

Diagnóstico bucal precoce no SUS: análise individual, vigilância à saúde e trabalho em equipe como possibilidade (re)estruturante

Early oral diagnosis in the SUS: individual analysis, health surveillance and teamwork as a (re)structuring possibility

Diagnóstico oral precoce en el SUS: el análisis individual, vigilancia de la salud y el trabajo en equipo como posibilidad de (re)estructuración

Nilce Santos de Melo

Departamento de Odontologia
Universidade de Brasília

Paulo Tadeu de Souza Figueiredo

Departamento de Odontologia
Universidade de Brasília

André Ferreira Leite

Departamento de Odontologia
Universidade de Brasília

Tiago Araújo Coelho de Souza

Departamento de Odontologia
Universidade de Brasília

Edson Hilan Gomes de Lucena

Coordenação Nacional de Saúde Bucal
Ministério de Saúde do Brasil

Carlo Henrique Goretti Zanetti

Departamento de Odontologia
Universidade de Brasília

300 cirurgiões-dentistas que atuam na atenção básica responderam. Para a maioria (79,5%), há tempo, infraestrutura e intenção de realizar diagnóstico precoce. Por outro lado, os profissionais manifestaram dificuldades em realizar o exame clínico voltado para o câncer, por necessitarem de mais informações sobre a doença. Os resultados serviram de base para apresentar a interpretação auto-referida do cirurgião-dentista, no plano individual, bem como serviram de base para, a partir da revisão bibliográfica, apresentar a interpretação individual sob marcos conceituais da saúde comportamental (teoria do comportamento planejado), na perspectiva individual; e a interpretação da sociologia das profissões e das teorias de planejamento e programação para a promoção e vigilância em saúde, na perspectiva coletiva.

Palavras-chave: neoplasias bucais; diagnóstico precoce

RESUMO: O artigo se estrutura em dois estudos exploratórios sobre o exercício do diagnóstico clínico de lesões bucais no SUS. Os dados foram obtidos por meio de questionários, aplicados durante atividades de educação continuada. Aproximadamente

ABSTRACT: *The article was based on two exploratory studies focusing on clinical practice regarding the diagnosis of oral lesions in the Brazilian Health System. Data were collected through questionnaires administered during continuing education activities. Around 300 dentists of primary health care answered. Most of those (79.5%) have reported having adequate time and infrastructure, as well as the intention to early diagnose cancer. Otherwise, professionals have expressed difficulties in performing clinical examination focused on cancer, because they required more information about the disease. In an individual perspective, the results allowed a self-reported interpretation of dental practice. From a literature standpoint, the results also make possible the presentation of an individual and collective interpretation. In an individual perspective, health behavior constructs were utilized based on the theory of planned behavior. In the collective perspective, the interpretation was based on the sociology of professions and theories of planning and programming for the promotion and health surveillance.*

Keywords: *mouth neoplasms; early diagnosis*

RESUMEN: *El artículo está estructurado en dos estudios exploratorios sobre el ejercicio de diagnóstico clínico de las lesiones orales. Los datos fueron obtenidos a través de cuestionarios administrados durante las actividades de educación continua. Alrededor de 300 dentistas que trabajan en atención primaria respondieron. Para la mayoría (79,5%), hay tiempo, infraestructura y voluntad de un diagnóstico precoz. Por*

otro lado, los profesionales han expresado dificultades para realizar el examen clínico centrado en el cáncer, debido a que necesitan más informaciones sobre la enfermedad. Los resultados proporcionan la base para la interpretación de auto-reporte del cirujano dentista, a nivel individual, así como la base para, a partir de la revisión de la literatura, de la actualidad para la interpretación individual de los marcos conceptuales en el comportamiento de la salud (la teoría del comportamiento planificado) desde el punto de vista individual, y la interpretación de la sociología de las profesiones y las teorías de la planificación y programación para la promoción y vigilancia de la salud, en la perspectiva colectiva.

Palabras-clave: *neoplasias de la boca; diagnóstico precoz*

INTRODUÇÃO

Os indicadores relativos ao câncer bucal continuam inalterados, principalmente devido ao diagnóstico tardio da doença, a despeito dos avanços científicos no campo da ciência médica^{1,2,3}. Apesar dos cirurgiões-dentistas estarem sensibilizados para o significado social e biológico do câncer bucal, isto não implica em mudanças no comportamento no que se refere ao ato de diagnosticar lesões malignas ou potencialmente malignas^{3,4}. Neste caso, sobressaem-se os procedimentos de massa, campanhas ou ações deslocadas do profissional da atenção primária. Não há, no entanto, provas suficientes para determinar se o rastreamento em pessoas assintomáticas, que procuram atendimento odontológico, altera os indicadores do câncer bucal. Isso não significa que os rastreamentos não sejam efetivos, mas

evidências mostram que uma abordagem centrada na atenção primária ou focada em uma população de risco, principalmente em pacientes tabagistas e etilistas, é mais produtora⁵. Para estes e outros o exame tátil-visual para detectar lesões pode resultar na identificação do câncer bucal em estágios iniciais⁶.

