UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DE FEIRA DE SANTANA

LEYLA NADDJA DOS SANTOS SILVA
LILYAN THERESA NOBRE CERQUEIRA FAGUNDES

AÇÕES DE SAÚDE FRENTE AO CÂNCER DE BOCA NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO COMPARATIVO EM DOIS MUNICÍPIOS DA BAHIA

Feira de Santana
2022

LEYLA NADDJA DOS SANTOS SILVA
LILYAN THERESA NOBRE CERQUEIRA FAGUNDES

AÇÕES DE SAÚDE FRENTE AO CÂNCER DE BOCA NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO COMPARATIVO EM DOIS MUNICÍPIOS DA BAHIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana, como requisito para obtenção do título de cirurgião-dentista.

Orientadora: Prof.ª Dra. Marília de Matos Amorim

Feira de Santana

2022

"Não fui eu que lhe ordenei? ***Seja forte e corajoso****! Não se apavore, nem se desanime, pois, o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar".*

Josué 1.9

Este trabalho é dedicado a Deus, o agradecemos pelo apoio nos momentos de angústia, por abrir espaços frente ás dificuldades e por ser nosso guia, desde o princípio, na tarefa de lutar pela nossa felicidade. Sem Deus, nada disso seria possível. Gratidão a Deus pela conclusão desse trabalho.

AGRADECIMENTO

Agradecemos a Deus pelos dons que nos deu nesta existência que serviram para na realização deste projeto.

Agradecemos aos nossos pais pelo o apoio e incentivo que serviram de alicerce para as nossas realizações e por acreditarem que seriamos capazes de superar os obstáculos que a vida nos apresentou.

Agradecemos a nossa orientadora Marilia Amorim, pela sua dedicação e paciência durante todo o projeto. Seus conhecimentos e suas valiosas indicações fizeram grande diferença no resultado final desse trabalho.

Agradecemos a professora Jamilly Musse que apesar da sua intensa rotina acadêmica conduziu a matéria de TCC 2 com maestria e nos proporcionou um ensino de alta qualidade.

SUMÁRIO

RESUMO **6**
PALAVRAS-CHAVES **6**
ABSTRACT **7**
KEYWORDS **7**
1.0 INTRODUÇÃO **8**
2.0 REVISÃO DE LITERATURA **10**
2.1 EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE BOCA 10
2.2 ATENÇÃO AO CÂNCER DE BOCA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 11
2.3 PAPEL DA EQUIPE DE SAUDE BUCAL NO ENFRENTAMENTO AO CÂNCER DE BOCA 14
2.4 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) 16
3.0 METODOLOGIA **18**
3.1 LOCAL DO ESTUDO 18
3.2 FONTE DE DADOS 18
3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS 19
3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO 19
3.5 ANÁLISE DE DADOS 20
3.6 ASPECTOS ÉTICOS 21
4.0 RESULTADOS **21**
6.0 DISCUSSÃO **25**
7.0 CONCLUSÃO **30**
REFERÊNCIAS **31**
ANEXOS **36**

RESUMO

Introdução: O câncer é considerado um problema de saúde pública mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que, no ano de 2030, ocorram 27 milhões de casos novos de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas conviverão com a doença. Objetivo: Comparar as ações em saúde frente ao câncer de boca promovidas pelas Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica nos dois maiores municípios do interior da Bahia. Metodologia: Estudo descritivo com análise de dados secundários provenientes do terceiro ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB 2017. Os dados foram processados e analisados com o auxílio do programa Microsoft Excel 2010 e do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0. Resultados: Foram avaliadas um total de 82 Equipes de Saúde Bucal, sendo 41 Equipes no município de Feira de Santana-BA e 41 Equipes do município de Vitória da Conquista -BA. A maior parte das equipes afirmou, de forma geral, realizar ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca em ambos os municípios, no entanto, quando questionada sobre a realização de biopsias observa-se que nos dois municípios grande parte das equipes informou não realizar. Conclusão: Ainda que os resultados deste estudo apontam uma satisfatória atenção ao câncer de boca, estimativas demonstram altos indicadores de morbidade pela doença na Bahia. Além disso, devemos levar em consideração que a Bahia é um estado onde obtêm-se um diagnóstico tardio para o câncer de boca, implicando em um número maior de mortes pela patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias Bucais, Atenção Primária à Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde

ABSTRACT

Introduction: Cancer is considered a global public health problem. According to the World Health Organization (WHO), it is estimated that 27 million new cases of cancer will occur in 2030, 17 million deaths from cancer, and 75 million people will live with the disease. Objective: To compare the health actions against oral cancer promoted by the Oral Health Teams of Primary Care in the two largest municipalities in the countryside of Bahia. Methodology: Descriptive study with analysis of secondary data from the third external evaluation cycle of the PMAQ-AB 2017. The data were processed and analyzed with the aid of the Microsoft Excel 2010 program and the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 22.0. Results: A total of 82 Oral Health Teams were evaluated, 41 teams in the municipality of Feira de Santana-BA and 41 teams from the municipality of Vitória da Conquista -BA. Most of the teams stated, in general, to carry out oral cancer prevention and diagnosis actions in both municipalities, however, when asked about performing biopsies, it was observed that in both cities most of the informed teams did not perform them. Conclusion: Although the results of this study indicate satisfactory attention to oral cancer, estimates demonstrate high indicators of morbidity from the disease in Bahia. In addition, we must take into account that Bahia is a state where a late diagnosis for oral cancer is obtained, resulting in a higher number of deaths from the pathology.

KEYWORDS: Mouth Neoplasms, Primary Health Care, Health Services Accessibility

1.0 INTRODUÇÃO

A transição demográfica, resultante do envelhecimento populacional, vem ocorrendo no Brasil e no mundo associada a uma mudança epidemiológica determinada pela maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas o câncer. O câncer é considerado um problema de saúde pública mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que, no ano de 2030, ocorram 27 milhões de casos novos de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas conviverão com a doença (DUARTE, BARRETO, 2012; TORRES, SBEGUE, COSTA, 2016).

O câncer de boca representa cerca de 3,8% dos casos de câncer no mundo, levando 292.300 de pessoas a óbito (SHIELD, 2017). A taxa de incidência mortalidade e sobrevida para o câncer de boca são bastante variáveis em todo o mundo, no entanto, o Brasil apresenta o segundo lugar na incidência da doença nos países das Américas (WARNAKULASURIYA, 2009; TORRES-PEREIRA et al., 2012).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), para o câncer de boca, foram estimados para o triênio 2020-2022 11.200 casos em homens e de 4.010 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 10,70 casos novos a cada 100 mil homens e 3,71 para cada 100 mil mulheres. No que se refere à distribuição geográfica, o número de casos de câncer de boca em homens ocupa a quinta colocação na região Nordeste (7,65/100 mil) e décima primeira colocação em mulheres (3,75/100 mil) (BRASIL, 2019).

A etiologia do câncer de boca é multifatorial, se desenvolvendo como resultado da interação de múltiplos fatores genéticos e ambientais, sobretudo fatores de estilo de vida, como o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas (SCULLY, BAGANN, 2009). Além do consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas, outros fatores podem estar associados à doença, como o histórico familiar de câncer, dieta, exposição solar e algumas infecções virais, a exemplo do papilomavírus humano (HPV) e o Epstein-Barr vírus (EBV), que tem sido apontado na literatura por vários autores (YOUNG et al., 2015; CHAITANYA *et al.,* 2016).

O câncer de boca é mais comum em homens na quinta década de vida, de cor branca, baixa escolaridade, fumantes e etilistas. A localização mais frequente da doença

é em região de língua e assoalho e o tipo histológico mais prevalente é o carcinoma de células escamosas (CCE), representando mais de 90% dos casos diagnosticados da doença (EL-NAGGAR *et al.,* 2017; SOARES *et al.,* 2019).

