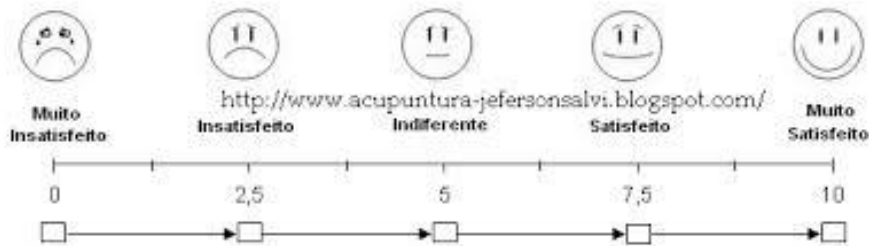
CRITÉRIO EFETIVIDADE DO CUIDADO

- 20- Quais as informações a saúde bucal já recebeu?
- UBS:
 - CEO:

- 21- Quais as informações sobre o câncer de boca já recebeu?
 a. UBS:
 b. CEO:
- 22- Ainda tem dúvidas sobre as informações recebidas? ()Sim ()Não.
- 23- Você consegue obter informações sobre sua situação de saúde quando procura um profissional na ESF? ()Sim ()Não Qual profissional tem mais acesso?
- 24- Como foi realizado a biópsia (consulta com estomatologista)?
- 25- Você está satisfeito com o atendimento nessa unidade de ESF?
 (Muito/Médio/Pouco)



- 26- Você está satisfeito com atendimento na unidade de CEO? (Muito/Médio/Pouco)



Outras observações: _____

APÊNDICE D – Roteiro de avaliação dos serviços de atenção primária

Data:

Nome da unidade:

Endereço:

1-Tipo de unidade:

2-AP:

CRITÉRIO ACESSO

3-Acesso geográfico:

3.1- condução acessível: () Sim () Não

3.2- estacionamento no local: () Sim () Não

3.3- Condições de localização: () Boa () Regular () Ruim

Descrição sobre a localização:

- Próximo da residência () Sim () Não

- Local conhecido pela população da área () Sim () Não

- Fácil de encontrar o endereço () Sim () Não

4-Estrutura da unidade:

4.1-Iluminação: () Boa () Regular () Ruim

Descrição sobre a iluminação:

- Iluminação artificial clara (favorece visibilidade) () Sim () Não

- Iluminação natural () Sim () Não

- Iluminação artificial ruim (pouca visibilidade) () Sim () Não

4.2-Ventilação: () Boa () Regular () Ruim

Descrição sobre a ventilação:

- Ventilação artificial (ar condicionado) () Sim () Não

- Ventilação artificial (ventilador) () Sim () Não

- Ter boa ventilação natural () Sim () Não

4.3-Sala de espera: () Boa () Regular () Ruim

Descrição sobre a sala de espera:

- Comodidade (assentos disponíveis) () Sim () Não

- Comodidade (televisão-entretenimento) () Sim () Não

- Comodidade () Sim () Não

4.4-Limpeza do local: () Boa () Regular () Ruim

Descrição sobre a limpeza local:

- Limpeza das áreas comuns () Sim () Não
- Limpeza de banheiros () Sim () Não
- Limpeza dos consultórios () Sim () Não

4.5-Materiais de uso público:

Água: () Boa () Regular () Ruim

Descrição sobre a água:

- Água potável com filtro () Sim () Não
- Água potável sem filtro () Sim () Não
- Água acessível para usuários () Sim () Não

Banheiro apropriado: () Boa () Regular () Ruim

Descrição sobre o banheiro:

- Papel/Sabão/proteção para idosos () Sim () Não
- Assento para cadeirante () Sim () Não
- Em funcionamento () Sim () Não

4.6-Condições da estrutura do edifício: () Boa () Regular () Ruim

Descrição sobre a estrutura do edifício:

- Tem manutenção da estrutura () Sim () Não
- Tem avaria (sem interferir no funcionamento) () Sim () Não
- Avarias que interditam áreas () Sim () Não

5- Unidade:

5.1-Acolhimento da demanda: () Sim () Não. Descrição:

5.2- Possui sistema de regulação nessa unidade? () Sim () Não

Caso negativo, onde é realizado o encaminhamento dos usuários dessa unidade?

6-Local de trabalho da equipe de saúde bucal:

6.1-Sala própria: () Sim () Não. Descrição:

6.2-Material de trabalho de uso permanente (condições de uso): () Bom () Regular ()

Ruim

- Material em boa condição de uso () Sim () Não
- Material com alguma avaria (em uso) () Sim () Não
- Material sem condição de uso () Sim () Não

6.3-Material de procedimento (condições de uso): () Bom () Regular () Ruim

- Material em boa condição de uso () Sim () Não

- Material com qualidade adequada para uso () Sim () Não

- Material de qualidade ruim para o uso () Sim () Não

6.4-Rotina do processamento do material odontológico:

Local que é realizado:

Profissional responsável:

6.5-Copa para funcionários: () Sim () Não.

6.6-Disponibilidade de fluxograma do programa para toda a equipe: () Sim ()

Não.

CRITÉRIO EFETIVIDADE DO CUIDADO

7- Setor de educação continuada com identificação: () Sim () Não

APÊNDICE E – Roteiro de avaliação dos serviços de atenção secundária

Data:

Nome da unidade:

Endereço:

1-Tipo de unidade:

2-Responsável pelo atendimento de quais AP:

CRITÉRIO ACESSO

3-Acesso geográfico:

3.1- condução acessível: () Sim () Não

3.2- estacionamento no local: () Sim () Não

3.3- Condições de localização: () Boa () Regular () Ruim

Descrição sobre a localização:

- Próximo da residência () Sim () Não

- Local conhecido pela população da área () Sim () Não

- Fácil de encontrar o endereço () Sim () Não

4-Estrutura da unidade:

4.1-Iluminação: () Boa () Regular () Ruim

Descrição sobre a iluminação:

- Iluminação artificial clara (favorece visibilidade) () Sim () Não

- Iluminação natural () Sim () Não

- Iluminação artificial ruim (pouca visibilidade) () Sim () Não

4.2-Ventilação: () Boa () Regular () Ruim

Descrição sobre a ventilação:

- Ventilação artificial (ar condicionado) () Sim () Não

- Ventilação artificial (ventilador) () Sim () Não

- Ter boa ventilação natural () Sim () Não

4.3-Sala de espera: () Boa () Regular () Ruim

Descrição sobre a sala de espera:

- Comodidade (assentos disponíveis) () Sim () Não

- Comodidade (televisão-entretenimento) () Sim () Não

- Comodidade () Sim () Não

4.4-Limpeza do local: () Boa () Regular () Ruim

Descrição sobre a limpeza local:

- Limpeza das áreas comuns () Sim () Não
- Limpeza de banheiros () Sim () Não
- Limpeza dos consultórios () Sim () Não

4.5-Materiais de uso público:

Água: () Boa () Regular () Ruim

Descrição sobre a água:

- Água potável com filtro () Sim () Não
- Água potável sem filtro () Sim () Não
- Água acessível para usuários () Sim () Não

Banheiro apropriado: () Boa () Regular () Ruim

Descrição sobre o banheiro:

- Papel/Sabão/proteção para idosos () Sim () Não
- Assento para cadeirante () Sim () Não
- Em funcionamento () Sim () Não

4.6-Condições da estrutura do edifício: () Boa () Regular () Ruim

Descrição sobre a estrutura do edifício:

- Tem manutenção da estrutura () Sim () Não
- Tem avaria (sem interferir no funcionamento) () Sim () Não
- Avarias que interditam áreas () Sim () Não

5- Unidade:

5.1-Acolhimento da demanda: () Sim () Não. Descrição:

5.2- Possui sistema de regulação nessa unidade? () Sim () Não

Caso negativo, onde é realizado o encaminhamento dos usuários dessa unidade?

6-Local de trabalho da equipe de saúde bucal:

6.1-Sala própria: () Sim () Não. Descrição:

6.2-Material de trabalho de uso permanente (condições de uso): () Bom () Regular () Ruim

- Material em boa condição de uso () Sim () Não
- Material com alguma avaria (em uso) () Sim () Não
- Material sem condição de uso () Sim () Não

6.3-Material de procedimento (condições de uso): () Bom () Regular () Ruim

- Material em boa condição de uso () Sim () Não

- Material com qualidade adequada para uso () Sim () Não

- Material de qualidade ruim para o uso () Sim () Não

6.4-Rotina do processamento do material odontológico:

Local que é realizado:

Profissional responsável:

6.5-Copa para funcionários: () Sim () Não.

6.6-Disponibilidade de fluxograma do programa para toda a equipe: () Sim ()
Não.

CRITÉRIO EFETIVIDADE DO CUIDADO

7- Setor de educação continuada com identificação: () Sim () Não

APÊNDICE F – Roteiro de entrevista com coordenador municipal de saúde bucal

Data:

Identificação:

Iniciais:

Gênero: () F () M

Idade:

Dados profissionais e acadêmicos:

Tempo de formação acadêmica:

Especialização:

Tempo de atuação na coordenação de Saúde Bucal:

Outros campos de atuação:

Quais os programas no âmbito da saúde bucal?

Como funciona o programa "Brasil Sorridente"? E o componente de “prevenção e controle do câncer de boca”?

Quantitativo de profissionais que atuação na atenção primária?

Quantitativo de profissionais que atuam na atenção secundária?

Existe pré-requisito para contratação de profissionais?

Quantas unidades de atenção primária existem?

Quantas unidades de CEO existem?

Como funciona a educação continuada? Existem cursos capacitação ofertados pela coordenação? E cursos sobre câncer de boca?

Existem campanhas para saúde bucal? Para o câncer bucal? Como funciona?

Existe estratégia de distribuição de folhetos educativos? E sobre câncer de boca?

Qual a sua percepção sobre o programa? Sobre o câncer de boca e o problema do diagnóstico tardio?

APÊNDICE G – Roteiro de entrevista com o gestor

Data:

Identificação:

Iniciais do nome:

Unidade de Saúde:

Gênero: ()F ()M

Idade:

Dados profissionais e acadêmicos:

Qual sua formação profissional?

Quanto tempo é formado?

Grau de escolaridade?

Quanto tempo trabalha na unidade?

Quanto tempo atua como gestor?

Já trabalhou anteriormente em algum programa de saúde bucal?

Já exerceu a função de gestor em outra unidade?

Teve conteúdo sobre câncer de boca durante a graduação?

CRITÉRIO ACESSO

Como é feito a matrícula do paciente nessa unidade?

Existe atividade de acolhimento dos usuários?

Qual o tempo médio para realizar a primeira consulta?

Qual o tempo entre as consultas subsequentes?

É realizada busca ativa da população adscrita?

Existe profissional para realizar triagem dos casos e orientação à população?

Como funciona o sistema de referência e contrarreferência?

Existe atendimento para a demanda espontânea?

E para os casos de urgência?

Qual o quantitativo de profissionais de saúde bucal? É adequado para a demanda?

Existe dificuldade na aquisição dos materiais odontológicos?

Existe alguma parceria com os outros setores? Quais?

Como é feito os encaminhamentos dos casos que não podem ser resolvidos nessa unidade?

Existe dificuldade para encaminhar os casos odontológicos mais complexos?

CRITÉRIO EFETIVIDADE DO CUIDADO

Existe educação continuada para os profissionais?

Quais os avanços que percebe na saúde bucal nessa unidade?

Quais as dificuldades do setor de saúde bucal nessa unidade?

Você acha que esse programa contribui para diagnóstico precoce do câncer?

APÊNDICE H – Roteiro de entrevista com o profissional de saúde bucal

Data:

Identificação

Iniciais do nome:

Unidade de Saúde:

Gênero: F M

Idade:

Dados profissionais e acadêmicos:

Formação acadêmica:

Quanto tempo é formado?

Grau de escolaridade: Ensino Médio Superior Especialização Mestrado

Doutorado

Possui especialização? Sim Não

Recebeu conteúdo sobre câncer de boca na faculdade/curso? Sim Não Descrição:

Quanto tempo você trabalha nesse programa? Fale sobre sua experiência.

Já trabalhou anteriormente em algum programa de promoção da saúde bucal?

Qual sua função nesse programa?

Já fez alguma atualização sobre câncer de boca?

CRITÉRIO ACESSO

Como é feito a matrícula do paciente nessa unidade?

Qual o tempo médio para realizar a primeira consulta?

Qual o tempo entre as consultas subsequentes?

É realizada busca ativa da população adscrita?

Existe profissional para realizar triagem e orientação à população?

E como é a organização da demanda programada (agenda)?

Como é organizada a demanda espontânea?

Como é atendido os casos de urgências?

Como funciona o sistema de referência e contrarreferência?

Os recursos materiais são suficientes para atender a população?

Existem atividades coletivas de promoção saúde? Quem realiza?

Existem atividades educativas individuais para o câncer de boca?

Existe atividade de avaliação do perfil epidemiológico da população adscrita, com identificação da população de risco?

Existe atividade em conjunto com outras instituições/setores? Quem é responsável pela organização? Quem realiza as atividades?

Os consultórios são montados de forma adequada para o atendimento à população?

Qual tempo médio para obter o resultado dos exames?

Quais os métodos diagnósticos disponíveis nessa unidade para as lesões suspeitas?

Existe dificuldade de encaminhamento para o CEO?

CRITÉRIO EFETIVIDADE DO CUIDADO

Você já recebeu treinamento sobre o câncer de boca?

Existe programa de educação continuada?

Tem conhecimento sobre protocolos, normas e legislação do programa de Saúde Bucal?

Recebeu treinamento sobre eles?

Como é o funcionamento do programa nessa unidade?

É feito identificação dos fatores de risco dos pacientes atendidos?

Existe acompanhamento do grupo de risco para avaliação da cavidade oral na busca da presença de lesão?

Como ocorre o acompanhamento de lesões suspeitas?

Como é feito o exame clínico da cavidade oral?

Existe retorno dos casos que foram encaminhados?

Existe um acompanhamento dos casos confirmados?

Como funciona o encaminhamento do CEO para unidade oncológica?

Você acha que esse programa contribui para o diagnóstico precoce do câncer de boca?

APÊNDICE I – Roteiro de informações do prontuário do CEO:

Unidade de Saúde:

I - Dados pré-preenchidos:

1. Nome paciente:
2. Data nascimento:
3. Cartão SUS:
4. Data do encaminhamento para avaliação de suspeita de CO no CEO:
____/____/____
5. Data de solicitação no SISREG ou SER: : ____/____/____

II - Informações de interesse:

1. Data da consulta para investigação da suspeita de CO
2. Biopsia realizada? S ou N
 - a. Se sim, data de realização da biopsia:
 - b. Data de resultado da Biopsia;
 - c. Data da consulta com o resultado da biopsia
3. Numero de consultas entre P1 e entrada no SISREG (I-1)
4. Foram feitos outros exams exploratório de CO S N
 - a. Quais?
5. Identificação dos fatores de risco dos pacientes atendidos?
 - a. Tabagismo ()S ()N
 - b. Alcoolismo ()S ()N
 - c. Dieta ()S ()N
 - d. Uso de prótese ()S ()N
 - e. DST ()S ()N
6. Realizado exame clinico da cavidade oral? ()S ()N
 - a. Método utilizado:
7. Referência do caso
 - a. Encaminhado para APS ()S Data: ()N
 - b. Encaminhado diretamente para atenção oncológica ()S Data: ()N

APÊNDICE J – Termo de consentimento livre e esclarecido (gestor)



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde: contribuições para o controle do câncer de boca

Prezado participante,

O senhor está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde: contribuições para o controle do câncer de boca**”, desenvolvida por Manoela Garcia Dias, discente do curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Dra. Vera Lucia Luiza e Dra. Ana Cláudia Figueró. O objetivo central do estudo é avaliar a qualidade da atenção prestada aos portadores de câncer de boca no município do Rio de Janeiro quanto às dimensões de acesso e a qualidade técnico-científica da assistência prestada ao longo dos níveis de complexidade da rede de cuidado.

O convite a sua participação se deve à sua atuação como gestor dessa unidade, que possui o programa “Brasil Sorridente” implantado, e assim sua opinião sobre seu funcionamento, relato de sua experiência nos processos do mesmo, sobre as dificuldades e os avanços do programa, serão informações de relevância para o desenvolvimento desse estudo. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e o senhor tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. O senhor não será penalizado de

nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, o senhor poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Não haverá risco direto ou indireto de identificação do participante. Caso haja um desejo do participante da pesquisa de que seu nome ou de sua instituição conste do trabalho final, será respeitado, e incluído. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto, e a mesma será gravada, se autorizado. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 40 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de identificação de fatores que possam ser modificados para melhoria do programa e assim contribuir para uma assistência melhor à população, e correção de possíveis falhas no processo do programa. Observando que existem possíveis riscos de constrangimento ou de dano emocional, durante a entrevista com questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove, a medida adotada para minimizá-lo, será o de respeitar a sua vontade em responder o que desejar, assim como, o pesquisador irá privilegiar a adoção de uma postura de escuta ativa que valorize a fala, o tempo e seu conforto. Também é importante que esteja ciente sobre o risco, mesmo que mínimo, de sua identificação como sujeito do estudo, devido a posição que ocupa na instituição. Porém, qualquer dado direto que possa identificá-lo (a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento durante a pesquisa, ou posteriormente, o senhor poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos contatos informados abaixo neste Termo. Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na tese. Esse termo é redigido em duas vias (não será fornecida

cópia ao sujeito, mas sim outra via), sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, do Instituto Nacional de Câncer, ou da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Segue os endereços abaixo:

CEP/ENSP

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

CEP do INCA:

Rua do Resende Nº128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

CEP da Secretaria Municipal de Saúde:

Rua Evaristo da Veiga, 16 – sobreloja- Centro. Rio de Janeiro. Telefone: (21)2215-1485. site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa> / cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações contidas no meu prontuário, assim como os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Também tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para mim todos os processos da pesquisa a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes. Também ficou claro que a minha participação é isenta de despesas e que

tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

_____/____/____.

(Assinatura do participante da pesquisa) Data

Nome do participante:

Declaro que autorizo a gravação da entrevista.