Apesar das evidências, a detecção de lesões não parece fazer parte da rotina do cirurgião-dentista. Em um painel de discussão foi sugerido que esta atitude resulta do fato de que os cirurgiões-dentistas geralmente não lidam com doenças como o câncer alegando falta de tempo, falta de remuneração e de confiança na execução do exame⁷.

A questão que se destaca é o quanto os dentistas estão, ou não, confortáveis e seguros para realização de rastreamentos com objetivo de diagnosticar lesões malignas ou potencialmente malignas⁸. De acordo com Ergun et al.⁹, 62% dos cirurgiões-dentistas estão desatualizados sobre o tema; 85% admitem dificuldades em diagnosticar lesões bucais e 93% não realizam biópsia. A falta de conhecimento dos fatores de risco e sinais específicos do câncer bucal também é comum entre médicos¹⁰. Estudos apontaram lacunas no conhecimento e nas práticas entre médicos e dentistas, alertando para a necessidade de melhorar a educação sobre câncer bucal nos dois grupos profissionais^{8,10}. Esta lacuna se repete no Brasil¹¹ e é reforçada por estudos que indicam o desconhecimento dos dentistas na área de etiologia e diagnóstico do câncer bucal^{12,13}. Horowitz et al.¹³ insistiram na necessidade de atualizações sistemáticas de

educação em câncer bucal e sua incorporação no currículo de graduação em odontologia.

Esse esforço deveria englobar estratégias de treinamento presencial e a distância¹⁴; e, não se restringir à detecção de lesões bucais, mas também ser dirigido à formação para cessação de fumar^{15,16,17}. A abordagem não deve ser feita de forma isolada, nem levar à duplicação de esforços e mensagens conflitantes ao público. Este treinamento deve ultrapassar o foco na mudança de comportamento individual e considerar a influência de fatores sócio-políticos como os principais determinantes da saúde^{18,19}. Tudo isso coloca em discussão a condição e a ineficácia dos métodos de ensino sobre problemas de saúde bucal¹⁸ na formação profissional não só do cirurgião-dentista, mas de toda a equipe, inclusive dos agentes comunitários de saúde (ACS)¹⁹. Para além dos problemas da formação, é necessário investigar quais outras barreiras impedem a realização do exame clínico voltado para o diagnóstico de lesões bucais.

Dados de um estudo exploratório recente, utilizando questionário baseado na Teoria do Comportamento Planejado (TPB), mostrou que as normas subjetivas (por exemplo, a pressão dos pares) e a percepção externa dos fatores de controle (por exemplo, a ausência de equipamentos adequados ou as restrições de tempo) foram identificadas como preditores significativos da “intenção” de realizar o rastreamento bucal⁴. Estes dados exploratórios sugerem que existe um potencial considerável para melhorar a “intenção” de realizar o rastreio do câncer bucal na clínica. Uma intervenção baseada nas teorias do comportamento poderia

incluir ainda treinamento para aumentar a confiança, experiência, conhecimento e facilidade de análise dos casos apresentados⁴.

A teoria do comportamento planejado permite, portanto, a análise, em uma perspectiva individual, auto-referida, das barreiras que impedem ou dificultam o diagnóstico precoce de lesões bucais. No plano coletivo, esta análise envolve a interpretação da sociologia das profissões e das teorias de planejamento e programação para a promoção e vigilância em saúde²⁰.

A vigilância à saúde tem por finalidade propiciar uma melhor qualidade de vida à população por meio da articulação de conhecimentos oriundos de diferentes áreas, porém tendo sempre como mote principal a promoção de saúde²¹. Neste sentido, a vigilância à saúde se apresenta como uma forma inovadora e estruturante de resposta social aos problemas de saúde²². Esta resposta social está diretamente ligada ao fato de que a vigilância à saúde agrega à sua análise novos sujeitos que vão além dos profissionais de saúde. Em verdade, a incorporação de membros da sociedade organizada garante que o escopo da vigilância à saúde transcenda as determinações normativas clínico-epidemiológicas dos trabalhadores de saúde e possibilite, com isso, todo aporte das determinações subjetivas e sociais oriundas da população²³.

Os problemas de saúde bucal costumam ser vistos sob uma preponderante ‘lente’ clínica, onde indicadores quantitativo-epidemiológicos apontam para quadros já instalados da doença (por exemplo, CPO-D, CPI). No entanto, alguns autores consideram a vigilância em saúde

bucal e o controle dos fatores de risco como os novos caminhos no modo de ‘pensar’ e ‘fazer’ odontologia^{24,25}. Os autores ressaltam que esta estratégia permite uma abordagem de caráter mais qualitativo, onde as pessoas auto-referem seus problemas em saúde bucal, trazendo com isto as considerações sociais, econômicas e culturais inerentes à estes problemas^{24,25}.

Assim sendo, o objetivo central desse artigo é apresentar dados exploratórios sobre a questão empírica do exercício de diagnóstico clínico de lesões bucais no âmbito dos profissionais da atenção primária, buscando dar aos dados um significado original usando dois marcos teóricos: na perspectiva individual, a teoria do comportamento planejado; no plano coletivo, a interpretação da sociologia das profissões.