Segundo a Política Nacional de Saúde Bucal, compete à atenção básica assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento. Neste sentido, a equipe de saúde bucal deve realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer de boca, oferecer oportunidades de identificação de lesões, acompanhar casos suspeitos e confirmados através da definição e, se necessário, criar um serviço de referência e estabelecer parcerias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação com Universidades e outras organizações (BRASIL, 2004).

Além disso, de acordo com Santos et al. (2011), o cirurgião-dentista pode ser o principal responsável pela diminuição da incidência e mortalidade do câncer de boca, pois é responsabilidade do mesmo estar apto a detectar lesões potencialmente malignas através do exame clínico e relacionar os fatores de risco. Desta forma, poderá cooperar para um diagnóstico precoce e consequentemente um bom prognóstico.

As prevenções do câncer de boca são divididas em três: primário, secundário e terciário. A prevenção primária tem o objetivo de promover ações que possam reduzir a incidência da doença, através da modificação do estilo de vida, buscando interromper ou diminuir os fatores de risco como o tabaco, o álcool e a exposição solar dos lábios, antes mesmo que a doença se instale, esta deve ocorrer por meio do diálogo com a população. A prevenção secundária, portanto, visa ao diagnóstico precoce da doença em uma fase anterior ao paciente apresentar alguma queixa clínica, neste sentido recomenda-se que profissionais de saúde estejam atentos para os sinais de lesões potencialmente malignas e do câncer durante o exame clínico e que qualquer alteração que esteja fora dos padrões de normalidade seja investigada. Já a prevenção terciária visa melhorar a qualidade de vida durante o tratamento oncológico, seja através do controle da dor ou da prevenção de complicações secundárias ao tratamento (TORRES-PEREIRA et al., 2012; BRASIL, 2014).

As ações de rastreamento têm como objetivo melhorar a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2018). Em 2011 foi implantado o

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o programa avalia a estrutura das Unidades básicas de saúde, bem como as suas equipes, além disso, avalia o atendimento aos usuários do SUS (LORENA SOBRINHO et al., 2015).

Feira de Santana e Vitória da Conquista, são segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) as duas maiores cidades do interior da Bahia. Feira de Santana possui uma área territorial de 1.304,425 km² e Vitória da Conquista de 3.254,186 km². Apesar de maior área territorial, Vitória da Conquista possui menos habitantes, apresentando, consequentemente, uma menor densidade demográfica quando comparada a Feira de Santana. Segundo os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), a taxa de mortalidade para câncer de boca no ano de 2016, em ambos os municípios foi a mesma, representando 2,9 óbitos para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2016).

Com as altas taxas de morbimortalidade pela doença no Brasil, e considerando o papel da atenção básica na prevenção e controle da doença, o presente estudo, teve como objetivo comparar as ações em saúde frente ao câncer de boca promovidas pelas Equipes de Saúde Bucal nos dois municípios.

2.0 REVISÃO DE LITERATURA

O câncer de boca é considerado um grave problema de saúde pública, tendo sua incidência e mortalidade variável nos diversos países. Segundo Warnakulasuriya (2009), este tipo de câncer, agrupado ao de faringe, é considerado a sexta neoplasia mais frequente em todo o mundo.

2.1 EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE BOCA

A região Nordeste do Brasil, segundo o INCA, apresenta a segunda maior estimativa de novos casos. A estimativa mais recente projeta 2.180 novos casos de câncer de boca para o sexo masculino e 1.120 novos casos para o sexo feminino na região, esses dados correspondem a uma taxa bruta de incidência estimada de 7,65 novos casos para cada 100 mil homens e 3,75 novos casos para cada 100 mil mulheres. No

estado da Bahia, o INCA estimou um total de 750 novos casos, sendo 550 em homens e 200 em mulheres (BRASIL, 2020).

No município de Feira de Santana, maior cidade do interior da Bahia em termos populacionais e segunda maior cidade do interior da Bahia em território, no período de 2010 a 2016 o estudo de Amorim *et al* (2019), verificou um total de 282 casos de câncer de boca diagnosticados na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do município. No entanto, deve-se levar em consideração os casos não tratados na Unidade, bem como os critérios de inclusão do estudo.

Em Vitória da Conquista, que é considerada a maior cidade do interior da Bahia em termos territoriais, o estudo realizado por Santos (2010) verificou um total de 117 casos de pacientes diagnosticados com câncer de boca e orofaríngeo no ICON – Instituto Conquistense de Oncologia, de janeiro de 2000 a dezembro de 2009. Assim como no estudo realizado em Feira de Santana, deve-se levar em consideração os critérios de inclusão do estudo, bem como os casos que não foram tratados no Instituto.

Dados mais recentes referente a mortalidade nos dois municípios, revelam que no ano de 2016, segundo o SIM, revelam que a taxa de mortalidade para o câncer de boca foi de 2,9 óbitos para cada 100.000 habitantes. Sendo que no referido ano Feira e Santana possuiu 18 óbitos pela doença e Vitória da Conquista, 10 óbitos (BRASIL, 2016).

A localização das lesões de câncer de boca pode variar, no entanto, a literatura aponta que a língua é a região mais frequente, seguida de assoalho bucal. Com relação ao tipo histológico do tumor, o carcinoma de células escamosas (CCE) é o mais comum, representando cerca de 90% dos casos de tumores de boca (EL NAGGAR *et al*., 2017; SOARES *et al*., 2019).

2.2 ATENÇÃO AO CÂNCER DE BOCA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), conquistado através da Reforma Sanitária Brasileira, o qual garante a saúde como um direito da população, é estruturado através de Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS são arranjos estruturados de ações e serviços de saúde, com diversas densidades tecnológicas, que são incorporadas através de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão e procuram assegurar a integralidade

do cuidado. O objetivo das RAS é permitir a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção constante, integral, de qualidade, com responsabilidade humanizada, assim como enriquecer o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, efetividade clínica e sanitária e eficiência econômica. Desta forma, o SUS é estruturado a partir de três pontos, os quais devem estar em comunicação e articulação: Atenção primária/ atenção básica, atenção secundária/especializada, atenção terciária/hospitalar (BRASIL, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS), também chamada de Atenção Básica (AB), é considerada a porta de entrada do SUS e deve preconizar ações em saúde tanto no coletivo como no individual. A AB é coordenada através de uma equipe multidisciplinar que trata o processo saúde doença de forma integral assegurando o acesso do usuário a qualquer unidade do sistema de acordo com a necessidade do cidadão, encarregando-se do mesmo independente de seu atendimento ser realizado em outra unidade do sistema, organizando o funcionamento da rede (BRASIL, 2017).

Em 2004, com o objetivo de superar as desigualdades e reorientar o modelo de atenção à saúde bucal, foram estabelecidas as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente. Essas diretrizes visam garantir as ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros com o fortalecimento da AB. Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica, bem como a necessidade de buscar formas de ampliar a oferta e qualidade dos serviços, a PNSB recomenda a organização e desenvolvimento de algumas ações específicas, dentre elas, ações de prevenção e controle do câncer de boca (BRASIL, 2004; BRASIL, 2018).

A PNSB recomenda: A realização rotineira de exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade; Oferta de oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa); Acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados através da definição e, se necessário, criação de um serviço de referência, garantindo-se o tratamento e reabilitação. Além de parcerias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer bucal com Universidades e outras organizações (BRASIL, 2004).