Sim Não

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

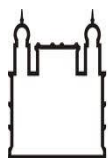
_____/____/____.
Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador do campo) Data

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável (inserção na ENSP/FIOCRUZ):

Tel: (21)964654123

e-mail: manu_dias1984@yahoo.com.br.

APÊNDICE K – Termo de consentimento livre e esclarecido (cirurgião-dentista)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP



INCA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
MINISTÉRIO DA SAÚDE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde: contribuições para o controle do câncer de boca

Prezado participante,

O senhor está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde: contribuições para o controle do câncer de boca**”, desenvolvida por Manoela Garcia Dias, discente do curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Dr. Vera Lucia Luiza e Ana Cláudia Figueró. O objetivo central do estudo é avaliar a qualidade da atenção prestada aos portadores de câncer de boca no município do Rio de Janeiro quanto às dimensões de acesso e a qualidade técnico-científica da assistência prestada ao longo dos níveis de complexidade da rede de cuidado.

O convite a sua participação se deve à sua atuação como cirurgião-dentista dessa unidade, que possui o programa “Brasil Sorridente” implantado, e assim sua opinião sobre seu funcionamento, relato de sua experiência nos processos desse programa, sobre as dificuldades e avanços do programa, serão de relevância para o desenvolvimento desse estudo. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e o senhor tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. O senhor não será penalizado de nenhuma maneira

caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, o senhor poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Não haverá risco direto ou indireto de identificação do participante. Caso haja um desejo do participante da pesquisa de que seu nome ou de sua instituição conste do trabalho final, será respeitado, e incluído. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto, e a mesma será gravada, se autorizado. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 40 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de identificação de fatores que possam ser modificados para melhoria do programa e assim contribuir para uma assistência melhor à população. Observando que existem possíveis riscos de constrangimento ou de dano emocional, durante a entrevista com questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove, a medida adotada para minimizá-lo será o de respeitar a sua vontade em responder o que desejar, assim como, o pesquisador irá privilegiar a adoção de uma postura de escuta ativa que valorize a fala, o tempo e seu conforto. Também é importante que esteja ciente sobre o risco, mesmo que mínimo, de sua identificação como sujeito do estudo, devido a posição que ocupa na instituição. Porém, qualquer dado direto que possa identificá-lo (a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento durante a pesquisa, ou posteriormente, o senhor poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos contatos informados abaixo neste Termo. Os resultados serão divulgados em

palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na tese. Esse termo é redigido em duas vias (não será fornecida cópia ao sujeito, mas sim outra via), sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, do Instituto Nacional de Câncer, ou da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Segue os endereços abaixo:

CEP/ENSP

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

CEP do INCA:

Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

CEP da Secretaria Municipal de Saúde:

Rua Evaristo da Veiga, 16 – sobreloja- Centro. Rio de Janeiro. Telefone: (21)2215-1485. site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa> / cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações contidas no meu prontuário, assim como os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Também tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para mim todos os

processos da pesquisa a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes. Também ficou claro que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

_____/_____/_____.
(Assinatura do participante da pesquisa) Data
Nome do participante:

Declaro que autorizo a gravação da entrevista.
 Sim Não

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

_____/_____/_____.
Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador do campo) Data

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável (inserção na ENSP/FIOCRUZ):
Tel: (21)964654123
e-mail: manu_dias1984@yahoo.com.br.

APÊNDICE L – Termo de consentimento livre e esclarecido (profissional de saúde bucal)



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde: contribuições para o controle do câncer de boca

Prezado participante,

O senhor está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde: contribuições para o controle do câncer de boca**”, desenvolvida por Manoela Garcia Dias, discente do curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Dr. Vera Lucia Luiza e Ana Cláudia Figueró. O objetivo central do estudo é avaliar a qualidade da atenção prestada aos portadores de câncer de boca no município do Rio de Janeiro quanto às dimensões de acesso e a qualidade técnico-científica da assistência prestada ao longo dos níveis de complexidade da rede de cuidado.

O convite a sua participação se deve à sua atuação como profissional de saúde bucal (Auxiliar de Saúde Bucal/Técnico de Saúde Bucal) dessa unidade, que possui o programa “Brasil Sorridente” implantado, e assim sua opinião sobre seu funcionamento, relato de sua experiência nos processos desse programa, sobre as dificuldades e avanços do programa, serão de relevância para o desenvolvimento desse estudo. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e o senhor tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer

momento. O senhor não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, o senhor poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Não haverá risco direto ou indireto de identificação do participante. Caso haja um desejo do participante da pesquisa de que seu nome ou de sua instituição conste do trabalho final, será respeitado, e incluído. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto, e a mesma será gravada, se autorizado. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 40 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de identificação de fatores que possam ser modificados para melhoria do programa e assim contribuir para uma assistência melhor à população. Observando que existem possíveis riscos de constrangimento ou de dano emocional, durante a entrevista com questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove, a medida adotada para minimizá-lo será o de respeitar a sua vontade em responder o que desejar, assim como, o pesquisador irá privilegiar a adoção de uma postura de escuta ativa que valorize a fala, o tempo e seu conforto, também é importante que esteja ciente sobre o risco, mesmo que mínimo, de sua identificação como sujeito do estudo devido a posição que ocupa na instituição. Porém, qualquer dado direto que possa identificá-lo (a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento durante a pesquisa, ou posteriormente, o senhor poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos contatos informados abaixo neste Termo. Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados,

artigos científicos e na tese. Esse termo é redigido em duas vias (não será fornecida cópia ao sujeito, mas sim outra via), sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, do Instituto Nacional de Câncer, ou da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Segue os endereços abaixo:

CEP/ENSP

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

CEP do INCA:

Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

CEP da Secretaria Municipal de Saúde:

Rua Evaristo da Veiga, 16 – sobreloja- Centro. Rio de Janeiro. Telefone: (21)2215-1485. site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa> / cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações contidas no meu prontuário, assim como os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Também tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para mim todos os

processos da pesquisa a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes. Também ficou claro que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

_____/_____/_____.
(Assinatura do participante da pesquisa) Data
Nome do participante:

Declaro que autorizo a gravação da entrevista.
 Sim Não

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

_____/_____/_____.
Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador do campo) Data

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável (inserção na ENSP/FIOCRUZ):
Tel: (21)964654123
e-mail: manu_dias1984@yahoo.com.br.

APÊNDICE M – Termo de consentimento livre e esclarecido (paciente)



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde: contribuições para o controle do câncer de boca

Prezado participante,

O senhor está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde: contribuições para o controle do câncer de boca**”, desenvolvida por Manoela Garcia Dias, discente do curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Dra. Vera Lucia Luiza e Dra. Ana Cláudia Figueró. O objetivo central do estudo é avaliar a qualidade da atenção prestada aos portadores de câncer de boca no município do Rio de Janeiro quanto às dimensões de acesso e a qualidade técnico-científica da assistência prestada ao longo dos níveis de complexidade da rede de cuidado.

O convite a sua participação se deve à sua trajetória, como usuário do programa “Brasil Sorridente”, e assim sua opinião sobre seu funcionamento, e relato de sua experiência nos processos desse programa, o que será de relevância para o desenvolvimento desse estudo. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e o senhor tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. O senhor não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, o senhor poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Não haverá risco direto ou indireto de identificação do participante. Caso haja um desejo do participante da pesquisa de que seu nome conste do trabalho final, será respeitado, e incluído. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto, e a mesma será gravada, se autorizado. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 40 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. E além das entrevistas, também será revisado as informações do seu prontuário médico, se autorizado pelo senhor. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de identificação de fatores que possam ser modificados para melhoria do programa e assim contribuam para uma assistência melhor à população, pela possibilidade de corrigir falhas no processo do programa. Observando que existem possíveis riscos de constrangimento durante a entrevista com as questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove, ou de riscos potenciais de ordem emocionais durante a entrevista junto aos mesmos, que possam estar relacionados à lembrança de sua trajetória desde o início dos sintomas da doença até o presente momento, sendo assim, para tanto, a medida adotada para minimizá-lo será o de respeitar a sua vontade em responder o que desejar, assim como, o pesquisador irá privilegiar a adoção de uma postura de escuta ativa que valorize a fala, o tempo e seu conforto.

A qualquer momento durante a pesquisa, ou posteriormente, o senhor poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos contatos informados abaixo neste Termo. Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais

para os entrevistados, artigos científicos e na tese. Esse termo é redigido em duas vias (não será fornecida cópia ao sujeito, mas sim outra via), sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, do Instituto Nacional de Câncer, ou da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

CEP/ENSP

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

CEP do INCA:

Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

CEP da Secretaria Municipal de Saúde:

Rua Evaristo da Veiga, 16 – sobreloja- Centro. Rio de Janeiro. Telefone: (21)2215-1485. site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa> / cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações contidas no meu prontuário, assim como os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Também tive a oportunidade

de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para mim todos os processos da pesquisa a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes. Também ficou claro que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

_____/____/____.
(Assinatura do participante da pesquisa e/ou responsável) Data
Nome do participante:

Declaro que autorizo a gravação da entrevista.

Sim Não

Declaro que autorizo a revisão do meu prontuário médico

Sim Não

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

_____/____/____.
Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador do campo) Data

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável (inserção na ENSP/FIOCRUZ):

Tel: (21)964654123

e-mail: manu_dias1984@yahoo.com.br.

APÊNDICE N – Artigo submetido à Revista Odonto Ciência**Prevention and early diagnosis of oral cancer: a literature review*****Prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca: uma revisão da literatura***

Manoela Garcia Dias. Nurse. PhD student in Public Health. Graduate student. Escola Nacional Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Avenida Jambuí, 597, apt 301. Vila Valqueire, RJ, Brasil, CEP: 21330-300. E-mail: manu_dias1984@yahoo.com.br.

Ana Cláudia Figueiró. Nutritionist. PhD in Public Health. Assistant researcher. Endemic Department Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; anaclaudiafigueiro@gmail.com.

Vera Lucia Luiza. Pharmacist. PhD in Public Health. Researcher. Department of Drug Policy and Pharmaceutical Care, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; negritudesenior@gmail.com.

Corresponding author: Manoela Garcia Dias. Avenida Jambuí, 597, apt 301, Vila Valqueire, RJ, Rio de Janeiro-Brasil. E-mail: manu_dias1984@yahoo.com.br. Telephone: (21) 969409841.

Resumo

O estudo identificou e descreveu a produção científica sobre prevenção primária e secundária do câncer de boca no mundo. Foi uma revisão integrativa da literatura, com foco na descrição de experiências de prevenção do câncer de boca. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os descritores: diagnóstico precoce, neoplasias bucais, prevenção primária e prevenção secundária. Foram encontrados 225 artigos, selecionados 22 após a avaliação, divididos em três temáticas. Quatro artigos abordaram as campanhas de conscientização e rastreamento populacional com a valorização do papel do cirurgião-dentista e do envolvimento das equipes de saúde. Os métodos de diagnóstico não-invasivo, contemplados em quinze artigos, abordaram a implementação de novas estratégias de detecção precoce dessa patologia por diferentes métodos diagnósticos. A reorganização do sistema de saúde (3 artigos) considerou a educação permanente dos profissionais, vigilância epidemiológica e reorganização dos serviços de saúde com integração dos níveis de atenção à saúde. A grande maioria das experiências revisadas mostrou resultados positivos na prevenção do câncer de boca. Foi exceção a busca ativa por casos suspeitos na população, pois o custo benefício não compensou o gasto com recursos humanos. Os métodos não invasivos relatados se mostram úteis para rastreio, mas não substituem a biópsia para diagnóstico.

Palavras-chave: Câncer de boca. Prevenção primária. Prevenção secundária. Diagnóstico precoce.

Abstract

The present study identified and described scientific production on primary and secondary prevention of oral cancer worldwide. This is an integrative review of the literature, focusing on the description of oral cancer prevention experiences. The search was performed in the Virtual Health Library (VHL), using the descriptors: early diagnosis, oral neoplasms, primary prevention and secondary prevention. We found 225 articles and selected 22 after evaluation, divided into three themes. Four articles awareness-raising and population-tracking campaigns with the valorization of the role of the dental surgeon and the involvement of health teams. The non-invasive diagnostic methods, considered in fifteen articles, addressed the implementation of new strategies for the early detection of this pathology by different diagnostic methods. The reorganization of the health system (3 articles) encompassed the permanent education of oral health professionals, epidemiological surveillance and reorganization of health services with integration of health care levels. The great majority of the reviewed experiences showed positive results in the prevention of oral cancer. An exception was the active search for suspected cases in the population, since the cost benefit did not compensate the expenditure with human resources for this purpose. The non-invasive methods reported are useful for screening but do not substitute the biopsy for diagnosis.

Keywords: Oral cancer. Primary prevention. Secondary prevention. Early diagnosis.

Introduction

Oral health (OH) is part of general health and implies being free of chronic orofacial pain, oral and pharyngeal cancer, changes in soft tissues of the mouth, congenital malformations or other disorders affecting the craniofacial complex (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). In addition to dental conditions causing pain and infections, leading to psychic suffering, they also lead to social exclusion, since they are associated with poor schooling, low income, unemployment and difficulty in accessing care services (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Oral cancer is one of the oral affections and affects, for the most part, people with low sociocultural level, alcoholics and smokers (BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003). It is a worldwide public health problem due to its high morbidity and mortality rate and for reaching, mostly, the population of working age. This causes direct damages to individuals and families, negatively affecting their quality of life, as well as indirect damages to the country (BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003).

It was estimated in 2013 that 1.8 of people aged 18 years or more (2.7 million adults) had reported a medical diagnosis of cancer in Brazil. The proportion in the urban area was higher than in the rural area, respectively, 1.9 and 1.2 (OLIVEIRA et al., 2015). According to the National Cancer Institute (INCA), for 2016 and 2017 it was estimated the occurrence of approximately 596,000 new cases of cancer in each of the years, reinforcing the magnitude of the cancer problem in the country. Oral cancer is the fifth most prevalent among the male population and the sixth in the female population, although with regional variation. The incidence of oral cancer was estimated in 11,140 new cases (estimated risk of 11.27 cases per 10000) in the male population and around 4,350 (estimated risk of 4.21 cases per 10000) in the female population for the year 2016.

Dysphagia, hoarseness, odynophagia and lesions in the oral cavity that do not heal for more than two weeks are some symptoms, and the occurrence of any of these should rouse the search of a professional to make the diagnosis as early as possible. These symptoms can be identified in routine examinations, which should be done periodically. The active search of individuals who have complaints in the oral cavity should generate priority health care in these cases and follow up (BRASIL, 2004a)

This type of cancer has 80 to 90 chances of cure when diagnosed and treated in the initial phase (stages I and II). If not diagnosed early, it can cause incapacitating sequel and the need for a more complex and mutilating treatment, resulting in greater

financial and social loss (TORRES-PEREIRA et al., 2012). Brazil counts on a program for the early diagnosis, which recommends, among other actions, the prevention and control of oral cancer (BRASIL, 2004a).

However, 65-85 of the cases are diagnosed late (TORRES-PEREIRA et al., 2012). Thus, identifying methods of diagnosis of oral cancer and measures to prevent this pathology in different health systems in the world and in the country is relevant, pointing to the facilities and difficulties of implementing methods and preventive measures.

In this sense, this article aims to identify and describe the scientific production on experiences of primary and secondary prevention of oral cancer and the results obtained, focusing on primary and secondary health care.

Method

This is an integrative review of the literature (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010), whose inclusion criteria were publications in peer-reviewed journals or theses/dissertations published in Portuguese, English or Spanish between 2004 and 2015. The choice of publication period was based on the year of publication of the National Oral Health Policy in Brazil (BRASIL, 2004a).

We considered studies with primary data collection or use of secondary bases, regardless of approach, either qualitative or quantitative. Studies that addressed actions of primary and secondary prevention of actions directed at oral cancer aimed at users, professionals or services, both with direct and educational interventions were included. We also considered the models of reorganization of health services with a focus on OH that aimed to improve the reference system and counter-reference to favor early diagnosis and treatment in a timely manner.

Laboratory-based studies, those restricted to tertiary care, single case studies and those assessing the conduct and knowledge of the professionals involved, or academic education, were excluded.