DESENVOLVIMENTO

Um estudo transversal de caráter exploratório sobre o exercício do diagnóstico clínico das lesões bucais feito por cirurgiões-dentistas que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) no Paraná foi realizado durante as oito versões de um curso presencial de capacitação. Os dados exploratórios foram obtidos pela aplicação de questionários validados^{4,9} aos cirurgiões-dentistas da atenção básica do Estado do Paraná, durante atividades presenciais de educação continuada em 2010, após consentimento dos presentes. Dois questionários foram elaborados e deixados por sobre as cadeiras, no início da palestra e retomados ao final. Os questionários foram aplicados com o objetivo de conhecer a opinião do público alvo do treinamento para estabelecer diretrizes para o modelo próximo do ideal de um curso de capacitação.

O primeiro questionário, com 29 questões fechadas de múltipla escolha, segundo escala de concordância de atitude (Likert scale), foi estruturado sob os marcos conceituais da Teoria do Comportamento Planejado (TPB)⁴. Este questionário procurou identificar: a) as atitudes que favorecem o comportamento de diagnóstico das lesões bucais; b) as normas subjetivas; c) os fatores internos e externos de controle comportamental; e d) a intenção comportamental de realizar o diagnóstico clínico referente às lesões bucais.

O segundo questionário foi estruturado com 17 questões, sendo uma questão aberta e as demais fechadas⁹. Entre as questões fechadas, o questionário foi dividido em seis questões categóricas de escala nominal, seis dicotômicas, três numéricas de escala contínua e uma categórica em escala ordinal. Este instrumento procurou identificar os aspectos relacionados à prática clínica e ao conhecimento dos dentistas sobre lesões bucais.

Os dados obtidos, não obstante serem exploratórios, foram analisados por meio do software SAS 9.2 for Windows (Statistical Analysis System; SAS Institute Inc., Cary, NC, USA), com intervalo de confiança de 95%. Análises agregadas foram realizadas segundo conceitos específicos (constructs) da Teoria do Comportamento Planejado. A investigação utilizou regressão logística quando a variável de interesse foi dicotômica e utilizou uma regressão linear múltipla quando a variável de interesse foi contínua.

No que tange ao instrumento de coleta baseado no trabalho de Wade et al.⁴, setenta e oito (n=78) questionários foram retornados. Não

foi determinada a taxa de resposta porque não houve controle da quantidade de questionários distribuídos. Os dados exploratórios refletiram a opinião positiva dos inquiridos frente à importância de se realizar um rastreamento para o câncer, tendo 79,5% demonstrado absoluta concordância. Para a maioria, o exame voltado para a detecção do câncer não significaria perda de tempo. Paradoxalmente, os profissionais se preocuparam com a geração de efeitos negativos no paciente decorrentes da realização do exame clínico voltado para o câncer (Quadro 1).

No que se refere às normas subjetivas, 96,1% concordaram que seus pacientes aprovariam o rastreamento de câncer bucal e para 83,3% nem mesmo os pacientes fumantes se ofenderiam com o exame. A maioria concordou que os profissionais generalistas eram os mais adequados para realização do rastreamento do câncer, devido ao maior contato com o público. Embora tenha havido grande concordância (97,4%) de que os demais colegas dentistas aprovariam o exame voltado para o câncer, para 73% a obrigatoriedade ou regulamentação aumentaria a probabilidade de que todos realizassem esse exame (Quadro 2).

Quadro 1 - Atitudes que favorecem o comportamento de rastreamento das lesões bucais.

Perguntas	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente	Não respondeu
1) Se realizasse um rastreamento direcionado para o câncer bucal, eu poderia detectar o câncer em um estágio inicial	79,5%	17,9%	1,3%	1,3%	0%	0%
2)Um rastreamento negativo para o câncer poderia reforçar comportamentos negativos nos pacientes (exemplo: consumo de álcool e tabaco)	24,4%	25,6%	6,4%	15,4%	26,9%	1,3%
3)O paciente poderia ficar preocupado ou ansioso como resultado do rastreamento para câncer bucal	27,0%	47,4%	6,4%	6,4%	12,8%	0%
4)Eu estou mais propenso a focar o meu exame em doenças mais prevalentes do que o câncer bucal	14,1%	26,9%	5,1%	9,0%	44,9%	0%
5)Se eu procurar câncer em um paciente, ele pode, subsequentemente, desenvolver sintomas e atrasar a procura por cuidados	2,6%	12,8%	11,5%	15,4%	57,7%	0%
6)Se eu procurar câncer bucal nos pacientes aumentará a preocupação deles em relação à doença	28,2%	41,1%	6,4%	5,1%	19,2%	0%
7)Se eu procurar câncer bucal em um exame, o paciente poderá considerar um tempo desperdiçado na consulta	1,3%	16,7%	5,1%	16,7%	60,2%	0%
8)Pacientes ficarão menos propensos a me consultar sobre os seus problemas de saúde se eles imaginarem que o rastreamento de rotina do câncer bucal é inapropriado	9,0%	14,1%	7,7%	17,9%	51,3%	0%
9)Se eu realizar um rastreamento de câncer bucal nos meus pacientes iria incentivá-los a parar com hábitos nocivos	37,2%	39,7%	9,0%	6,4%	6,4%	1,3%

Quadro 2 - Normas subjetivas.

