

5.1 MANUSCRITO 1: CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACERCA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL.

Este manuscrito foi submetido ao periódico Ciência & Saúde Coletiva.

As instruções para autores estão disponíveis em:

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/>

CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACERCA DA
PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL

TRAINING OF COMMUNITY HEALTH WORKERS ABOUT THE PREVENTION OF
THE ORAL CANCER

CAPACITAÇÃO DE AGENTES DE SAÚDE SOBRE CÂNCER BUCAL

TRAINING OF HEALTH AGENTS ABOUT ORAL CANCER

Adriano Santos Sousa Oliveira*

Fabio Ornellas Prado**

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) apresenta um papel de destaque na percepção de patologias e alterações, inclusive as de manifestações bucais, nas comunidades. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar o alcance de conhecimento do ACS após uma capacitação acerca da prevenção do câncer bucal. Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo antes e depois, com pré e pós-teste utilizando um questionário, autoaplicável, validado pela teoria de resposta ao item. Os resultados deste estudo mostraram que, após a capacitação, houve melhora significativa do conhecimento dos ACS sobre a prevenção do câncer bucal, seus fatores de riscos, modos de prevenção e rastreamento precoce. Essa ação pode contribuir de maneira significativa para o aumento do diagnóstico em estágios iniciais da doença e, por conseguinte, diminuir a morbimortalidade por câncer bucal na população.

Palavras-chaves: capacitação de recursos humanos; atenção primária à saúde; câncer bucal.

*Cirurgião-Dentista. Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia, Brasil. *E-mail:* adrianoodontouesb@gmail.com

**Cirurgião-Dentista. Professor Titular da UESB. Doutor em Estomatopatologia pela Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil. *Email:* fop_@hotmail.com.

ABSTRACT

The Community Health Workers (CHW) plays a prominent role in the perception of pathologies and alterations, including oral conditions. In this sense, the objective of this study was to evaluate the knowledge reach of the CHW after a training about the prevention of oral cancer. It is a quantitative study, before-and-after, with pre and post-test using a self-administered questionnaire, validated by item response theory. The results of this study showed that, after training, there was a significant improvement in knowledge of CHW on oral cancer prevention, its risk factors, prevention methods and early screening. This action may contribute significantly to the increase of the diagnosis in the early stages of the disease and, consequently, to reduce morbimortality due to oral cancer in the population.

Keywords: human resources training; primary health care; cancer of mouth.

INTRODUÇÃO

Os programas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) surgiram em várias partes do mundo em diferentes conformações, mas com estratégias similares de ações sanitárias, tais como: a promoção da saúde, a prevenção e manejo de doenças e a recuperação de vulneráveis, visando um melhor acesso e qualidade aos cuidados primários em saúde na Atenção Básica ¹.

No Brasil, a Atenção Básica é caracterizada como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um espaço de destaque na gestão do cuidado das pessoas e ordenamento da rede de atenção com vista à integralidade. Sua reorganização, pelo Ministério da Saúde, destaca a necessidade do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) como a estratégia prioritária da Atenção Primária à Saúde (APS) e formada por uma equipe multiprofissional que inclui o ACS em sua composição basilar ².

O ACS é um profissional chave na APS, por desempenhar importante papel preventivo e de rastreamento durante as visitas domiciliares nas comunidades ³. A prevenção envolve a orientação e informação aos indivíduos sobre cuidados relativos às doenças e à manutenção do bem-estar singular ⁴. Prontamente, o rastreamento visa identificar casos suspeitos e possibilitar a rápida aplicação de recursos laboratoriais, a fim de confirmar ou rejeitar uma suspeita diagnóstica ⁵.

Neste sentido, torna-se necessário a capacitação de todo profissional que está diretamente envolvido com as comunidades para nortear a população quanto as condições saudáveis de vida ⁶, bem como, atentar-se para a atuação conjunta aos demais profissionais da assistência, em busca do apoio em práticas educativas de saúde e na percepção de patologias e alterações diversas que afetam as populações, inclusive as de manifestação bucal ⁷.

Dentre as patologias que atingem a cavidade oral estão as neoplasias ou cânceres que têm se caracterizado como um importante problema de saúde pública no cenário mundial e brasileiro, principalmente pelos fatores de ordem comportamentais ou estilos de vida assumidos pela população de maior risco e/ou vulnerabilidade. O câncer bucal é caracterizado como uma doença crônica, degenerativa, muitas vezes silenciosa e quando diagnosticada tardiamente, resulta em tratamentos mais agressivos e com menor chance de cura ⁸.

No Brasil, estima-se para o biênio 2018/2019, 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 3.500 em mulheres. Esses valores representam um

risco estimado de 10,86 casos novos a cada 100 mil homens e 3,28 a cada 100 mil mulheres, sendo esse tipo de câncer o quinto mais prevalente entre a população masculina ⁹.

Considerando-se o crescimento do número de registros de câncer bucal no Brasil e no mundo, surge o interesse em desenvolver estudos que avaliem a incidência e os determinantes desta doença em diversas localidades, a fim de que medidas de saúde pública sejam melhor elaboradas, principalmente nas regiões de maior acometimento. A importância do ACS frente à população durante este processo deve ser ressaltada no que diz respeito às atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, aqui em destaque o câncer bucal.

Este trabalho teve como objetivo avaliar o alcance de conhecimento do ACS após uma capacitação sobre prevenção do câncer bucal. A habilitação ocorreu durante o evento 'I Simpósio de Prevenção do Câncer Bucal voltado ao Agente Comunitário de Saúde' realizado no município de Jequié, Bahia, que buscou contribuir na qualificação das ações preventivas e de diagnóstico precoce do câncer bucal na Atenção Básica e fortalecer a rede de atenção ao paciente com suspeita ou diagnóstico da doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo antes e depois, com pré e pós-teste realizado durante o evento 'I Simpósio de Prevenção do Câncer Bucal voltado ao Agente Comunitário de Saúde', realizado no dia 20 de junho de 2018 no auditório Waly Salomão da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – campus de Jequié, Bahia.

A cidade de Jequié está localizada no interior do Estado da Bahia, na Mesorregião do Centro-Sul, distante 365 km da capital - Salvador. Sua área é compreendida em 2.969,034 km², sendo que sua população foi estimada para o ano de 2017 em 162.209 habitantes ¹⁰.

O município encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, no qual todos os ACS são servidores municipais em Regime Estatutário, com uma jornada de trabalho diária de oito horas. Estes profissionais estavam vinculados a 11 Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (n=163) e a 29 ESF (n=174), perfazendo um total de 337 ACS, de acordo com os dados do mês de junho de 2018 do Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) ¹¹.

População do estudo

Foram incluídos no estudo, todos os profissionais atuantes na Atenção Básica registrados no SCNES que se fizeram presentes e que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Planejamento do evento

O evento 'I Simpósio de Prevenção do Câncer Bucal voltado ao Agente Comunitário de Saúde' foi desenvolvido numa parceria entre o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), nível Mestrado Acadêmico, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), juntamente com a Prefeitura Municipal de Jequié, através da Secretaria de Saúde, representada pelo Núcleo de Educação Permanente e Coordenação de Saúde Bucal e o Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, de Jequié e Região (SIND-ACS/ACE). A programação ocorreu das 8h às 16h do dia 20 de junho de 2018, com tempo reservado para inscrições e preenchimento da ficha de identificação; resposta ao questionário pré-teste; apresentação da temática: A abordagem do Câncer Bucal voltado aos Agentes Comunitários de Saúde; resposta ao mesmo questionário após a capacitação; intervalo; apresentação da temática: Rede de Atenção ao paciente com suspeita ou diagnóstico de Câncer Bucal; e encerramento. Todos os ACS participantes receberam certificação emitida pelas instituições promotoras.

Instrumentos do estudo

Para realização do estudo foi utilizado uma ficha de identificação contendo quesitos sociodemográficos, econômicos e de processo de trabalho e um questionário, autoaplicável, para avaliação de conhecimento sobre câncer bucal validado pela teoria de resposta ao item, contendo 24 questões, com apenas uma assertiva correta. Os temas abordados foram: conhecimentos gerais; sintomatologia; fatores de riscos e fatores de proteção; epidemiologia; prevenção e tratamento do câncer bucal ¹².

Análise dos dados

Para análise de normalidade dos dados foi utilizado o teste de Kolmogorov Smirnov. A estatística aplicada foi analítica e descritiva. Para a comparação entre os dados coletados antes e depois da intervenção aplicou-se o teste de Wilcoxon para amostras relacionadas (dados não-paramétricos). Foi considerado nível de significância de 5%. Utilizou-se o *software* estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 21.0.

Questões éticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, conforme a Resolução 466/2012, sob o número de CAAE: 71330417.9.0000.0055.

RESULTADO

A articulação de instituições em parceria com as Secretarias de Saúde, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde da Atenção Básica é uma competência essencial, pois visa modificar realidades sanitárias insatisfatórias de acordo com as necessidades locais ². Foi nesta perspectiva que surgiu o I Simpósio de Prevenção do Câncer Bucal voltado ao Agente Comunitário de Saúde.

O evento contou com a participação de 156 ACS, com média de idade de 45 anos. A maioria era do sexo feminino (85,9%) de cor parda (66,0%), com nível médio de escolaridade (64,9%). Quanto à renda mensal, 87,6% referiram receber entre 1 a 2 salários mínimos, sendo acrescido a sua remuneração o adicional de insalubridade (98,7%). 138 ACS (90,2%) mencionaram não desempenhar outra atividade de forma a complementar sua renda. A maioria dos participantes trazia a zona urbana como local de trabalho (78,8%). A média de famílias cadastradas e de tempo de trabalho por ACS foi de 131,5 famílias e 16,2 anos, respectivamente. Pouco mais da metade dos ACS (54,8%) relataram já ter recebido capacitação em saúde bucal.