In the search conducted between August and September 2015 and updated in May 2017, using the Virtual Health Library (VHL), articles were consulted in the databases LILACS, SciELO, MEDLINE and BDNF, combining the terms "early diagnosis" and "oral neoplasias", with "primary prevention" and "secondary prevention", with the corresponding translations in English and Spanish. The search resulted in the inclusion of 22 articles. The flowchart is presented in Figure 1. The

procedures for selecting and extracting data were conducted by the first author and reviewed by the others.

The articles were tabulated in a spreadsheet in MS Excel® version 2010 including the following information: title, authors, year of publication, language of the text, place and year of data, type of publication (article or thesis/dissertation), the main focus of the study (awareness-raising and population-tracking campaigns, methods of non-invasive diagnosis, and reorganization of the health system), intervention, study objective, design, study population (users, professionals, organizations).

For the analysis, the papers were grouped according to the central theme, considering those related to the activities performed in the primary and secondary health care, identifying the characteristics and highlighting the relevant conclusions. This process was reviewed by all the authors.

Results

As for the characteristics of the 22 studies included in the sample, the majority (11 studies) were carried out in Brazil. We also found publications of studies conducted in the United States, India and Thailand and a higher concentration of publications in 2015 (6 studies). Twenty publications were articles and two were doctoral theses. As for the population of the studies, 18 studies addressed patients, two approached health professionals, and two approached the health institution.

As for the design, 19 studies were of quantitative approach, and three of quantitative-qualitative approach. As for the language of publication, eight were in Portuguese, and fourteen in English language.

Regarding the thematic classification, most of the articles (15 studies) addressed non-invasive diagnostic methods, four of them addressed awareness-raising and population-tracking campaigns, and three addressed the reorganization of the health system (Table 1).

Awareness-raising and population-tracking campaigns

Studies classified in this category (ANTUNES; TOPORCOV; WUNSCH-FILHO, 2007; CRUZ et al., 2005; MAIA et al., 2013; MARTINS et al., 2012) focused

on prevention and early diagnosis activities carried out systematically in the areas covered by primary health care services. These activities were generally carried out in combination with other campaigns that had already been well structured, such as the vaccination campaign for the elderly population (ANTUNES; TOPORCOV; WUNSCH-FILHO, 2007). In the case of this specific example, this proved to be a good strategy for raising the population awareness, especially in the age group with the highest incidence of oral cancer. It also facilitated contact with a population that considered visiting the dentist unnecessary due to edentulism.

Antunes, Toporcov and Wunsch-Filho (2007) stated the need for a back-up service to absorb people identified with suspicious lesions, as well as to monitor the results of the campaigns and patients referral.

For the development of these campaigns, the following strategies are necessary: training of professionals, elaboration of printed materials to guide municipal authorities on how to conduct such campaigns, training of the specialist responsible for the reassessment of the referred lesions, and expansion of services aimed at the diagnosis of lesions. The positive aspects of these campaigns were related to the qualification of the dental surgeons (DSs) involved, proximity to the residence of the target group and contact between the three levels of health care. Another relevant aspect was the relationship between the professional and the population, through a good communication and dissemination of information about protective and risk factors for oral health, maintaining a relationship of empathy with the other, valorization of community knowledge and use of an easy-to-understand language.

Non-invasive diagnostic methods

Fifteen studies were classified in this topic addressing this topic (BURZALAFF, 2007; RAMOS et al., 2007; BHALANG et al., 2008; RAMOS et al., 2008; ANUTHAMA et al., 2010; CHATURVEDI et al., 2010; CONDE et al., 2010; STEPHEN et al., 2013; FONTES et al., 2013; GUPTA et al., 2014; TANG et al., 2015; YONG-DEOK et al., 2015; JIANG et al., 2015; MANKAPURE et al., 2015; ZHANG et al., 2015). From these, several studies (BURZALAFF, 2007; CHATURVEDI et al., 2010; CONDE et al., 2010; FONTES et al., 2013; GUPTA et al., 2014; RAMOS et al.,

2008; STEPHEN et al., 2013) have indicated the need to develop other methods for the diagnosis of oral lesions equivalent to biopsy, but with lower cost and easy-to-apply.

There were reports of use of methods to identify the presence of biomarkers suggestive of neoplastic alteration (JIANG et al., 2015; MANKAPURE et al., 2015; TANG et al., 2015; YONG-DEOK et al., 2015.; ZHANG et al., 2015), videoroscopy (CONDE et al., 2010), spectroscopy (fluorescence, diffuse reflectance) (ANUTHAMA et al., 2010; CHATURVEDI et al., 2010; STEPHEN et al., 2013), and acetic acid application (BHALANG et al., 2008), endoscopy (RAMOS et al., 2008), modified exfoliative biopsy (GUPTA et al., 2014), toluidine blue test (RAMOS et al., 2007), and exfoliative cytology (RAMOS et al., 2007).

Reorganization of the health system

The studies classified in this category covered preventive activities associated with participatory planning and epidemiological surveillance (BULGARELI et al., 2013), the implementation of physical examination of the mouth in a population at risk (SCHEUFEN et al., 2012), organization of dental centers that are responsible for the diagnosis and referral of confirmed cases of cancer (SAMPAIO et al., 2015).

Bulgareli et al. (2013) analyzed the effects of participatory planning. Among the actions implemented as a result of this strategy, they found the epidemiological surveillance performed by dental surgeons in the area of coverage of the primary health care unit as relevant and a guiding activity in decision making. This activity favored the increase of 21 to 62 of the coverage of examinations performed in the population over 60 years, with the consequent increase in the probability of identifying suspicious lesions.

The other study in this category (SCHEUFEN et al., 2012), also carried out in the state of São Paulo, addressed the implementation of activities directed to "risk groups", including health education, occasional screening and referral of suspected lesions. The authors argue that in order to be less costly to the health service, these activities could be carried out periodically, combined with other health campaigns directed to this group.

Conducting explanatory/educational lectures also proved to be effective (BULGARELI et al., 2013), especially when followed by orientation for self-

examination and clinical examination by the oral health professional (SCHEUFEN et al., 2012), with emphasis on dissemination tools to increase knowledge on the subject: distribution of leaflets; encouragement of regular visits to the dentist and self-care in oral health, including hygiene of teeth and prostheses; guidance on harmful habits, such as smoking and alcoholism; and self-examination.

Regarding the organization of Dental Centers (DC), the importance of monitoring suspected and confirmed cases was highlighted, indicating a better structuring of the reference and counter-referral system in order to speed up the process of early diagnosis and treatment in a timely manner. For this purpose, a system that encompasses the entire work process is needed (SCHEUFEN et al., 2012).

Discussion

The practice of prevention and early diagnosis of diseases is advocated worldwide, as it enables a curative intervention for most types of cancers in a timely manner. Thus, we sought to identify such practices in primary and secondary care for the control, prevention and early diagnosis of oral cancer, verifying which actions have been successful in Brazil and in the world in order to help increasing the rates of cure of this disease.

The current hegemonic concept of Primary Health Care (PHC) includes actions to promote health and prevent disease, in addition to care (32). PHC has in Brazil, especially through the family health strategy (FHS), absolute centrality in the organization of the health system. Oral health has been inserted into the basic team since 2000, and since then OH Brazilian policies have clearly established the role of the secondary level with the Dental Centers (DCs) (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Efforts have been identified at the PHC level to develop awareness and information about the problem, risk factors and signs and symptoms of oral cancer. The identification of risk groups among the population assigned to health units is important, since the intervention in this population has a differential effect, considering its greater risk of becoming ill and possibly a greater chance of developing pre-malignant and malignant lesions (ANTUNES; TOPORCOV; WUNSCH-FILHO, 2007; MAIA et al., 2013; MARTINS et al., 2012). Such activities seek to promote change in the habits and attitudes of the population towards a healthy lifestyle. These actions must be carried out by primary health care professionals, whether they work on oral health or not, in

partnership with the other levels of health care, thus strengthening the integration between them.

Oral cancer has also affected people who do not have the traditional risk factors and at younger age. Thus, despite the need for differentiated attention to risk groups (STEELE; MEYERS, 2011), educational activities should not be restricted to them alone. However, current evidence on the benefits and risks of screening for oral cancer in asymptomatic adults is insufficient to support screening for population screening without discriminating "risk group".

At the secondary health care level, it is necessary to introduce new methods of diagnosis of oral cavity lesions that are more cost-effective, easier to handle and fast to achieve results in order to facilitate the early identification of the problem. The achievement of population tracking combined with awareness campaigns are actions that enhance one another.

Early diagnosis of oral cancer is a differential factor for the outcome of cases, and detection in the pre-malignant phase can improve the incidence and mortality rates of this disease (SWEENY et al., 2011). Thus, the use of high-sensitivity and -specificity screening methods is essential to change the panorama of high rates of late diagnosis. Screening targets people who are or think themselves healthy, and non-invasive methods improve test acceptance. Because they are easier to handle and quick to analyze, suspicious lesions may be better defined and have an abbreviated outcome, with positive repercussions in the conduction of cases. In addition, the need for a surgical biopsy may contribute to the delay in diagnosis due to the time to schedule it and to obtain the result, especially in poorer areas and with less diagnostic resources. However, it is important to emphasize that biopsy is still mandatory in highly suspected lesions and intended specifically for these lesions, due to its potential for morbidity (SWEENY et al., 2011).

All these methods have advantages and disadvantages, and can be used in secondary care to facilitate diagnosis. Currently, there are no national programs based on oral cancer screening on implementation, but timely screening has been advocated (WALSH et al., 2013). These non-invasive alternatives are poorly disseminated in health services and the gold standard for tracking oral cancer continues to be visual inspection under white light and palpation by a physician or dentist. This procedure,

however, is limited for being dependent on the examiner's experience, and this limitation supports the development of more objective diagnostic techniques. In spite of the scarcity of studies that justify the use of these non-invasive methods mentioned above as front line in the tracking, they are very useful in situations in which the biopsy is not available (SWEENY et al., 2011; WALSH et al., 2013). The objective was to replace non-invasive techniques in places where biopsy cannot be performed in a timely manner, or even to facilitate the tracking of lesions in apparently healthy people with or without risk factors for cancer, since for screening it is recommended to use of a method that is not invasive and that makes it possible to differentiate malignant and benign lesions.

Even with several possibilities for diagnostic methods, rates still indicate that patients are diagnosed in advanced stages of cancer (SWEENY et al., 2011; WALSH et al., 2013). This finding points to the urgent need for reorganization of public care in dentistry, both at the primary and secondary levels, aiming at the flow of patients in the care network, which is crucial for the impact on morbidity and mortality indicators. Without the effective reorganization of the health care system and care network for these patients, despite the advances in the oncology area regarding methods of diagnosis and treatment, oral cancer will continue to be a public health problem.

Among the recommendations for the organization of the Brazilian health system, it is emphasized the importance of the municipalization of services (TORRES-PEREIRA et al., 2012), with the actions implanted and evaluated within the regions and effective reference and counter-reference in stomatology to the area of coverage as an essential factor to an organized flow within the network. Other actions were also relevant to improve oral health performance, such as the training strategies of the professionals involved (SCHEUFEN et al., 2012), the development of materials to guide municipalities in the conduction of campaigns (BULGARELI et al., 2013), effective establishment of reference flows (SCHEUFEN et al., 2012; TORRES-PEREIRA et al., 2012), practical training with the dentist in the unit (BULGARELI et al., 2013), re-examination in individuals with soft tissue alterations (SCHEUFEN et al., 2012) and more services for the diagnosis of oral lesions (BULGARELI et al., 2013; SCHEUFEN et al., 2012). The participatory planning (BULGARELI et al., 2013) had its proven success, being able to be used as model for other units, respecting the

peculiarity of each locality and organization of the reference flow system and counter-reference. The absence of a support service for people addressed in these campaigns will result in the failure to provide care to patients with potentially malignant lesions in order to solve the identified problem. Important inequalities were identified in the use of oral health services in the FHT (SOARES; CHAVES; CANGUSSU, 2013), as well as the marked effect of social determinants of health on outcomes in oral health (BUENO et al., 2014), aspects not valued in the studies analyzes in this review.

Some limitations of this review should be highlighted. The choice of the period was due to the publication of the Brazilian oral health policy, in order to identify experiences in Brazil and in the world from this period. However, in view of the time frame between the events portrayed and the publication in an article format, experiences prior to this period were captured. Some choices, such as limited languages and retrieving only articles available in free access databases or in the CAPES journal base may have limited the scope of articles achieved, but were important for the feasibility of the work. The great majority of the studies found favorable results in the analyzed interventions, and many of them were carried out by the actors involved. Such a finding may be due to the tendency not to publish negative findings. Finally, no filter was applied regarding the quality of the studies.

Conclusions

The challenge for the early diagnosis of oral cancer is not only a national one but a worldwide problem, and it is related to a number of factors, such as: the profile of people affected, difficulty in accessing a dentist, invasive methods of early diagnosis, lack of dissemination of information for the population, knowledge limitations of professionals working in the area and a deficit of approaching this content in the university curriculum.

The studies included in this article have different focuses on the prevention and early diagnosis of oral cancer. They address the knowledge on the profile of the most vulnerable groups and the necessary information about the problem, such as awareness campaigns; the available and the alternative approaches to patient care, such as population screening, implementation of new strategies for the early detection of this pathology by different diagnostic methods; the role of professionals, the appreciation of

the dental surgeon and the necessary permanent education of oral health professionals, and the reorganization of the health system and services, with the involvement of all health teams and integration of health care levels.

This review included 22 articles published over a period of 13 years. We found reports of interventions in the categories of non-invasive diagnostic methods, awareness and tracking campaigns, and reorganization of the health system.

Despite the possibility of publication bias, most of the reviews showed positive results in increasing the early detection of cases. An exception was the active search for suspected cases in the population, since the cost-benefit did not compensate the expenditure with human resources for this purpose. Another important point is that the use of non-invasive methods for diagnosis of lesions has been found useful only as auxiliary methods in cases in which the biopsy is not available or when its result may delay the diagnosis because it remains as the standard gold in the diagnosis of malignant lesions.

REFERENCES

- ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOV, T. N.; WUNSCH-FILHO, V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Saude Publica**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 30–36, 2007. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n1/30-36/pt>>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- ANUTHAMA, K. et al. Characterization of different tissue changes in normal, betel chewers, potentially malignant lesions, conditions and oral squamous cell carcinoma using reflectance confocal microscopy: correlation with routine histopathology. **Oral Oncology**, [S.l.], v. 46, n. 4, p. 232–248, abr. 2010. Disponível em: <[https://www.oraloncology.com/article/S1368-8375\(09\)01013-6/fulltext](https://www.oraloncology.com/article/S1368-8375(09)01013-6/fulltext)>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- BHALANG, K. et al. The application of acetic acid in the detection of oral squamous cell carcinoma. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology**, [S.l.], v. 106, n. 3, p. 371–376, sept. 2008. Disponível em: <[https://www.oooojournal.net/article/S1079-2104\(08\)00054-1/fulltext](https://www.oooojournal.net/article/S1079-2104(08)00054-1/fulltext)>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. A política de atenção básica do ministério da saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab. Educ. Saúde**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 27–53, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n1/03.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de aplicações gráficas da logomarca do programa Brasil Sorridente**. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_visual_ceo.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto **SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. 2004a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Editora MS, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Onde se tratar pelo SUS**. 2014d. Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em: 22 jun. 2014.

BRENTANI, M. M.; COELHO, F. R. G.; KOWALSKI, L. P. **Bases da oncologia**. São Paulo: Lemar, 2003.

BUENO, R. E. et al. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. 2014.

BULGARELI, J. V. et al. Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 18, n. 12, p. 3461–3473, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a03v18n12.pdf>>. Acesso em: 13 ago 2018.

BURZALAFF, J. B. **Estudos sobre a aplicabilidade da citopatologia no diagnóstico precoce do câncer bucal**. 2007. 91 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

CHATURVEDI, P. et al. Fluorescence spectroscopy for noninvasive early diagnosis of oral mucosal malignant and potentially malignant lesions. **Journal of Cancer Research and Therapeutics**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 497–502, 2010. Disponível em: <<http://www.cancerjournal.net/article.asp?issn=0973-1482;year=2010;volume=6;issue=4;page=497;epage=502;aulast=Chaturvedi>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

CONDE, D. C. et al. A vídeo-câmera intraoral como instrumento auxiliar no exame dos pacientes com risco aumentado para câncer bucal [The intraoral video camera: a diagnostic tool in the exam of patient with increased oral cancer risk]. **Rev. clín. pesq. odontol. (Impr.)**, v. 6, n. 1, p. 49–55, 04PY - 2010 2010.

CRUZ, G. D. et al. Preventing and detecting oral cancer. Oral health care providers' readiness to provide health behavior counseling and oral cancer examinations. **Journal of the American Dental Association (1939)**, v. 136, n. 5, p. 594- 601; quiz 681-682, maio 2005.