Perguntas	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente	Não respondeu
1) Pacientes que fumariam se ofender com o exame para câncer bucal	1,3%	6,4%	7,7%	15,4%	67,9%	1,3%
2) Pacientes aprovariam o rastreamento do câncer bucal	69,2%	26,9%	2,6%	1,3%	0%	0%
3) Tendo contato com o público, generalistas estão em melhor posição para realização do rastreamento	59,0%	21,8%	6,4%	3,8%	6,4%	2,6%
4) Dentistas aprovariam meu rastreamento do câncer bucal	71,8%	25,6%	0%	1,3%	1,3%	0%
5) O rastreamento sendo tarefa regulamentada, eu estaria mais propenso a realizar esse exame	46,1%	26,9%	7,7%	7,7%	10,3%	1,3%

Em relação ao controle comportamental percebido, a maioria respondeu que possuía os equipamentos necessários para realizar o rastreamento de câncer bucal e tempo de consulta suficiente para efetivar este exame. Para 78,2%, os pacientes seriam acessíveis ao exame de rotina para o câncer bucal. No que concerne aos fatores de controle interno, a maioria concordou que necessitava de mais informações sobre o câncer bucal, embora 83,3% julgaram ter habilidades e perícia suficientes para realizar o rastreamento. Em relação aos fatores externos, para a maioria a iluminação no consultório era suficiente e a sala de consulta era apropriada para realização do exame. Mesmo quando os recursos existentes

são limitados, o rastreamento de câncer bucal deve ser encarado como fator importante na visão da maioria (Quadro 3).

Para a maioria, existe a intenção de realizar o rastreamento (91,0%), seja no futuro mediato (87,2%) ou no próximo mês (75,7%).

No que concerne ao instrumento de coleta baseado no trabalho de Ergun et al.⁹, 219 questionários foram retornados, que da mesma forma não foi controlada sua distribuição. Entre os cirurgiões-dentistas, 37,4% (n=82) disseram trabalhar somente na atenção básica, 57,6% (n=126) responderam ter no consultório, na clínica ou em outro local uma segunda jornada de trabalho, e 5% (n=11) não responderam.

Quadro 3 – Controle comportamental percebido, fatores de controle interno e de controle externo.

Perguntas	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente	Não respondeu
1)Tenho os equipamentos necessários para realizar o rastreamento	44,9%	32,1%	3,8%	7,7%	7,7%	3,8%
2)Existe tempo suficiente em uma consulta para pesquisa do câncer bucal	47,4%	20,5%	1,3%	15,4%	14,1%	1,3%
3)Pacientes acessíveis a um exame de rotina	51,3%	26,9%	7,7%	10,3%	2,6%	1,2%
4)Dentistas estão prontamente qualificados para realizar rastreamento de câncer bucal	28,2%	29,5%	3,8%	14,1%	19,2%	5,2%
5)Necessito de mais informações sobre câncer para realizar rastreamento	35,9%	33,3%	0%	11,5%	15,4%	3,9%
6)Tenho habilidade/perícia para realizar rastreamento de câncer bucal	35,9%	47,4%	5,1%	5,1%	5,1%	1,4%
7)A iluminação na sala de consulta não é suficiente para um exame desses	6,4%	17,9%	3,8%	15,4%	53,8%	2,7%
8)Pacientes não esperam se submeter a um exame físico (bucal) de rotina	24,4%	29,5%	2,6%	15,4%	24,4%	3,7%
9)Com recursos limitados, existem coisas mais importantes p/ pesquisar em uma consulta	7,7%	7,7%	7,7%	15,4%	59,0%	2,5%
10)Quando o meu tempo é escasso, eu fico menos propenso a realizar exame detalhado	38,5%	37,2%	5,1%	7,7%	9,0%	2,5%
11)O tempo que leva para explicar/realizar um exame torna improvável o rastreamento	10,3%	16,7%	5,1%	20,5%	44,9%	2,5%
12) A sala de consulta não é apropriada para realizar um exame oral	12,8%	6,4%	3,8%	15,4%	59,0%	2,6%

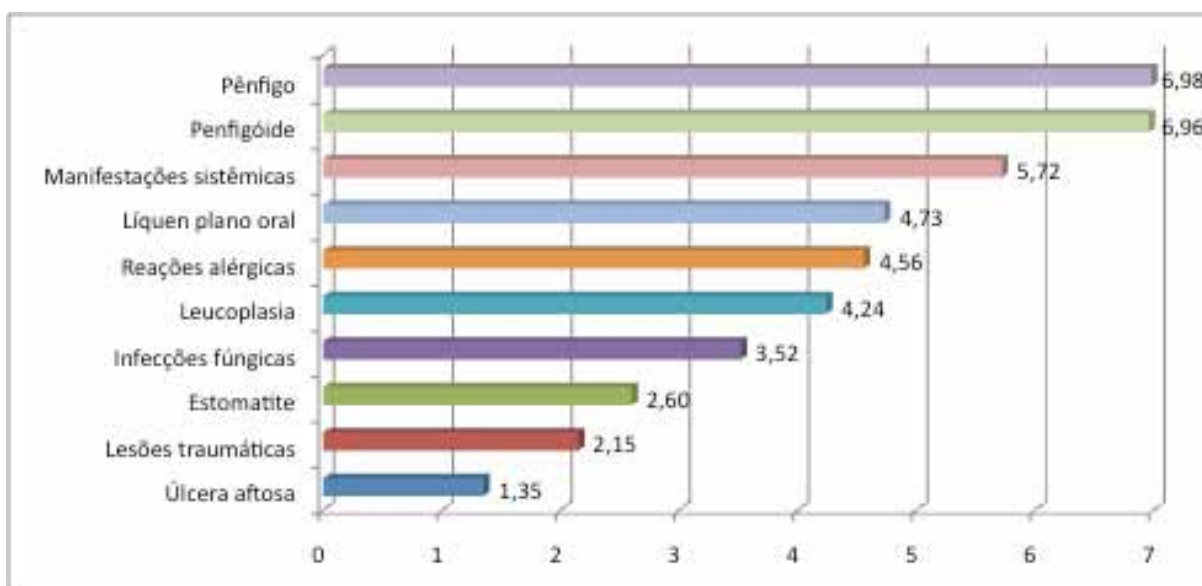
Quanto ao tempo de graduação, a média foi de 13 anos ($\pm 8,3$), sendo o mínimo de um ano e o máximo de trinta e seis anos de formado. A média referente à jornada de trabalho diária foi de 9 horas ($\pm 2,0$; 3-14) e o número médio de pacientes atendidos por semana foi de 66 ($\pm 30,0$; 11-180).