A avaliação do conhecimento prévio e posterior à capacitação dos profissionais seguiu a metodologia da teoria de resposta ao item, tendo 145 ACS respondido ao questionário pré-teste e 133 ao questionário pós-teste. O instrumento continha 24 questões distribuídas em cinco temas: conhecimentos gerais;

sintomatologia; fatores de riscos e fatores de proteção; epidemiologia; prevenção e tratamento do câncer bucal ¹².

A avaliação antes da capacitação revelou que os ACS já apresentavam um conhecimento básico sobre o reconhecimento do câncer como doença e não ser transmitida de uma pessoa para outra. No entanto, após a capacitação notou-se o aumento de 48,3% (pré-teste) para 79,7% (pós-teste) do número de respostas corretas sobre o câncer ocorrer devido ao crescimento desordenado das células ($p < 0,001$).

É notório que os ACS sabem que o fumo é prejudicial à saúde, tanto para o indivíduo fumante ativo ou passivo e que não existem doses seguras para seu uso. No entanto, houve diferença significativa ($p < 0,001$) sobre o aprendizado (pós-teste) do cigarro possui mais de 4000 substâncias químicas que repercutem negativamente na saúde das pessoas usuárias (Tabela 1).

Menos da metade dos profissionais sabiam sobre o autoexame da boca para detecção precoce do câncer bucal (46,2%). Após a capacitação, 122 ACS (91,7%) já citavam que para a realização do autoexame de boca se faz necessário apenas um espelho e um ambiente bem iluminado ($p = 0,008$).

Observou-se que os ACS melhoraram seus conhecimentos após a capacitação acerca da sintomatologia da doença, principalmente por entender que na fase inicial o câncer de boca não dói ($p = 0,004$) e que dificuldade em falar, mastigar e engolir, bem como o emagrecimento rápido fazem parte dos principais sintomas que envolvem a enfermidade ($p < 0,001$) (Tabela 2).

De modo geral os ACS apresentaram um mesmo padrão de resposta antes e após a capacitação sobre os fatores de risco e fatores de proteção (Tabela 3). Os profissionais identificaram a alimentação como auxiliadora da prevenção do câncer bucal, principalmente o consumo de frutas e verduras ($p = 0,755$). Quanto ao tipo de pele mais vulnerável ao acometimento do câncer de lábio e face foi informado por 55,2% dos participantes, antes da capacitação, a pele muito clara. Após a capacitação a pele clara e pele muito clara corresponderam conjuntamente a 83,5%.

Houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,017$) ao identificar o fumo como principal fator de risco, quando sozinho para o desenvolvimento do câncer de boca. Apesar de aumentar o número de ACS que passaram a reconhecer o fumo e álcool como associação positiva ao aumento das chances de desenvolvimento do

câncer bucal de 55,2% (pré-teste) para 73,7% (pós-teste) não houve significância estatística ($p=0,419$).

Ao observar o conhecimento adquirido após a capacitação, notou-se que 125 ACS (94,0%) passaram a reconhecer que o câncer bucal ocorre com maior frequência em homem e (76,7%) com incidência de 11 casos por cem mil habitantes, neste mesmo público ($p<0,001$). Além disso, houve um aumento significativo ($p=0,011$) das respostas corretas para a faixa etária de maior acometimento (entre 40 e 60 anos) de 44,1% (pré-teste) para 91,0% (pós-teste) (Tabela 4).

Quanto a temática (prevenção e tratamento) não houve diferença estatística antes e após a capacitação por parte dos profissionais (Tabela 5). A maior parte das respostas foram positivas ao reconhecer que diante de uma alteração em boca há mais de 15 dias, a orientação seria procurar um médico ou dentista (97,0%); que o câncer bucal tem cura, mas é preciso estar atento e fazer acompanhamento (97,7%); e que cirurgia, radioterapia e quimioterapia são os principais métodos empregados para o tratamento de um câncer (93,2%).

DISCUSSÃO

A atenção e o cuidado em saúde para com a população deve considerar cada sujeito em sua singularidade, integralidade, complexidade e em sua inserção sociocultural, buscando a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam afetar as possibilidades de viver de modo saudável ⁷.

A criação de espaços para a construção de conhecimento em saúde multiprofissional deve existir principalmente com direcionamento à atitude crítico-reflexiva, para que todas as questões pertinentes ao trabalho dos membros da equipe, em particular na capacitação dos ACS se mostre favoravelmente como agente fortalecedor do processo ¹³.

Neste sentido, foi observado que quase a metade dos profissionais participantes do estudo (45,2%) relatou nunca ter recebido capacitação em saúde bucal. Isso pode ser justificado pela cobertura de Equipes de Saúde Bucal (ESB) que o município do estudo apresentava naquele período, 14 ESB cadastradas, em paralelo, a 29 ESF ¹¹.

Os diferentes processos de adoecimento das populações revelam estratificações próprias da sociedade que tem experimentado gradativamente ao

longo das últimas décadas, transformações no perfil demográfico, epidemiológico e nutricional ¹⁴. Diante dessas modificações, observa-se a ampliação da carga das doenças e/ou condições crônicas que reflete alguns efeitos negativos do processo de globalização, da acelerada urbanização, do sedentarismo, da má alimentação, do estresse social, além do uso abusivo do álcool e tabaco¹⁵.

Em 2014, a Divisão de Controle do Tabagismo do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), elaborou a 2ª edição da cartilha: O Agente Comunitário de Saúde e o Controle do Tabagismo no Brasil. Esse material busca capacitar o ACS para realização de uma breve abordagem do fumante em cada visita domiciliar, trabalhando em cinco procedimentos: perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar, a fim de estimulá-lo a cessar o hábito ¹⁶.

No presente trabalho, foi evidente a melhora do conhecimento dos ACS em vários itens avaliados, principalmente por reconhecer o fumo e o álcool como associação positiva ao aumento das chances de desenvolvimento do câncer bucal e o tabaco como possuidor de mais de quatro mil substâncias tóxicas em sua composição, prejudiciais ao fumante e quem convive com este.

Esses fatores de risco e outros tantos de ordem comportamentais, ambientais e biológicos impactam nos principais fatores de risco metabólicos, como excesso de peso (obesidade), pressão arterial elevada, aumento da glicose sanguínea, lipídios e colesterol, prováveis de resultar em doenças cardiovasculares, diabetes, acidente vascular cerebral e outras tantas enfermidades como as neoplasias ou cânceres ¹⁴.

Destarte que, Nemoto et al. (2015)¹⁷ evidenciam em seu estudo que o treinamento de ACS para a realização do exame visual da cavidade oral tende a contribuir para a detecção precoce da doença na população, principalmente por considerar que os examinadores poderiam não só visitar as casas, mas também ir a bares, empresas, fábricas e locais com população de alto risco de desenvolvimento da neoplasia bucal, especialmente de regiões economicamente desfavorecidas.

É evidente que os ACS que atuam na ESF com ESB obtêm autopercepção mais positiva sobre o acesso das famílias ao serviço de saúde bucal, e tendem a receberem mais capacitação sobre promoção da saúde e prevenção de doenças em saúde oral ¹⁸. Assim, para que a operacionalização das ações provoque impacto nas populações é preciso capacitar o ACS de forma que este desenvolva habilidade e consiga modificar as perspectivas de saúde e doenças nas comunidades, afirmando seu papel na APS ¹⁹.

Entre as avaliações pré e pós-capacitação, notou-se o aumento significativo das respostas corretas pelos profissionais sobre as temáticas: sintomatologia (Tabela 2) e epidemiologia (Tabela 4). Observou-se que 95,5% dos ACS (pós-teste) passaram a referir que o câncer bucal não dói em seu desenvolvimento inicial. Isso colabora para que o ACS seja um agente multiplicador desta informação, principalmente aos indivíduos que apresentarem lesões em boca que não cicatrizam, a fim de que estes não as negligencie, procurando imediatamente assistência profissional.

Essa atitude se faz importante, pois os achados iniciais para esse tipo de câncer camuflam sua gravidade, por apresentarem pequenas feridas, com diâmetro menor que 2 cm, que apesar de não cicatrizarem em 15 dias, são indolores (podendo sangrar ou não), apresentando manchas de coloração esbranquiçadas, avermelhadas ou concomitante e só posteriormente manifestações como: dor ou desconforto durante a fala, mastigação ou deglutição, perda de peso acentuada e presença de Linfadenopatia cervical vão sendo notados²⁰.

O aparecimento do câncer bucal é predisposto por um ou vários fatores que se relacionam com: o hospedeiro (sexo, idade, genética, estado nutricional e de saúde geral); aos fatores extrínsecos (alimentação, medicamentos, meio ambiente, estilo e hábitos de vida); e a condição socioeconômica (habitação, renda, escolaridade)²¹.

O câncer bucal acomete mais aos homens entre 40 a 60 anos de idade que acumulam ao longo da vida um processo crônico do uso do fumo e/ou álcool. Porém, o número de casos e o perfil das pessoas mais acometidas vem mudando. Atualmente a doença também tem atingido mais mulheres que passaram a fumar e/ou "beber" mais excessivamente e também aos jovens de ambos os sexos que não fumam nem bebem em excesso, mas praticam sexo oral sem proteção. Isso porque o papilomavírus humano (HPV) está cada vez mais associado a esse grupo de tumores. Outro importante destaque está na exposição à radiação ultravioleta solar que configura um fator de grande relevância ao desenvolvimento do câncer de lábio^{9, 22}.