Neste sentido, a AB tem o papel de realizar ações para enfrentar fatores de risco, ações de rastreamento para detectar a doença precocemente, além da realização de

adequação do meio bucal/preparo odontológico prévio e acompanhamento dos casos. Sendo assim, atenção ao câncer de boca na AB pode ocorrer por meio de níveis de prevenção, no qual no nível primário deve ocorrer a atuação de forma coletiva, através da promoção de mudanças de hábitos e redução os fatores de risco. No secundária deve acontecer o diagnóstico precoce da doença, através dos rastreamentos. E, na fase de prevenção terciaria, a AB deve atuar no sentido de controle dos danos, ou seja, no sentido de melhorar a qualidade de vida do indivíduo durante o tratamento (TORRES-PERREIRA *et al.,* 2012; BRASIL, 2018).

No âmbito da atenção secundária, ou atenção especializada, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) desenvolvem o papel de assegurar a retaguarda da atenção básica, aumentando a resolutividade da mesma. No caso da atenção ao câncer de boca, quando o indivíduo é identificado com alguma lesão suspeita em boca, deve ser encaminhado para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), onde deve ser realizado o diagnóstico confirmatório através de exames complementares. Confirmando o diagnóstico em lesão maligna, o indivíduo deve ser encaminhando para atenção terciária para realização da terapia oncológica (cirurgia, radioterapia ou quimioterapia – isolada ou associada) (BRASIL, 2008).

Para atenção terciária, o SUS dispõe de serviços de tratamento oncológico. Os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) são serviços hospitalares que detêm de todos os equipamento e tecnologias necessários para um atendimento integral ao paciente oncológico, a partir do diagnóstico, auxilio ambulatorial e hospitalar, serviço de emergência oncológicas até cuidados paliativos. Sendo no CACON oferecido tratamento para todos os tipos de cânceres, e na UNACON o tratamento de cânceres mais prevalentes no Brasil (FREIRE *et al*., 2017).

Vale ressaltar, portanto, que o diagnóstico confirmatório do câncer de boca é realizado através da biópsia seguido do exame histopatológico. As biopsias, e outros exames complementares como a citologia esfoliativa podem ser realizados ou requisitados na AB caso a equipe tenha experiência e aparatos suficientes para realizar as técnicas de coleta, caso não seja possível o paciente deve ser encaminhando para atenção secundária (BRASIL, 2018).

Desta forma, em caso de pacientes que apresentem lesões bucais suspeitas, deve ser realizado exame clínico de forma a reconhecer a lesão, deve-se acompanhar os casos de suspeita de lesão maligna, e, se confirmada a malignidade, devem ser tomadas as medidas para o tratamento e a reabilitação. Diante disso, a RAS deve estar organizada de forma a garantir a integralidade do cuidado e continuidade da atenção (BRASIL, 2018).

2.3 PAPEL DA EQUIPE DE SAUDE BUCAL NO ENFRENTAMENTO AO CÂNCER DE BOCA

Em 1994 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje intitulado Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reformulação do SUS e de reorientação da atenção básica. No entanto, inicialmente, o cirurgião-dentista não fazia parte da equipe de saúde da família, apenas em 2000 a odontologia foi inserida nas equipes de saúde, através da portaria 1.444, o que deu início a uma nova era da odontologia no SUS (BRASIL, 2000). Desta forma, a implantação das esquipes de saúde bucal (EBS) na estratégia saúde da família (ESF), foi relevante para integração das equipes com os demais profissionais e ampliou do acesso da população brasileira a promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais (PIMENTEL, 2012).

Posteriormente, com a implantação da PNSB, ampliou-se o acesso através de ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal, com fortalecimento da AB e inserção da odontologia nos demais pontos da atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Levando em consideração que o câncer de boca é uma doença crônica multifatorial e os principais fatores de risco para a doença são fatores relacionados a hábitos de vida (consumo de tabaco, de álcool e exposição solar), as ESB devem realizar ações de prevenção primária, que visem a redução desses fatores de risco ou até mesmo a não instalação destes (SCULLY, BAGANN, 2009; PINHEIRO *et al*., 2010).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), destaca em um informativo de detecção precoce (2014):

> "Considerando que os principais fatores de risco para a doença podem ser evitados, algumas medidas de prevenção primária são de grande relevância para diminuir a

> incidência da doença e devem ser implementadas. Entre elas, destacam-se: Políticas e ações de prevenção da iniciação e de estímulo à cessação do tabagismo, de limitação do consumo de bebidas alcoólicas e de promoção do consumo diário de pelo menos cinco porções de frutas, legumes e verduras e divulgação de orientações e informações sobre a importância de evitar a exposição solar. ” (INCA, 2014, p. 04).

Em um relato descrito por Lisboa *et al.,* (2018) foi realizada uma série de atividades de educação em saúde envolvendo os principais fatores de risco para o câncer de boca tendo como público-alvo pré-escolares e escolares. As atividades foram realizadas por um núcleo de pesquisa de uma universidade pública e partia de metodologia ativa com abordagem lúdica e descomplicada. A justificativa para atuação com esse público se deu na perspectiva de que os principais hábitos (álcool e tabaco) são instalados na infância e adolescência.

No entanto, é necessário repensar as práticas de educação em saúde. As ESB devem trabalhar suas práticas de uma educação em saúde problematizadora, orientada para a realidade, centrada na leitura de mundo, nas vivências, no diálogo, na reflexão e transformação do mundo lido (FREIRE, 2006).

Além da realização de ações para redução ou até não instalação dos fatores de risco, as ESB devem realizar diagnóstico precoce da doença, através de estratégias de detecção precoce (BRASIL, 2014).

No Brasil, estudos apontam que grande parte dos indivíduos acometidos pela doença são diagnosticados tardiamente, acarretando em um prognóstico desfavorável e uma menor sobrevida (SANTOS *et al*., 2015; AMORIM *et al.,* 2019; SOARES, BASTOS-NETO, SANTOS, 2019). Um estudo realizado por Soares, Bastos-Neto e Santos (2019), com os dados com os dados do Sistema Nacional de Informações de Registros Hospitalares do Câncer (SisRHC) no Brasil registrados entre o período de 2005 a 2014, verificou que 62,24% dos casos foram diagnosticados no estadiamento IV, sendo as regiões Norte e Nordeste as regiões com piores índices.

Neste sentido, ações que visam o diagnóstico precoce da doença podem detectar lesões nos estágios iniciais nas populações de risco, promovendo um melhor prognóstico para o paciente e consequentemente uma maior sobrevida e melhor qualidade de vida. Um estudo realizado em Kerala, na Índia, foi verificado que a triagem visual oral pode reduzir a mortalidade em indivíduos de alto risco (SANKARANARAYANAN *et al*., 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2018):

> "É de responsabilidade do CD da equipe da AB detectar alterações em tecidos moles e/ou duros e estabelecer a hipótese diagnóstica destas lesões, bem como a seleção dos casos que deverão ser encaminhados ao especialista, de acordo com a capacitação deste profissional. Salienta-se que, no caso de lesões com suspeita de malignidade, o diagnóstico é também de responsabilidade do CD, e o tratamento será realizado por especialistas da Oncologia, caso confirmada a malignidade". (BRASIL, 2018, p. 11).

Desta forma, o cirurgião-dentista precisa estar apto para reconhecer as lesões em fases iniciais. É importante que a ESB esteja atenta e vigilante para os sinais de lesões potencialmente malignas e do câncer durante o exame clínico e que qualquer alteração que fuja da normalidade seja investigada (BRASIL, 2014).