Apesar de 77,6% (n=170) dos cirurgiões-dentistas afirmarem que examinam pacientes sem lesões na mucosa como prática clínica rotineira, 79,4% (n=135) afirmaram ter alguma dificuldade quanto ao diagnóstico de lesões bucais. Quando considerados todos os 219 respondentes, este percentual subiu para 82% (n=179). No mais, 58% (n=127) dos dentistas relataram desatualização sobre o tema câncer bucal e 30% (n=46) dos profissionais que responderam não examinar pacientes sem

lesões na mucosa, creditaram este fato à insuficiência de conhecimento científico para realização desta prática.

O grau de dificuldade em diagnosticar lesões orais específicas foi analisado por meio de uma escala numérica de zero a dez, onde zero representava o grau mínimo de dificuldade encontrada pelo dentista e dez significava o grau máximo de dificuldade no diagnóstico. As patologias que receberam maior pontuação foram pênfigo e penfigóide, enquanto que as úlceras aftosas orais receberam menor pontuação. A Figura 1 ilustra a média de pontuação quanto o grau de dificuldade em diagnosticar lesões orais específicas, referido pelos participantes.

Figura 1 – Grau auto-referido de dificuldade em diagnosticar lesões bucais.



No que tange a biópsia, 62% (n=136) dos dentistas afirmaram possuir conhecimento sobre técnicas para realizá-las, mas apenas 19,6% (n=43) executavam esse procedimento.

Quando a pergunta “Você examina pacientes sem lesões orais na mucosa?” foi analisada como variável dicotômica de resposta por meio de regressão logística, não foi encontrada nenhuma diferença estatisticamente significativa ao nível de confiança de 95% ($\chi^2=6.465$, $df=6$, $p=0.3731$) depois de controladas as seguintes variáveis: local de trabalho, tempo de graduação, jornada diária de trabalho, número médio de pacientes por semana, atualização sobre câncer bucal e dificuldade referida no diagnóstico sobre lesões bucais.

No entanto, quando a pergunta “Você tem alguma dificuldade no diagnóstico de lesões orais na mucosa?” foi analisada como a variável dicotômica de interesse, encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa ao nível de confiança de 95% ($\chi^2=16.452$, $df=6$, $p=0.0115$). Sendo assim, dentistas que afirmaram não estarem atualizados sobre câncer de boca possuíam uma razão de chances 5,75 (95% C.I.: 2.34--14.08) maior de dificuldade quanto ao diagnóstico de lesões bucais na mucosa do que profissionais que afirmaram estarem atualizados sobre câncer bucal.

O processo de triagem, identificação e decisão de diagnosticar e encaminhar lesões bucais, malignas ou não, é multifatorial e complexo; qualquer intervenção que procure abordar suas deficiências pode ser igualmente complicada. Pesquisas recentes sugerem que a maioria dos cirurgiões-dentistas da atenção básica compreende o significado biológico, os fatores de riscos para câncer bucal e os sinais e sintomas da doença, mas este conhecimento

não se traduz na prática clínica^{2,4,9}, assim como encontramos nesse trabalho exploratório.

O que explicaria esse comportamento paradoxal? O que emerge dos dados exploratórios deste trabalho? Os resultados desse estudo exploratório serviram de base para apresentar a interpretação auto-referida do cirurgião-dentista, sob marcos conceituais da saúde comportamental (teoria do comportamento planejado), e a interpretação da sociologia das profissões e das teorias de planejamento e programação para a promoção e vigilância em saúde, na perspectiva coletiva. No que concerne a Teoria do Comportamento Planejado, pode-se afirmar que a “intenção” de realizar o diagnóstico clínico precoce das lesões bucais foi pautada sob três pilares de sustentação: a) as atitudes que favoreceram o comportamento de rastreamento destas lesões; b) as normas subjetivas percebidas pelos respondentes; e c) o controle percebido pelos profissionais em relação ao diagnóstico precoce.