Um relevante resultado do estudo diz respeito ao autoexame da boca, no qual foi observado que menos da metade dos profissionais sabiam sobre a auto observação bucal para detecção precoce do câncer (46,2%). Após a capacitação, 91,7% dos ACS referiram que para a realização do autoexame da boca se faz

necessário apenas um espelho e um ambiente bem iluminado, realizado por qualquer indivíduo ($p < 0,008$).

Resultados positivos também foram encontrados por Frazão e Marques (2009)²³ no município de Rio Grande da Serra, São Paulo e por Rodrigues, Santos e Assis (2010)²⁴ em Alagoinhas, Bahia, ao capacitar ACS sobre o autoexame bucal, evidenciando melhoras na percepção destes profissionais que se tornam disseminadores de orientações sobre o autoexame bucal para a identificação e rastreamento de lesões cancerizáveis pelos próprios ACS.

A capacitação dos ACS aprimorou o conhecimento em vários itens avaliados, inclusive havendo melhora estatisticamente significativa. Entretanto a meta não foi atingida, uma vez que seria desejável que, a partir da capacitação, todo o conjunto de ACS adquirisse conhecimento para o adequado cumprimento de seu papel na prevenção e rastreamento do câncer bucal.

Vale ressaltar que a Política Nacional da Atenção Básica apresenta a EACS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica em todo território nacional, evidenciando a necessidade da cobertura total de ACS em áreas de grande dispersão territorial e áreas de risco e vulnerabilidade social².

A pesquisa realizada apresentou algumas limitações importantes quanto ao seu público. A amostra participante do estudo não foi controlada a ponto de mantê-la com mesmo número de profissionais antes e após a capacitação. Além disso, observa-se que o efeito do aprendizado recente pode ter influenciado na maioria das respostas corretas no pós-teste, sendo assim, se faz necessário uma posterior avaliação da amostra para reavaliação dos conhecimentos adquiridos.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que, após a capacitação, houve melhora do conhecimento dos ACS sobre a prevenção do câncer bucal, seus fatores de riscos, modos de prevenção e rastreamento precoce. Essa ação pode contribuir de maneira significativa para o aumento do diagnóstico em estágios iniciais da doença e, por conseguinte, diminuir a morbimortalidade por câncer bucal na população.

Já é comprovado que esse profissional é um agente fortalecedor das ações e serviços prestados pela ESB na Atenção Básica, principalmente, por atuar como elo entre a comunidade e a equipe multiprofissional que compõe a rede pública de

atenção em saúde. Neste sentido, é de fundamental importância a capacitação periódica desses profissionais, para que suas ações provoquem impactos positivos na saúde da população, além de afirmar seu papel de destaque na APS.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. *Community health workers: a strategy to ensure access to primary health care services*. Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2016, 35 p.
2. 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, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2018 jun 20]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
3. Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos Jr CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28:S30-S39.
4. Santos LPGS, Fracoli LA. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(1):76-83.
5. Antunes JLF, Toporcov TN, Wunsch-Filho V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(1):30-36.
6. Javanparast, S, Baum F, Labonte R, Sanders D, Rajabi Z, Heidari G. The experience of community health workers training in Iran: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 2012;12:291.
7. Oliveira LK, Ozelame SB, Dalcegio S, Philippi CK, Bueno RN, Bottan ER. Agente comunitário de saúde e a prevenção do câncer bucal. *Salusvita* 2012; 31(2):141-151.

8. Santos LPS, Carvalho FS, Carvalho CAP, Santana DA. Características de Casos de Câncer Bucal no Estado da Bahia, 1999-2012: um Estudo de Base Hospitalar. *Rev. bras. cancerol.* 2015; 61(1):7-14.
9. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca, 2018. [acesso em 2018 jun 20]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). *IBGE Cidades*. [acesso em 2018 Ago 21]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/jequie/panorama>
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*. [acesso em 2018 Jul 20]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp
12. Rodrigues MAB. *Elaboração, padronização e aplicação de questionário para avaliação de conhecimento sobre câncer bucal validado pela teoria de resposta ao item*. [dissertação]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2011.
13. Pires ROM, Neto FL, Lopes JB, Bueno SMV. O conhecimento dos agentes comunitários sobre saúde bucal: uma perspectiva sobre deficiências em educação em saúde no psf. *Cienc Cuid Saude* 2007; 6(3):325-334.
14. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 549.
15. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al . Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública* 2012; 46(1):126-134.
16. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. O

agente comunitário de saúde e o controle do tabagismo no Brasil: Organização Valéria Cunha, 2ª ed. Rio de Janeiro; 2014.

17. Nemoto RP, Victorino AA, Pessoa GB, Cunha LLG, Silva JAR, Kanda JL, et al. Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target?. *Braz. J. Otorhinolaryngol.* 2015; 81(1):44-49.

18. Gouvêa GR, Silva MAV, Cortellazzi KL, Pereira AC, Mialhe FL, Guerra LM. Práticas em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à estratégia saúde da família com e sem equipe de saúde bucal. *J Health Sci Inst.* 2015; 33(2):144-150.

19. Gomes MFP. *As potencialidades do agente comunitário de saúde para ações de promoção da saúde: em foco o colegiado gestor regional de Alto Capivari*. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

20. Prado BN, Passarelli DHC. Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo* 2009; 21(1):79-85.

21. Bezerra TA, Almeida AVS, Costa KNFM. Relato de experiência: estratégia de prevenção do câncer de boca no Município de Campina Grande, Paraíba. *Rev. APS* 2016; 19(4):661-664.

22. Quintero K, Giraldo GA, Uribe ML, Baena A, Lopez C, Alvarez E, et al. Genótipos de vírus de papiloma humano em carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço na Colômbia. *Braz. j. otorhinolaryngol* 2013; 79(3):375-381.

23. Frazao P, Marques D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(3):463-471.

24. Rodrigues AAO, Santos AM, Assis MMA. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. *Rev Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(3):907-915.

Tabela 1: Distribuição das respostas dos ACS pré-teste (n=145;100%) e pós-teste (n=133;100%), temática: Conhecimento Geral, Jequié-Ba, 2018.

Variável: Conhecimento geral	Pré-teste n (%)	Pós-teste n (%)	p-valor
Você sabe se existe câncer?			
Sim	137 (94,5)	131 (98,5)	0,096
Não	07 (4,8)	02 (1,5)	
Ausente	01 (0,7)	-----	
O câncer de boca:			
Não é doença	03 (2,1)	2 (1,5)	0,346
É uma doença, mas não é transmitido entre pessoa	121 (83,4)	123 (92,5)	
É uma doença e pode ser transmitido entre pessoa	14 (9,7)	06 (4,5)	
Ausente	07 (4,8)	02 (1,5)	
O câncer ocorre devido:			
Crescimento desordenado das células	70 (48,3)	106 (79,7)	0,000*
Morte das células	24 (16,6)	02 (1,5)	
Aumento volumétrico das células	12 (8,3)	13 (9,8)	
Ataque de anticorpos contra corpos estranhos	05 (3,4)	04 (3,0)	
Penetração de vírus nas células	22 (15,2)	01 (0,8)	
Ausente	12 (8,3)	07 (5,3)	
Você acha que fumar é prejudicial para sua saúde?			
Sim	140 (96,6)	130 (97,7)	1,000
Ausente	05 (3,4)	03 (2,3)	
Você acha que fumar perto de outras pessoas pode ser prejudicial para elas?			
Sim	138 (95,2)	131 (98,5)	0,157
Não	02 (1,4)	-----	
Ausente	05 (3,4)	02 (1,5)	
Você acha que existam doses seguras para o uso do cigarro?			
Sim	08 (5,5)	05 (3,8)	0,564
Não	132 (91,0)	126 (94,7)	
Ausente	05 (3,4)	02 (1,5)	
Quantas substâncias químicas existem no cigarro?			
15	8 (5,5)	02 (1,5)	0,000*
300	10 (6,9)	02 (1,5)	
1500	23 (15,9)	-----	
Mais de 4000	80 (55,2)	129 (97,0)	
Ausente	24 (16,6)	-----	
Você sabe o que é autoexame da boca?			
Sim	67 (46,2)	126 (94,7)	0,000*
Não	50 (34,5)	02 (1,5)	
Ausente	28 (19,3)	05 (3,8)	
O que é necessário para fazer o autoexame de boca?			
Algum instrumento de dentista	37 (25,5)	4 (3,0)	0,008*
Somente espelho e um ambiente bem iluminado	69 (47,6)	122 (91,7)	
Ter alguém para ajudar	12 (8,3)	02 (1,5)	
Ausente	27 (18,6)	05 (3,8)	

* $p < 0,05$ (diferença significante)

*Teste não-paramétrico de Wilcoxon

Tabela 2: Distribuição das respostas dos ACS pré-teste (n=145;100%) e pós-teste (n=133;100%), temática: Sintomatologia, Jequié-Ba, 2018.

Variável: Sintomatologia	Pré-teste n (%)	Pós-teste n (%)	p-valor
No início, o câncer de boca			
Dói muito	19 (13,1)	05 (3,8)	0,004*
Não dói	116 (80,0)	127 (95,5)	
Ausente	10 (6,9)	01 (0,8)	
Dos sintomas abaixo, qual ou quais você acha tem a ver com câncer de boca?			
Dificuldade de falar	04 (2,8)	02 (1,5)	0,000*
Dificuldade de mastigar	22 (15,2)	01 (0,8)	
Dificuldade de engolir	04 (2,8)	-----	
Emagrecimento rápido	04 (2,8)	02 (1,5)	
Todas as anteriores	96 (66,2)	121 (91,0)	
Nenhuma das respostas anteriores	09 (6,2)	04 (3,0)	
Ausente	06 (4,1)	03 (2,3)	

* $p < 0,05$ (diferença significativa)

*Teste não-paramétrico de Wilcoxon

Tabela 3: Distribuição das respostas dos ACS pré-teste (n=145;100%) e pós-teste (n=133;100%), temática: Fatores de riscos e fatores de proteção, Jequié-Ba, 2018.