FONTES, K. B. F. da C. et al. Concordance between cytopathology and incisional biopsy in the diagnosis of oral squamous cell carcinoma. *Brazilian Oral Research*, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 122–127, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242013000100018>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

GUPTA, S. et al. Clinical correlative study on early detection of oral cancer and precancerous lesions by modified oral brush biopsy and cytology followed by histopathology. **Journal of Cancer Research and Therapeutics**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 232-238, apr./jun. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25022371>>. Acesso em: 14 ago. 2018

JIANG, W.-P. et al. Diagnostic model of saliva peptide finger print analysis of oral squamous cell carcinoma patients using weak cation exchange magnetic beads. **Bioscience Reports**, [S.l.], v. 35, n. 3, jul. 2015. Disponível em: <

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4613719/pdf/bsr035e211.pdf> >. Acesso em: 14 ago. 2018.

KOWALSKI, L. P.; BRENTANI, M. M.; COELHO, F. R. G. **Bases da oncologia**. São Paulo: Lemar, 2003.

MAIA, A. de M. O. et al. Diagnóstico precoce de lesões orais potencialmente malignas em dois municípios do Estado de Pernambuco. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v. 12, n. 1, p. 47–51, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v12n1/a11v12n1.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MANKAPURE, P. K. et al. Serum big endothelin-1 as a biomarker in oral squamous cell carcinoma patients: an analytical study. **Journal of Applied Oral Science**, [S.l.], v. 23, n. 5, p. 491–496, nov. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4621942/pdf/1678-7757-jaos-23-5-0491.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MARTINS, J. S. et al. Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. **Rev Panam Salud Publica**, [S.l.], v. 31, n. 3, p. 246–252, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/246-252/pt>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA, M. M. de et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. Epidemiol.**, [S.l.], p. S146–S157, 2015. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000600146&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 ago. 2018.

RAMOS, G. H. A. et al. Avaliação da citologia e do teste do azul de toluidina no diagnóstico dos tumores malignos da mucosa oral. **Rev. bras. Cir. Cabeça Pescoço**, [S.l.], v. 36, n. 1, p. 27–29, jan/mar. 2007. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/artigo_azul_erasto.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2018.

RAMOS, G. H. A. et al. Endoscopia de contato (microestomatoscopia) nas lesões da boca e do lábio: avaliação do método. **Rev. Col. bras. Cir.**, v. 35, n. 6, p. 355–360, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n6/v35n6a03.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

SAMPAIO, E. T. de M. et al. Acesso ao tratamento do câncer bucal na região do colegiado de gestão regional de Campinas - SP: estudo de caso. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 150-155, maio/ago. 2015. Disponível em: <http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2015/Odonto_02_2015_150-155.pdf>. Acesso em 14 ago. 2018.

SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L.; CANGUSSU, M. C. T. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios

brasileiros. **Rev. Panam Salud Publica**, [S.l.], v. 34, n. 6, p. 401-406, 2013. Disponível em: < <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n6/401-406/pt> >. Acesso em: 15 ago. 2018.

SCHEUFEN, R. de C. et al. Prevenção e detecção precoce do câncer de boca: screening em populações de risco. **Pesqui. bras. Odontopediatria Clín. Integr**, [S.l.], v. 11, n. 02, 2012. Disponível em: < <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1442/683> >. Acesso em: 15 ago. 2018.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Rev. Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf >. Acesso em: 15 ago. 2018.

STEELE, T. O.; MEYERS, A. Early detection of premalignant lesions and oral cancer. **Otolaryngologic Clinics of North America**, [S.l.], v. 44, n. 1, p. 221–229, vii, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21093631>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

STEPHEN, M. M. et al. Diagnostic accuracy of diffuse reflectance imaging for early detection of pre-malignant and malignant changes in the oral cavity: a feasibility study. **BMC Cancer**, [S.l.], v. 13, n. 278, p. 1-9, jun. 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3679752/pdf/1471-2407-13-278.pdf> >. Acesso em: 15 ago. 2018.

SWEENY, L et al. Assessment of tissue autofluorescence and reflectance for oral cavity cancer screening. **Otolaryngology: Head & Neck Surgery**, [S.l.], v. 145, n. 6, p. 956–60, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3594780/>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

TANG, X.-H. et al. Gene expression profiling signatures for the diagnosis and prevention of oral cavity carcinogenesis-genome-wide analysis using RNA-seq technology. **Oncotarget**, [S.l.], v. 6, n. 27, p. 24424–24435, sept. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695195/pdf/oncotarget-06-24424.pdf> >. Acesso em: 15 ago. 2018.

TORRES-PEREIRA, C. C. et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. S30–S39, 2012. Suplemento. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/05.pdf> >. Acesso em 15 ago. 2018.

WALSH, T. et al. Clinical assessment to screen for the detection of oral cavity cancer and potentially malignant disorders in apparently healthy adults. **Cochrane Database Syst. Rev.**, [S.l.], v. 21, n. 11, p. 1-70, 2013. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010173.pub2/media/CDSR/CD010173/CD010173.pdf> >. Acesso em: 15 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO**

Global Oral Health Programme. Geneva, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2014.

YONG-DEOK, K. et al. Molecular genetic study of novel biomarkers for early diagnosis of oral squamous cell carcinoma. **Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal.**, [S.l.], v. 20, n. 2, p. e167-179, mar. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4393979/pdf/medoral-20-e167.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

ZHANG, Y. et al. Silicon nanowire biosensor for highly sensitive and multiplexed detection of oral squamous cell carcinoma biomarkers in saliva. **Analytical Sciences**, [S.l.], v. 31, n. 2, p. 73–78, mar. 2015. Disponível em: <https://www.jstage.jst.go.jp/article/analsci/31/2/31_73/_article>. Acesso em: 15 ago. 2018.

List of figures

Table 1 – Characterization of articles included in the study.

Figure 1 – Flowchart of search for articles.

Table 1 - Characterization of articles included in the study.

Título	Período dos dados	Local de realização do estudo	Intervention	Objective	Main conclusions
<i>AWARENESS-RAISING AND POPULATION-TRACKING CAMPAIGNS</i>					
Early Detection of potentially malignant oral lesions in two cities of Pernambuco. (MAIA et al., 2013)	Uninformed	Brazil (Pernambuco)	The 448 participants of explanatory lecture held in public places were submitted to clinical examination of the oral cavity and suspected cases were referred to specialized dental care.	To evaluate the presence of potentially malignant oral lesions in residents of two municipalities in the regions Zona da Mata and Sertão of the State of Pernambuco.	Twenty six potentially malignant oral lesions were identified in 448 residents in a state that counts on few programs targeting the early detection of oral cancer.
Strategies and results of the oral cancer prevention campaign among the elderly in São Paulo, Brazil, 2001 to 2009. (MARTINS et al., 2012).	2001-2009	Brazil (São Paulo)	Training of professionals, development of printed material with guidelines to conduct campaigns for prevention, tracking, and referral of suspected cases were performed.	To describe strategies and results of campaign aimed at early diagnosis and prevention of oral cancer for the population aged 60 and over developed since 2001 in the State of São Paulo.	There was implementation of both educational and management strategies of different natures. A significant reduction in the rate of confirmed cases of oral cancer was reached between 2005 and 2009, allowing concluding that there were benefits to the oral health of the elderly population.
The effectiveness of the oral cancer prevention and early diagnosis program in São Paulo, Brazil (ANTUNES; TOPORCOV; WUNSCH-FILHO, 2007).	2004	Brazil (São Paulo)	A campaign for prevention and early diagnosis of oral cancer was carried out together with elderly vaccination campaign.	To evaluate the results of the campaign for prevention and early diagnosis of oral cancer carried out in the together with the elderly vaccination campaign against in the State of São Paulo in 2004.	The campaign showed to be ineffective in view of the high proportion of patients whose soft tissue lesions could not be solved, besides the lack of monitoring of prevention campaign results in most of the state.
Preventing and detecting oral cancer: Oral health care providers' readiness to provide health behavior counseling and oral cancer examinations (CRUZ et al., 2005).	2002	United States (New York State)	Research on the practice of dentists in the prevention and tracking of oral cancer.	To assess the practice standards for prevention and early detection of oral cancer.	The oral cancer examination seemed to be adopted as a standard practice by most state providers, but prevention services, such as counseling to stop smoking and alcohol abuse,

Título	Período dos dados	Local de realização do estudo	Intervention	Objective	Main conclusions
					were insufficient.
NON-INVASIVE DIAGNOSTIC METHODS					
Silicon Nanowire biosensor for highly sensitive and multiplexed detection of oral squamous cell carcinoma biomarkers in saliva (ZHANG et al., 2015).	Uninformed	China	Application of the silicone nanowire biosensor for the detection of biomarkers related to the presence of the tumor.	To evaluate the specificity and sensitivity of this method.	This method was capable to detect these factors in saliva, besides being low cost. It was considered a valid tool for the diagnosis.
Serum big endothelin-1 as a biomarker in oral squamous cell carcinoma patients: an analytical study (MANKAPURE et al., 2015).	Uninformed	India (Aurangabad)	Evaluation of the level of endothelin-1 in people with oral cancer.	To evaluate the use of endothelin-1 as a blood biomarker to correlate clinical staging and histological classification.	This marker can facilitate early detection through blood test. It is also a method for population screening.
Diagnostic model of saliva peptide finger print analysis of oral squamous cell carcinoma patients using weak cation exchange magnetic beads (JIANG et al., 2015).	2013-2014	China	Use of the MALDI-TOF MS method to identify biomarkers.	To identify specific biomarkers in saliva.	The identification of biomarkers may facilitate the diagnosis, but multicenter studies are needed to validate the method.
Molecular genetic study of novel biomarkers for the early diagnosis of oral squamous cell carcinoma (YONG-DEOK et al., 2015).	2011-2012	Korea (Seoul)	Microanalysis of tumor tissue to identify genes associated with change.	To identify the expression of genes associated with the presence of oral cancer.	It was found that the presence of four genes in combination is candidate as a biomarker for this type of cancer.
Gene expression profiling signatures for the diagnosis and prevention of oral cavity carcinogenesis-genome-wide analysis using RNA-seq technology (TANG et al., 2015).	Uninformed	United States (New York)	Use of 4-NQO to identify genetic expression.	To compare the genetic expression in the early and advanced stages of oral cancer.	The identification of biomarkers can facilitate the diagnosis in people with risk factors, and distinguish the stage of the disease.
Clinical correlative study on	Uninformed	Índia	Application of the modified	To evaluate and compare the	Modified brush biopsy was more

Título	Período dos dados	Local de realização do estudo	Intervention	Objective	Main conclusions
early detection of oral cancer and precancerous lesions by modified oral brush biopsy and cytology followed by histopathology por histopatologia (GUPTA et al., 2014).		(Gujarat).	brush biopsy and exfoliative cytology method was performed on 225 oral lesions clinically diagnosed as precancerous, selected from 1099 lesions in 877 patients, while scalpel or punch biopsies were performed based on clinical and cytological evidence in 117 lesions.	clinical usefulness and the efficacy of exfoliative cytology, modified brush biopsy (without computerized analysis) and biopsy in the early detection of premalignant and malignant oral lesions.	effective than routine cytology and could be used as a practical screening tool for oral cancer, favoring the early detection of lesions with malignant potential.
Concordance between cytopathology and incisional biopsy in the diagnosis of oral squamous cell carcinoma (FONTES et al., 2013).	2002-2010	Brazil (Rio de Janeiro).	The patients (172) underwent cytological examination followed by incisional biopsy to compare these methods.	To evaluate the sensitivity, specificity, positive and negative predictive values and cytopathology precision for the diagnosis of oral squamous cells.	The sensitivity of oral cytopathology was enough to justify its use as a diagnostic screening to test and confirm the malignant nature of epithelial cells, mainly for the classification of oral squamous cells.
Diagnostic accuracy of diffuse reflectance imaging for early detection of pre-malignant and malignant changes in the oral cavity: a feasibility study (STEPHEN et al., 2013).	2010	India (Trivandrum).	Development of oral lesion diagnosis method (by the multi-spectral diffuse reflectance imaging system) applied to 55 patients and 23 healthy volunteers. The tissue biopsy and histopathology were used as gold standard.	To compare the accuracy of the multi-spectral diffuse reflectance imaging system in relation to the gold standard of tissue biopsy and histopathological examination.	The diffuse reflectance was effective as a screening tool because it found malignant areas with good diagnostic accuracy compared to the gold standard.
The intraoral video camera: a diagnostic tool in the exam of patient with increased oral cancer risk (CONDE et al., 2010).	Não informado	Brazil (Rio de Janeiro).	A videoroscopy preceded by examination without help of any magnifying device was performed in patients and found precursor epithelial lesions or lichen planus.	To compare the findings of clinical examination of the oral cavity with and without the aid of an intraoral video camera ("videoroscopy") in order to diagnose precursor lesions and precancerous	Of the patients with precursor epithelial lesion or lichen planus, 80 of lesions were observed in both exams, while 7 were only diagnosed after videoroscopy. Videoroscopy was useful for patients at increased risk for oral

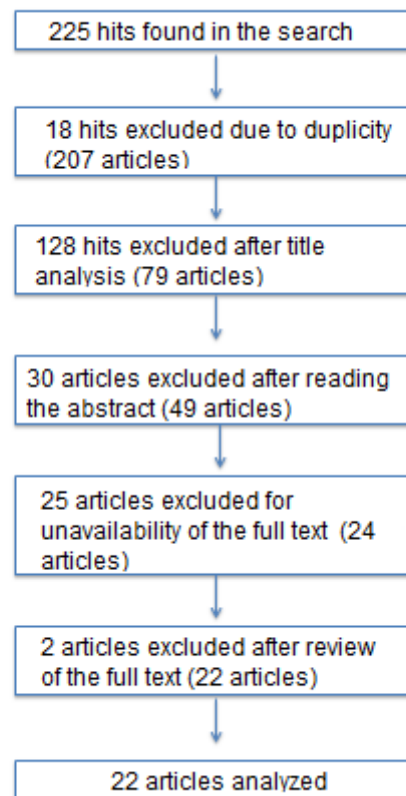
Título	Período dos dados	Local de realização do estudo	Intervention	Objective	Main conclusions
				conditions (lichen planus).	cancer in order to assist in the diagnosis of early lesions, in the selection of the best area for biopsy and in the follow-up of these lesions
Fluorescence spectroscopy for noninvasive early diagnosis of oral mucosal malignant and potentially malignant lesions (CHATURVEDI et al., 2010).	Uninformed	India (province not informed)	Use of fluorescence spectroscopy in 170 people (26 healthy volunteers and 144 patients); histopathology was the gold standard.	To evaluate the potential of the fluorescence spectroscopy method to differentiate lesions in the oral cavity.	A prediction ranging from 76 to 85 was found in four pathological classes of the oral cavity, with a sensitivity of 98 and a specificity of 100 to differentiate abnormal from normal tissues. Thus, the study suggests the possibility of classifying pathological classes by the autofluorescence spectrum <i>in vitro</i> , making the method useful for places with low resources and limited clinical expertise.
Characterization of different tissue changes in normal, betel chewers, potentially malignant lesions, conditions and oral squamous cell carcinoma using reflectance confocal microscopy: correlation with routine histopathology (ANUTHAMA et al., 2010).	Uninformed	India (Chennai).	Biopsy of the lesions and reflectance evaluation were performed in 25 patients with suspected lesions.	To evaluate the characteristics of the normal mucosa, mucosa of betel smokers, mucosa with potentially malignant lesion and squamous cell carcinoma of the oral mucosa by using focal reflectance microscopy.	The application of confocal reflectance allowed differentiating the lesions in the studied groups, suggesting its clinical usefulness in the evaluation of oral lesions, early diagnosis and malignant and premalignant oral lesions and real-time identification of tumor margins.
Contact endoscopy (microstomatotomy) in oral lesions: evaluation of the method (RAMOS et al., 2008).	2004-2005	Brazil (São Paulo).	Application of microstomatotomy in 100 patients with lesions, followed by comparison of these results	To describe the difficulties of microstomatotomy when applied to the lesions of the mouth and lower lip	The difficulties, present in all cases, were the contact of the device with the anatomical surface, the sliding of the device,

Título	Período dos dados	Local de realização do estudo	Intervention	Objective	Main conclusions
			with the histopathological result.	(including lip vermilion), as well as to verify whether the criteria already used in this same type of examination for other topographies are also amenable to analysis in these places.	the fine tremors and the lack of sharpness of the image, which did not impair the performance and interpretation of the examination. The criteria were shown to be applicable to lesions of the mouth and lower lip.
The application of acetic acid in the detection of oral squamous cell carcinoma (BHALANG et al., 2008).	Uninformed	Thailand (Bangkok)	The application of acetic acid in 30 patients with suspicious lesions, comparing the result with that of the biopsy.	To evaluate the sensitivity, specificity and precision of the use of vinegar (5 acetic acid) for the examination of oral cancer. It was a secondary objective to investigate the association between clinical examination using acetic acid and expression of the p53 tumor marker.	There was a significant association between clinical examination using acetic acid and expression of p53 protein ($p = 0.000$). The findings suggest that 5 acetic acid has high sensitivity, specificity and accuracy in the detection of squamous cell carcinoma of the mouth, thus being useful for oral epidermoid cancer.
Evaluation of the cytology and the toluidine blue test in the diagnosis of oral malignant tumors (RAMOS et al., 2007).	1988-1989	Brazil (Curitiba).	Application of the toluidine blue test in 100 patients seen in the CP sector, comparing with the cytopathological examination of the lesion.	To determine the sensitivity and negative predictive value of the exfoliative cytology examination and toluidine blue test for the diagnosis of oral carcinoma; the histopathological examination was the gold standard.	The most sensitive test was the toluidine blue test (80.9), that also had the highest negative predictive value (70.3), and the one with the highest specificity and the ability to detect malignant cells for evaluation was the cytologic scraping of lesions (82.7). Both test showed to be useful in the diagnosis of malignant lesions of the mouth, especially in places with a lower prevalence of the disease and in situations in which the biopsy is not a feasible procedure, thus