A atitude dos respondentes em direção ao rastreamento clínico das lesões bucais pode ser compreendida como o grau de avaliação (positivo ou negativo) percebido pelos dentistas quanto ao procedimento em questão. Esta atitude está diretamente ligada à convicção dos cirurgiões-dentistas acerca dos resultados esperados quando da realização do rastreamento e da avaliação dos mesmos quanto a estes resultados.

As normas subjetivas encontradas neste estudo dizem respeito a como os dentistas percebem a pressão social de ‘pessoas-chaves’ para realização ou não do diagnóstico clínico das lesões bucais. As expectativas da sociedade, familiares, amigos, equipe de trabalho e

profissionais de saúde em ver ou não o dentista realizar o rastreamento precoce de lesões bucais são essenciais para que o profissional engaje ou não neste procedimento. As normas subjetivas são mediadas também pelo grau de motivação encontrada pelos cirurgiões-dentistas respondentes. Por exemplo, a regulamentação do diagnóstico clínico precoce das lesões bucais pelas autoridades responsáveis (ex. Conselho Federal de Odontologia, Ministério da Saúde) garante uma motivação normativa a mais para a realização do exame.

O controle percebido pelos profissionais respondentes em relação ao rastreamento clínico das lesões bucais perpassa por fatores (externos e internos) que possam vir a facilitar ou impedir a implementação do respectivo procedimento. Os fatores externos (ex. equipamentos, tempo, iluminação) foram identificados como o conjunto de fatores propensos a facilitar o grau de engajamento ou intenção comportamental; neste estudo entendido como a execução do diagnóstico clínico precoce das lesões bucais. Enquanto os fatores internos (ex. habilidade, perícia, informações) foram identificados como importantes barreiras para o engajamento dos cirurgiões-dentistas que atuam no SUS na atividade de rastreamento.

A somatória das atitudes que favoreceram o comportamento do rastreamento das lesões bucais, as normas subjetivas percebidas pelos respondentes e o controle (externo e interno) percebido pelos profissionais em relação ao diagnóstico clínico precoce produzem a intenção positiva ou negativa de realização deste procedimento. Em verdade, a intenção comportamental é compreendida como o passo que antecede a implementação do comportamento em si. Portanto, é fundamental

que sejam conhecidas e analisadas as atitudes, normas subjetivas e fatores (externos e internos) que levam cirurgiões-dentistas que atuam no SUS ao exercício ou não do diagnóstico clínico precoce de lesões bucais.

Pela comparação entre os dados encontrados na literatura^{2,4,9} e os dados exploratórios obtidos nesse trabalho há similitude nas explicações para ausência do diagnóstico precoce do câncer bucal. Em ambos, as alegações limitam-se à falta de tempo, à falta de confiança na execução do exame, à ausência de remuneração e à baixa prevalência dos casos. Da mesma forma, as melhores proposições também estão limitadas à necessidade de atualizações sistemáticas de educação em prevenção e detecção precoce do câncer bucal, embalados com a melhor tecnologia educacional disponível. Será que estas são realmente as melhores problematizações, vis-à-vis às melhores respostas?

Na busca de respostas para a ausência da prática clínica do diagnóstico, merece destaque especial a relação íntima entre o discurso e as práticas científicas, vis-à-vis as do profissionalismo. Afinal, ciência e profissão são dois fenômenos sociais inextrincáveis. Toda profissão é científica; tanto quanto, toda ciência hoje é feita por profissionais. Assim, a dinâmica social interna à ciência afeta a das profissões, e vice-versa. Toda profissão, segundo Freidson²⁶ encerra um discurso (dos profissionais e de suas lideranças) pautado nos elementos inerentes ao princípio profissional: a autonomia; o conhecimento; a competência e jurisdição exclusiva; o credencialismo profissional e acadêmico; a autoridade profissional legítima; a relação fiduciária entre paciente e profissional; a cultura, o estilo, a honra, a vocação e a

observação a padrões morais profissionais; o código de ética; o coleguismo; o status profissional; a auto-regulação e o governo privado da profissão; o controle monopolista do mercado; a restrição de concorrência entre os profissionais; recompensas e privilégios; concepção estratégica a respeito da função do Estado e a relação da profissão para com ele.

Na definição do conceito de princípio profissional destaca-se a importância do conhecimento e da expertise dele decorrente. Dessa observação, a de que conhecimento científico é central às profissões, surgem usualmente considerações sobre o quanto falhas do desenvolvimento científico engendram falhas no comportamento profissional. Freidson²⁶, tecendo considerações nomotético-sociológicas, afirma que uma profissão surge quando ocorre divisão do trabalho social por princípio profissional; isto é, quando se estabelece um processo de profissionalização eficaz para a aquisição e ampliação de privilégios ocupacionais; em particular, a gestão autônoma para organização e disputa das oportunidades de trabalho configuradas no interior do mercado interprofissional competitivo.

Uma profissão é uma construção social permanente sobre uma ocupação que define um campo específico compreendido entre duas margens: à frente, o front da profissionalização que representa as novas competências, as atividades profissionais que estão sendo adquiridas e valoradas em função da incorporação de novos conhecimentos esotéricos e aplicações decorrentes (tecnologias); atrás, a fronteira da desprofissionalização e as competências decaídas, atividades profissionais outrora nobres que sofreram desvalorização porque os

conhecimentos que as fundamentavam, no curso da história, perderam seu esoterismo. Essas dinâmicas definem a qualidade daquilo que os profissionais se ocupam²⁶.