Variável: Fatores de risco e fatores de proteção	Pré-teste n (%)	Pós-teste n (%)	p-valor
Qual é o principal fator de risco, quando sozinho, para o câncer de boca?			
Álcool	08 (5,5)	02 (1,5)	0,017*
Exposição solar	08 (5,5)	17 (12,8)	
Fumo	93 (64,1)	105 (78,9)	
Vírus	03 (2,1)	03 (2,3)	
Herança genética	16 (11,0)	02 (1,5)	
Ausente	17 (11,7)	04 (3,0)	
Qual a associação entre fatores de risco que aumenta consideravelmente as chances de ter câncer de boca?			
Não existe associação perigosa	04 (2,8)	01 (0,8)	0,419
Fumo e exposição solar	23 (15,9)	26 (19,5)	
Exposição solar e álcool	03 (2,1)	03 (2,3)	
Fumo e Álcool	80 (55,2)	98 (73,7)	
Vírus e fumo	17 (11,7)	01 (0,8)	
Álcool e Vírus	02 (1,4)	-----	
Ausente	16 (11,3)	04 (3,0)	
Qual tipo de pele você acha que influencia mais no aparecimento de um câncer de lábio e face?			
Pele muito clara	80 (55,2)	73 (54,9)	0,214
Pele clara	11 (7,6)	38 (28,6)	
Pele escura	02 (1,4)	02 (1,5)	
Qualquer uma das anteriores	36 (24,8)	18 (13,5)	
Ausente	16 (11,0)	02 (1,5)	
Você acha que sua alimentação pode ajudar na prevenção do câncer de boca?			
Sim	115 (79,3)	129 (97,0)	0,102
Não	08 (5,5)	01 (0,8)	
Ausente	22 (15,2)	03 (2,3)	
Quais tipos de alimentos podem ajudar na prevenção do câncer de boca?			
Nenhum	09 (6,2)	01 (0,8)	0,755
Frutas e vegetais	119 (82,1)	126 (94,7)	
Carne vermelha	01 (0,7)	01 (0,8)	
Pães e massas	01 (0,7)	-----	
Gordura	01 (0,7)	-----	
Ausente	14 (9,7)	05 (3,8)	

* $p < 0,05$ (diferença significativa)

*Teste não-paramétrico de Wilcoxon

Tabela 4: Distribuição das respostas dos ACS pré-teste (n=145;100%) e pós-teste (n=133;100%), temática: Epidemiologia, Jequié-Ba, 2018.

Variável: Epidemiologia	Pré-teste n (%)	Pós-teste n (%)	p-valor
Para você quais dos tipos de câncer ocorrem com mais frequência em países tropicais como é o Brasil?			
de lábio	10 (6,9)	14 (10,5)	0,000*
de pele	88 (60,7)	109 (82,0)	
de pulmão	26 (17,9)	05 (3,8)	
Ausente	21 (14,5)	05 (3,8)	
Para você o câncer de boca ocorre em maior frequência:			
Em homens	82 (56,6)	125 (94,0)	0,000*
Em mulheres	24 (16,6)	04 (3,0)	
Ausente	39 (26,9)	04 (3,0)	
Qual a incidência do câncer de boca no Brasil?			
11 por cem mil habitantes entre os homens e 4 por cem mil habitantes entre as mulheres	26 (17,9)	102 (76,7)	0,000*
4 por cem mil habitantes entre os homens e 11 por cem mil habitantes entre as mulheres	15 (10,3)	08 (6,0)	
700 por cem mil habitantes entre os homens e 300 por cem mil habitantes entre as mulheres	35 (24,1)	09 (6,8)	
300 por cem mil habitantes entre os homens e 700 por cem mil habitantes entre as mulheres	14 (9,7)	06 (4,5)	
Ausente	55 (37,9)	08 (6,0)	
Em que faixa de idade a maioria dos casos de câncer de boca são diagnosticados?			
Abaixo 20 anos	03 (2,1)	-----	0,011*
Entre 20 a 30 anos	07 (4,8)	03 (2,3)	
Entre 30 a 40 anos	24 (16,6)	04 (3,0)	
Entre 40 a 60 anos	64 (44,1)	121 (91,0)	
Mais de 60 anos	13 (9,0)	01 (0,8)	
Ausente	34 (23,4)	04 (3,0)	

* $p < 0,05$ (diferença significativa)

*Teste não-paramétrico de Wilcoxon

Tabela 5: Distribuição das respostas dos ACS pré-teste (n=145;100%) e pós-teste (n=133;100%), temática: Prevenção e tratamento, Jequié-Ba, 2018.

Variável: Prevenção e Tratamento	Pré-teste n (%)	Pós-teste n (%)	p-valor
Se você percebesse uma alteração há mais de 15 dias em sua boca o que você faria?			
Aplicaria algum medicamento por conta própria	02 (1,4)	-----	0,160
Aguardaria mais tempo para ver se desapareceria	03 (2,1)	02 (1,5)	
Procuraria um médico ou dentista	125 (86,2)	129 (97,0)	
Ausente	15 (10,3)	02 (1,5)	
O que é preciso fazer para prevenir o câncer de boca?			
Ter uma alimentação saudável	09 (6,2)	08 (6,0)	0,802
Não fumar	02 (1,4)	02 (1,5)	
Todas as anteriores	110 (75,9)	119 (89,5)	
Nenhuma das anteriores	01 (0,7)	-----	
Ausente	23 (15,9)	04 (3,0)	
Para você, o câncer de boca:			
Não tem cura, vou sofrer sempre	02 (1,4)	-----	0,317
Tem cura, mas preciso estar atento e fazer acompanhamento	123 (84,8)	130 (97,7)	
Tem cura e posso esquecer deste problema para sempre	01 (0,7)	01 (0,8)	
Ausente	19 (13,1)	02 (1,5)	
Você já ouviu falar de algum dos métodos empregados para o tratamento de um câncer?			
Cirurgia	08 (5,5)	05 (3,8)	0,165
Radioterapia	06 (4,1)	-----	
Quimioterapia	06 (4,1)	-----	
Todos acima	101 (69,7)	124 (93,2)	
Psiquiatria	02 (1,4)	-----	
Nenhum	03 (2,1)	01 (0,8)	
Ausente	19 (13,1)	03 (2,3)	

* $p < 0,05$ (diferença significativa)

*Teste não-paramétrico de Wilcoxon

5.2 MANUSCRITO 2: O CÂNCER BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA: O QUE DIZEM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE?

Este manuscrito foi submetido ao periódico Ciência & Saúde Coletiva.

As instruções para autores estão disponíveis em:

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/>

O CÂNCER BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA: O QUE DIZEM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE?

ORAL CANCER IN PRIMARY CARE: WHAT DO COMMUNITY HEALTH WORKERS SAY?

O QUE O AGENTE DE SAÚDE DIZ SOBRE O CÂNCER BUCAL?

WHAT DO AGENT OF HEALTH SAY ABOUT THE ORAL CANCER?

Adriano Santos Sousa Oliveira*

Alba Benemérita Alves Vilela**

Fabio Ornellas Prado**

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é apresentar o Discurso do Sujeito Coletivo de 30 agentes comunitários de saúde (ACS) e avaliar seus conhecimentos e práticas envolvendo o câncer bucal na atenção básica de um município do nordeste brasileiro. Os dados foram coletados em maio de 2018, através de entrevistas gravadas e analisadas segundo a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo, dispostas em 4 eixos temáticos: conhecimento sobre câncer bucal; trabalho em equipe multidisciplinar; promoção da saúde e prevenção de doenças; e diagnóstico e resolubilidade da atenção. Observou-se nos discursos que 66,6% dos profissionais não conheciam o tabaco como o principal fator etiológico do câncer bucal, no entanto, a maioria sabia os efeitos prejudiciais de suas substâncias. Além disso, os ACS reconhecem que na estratégia saúde da família todos os profissionais devem trabalhar articuladamente e vigilantes aos problemas de saúde da comunidade e que a burocracia do sistema público tem se apresentado como obstáculo ao tratamento do paciente com câncer. Enfim, o ACS tem configurado um elemento basilar da equipe de saúde bucal, principalmente por identificar e encaminhar pessoas com suspeitas de enfermidades bucais à assistência em saúde.

Palavras-chave: câncer bucal; agentes comunitários de saúde; programa saúde da família.

*Mestrando em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB;

**Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

ABSTRACT

The objective of this research is to present the Collective Subject Discourse of 30 community health workers (CHW) and to evaluate their knowledge and practices involving oral cancer in the basic care of a city in northeast Brazil. The data were collected in May of 2018, through recorded interviews and analyzed according to the methodology of the Discourse of the Collective Subject, arranged in 4 thematic axes: knowledge about oral cancer; multidisciplinary teamwork; health promotion and disease prevention; and diagnosis and resolubility of care. It was observed in speeches that 66.6% of professionals did not know tobacco as the main etiological factor of oral cancer, however, most knew the harmful effects of their substances. In addition, CHWs recognize that in the family health strategy, all professionals must work in a coordinated and vigilantes manner to the health problems of the community and that the public system bureaucracy has presented itself as an obstacle to the treatment of cancer patients. Finally, the CHW has configured a basilar element of the oral health team, mainly to identify and refer people with suspected oral diseases to health care.