É de responsabilidade da ESB também a realização de preparo prévio ao tratamento oncológico. A prevenção e o tratamento das complicações orais da terapia antineoplásica são importantes para aumentar a qualidade de vida, reduzir a morbidade e os custos dos tratamentos. Deve-se, portanto, identificar e eliminar os focos de infecção na cavidade oral, procurando minimizar os riscos de complicações bucais durante o tratamento. Desta forma, a ESB deve realizar a avaliação odontológica previamente ao tratamento quimioterápico e radioterápico para pacientes com câncer de boca (BRASIL, 2018).

Além disso, a ESB é responsável pelo acompanhamento e manutenção da saúde do indivíduo. Desta forma, deve haver comunicação com os demais pontos de atenção (secundário ou terciário) de forma a garantir a integralidade e a continuidade do cuidado (BRASIL, 2004; BRASIL 2018).

2.4 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) implementado em 2011 através da Portaria 1.654 em data de 19 de julho de 2011 e revogada pela portaria n° 1.645 de 01 de outubro de 2015. O PMAQ-AB tem como objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015).

O Programa é composto por três fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo. São eles: A adesão e contratualização, certificação e recontratualização. A fase de adesão e contratualização representam a etapa para estabelecer um pacto por meio de compromissos e indicadores entre as Equipes de Atenção Básica (EAB), os gestores municipais e os mesmos com o Ministério da Saúde; Na certificação é realizada uma avaliação externa de desempenho de indicadores, verificação da realização da auto avaliação da equipe, e em seguida as equipes são classificadas de acordo com o desempenho: Ótimo, muito bom, bom, regular e ruim; Por fim, ocorre a terceira fase, a recontratualização, está se dá por um processo de repactuação das equipes de atenção básica, com o acréscimo de indicadores de qualidade, incentivando a institucionalização, em um processo cíclico e meticuloso de acordo com os resultados obtidos pelos participantes do programa (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

Desta forma, o PMAQ-AB se propõe a induzir e avaliar a qualidade da Atenção Básica como parte das redes prioritárias, se constituir como porta de entrada resolutiva para as necessidades de saúde, além de produzir condições concretas para que ela garanta a coordenação e continuidade da atenção (PINTO, SOUZA, FLORÊNCIO, 2012).

O instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB está dividido em seis módulos: o primeiro é de observação da UBS, a segunda entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos da unidade, o terceiro entrevista com o usuário na UBS, o quarto entrevista com Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o quinto é de observação da Unidade de saúde voltada para saúde bucal e o sexto entrevista com o profissional da ESB e verificação dos documentos. Sendo assim, as avaliações servirão para análise dos indicadores (BRASIL, 2017).

Alguns estudos trabalharam com os dados provenientes do PMAQ-AB. No estudo de Baldani *et al* (2018), que teve como objetivo identificar desigualdades na organização do processo de trabalho das ESB na ESF no estado do Paraná, verificou que os dados demonstram desigualdades desfavoráveis aos municípios menores e mais carentes, revelando uma necessidade de compreender o papel da gestão como apoiadora das ESB. Já o estudo de Casotti *et al* (2014), que teve como objetivo identificar as características da oferta de serviços de odontologia acessados pelos usuários e analisar a organização da atenção à saúde bucal das equipes participantes quanto aos atributos do acesso de primeiro contato e da integralidade,

verificou que 45,1% dos usuários conseguem marcar consulta com o dentista e que a garantia de continuidade de tratamento é menor nas regiões Norte e Nordeste.

No estudo de Rodrigues *et al.* (2019) teve como objetivo descrever as ações de saúde bucal contra o câncer bucal promovidas por Equipes de Atenção Básica à Saúde do Nordeste do Brasil utilizando os dados do 1º e 2º de avaliação externa do PMAQ-AB de 2012 a 2014. Neste estudo foi verificado que a maior parte das realizaram campanhas para detectar lesões bucais e encaminharam casos suspeitos de câncer de boca, mas a porcentagem em ambos os ciclos, foi menor com relação aos registros e o acompanhamento dos casos suspeitos / confirmados. Além disso, apenas 20,7% no primeiro ciclo e 16,2% no segundo ciclo possuíam documentos comprobatórios dos registros. Neste sentido, o estudo conclui que as equipes de saúde do Nordeste do Brasil precisam aprimorar as ações relacionadas à detecção, encaminhamento, registro, acompanhamento e verificação de documentos de saúde bucal relacionados ao câncer de boca.

Um outro dado importante do estudo de Rodrigues et al. (2019), é que no estado da Bahia, no 2º ciclo, apenas 20,46% das equipes afirmaram ter registro e acompanhamento de suspeita ou confirmação casos de câncer de boca. No entanto, apenas 13,76% das equipes afirmaram ter documentos que comprovem essa ação.

3.0 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa que foi realizado através da utilização de dados secundários fornecidos pelo Ministério da Saúde, relacionados à avaliação externados 3º ciclo do PMAQ-AB coletados no ano de 2017.

3.1 LOCAL DO ESTUDO

Os municípios selecionados para o presente estudo foram Feira de Santana e Vitória da Conquista, que segundo o IBGE, são as duas maiores cidades do interior da Bahia.

3.2 FONTE DE DADOS

Foram utilizados dados secundários provenientes do terceiro ciclo de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica que ocorreu no ano de 2017, relativos à avaliação das equipes de Saúde Bucal.

3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

As informações foram coletadas através do banco de dados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB disponíveis no site do Ministério da Saúde(http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/). Para esta pesquisa foram utilizados os dados sobre a atenção ao câncer de boca referente ao Módulo VI Equipe de Saúde Bucal do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB.

3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis analisadas foram divididas em dois grupos: As variáveis relacionadas as ações realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal voltadas para a prevenção do câncer de boca e as variáveis relacionadas ao diagnóstico, registro dos pacientes com suspeita e rede de referência para tratamento de câncer de boca. As variáveis utilizadas nesta pesquisa estão disponíveis no quadro a baixo.

Quadro 1.Variáveis do Estudo

Variáveis relacionadas as ações realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal voltadas para a prevenção do câncer de boca	
Realização ações de prevenção e diagnóstico de câncer de boca	Sim
	Não
Realização de orientação sobre o uso do tabaco	Sim
	Não
Realização de orientação sobre uso de álcool e drogas	Sim
	Não
Realização de orientação sobre a prevenção da exposição à radiação solar	Sim
	Não
Realização de orientação busca ativa de lesões potencialmente cancerizáveis e de casos na comunidade	Sim
	Não
Realização de orientação e exame sistemático das mucosas orais	Sim
	Não
Outras ações	Sim
	Não

Variáveis relacionadas ao diagnóstico, registro dos pacientes com suspeita e rede de referência para tratamento de câncer de boca	
Realização de biopsias na UBS para diagnóstico de câncer de boca	Sim
	Não
Posse de laboratório de referência para exames histopatológicos	Sim
	Não
Posse de referência para solicitação de biopsias para casos suspeitos de câncer de boca	Sim
	Não
Posse de registros de pacientes com suspeita de câncer de boca que foram biopsiados na UBS ou encaminhados	Sim
	Não
	A equipe não possui pacientes com suspeita de câncer de boca
Documentação comprobatória	Sim
	Não
Realização de monitoramento de pacientes submetidos à biopsia para avaliação de resultado dos exames	Sim
	Não
Posse de referência para tratamento dos casos de confirmados de câncer de boca	Sim
	Não
Documentação comprobatória	Sim
	Não
Realização de acompanhamento da Equipe de Saúde Bucal após a referência do usuário para o tratamento	Sim
	Não
Disponibilidade de próteses de maxilar e ou/ mandíbula para pacientes submetidos remoção cirúrgica	Sim
	Não
	Não sabe informar

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Todas as informações foram processadas e analisadas de forma descritiva, apresentando a frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas com o auxílio do programa Microsoft Excel 2010 e do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0(SPSSInc.,ChiCago.EstadosUnidos). Após a análise, os dados foram organizados em tabelas.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram utilizados dados secundários provenientes do terceiro ciclo deavaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica que ocorreu no ano de 2017, relativos a avaliação das Equipes de Saúde Bucal. Estes dados estão disponíveis para acesso público e não possuem informações confidenciáveis. Portanto, este estudo não necessita de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, uma vez que não constam dados de identificação pessoal.