Título	Período dos dados	Local de realização do estudo	Intervention	Objective	Main conclusions
Studies on the applicability of cytopathology in the early diagnosis of oral cancer (BURZALAFF, 2007).	2000-2004	Brazil (Porto Alegre).	Application of the cytopathology method in 15 patients with suspicious lesions comparing the result with that of the biopsy.	To evaluate the efficacy of cytology in the analysis of lesions.	preventing the definition of clinical screening. The method has shown to be useful after its application in 15 patients with suspicious lesions, confirming that cytology has potential for screening malignant and premalignant lesions.
REORGANIZATION OF THE HEALTH SYSTEM					
Prevention and detection of oral cancer: participatory planning as a strategy to broaden coverage in the elderly population (BULGARELI et al., 2013).	2006-2011	Brazil (São Paulo).	Annual action for prevention and early detection of oral cancer, carried out with the participative planning of the health teams in a municipality of São Paulo state.	To evaluate the participatory planning of the health teams, seeking to identify the difficulties encountered and the strategies adopted in the period of five years (2006-2011) by analyzing the coverage of oral exams for the prevention and detection of the disease.	Strategies to cope with the difficulties, coordination issues and epidemiological surveillance suggested by dental surgeons led to an increase in the coverage of exams performed in the population (> 60 years), which increased from 21 in 2006 to 62 in 2011. It was concluded the development of strategies with the participation of health teams had satisfactory results.
Prevention and Early Detection of Oral Cancer: Screening in Risk Populations (SCHEUFEN et al., 2012).	2000-2002	Brazil (São Paulo).	Implementation of directed examination of the mouth and palpation of the cervical ganglion chains followed by referral of patients with lesions for further investigations; the target audience was smokers and alcohol consumers attended at the studied health unit.	To evaluate the feasibility of a program for the prevention and early diagnosis of oral cancer directed at groups considered at risk for this disease.	A high number of lesions were diagnosed during the screening of the at-risk population, demonstrating the importance of the periodic oral examination in this group. However, the proposed intervention, such as the displacement of specific teams for the screening of patients, proved to be very arduous and costly to be effectively incorporated into

Título	Período dos dados	Local de realização do estudo	Intervention	Objective	Main conclusions
Access to oral cancer treatment in the regional management collegiate region (SAMPAIO et al., 2015).	2011	Brazil (São Paulo)	Monitoring of the outcome of cases of patients attended at DCs.	To evaluate the outcome of cases diagnosed as oral cancer in reference services in oncology.	health care services. Biopsies are performed with agility. There was no counter-reference neither monitoring of cases of oral cancer.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Figure 1 – Flowchart of search for articles.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

APÊNDICE O – Resultado da análise de conteúdo para as dimensões acesso aos serviços de atenção primária e secundária em saúde bucal na percepção dos pacientes, gestores e profissionais de saúde bucal. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Sub-dimensão	Categorias de análise (Critérios)	Material empírico		
		Positivos ou facilidades	Negativos / barreiras ou dificuldades	Neutro
ESTRUTURA				
Acessibilidade	Proximidade geográfica entre moradia e serviço de saúde, localização da unidade, e facilidade de transporte público	Paciente		
		Maioria dos entrevistados (18 pt) considerou os serviços APS como próximos de sua residência ou ter facilidade de transporte público. Todos os sete pacientes usuários do CEO relataram facilidade nesse aspecto.	Apenas um paciente relatou não ter unidade próxima de sua residência na avaliação da APS. Na avaliação do CEO não houve relato de barreira.	Dois pacientes não informaram sobre essa questão por não terem conhecimento se existe unidade de APS próxima de sua residência. E quanto ao CEO, quatorze pacientes não descreveram sobre esse aspecto, pois não utilizaram esse serviço.
		Observação US		
		Todas as 11 US-APS possuíam boas condições de localização; dez tinham boas condições de transporte público, e apenas cinco possuíam estacionamento no local ou próximo acessível aos usuários. Os três CEO possuíam boas condições de localização com transporte favorável, e apenas um tinha estacionamento próprio/próximo.	Apenas uma US-APS tinha condição ruim para transporte público, e seis não possuíam estacionamento próprio e nem próximo à unidade. Dois CEO não possuíam estacionamento próprio ou próximo.	–
	Capacidade física ou ajuda para ir ao serviço de saúde	Paciente		
		Nove de 12 pacientes freqüentavam a mesma US da APS, dos quais todos relataram possuir recursos para chegar à mesma, sendo recursos próprios, ou ajuda de terceiros tanto em relação à APS quanto em relação ao CEO.	–	Foram incluídos apenas os relatos sobre as unidades avaliadas nesse estudo, APS e CEO.
Condição financeira ou suporte para ir aos serviços de saúde	Paciente Entre os pacientes que já utilizavam a unidade de APS, ou os que foram pela primeira vez após visualizarem a lesão, relataram suporte financeiro acessível. Assim como os que foram no CEO.	Paciente Não houve referência pelos pacientes que utilizaram o serviço.	Paciente Na presença de barreira em relação a esse aspecto para utilizar qualquer outro serviço que não o que fossem os avaliados, não foram incluídos na análise.	
Disponibilidade	Oferta das atividades e dos procedimentos	Paciente		
		Todos os pacientes que utilizavam os serviços rotineiramente descreveram que existe uma oferta de serviços bem estruturada tanto em	Só um paciente relatou barreira no acolhimento na APS.	Na presença de barreira em relação a esse aspecto para utilizar qualquer outro serviço que não o que fossem os avaliados, não foram

Sub-dimensão	Categorias de análise	Material empírico			
			relação à APS, quanto em relação ao CEO.		incluídos na análise.
		Gestor			
	Apresentados relatos positivos em relação à oferta, tanto na APS quanto no CEO.	Um gestor de APS apresentou relato de barreira para realizar atividades coletivas após a obra na unidade.		–	
		Profissional			
	Apresentaram relatos positivos em relação às atividades realizadas pelas unidades de APS e CEO.	Dois profissionais apresentaram relato de barreira para realizar atividades coletivas na APS.		Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.	
		Observação			
	As unidades realizavam as atividades preconizadas pelas políticas que regem os programas.	–		–	
	Presença dos profissionais das diferentes categorias	Paciente			
		A maioria dos usuários de US APS relatou que consegue atendimento com os profissionais de diferentes categorias, os quais estão disponíveis na US.	–	Só foram incluídos relatos de pacientes que já utilizam as unidades.	
			Gestor		
		A maioria relatou possuir os profissionais de diferentes categorias.	Um gestor de CEO relatou falta de profissional técnico. A maioria relatou barreira no quantitativo desses profissionais para atender a população.		Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa
			Profissional		
	Em relação às categorias na SB, a maioria relatou ter o quadro completo, tanto na APS quanto no CEO.	Relatos de déficit de profissionais de nível técnico, o que interfere na assistência, tanto no APS quanto no CEO. A maioria relatou que a principal barreira é em relação ao quantitativo de profissionais para atender a demanda na SB.		Não se obteve relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.	
	Formação dos profissionais de saúde	Gestor			
		A maioria possui curso de pós-graduação.	Apenas um possuía até o nível de graduação.	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa.	
			Profissional		
	A maioria, entre os profissionais de nível superior, possui curso de pós-graduação.	A maioria possui curso de pós-graduação.		Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.	

Sub-dimensão	Categorias de análise	Material empírico		
Ambiência	Consultórios montados de acordo com as normas	Gestor		
		Os gestores de APS e CEO relataram que os consultórios estão montados de forma adequada.	–	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa
		Profissional		
		A maioria relatou que os consultórios estão montados de forma adequada.	Dois profissionais de CEO relataram insatisfação quanto à montagem dos consultórios.	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.
		Observação US		
	Consultórios montados de forma adequada.	–	–	
	Equipamentos disponíveis em quantidade adequada e bom estado de uso	Gestor		
		A maioria relatou quantitativo adequado de recursos materiais e equipamentos tanto na APS quanto no CEO. Porém os equipamentos estão em bom estado geral.	Um gestor da APS e outro do CEO relataram alguma dificuldade na aquisição de material Não houve relato negativo quanto aos equipamentos permanentes.	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa.
		Profissional		
		A maioria relatou quantitativo adequado de recursos materiais e equipamentos tanto na AP. No CEO todos relataram quantidade suficiente.	Três profissionais de dois unidades de APS diferentes relataram alguma dificuldade para aquisição de material.	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.
		Observação US		
	Materiais e equipamentos em bom estado de uso.	–	–	
	Privacidade no atendimento	Gestor		
		Os gestores de APS e CEO relataram que existe privacidade no atendimento.	–	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa
		Profissional		
Os profissionais de APS e CEO relataram que existe privacidade no atendimento.		–	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.	
Observação US				
Em todas as unidades havia privacidade no atendimento.	Em todas as unidades havia privacidade no atendimento.	–		
Comodidade para o paciente e para o profissional	Gestor			
	Os gestores de APS e CEO relataram que existe comodidade no atendimento.	Gestor Não houve referência pelos gestores.	Gestor Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa	

Sub-dimensão	Categorias de análise	Material empírico		
		Profissional		
		Relato de presença de comodidade para o atendimento.	–	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.
		Observação US		
		A maioria das unidades apresentava comodidade para o atendimento.	consultórios com espaço reduzido em algumas unidades, interferindo na comodidade do atendimento.	–
PROCESSO				
Acessibilidade organizacional	Presença de educação continuada na unidade	Gestor		
		Relataram que existe essa atividade na unidade.	Não houve relato dessa atividade como parte das atividades da unidade como um setor exclusivo.	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa.
		Profissional		
		Alguns profissionais relataram que existe oferta de cursos pela gestão da unidade. E que são oferecidos pela coordenação de área programática (CAP).	Não houve relato dessa atividade como parte das atividades da unidade, com um setor específico. A maioria desconhece essa atividade desenvolvida pela unidade. Profissionais de nível técnico relatam a falta de cursos para sua categoria.	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.
		Observação US		
	–	Não foi identificado um setor específico para essa atividade.	Sem referência	
	Informações quanto à rotina e matrícula na unidade	Paciente		
		Todos os pacientes que utilizaram os serviços da APS, e do CEO, relataram ter recebido essas informações.	–	os pacientes que não utilizaram esses serviços não foram incluídos no estudo
		Gestor		
		Todos relataram existir uma rotina de orientação sobre essas questões.	–	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa.
Profissional				
Todos relataram existir uma rotina de orientação sobre essas questões.	–	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.		
Informações sobre o encaminhamento para os níveis subsequentes	Paciente			
	A maioria relatou ter sido bem orientado quanto ao fluxo entre os níveis tanto na APS quanto no CEO.	Dois pacientes relataram ter sido mal informados quanto ao fluxo de encaminhamento pela APS.	Não incluído os pacientes que não utilizaram esses serviços.	
	Gestor			

Sub-dimensão	Categorias de análise	Material empírico		
			Todos relataram que os pacientes são informados durante a consulta.	–
		Profissional		
	Todos relataram que os pacientes são informados durante a consulta.	–	Profissional Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.	
Coordenação do cuidado	Presença do sistema de regulação	Gestor		
		Todos os gestores relataram existir esse sistema na APS, porém não existe no CEO.	–	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa.
		Profissional		
		Todos os profissionais relataram existir esse sistema na APS, porém não existe no CEO.	–	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.
		Observação US		
	Todas as unidades tinham sistema de regulação na APS.	–	–	
	Encaminhamento para as especialidades	Paciente		
		Nenhum paciente que foi encaminhado para o CEO pela APS relatou dificuldade. Todos que foram encaminhados para a unidade terciária pelo sistema relataram facilidade.	–	Não foram incluídos os pacientes que não foram encaminhados para o CEO. Não foram incluídos os pacientes que foram matriculados no hospital por guia manual.
		Gestor		
		Todos os gestores relataram facilidade para o encaminhamento para outros níveis de atenção, incluindo os de APS e CEO.	–	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa.
		Profissional		
		Todos os profissionais da APS e CEO relataram facilidade no encaminhamento entre os níveis.	Sem referência para os profissionais da APS. Os profissionais do CEO relataram que a contra referência para APS para os casos confirmados é uma barreira para o fluxo entre os níveis.	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.
Presença de visita domiciliar	Paciente			
	Entre os pacientes que tinham cadastro na unidade, e que já frequentavam a unidade APS, apenas quatro entre os nove que usavam a unidade, relataram receber VD.	Cinco pacientes que já frequentavam a APS nunca tinham recebido VD.	Não foram incluídos os pacientes que não utilizavam os serviços da APS.	
	Gestor			

Sub-dimensão	Categorias de análise	Material empírico		
			Todos com relato favorável sobre a atividade e seu funcionamento nas unidades de APS.	–
		Profissional		
		Todos com relato favorável sobre a atividade e seu funcionamento nas unidades de APS.	–	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.
Oportunidade	Tempo de marcação de consultas	Paciente		
		Todos os pacientes que utilizaram os serviços de SB na APS foram atendidos no mesmo dia sem agendamento prévio. O mesmo aconteceu nos serviços do CEO.	–	Não foram incluídos os relatos de pacientes que não utilizaram os serviços de SB na APS.
		Gestor		
		Os gestores da APS, na maioria, relataram que nos casos de urgência o atendimento é no mesmo dia. Os gestores dos CEO relatam facilidade na marcação da consulta com a estomatologia, sendo uma exceção dentro das especialidades oferecidas pelo CEO.	Em 03 unidades de APS houve relato de dificuldade para agendamento para SB, sendo 02 delas com a média de 30 dias, e 01 com média de 6 meses. Para o CEO não há referência.	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa
		Profissional		
		Todos relataram facilidade de atendimento para os casos de urgência, e a maioria referiu prazo de 15 dias a 60 dias para as consultas sem urgência.	Os relatos de barreiras foram relacionados a necessidade de cada caso (tipo de problema de SB)	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.
	Tempo de marcação de retorno das consultas	Paciente		
		Todos relataram facilidade de retorno para finalizar o tratamento.	–	Incluídos os pacientes que utilizaram o serviço de SB na APS e no CEO.
		Gestor		
		A maioria relatou que depende do caso.	–	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa. Alguns não souberam informar.
Profissional				
	O retorno é fácil, e depende da necessidade do caso, geralmente, é semanal, até o término do tratamento, nas APS, e no CEO, quando o resultado da biópsia fica pronto.	–	Profissional Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.	
Tempo para realizar encaminhamento	Paciente			
	No mesmo dia que verificou a necessidade.	–	Incluídos os pacientes seguiram o fluxo de encaminhamento entre APS e CEO, e os que utilizaram apenas o CEO.	

Sub-dimensão	Categorias de análise	Material empírico		
		Gestor		
		Acontece no momento que se verifica a necessidade.	–	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa.
		Profissional		
		Acontece no momento que se verifica a necessidade.	–	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.
	Tempo para realizar biópsia diagnóstica	Paciente		
		Todos os pacientes que foram atendidos no CEO para realizar a biópsia foram atendidos no mesmo dia, ou marcados para o dia que a estomatologista estivesse.	–	Incluído o relato dos pacientes que utilizaram o CEO.
		Gestor		
		Todos os gestores informaram que o procedimento é realizado no mesmo dia que o paciente comparece na unidade.	–	Gestor Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa.
		Profissional		
		Todos os profissionais informaram que o procedimento é realizado no mesmo dia que o paciente comparece na unidade.	–	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.
	Tempo para obter o resultado de exame	Paciente		
		A média varia de 7 a 15 dias. Todos relataram facilidade no fluxo.	–	Incluído só os pacientes que utilizaram o CEO.
Gestor				
A média varia de 7 a 15 dias. Todos relataram facilidade no fluxo.		–	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa.	
Profissional				
A média varia de 7 a 15 dias. Todos relataram facilidade no fluxo.		–	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.	