Keywords: mouth neoplasms, community health workers, family health strategy.

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um problema de saúde pública mundial que se caracteriza pelo crescimento anormal e desordenado de células com potencial invasivo, metastático e letal. Dentre os mais variados tipos de cânceres encontra-se o câncer bucal que pode se manifestar em diferentes locais, tais como: os lábios, a cavidade oral, as glândulas salivares e a orofaringe ¹.

A etiologia do câncer bucal é multifatorial, tendo como principais fatores de risco o tabaco e o uso abusivo de álcool ². Outros fatores também estão relacionados como as infecções virais pelo Papilomavírus Humano (HPV), o sexo, a idade, a genética, o estado nutricional, o meio ambiente, o estilo e hábitos de vida, a condição socioeconômica e a exposição prolongada à radiação solar sem proteção, este último como importante fator extrínseco ao desenvolvimento do câncer na região de lábio ³.

É notório que os efeitos dos fatores carcinogênicos são cumulativos e de longa latência apresentando-se de formas variadas de indivíduos para indivíduos. Dessa forma, a saúde pública tenta superar esses desafios atuando preventivamente na atenção básica com ações e serviços que visam modificar ou diminuir as taxas e tendências de mortalidade por meio do diagnóstico em fases iniciais da doença e a oferta de terapias adequadas, possibilitando melhores prognósticos e o aumento da taxa de sobrevivência dos acometidos ⁴.

A atenção básica obteve grandes avanços com a inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), permitindo a incorporação de serviços odontológicos no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa mudança possibilitou menor distanciamento entre a Odontologia e a população, principalmente pelo aumento expressivo da cobertura da saúde bucal em todo território nacional. Ainda assim, nota-se a existência de grandes desafios em reorganizar as práticas e qualificar as ações e serviços oferecidos nesta área, pautados na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças ^{1, 5}.

Dentre as ações que visam à ampliação e qualificação da atenção básica na ESF está a prevenção e controle de câncer bucal. Nesta ação, a Equipe de Saúde Bucal (ESB), composta pelo cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal deve realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal e garantir a continuidade da atenção em todos os níveis de complexidade. Além disso, deverá oferecer oportunidades de identificação de lesões

buciais, tais como as realizadas nas visitas domiciliares juntos aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ⁵.

O ACS é uma peça fundamental na ESF com suas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e estreitamento dos laços entre a comunidade e o SUS. Esse profissional compõe a equipe multiprofissional da atenção básica e está diretamente ligado a comunidade por seu papel profissional de alerta aos problemas de saúde. Ao atuar junto a ESB, o ACS contribui para uma nova forma de se produzir cuidado em saúde bucal, a partir de sua visão holística da comunidade, produzindo zonas de encontro entre as subjetividades do outro e a dinâmica terapêutica ⁶.

Entretanto, para que as ações dos ACS gerem impactos positivos na atenção básica é necessária à adequada instrumentalização desses profissionais para qualificá-los e assim fortalecer o elo entre equipe saúde da família e comunidade. Para tanto, deve-se investir na manutenção da qualidade do processo de trabalho realizado por eles, em ações de supervisão e de reflexão em equipe ⁷.

Destarte, o ACS conseguirá incorporar, ainda mais, a atenção básica em seu processo matricial, integrando e fortalecendo o sistema de administração de saúde para o avanço da atenção prestada às coletividades e assumindo o papel de sujeito articulador ⁸.

Neste sentido, o objetivo deste estudo é apresentar o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de ACS vinculados à ESF de um município de médio porte do interior do estado da Bahia, Brasil, e avaliar os conhecimentos e as práticas desses profissionais através do DSC sobre o câncer bucal na atenção básica.

METODOLOGIA

O presente estudo, de caráter qualitativo, exploratório e descritivo, foi realizado no município de Jequié, distante 365 km da capital Salvador, com uma área territorial total de 2.969,034 km², sendo que sua população foi estimada no ano de 2017 em 162.209 habitantes⁹. A amostra foi composta por 30 ACS dos 316 agentes em exercício no município de acordo com os dados do mês de maio de 2018 no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)¹⁰. Todos os entrevistados atuavam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipes de Saúde da Família (eSF) pertencentes à zona urbana.

A escolha dos participantes se deu em caráter aleatório sendo coletadas as informações tanto no primeiro contato com as UBS como em um segundo momento fixado com o auxílio da gerência de cada estabelecimento. Foram visitadas, aleatoriamente, 09 UBS das 20 cadastradas no município. Um estudo piloto foi realizado com a participação voluntária de 01 ACS de forma a testar o instrumento de coleta e adequá-lo aos participantes.

A metodologia utilizada foi a do DSC proposto por Lefèvre e Lefèvre (2000) ¹¹. Este modelo de exposição de resultados em pesquisas qualitativas é obtido através de depoimentos registrados na primeira pessoa do singular, decorrentes de um ou vários discursos-síntese, que visa expressar o pensamento de uma população sobre um tema. Esta técnica busca a identificação de trechos mais significativos das respostas dadas por cada um dos participantes do estudo. Tais fragmentos são denominados de Expressões Chaves que estarão diretamente ligadas as Ideias Centrais do conteúdo discursivo.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e por um único pesquisador, durante o período de 08 a 17 de maio de 2018. O roteiro de perguntas foi baseado nos princípios e diretrizes da atenção básica¹², do qual emergiram quatro eixos temáticos: a) conhecimento sobre câncer bucal; b) trabalho em equipe multidisciplinar; c) promoção da saúde e prevenção de doenças; e d) diagnóstico e resolubilidade da atenção.

Nestes eixos, apresentavam-se os seguintes quesitos: a) 1. Você conhece o câncer bucal e suas causas? b) 2. Em sua opinião, qual o papel do cirurgião-dentista da atenção básica em relação ao diagnóstico de câncer bucal? 3. Você acha que os profissionais envolvidos na equipe além do cirurgião-dentista poderiam contribuir de alguma forma na questão do câncer bucal? c) 4. Diante de uma suspeita de ferida na boca, durante uma visita domiciliar, como você procederia? 5. O que você faria se encontrasse um usuário fumante em seu território ou fora dele? d) 6. Supondo que houvesse demora na descoberta ou no atendimento do paciente portador desta doença, quais razões você imagina que estejam envolvidas? 7. Já teve algum caso de usuário no território de sua Unidade de trabalho com suspeita de câncer bucal?

Também foram coletadas, por meio de uma ficha de identificação do participante, as variáveis: sexo, idade, escolaridade, renda, tempo de profissão, número de famílias cadastradas e experiência passada em capacitação em saúde bucal. As entrevistas foram realizadas individualmente e em ambiente privativo e

silencioso dentro das UBS. Os áudios das conversas foram gravados em aparelho digital portátil e posteriormente transcritos.

Os dados foram parcialmente tratados num software específico, o DSCsoft® v.2.0, licença TRIAL com utilização gratuita. O DSCsoft® é um programa que facilita a realização de pesquisas qualitativas nas quais é utilizada a técnica do DSC. Esse instrumento foi idealizado pelos próprios criadores da teoria com o objetivo de servir de suporte aos pesquisadores durante a organização e processamento dos dados.

A pesquisa teve início somente após anuência da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob número de parecer: 2.620.147.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 30 ACS entrevistados, 27 (90,0%) eram do sexo feminino. Quanto à faixa etária, 23 (76,7%) tinham entre 40 e 59 anos, a média de idade dos participantes foi de 45,4 anos e 17,5 anos de exercício da profissão. Em relação à escolaridade, 21 (70,0%) apresentavam o ensino médio completo e 25 (83,3%) renda mensal de 1 a 2 salários mínimos, sendo que todos referiram receber adicional de insalubridade e a maioria (n=29; 96,7%) relatou não desempenhar outra atividade remunerada. A média de famílias cadastradas foi de 157,4 por ACS e 8 (26,7%) profissionais relataram nunca ter recebido capacitação em saúde bucal.

Ao entrevistar os ACS foram feitas sete perguntas que resultaram em 19 ideias centrais (Tabela 1). No entanto, apresentam-se neste estudo apenas nove ideias centrais e seus respectivos DSC que expressam os principais pontos relacionados aos eixos temáticos. Os resultados de cada análise estão apresentados nas tabelas 2 a 5.

O ACS sempre esteve mais vinculado aos profissionais da enfermagem e da medicina no cumprimento de suas atividades laborais, sendo notado como um componente anexo a estes profissionais da saúde. Já a equipe de saúde bucal historicamente tendeu a trabalhar solitariamente, isolando a boca do resto do corpo e observando o indivíduo como a doença que carrega. A ESF veio mudar este paradigma através de importantes mudanças no processo de trabalho e na organização dos serviços ofertados ¹³.

Com o intuito de apresentar e refletir os conhecimentos e as práticas dos ACS na atenção básica envolvendo o tema câncer bucal optou-se pela utilização de uma

técnica que pudesse avaliar qualitativamente o saber e prontamente a opinião social de trabalhadores da saúde que lidam diretamente com as comunidades. Assim, os discursos individuais de cada participante foram agrupados, por semelhança semântica, em discursos-síntese redigidos na primeira pessoa do singular, de modo a configurar um sujeito coletivo detentor de uma opinião social ¹⁴. Estes discursos estão apresentados em quatro eixos temáticos, tendo o quesito 1. Você conhece o câncer bucal e suas causas? a exposição dos três primeiros DSC (Tabela 2).