O descontrole das fronteiras causa a inflação de competências profissionais; seja pela aquisição de novas competências não esotéricas, seja pela manutenção de competências antigas que perderam tal caráter. Não será a questão da ausência do diagnóstico clínico de lesões bucais na prática profissional dos cirurgiões-dentistas um lapso na execução dos objetivos da Odontologia “normal”; portanto, um dado de crítica a ela? Como interpretar a ausência do diagnóstico precoce de lesões bucais na prática profissional dos cirurgiões-dentistas?

A dinâmica profissional está carregada de valores que, de tão cotidianos e próximos, pode ser difícil identificá-los. É o que acontece com o peso das categorias fundamentais das Ciências da Saúde de hoje: doença e morte; e seu niilismo simbólico quanto à vida e normalidade. Portanto, lesões de câncer só adquirem significado prático quando caracterizadas como doença instalada e/ou aumento do risco de morte. Aos olhos do clínico vocacionado à terapêutica e aos procedimentos cirúrgico-operatórios, tais lesões só ganham existência real quando se tornam quadros bem estabelecidos de doença, quando a alteridade da situação configura o paciente, quando elas são apreendidas por convergirem para os valores correntes. Todo o resto está fora da fronteira da profissionalização. Portanto, a prática de uma semiologia integral não cabe no paradigma da odontologia atual; tanto quanto não parece caber qualquer prática profissional que necessite ser fundamentada nas categorias de vida e normalidade, tais como, promoção e

vigilância à saúde, respectivamente. Estas são incomensuráveis; portanto, não percebidas e valorizadas, tornam-se postergadas e decaídas.

CONCLUSÕES SOBRE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO OU SOBRE VIGILÂNCIA À SAÚDE NO PSF

Como visto, o trabalho decaído existente no universo simbólico do dentista tradicional (a promoção e a vigilância à saúde bucal) é trabalho postergado e negligenciado que gera lacunas na eficácia do exercício profissional e em sua ciência. A desmonopolização desse trabalho gera ajustamentos; pois, simultaneamente, dois processos de profissionalização avançam: a desoneração e desinflação da profissão líder; e o aumento do conhecimento e expertise das profissões auxiliares.

Isso pode acontecer no SUS, desde que o campo profissional se expanda com a cooptação de novas profissões auxiliares, bem como a melhor divisão do trabalho entre as profissões já as existentes no seu campo. A cooptação é dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissão hoje fortemente significada no campo profissional da Enfermagem, mas ainda pouco e mal significada na Odontologia. Caberá ao dentista incidir transversalmente sobre todo o trabalho integral a ser distribuído a fim de exercer sua liderança profissional no processo coletivo/participativo de programar, distribuir, organizar, capacitar, comandar e realizar as atividades de saúde bucal compartilhadas por toda a equipe; bem como, atuar como contrapeso aos conhecidos malefícios que toda especialização imputa a qualquer divisão técnica ou social do trabalho.

Se TSB (Técnico de Saúde Bucal) e ASB (Auxiliar de Saúde Bucal) são auxiliares

fundamentais ao aumento da eficácia e eficiência no chão da clínica; hoje, são os ACS os profissionais auxiliares fundamentais para a assimilação de conhecimentos e práticas orientados pelas categorias vida e normalidade. A condição de universalidade das famílias empresta ao ACS a possibilidade do rastreamento universal das condições de risco e das supostas perdas de normalidade de tecidos bucais. Na rotina clínica tradicional da Odontologia pública ou privada esse rastreamento não é possível. Mas, na equipe de saúde da família ele se torna possível desde que o ACS possa fazê-lo mesmo sem conhecimentos de semiologia. Não cabe ao ACS conhecer a sintomatologia nem formular hipóteses diagnósticas, o trabalho patognomônico discricionário da propedêutica é do dentista. Basta ao ACS ser capacitado para trabalhar no senso comum, sendo tão somente capaz de apontar a existência de condições de risco, bem como reconhecer a normalidade e duvidar da sua perda.

Paralelamente, o acesso universal do ACS à cavidade bucal e a existência de boas condições de inspeção bucal para rastreamento, estão condicionados à realização de rotina promocional de saúde bucal. O importante é também envolver todos os profissionais na identificação e esforços para eliminação dos fatores de risco, especialmente, tabagismo e alcoolismo. Para isso, em conformidade com a literatura¹⁵⁻¹⁹ e os dados exploratórios aqui apresentados, torna-se necessário investir em treinamentos que envolvam a formação para cessação de fumar, a apresentação de sinais e sintomas precoces do câncer de boca, bem como abordagens calcadas nas teorias do comportamento.