APÊNDICE P – Resultado da análise de conteúdo para a dimensão efetividade, componente processo, dos serviços de atenção primária e secundária em saúde bucal na percepção dos pacientes, gestões e profissionais de saúde bucal. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Subdimensão	Categorias de análise (Critérios)	Material empírico		
		Positivos ou facilidades	Negativos / barreiras ou dificuldades	Neutro
Adequação	Atualização dos profissionais quanto ao câncer de boca	Gestor		
		A maioria relatou que existe a oferta dessa atividade pela CAP/Prefeitura.	Relataram que não existe curso específico para esse tema.	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa.
		Profissional		
		Alguns profissionais relataram que existe a oferta de curso pela CAP/Prefeitura. Alguns profissionais realizaram atualização por conta própria.	Alguns profissionais apresentam relato desfavorável em relação a oferta de cursos específicos para o câncer de boca, em especial para os profissionais de nível médio.	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.
		Prontuário		
		Todos tinham identificação do paciente, data e hora do atendimento, evolução, anamnese.	Não tinham informações quanto a fatores de risco específicos: uso de prótese, e HPV.	
	Informações dos pacientes sobre saúde bucal	Paciente		
		Na APS apenas um relatou ter tido acesso as informações em relação à saúde bucal, mas a maioria relatou que tinha informações sobre a saúde geral. 2 de 7 pacientes CEO relataram ter tido informações.	Pacientes relatam barreiras no acesso às informações sobre saúde bucal. 3 de 7 pacientes CEO informaram não ter tido nenhum tipo de informação.	Incluído os relatos de informações que tenham sido divulgadas pela APS ou CEO.
		Gestor		
		A maioria relatou que existe atividades de divulgação junto com outras campanhas na unidade.	Relataram que a pouca divulgação está relacionada ao déficit de recursos humanos.	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa.
		Profissional		
		A maioria relatou que existe atividades de divulgação junto com outras campanhas na unidade.	Relataram que a pouca divulgação está relacionada ao déficit de recursos humanos.	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.
Informações dos pacientes sobre câncer de boca	Paciente			
	Apenas um paciente relatou ter tido essa informação na APS, e no CEO foram 04 pacientes que relataram ter tido informação.	A maioria nunca teve informação sobre esse tema. Há relatos de não saber que existe câncer de boca.	Apenas relatos de pacientes que utilizaram as unidades de APS e CEO.	
	Gestor			
	A maioria relatou que existe atividades de divulgação junto com outras campanhas na	Não existem campanhas exclusiva com esse tema.	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa	

Subdimensão	Categorias de análise (Critérios)	Material empírico		
		Positivos ou facilidades	Negativos / barreiras ou dificuldades	Neutro
		unidade.		
		Profissional		
		A maioria relatou que existe atividades de divulgação junto com outras campanhas na unidade.	Não existem campanhas exclusiva com esse tema.	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.
Responsividade	Consulta com odontólogo (APS)	Paciente		
		Um paciente relatou que continuou o tratamento odontológico na APS após o tratamento do câncer.	Não houve retorno na APS após o tratamento para o câncer.	–
		Gestor		
		Todos relataram que existe a continuidade do acompanhamento dos casos encaminhados.	–	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa
		Profissional		
		Todos relataram que existe a continuidade do acompanhamento dos casos encaminhados.	As falhas no acompanhamento estão relacionadas a falta de recursos humanos.	Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.
	Consulta com estomatologista	Paciente		
		Todos foram atendidos no mesmo dia que buscaram a unidade.	–	Incluídos só os pacientes que utilizaram o CEO.
		Gestor		
		Todos relataram fluxo de referência e contrarreferência para a APS acontece de acordo com o preconizado.	–	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa
	Profissional			
	Todos relataram fluxo de referência e contrarreferência para a APS acontece de acordo com o preconizado.	–	–	
Consulta com oncologista	Paciente			
	A primeira consulta e as subsequentes são realizadas em tempo hábil, de acordo com o preconizado.	–	–	
Acompanhamento por visita domiciliar	Paciente			
	Poucos pacientes relataram ter VD antes da doença, e esses mesmos continuaram a receber a VD.	Não houve relato de acompanhamento de pacientes após o tratamento para o câncer, apenas para os pacientes que já recebiam a VD. Não foram incluídos novos pacientes.	Foram incluídos os relatos de todos os pacientes entrevistados.	
	Gestor			
	Relataram que existe acompanhamento dos	Relataram que se existe pacientes que não estão sendo	Um gestor de CEO não foi	

Subdimensão	Categorias de análise (Critérios)	Material empírico		
		Positivos ou facilidades	Negativos / barreiras ou dificuldades	Neutro
		pacientes câncer na área adscrita.	acompanhados é por falta de recursos humanos para avaliar toda a área.	incluído na pesquisa
		Profissional		
		Relataram que existe acompanhamento dos pacientes câncer na área adscrita nas unidades de APS.	Profissional Relataram que a falta de recursos humanos dificulta o acompanhamento de todos os pacientes da área.	Profissional Faltou relato de um TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.

APÊNDICE Q – Resultado do acesso e efetividade do cuidado dos serviços de atenção primária e secundária em saúde bucal na percepção dos pacientes, gestões e profissionais de saúde bucal. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Subdimensão	Categorias de análise (Critérios)	Material empírico		
		Positivos ou facilidades	Negativos / barreiras ou dificuldades	Neutro
Resolutividade	Estado de saúde	Paciente		
		A maioria relatou bom estado de saúde, e que o fluxo facilitado entre os níveis de atenção, favoreceu a esse desfecho.	Alguns pacientes relataram que por falta de informação que existe câncer de boca, e os fatores de risco, levaram a busca tardia por ajuda profissional, logo poderiam estar melhor em relação as sequelas da doença.	Todos os pacientes foram incluídos.
	Funcionamento do programa	Gestor		
		Todos os gestores relataram que o programa funciona bem, e que contribui para o diagnóstico precoce, tanto na APS quanto no CEO.	–	Um gestor de CEO não foi incluído na pesquisa.
		Profissional		
		Todos, com exceção de 1 que atua no CEO, relataram que o programa funciona bem, e que contribui para o diagnóstico precoce.	Apenas um relato desfavorável em relação ao funcionamento do programa.	Faltou relato de 01 TSB de CEO, pois nessa unidade não tinha esse profissional.
Satisfação dos usuários	Satisfação com atendimento da atenção primária em saúde	Paciente		
		A maioria relatou satisfação no atendimento na APS.	Apenas 1 relatou insatisfação no atendimento na APS.	Não incluídos 08 pacientes pois não utilizaram os serviços da APS
		Paciente		
		Todos pacientes relataram máxima satisfação com atendimento.	Não houve referência pelos pacientes que utilizaram o serviço.	Não incluído 14 pacientes pois não utilizaram os serviços.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde - contribuições para o controle do câncer oral.

Pesquisador: MANOELA GARCIA DIAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59009416.6.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.716.207

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca de Manoela Garcia Dias com orientação de Vera Lúcia Luiza e Ana Cláudia Figueiró, qualificado em 11/04/2016. O orçamento do projeto é de R\$1.980,00 com financiamento próprio.

Segundo a proponente "O câncer oral é uma patologia relevante, e se tornou um problema de saúde pública, e como seu diagnóstico precoce favorece o tratamento curativo, reduz as sequelas mutilantes, favorecendo a qualidade de vida dessas pessoas, assim são importantes as ações de prevenção e diagnóstico precoce. Dessa forma, estudos que avaliem essas ações, poderão subsidiar a tomada de decisões para a organização e oferta dos serviços, acarretando em melhores resultados da assistência à população, com vistas ao melhor acesso aos serviços, integralidade das ações, e assim resolutividade dos casos suspeitos e confirmados de câncer oral, promovendo qualidade dos serviços de saúde. Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa e quantitativa. A intervenção de interesse consiste nas ações realizadas na atenção primária e secundária de saúde preconizada pela PNSB relacionadas à assistência ao câncer oral. Este estudo terá foco no acesso e qualidade técnico-científica da assistência prestada nesses níveis de atenção dos serviços de saúde. Os dados sócio-demográficos receberão tratamento descritivo,

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.716.207

considerando as distribuições percentuais e medidas de tendência central (médias e medianas de cada variável estudada). Assim como os dados de oferta e rede de cuidados para o câncer oral. A abordagem qualitativa para a análise dos conteúdos das entrevistas dos participantes da pesquisa utilizarão modelo teórico a análise de conteúdo de Bardin*.

*Critério de Inclusão: Serão incluídos indivíduos com diagnóstico de câncer oral (CID 2 a 6) em estágio III e IV da doença no período de 2013 a 2015, em acompanhamento ambulatorial ou em internação no momento da coleta de dados, residentes no município do Rio de Janeiro e que tenham tido todo seu percurso de atendimento neste município.

Critério de Exclusão: Serão excluídos os pacientes que não tenham condições de conceder a entrevista, por considerar que estarão muito fragilizados para a participação no estudo.*

Tamanho da amostra: 150.

Objetivo da Pesquisa:

A proponente descreve como objetivos:

*Objetivo Geral:

Avaliar a qualidade da atenção prestada aos portadores de câncer oral no município do Rio de Janeiro quanto às dimensões de acesso e a qualidade técnico-científica da assistência prestada ao longo dos níveis de complexidade da rede de cuidado.

Objetivo Secundário:

- Descrever os portadores de câncer oral no município do Rio de Janeiro em termos de variáveis socioeconômicas e histórico de atendimento;
- Analisar a trajetória dos portadores de câncer oral no sistema de saúde, para avaliação do acesso e continuidade da assistência;
- Analisar a oferta e a qualidade técnico-científica da assistência prestada nos serviços percorridos pelos portadores de câncer oral.*

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a proponente:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.716.207

"Riscos:

Riscos para o gestor: de constrangimento ou de dano emocional, durante a entrevista com questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove, e também o risco, mesmo que mínimo, de sua identificação como sujeito do estudo, devido a posição que ocupa na instituição. Riscos para o cirurgião-dentista: de constrangimento ou de dano emocional, durante a entrevista com questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove, e também o risco, mesmo que mínimo, de sua identificação como sujeito do estudo, devido a posição que ocupa na instituição. Riscos para o profissional de saúde bucal (técnico de saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal): de constrangimento ou de dano emocional, durante a entrevista com questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove, e também o risco, mesmo que mínimo, de sua identificação como sujeito do estudo, devido a posição que ocupa na instituição. Riscos para o paciente: possíveis riscos de constrangimento durante a entrevista com as questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove, ou de riscos potenciais de ordem emocionais durante a entrevista junto aos mesmos, que possam estar relacionados à lembrança de sua trajetória desde o início dos sintomas da doença até o presente momento.

Benefícios:

O benefício (direto ou indireto) relacionado a pesquisa é o de identificação de fatores que possam ser modificados para melhoria do programa e assim contribuírem para uma assistência melhor à população, pois fornece dados para nova tomada de decisões quanto ao planejamento das ações do programa "Brasil Sorridente".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresentado possui os elementos necessários à apreciação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A proponente apresentou os seguintes documentos:

- Folha de Rosto;
- Formulário de encaminhamento;
- PB_informações_básicas_do_projeto;

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.716.207

- Projeto na íntegra;
- Termo de Compromisso de Utilização de Dados;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - paciente;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - gestor;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - profissional de saúde-dentista;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - profissional de saúde-assistente;
- Instrumento de coleta de dados;
- Formulário de submissão de projetos do INCA;
- Termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde;
- Cronograma;
- Orçamento.

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO: ***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETTER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E ENTREGUE A VIA ORIGINAL NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.***

* Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados". O relatório deve ser enviado ao CEP pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". O modelo de relatório que deve ser seguido se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.716.207

* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como emenda. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a modificação.

* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_776283.pdf	22/08/2016 17:00:44		Aceito
Outros	ANUENCIASISREG.pdf	22/08/2016 14:39:58	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca6.bmp	22/08/2016 14:36:25	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca5.bmp	22/08/2016 14:35:02	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca4.bmp	22/08/2016 14:33:53	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca3.bmp	22/08/2016 14:32:28	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca2.bmp	22/08/2016 14:30:34	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca1.bmp	22/08/2016 14:29:30	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca.bmp	22/08/2016 14:27:54	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.docx	22/08/2016 14:26:19	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	formulariopagcinco.pdf	22/08/2016 14:24:33	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	formulariopagquatro.bmp	22/08/2016 14:19:13	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	formulariopagtres.bmp	22/08/2016 14:17:35	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	formulariopagdois.bmp	22/08/2016 14:15:20	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	formulariopagum.bmp	22/08/2016 14:14:04	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	TCDU.pdf	22/08/2016	MANOELA GARCIA	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.716.207

Outros	TCDU.pdf	13:24:34	DIAS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto_ManoelaGarcia.pdf	22/08/2016 13:15:46	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetobasecep.docx	22/08/2016 13:14:39	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	22/08/2016 13:13:52	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPROFISSIONALSAUDEBUCAL.docx	22/08/2016 13:13:20	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPACIENTE.doc	22/08/2016 13:13:10	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGESTOR.docx	22/08/2016 13:12:59	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECIRURGIAODENTISTA.docx	22/08/2016 13:12:39	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

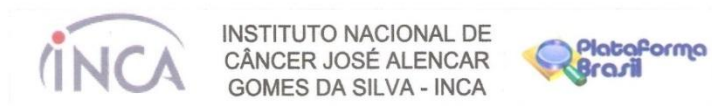
Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Setembro de 2016

Assinado por:
Carla Lourenço Tavares de Andrade
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres humanos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde - contribuições para o controle do câncer oral.

Pesquisador: MANOELA GARCIA DIAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59009416.6.3001.5274

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.733.688

Apresentação do Projeto:

O câncer oral é uma patologia relevante, e se tornou um problema de saúde pública, e como seu diagnóstico precoce favorece o tratamento curativo, reduz as sequelas mutilantes, favorecendo a qualidade de vida dessas pessoas, assim são importantes as ações de prevenção e diagnóstico precoce. Dessa forma, estudos que avaliem essas ações, poderão subsidiar a tomada de decisões para a organização e oferta dos serviços, acarretando em melhores resultados da assistência à população, com vistas ao melhor acesso aos serviços, integralidade das ações, e assim resolutividade dos casos suspeitos e confirmados de câncer oral, promovendo qualidade dos serviços de saúde.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa e quantitativa.

A intervenção de interesse consiste nas ações realizadas na atenção primária e secundária de saúde preconizada pela PNSB relacionadas à assistência ao câncer oral. Este estudo terá foco no acesso e qualidade técnico-científica da assistência prestada nesses níveis de atenção dos serviços de saúde. Os dados sociodemográficos receberão tratamento descritivo, considerando as distribuições percentuais e medidas de tendência central (médias e medianas de cada variável estudada). Assim como os dados de oferta e rede de cuidados para o câncer oral. A abordagem qualitativa para a análise dos conteúdos das entrevistas dos participantes da pesquisa utilizarão

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.733.688

modelo teórico a análise de conteúdo de Bardin*.

Critérios de Inclusão:

Serão incluídos indivíduos com diagnóstico de câncer oral (CID 2 a 6) em estágio III e IV da doença no período de 2013 a 2015, em acompanhamento ambulatorial ou em internação no momento da coleta de dados, residentes no município do Rio de Janeiro e que tenham tido todo seu percurso de atendimento neste município.

Critérios de Exclusão:

Serão excluídos os pacientes que não tenham condições de conceder a entrevista, por considerar que estarão muito fragilizados para a participação no estudo."

Tamanho da amostra: 150.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Avaliar a qualidade da atenção prestada aos portadores de câncer oral no município do Rio de Janeiro quanto às dimensões de acesso e a qualidade técnico-científica da assistência prestada ao longo dos níveis de complexidade da rede de cuidado.

Objetivos Secundários:

- Descrever os portadores de câncer oral no município do Rio de Janeiro em termos de variáveis socioeconômicas e histórico de atendimento;
- Analisar a trajetória dos portadores de câncer oral no sistema de saúde, para avaliação do acesso e continuidade da assistência;
- Analisar a oferta e a qualidade técnico-científica da assistência prestada nos serviços percorridos pelos portadores de câncer oral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos para o gestor: de constrangimento ou de dano emocional, durante a entrevista com questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove, e também o risco, mesmo que mínimo, de sua identificação como sujeito do estudo, devido a posição que ocupa na instituição.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.733.888

Riscos para o cirurgião-dentista: de constrangimento ou de dano emocional, durante a entrevista com questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove, e também o risco, mesmo que mínimo, de sua identificação como sujeito do estudo, devido a posição que ocupa na instituição.

Riscos para o profissional de saúde bucal (técnico de saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal): de constrangimento ou de dano emocional, durante a entrevista com questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove, e também o risco, mesmo que mínimo, de sua identificação como sujeito do estudo, devido a posição que ocupa na instituição.

Riscos para o paciente: possíveis riscos de constrangimento durante a entrevista com as questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove, ou de riscos potenciais de ordem emocionais durante a entrevista junto aos mesmos, que possam estar relacionados à lembrança de sua trajetória desde o início dos sintomas da doença até o presente momento.

Benefícios:

O benefício (direto ou indireto) relacionado a pesquisa é o de identificação de fatores que possam ser modificados para melhoria do programa e assim contribuir para uma assistência melhor à população, pois fornece dados para nova tomada de decisões quanto ao planejamento das ações do programa "Brasil Sorridente".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresentado possui os elementos necessários à apreciação ética.