A partir do DSC:1, nota-se que os ACS que expuseram a expressão chave preditora à ideia central - conheço e envolve o tabaco - apresentaram uma boa percepção do que é o câncer bucal. Estes profissionais retrataram fatores etiológicos que dialogam com os apresentados na literatura, sobre o tabagismo ser o principal fator etiológico com 90% dos pacientes portadores dessa doença apresentarem histórico tabagista, além disso, fatores hereditários e comportamentais contribuem positivamente ao surgimento da neoplasia ¹⁵.

Outros elementos contribuintes para o aparecimento da doença são citados nos DSC:2 e DSC:3. Este último, relatado por apenas um ACS que confirma um importante fator etiológico para o desenvolvimento do câncer de lábio, sendo representado na ideia central - conheço e envolve a radiação solar.

O câncer de lábio está entre as neoplasias malignas bucais mais prevalentes e está relacionado à exposição solar, seja por motivos laborais ou estilo de vida. Possui desenvolvimento lento, facilmente identificável e, quando diagnosticado cedo, alcança a cura em 100% dos casos com pouca ou nenhuma sequela. Ações preventivas devem ser abraçadas pelas esferas governamentais com a distribuição de protetores ou bloqueadores solares, com destaque aos protetores labiais e chapéus visando primordialmente aos trabalhadores de áreas rurais ou de profissões que necessitam ficar diariamente expostos ao sol ¹⁶.

É notório que a higiene oral feita de forma inadequada também configura um fator colaborador ao desenvolvimento do câncer bucal ¹⁵. Entretanto, observa-se que ao referir a higienização deficiente como causa do câncer bucal (DSC:2) o ACS resgata o seu conhecimento de mundo e a relação que sua atuação profissional tem com o campo da saúde bucal em atividades primordiais de educação em saúde oral que envolve a prática da boa escovação e uso do fio dental; e não, necessariamente, por existir uma verdadeira afinidade.

Neste contexto, Gouvêa et al.⁷ e Oliveira et al.¹⁷ evidenciaram em seus estudos que em geral os ACS apresentaram um bom conhecimento acerca dos fatores de risco relacionados ao câncer bucal, reconhecendo o tabaco entre as principais causas. No entanto, o presente estudo evidenciou que apenas 33,3% (n=10) dos participantes referiram o mesmo, tendo também 10 ACS referido não saber o que é o câncer bucal nem sua etiologia (Tabela 1).

O câncer bucal apresenta delimitações consagradas na literatura científica sobre o que representa essa neoplasia, quais as suas consequências e como tratá-lo; no entanto, sua intencionalidade discursiva relacionada ao processo saúde/doença ainda é inoperante, mesmo sendo medidas relativamente fáceis de serem tomadas e difundidas para a coletividade ¹⁶.

Quanto ao papel do cirurgião-dentista na prevenção do câncer bucal, nota-se que as respostas dos ACS se desdobraram em duas ideias centrais: desenvolver atividades preventiva (n=14; 46,7%) e detectar a doença e encaminhar o paciente (n=15; 50,0%) (Tabela 1). Sabe-se que o cirurgião-dentista é o profissional da saúde que desempenha um papel peculiar nas ações de prevenção e diagnóstico precoce, aliando medidas eficazes para melhorar o prognóstico das doenças bucais, principalmente se focado nos fatores de risco. No entanto, em um estudo realizado por Souza et al.¹⁸ com 70 cirurgiões-dentistas da ESF observou-se que estes demonstraram conhecimentos satisfatórios relacionados ao câncer bucal, mas que não têm sido colocados em prática em suas atividades laborais cotidianas. Isso reflete a importância que a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal têm na redução da morbimortalidade ocasionada pela doença, mas o conhecimento não compartilhado perde-se o seu valor e sentido ¹⁸.

Neste contexto é fundamental que o cirurgião-dentista saiba identificar lesões ainda em estágios iniciais e proceda o encaminhamento do paciente ¹⁹, assim como relatado no DSC:4. Pinheiro et al.¹⁹ em seus estudos observaram que grande parte dos cirurgiões-dentistas não se sentem seguros para diagnosticar as lesões iniciais de câncer bucal. Isso reflete uma deficiência que deve ser superada através de treinamento adequado que vise a melhoria da percepção destes profissionais quanto a detecção e encaminhamento do paciente para receber a necessária assistência, com segurança diagnóstica e mais qualidade de vida à população acometida.

Ao analisar o DSC: 5, nota-se 53,3% (n=16) dos ACS afirmarem que os demais profissionais da saúde da família podem contribuir de algum modo no

processo de prevenção e controle do câncer bucal, principalmente por reconhecer que na ESF todos devem trabalhar articuladamente e vigilantes aos problemas de saúde, a fim de encaminhá-los, sempre, em tempo oportuno.

Destarte que, Torres-Pereira et al.¹⁶ confirmam que a visita domiciliar do agente comunitário é uma forte potencialidade à detecção precoce do câncer bucal na atenção básica. Durante a visita, o ACS tem a real possibilidade de inverter o acesso do usuário de risco aos serviços prestados, encaminhando este ao cirurgião-dentista da atenção básica. Para tanto, se faz necessário à educação continuada de todos os membros da equipe, abordando os fatores de risco para as doenças bucais, as potencialidades da atenção básica, as barreiras que dificultam a realização do diagnóstico precoce e sinais e sintomas iniciais da neoplasia.

Quando perguntado ao ACS o que ele faria diante de uma suspeita de ferida na boca em um usuário, durante uma visita domiciliar, notou-se que todos os agentes referiram encaminhá-lo para a unidade de saúde e procurar um profissional de saúde de nível superior (DSC: 6). Tal atitude contribui para um olhar ampliado por todos os profissionais da ESF aos problemas da saúde bucal no território e não apenas pelo cirurgião-dentista.

Neste sentido, Costa Júnior e Serra ²⁰, em seu estudo, evidenciaram que 100% dos dentistas entrevistados que atuavam na Saúde da Família afirmaram que a relação da ESB com o território permite uma maior aproximação da Odontologia com o paciente e a família, criando vínculos com a comunidade e garantindo a liberdade dos ACS em encaminhar ao dentista os casos suspeitos de doenças bucais.

No âmbito da ESF, a comunicação é essencial para as atividades de educação em saúde. O ACS é um profissional inteiramente identificado com o próprio território e comunidade, apresentando os mesmos valores, linguagem e costumes que influenciam diretamente na facilidade de comunicação e transmissão de conhecimentos em prol da melhoria das condições de vida e saúde ¹³.

O processo de capacitação do ACS deverá valorizar a singularidade profissional deste trabalhador, abordando-se temas que envolvam os principais problemas da sua comunidade e atendendo às características do seu perfil social em ações de promoção da saúde e prevenção de agravos como eixos estruturantes e integradores do processo formativo. Desse modo o propósito é estimular e

instrumentalizar o autocuidado, por meio de reflexões e ações que conduzam a transformações nas atitudes e comportamentos dos usuários ²¹.

Mas todo processo educativo não depende apenas do emissor. Isso é refletido no DSC: 7, em que todos os ACS relataram suas dificuldades em convencer os usuários fumantes a deixar o hábito. Neste sentido, a intensificação das campanhas de combate ao tabaco como medidas educacionais que colaboram ou desestimulam o início do hábito de fumar, aliada a uma maior disponibilidade de centros de apoio especializado aos que desejam parar de fumar parecem ser a abordagem com maior chance de obter, ao longo do tempo, uma diminuição na incidência do câncer bucal, principalmente por entender que sozinhos, dificilmente os usuários interrompem o vício ¹⁶.

O DSC: 8 mostra um dos maiores problema do SUS que é o impasse do paciente oncológico em conseguir celeridade no atendimento, diagnóstico e tratamento. Lombardo et al.²² ressaltam que a qualidade do instrumento de referência e contrarreferência está fortemente relacionada com a possibilidade da demora do paciente em relação à rede de serviços. Quando a documentação é mal preenchida, ou até mesmo não preenchida, tende a se tornar uma simples ficha de acesso. Assim, o atraso à intervenção propriamente dita, colabora para que o câncer bucal e seus agravantes aumentem o tempo de convalescência do acometido acarretando maiores chances de sequelas funcionais ²².

Além disso, o relativo atraso no diagnóstico precoce refere-se ao retardamento de muitos encaminhamentos, que é considerado como o tempo entre a chegada do paciente ao clínico da atenção básica até o momento do possível diagnóstico final de câncer bucal. Nesse sentido, nota-se uma relação direta entre o sistema de organização dos fluxos de encaminhamento para a realização do diagnóstico e a corresponsabilidade dos profissionais envolvidos ²⁰.

Ainda sobre o que o ACS acredita estar relacionado à demora na descoberta ou no atendimento do paciente portador do câncer bucal, questão 6, nota-se que 43,3% (n=13) relataram o descuido pessoal do próprio paciente e 16,7% (n=5) o despreparo profissional (Tabela 1). Estas informações reafirmam a necessidade do fortalecimento da ESF através da educação permanente e treinamento dos profissionais da atenção para garantir a segurança diagnóstica e o encaminhamento em tempo oportuno¹⁹, além de melhorar a participação da comunidade, a fim de que

o indivíduo em risco, também, seja um alerta do processo saúde/doença vivenciado em seu meio ambiente.

No que tange a experiência dos ACS do estudo com o câncer bucal, nota-se que 26,7% (n=8) já tiveram contato com pelo menos um paciente em seu território de atuação com diagnóstico confirmado da doença DSC: 9 (Tabela 5). Para estes ACS a maioria dos indivíduos acometidos já fazia uso do tabaco e a doença contribuiu para baixa da autoestima, depressão, preocupação ou sofrimento emocional do paciente e seu círculo familiar. Portanto, a criação de espaços para a construção de ações e serviços em saúde multiprofissional deve existir principalmente com direcionamento à atitude crítica e reflexiva ao trabalho dos membros da equipe no suporte aos enfermos e seus familiares a fim de garantir o aporte básico sobre a atenção em saúde como um todo ²¹.