4.0 RESULTADOS

A Tabela 1 descreve as ações realizadas pelas ESB voltadas para a prevenção do câncer de boca. Um total de 82 ESB foram avaliadas, sendo 41 Equipes no município de Feira de Santana-BA e 41 Equipes do município de Vitória da Conquista -BA. A maior parte das equipes afirmou, de forma geral, realizar ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca em ambos os municípios, no entanto, observa-se que o município de Vitória da Conquista apresentou maior sub-registro de informação (sem informação) quando comparado ao município de Feira de Santana. Em Feira de Santana 100% das equipes informaram realizar ações de prevenção e diagnóstico de câncer de boca, enquanto que no município de Vitória da Conquista foram 85,3% das equipes, apontando que 06 equipes (14,6%), não informaram. Para ações específicas, a maioria das equipes de Feira de Santana afirmou realizar ações, onde 97,6% das equipes informou realizar orientação sobre o tabaco e 100% sobre álcool e outras drogas e radiação solar. No município de Vitória da Conquista 85,3% das equipes informaram realizar orientação sobre o tabaco, 83% sobre álcool e outras drogas e 80,5 sobre radiação solar.

Com relação à busca ativa de lesões potencialmente malignas e de casos na comunidade os dois municípios demonstraram que a maior parte das equipes realizam, sendo o município de Feira de Santana com 75,6% das equipes e do município de Vitória da Conquista com 78%. Apesar da diferença ser mínima, vale ressaltar, portanto, que 24,4% das equipes de Feira de Santana informaram não realizar busca ativa, enquanto que em Vitória da Conquista a porcentagem foi de 7,4%.

Sobre a orientação e exame sistemático das mucosas orais, 92,7% das equipes de Feira de Santana informaram realizar, quando comparado a 85,4% de Vitória da Conquista. Apesar

disso, 03 equipes de Feira de Santana (7,3%) informaram não realizar, enquanto nenhuma equipe informou realizar em Vitória da Conquista.

Tabela 1. Caracterização das ações realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal voltadas para a prevenção do câncer de boca segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Feira de Santana e Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2017.

Variável	Frequência absoluta (N)		Frequência Relativa (%)	
	Feira de Santana	Vitória da Conquista	Feira de Santana	Vitória da Conquista
A equipe de saúde bucal realiza ações de prevenção e diagnóstico de câncer de boca.				
Sim	41	35	100,0	85,4
Não	00	00	00,0	00,00
Sem informação	00	06	00,0	14,6
É realizado orientação sobre o uso do tabaco.				
Sim	40	35	97,6	85,4
Não	01	00	02,4	00,0
Sem informação	00	06	00,0	14,6
É realizado orientação sobre uso de álcool e drogas.				
Sim	41	34	100,0	83,0
Não	00	01	00,0	02,4
Sem informação	00	06	00,0	14,6
É realizado orientação sobre a prevenção da exposição à radiação solar.				
Sim	41	33	100,0	80,5
Não	00	02	00,0	04,9
Sem informação	00	06	00,0	14,6
É realizada orientação busca ativa de lesões potencialmente cancerizáveis e de casos na comunidade.				
Sim	31	32	75,6	78,0
Não	10	03	24,4	7,40
Sem informação	00	06	00,0	14,6
É realizada orientação e exame sistemático das mucosas orais.				
Sim	38	35	92,7	85,4
Não	03	00	07,3	00,00
Sem Informação	00	06	00,0	14,6
Outros				

Sim	05	07	12,2	17,0
Não	36	28	87,8	68,4
Sem Informação	00	06	00,0	14,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Os dados referentes a caracterização de diagnóstico, os registros dos pacientes com suspeita e rede de referência para tratamento de câncer de boca são vistos na tabela 02. No que diz respeito a realização da biopsia, apenas 9,8% das equipes do município de Feira de Santana - BA informaram realizar, sendo a frequência ainda menor no município de Vitória da Conquista (2,9%). No entanto, 95,1% no município de Feira de Santana - BA e 85,3 no município de Vitória da Conquista informaram possuir referência para solicitação de biópsia para casos suspeitos de câncer de boca. Vale destacar que apesar da porcentagem ser maior no município de Feira de Santana, 02 equipes (4,9%), informaram não possuir referência. Em Vitória da Conquista, nenhuma equipe respondeu negativamente, apesar da porcentagem considerável de dados perdidos (14,6%).

No que tange aos registros de pacientes com suspeita de câncer de boca que foram biopsiados na atenção básica ou encaminhados, 53,7% das ESB de Vitória da Conquistas informaram ter os registros, quando comparado 9,8% das ESB de Feira de Santana, tendo assim uma porcentagem muito baixa comparada a Vitória da Conquista.

A maior parte das equipes de Feira de Santana informou não possuir pacientes com suspeita de câncer de boca (87,8%), no entanto, o município apresenta altas de morbidade da doença. Vale destacar que apenas 9,7% das equipes do município de Feria de Santana informaram ter documento que comprove não possuir pacientes com suspeitas de câncer de boca, quando comparado a 53,6% das equipes de Vitória da Conquista.

Referente ao monitoramento de pacientes submetidos à biopsia para avaliação de resultado dos exames os dados demonstram que Vitória da Conquista apresenta maior porcentagem de equipes quando comparada a Feira de Santana. O município, apesar de apresentar 46,4% de sub-registros da informação (sem informação) revela uma porcentagem 48,7 das equipes que realizam o monitoramento, comparado a 9,7% das equipes de Feira de Santana.

Com relação a referência para o tratamento para o câncer de boca, a maioria das equipes, em ambos os municípios informou possuir. No município de Feira de Santana com 78% e Vitória da Conquista com 65,9%. Apesar disso, quando questionada documentação que

comprove possuir referência para o tratamento, apenas 41,4% das equipes de Feira de Santana e 31,8% das equipes de Vitória da Conquista informaram ter.

Após o diagnóstico e referência, a equipe de saúde deve acompanhar o usuário. Os dados do presente estudo revelam que no município de Feira de Santana este acompanhamento acontece em 78 % das equipes, quando comparada a 48,7% das equipes de Vitória da Conquista. Vale ressaltar também a quantidade de sub-registros da informação nesta variável (22% em Feira de Santana e 34,1% em Vitória da Conquista).

Sobre a disponibilidade de próteses de maxila e ou/ mandíbula para pacientes submetidos remoção cirúrgica, Feira de Santana apresentou uma frequeência 9,8% equipes e Vitória da Conquista 22% das equipes.

Tabela 2. Caracterização de diagnóstico, registro dos pacientes com suspeita e rede de referência para tratamento de câncer de boca segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Feira de Santana e Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2017.