Trata-se de um projeto de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, de Manoela Garcia Dias com orientação de Vera Lúcia Luiza e Ana Cláudia Figueiró, qualificado em 11/04/2016. O orçamento do projeto é de R\$1.980,00 com financiamento próprio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- Folha de Rosto;
- Formulário de encaminhamento;
- PB_informações_básicas_do_projeto;
- Projeto na íntegra;
- Termo de Compromisso de Utilização de Dados;

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3207-4550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.733.688

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - paciente;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - gestor;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - profissional de saúde-dentista;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - profissional de saúde-assistente;
- Instrumento de coleta de dados;
- Formulário de submissão de projetos do INCA;
- Termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde;
- Cronograma;
- Orçamento.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se da análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 1.650.498, datado de 27 de Julho de 2016:

1 - Quanto ao Formulário para Submissão de Estudos no INCA:

Solicita-se apresentar Formulário contendo as assinaturas do Serviço no INCA que chancela o estudo e demais Serviços envolvidos (se houver), assim como a assinatura dos pesquisadores colaboradores do INCA (se houver) e dos orientadores ou colaboradores da Instituição proponente (ENSP/FIOCRUZ). Para atender a esta pendência utilizar o Formulário disponível no Portal do INCA através do endereço <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/ensino-pesquisa/site/home/comite-etica-pesquisa>.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2 - No arquivo "Apêndice 1. Roteiro para identificação da amostra da pesquisa":

Na Ficha de coleta de dados não poderá haver quaisquer informações (nome, CPF, número de cadastro na instituição, endereço, etc.) que permita a identificação dos participantes da pesquisa. Estes deverão ser registrados em ordem numérica crescente e a relação com os dados de seu registro apresentados em separado do protocolo (e não anexados), de acesso exclusivo do Pesquisador Principal, garantindo assim o sigilo.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.733.688

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Resalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_776283.pdf	22/08/2016 17:00:44		Aceito
Outros	ANUENCIASISREG.pdf	22/08/2016 14:39:58	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca6.bmp	22/08/2016 14:36:25	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca5.bmp	22/08/2016 14:35:02	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca4.bmp	22/08/2016 14:33:53	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca3.bmp	22/08/2016 14:32:28	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca2.bmp	22/08/2016 14:30:34	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca1.bmp	22/08/2016 14:29:30	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca.bmp	22/08/2016 14:27:54	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.docx	22/08/2016 14:26:19	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	formulariopagcinco.pdf	22/08/2016 14:24:33	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	formulariopagquatro.bmp	22/08/2016 14:19:13	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	formulariopagtres.bmp	22/08/2016 14:17:35	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	formulariopagdois.bmp	22/08/2016 14:15:20	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	formulariopagum.bmp	22/08/2016 14:14:04	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	TCDU.pdf	22/08/2016 13:24:34	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092

UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.733.688

Folha de Rosto	FolhaRosto_ManoelaGarcia.pdf	22/08/2016 13:15:46	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoabasecep.docx	22/08/2016 13:14:39	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	22/08/2016 13:13:52	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPROFISSIONALSAUDEBUCAL.docx	22/08/2016 13:13:20	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPACIENTE.doc	22/08/2016 13:13:10	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGESTOR.docx	22/08/2016 13:12:59	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECIRURGIADENTISTA.docx	22/08/2016 13:12:39	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 19 de Setembro de 2016

Assinado por:

Carlos Henrique Debenedito Silva
(Coordenador)

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/SMS/RJ

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde - contribuições para o controle do câncer oral.

Pesquisador: MANOELA GARCIA DIAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59009416.6.3002.5279

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.745.445

Apresentação do Projeto:

Estudo intitulado "Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde: contribuições para o controle do câncer oral", desenvolvido pela pesquisadora Manoela Garcia Dias(ENSP) a ser realizado em unidades de atenção primária que possuam o programa "Brasil Sorridente", unidades de atenção secundária que realizam o diagnóstico do câncer oral e o encaminhamentos dos casos confirmados, e unidades de atenção terciária que realizam o tratamento do câncer oral, no município do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa e quantitativa. A intervenção de interesse consiste nas ações realizadas na atenção primária e secundária de saúde relacionadas à assistência ao câncer oral. Este estudo terá foco no acesso e qualidade técnico-científica da assistência prestada nesses níveis de atenção dos serviços de saúde. O objeto será o programa "Brasil Sorridente", no seu componente de prevenção e controle do câncer oral, implantado nos serviços de saúde de atenção primária e secundária do município do Rio de Janeiro. O cenário será composto pelos serviços de saúde utilizados pelos pacientes durante suas trajetórias, desde o primeiro acesso aos serviços de saúde bucal, até o início do tratamento do câncer, localizadas no município do Rio de Janeiro. A descrição do perfil da população será feita com base nas variáveis: idade, situação conjugal, escolaridade, gênero, procedência (bairro de residência), renda familiar e profissão (em atividade

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.745.445

ou aposentado). A descrição da oferta e rede de cuidados tanto do diagnóstico precoce quanto ao câncer oral considerará os seguintes aspectos: levantamento das unidades de atenção primária que possuem o programa "Brasil Sorridente", e as unidades de atenção secundária que realizam o diagnóstico do câncer oral e o encaminhamento dos casos confirmados, e as unidades de atenção terciária que realizam o tratamento do câncer oral, no município do Rio de Janeiro. Os entrevistados serão caracterizados quanto a aspectos sócio-econômicos (critério ABEP), ocupação e situação de moradia (mora sozinho ou acompanhado). Por meio de entrevista em profundidade orientada por roteiro semiestruturado, será investigado o percurso de cada um deles na rede de cuidado, utilizando o método de itinerário terapêutico, desde o aparecimento dos primeiros sintomas até o estágio da doença já diagnosticada, e em tratamento, no momento da entrevista. Buscar-se-á apreender a percepção dos pacientes quanto ao acesso e a qualidade técnico-científica da assistência dos serviços utilizados por eles. A partir do discurso dos pacientes, serão identificadas as unidades para a observação sistemática pela pesquisadora, respeitando um roteiro previamente elaborado, a fim de avaliar o grau de implementação do programa "Brasil Sorridente" nessas unidades; nesse momento serão abordados os gestores e os profissionais de saúde bucal, incluindo o cirurgião-dentista, técnico de saúde bucal, e auxiliar de saúde bucal, para verificar a percepção dos mesmos quanto ao acesso e qualidade técnico-científica do programa. Assim a coleta de dados será dividida em três etapas: análise dos dados do SISREG [SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO], para identificação dos pacientes portadores de câncer oral, e o perfil da população acometida por essa patologia no período de 2013 a 2015, e entrevista com os pacientes que estão sendo atendidos na atenção terciária para o tratamento do câncer oral; a segunda etapa será a análise da atenção secundária, através da observação sistemática da unidade e entrevista com os profissionais que atuam na mesma; e por último, a análise da atenção primária, também através da observação da unidade e entrevista com os profissionais. As fontes secundárias serão utilizadas inicialmente para a seleção dos sujeitos que irão ser inclusos na pesquisa, verificando dados do SISREG, e também serão utilizados os prontuários médicos dos pacientes selecionados para a pesquisa, que estejam em tratamento na atenção terciária, para identificar dados sobre suas características sociodemográficas e nosológicas (matrícula, CID, estágio da doença e ano da matrícula).

Critério de Inclusão:

Serão incluídos indivíduos com diagnóstico de câncer oral (CID 2 a 6) em estágio III e IV da doença no período de 2013 a 2015, em acompanhamento ambulatorial, de visita domiciliar, ou em

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.745.445

internação no momento da coleta de dados, residentes no município do Rio de Janeiro e que tenham tido todo seu percurso de atendimento neste município.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos os pacientes que não tenham condições de conceder a entrevista, por considerar que estarão muito fragilizados para a participação no estudo.

Objetivo da Pesquisa:

* Objetivo Primário:

- Avaliar a qualidade da atenção prestada aos portadores de câncer oral no município do Rio de Janeiro quanto às dimensões de acesso e a qualidade técnico-científica da assistência prestada ao longo dos níveis de complexidade da rede de cuidado.

* Objetivos Secundários:

- 1- Descrever os portadores de câncer oral no município do Rio de Janeiro em termos de variáveis socioeconômicas e histórico de atendimento;
- 2- Analisar a trajetória dos portadores de câncer oral no sistema de saúde, para avaliação do acesso e continuidade da assistência;
- 3- Analisar a oferta e a qualidade técnico-científica da assistência prestada nos serviços percorridos pelos portadores de câncer oral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos para o gestor: de constrangimento ou de dano emocional, durante a entrevista com questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove, e também o risco, mesmo que mínimo, de sua identificação como sujeito do estudo, devido a posição que ocupa na instituição.

Riscos para o cirurgião-dentista: de constrangimento ou de dano emocional, durante a entrevista com questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove, e também o risco, mesmo que mínimo, de sua identificação como sujeito do estudo, devido a posição que ocupa na instituição.

Riscos para o profissional de saúde bucal (técnico de saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal): de constrangimento ou de dano emocional, durante a entrevista com questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove, e também o risco, mesmo que mínimo, de sua

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.745.445

identificação como sujeito do estudo, devido a posição que ocupa na instituição.

Riscos para o paciente: possíveis riscos de constrangimento durante a entrevista com as questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove, ou de riscos potenciais de ordem emocionais durante a entrevista junto aos mesmos, que possam estar relacionados à lembrança de sua trajetória desde o início dos sintomas da doença até o presente momento.

Benefícios: O benefício (direto ou indireto) relacionado a pesquisa é o de identificação de fatores que possam ser modificados para melhoria do programa e assim contribuir para uma assistência melhor à população, pois fornece dados para nova tomada de decisões quanto ao planejamento das ações do programa "Brasil Sorridente".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão presentes.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações nesta pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.745.445

CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_776283.pdf	22/08/2016 17:00:44		Aceito
Outros	ANUENCIASISREG.pdf	22/08/2016 14:39:58	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca6.bmp	22/08/2016 14:36:25	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca5.bmp	22/08/2016 14:35:02	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca4.bmp	22/08/2016 14:33:53	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca3.bmp	22/08/2016 14:32:28	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca2.bmp	22/08/2016 14:30:34	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.745.445

Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca1.bmp	22/08/2016 14:29:30	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoinca.bmp	22/08/2016 14:27:54	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.docx	22/08/2016 14:26:19	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	formulariopagcinco.pdf	22/08/2016 14:24:33	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	formulariopagquatro.bmp	22/08/2016 14:19:13	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	formulariopagtres.bmp	22/08/2016 14:17:35	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	formulariopagdois.bmp	22/08/2016 14:15:20	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	formulariopagum.bmp	22/08/2016 14:14:04	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Outros	TCDU.pdf	22/08/2016 13:24:34	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto_ManoelaGarcia.pdf	22/08/2016 13:15:46	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetobasecep.docx	22/08/2016 13:14:39	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	22/08/2016 13:13:52	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPROFISSIONALSAUDEBUCAL.docx	22/08/2016 13:13:20	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPACIENTE.doc	22/08/2016 13:13:10	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGESTOR.docx	22/08/2016 13:12:59	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECIRURGIADENTISTA.docx	22/08/2016 13:12:39	MANOELA GARCIA DIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.745.445

RIO DE JANEIRO, 26 de Setembro de 2016

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

ANEXO D – Carta de anuência do SISREG



CARTA DE ANUÊNCIA

SUPERINTENDÊNCIA | SUBSECRETARIA

O/A Mariana Scardua, coordenadora geral do complexo regulador


da Secretaria de Saúde Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde: contribuição para o controle de cáries oral. sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Mariana Garcia Ruiz - Aluna do curso de doutorado em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP e o projeto somente poderá iniciar mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 11 / 08 / 2016.


Assinatura e Carimbo do Responsável

Mariana Scardua
Coordenador Geral / Complexo Regulador
S/SUBGERAL/CGCR
Matricula 51/295189-5

ANEXO E – Carta de anuência do Sistema Estadual de Regulação



SES/OPISAS	
INFORMATIZADO/SCP	
511RS/SHS/EST/2017/17	
(ORGÃO/SETOR/IMP)	
ASSUNTO: Pesquisa	
21/05/17	
(DATA)	(RUBRICA)

CARTA DE ANUÊNCIA SUPERINTENDÊNCIA | SUBSECRETARIA

O/A Charbel Khouri Duarte

da Secretaria de Saúde Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde: contribuições para o controle de cáries sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) MANOELA GABRIELA DIAS - aluna do curso de doutorado em Saúde Pública na FIOCRUZ

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP e o projeto somente poderá iniciar mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 24 / 05 / 2017.

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	
RECEBIDO EM	
24/05/17	
às 12:41 HS	
PR: <u>Juliana</u>	

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANEXO F – SER 2

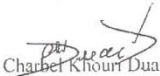


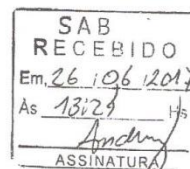
Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde

A Superintendência de Atenção Básica /SES:

Seguem para ciência e providências que se fizerem necessárias, acerca da solicitação de carta de anuência para o Projeto de Pesquisa intitulado Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde – contribuições para controle do câncer oral, sob responsabilidade da pesquisadora Manoela Garcia Dias.

Rio de Janeiro, 26 de junho de 2017.


Charbel Khouri Duarte
Subsecretário de Atenção à Saúde
ID 2664884-9



Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
Subsecretaria de Atenção à Saúde
Rua México, nº 128 – 11º andar – Sala 1101 – Castelo – Rio de Janeiro / RJ – Brasil – Cep 20.031-142
Tel.: 55 (21) 2333-3797 / 3855 | Fax: 55 (21) 2333-3794
www.saude.rj.gov.br/sac

Folha 1 de 1

Scanned by CamScanner

ANEXO G – SER 3



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde

À
Área Técnica de Saúde Bucal/SES

Trata-se da CARTA 1745/2017/SMS/RJ/SMS/RJ acerca da solicitação de carta de anuência para o Projeto intitulado “Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde – contribuições para controle do câncer oral”, sob responsabilidade da pesquisadora Manoela Garcia Dias.

Em prosseguimento, para ciência e adoção das providências cabíveis.

Rio de Janeiro, 28 de junho de 2017

Mara Cristina Demio Ribeiro
Assessor
Superintendência de Atenção Básica
C.S. 588 - RJ - Parc. 30068282

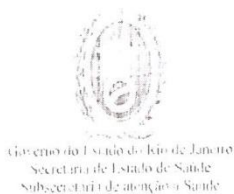
Thaís Severino da Silva
Superintendente de Atenção Básica
ID. 5.082.302-7

SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA
03/07/17 às 12 hs
Rosa Lopez

Secretaria de Estado de Saúde
Superintendência de Atenção Básica
Rua México, 128, 4º andar, Sala 403-G - Castelo, Rio de Janeiro / RJ - Brasil - CEP 20.031-142
Tels.: (21) 2333-3704 / 3711
www.saude.rj.gov.br - sab.sas@saude.rj.gov.br

fls. 1/1

ANEXO H – SER 4




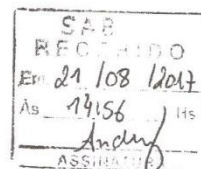
À Superintendência de Atenção Básica/ SES

Em resposta a Carta de Anúncia da aluna do curso de doutorado em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ, que solicita para a pesquisa "Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde – contribuições para o controle do câncer oral", coletar dados dos pacientes que são encaminhados para o S.R.

E, considerando a importância da pesquisa, encaminhamos para o Sistema Estadual de Regulação para que possa ter acesso aos dados solicitados.

Rio de Janeiro, 21 de agosto de 2017.


Mara Cristina D. F. Ribeiro
Área Técnica de Saúde Bucal
ID: 509.6828-2



Secretaria de Estado de Saúde
Área Técnica de Saúde Bucal
Rua Mexico, 128 - 4º andar - sala 405-I - Castelo - Rio de Janeiro - RJ - Brasil - CEP: 20.031-142
Tel: 55 (21) 2233-3894 (fax) 55 (21) 2333-3704

Fs. 11

ANEXO I – SER 5



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde

À
Subsecretaria de Atenção à Saúde
C/V ao Sistema Estadual de Regulação

Trata-se da CARTA 1745/2017/SMS RJ SMS RJ acerca da solicitação de carta de anuência para o Projeto intitulado "Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde – contribuições para controle do câncer oral", sob responsabilidade da pesquisadora Manoela Garcia Dias.

Em devolução, para ciência e adoção das providências cabíveis, após manifestação da Área Técnica de Saúde Bucal, conforme despacho com data de 21/08/2017.

Rio de Janeiro, 23 de agosto de 2017.

Mara Cristina Mendes Azeiteiro
Assessora
Superintendência de Atenção Básica
SAS/SES-RJ ID. Func. 30068282

Thais Severino da Silva
Superintendente de Atenção Básica
ID. 5.082.302-7



Secretaria de Estado de Saúde
Superintendência de Atenção Básica
Rua Mesquita, 136 - Flanum, Sala 403-01 - Castelo, Rio de Janeiro - RJ - Brasil - CEP 20.031-112
Fone: (21) 2533-3704 - 3311
www.saude.rj.gov.br - e-mail: saude@saude.rj.gov.br

fls. 1/1

ANEXO J – SER 6

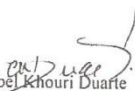
Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde

À Superintendência de Regulação/SES.

Trata-se Carta 1745/2017/SMS/RJ/SMS-RJ, acerca da solicitação de carta de anuência para o Projeto intitulado “Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Primária e Secundária de Saúde – Contribuições para o Controle do Câncer Bucal”, sob responsabilidade da pesquisadora Manoela Garcia Dias.

Encaminhamos para ciência e providências cabíveis, após manifestação das áreas técnicas.

Rio de Janeiro, 30 de agosto de 2017.