Outro ponto importante refere-se à organização do trabalho das equipes da ESF que deve permitir que o ACS tenha um espaço de diálogo fortalecido com os demais membros da equipe para que as informações cheguem com maior precisão e garanta de forma mais horizontalizada, a integração entre seus membros, refletindo positivamente no bem estar da comunidade ²³.

Vale ressaltar que a prescrição das atribuições dos ACS deve ser revista para que se defina da melhor forma seu papel laboral e determine suas ações de acordo com os recursos disponíveis, evitando, sobretudo, o desvio de funções ou sobrecarga de tarefas ²³.

A pesquisa realizada apresentou algumas limitações importantes quanto ao seu público. A amostra participante do estudo foi estritamente da zona urbana o que pode mascarar outras dificuldades enfrentadas pelo ACS da zona rural no suporte ao paciente com câncer bucal. Além disso, seria interessante que o estudo fosse realizado com um número maior de profissionais de modo a mensurar quais os discursos emergiriam de outras categorias profissionais sobre a temática.

CONCLUSÃO

Os Discursos do Sujeito Coletivo possibilitaram uma melhor visão ou opinião social sobre o que o câncer bucal representa no contexto laboral do ACS. Foi observado que apesar de boa parte dos profissionais não conhecerem o tabaco como o principal fator etiológico do câncer bucal, a maioria sabe os efeitos prejudiciais de suas substâncias e assume papel de sujeito orientador na

comunidade sobre a necessidade de cessar o hábito do fumo. No entanto, é evidente que o ACS precisa do apoio multiprofissional que a ESF oferece para convencer o público fumante a assumir práticas mais saudáveis.

Além disso, o ACS sabe da importância do trabalho em equipe na atenção básica para possibilitar o desenvolvimento de atividades preventivas, o diagnóstico precoce e o encaminhamento seguro do usuário com câncer bucal.

Outro ponto importante do estudo, diz respeito à burocracia do sistema público que, muitas vezes, apresenta-se como o maior obstáculo na rede de serviços e que precisa ser otimizado de modo a garantir celeridade e resolubilidade ao paciente oncológico.

Vale ressaltar, que o ACS é um profissional de destaque na ESF e tem configurado um elemento basilar da equipe de saúde bucal no processo saúde/doença vivenciado pelas coletividades, principalmente por identificar e encaminhar todo caso que gere dúvida do que é saudável. Portanto, a capacitação e a efetivação da educação permanente dos profissionais da ESF, em especial do ACS, só tem a agregar no progresso da atenção básica e melhoria do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca, 2018. [acesso em 2018 jun 20]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp>
2. American Cancer Society. *Cancer facts & figures 2017*. Atlanta, 2017. [internet]. [acesso em 2018 mai 30]. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>
3. Bezerra TA, Almeida AVS, Costa KNFM. Relato de experiência: estratégia de prevenção do câncer de boca no Município de Campina Grande, Paraíba. *Rev. APS* 2016; 19(4):661-64.

4. Perea LME, Peres MA, Boing AF, Antunes JLF. Tendência de mortalidade por câncer de boca e faringe no Brasil no período 2002-2013. *Rev. Saúde Pública* 2018; 52(10):1-10.
5. 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*. Brasília, 2004. [internet]. [acesso em 2018 mai 20]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
6. Rodrigues AAAO, Santos AM, Assis MMA. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(3):907-15.
7. Gouvêa GR, Silva MAV, Cortellazzi KL, Pereira AC, Mialhe FL, Guerra LM. Práticas em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à estratégia saúde da família com e sem equipe de saúde bucal. *J Health Sci Inst* 2015; 33(2):144-50.
8. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(7):2147-56.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). *IBGE Cidades*. [acesso em 2018 Ago 21]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/jequie/panorama>
10. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*. [acesso em 2018 Jul 20]. Disponível em:
http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp
11. Lefevre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

12. 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, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2018 jun 20]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
13. Holanda ALF, Barbosa AAA, Brito EWG. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. *Ciênc. saúde coletiva* 2009; 14(Suppl. 1):1507-1512.
14. Figueiredo MZA, Chiari BM, Goulart BNG. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. São Paulo. *Distúrb Comum* 2013; 25(1):129-136.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Dos casos de câncer de boca, 90% ocorrem em fumantes. *Inca* 2017 jan 14. [acesso em 2018 ago 26]. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2017/dos-casos-de-cancer-de-boca-90-ocorrem-em-fumantes>
16. Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos Jr. CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28:S30-S39.
17. Oliveira LK, Ozelame SB, Dalceglio S, Philippi CK, Bueno RN, Bottan ER. Agente comunitário de saúde e a prevenção do câncer bucal. Bauru. *Salusvita* 2012; 31(2):141-151.
18. Souza JGS, Sá AB, Popoff DAV. Comportamentos e conhecimentos de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde quanto ao câncer bucal. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Coletiva* 2016; 24 (2):170-177.

19. Pinheiro SMS, Cardoso JP, Prado FO. Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer Bucal entre Profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2010; 56(2):195-205.
20. Costa Júnior S, Serra CG. Diagnóstico e Continuidade do Cuidado do Câncer Bucal em pacientes acompanhados pelas Equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família: a experiência do município de Resende, no Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos Unifoa* 2011; 6(15):73-90.
21. Pires ROM, Neto FL, Lopes JB, Bueno SMV. O conhecimento dos agentes comunitários sobre saúde bucal: uma perspectiva sobre deficiências em educação em saúde no psf. *Cienc Cuid Saude* 2007; 6(3):325-334.
22. Lombardo EM, Cunha AR, Carrard VC, Bavaresco CS. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19(4):1223-32.
23. Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 2018; 52:14.

Tabela 1 - Apresentação das respostas dos Agentes Comunitários de Saúde segundo a distribuição dos eixos temáticos e agrupadas por Ideias Centrais, (n=30; 100%), Jequié-Ba, 2018.

Eixo/Questão	Ideia Central A n (%)	Ideia Central B n (%)	Ideia Central C n (%)	Ideia Central D n (%)
Eixo: Conhecimento sobre câncer bucal				
1. <i>Você conhece o câncer bucal e suas causas?</i>	Conheço e envolve o tabaco 10 (33,3)	Conheço e envolve principalmente a higienização 9 (30,0)	Conheço e envolve radiação solar 1 (3,33)	Não conheço a 10 (33,3)
Eixo: O trabalho em equipe multidisciplinar				
2. <i>Em sua opinião, qual o papel do cirurgião-dentista da atenção básica em relação ao diagnóstico de câncer bucal?</i>	Desenvolver atividades preventivas 14 (46,7)	Detectar a doença e encaminhar o paciente 15 (50,0)	Não sei 1 (3,33)	
3. <i>Você acha que os profissionais envolvidos na equipe além do cirurgião-dentista poderiam contribuir de alguma forma na questão do câncer bucal?</i>	Sim, principalmente com a orientação 13 (43,3)	Sim, porque PSF* é uma equipe 16 (53,3)	Não acho 1 (3,33)	
Eixo: Promoção da saúde e prevenção de doenças				
4. <i>Diante de uma suspeita de ferida na boca, durante uma visita domiciliar, como você procederia?</i>	Eu encaminho para a unidade de saúde, procurar um profissional de saúde 30 (100,0)			
5. <i>O que você faria se encontrasse um usuário fumante em seu território ou fora dele?</i>	Eu sempre oriento a parar de fumar 30 (100,0)			
Eixo: Diagnóstico e resolubilidade da atenção				
6. <i>Supondo que houvesse demora na descoberta ou no atendimento do paciente portador desta doença, quais razões você imagina que estejam envolvidas?</i>	A burocracia do sistema público 11 (36,7)	O descuido pessoal do próprio paciente 13 (43,3)	O despreparo profissional 5 (16,7)	Não sei 1 (3,33)
7. <i>Já teve algum caso de usuário no território de sua Unidade de trabalho com suspeita de câncer bucal?</i>	Na minha área de trabalho não 20 (66,6)	Sim, mas foi descartado 2 (6,7)	Sim e foi confirmado o diagnóstico 8 (26,7)	

*PSF (Programa Saúde da Família) essa terminologia faz alusão a atual nomenclatura (Estratégia Saúde da Família - ESF) de acordo com a nova Política Nacional de Atenção Básica.

Tabela 2 - Ideia central e discurso do sujeito coletivo de 30 ACS, em resposta à questão norteadora: 1 Eixo temático: Conhecimento sobre câncer bucal.

Questão 1	<i>Você conhece o câncer bucal e suas causas?</i>
Ideia Central (A)	Discurso do Sujeito Coletivo (1)
Conheço e envolve o tabaco	Existem várias causas, pode ser causado por falta de higiene, o uso do fumo e também pode ser uma coisa hereditária, né? cuidado com prótese, histórico familiar. E basicamente é a questão do fumo, né? questões de cuidado odontológico, álcool também se não me engano acho que... o que mais...? alguma ferida de repente (...) que não é tratada pode transforma em câncer bucal e principalmente cigarro (ACS 1, 3, 9, 12, 14, 17, 18, 21, 22, 26).
Ideia Central (B)	Discurso do Sujeito Coletivo (2)
Conheço e envolve principalmente a higienização	Sim, conheço. É a falta de cuidado, né? de higiene, é a maneira da escovação, né? tem sempre que tá passando o fio e sempre tem que tá passando também pelo dentista, para o dentista tá sempre fazendo a avaliação pra ver, né? como é que tá a situação. Questão de higiene mesmo! (...) na área a gente costuma a falar se as pessoas estão fazendo a escovação normal, diariamente, após a alimentação, né? a cada refeição, (...) também é o achismos, né? eu não tenho certeza, mas eu acho que tem haver com os cuidados que você tem com sua higiene bucal, né? (ACS 2, 4, 10, 16, 20, 23, 24, 25, 27).
Ideia Central (C)	Discurso do Sujeito Coletivo (3)
Conheço e envolve a radiação solar	(...) geralmente eu tenho o conhecimento assim, que seja causado através do sol na pele, entendeu! Aí causa um ferimentozinho na boca, aí através daquilo não tratado, não cuidado pode virar um câncer de pele bucal (ACS 30).