Variável	Frequência absoluta (N)		Frequência Relativa (%)	
	Feira de Santana	Vitória da Conquista	Feira de Santana	Vitória da Conquista
Realização de biopsias na UBS para diagnóstico de câncer de boca				
Sim	04	01	09,8	02,5
Não	37	34	90,2	82,9
Sem informação	00	06	00,0	14,6
Possui laboratório de referência para exames histopatológicos				
Sim	28	32	68,3	78,0
Não	13	03	31,7	07,4
Sem informação	00	06	00,0	14,6
Possui referência para solicitação de biopsias para casos suspeitos de câncer de boca				
Sim	39	35	95,1	85,4
Não	02	00	04,9	00,0
Sem informação	00	06	00,0	14,6
Possui registros de pacientes com suspeita de câncer de boca que foram biopsiados na UBS ou encaminhados				
Sim	04	22	09,8	53,7
Não	01	02	02,4	04,9

A equipe não possui pacientes com suspeita de câncer de boca	36	11	87,8	26,8
Sem informação	00	06	00,0	14,6
Possui documento que comprove a informação				
Sim	04	22	09,7	53,6
Não	00	00	00,0	00,0
Sem informação	37	19	90,2	46,4
Monitoramento de pacientes submetidos à biopsia para avaliação de resultado dos exames				
Sim	04	20	09,7	48,7
Não	00	02	00,0	04,9
Sem informação	37	19	90,2	46,4
Possui referência para tratamento dos casos de confirmados de câncer de boca				
Sim	32	27	78,0	65,9
Não	09	08	22,0	19,5
Sem informação	00	06	00,0	14,6
Possui documento que comprove informação				
Sim	17	13	41,4	31,8
Não	15	14	36,6	34,1
Sem informação	09	14	22,0	34,1
Acompanhamento da Equipe de Saúde Bucal após a referência do usuário para o tratamento				
Sim	32	20	78,0	48,7
Não	00	07	00,0	17,2
Sem informação	09	14	22,0	34,1
Disponibilidade de próteses de maxila e ou/ mandíbula para pacientes submetidos remoção cirúrgica				
Sim	04	09	9,8	22,0
Não	24	10	58,5	24,4
Sem informação	13	22	31,7	53,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

6.0 DISCUSSÃO

O câncer de boca apresenta altas taxas de incidência e mortalidade no Brasil. Na Bahia, segundo o INCA, foram estimados um total de 750 novos casos para cada ano do triênio de 2020-2022, sendo 550 em homens e 200 em mulheres (BRASIL, 2020). Estudos realizados na

Bahia apontam que o perfil epidemiológico da doença no estado reforça os achados da literatura. Sendo a prevalência da doença maior em homens, com baixo nível de escolaridade, com idade superior a 45 anos, tabagistas e etilistas, com lesões localizadas em sua maioria na região de língua e diagnosticados tardiamente (SANTOS *et al.,* 2015; AMORIM *et al.,* 2019).

Os municípios de Feira de Santana e Vitória da Conquista são considerados os maiores municípios do interior do estado. Feira de Santana é maior cidade do interior da Bahia em termos populacionais e segunda maior cidade do interior da Bahia em território, considerada o maior entroncamento rodoviário do Norte/Nordeste e com população estimada de 619.609 habitantes. Já Vitória da Conquista é a maior cidade do interior da Bahia em termos territoriais, com população estimada de 341.128 habitantes (IBGE, 2020). Segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2020, Feira de Santana contava com 45 ESB e Vitória da Conquista, 46 (CNES, 2020).

Segundo a PNSD, a atenção básica deve atuar na prevenção, diagnóstico precoce, acompanhamento casos suspeitos e confirmados, se necessário, criar de um serviço de referência e estabelecer parcerias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação (BRASIL, 2004).

Os dados avaliados no presente estudo são referentes ao terceiro ciclo do PMAQ-AB de 2017 o município de Feira de Santana e Vitória da Conquista, onde foram avaliados um total de 82 ESB, representando 3,5% do total da ESB no estado da Bahia analisados no referido ciclo do PMAQ-AB (AMORIM *et al.,* 2021).

Com relação as ações de prevenção e diagnóstico de câncer de boca, a maior parte das equipes afirmou, de forma geral, realizar em ambos os municípios, no entanto, observa-se que o município de Vitória da Conquista apresentou maior número de sub-registro da informação quando comparado ao município de Feira de Santana. Quando questionada as ações específicas (tabaco, álcool e exposição solar), a maioria das equipes afirmou realizar ações, sendo que Feira de Santana apresentou maior frequência de realização, no entanto, Vitória da Conquista apresentou 14,6% de sub-registro da informação (sem informação), o que compromete a análise descritiva.

O câncer de boca é de etiologia multifatorial tendo como principais fatores de risco o consumo de tabaco e álcool e para o câncer de lábio, a exposição solar (SCULLY, BAGANN, 2009). A atenção básica tem o papel de realizar ações para enfrentar fatores de risco, ações de

rastreamento para detectar a doença precocemente, além da realização de adequação do meio bucal/preparo odontológico prévio e acompanhamento dos casos. Assim, cabem as ESB realizar atividades de educação em saúde no sentido de orientar a população adscrita sobre os principais fatores de risco pela doença a fim de reduzir a sua morbidade (TORRES-PERREIRA *et al.,* 2012; BRASIL, 2018).

Essas ações de prevenção tem um papel fundamental de alerta a população e devem ser realizas por meio do diálogo sobre os riscos e consequências de longo prazo da doença. O estudo Amorim et al. (2021), que avaliou os mesmos dados em toda a Bahia, revelou que 94,4% das Equipes realizaram ações de prevenção no ano de 2017.

Com relação à busca ativa de lesões potencialmente malignas e de casos na comunidade os dois municípios demonstraram que a maior parte das equipes realizam, com diferença mínima entre os municípios, no entanto, a porcentagem de equipes que não realizam busca ativa em Feira de Santana foi maior quando comparada a Vitória da Conquista.

A busca ativa de lesões é a realização de exame físico feito pelo cirurgião-dentista para a identificação de possíveis lesões cancerizáveis e assintomáticas, visa o diagnóstico precoce da doença em uma fase anterior ao paciente apresentar alguma queixa clínica. De acordo a PNSB, as ESB devem realizar a prevenção e o controle da neoplasia por meio de exames preventivos para o diagnóstico precoce da doença, desenvolvendo em momentos de campanhas especificas ou em visitas domiciliares a identificação de lesões bucais (BRASIL, 2004; TORRES-PERREIRA *et al.,* 2012).

Em relação a realização de biópsias a maior parte das equipes, de ambos municípios, informou não realizar. Apesar disso, em ambos os municípios a maior parte das equipes informou possuir referência para solicitação. Quando comparado os dois municípios verificou-se que a porcentagem foi maior no município de Feira de Santana, apesar disso, 02 equipes (4,9%) do município informaram não possuir referência. Em Vitória da Conquista, nenhuma equipe respondeu negativamente, apesar da porcentagem considerável de sub-registro da informação (sem informação).

Sabe-se, portanto, que os exames de biópsias e citologia esfoliativa e outros exames complementares podem ser realizados na atenção básica, caso a equipe tenha experiência e materiais suficientes para realizar o procedimento. Caso não seja possível, o paciente deve ser encaminhando para atenção secundária, uma vez que o Ministério da Saúde estabeleceu através

da Portaria nº 1570 e nº. 1571 (2004), seguida da nº 599 (2006) a Política Nacional de Saúde Bucal em relação ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que contempla os serviços de diagnóstico e biópsias de lesões. Vale ressaltar que tanto Feira de Santana, quanto Vitória da Conquista possuem rede de referência para o câncer de boca (CNES,2022).

No que tange aos registros de pacientes com suspeita de câncer de boca que foram biopsiados na atenção básica ou encaminhados, o município de Feira de Santana teve porcentagem bem menor quando comparado a Vitória da Conquista. Além disso, vale ressaltar que a maior parte das equipes de Feira de Santana informou não possui pacientes com suspeita de câncer de boca, no entanto, o município apresenta altas de morbidade da doença. O estudo realizado por Amorim *et al.,* (2019) no município no período de 2010 a 2016 revelou um total de 282 casos pela doença, apresentando uma taxa de óbito de 35,7%.

Referente ao monitoramento de pacientes submetidos à biopsia para avaliação de resultado dos exames os dados demonstram que Vitória da Conquista apresenta maior porcentagem de equipes quando comparada a Feira de Santana. O município, apesar de apresentar alta frequência de sub-registros da informação (sem informação), revela uma porcentagem 48,7 das equipes que realizam o monitoramento, comparado a 9,7% das equipes de Feira de Santana.

É necessário salientar que as ESB precisam monitorar os pacientes submetidos à biópsia para a avaliação do resultado e posterior planejamento pré-oncoterapia. Após-diagnóstico deve ser realizada adequação do meio bucal o qual tem como objetivo principal eliminar ou estabilizar as condições bucais para minimizar a infecção local e sistêmica, durante e após o tratamento do câncer e, consequentemente, aumentar a qualidade de vida do paciente (BRENNA, WOO, LOCKHART, 2008; VIEIRA *et al*., 2012).

Com relação a referência para o tratamento para o câncer de boca, a maioria das equipes, em ambos os municípios informou possuir. Sendo o município de Feira de Santana com maior frequência quando comparado a Vitória da Conquista. Segundo INCA, ambos os municípios possuem referência para o tratamento da doença. O Instituto revela que na Bahia existem quinze UNACONS, estando localizados em Feira de Santana, Vitória da Conquista, Itabuna, Juazeiro, Santo Antônio de Jesus, Ilhéus, Salvador e Teixeira de Freitas (BRASIL, 2022).

Em Feira de Santana para o tratamento o centro de referência é o Hospital Dom Pedro de Alcântara / UNACON. O hospital polariza atendimento tanto ao município de Feira de Santana, como a mais de 72 municípios de Macrorregião Centro – Leste. Além disso, o

município conta com o Hospital Estadual da Criança (Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica). Vitória da Conquista conta com o Hospital Português/Real Sociedade Portuguesa de Beneficiência (Serviço de Radioterapia) o Hospital Geral de Vitória da Conquista (Unacon) e o Serviço de Assistência Médica de Urgência - Samur (Unacon com serviço de Radioterapia) (CNES, 2021; BRASIL, 2022).

Segundo o Ministério da Saúde, as Equipes de Saúde Bucal devem acompanhar o paciente oncológico durante e posteriormente o tratamento oncológico, este acompanhamento odontológico deve ser realizado a cada três meses. Além disso, é importante que o cirurgião-dentista envie relatórios detalhando as consultas odontológicas do paciente para o restante da equipe. Apesar disso, os dados do presente estudo revelam que no município de Feira de Santana este acompanhamento acontece em 78% das equipes e 48,7% das equipes de Vitória da Conquista.

De forma geral, os dois municípios parecem apresentar, em sua maioria, as ações de saúde frente ao câncer de boca preconizadas pelo Ministério da Saúde. As variáveis que apresentaram menores frequências foram "registros de pacientes com suspeita de câncer de boca que foram biopsiados na UBS ou encaminhados" e "Monitoramento de pacientes submetidos à biopsia para avaliação de resultado dos exames".

No entanto, estudos epidemiológicos e estimativas demonstram altos indicadores de morbidade pela doença na Bahia. Além disso, é um estado onde os cânceres de boca são diagnosticados tardiamente, implicando um número maior de mortes pela patologia (SANTOS *et al*., 2015; AMORIM *et al.,* 2019; BRASIL, 2020). Assim, Amorim *et al* (2021) sugerem que há entraves envolvidos na assistência ao portador desta neoplasia maligna, como por exemplo, a cobertura das equipes, o modelo de atenção e processo de trabalho adotado pelas equipes de saúde, bem como acesso a exames para o diagnóstico precoce.

Além disso, foi possível observar a quantidade de dados perdidos nas equipes de Vitória da Conquista, onde em todas as variáveis pelo menos 06 equipes não souberam informar. Deve-se também levar em consideração que a quantidade de equipes analisadas foi a mesma (41), sendo a população de Vitória da Conquista quase a metade da população de Feira de Santana, o que demonstra uma provável maior cobertura de Saúde Bucal no município.

O estudo de Amorim, Conceição e Aragão (2019) que teve como objetivo comparar o financiamento da PNSB nos dois municípios no ano de 2017 verificou que os gastos com Saúde no município de Feira de Santana são menores quando comparado a Vitória da Conquista,

incluindo os gastos com saúde bucal, tanto na atenção básica, quanto na média e alta complexidade.

Apesar disso, os resultados do presente estudo devem ser analisados com cautela. Por se tratar de um estudo descritivo e com dados secundários possui limitações. Além do viés da informação, as informações estão sujeitas a erros devido a problemas em seu preenchimento e como já mencionado, há uma grande quantidade de dados perdidos.

7.0 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo referente aos dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB de 2017, dos municípios de Feira de Santana e Vitória da Conquista onde foram avaliados um total de 82 Equipes de Saúde Bucal, representando 3,5% do total das Equipes de Saúde de Bucal analisados neste ciclo do PMAQ no estado. Os resultados apontam que a maioria das equipes de saúde bucal de ambas as cidades realizam ações voltadas para a prevenção, realizam busca ativa de lesões potencialmente malignas e de casos, não realizam biópsias, porém possuem referência para a solicitação, realizam o registro dos pacientes com suspeita e diagnóstico de câncer de boca e possui uma rede de referência para o tratamento. Todavia, observa-se que em comparação com o município de Feira de Santana o município de Vitória da Conquista aponta uma quantidade sub-registro da informação. Contudo, ainda que os resultados deste estudo apontam uma satisfatória atenção ao câncer de boca, estimativas demonstram altos indicadores de morbidade pela doença na Bahia. Além disso, devemos levar em consideração que a Bahia é um estado onde obtêm-se um diagnóstico tardio para o câncer de boca, implicando em um número maior de mortes pela patologia.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. et al. Organização da atenção ao câncer de boca nas unidades de saúde do estado da Bahia. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**. V. 11, n. 2, p- e7256.1, 2021.

AMORIM, M. M. *et al*. Determinantes sociais de saúde e óbito por câncer oral em uma unidade de alta complexidade em oncologia de um município da Bahia. **J Dent Public Health**. v. 10, n. 2, p. 97-107, 2019.

BALDANI, M. H., *et al*. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em Debate** v. 42: p. 145-162, 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico**, 2010.Disponível em: < https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=resultados> Acesso em 03 dez 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação de Mortalidade**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=26&pad=31655>. Acesso em: 01 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Informativo detecção precoce. 2014. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_deteccao_precoce_3_2014_errata2.pdf.>. Acesso em: 01 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2020. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf >. Acesso em: set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Onde tratar no SUS. Disponível em: https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus/bahia. Acesso em: fevereiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf> Acesso em: 03 dez .2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/18/2-B---Documento-de--Diretrizes-para-Organiza----o-das-Redes-de-Aten----o----Sa--de-do-SUS.pdf > Acesso em: 11

out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília - Ministério da Saúde, 2012. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf > Acesso em: 11 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Politica Nacional de Saúde Bucal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf > Acesso em: 11 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de especialidades em saúde bucal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_especialidades_saude_bucal.pdf> Acesso em: 11 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Especialidades em Saúde Bucal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde mais perto de você** – acesso e qualidade/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de incentivos financeiros. *Diário Oficial da União*, 2000.

BRASIL. Portaria n° 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável-PAB Variável. *Diário Oficial da União*, 2011.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Diário Oficial da União*, 2015.
Brennan MT, Woo SB, Lockhart PB. Dental treatment planning and management in the patient who has cancer. **Dent Clin North Am,** v. 52, n. 1, p. 19-37, 2008.
cancers by subsite in 2012. CA: **a cancer journal for clinicians**, v. 67, n. 1, p.51-64, 2017.

CASOTTI, E. *et al*. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate,** v.38, p. 140-157, 2014.

CHAITANYA, N. C. *et al*.: Association of human papilloma virus and oral cancer – A systematic meta-analysis. **Journal of Cancer Research and Therapeutics,** v. 12, n. 2, p. 969-74, 2016.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Estabelecimento de Saúde do Município: Feira de Santana.** Disponível.http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=291080&NomeEstado=. Acesso em: 07 jun.2022.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Estabelecimento de Saúde do Município: Vitória da Conquista.** Disponível.http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=293330&NomeEstado=. Acesso em: 07 jun.2022.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

EL-NAGGAR, A. K. *et al*. **WHO classification of tumours of the head and neck**, 4th ed. Lyon: IARC Press, p. 261–73. 2017

FERLAY, J. et al. Global cancer observatory: cancer today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2018 .Disponível em:<http://gco.iarc.fr/tomorrow/graphicbar?type=1&population=900&mode=population&sex=0&cancer=39&age_group=value&apc_male= 0&apc_female=0>. Acesso em: 24 Set. 2020.

FREIRE, J. C. P. *et al*. Incidência de neoplasias malignas orais nas regiões brasileiras e capitais do Nordeste. **Arch Health Invest**, João Pessoa, v.6, n. 11, p.535-539, 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa**. 33 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [acesso em 1 dez 2020]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf

LISBOA, L. J. *et al*. Educação em saúde em pré-escolares e escolares como estratégia de prevenção à instalação de fatores de risco para o câncer de boca. **Revista Acadêmica GUETO**, v. 4 n 12, p. 52-65, 2018.

PIMENTEL, Fernando Castim et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 146-157, 2012.

PINHEIRO, Suélem Maria Santana; CARDOSO, Jefferson Paixão; PRADO, Fabio Ornellas. Conhecimentos e diagnóstico em câncer bucal entre profissionais de odontologia de Jequié, Bahia. **Revista Brasileira de cancerologia**, v. 56, n. 2, p. 195-205, 2010.

PINTO, H. A.; SOUZA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v. 6, n. 2,2012 Disponível em:<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf> . Acesso em: 15 abr. 2021.

SANKARANARAYANAN, R., *et al*. Effect of Screening on Oral Cancer Mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. **The Lancet,** 365 (9475), p.1927-1933, 2005.

SANTOS, F.N. **Perfil Epidemiológico do Câncer de Boca e Orofaringe de 2000 a 2009 no Município de Vitória da Conquista – BA**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador.

SANTOS, I. V. *et al*. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. **Odontol. Clín.-cient**, v.10, n.3, p.207-210, set. 2011.

SANTOS, L. P. S. *et al*. Características de Casos de Câncer Bucal no Estado da Bahia, 1999-2012: um Estudo de Base Hospitalar. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 61, n. 1, p 7-14, 2015.

SCULLY, C., BAGAN, J.V. Oral squamous cell carcinoma: Overview of current understanding of aetiopathogenesis and clinical implications. **Oral Diseases**, v. 15, p. 388-399, 2009.

SHIELD, Kevin D. et al. A incidência global de câncer de lábio, cavidade oral e faringe por subsítio em 2012. **CA: um jornal de câncer para clínicos**, v. 67, n. 1, p. 51-64, 2017.

SOARES, É. C.; NETO, B. C. B.;SANTOS, L. P.S. **Estudo epidemiológico do câncer de boca no Brasil/Epidemiological study of oral cancer in Brazil**. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. v. 64, n.3: p.192-198, 2019.

SOBRINHO, L.J. E. *et al*. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde em Debate,** v. 39, p. 136-146, 2015.

TORRES, S. V. S.; SBEGUE, A.; COSTA, S. C. B. A importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos. **Rev Soc Bras Clin Med**. v. 14, n. 1, p.57-62, 2016.

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**. v. 28, p. S30-S39, 2012.

VIEIRA, Danielle Leal; LEITE, André Ferreira; MELO, Nilce Santos de; FIGUEIREDO, Paulo Tadeu de Souza. Tratamento odontológico em pacientes oncológicos. **Oral Sci**, v. 4, n. 2, p. 37-42, 2012.

VOLKWEIS, M.R. et al. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer Bucal em um CEO. **RevCir Traumatol Buco-Maxilo-Fac**. v.14, n.2, p. 63-70, 2014.

WARNAKULASURIYA, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. **Oral Oncology**. v. 45, n. 4, p. 309-316. 2009.

WARNAKULASURIYA, S.; SUTHERLAND, G.; SCULLY, C. Tobacco, oral cancer, and treatment of dependence.2005. **Oral Oncology**. V. 41, p. 244-260.

YOUNG, D. *et al*. Increase in head and neck cancer in younger patients due to human papillomavirus (HPV), **Oral Oncology**, v. 51 , n. 8 , p. 727 - 730, 2015.

ANEXOS

Figura 1 Módulo VI.11 do Instrumento de Avaliação da Atenção ao Câncer de Boca

VI.11 - Atenção ao Câncer de Boca			
VI.11.1 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca?		Sim
			Não
VI.11.2	Quais ações são realizadas?		Orientação sobre o uso do tabaco
			Orientação sobre o uso do álcool e outras drogas
			Orientação sobre a prevenção da exposição à radiação solar
			Busca ativa de lesões potencialmente cancerizáveis e de casos na comunidade
			Exame sistemático das mucosas orais
			Outras
VI.11.3 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal realiza biópsias, na UBS, para diagnóstico de câncer de boca?		Sim
			Não
VI.11.4 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal possui laboratório de referência para exames histopatológicos?		Sim
			Não
VI.11.5	A Equipe de Saúde Bucal possui referência para solicitação de biópsia para casos com suspeita de câncer de boca?		Sim
			Não
VI.11.6 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal possui registro dos pacientes com suspeita de câncer de boca que foram biopsiados na UBS ou encaminhados para o serviço de referência?		Sim
			Não
			A equipe não possui pacientes com suspeita de câncer de boca
VI.11.6/1 - Geral	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VI.11.7 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal monitora os pacientes submetidos à biópsia para avaliação do resultado do exame?		Sim
			Não
VI.11.8	A Equipe de Saúde Bucal possui referência para o tratamento dos casos confirmados de câncer de boca?		Sim
			Não
VI.11.8/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VI.11.9 - Geral	Após a referência do usuário para o tratamento, a Equipe de Saúde Bucal acompanha e monitora a continuidade do cuidado?		Sim
			Não
	A rede de atenção à saúde disponibiliza próteses de maxila e/ou mandíbula para os		Sim
			Não

AUTORIZAÇÃO

Declaro, a partir desta data, que eu, MARILIA DE MATOS AMORIM autorizo a defesa e publicação na biblioteca virtual da Instituição o Trabalho de Conclusão de Curso do (a os, as) discente (s) LEYLA NADDJA DOS SANTOS SILVA E LILYAN THERESA NOBRE CERQUEIRA FAGUNDES, intitulado AÇÕES DE SAÚDE FRENTE AO CÂNCER DE BOCA NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO COMPARATIVO EM DOIS MUNICÍPIOS DA BAHIA, produzido como requisito parcial para conclusão do curso de graduação de Odontologia desta Instituição.

Feira de Santana, 15/06/2022

Marilia de Matos Amorim

Assinatura do Orientador(a)