Nossos dados mostram que as barreiras que impedem ou dificultam o diagnóstico precoce do câncer bucal relacionam-se às normas subjetivas (leia-se aprovação dos pares e necessidade de reforço normativo) e aos fatores de controle internos (leia-se insegurança e desconhecimento do tema), o que leva a proposição de educação continuada para a equipe. Deve-se salientar que a teoria do comportamento planejado tem como premissa básica a identificação de fatores facilitadores e/ou restritivos para a execução de determinado comportamento. No entanto, a utilização desta teoria não permite a implementação de estratégias em saúde pública aplicada. Assim, os dados mostram que para transformar a prática profissional atual existem, no mínimo, duas alternativas complementares, baseadas na sociologia das profissões: uma mediata e integral; e outra imediata e administrada. A mediata, no âmbito exclusivo do profissionalismo, pressupõe uma transformação paradigmática da Odontologia, que inclua em seus fundamentos vida e normalidade. A imediata, no âmbito compartilhado do profissionalismo e da administração pública, pressupõe ampliar o campo profissional da Odontologia no SUS ao lançar mão da oportunidade da incorporação de profissionais de nível elementar na divisão do trabalho extraclínico, hoje representados na figura do ACS; mediante o planejamento e a programação do trabalho em equipe profissional no interior das equipes de saúde da família, subsumido-o no assunto da vigilância à saúde no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Johnson NW et al. Global oral health inequalities in incidence and outcomes for oral cancer: causes and solutions. *Adv Dent Res.* 2011; 23(2):237-46.
2. Brocklehurst PR, Baker SR, Speight PM. Factors which determine the referral of potentially malignant disorders by primary care dentists. *J Dent.* 2010; 38:569-78.
3. Gómez I et al. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? *Oral Dis.* 2010; 16:333-42.
4. Wade J, Smith H, Hankins M, Llewellyn C. Conducting oral examinations for cancer in general practice: what are the barriers? *Fam Pract.* 2010; 27:77-84.
5. Rethman MP, Carpenter W, Cohen EE, Epstein J, Evans CA, Flaitz CM, et al. Evidence-based clinical recommendations regarding screening for oral squamous cell carcinomas. *J Am Dent Assoc.* 2010; 141:509-20.
6. Warnakulasuriya S, Kashyap R, Dasanayake AP. Is workplace screening for potentially malignant oral disorders feasible in India? *J Oral Pathol Med.* 2010; 39:672-6.
7. Jones JA. The risk of omission: alarming new oral cancer trends. *Dent Today.* 2010; 29:124-7
8. Laronde DM, Bottorff JL, Hislop TG, Poh CY, Currie B, Williams PM, Rosin MP. Voices from the community experiences from the dental office: initiating oral cancer screening. *J Can Dent Assoc.* 2008; 74:239-41.
9. Ergun S, Ozel S, Koray M, Kürklü E, Ak G, Tanyeri H. Dentists' knowledge and opinions about oral mucosal lesions. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009; 38:1283-8.
10. Applebaum E, Ruhlen TN, Kronenberg FR, Hayes C, Peters ES. Oral cancer knowledge,

- attitudes and practices: a survey of dentists and primary care physicians in Massachusetts. *J Am Dent Assoc.* 2009; 140:461-7.
11. Santos LC, Batista Ode M, Cangussu MC. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010; 76:416-22.
12. Messadi DV, Wilder-Smith P, Wolinsky L. Improving oral cancer survival: the role of dental providers. *J Calif Dent Assoc.* 2009; 37:789-98.
13. Horowitz AM. Perform a death-defying act. The 90-second oral cancer examination. *J Am Dent Assoc.* 2001; 132 Suppl:36S-40S.
14. Bynum AB, Irwin CA, Cohen B. Satisfaction with a distance continuing education program for health professionals. *Telemed J E Health.* 2010; 16:776-86.
15. Silverman S Jr, Rankin KV. Oral and pharyngeal cancer control through continuing education. *J Cancer Educ.* 2010; 25:277-8.
16. Silverman S Jr, Kerr AR, Epstein JB. Oral and pharyngeal cancer control and early detection. *J Cancer Educ.* 2010; 25:279-81.
17. Ramseier CA, Warnakulasuriya S, Needleman IG, Gallagher JE, Lahtinen A, Ainamo A, et al. Consensus Report: 2nd European Workshop on Tobacco Use Prevention and Cessation for Oral Health Professionals. *Int Dent J.* 2010; 60:3-6.
18. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000; 28:399-406.
19. Dos Santos LP, Fracolli LA. Community health aides: possibilities and limits to health promotion. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44:76-83.
20. Bartholomew LK, Mullen PD. Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behavior change interventions. *J Public Health Dent.* 2011; 71 Suppl 1:S20-33.
21. Noro LRA, Oliveira AGRC, Leite J. O Desafio da Vigilância em Saúde Bucal no SUS. In: Dias AA. *Saúde Bucal Coletiva - metodologia de trabalho e práticas.* São Paulo: Santos; 2006. p. 187-210.
22. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde.* São Paulo: HUCITEC; 1996.
23. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf epidemiol SUS.* 1998; 7:7-28.
24. Sheiham A, Tsakos G. Avaliando Necessidades Através de Abordagem Sócio-odontológica. In: Pinto VG. *Saúde Bucal Coletiva.* 5th ed. São Paulo: Santos; 2008. p. 287-316.
25. Pinto VG. Identificação de Problemas. In: Pinto VG. *Saúde Bucal Coletiva.* 5th ed. São Paulo: Santos; 2008. p. 157-286.
26. Freidson E. *Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política.* São Paulo: EDUSP; 1998.