Tabela 3 - Ideia central e discurso do sujeito coletivo de 30 ACS, em resposta às questões norteadoras: 2 e 3. Eixo temático: O trabalho em equipe multidisciplinar.

Questão 2	<i>Em sua opinião, qual o papel do cirurgião-dentista da atenção básica em relação ao diagnóstico de câncer bucal?</i>
Ideia Central (B)	Discurso do Sujeito Coletivo (4)
Detectar a doença e encaminhar o paciente	O papel do dentista é detectar o problema e dar esse primeiro encaminhamento, de observar, de pedir exames complementares se forem necessários, de encaminhar pra um especialista e pedir pra fazer um exame mais sofisticado; porque aqui não tem como cuidar de um paciente com câncer na boca. E sempre ter a atenção de tá olhando nem só os dentes, mas a boca, a língua, o céu da boca, a gengiva... eu acho que tem condição sim! de fazer na primária, né? (...) pra diagnosticar mais cedo possível e adiantar o mais rápido o tratamento (ACS 6, 7, 8, 9, 11, 14, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 27, 29).
Questão 3	<i>Você acha que os profissionais envolvidos na equipe além do cirurgião-dentista poderiam contribuir de alguma forma na questão do câncer bucal?</i>
Ideia Central (B)	Discurso do Sujeito Coletivo (5)
Sim, porque PSF é uma equipe	PSF é uma equipe, então a gente trabalha todo mundo junto, né? médico, enfermeiro, auxiliar, dentista, agente comunitário. Então qualquer coisa que acontece na área envolvem todos. (...) e o primeiro profissional que o usuário procura não é o dentista, ele procura primeiro o médico, principalmente no PSF, aí cabe a ele fazer a observação direitinho e encaminhar. (...) a enfermeira no atendimento dela, né? poderia até se o paciente queixar "Oh! tô com um problemzinho aqui na boca e tal, tá me incomodado" e ela pode já dar uma olhada e já encaminhar pro dentista. E principalmente a gente como ACS, estando na área e perceber alguma pessoa com alguma lesão, alguma coisa visível, né? (...) fazendo essa busca ativa, porque quem sofre com câncer, às vezes, precisa de um acompanhamento psicológico, precisa de uma rede de apoio tanto familiar quanto de amigos e a gente, às vezes, como profissionais de saúde nos tornamos, também, parceiros dessas pessoas (ACS 1, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 22, 25, 27, 28, 29).

Tabela 4 - Ideia central e discurso do sujeito coletivo de 30 ACS, em resposta às questões norteadoras: 4 e 5. Eixo temático: Promoção da saúde e prevenção de doenças.

Questão 4	<i>Diante de uma suspeita de ferida na boca, durante uma visita domiciliar, como você procederia?</i>
Ideia Central (A)	Discurso do Sujeito Coletivo (6)
Eu encaminho para a unidade de saúde, procurar um profissional de saúde	Então, eu ia orientar para que a pessoa fosse procurar o profissional de saúde, o dentista, né? não só o dentista, primeiro procurar a unidade de saúde, né? ou o enfermeiro, o médico, o dentista, o que fosse! primeiro lugar tem que vim a unidade de saúde, porque cada um tem sua área. Então, perguntaria se a pessoa tinha consciência do que é aquela ferida, né? se tinha conhecimento de como foi causada e orientaria a procurar o dentista, porque só o dentista que pode avaliar e dar o diagnóstico, entendeu! ou se não, tá passando também pra a equipe de saúde e falar "Ta acontecendo isso, com tal paciente" (...) às vezes a pessoa tem vergonha e tal, eu dou até uma força, eu marco, eu falo " <i>Vai tal dia e tal!</i> ", mas sempre ajudo né? de uma maneira ou de outra diagnosticar e dizer se é um câncer, se é uma ferida simples, porque às vezes pode não ser nem uma doença, mas se for e começando um tratamento mais cedo é bem melhor, né? (...) eu falo: " <i>Nesse caso não tem marcação! é como se fosse uma emergência</i> " (ACS 1 - 30).
Questão 5	<i>O que você faria se encontrasse um usuário fumante em seu território ou fora dele?</i>
Ideia Central (A)	Discurso do Sujeito Coletivo (7)
Eu sempre oriento a parar de fumar	Usuário fumante a gente tem muito! o trabalho da gente é de orientar, de mostrar quais os riscos, mesmo sendo difícil convencer [risada]. Falo dos problemas que ocorrem com as pessoas que fumam e também para os fumantes passivos. (...) ainda mais os pacientes que são hipertensos, diabéticos e estão fumando. E se eles quiserem fazer o tratamento, a gente encaminha pro CAPS, mas eles não vão! [ACS] " <i>Você quer ser ajudado? você quer deixar de fumar?</i> " [usuário] " <i>Quero!</i> ", então a gente manda pra lá, mas depende muito da pessoa, né? [ACS] " <i>Para de fumar! para de beber!</i> ", mas não tem jeito não. Aqui mesmo, a gente já tentou fazer grupo de apoio pras pessoas que querem parar de fumar, mas a procura é pouca. Eles não querem, fala que tá trabalhando, que vai perder o dia e acaba nem participando. (...) se não tiver um acompanhamento não consegue parar não! (ACS 1 - 30).

Tabela 5 - Ideia central e discurso do sujeito coletivo de 30 ACS, em resposta às questões norteadoras: 6 e 7. Eixo temático: Diagnóstico e resolubilidade da atenção.

Questão 6	<i>Supondo que houvesse demora na descoberta ou no atendimento do paciente portador desta doença, quais razões você imagina que estejam envolvidas?</i>
Ideia Central (A)	Discurso do Sujeito Coletivo (8)
A burocracia do sistema público	Olha, pra te falar a verdade é o sistema. A gente sempre bate nisso! qualquer doença aqui que chega a diagnosticar câncer ou suspeita de câncer, a demora do tratamento é grande, porque o sistema não permite que a pessoa consiga o tratamento num prazo adequado (...). Eu te falo porque tenho experiência aqui na área, tem grande índice de pessoas que têm câncer e acabam morrendo sem fazer o tratamento, entendeu! Então a questão é o sistema mesmo, porque chega aqui na unidade ele é atendido pelo dentista e é encaminhado pro CEO, que é o centro de referência odontológica, chega lá, pra conseguir uma vaga da uma demora tão grande, depois qualquer anormalidade tem que ir pra Salvador, aí vai pro TFD (Tratamento Fora do Domicílio) pra conseguir a viagem. Oh! é uma burocracia, entendeu! tem que ter biópsia... tem que entrar numa triagem... Então o paciente acaba morrendo e não consegue o tratamento. Porque o sistema da até 60 dias de prazo, mas infelizmente dura até anos pra poder o paciente ser encaminhado pra um órgão desse. Aí vem a lentidão, os alentos do SUS né? [risada] A falta de vaga pra o atendimento, porque é bem restrita, né? E geralmente falta muita coisa, falta material e o profissional fica aqui sem fazer nada, entendeu! não é culpa deles, é culpa da gestão que deixa a desejar (...) aí o paciente chega aqui, não tem como fazer nada, e aí? o paciente volta pra casa. É como tá enxugando gelo, então é difícil. É só mesmo bonitinho, SUS, no papel. Muito bonito, mas pra ser concretizado a demora é grande! (ACS 1, 7, 8, 9, 11, 13, 15, 17, 20, 25, 30).
Questão 7	<i>Já teve algum caso de usuário no território de sua Unidade de trabalho com suspeita de câncer bucal?</i>
Ideia Central (C)	Discurso do Sujeito Coletivo (9)
Sim e foi confirmado o diagnóstico	Sim! tenho um caso de um senhor que tá agora! Ele foi pro dentista, porque já estava incomodando. (...) foi fazer uma extração, uma coisa simples e lá que detectou que estava realmente com CA de boca. Foi encaminhado pra outros profissionais pra fazer avaliação e já está fazendo radioterapia e sendo cuidado agora em casa. (...) a gente via saudável, brincando, conversando, mas ele era fumante a muito tempo, só que tinha largado. É muito difícil! a família toda tá coesa com ele, tá junto, tá ajudando de todas as maneiras, a equipe aqui também. Mas assim, a gente fala que tá no controle, mas ele tá se sentindo meio depressivo, sabe! fica se olhando sempre no espelho! já teve tentativa de querer se matar. Então pra família é um pouco difícil! (...) e também já tive um paciente que até faleceu. Ele era fumante, aí quando descobriu já estava grave e com pouco tempo ele faleceu. (...) começou com uma ferida debaixo da língua, eu dizia assim: "Você vai num médico, vai no dentista pra ver esse negócio! isso dói?" [usuário] "Não." [ACS] "Vai ver o que é!" também foi descoberto num estágio avançado e com poucos meses faleceu (ACS 6, 7, 10, 12, 17, 19, 24, 26).