Charbel Khouri Duarte
Subsecretário de Atenção à Saúde
ID: 266488-9

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
Subsecretaria de Atenção à Saúde
Rua México, nº 128 – 11º andar – Sala 1101 – Castelo – Rio de Janeiro / RJ – Brasil – Cep 20.031-142
Tel.: 55 (21) 2333-3797 / 3855 | Fax: 55 (21) 2333-3794
www.saude.rj.gov.br - malf

ANEXO K – Formulário de anuência do INCA

FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE ESTUDOS NO INCA

Prezado Pesquisador,

No cadastro do seu estudo na Plataforma Brasil (<http://www.saude.gov.br/plataformabrasil>), você deverá:

1. Anexar cópia digitalizada deste formulário, devidamente preenchido e assinado pelos envolvidos direta ou indiretamente, na execução da pesquisa;
2. Relacionar na Equipe de Pesquisa (Tela 1 - Informações Preliminares) da Plataforma Brasil, os colaboradores identificados neste formulário.

1) Título da Pesquisa			
Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde: contribuições para o controle do câncer oral			
2) Pesquisador Principal (Responsável pelo Cadastro na Plataforma Brasil)			
Nome: MANOELA GARCIA DIAS			
Categoria Profissional: ENFERMEIRA			
Vínculo: <input checked="" type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?			
<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?			
Setor de Lotação no INCA: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER 4 - SPA			
Contatos: Telefone: 34420605 Celular: 964654123 E-mail: manu_dias1984@yahoo.com.br			
Assinatura: <i>manoela garcia dias</i>			
3) Pesquisador Principal no INCA			
Quando se tratar de pesquisa na qual o INCA for a Instituição Coparticipante, deverá indicado um responsável que possua vínculo formal com a Instituição			
Nome: MANOELA GARCIA DIAS			
Categoria Profissional: ENFERMEIRA			
Vínculo: <input checked="" type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?			
<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?			
Setor de Lotação no INCA: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER 4 - SPA			
Contatos: Telefone: 34420605 Celular: 964654123 E-mail: manu_dias1984@yahoo.com.br			
Assinatura: <i>manoela garcia dias</i>			
4) Finalidade da Pesquisa			
<input type="checkbox"/> Não envolve obtenção de título acadêmico <input type="checkbox"/> Especialização/Residência <input type="checkbox"/> Pós-Doutorado			
<input type="checkbox"/> Trabalho de Graduação/Iniciação Científica <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Livre-docência			
<input type="checkbox"/> Aperfeiçoamento <input checked="" type="checkbox"/> Doutorado			
<input type="checkbox"/> Outro. Qual?			
Orientador(a): <i>VERA LUCIA LUIZA IANA CLÁUDIA FIGUEIRÓ</i>			
Vínculo do(a) Orientador(a): <input type="checkbox"/> INCA <input checked="" type="checkbox"/> Outro Qual? ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA			
5) Natureza da Pesquisa			
Abordagem <input type="checkbox"/> Qualitativa <input type="checkbox"/> Quantitativa <input checked="" type="checkbox"/> Ambas			
Natureza <input checked="" type="checkbox"/> Pesquisa Básica <input type="checkbox"/> Pesquisa Aplicada			
Objetivos <input type="checkbox"/> Exploratória <input checked="" type="checkbox"/> Descritiva <input type="checkbox"/> Explicativa			
Dimensão Temporal <input checked="" type="checkbox"/> Retrospectiva <input type="checkbox"/> Prospectiva <input type="checkbox"/> Ambas			

6) Local de Realização Serviço do INCA ou de outra Instituição onde a pesquisa será efetivamente realizado. Deverá ser assinado a priori pelo Chefe da Unidade ou Serviço, e por seu substituto ou a chefia imediata quando o Pesquisador Principal e/ou Colaboradores forem os chefes dos serviços relacionados.	
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER SEÇÃO CABEÇA E PESCOÇO CHEFIA	Dr. Roberto R. M. de Araújo Lima CRM 52.28944-4 Chefe da Seção de Cabeça e Pescoço Hospital do Câncer/INCA
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
7) Autorização dos Serviços que serão requisitados para execução desta pesquisa Deverá ser assinado a priori pelo Chefe da Unidade ou Serviço, e por seu substituto ou a chefia imediata quando o Pesquisador Principal e/ou Colaboradores forem os chefes dos serviços relacionados.	
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER SEÇÃO CABEÇA E PESCOÇO CHEFIA ENFERMAGEM	Jaqueline Duarte F. V. Santos Enfermeira Mat. 1857924/MS COREN-RJ 126217
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER SEÇÃO CABEÇA E PESCOÇO CHEFIA MÉDICA	Dr. Roberto R. M. de Araújo Lima CRM 52.28944-4 Chefe da Seção de Cabeça e Pescoço Hospital do Câncer/INCA
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
ARQUIVO MÉDICO ADM HOSPITALAR HCI	Marcia Carla Galimataes Mat. 241803 Subst. Chefe Divisão Adm. Hosp./HCI
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
HOSPITAL DO CÂNCER IV CUIDADOS PALIATIVOS (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER)	CRM: 52.85163-3 / Mat. 1902714 Diretora do Hospital do Câncer IV
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia

8) Equipe de Pesquisa			
Nome:			
Categoria Profissional:			
Vínculo: <input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?			
<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?			
Setor de Lotação no INCA:			
Contatos:	Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:			
Nome:			
Categoria Profissional:			
Vínculo: <input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?			
<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?			
Setor de Lotação no INCA:			
Contatos:	Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:			
Nome:			
Categoria Profissional:			
Vínculo: <input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?			
<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?			
Setor de Lotação no INCA:			
Contatos:	Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:			
Nome:			
Categoria Profissional:			
Vínculo: <input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?			
<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?			
Setor de Lotação no INCA:			
Contatos:	Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:			
Nome:			
Categoria Profissional:			
Vínculo: <input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?			
<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?			
Setor de Lotação no INCA:			
Contatos:	Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:			

8) Equipe de Pesquisa (continuação)			
Nome:	MANOELA GABRIELA DIAS		
Categoria Profissional:	ENFERMEIRA		
Vínculo:	<input checked="" type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?		
	<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?		
Setor de Lotação no INCA:	SPA HC IV		
Contatos:	Telefone: (21) 34420609	Celular: (21) 964654123	E-mail: manu_dias_1984@yahoo.com.br
Assinatura:	manoela gabriela dias		
Nome:			
Categoria Profissional:			
Vínculo:	<input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?		
	<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?		
Setor de Lotação no INCA:			
Contatos:	Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:			
Nome:			
Categoria Profissional:			
Vínculo:	<input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?		
	<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?		
Setor de Lotação no INCA:			
Contatos:	Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:			
Nome:			
Categoria Profissional:			
Vínculo:	<input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?		
	<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?		
Setor de Lotação no INCA:			
Contatos:	Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:			

9) Termo de responsabilidade do Pesquisador Principal	
<p>DECLARO que conheço e que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cumprirei os requisitos da Resolução CNS Nº 466/2012 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não. - concordo em conduzir a pesquisa de acordo com o protocolo de pesquisa, com as Boas Práticas Clínicas, com as Boas Práticas de Laboratório e com o Documento das Américas. - concordo em conduzir e supervisionar a pesquisa pessoalmente. - concordo em informar o patrocinador do estudo, o Comitê de Ética em Pesquisa e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre os eventos adversos graves que venham a ocorrer durante o desenvolvimento da pesquisa (no caso de ensaios clínicos). - li e entendi a informação contida na Brochura do Investigador ou documento correspondente, incluindo os riscos potenciais e eventos adversos da droga em estudo (no caso de ensaios clínicos). <p>Quanto aos Compromissos de Financiamento e Orçamentação, DECLARO que conheço e que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - não deve haver pagamento ao participante da pesquisa para sua participação, ressalvadas as pesquisas clínicas de Fase I ou de bioequivalência; e que se admite apenas o ressarcimento de despesas relacionadas à participação no estudo, por exemplo, despesas com transporte e alimentação. - nenhum exame ou procedimento realizado em função da pesquisa pode ser cobrado do paciente ou do agente pagador de sua assistência, devendo o patrocinador da pesquisa cobrir tais despesas. - o duplo pagamento pelos procedimentos não pode ocorrer, especialmente envolvendo gasto público não autorizado (pelo SUS). - o estabelecimento dos pagamentos de exame e/ou procedimento realizados em função da pesquisa, em caso de patrocinadores externos, deve ser feito em comum acordo entre o patrocinador e a instituição. - a Instituição deve ter conhecimento da pesquisa e de suas repercussões orçamentárias. <p>Quanto ao Compromisso de Indenização, DECLARO que conheço e que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o fato de que esta pesquisa irá garantir a indenização dos participantes da pesquisa (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa ou dela decorrente. Declaro ainda, que jamais será exigido dos participantes da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. <p>Quanto ao Compromisso Metodológico, DECLARO que conheço e que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. As pesquisas serão admissíveis quando o risco se justifique pelo benefício esperado. (Resolução CNS Nº 466/2012 – V. 1.a). - se o projeto de pesquisa for inadequado do ponto de vista metodológico, ele é inútil e, portanto, eticamente inaceitável - o arquivo contendo a íntegra do projeto de pesquisa deve também conter metodologia e lista de referência bibliográfica adequada, suficiente e atualizada. Declaro ainda que os critérios de inclusão e exclusão do estudo serão claramente delineados no projeto em tela. <p>Quanto ao Compromisso de documentação, DECLARO que conheço e que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - entregarei, ao sistema CEP/CONEP, relatórios da pesquisa (parciais – no mínimo semestrais – e de encerramento) e notificações de eventos adversos sérios e imprevistos no andamento do estudo. <p style="text-align: center;">CONCORDO EM SOMENTE INICIAR A PESQUISA APÓS OBTER AS APROVAÇÕES NECESSÁRIAS OU CABÍVEIS DO SISTEMA CEP-CONEP</p> <p>Rio de Janeiro, 10/07/2016</p> <p style="text-align: center;"><i>Manoela Garcia Dias</i> MANOELA GARCIA DIAS RG:11617060-6 [Assinatura] [Nome do(a) pesquisador(a) responsável] [Número do documento de identidade]</p>	
<p>10) Termo de Compromisso do responsável pela Instituição:</p> <p>DECLARO que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. - a Instituição está ciente de suas responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e o bem-estar dos participantes recrutados na pesquisa em tela, dispondo de condições para a garantia de tal segurança e bem-estar. - os participantes da pesquisa que vierem a sofrer complicações e danos relacionados à sua participação na pesquisa receberão assistência integral imediata nas unidades assistências do INCA. Nos casos em que houver patrocínio externo, os gastos decorrentes da assistência integral serão ressarcidos pelo patrocinador e nem o SUS, nem o paciente serão onerados por isso (Resolução CNS Nº 466/2012 – V.6). - a Instituição possui condições e infra-estrutura para o desenvolvimento deste projeto de pesquisa. - a Instituição tem conhecimento da pesquisa e de suas repercussões orçamentárias. <p>Assim sendo, autorizo sua execução.</p> <p>Rio de Janeiro, 2/8/16</p> <p style="text-align: center;"><i>Luiz Augusto Vianna</i> Luiz Augusto Vianna Diretor do Hospital do Câncer I INCA - HC I Matrícula: 242374 MS CREMEX: 25527 MS [Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade]</p>	

ANEXO L – Carta de aprovação da Unidade IV do INCA

AVALIAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA - Manoela Garcia Dias -

Título: Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde: contribuições para o controle do câncer oral

O título é conciso e com termos que subtraem o conteúdo e significado descrevendo-o de forma compreensiva. Contem palavras que facilitam a indexação e recuperação, i.e contem palavras-chaves do tema tratado.

Quanto a estrutura do trabalho.

Apresentou em seu conteúdo partes distintas, representando bem as metas do projeto.

O projeto está escrito de forma a cumprir o seu papel de "introduzir o leitor no tema", sendo colocado de modo exato, fácil de ser identificado e sem ambigüidade. A colocação do problema construiu um argumento significativo e persuasivo para a realização do estudo isto é, a abordagem dos sistemas de saúde de atenção primária e secundária, na atenção ao câncer oral.

O problema de pesquisa, os métodos, o paradigma, encaixam-se bem, no decorrer da leitura do projeto sendo a abordagem qualiquanti apropriada, o que poderá trazer uma riqueza ao estudo. O desenvolvimento por sua vez é clara e objetiva, situando a importância da fundamentação teórica e social do tema. Faz referência a trabalhos anteriores dedicados ao assunto. Da mesma forma, contem antecedentes suficientes para que o leitor possa compreender e avaliar possíveis resultados do estudo. Manifesta breve e claramente qual é o propósito da investigação nos tópicos " introdução e relevância do estudo". Indica de forma clara e sequencial o método da investigação e expõem as razões pelas quais elegeram os métodos determinados.

No delineamento da pesquisa, propõe um modelo de projeto rigoroso levando em conta os objetivos e o propósito do estudo, procurando buscar e incrementar o potencial de interpretação das descobertas valendo-se da análise qualitativa tendo como base o componente quantitativo, identificando a congruente dos olhares com que os métodos a serem usados utilizaram para a coleta e análise dos dados a *posteriore*. Os instrumentos específicos pareceram adequadamente descritos em relação ao propósito e à população do estudo, esses instrumentos representam de forma satisfatória o desenho do estudo.

Considerações finais:

Descreve sem juízos de valor, a situação ou o contexto geral referente ao assunto em questão, contendo informações atualizadas da literatura visando a proporcionar maior consistência ao trabalho.

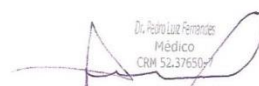
Ressalta o propósito específico, demarcando bem o tema da pesquisa a ser investigado. Delimita a extensão e a profundidade que se pretende adotar no

ênfoque do tema. Aponta os objetivos em linhas gerais. Evidencia a relevância do assunto a ser tratado, utilizando argumentos de forma embasada na revisão de literatura. Dá a idéia de forma clara do que se pretende fazer, ou seja, as idéias mestras do desenvolvimento do assunto fazendo referências às lacunas existentes na teoria e na prática, bem como qual delas foi o ponto de partida para o estudo. Ass idéias estão explícitas de forma consistente e lógica, com conteúdo que apresenta clareza e precisão, mostrando a relevância do mesmo para a especialidade, seja para a área de concentração dos cuidados paliativos bem como para a ciência.

De acordo para dar continuidade as formalidades e encaminhamento a pesquisa.

Atenciosamente

Pedro Luiz Fernandes


Dr. Pedro Luiz Fernandes
Médico
CRM 52.37650-7
Divisão Técnico-Científica HC IV
tel. 21-3207-3711
Rua Visconde de Santa Isabel, 274
20560-120 - Vila Isabel - RJ - Brasil

ANEXO M – Carta de anuência da Coordenação Municipal de Saúde Bucal



CARTA DE ANUÊNCIA

SUPERINTENDÊNCIA | SUBSECRETARIA

O/A GERENTE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL

da Secretaria de Saúde Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado:

Avaliação da Saúde Bucal na atenção primária e secundária de saúde: contribuição para o controle do câncer oral.

sob responsabilidade do(a) pesquisador(a)

Mariana Garcia Biol - aluna do curso de doutorado em saúde pública na ENSP / FIOCRUZ

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP e o projeto somente poderá iniciar mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 05/10/2016.

Assinatura e Carimbo do Responsável

Paulo André de Almeida Júnior
Gerente de Atenção Primária em Saúde Bucal
SMSDC/SUBPAV/SAP/CSB/GSB
Matrícula 111/229.136-1

ANEXO N – Carta de anuência da Coordenação Geral de Atenção Primária da Ap. 3.3



CARTA DE ANUÊNCIA UNIDADE DE SAÚDE

O/A COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA AP 3.3
[NOME DA UNIDADE DE SAÚDE EM QUE SE REALIZARÁ A PESQUISA]

da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado:

ANALISAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA O CONTROLE DO CÂNCER ORAL.

sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) MANUELA GARCIA DIAS - ALUNA DO CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA NA ENSP | FIOCRUZ

[NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL E INSTITUIÇÃO A QUAL É FILIADO]

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 27 / 01 / 17

ROBERTO DE ARAUJO RAPOSO
Coordenador Geral de
Atenção Primária da AP-3.3
54/209.777-2
Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

ANEXO O – Carta de anuência do Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella



CARTA DE ANUÊNCIA UNIDADE DE SAÚDE

O/A Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Primária e Secundária de Saúde: Contribuições para o Controle do Câncer Oral, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Manoela Garcia Dias – aluna do curso de doutorado em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 05/04/17.

Alexandre Alves Modesto
Coordenador Geral
Coord. Geral de At. Primária da AP 2.2
S/SUBPROV/FEAP 2.2 Matr.: 111229.018-7

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

ANEXO P – Carta de anuência do Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark

PREFEITURA DA CIDADE DO
RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA
UNIDADE DE SAÚDE

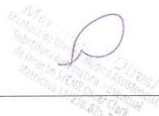
O Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Primária e Secundária de Saúde: Contribuições para o Controle do Câncer Oral, sob responsabilidade da pesquisadora Manoela Garcia Dias – aluna do curso de doutorado em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 12/11/2014.



Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade