



Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde



Jairo Evangelista Nascimento

Cirurgião Dentista

**Cirurgiões dentistas do serviço público de Montes Claros frente a
lesões brancas em mucosa bucal**

Montes Claros – Minas Gerais – Brasil

Dezembro/2008

Jairo Evangelista Nascimento

Cirurgião Dentista

**Cirurgiões dentistas do serviço público de Montes Claros frente a
lesões brancas em mucosa bucal**

Dissertação de mestrado profissional, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: **Prof. Dr. Paulo Rogério Ferreti Bonan**

Banca Examinadora:

Prof^o Dr. Paulo Rogério Ferreti Bonan

Prof^o Dr. Hercílio Martelli Júnior

Prof^o Dr. André Luis Faria e Silva

Suplentes:

Prof^a Dra. Júlia Maria Moreira Santos

Prof^o Dr. João Felício Rodrigues Neto

Montes Claros – Minas Gerais – Brasil

Dezembro/2008



Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde



Aluno: Jairo Evangelista Nascimento

Título do projeto: “Cirurgiões dentistas do serviço público de Montes Claros frente a lesões brancas em mucosa bucal”

Data da defesa: 18/12/2008

Banca (Titulares)

Assinaturas

Profº Dr. Paulo Rogério Ferreti Bonan (Unimontes)

Profº Dr. Hercílio Martelli Júnior (Unimontes)

Profº Dr. André Luiz Faria e Silva (Unicamp)

Banca (Suplentes)

Assinaturas

Profª Dra. Júlia Maria Moreira Santos (Funorte)

Profº Dr. João Felício Rodrigues Neto (Unimontes)

[] **APROVADO**

[] **REPROVADO**

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais Salvador Deusdete Evangelista e Belvinda Nascimento Evangelista pelo amor, carinho e educação que sempre me proporcionaram.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- À Deus, por sempre ter me proporcionado as melhores opções da minha vida.
- À minha esposa Tatiana Almeida de Magalhães, pela compreensão e ajuda imensurável e aos meus filhos do coração Emanuelle e João Pedro, só alegrias.
- Aos meus pais, Salvador e Belvinda, aos meus irmãos Marcos e Cristina e aos meus sobrinhos Vinícius, Jordana, Maria, Talitha, Sara e Ester pela nossa união.
- À minha segunda família, seu Edmar, dona Elza e filhos, pelo carinho.
- Ao meu orientador, professor Paulo Rogério Ferreti Bonan, que me acolheu e me ensinou, me ajudou e me foi o exemplo de profissionalismo e competência.
- Aos professores Hercílio Martelli, André Silva, Júlia Maria e João Felício, participantes da banca de avaliação desse trabalho, e extensivamente a todos os professores do mestrado.
- Ao meu amigo José Mendes da Silva, portador da melhor notícia que recebi em 2007 - Aprovado no mestrado.
- Às minhas amigas prof^a Jussara Melo e prof^a Cássia Pérola, exemplos de competência, pela oportunidade e incentivo que me deram.
- Às minhas amigas prof^{as} Marinilza, Renata Francine, Gislaine, Aline, Desirée, Simone Melo e Mânia Quadros... sem vocês não teria sido possível.
- À prof^a M^a Mercês Borém, entre outras coisas, pela solução da carga horária.
- Aos colegas do mestrado, pela amizade e solidariedade.
- À João Robson Vieira, meu aluno e colaborador neste trabalho.
- Aos professores da Unimontes, na pessoa dos prof^s Manoel e Lourdinha.
- Aos colegas cirurgiões dentistas que colaboraram e participaram dessa pesquisa.

Resumo

O objetivo deste trabalho foi identificar as principais características sociodemográficas dos cirurgiões dentistas lotados nas unidades Atenção Primária à Saúde do serviço público de Montes Claros, Minas Gerais, bem como, verificar aspectos da conduta dos mesmos frente a Lesões Brancas em Mucosa Bucal (LBMB) e determinar as condições no serviço para a realização de procedimentos estomatológicos. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico realizado em 2008 com 80 cirurgiões dentistas. Foi utilizado um questionário autoaplicável previamente validado. As análises estatísticas foram realizadas com auxílio do programa SPSS, considerando um $p \leq 0,05$. A discussão dos resultados foi baseada nas proporções absolutas e relativas e nos índices de associação entre as variáveis, calculados através dos testes estatísticos *t-student* (para as variáveis contínuas), *Qui-quadrado* (para as variáveis categóricas) e *Likelihood ratio* como teste alternativo para os casos onde o *Qui-quadrado* não é indicado. O projeto foi aprovado (parecer 916/2007) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Dentre os resultados obtidos, 57,5% dos pesquisados eram do sexo feminino. Apenas 22,5% dos pesquisados já havia realizado biópsia/esfregaço no seu local de trabalho, a maioria delas feita pelos profissionais lotados em equipes de Saúde da Família ($p \leq 0,05$). A maioria dos pesquisados (65,0%) considerou que faltam recursos para realização de biópsia/esfregaço no seu local de serviço. Concluiu-se que a maioria dos pesquisados é do sexo feminino, corroborando com a tendência de feminização da odontologia encontrada na literatura especializada. Em concordância com dados da literatura científica, a biópsia é um procedimento pouco usual nesta classe. Há uma incongruência no serviço de referência, uma vez que a maioria dos pesquisados encaminha o usuário à clínica de estomatologia da Unimontes, mesmo havendo no município, um CEO, que é o local de referência em diagnóstico bucal no serviço público.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, saúde pública, lesões brancas orais.

Abstract

The aim of this study was to describe the dentists' social-demographic features workers at units Primary Health Care of the public service of Montes Claros, Minas Gerais, as well as, to verify aspects of the conduct them in front of oral white lesions in mucosa and to determine the workplace conditions for perform stomatological investigation proceedings. It is a transverse study, descriptive and analytical accomplished in 2008 with 80 dentists. It's applied a solemnity-applicable questionnaire, previously validated. The statistical analysis were accomplished using the program SPSS considering $p \leq 0.05$. The discussion of the results was based on the absolute and relative proportions and in the association indexes among the variables, made calculations through the t-student (for the continuous variables), chi-square (for the categorical variables) and Likelihood ratio as alternative test for the cases where Chi-square is not indicated. The project was approved (916/2007) by the Committee for Ethics in Research of the State University of Montes Claros (Unimontes). Among the outcome, 57.5% of participants were females. Only 22.5% of participants had ever performed biopsy at theirs workplaces, the most of them by Family Health workers ($p \leq 0.05$). The majority of the participants (65.0%) has been considering like limited-appeal for perform biopsy in workplace. It was concluded that majority of the participants were females, corroborating with feminization tendency found in the specialized literature. In according to scientific research, the biopsy is not usually performed by dentists. Same having a Center of Dental Specialty in the municipal district, most of participants directs the user to Unimontes' stomatological clinic.

Key-words: Primary Health Care, public health, oral white lesions.

SUMÁRIO

página

| | |
|---|-----------|
| Resumo | 05 |
| Abstract..... | 06 |
| 1. Introdução | 08 |
| 1.1. A atenção à saúde | 08 |
| 1.2. O cenário epidemiológico de saúde bucal no Brasil..... | 09 |
| 1.3. Diretrizes e programas de saúde bucal no Brasil..... | 09 |
| 1.4. Lesões brancas em mucosa bucal | 11 |
| 1.5. Câncer bucal e diagnóstico precoce | 12 |
| 1.6. Exames complementares..... | 13 |
| 1.7. A referência e contra-referência em diagnóstico bucal | 14 |
| 2. Objetivos..... | 16 |
| 2.1. Objetivo geral..... | 16 |
| 2.2. Objetivos específicos..... | 16 |
| 3. Metodologia..... | 17 |
| 4. Resultados | 18 |
| 4.1. Artigo científico 1 | 18 |
| 4.2. Artigo científico 2 | 27 |
| 5. Conclusões..... | 49 |
| 6. Referências..... | 50 |
| 7. Apêndices..... | 52 |
| 7.1. Apêndice A - Questionário | 52 |
| 8. Anexos | 56 |
| 8.1. Anexo A – Aceite para publicação | 56 |

1 Introdução

1.1 A atenção à saúde

A Declaração de Alma-Ata, de 1978, teve como base “Saúde para todos no Ano 2000”, reafirmando a justiça social e a equidade como pré-requisitos para a saúde. Principia-se, assim, uma reorientação dos serviços de saúde, de forma gradativa e com a participação dos indivíduos e sociedade, objetivando a criação de um novo sistema de saúde (Reis e Vianna, 2004).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde, e constitui um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e o único a propor assistência integral e gratuita para todo cidadão brasileiro. Segundo a constituição brasileira, a saúde é direito fundamental do ser humano, cabendo ao poder público garanti-lo (Brasil, 2004d).

Como primeiro escalão de assistência, tem-se a Atenção Primária em Saúde (APS), que segundo Starfield (2002), é a porta de entrada no sistema de saúde para as necessidades e problemas, e também coordena ou integra a assistência nos níveis secundário e terciário.

No Brasil, a reorientação dos serviços de saúde está fortemente associada ao Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF, mais do que um simples programa, constitui-se de uma estratégia com a pretensão de organizar a APS no âmbito do SUS. Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, hospitalocêntrico e orientado para a cura de doenças (Brasil, 2004b).

1.2 O cenário epidemiológico de saúde bucal no Brasil

O aumento da expectativa de vida acrescenta, anualmente, 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, gerando uma demanda importante para o sistema de saúde (Brasil, 2005).

Em se tratando de neoplasias malignas, o câncer bucal representa uma causa importante de morbimortalidade, uma vez que a maioria dos casos é diagnosticada em estágios avançados da doença (Brasil, 2006b). Cerca de 60% dos usuários chegam aos serviços de câncer com a doença já em fase avançada. A falta de diagnóstico precoce do câncer de boca é conseqüência de uma conjugação de fatores, entre eles a falta de acesso da população adulta à assistência odontológica, a desarticulação entre as ações de prevenção e diagnóstico e o despreparo dos profissionais da saúde em detectar o câncer de boca em seus estágios iniciais (SES/MG, 2006).

Em Minas Gerais, a representação espacial das taxas brutas de incidência de neoplasia maligna da cavidade oral, estimadas para 2008, são 8,46:100.000 homens e 3,07:100.000 mulheres (INCA, 2008).

1.3 Diretrizes e programas de saúde bucal no Brasil

O Ministério da Saúde, em 2004, publicou as *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*, onde apresentou as diretrizes para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS. Tais diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado. Dentro desta proposta, tem-se a ampliação e qualificação da atenção básica, na qual, a prevenção e controle do câncer bucal estão inseridos.

Assim, de acordo com este documento, compete à atenção básica o desenvolvimento das seguintes diretrizes: a) Realizar rotineiramente exames preventivos para a detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se um laboratório de referência para o exame patológico com agilidade e rapidez; b) Oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa) seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas (por exemplo: vacinação de idosos); c) Acompanhar casos suspeitos e confirmados através da definição e, se necessário, criação de um serviço de referência, garantindo-se o tratamento e reabilitação (Brasil, 2004c).

O Ministério da Saúde, também em 2004, lançou o programa *Brasil Sorridente: a saúde bucal levada a sério*. Entre as principais linhas de ação, deste programa, está a implantação de centros de referência denominados de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Esses são estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como serviço especializado de Odontologia (Brasil, 2004a). A portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, estabelece que todo CEO deve realizar, dentre o elenco mínimo de atividades estabelecido, atendimento em estomatologia com ênfase no diagnóstico de câncer bucal (Brasil, 2006a).

A Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais, em 2006, publicou a *Linha-guia de Atenção em Saúde Bucal*. Este documento toma como importantíssimo o aumento do acesso da população adulta e idosa à atenção primária em saúde bucal, no intuito de incentivar a prevenção e o diagnóstico precoce, tanto do câncer, como de outras lesões dos tecidos moles bucais (SES/MG, 2006).

O Ministério da Saúde, em 2006, publicou os *Cadernos da Atenção Básica* (CAB), sendo o de nº 17, relativo à saúde bucal. Essa publicação reforça a obrigatoriedade do atendimento em estomatologia com ênfase no diagnóstico de câncer bucal, no âmbito do CEO, contudo, ressalta que os cirurgiões dentistas deveriam esforçar-se em procurar realizar o diagnóstico precoce de doenças bucais nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Ainda nesta publicação, são ressaltados alguns tipos de lesões pelo seu potencial de malignização, sendo estas: leucoplasias, queilose actínica e líquen plano, na sua forma erosiva ou ulcerada (Brasil, 2006b).

1.4 Lesões brancas em mucosa bucal

As lesões bucais supracitadas fazem parte de um amplo e variado grupo denominado de lesões brancas (Coleman e Nelson, 1996), as quais podem ter comportamento benigno ou maligno, representando algumas vezes manifestações de doenças sistêmicas, infecciosas ou mesmo neoplásicas (Epstein e Gorsky, 1999). Segundo Messadi *et al.*, (2003), as lesões brancas são frequentemente encontradas no exame da cavidade oral, contudo, os valores de prevalência só foram encontrados individualmente, assim, serão apresentados os dados referentes às três lesões já mencionadas. A Leucoplasia é considerada a lesão cancerizável mais freqüente da cavidade bucal (Bouquot e Gorlin, 1986), em torno de 4 a 6% dos casos evoluem para carcinoma (Fernandes e Crivelini, 2004), acometendo 0,1 a 5% da população (Ramos-e-Silva e Fernandes, 2001; Mishra *et al.*, 2005), com média de prevalência de 2,63 em estudos com um mínimo de 1000 pacientes (Gabriel *et al.*, 2008). A Queilite Actínica é uma lesão potencialmente maligna que afeta o lábio quando há exposição prolongada ao sol. Não foram encontrados dados de

prevalência para população em geral, porém, Corso *et al.* (2006), encontraram uma prevalência de 0,45% (11) em 2.432 prontuários de pacientes da Clínica de Estomatologia da Universidade Católica do Paraná. Também, não há uma estimativa precisa sobre a transformação maligna desta lesão, mas calcula-se que ela esteja entre 18% e 20% (Martins *et al.*, 2007). As lesões orais do Líquen Plano apresentam uma prevalência estimada, na população mundial, 0,02 a 1,2% (Huber, 2004; Martins *et al.*, 2008).

1.5 Câncer bucal e diagnóstico precoce

Diante da diversidade de lesões brancas, o diagnóstico preciso é muito importante, pois conforme Epstein e Gorsky (1999), a inclusão de diferentes possibilidades diagnósticas e a ciência do risco de transformação maligna exige do profissional da saúde um acompanhamento de perto, e tratamento adequado para diagnosticar precocemente o câncer oral.

Um dos passos mais importantes para o diagnóstico do câncer de boca é uma boa anamnese seguida de um correto e completo exame da cavidade bucal na primeira consulta e nas consultas de urgência. O CD deve realizar o exame clínico extra-bucal (exame da face, regiões submandibular e submentoniana e articulação temporomandibular) e intra-bucal (exame de lábio, da língua, da gengiva, da mucosa jugal, do assoalho da boca, do palato duro e mole, da área retromolar ou de qualquer outra área não específica da boca), incluindo visualização e palpação, de forma a detectar anormalidades (Brasil, 2006b).

É necessária uma atuação cada vez maior da equipe de saúde no diagnóstico precoce, cabendo à mesma examinar, reconhecer e orientar o usuário com precisão e rapidez, não perdendo a oportunidade que se apresenta quando um indivíduo, por

qualquer motivo, acessa um serviço de saúde. Essa atuação deve envolver o CD, a equipe de saúde bucal e toda a equipe de saúde (SES/MG, 2006).

O câncer de boca é uma doença que pode ser prevenida de forma simples, desde que seja dada ênfase à promoção à saúde, ao aumento do acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce (Brasil, 2006b; SES/MG, 2006).

1.6 Exames complementares

Juntamente com o diagnóstico clínico do paciente, o profissional deve lançar mão de exames complementares, que como o próprio nome diz, se destinam a auxiliar os profissionais da área de saúde no estabelecimento de um diagnóstico correto (Caubi *et al.*, 2004).

O exame histológico das lesões brancas pode revelar uma larga variação de entidades histológicas, porém nem todas estão associadas com transformação maligna. O desafio, portanto, é identificar aquelas lesões que realmente tenham potencial maligno, e tratá-las como tal (Epstein e Gorsky, 1999).

A biópsia tradicional é um método seguro de diagnóstico, porém, é considerada traumática, por gerar grande ansiedade e medo nos pacientes envolvidos, e além de disso, alguns profissionais se sentem inseguros para a sua realização (Cardoso *et al.*, 2001; Gynther *et al.*, 2000).

Assim, uma interessante opção seria uso da citologia esfoliativa, no entanto, embora ela seja um procedimento simples, de baixo custo e comprovadamente eficaz como instrumento de diagnóstico em outras áreas da saúde, ainda é pouco difundida entre os profissionais de odontologia (Moraes *et al.*, 2008).

O Manual de Especialidades Odontológicas do Ministério da Saúde definiu que a biópsia e a citologia esfoliativa, com finalidade de auxílio no diagnóstico das

lesões bucais, podem ser realizadas na Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS), sendo a responsabilidade atribuída ao cirurgião dentista, desde que o mesmo se sinta capacitado. Nos casos em que haja impossibilidade de diagnóstico e/ou tratamento das mesmas, o usuário deverá ser encaminhado para o serviço de atenção secundária (Brasil, 2008).

1.7 A referência e contra-referência em diagnóstico bucal

O atendimento de referência para as lesões suspeitas de câncer, lesões com potencial de malignização, ou de outros agravos estomatológicos (de etiologia diversa) nos CEO não deve inviabilizar a realização destes procedimentos na UAPS (Brasil, 2006b).

O encaminhamento aos CEO deverá ser feito por meio de formulários de referência/contra-referência, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias. Os serviços municipais, estaduais ou de consórcios intermunicipais, sempre que possível, deverão formalizar o encaminhamento entre a UAPS e o CEO, criando formulários de referência e contra-referência (Brasil, 2006b).

A rede de referência em saúde bucal está aquém do ideal. A organização gradual de uma rede de atenção especializada em saúde bucal, a partir da proposta dos CEO, requer a elaboração de fluxos de encaminhamento, de forma a garantir-se encaminhamentos corretos (SES/MG, 2006).

De acordo com a Linha-guia de Atenção em Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde, o encaminhamento dos usuários para a atenção especializada pode ser feito de duas formas:

PARA REFERÊNCIA: o profissional da atenção especializada irá se responsabilizar pela realização do procedimento especializado necessário. Deve ser feita através de

formulário no qual o profissional da Unidade de Saúde irá explicitar o motivo do encaminhamento e outras informações pertinentes.

PARA INTERCONSULTA: o usuário está sob responsabilidade do CD da atenção primária, mas é encaminhado ao profissional da atenção especializada para discussão técnica do caso e esclarecimento de dúvidas a respeito de diagnóstico ou tratamento. A interconsulta pode ser feita também através do envio de exames para análise do profissional da atenção especializada.

A contra-referência é feita de uma única forma:

PLANO DE CUIDADO: corresponde à contra-referência da atenção e deve ser encaminhado através de formulário. O acompanhamento dos usuários que retornam do tratamento especializado é de competência do CD da Unidade de Saúde, sendo essencial que o profissional especializado envie um Plano de Cuidado ao profissional da atenção primária, que deve conter, no mínimo: qual o trabalho realizado; qual o prognóstico; com que freqüência o usuário deve ser examinado pelo profissional da atenção primária, o que deve ser avaliado nesses exames, e por quanto tempo ele deve ser acompanhado, além de outras orientações pertinentes ao caso.

Diante do que foi exposto, o objetivo deste trabalho é identificar as principais características sociodemográficas dos cirurgiões dentistas lotados nas unidades Atenção Primária à Saúde do serviço público de Montes Claros, Minas Gerais, bem como, verificar aspectos da conduta dos mesmos frente a Lesões Brancas em Mucosa Bucal e determinar as condições no serviço para a realização de procedimentos estomatológicos.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Avaliar aspectos relacionados à atuação de cirurgiões dentistas da Atenção Primária à Saúde do serviço público de Montes Claros, Minas Gerais, frente a Lesões Brancas em Mucosa Bucal.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as principais características sócio-demográficas destes profissionais.
- Verificar a conduta dos mesmos frente às lesões brancas em mucosa bucal.
- Determinar, sob o ponto de vista destes profissionais, as condições no serviço para a realização de procedimentos estomatológicos.

3 Metodologia

O capítulo de “*Metodologia*” apresenta-se suprimido aqui, pois a presente dissertação foi confeccionada com a inserção de artigos científicos. Os aspectos metodológicos encontram-se nos próprios artigos científicos.

O 1º artigo intitula-se: “*Validação de questionário para avaliar conduta frente a lesões brancas orais*”.

O 2º artigo intitula-se: “*Cirurgiões dentistas de um serviço público municipal frente a lesões brancas em mucosa bucal*”.

4 Resultados

4.1 Artigo científico 1

Validação de questionário para avaliar conduta frente a lesões brancas orais

Validity of questionnaire to value conduct in front of white oral lesions

Resumo

O objetivo deste trabalho foi validar um questionário para avaliação da conduta de cirurgiões-dentistas frente às lesões brancas de mucosa bucal nas unidades de atenção primária do município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. O instrumento possui 34 questões abrangendo dados sócio-situacionais do profissional, conhecimento do mesmo a respeito das lesões, conduta e estrutura dos serviços de saúde. Este foi validado pela metodologia de teste-reteste e submetido ao teste estatístico *Kappa*. O questionário proposto demonstrou confiabilidade e reprodutibilidade, devido à concordância estatisticamente significativa entre todas as questões nele contidas.

Palavras-chave: Lesões brancas orais; validação; questionário; atenção primária.

Abstract

The aim of this study was to validate a questionnaire to study the dentists' conduct of the units of primary care of Montes Claros city, Minas Gerais state, Brazil, in front of white oral lesions. The instrument has 34 questions covering professionals' socioeconomic factors, knowledge, conduct and health services' structure. This was validate by test-retest methodology and was submitted to Kappa statistical test. The present questionnaire showed reliability and reproducibility due to statistical significant concordance among every the presented questions.

Key words: White oral lesions; validation; questionnaire; primary care.

Introdução

A atenção primária em saúde é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, com atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a ação fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (13).

Entre as linhas de ação nacionais na área de Odontologia estão: a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (2); o estímulo à prevenção do câncer bucal, com ênfase no diagnóstico precoce sobretudo na atenção primária (3); e a construção de um mecanismo de referência e contra-referência entre as unidades de atenção primária e os serviços especializados (11).

A portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, estabelece que o CEO deve oferecer, dentre o elenco mínimo de atividades estabelecido, atendimento em Estomatologia com ênfase no diagnóstico de câncer bucal (2). No exame devem ser considerados alguns tipos de lesões que podem ser câncer bucal ou lesões com potencial de malignização como leucoplasias, queilite actínica e líquen plano (3). Tais lesões são incluídas em um amplo e variado grupo denominado de lesões brancas (6), sendo que essas são freqüentemente encontradas durante o exame da cavidade bucal (7).

No Brasil, cerca de 60% dos usuários chegam aos serviços de referência com o câncer bucal já em fase avançada, e a falta de diagnóstico precoce em processos patológicos bucais é conseqüência de uma conjugação de fatores, entre eles o despreparo dos profissionais da saúde em relação à detecção dos achados pertinentes (11).

Diante do exposto, teve-se o interesse de se pesquisar a conduta dos cirurgiões-dentistas, das unidades de atenção primária, frente às lesões brancas de mucosa bucal. Para tanto, foi construído um instrumento de coleta de dados exclusivamente com este fim. O objetivo deste trabalho é, portanto, apresentar o processo de validação desse instrumento.

Material e método

Este artigo trata da validação de um instrumento para avaliar aspectos referentes à conduta dos cirurgiões-dentistas das unidades de atenção primária de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, frente às lesões brancas de mucosa bucal, em março de 2008. Foi feita uma análise prospectiva, com abordagem do tipo teste-reteste (8), sendo a população obtida a partir dos registros da secretaria municipal de saúde.

O instrumento é um questionário, auto-aplicável, que consta de 34 campos abrangendo 4 dimensões de interesse envolvendo: dados sócio-situacionais do cirurgião-dentista; conhecimento do mesmo a respeito de lesões brancas de mucosa bucal; conduta desses profissionais frente a estas lesões; habilidades técnicas de manejo e apoio logístico do serviço incluindo a coleta de material e solicitação de exames laboratoriais, além do processo de além do processo de referência e contra-referência.

Para adequação e validação do instrumento foi realizado um estudo piloto numa amostra de aproximadamente 10% dos 82 cirurgiões-dentistas da atenção primária do município de Montes Claros com uma margem de segurança de aproximadamente 20%, considerando-se eventuais perdas. Assim, o piloto foi realizado com dez profissionais da atenção primária, selecionados através de amostragem aleatória simples. O questionário foi aplicado por 2 vezes consecutivas

resguardando um intervalo de 15 dias entre as aplicações. Foi realizada uma avaliação semântica e um teste de reprodutibilidade/confiabilidade para comparar a concordância intra-examinados. Para aplicação do teste, as respostas de cada questão foram dicotomizadas.

Os dados obtidos foram pareados e inseridos no programa SPSS 11.0 para Windows (Chicago, Illinois, EUA) e submetidos à estatística descritiva. O teste estatístico de escolha foi o *Kappa* (*K*), aplicado a quase todas as variáveis excetuando-se as de conhecimento, as quais não se recomendam este tipo de tratamento estatístico, uma vez que os pesquisados tendem a procurar sanar dúvidas que tiveram após a primeira aplicação podendo vir a interferir na replicação do instrumento. Para validar o seguinte instrumento um nível de significância (α) de 5% foi estabelecido ($p \leq 0,05$) sendo seus dados interpretados de acordo com os escores abaixo (Tabela I), baseados na proposta de Landis e Koch (10).

Tabela I. Escores para estatística K baseados na proposta sugerida por Landis e Koch, 1977.

| <i>Valor de kappa</i> | <i>Concordância</i> |
|-----------------------|---------------------|
| 0 – 0,20 | Pobre |
| 0,21 – 0,40 | Considerável |
| 0,41 – 0,60 | Moderada |
| 0,61 – 0,80 | Substancial |
| 0,81 – 1 | Excelente |

Os preceitos éticos determinados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde nortearam o presente trabalho. Este ainda foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, tendo recebido um parecer favorável (916/2007) para sua execução.

Resultados

Após análise descritiva do público alvo amostral, observou-se que 60% dos cirurgiões-dentistas avaliados eram do gênero feminino, com faixa etária mais prevalente entre 30 a 39 anos (50%), graduada em sua maioria do ano de 2001 a 2005 (50%) e com alguma pós-graduação na área de Saúde Coletiva (50%).

Para adequação e validação do instrumento foi realizado um estudo piloto numa amostra de dez cirurgiões-dentistas da atenção primária do município de Montes Claros. O reteste do questionário foi aplicado após um período de 15 dias com os mesmos profissionais participantes para verificação do grau de concordância das suas respostas com o instrumento previamente aplicado. Foi efetuada, então, uma avaliação semântica baseada no teste estatístico *Kappa*, para verificação da reprodutibilidade e confiabilidade do questionário.

Todas as variáveis (questões) examinadas mostraram graus de concordância *Kappa* satisfatórios, com resultados de concordância variando entre substancial e excelente, de acordo com a proposta de Landis e Koch (10) (Tabela I). O seguinte instrumento apresentou um intervalo de confiança acima de 95% em todas as variáveis em análise, com nível de significância (α) de 5% expressado através do *valor p* sempre inferior a 0,05 (Tabela II).

As questões 17, 18, 20, 21, 22 e 29 apresentaram como resposta um valor constante para todos os examinados, indicando concordância total, não sendo necessário, portanto, realizar o teste *Kappa* (Tabela II). Como já foi dito, as questões referentes ao conhecimento do cirurgião-dentista a respeito de lesões brancas de mucosa bucal (9-13), não sofreram tal tratamento estatístico.

Tabela II. Teste *Kappa* para validação de instrumento de coleta de dados junto aos cirurgiões-dentistas referente a dados sócio-situacionais, conduta dos mesmos com relação às lesões brancas em mucosa bucal e apoio logístico no local de assistência.

| Variáveis | Kappa | Valor p |
|--|-----------|-----------|
| Dados sócio-situacionais | | |
| 1 – Gênero | 1,00 | < 0,002 |
| 2 - Ano de formatura | 1,00 | < 0,002 |
| 3 - Estado civil | 1,00 | < 0,002 |
| 4 - Instituição de graduação | 1,00 | < 0,002 |
| 5 - Maior titulação | 1,00 | < 0,002 |
| 6 - Vínculo empregatício | 1,00 | < 0,002 |
| 7 - Local de trabalho | 1,00 | < 0,002 |
| 8 - Carga horária de trabalho | 1,00 | < 0,002 |
| Conduta do cirurgião-dentista | | |
| 14 - Com que frequência você encontra <i>lbmb</i> * no serviço de atenção primária? | 1,00 | < 0,002 |
| 15 - Você registraria as <i>lbmb</i> no prontuário? | 1,00 | < 0,002 |
| 16 - Você investiga as <i>lbmb</i> ? | 1,00 | < 0,002 |
| 17 - Você registra as <i>lbmb</i> , caso as investigue? | Constante | Constante |
| 18 - Você procura fazer o diagnóstico clínico das <i>lbmb</i> ? | Constante | Constante |
| 19 - Você já realizou biópsia ou esfregaço das <i>lbmb</i> no serviço em que trabalha? | 1,00 | < 0,002 |
| 20 - Se necessário, você encaminharia para... | Constante | Constante |
| 21 - Como você encaminharia esses pacientes? | Constante | Constante |
| 22 - Você prestaria esclarecimentos? Como? | Constante | Constante |
| 23 - Conduta terapêutica... | 0,80 | < 0,01 |
| Apoio logístico e habilidades técnicas | | |
| 24 - Você já fez capacitação em diagnóstico bucal? | 1,00 | < 0,002 |
| 25 - Julga-se apto a fazer diagnóstico diferencial para as <i>lbmb</i> ? | 0,62 | < 0,035 |
| 26 – É possível fazer esfregaço/biópsia no serviço? | 0,74 | < 0,016 |
| 27 - Se fosse possível, você realizaria esses procedimentos? | 0,62 | < 0,035 |
| 28 - Se não fosse possível realizar estes procedimentos, os motivos seriam? | 1,00 | < 0,002 |
| 29 - Encaminhamento para exame histopatológico | Constante | Constante |
| 30 - Tempo para receber exame histopatológico | 0,62 | < 0,035 |
| 31 - Os exames histopatológicos são entregues diretamente ao profissional ou ao usuário? | 1,00 | < 0,002 |
| 32 - Como a contra-referência é feita? | 0,62 | < 0,035 |
| 33 - Nos laudos histopatológicos constam quais dados? | 0,78 | < 0,011 |
| 34 - Como é a referência e contra-referência... | 1,00 | < 0,002 |

**Lbmb* – lesões brancas de mucosa bucal

Discussão

Lesões brancas são freqüentemente encontradas durante o exame da cavidade oral. Estas podem ter comportamento benigno ou maligno, representando algumas vezes manifestações de doenças sistêmicas, infecciosas ou mesmo neoplásicas. A inclusão de diferentes possibilidades diagnósticas e a ciência do risco de transformação maligna exigem do cirurgião-dentista um acompanhamento de perto, além de conduta adequada para diagnosticar precocemente o câncer oral (7).

Bouquot & Gorlin (1) realizaram um estudo sobre a ocorrência de lesões brancas bucais. As lesões ceratóticas representaram cerca de 21% de todas as lesões da mucosa oral, sendo a leucoplasia bucal a lesão mais comum. A prevalência de lesões leucoplásicas era de 2,89% entre os pacientes e era duas vezes mais prevalente em homens do que em mulheres. As avaliações histopatológicas das lesões demonstraram que aproximadamente 7% das leucoplasias exibiram quadros de carcinoma *in situ* e atipia epitelial severa.

Dessa forma, a avaliação clínica precoce dessas lesões e suas avaliações microscópicas são prioritárias. Identificar quais lesões apresentam uma maior probabilidade de transformação maligna e qual seria o tempo médio exigido para a ocorrência dessa transformação são, na prática, muito difíceis de se prever. Por isso, a ação preventiva ainda é a melhor maneira de impedir a progressão de algumas dessas lesões para o câncer bucal (12, 9).

A avaliação estomatológica no CEO não deve invalidar os esforços dos profissionais para o diagnóstico precoce de doenças bucais nas unidades básicas de saúde (2,3). As afecções das mucosas bucais são de alta freqüência e de interesse incontestável dos cirurgiões-dentistas. Os serviços públicos devem formalizar o encaminhamento entre as unidades básicas de saúde e os centros de

especialidades odontológicas, criando estratégias efetivas de referência e contra-referência.

O instrumento de escolha para o presente estudo foi o questionário devido a sua versatilidade, sua capacidade de manter o anonimato dos sujeitos e de assegurar maior liberdade para se expressar opiniões. Além disso, este se configura num instrumento rápido e de baixo custo para se coletarem dados. O teste estatístico *Kappa (K)*, desde a sua introdução por Cohen em 1960, vem medindo a confiabilidade com sucesso entre avaliadores, corrigindo-se o acaso. Tal procedimento estatístico realizado nesse estudo é, pois, adequado para avaliar a confiabilidade de variáveis categóricas e nominais (5).

A relevância da validação desse instrumento que aborde tal temática se justifica na escassez de material semelhante na literatura com tal enfoque e pela necessidade de se conhecer o perfil dos cirurgiões-dentistas na atenção primária frente às lesões brancas bucais. Os dados obtidos por tal instrumento poderão ser utilizados como subsídio, pelos gestores municipais, na ampliação dos serviços de prevenção, no diagnóstico precoce de câncer bucal, na organização da referência e contra-referência e no planejamento de temáticas para educação permanente. Esta última justificativa é respaldada pela Norma Operacional Básica de 1996 (3) que dá abertura aos municípios para o planejamento de suas ações de saúde, de acordo com sua realidade local.

Conclusão

O instrumento proposto para avaliação da conduta de cirurgiões-dentistas da atenção primária frente a lesões brancas orais, em Montes Claros, mostrou confiabilidade/reprodutibilidade, em todas as suas variáveis, de acordo com a metodologia empregada nesse estudo.

Referências

1. BOUQUOT, J. E.; GORLIN, R. J. Leukoplakia, lichen planus and other oral keratoses in 23.616 white Americans over the age of 35 years. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology* , v. 61, n. 4, p. 373-381, 1986.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006 - Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília, 2006.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos da Atenção Básica (CAB) - n.17 - Saúde Bucal. Brasília, 2006.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004.
5. CAMPOS, M. R. et al. Consistência entre fontes de dados e confiabilidade inter-observador do estudo da morbi-mortalidade e atenção peri e neonatal no município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*; v.20, n.1, p. 534-543, 2004.
6. COLEMAN, G. C.; NELSON, J. F. Princípios de diagnóstico bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, p. 187-201.
7. EPSTEIN, J. B.; GORSKY, M. Topical application of vitamina A to oral Leukoplakia: A clinical cases series. *Cancer*, v. 86, n. 6, p. 921-927, 1999.
8. GRIEP, R.H., CHOR, D.,FAERSTEIN, E. *et al.* Confiabilidade do teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, p. 379-85, 2003.
9. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa de incidência de câncer no Brasil para 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>> Acesso em 04/04/2008.
10. LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, v. 33, p. 159-174, 1977.
11. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Superintendência de atenção à saúde. Diretoria de normalização de atenção à saúde. Coordenação Estadual de Saúde Bucal. Linha guia de saúde bucal. Belo Horizonte, 2006.
12. RAMOS-E-SILVA, M., FERNANDES, N.C. Afecções das mucosas e semi-mucosas. *Jornal Brasileiro de Medicina* v. 80, n. 3, p. 50-66, 2001.
13. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

4.2 Artigo científico 2

Dentistas de um serviço público municipal frente a lesões brancas em mucosa bucal

Public service' dentist in front of oral white lesions

Resumo

O objetivo deste trabalho foi identificar as principais características sociodemográficas dos cirurgiões dentistas lotados nas unidades Atenção Primária à Saúde do serviço público de Montes Claros, Minas Gerais, bem como, verificar aspectos da conduta dos mesmos frente a Lesões Brancas em Mucosa Bucal (LBMB) e determinar as condições no serviço para a realização de procedimentos estomatológicos. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, com aprovação ética, realizado em 2008 com 80 cirurgiões dentistas. Utilizou-se um questionário autoaplicável previamente validado. As análises estatísticas contaram com os testes *t-student*, *Qui-quadrado* e *Likelihood ratio* realizados no programa SPSS®, considerando um $p \leq 0,05$. Dentre os resultados obtidos, 57,5% dos pesquisados eram do sexo feminino. Apenas 22,5% dos pesquisados já havia realizado biópsia/esfregaço no seu local de trabalho, a maioria delas feita pelos profissionais lotados em equipes de Saúde da Família ($p \leq 0,05$). A maioria dos pesquisados (65,0%) considerou que faltam recursos para realização de biópsia/esfregaço no seu local de serviço. Concluiu-se que a maioria dos pesquisados é do sexo feminino, corroborando com a tendência de feminização da odontologia encontrada na literatura especializada. Em concordância com dados da literatura científica, a biópsia é um procedimento pouco usual nesta classe. Há uma incongruência no serviço de referência, uma vez que a maioria dos pesquisados encaminha o usuário à clínica de estomatologia da Unimontes, mesmo havendo no município, um CEO, que é o local de referência em diagnóstico bucal no serviço público.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, saúde pública, lesões brancas orais.

Abstract

The aim of this study was to describe the dentists' social-demographic features workers at units Primary Health Care of the public service of Montes Claros, Minas Gerais, as well as, to verify aspects of the conduct them in front of oral white lesions in mucosa and to determine the workplace conditions for perform stomatological investigation proceedings. It is a transverse study, descriptive and analytical, ethically approved, accomplished in 2008 with 80 dentists. It's applied a solemnity-applicable questionnaire, previously validated. The analyses were accomplished through the statistical tests t-student, chi-square and Likelihood ratio using the program SPSS® considering $p \leq 0.05$. Among the outcome, 57.5% of participants were females. Only 22.5% of participants had ever performed biopsy at their workplaces, the most of them by Family Health workers ($p \leq 0.05$). The majority of the participants (65.0%) has been considering like limited-appeal for perform biopsy in workplace. Was concluded that majority of the participants were females, corroborating with the feminization tendency found in the specialized literature. In according to scientific research, the biopsy is not usual performed by dentists. Same having a Center of Dental Specialty in the municipal district, most of participants directs the user to Unimontes' stomatological clinic.

Key-words: Primary Health Care, public health, oral white lesions.

Introdução

O modelo médico apoiado na história natural das doenças e epidemiologia do risco individual, a partir de 1970, começou a apresentar sinais de esgotamento. A eficácia e eficiência social do modelo médico, sobretudo nos países em desenvolvimento, passaram a ser fortemente questionadas (Marques e col, 2002).

A Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, representou um marco nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental. No Brasil, o referencial proposto nesta conferência inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde, no início dos anos 80 (Gil, 2006).

Em 1988, a Constituição Federal brasileira promulgou o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios doutrinários são: Universalidade, Eqüidade e Integralidade (Araújo e Dimenstein, 2006). O SUS é um processo social em construção permanente (Oliveira e col, 2007), sendo que, ao longo dos anos, vários modelos de atenção à saúde no país foram estabelecidos, resultando em inegáveis transformações (Araújo e Dimenstein, 2006).

Na década de 1990 teve início a implementação da estratégia Saúde da Família que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS, com vistas a reorientar o modelo assistencial a partir da Atenção Primária em direção à Promoção da Saúde (Alves, 2005; Araújo e Dimenstein, 2006; Barbosa e col, 2007). Esta proposta visou romper o modelo assistencial de saúde hegemônico, caracterizado pela assistência à doença, a prática técnico-biologicista, o individualismo e a baixa resolubilidade que geram insatisfação nos usuários dos serviços públicos de saúde (Barbosa e col, 2007).

Em 2000, foi criado o incentivo de saúde bucal pelo Ministério da Saúde, que propiciou a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na estratégia Saúde da Família. Com este acontecimento, a integralidade dos cuidados, passo importante na observância dos princípios do SUS, pôde ser praticada (Araújo e Dimenstein, 2006; Barbosa e col, 2007).

Em 2004, o governo federal criou o Programa Brasil Sorridente, que reúne uma série de ações em saúde bucal, voltadas para cidadãos de todas as idades. Entre as principais linhas de ação, está a implantação de centros de referência, denominados de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Esses são estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como serviço especializado de Odontologia (Brasil sorridente, 2006). A avaliação estomatológica no CEO não deve invalidar os esforços dos cirurgiões dentistas para o diagnóstico precoce de doenças bucais na Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS). No exame devem ser consideradas as lesões que podem ser câncer bucal ou as com potencial de malignização, como leucoplasias, queilose actínica e líquen plano na forma erosiva ou ulcerada (Brasil cab, 2006). Tais lesões são incluídas em um amplo e variado grupo denominado de lesões brancas (Coleman e Nelson, 1996).

O objetivo deste trabalho foi identificar as principais características sociodemográficas dos cirurgiões dentistas lotados nas unidades Atenção Primária à Saúde do serviço público de Montes Claros, Minas Gerais, bem como, verificar aspectos da conduta dos mesmos frente a Lesões Brancas em Mucosa Bucal (LBMB) e determinar as condições no local de trabalho para a realização de procedimentos estomatológicos.

Material e Método

Essa pesquisa foi realizada em 2008 com cirurgiões dentistas em atividade nas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS), especificamente, os profissionais lotados em Equipes de Saúde da Família (ESF) e em UAPS tradicionais, mais conhecidas como Centros de Saúde (CS), da cidade de Montes Claros, Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), tendo sido conduzido de acordo com os preceitos determinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

A pesquisa teve o propósito de ser censitária, ou seja, de trabalhar com o universo de sujeitos. A participação foi voluntária com aceitação formal através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Previamente, todos os pesquisados foram informados sobre os objetivos do estudo, ocasião em que lhes foi garantido o anonimato e a possibilidade de desistência.

Os dados foram coletados utilizando um questionário auto-aplicável, construído pelo próprio pesquisador. O questionário foi previamente validado em sua confiabilidade/reprodutibilidade utilizando a metodologia do teste/reteste, com aplicação em dois momentos distintos para 10 cirurgiões dentistas. Os resultados foram submetidos ao teste estatístico *Kappa*, alcançando índices satisfatórios ($p \leq 0,05$) em todas as suas variáveis.

Nesse estudo foram utilizadas 17 variáveis, sendo definida como variável dependente, aquela referente ao local de trabalho, que possuía duas opções: em ESF ou em CS. As 18 variáveis restantes (explanatórias) são referentes: ao *Perfil* (sexo, idade, estado civil, tempo de formado, titulação, residência em Saúde da Família e vínculo trabalhista); à *Prática e conduta no serviço* (frequência das lesões

brancas em mucosa bucal, registro das informações no prontuário, diagnóstico clínico, informações ao usuário e se já fez biópsia/esfregaço); e ao *Apoio logístico no serviço* (capacitação em diagnóstico bucal, possibilidade de realizar biópsia/esfregaço, condições para realizar biópsia/esfregaço e encaminhamento de usuários).

Os resultados das variáveis explanatórias foram dicotomizadas em relação à variável dependente, com a qual foram calculados os índices de associação. A tabulação dos dados e as análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Package for Social Sciences - SPSS®* versão 11.0 para Windows. A discussão dos resultados foi baseada nos índices de associação encontrados nos testes *t-student* (para idade e tempo de formado), *Qui-quadrado* (para as demais variáveis) e *Likelihood ratio* como alternativo para os casos onde o Qui-quadrado não é indicado, isto é, nos casos com mais de 25% de caselas, com valores esperados, menores que cinco. Considerou-se um nível de significância $p \leq 0,05$.

Resultados e discussão

A população final foi de 80 cirurgiões dentistas, correspondendo à 94% da população inicialmente prevista. Tiveram-se cinco perdas, sendo três referentes à recusa em participar da pesquisa, uma por Licença Sem Vencimento, e uma por não ter sido possível recuperar o questionário. A variável dependente, referente ao local de trabalho, demonstrou que 58,8% (47) dos cirurgiões dentistas trabalhavam em ESF e 41,2% (33) em CS.

A estratégia Saúde da Família tem se constituído numa fonte de emprego em expansão para o cirurgião dentista no Brasil (Araújo e Dimenstein, 2006). De dezembro de 2002 a agosto de 2008 foram implementadas 13.088 novas Equipes de Saúde Bucal (ESB) dentro da Estratégia Saúde da Família, correspondendo a um

aumento de 300% (Brasil 20anos, 2008). Porém, é importante salientar que o registro da implantação de uma nova equipe de Saúde Bucal no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) não significou necessariamente abertura de novos postos de trabalho para cirurgiões dentistas, pois, em muitos casos, implicou em apenas aumento de carga horária para os já contratados (Chaves e Miranda, 2008).

Os resultados das variáveis explanatórias foram associados à variável dependente conforme apresentado na Tabela 1.

Em relação ao sexo houve prevalência do feminino representado por 57,5% (46) dos participantes. Esse dado é compatível com a literatura, que apresenta uma progressiva feminização na profissão odontológica (Araújo e Dimenstein, 2006; Costa e col, 2007), representando um traço forte dessa carreira a partir da década de noventa e, especialmente, no setor público (Chaves e Silva, 2007), contudo, não houve diferença significativa ($p > 0,05$) em relação a variável dependente.

A idade mínima dos participantes foi de 24 anos e a máxima de 59 anos, com média igual a 37,2 ($\pm 10,2$) anos. A média de idade dos profissionais lotados em ESF (33,3 $\pm 9,1$) e a mediana (30,0) foram menores que a média (42,7 $\pm 9,2$) e a mediana (42,0) dos profissionais lotados em CS ($p=0,000$). Esses resultados aproximam dos valores encontrados na literatura, pois, há um predomínio de profissionais adultos-jovens, na região sudeste (Moysés, 2004), com idade entre 29 e 44 anos, e média de 33 anos (Chaves e Silva, 2007). A presença de profissionais jovens na Saúde da Família reforça os dados da literatura que apontam esta modalidade de atenção como oportunidade de emprego e inserção no mercado de trabalho (Araújo e Dimenstein, 2006; Chaves e Silva, 2007).

Em relação ao estado civil, a maior prevalência foi de casados, representando 58,8% (47) dos participantes. Nos profissionais lotados em ESF a proporção de solteiros (46,8%) foi a mais prevalente, e dentre os profissionais lotados em CS foi maior a proporção de casados (78,8%). Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,006$). A maior porcentagem de profissionais solteiros na Saúde da Família, provavelmente está relacionada com a menor idade dos profissionais, jovens recém-formados, que vêm nessa modalidade de atenção à saúde, a oportunidade de emprego.

Entre os participantes, o menor tempo de formado foi de 2 anos e o maior de 33 anos, sendo a média 13,4 ($\pm 9,8$) anos. A média de tempo de formado dos profissionais lotados em ESF (9,6 ± 9 anos) e a mediana (5,0) foram menores que a média (28,7 $\pm 8,4$ anos) e a mediana (20,0) dos lotados em CS ($p=0,000$). Os pesquisadores Araújo e Dimenstein (2006) encontraram entre os profissionais da Saúde da Família, um tempo de formado em torno de 5 anos, justificado, pela opção de emprego que esta modalidade de atenção representa para os recém-formados. As dificuldades de ingresso no mercado privado tornam o trabalho no setor público uma boa alternativa, ainda que provisória (Chaves e Silva, 2007).

Dentre os pesquisados, 58,75% (47) dos profissionais possuíam algum título de especialização, nas mais variadas áreas. Uma explicação plausível, é que muitos profissionais trabalham, concomitantemente, em clínicas particulares, e buscam especializações para se manterem competitivos no mercado (Santos e col, 2006; Chaves e Silva, 2007). Não obstante, a clínica geral é considerada uma prática de menor prestígio para os cirurgiões dentistas, e muitos deles procuram a especialização em busca de reconhecimento profissional (Unfer e col, 2004). Numa pesquisa, os autores Araújo e Dimenstein (2006) obtiveram uma taxa muito próxima

à desse estudo, eles encontraram 57,2% dos cirurgiões dentistas do serviço público com alguma especialização, sendo que o maior número dos profissionais sem pós-graduação se encontravam lotados em ESF, porém, aqui, essa associação não foi significativa ($p=0,271$).

Entre os pesquisados, 47,5% (38) estavam fazendo ou já tinham concluído um curso de residência. Este elevado número é consequência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família que ocorre no próprio serviço, em parceria com a Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. De fato, destes 38 profissionais, 92,1% (35) são provenientes da referida Residência e se encontram trabalhando em ESF. Assim, dos cirurgiões dentistas lotados em ESF, 74,5% (35) possuem Residência, proporção bem maior que a encontrada entre os profissionais lotados em CS, onde apenas 9,1% (3) deles possuem Residência ($p=0,000$).

Na população pesquisada, 40% (32) eram efetivos no serviço e 60% (48) contratados, isto é, possuíam vínculos de trabalho ditos precários. Entre os cirurgiões dentistas lotados em ESF, 83% (39) são contratados, ao contrário daqueles lotados nos CS, onde 72,7% (24) são efetivos. Estas diferentes proporções foram estatisticamente significativas ($p=0,000$). Nos profissionais lotados em ESF, prevalece a precarização das relações de trabalho, evidenciada pelas formas informais de vinculação, por meio de contratos temporários e com seleção por indicação (Araújo e Dimenstein, 2006).

As freqüências com que os cirurgiões dentista se deparam com usuários apresentando lesões brancas em mucosa bucal, no serviço, foram: 71,3% (57) encontram usuários com estas lesões em menos de uma vez ao ano; 21,2% (17) uma vez ao ano; e 7,5% (6) mais de uma vez ao ano. Esta variável apresentou comportamento semelhante entre os profissionais lotados em ESF e em CS, não

apresentando associação significativa ($p=0,224$). Estas taxas provavelmente são subestimadas em relação à realidade, pois, os pesquisadores Diamanti e col (2002) observaram que apenas 69% dos cirurgiões dentistas realizavam o exame clínico das mucosas. Foi referido que as lesões brancas são freqüentemente encontradas no exame da cavidade bucal (Messadi e col, 2003), contudo, a prevalência dessas lesões em termos gerais não foi encontrada. As taxas de prevalência disponíveis na literatura científica, referem-se às lesões de forma individual, como será apresentado nos três exemplos a seguir. A Leucoplasia é considerada a lesão cancerizável mais freqüente da cavidade bucal, em torno de 4 a 6% dos casos evoluem para carcinoma (Fernandes e Crivelini, 2004) e 0,1 a 5% da população é acometida (Ramos-e-Silva e Fernandes, 2001; Mishra e col, 2005), com média de prevalência de 2,63 em estudos com um mínimo de 1000 pacientes (Gabriel e col, 2008). A Queilite Actínica é uma lesão potencialmente maligna que afeta o lábio quando há exposição prolongada ao sol (Martins e col, 2007). Não foram encontrados dados de prevalência para população em geral, porém, ao analisar 2.432 prontuários da Clínica de Estomatologia da Universidade Católica do Paraná, os pesquisadores Corso e col (2006) encontraram uma prevalência de 0,45% para este tipo de lesão. Também, não há uma estimativa precisa sobre a transformação maligna desta lesão, mas calcula-se que ela esteja entre 18% e 20% (Martins e col, 2007). As lesões orais do Líquen Plano apresentam uma prevalência estimada, na população mundial, 0,02 a 1,2% (Huber, 2004; Martins e col, 2008).

Na questão que perguntava se os cirurgiões dentistas registrariam no prontuário odontológico do usuário, as informações referentes às lesões em mucosa bucal, os resultados indicaram que 77,5% (62) registrariam sempre, 17,5% (14) registrariam às vezes e 5% (4) nunca registrariam. Nessas duas últimas categorias,

todos pesquisados alegaram a falta de um prontuário específico para a estomatologia, como o principal motivo para o não registro das informações. Esta variável não apresentou diferenças proporcionais significativas ($p=0,922$) em relação à variável dependente. O prontuário odontológico é um importante meio para se conhecer a adequação clínica de diagnóstico, plano de tratamento, e a modalidade de terapia instituída, e seu correto preenchimento também possibilita a obtenção de dados epidemiológicos confiáveis (Costa e col, 2008). Nesta pesquisa, 22,5% dos cirurgiões dentistas nem sempre registram as informações sobre as alterações encontradas em mucosa bucal. Essa deficiência no preenchimento dos prontuários odontológicos pode subestimar ou até mesmo inviabilizar pesquisas que utilizem estes documentos. A negligência no preenchimento ou elaboração do prontuário é justificada como gasto de tempo e burocracia desnecessária, revelando, por parte dos profissionais, o desconhecimento das implicações éticas e legais que poderão comprometer o bom exercício da odontologia (Costa e col, 2008).

Apenas 45% (36) dos cirurgiões dentistas procurariam fazer o diagnóstico clínico para lesões em mucosa bucal, no local de trabalho, sendo que a maioria, 55% (44) prefere encaminhar o usuário direto ao serviço especializado. Dos cirurgiões dentistas lotados em ESF, 61,7% (29) procurariam fazer o diagnóstico clínico no local de trabalho, ao contrário disto, dos profissionais lotados em CS, 78,8% (26) prefeririam encaminhar o paciente ao direto ao serviço especializado. Estas proporções indicaram uma propensão significativamente maior ($p=0,000$), dos profissionais lotados em ESF, em estar realizando, no próprio local de trabalho, o diagnóstico clínico para lesões em mucosa bucal. Essa associação pode ser explicada, pelo menos em parte, pelo fato de vários cirurgiões dentistas lotados em ESF serem provenientes da Residência em Saúde da Família. Assim, além da

capacitação em diagnóstico bucal oferecido durante a residência, o contato com a Unimontes, que estimula o diagnóstico bucal e tem um serviço de referência já consolidado e muito difundido entre os acadêmicos, provavelmente influenciou para que estes profissionais se sentissem estimulados a realizar o diagnóstico para lesões bucais no próprio local de serviço.

Contudo, no geral, a porcentagem de profissionais, que procurariam realizar o diagnóstico clínico para lesões em mucosa bucal no seu local de serviço, foi baixa (45%). Há uma falta de interesse por parte de alguns profissionais em realizar alguns procedimentos, se preocupando apenas com restaurações e extrações (Araújo e Dimenstein, 2006). No Manual de Especialidades Odontológicas publicado, em 2008, pelo Ministério da Saúde, ficou definido que o diagnóstico das alterações bucais em tecidos moles e/ou duros deve ocorrer na Atenção Primária à Saúde, sendo de responsabilidade do cirurgião dentista (Brasil manual, 2008).

Quanto a prestar esclarecimentos aos usuários à respeito de lesões encontradas em mucosa bucal, 81,3% (65) informaram que sempre forneceriam tais esclarecimentos ao usuário, 16,2% (13) forneceriam esclarecimentos quando fossem solicitados e apenas 2,5% (2) informaram que nunca forneceriam tais esclarecimentos ao usuário. Esta variável não apresentou diferenças proporcionais significativas ($p=0,922$) em relação à variável dependente. Em contraponto aos altos índices de orientações encontrados, apresentamos os resultados de um estudo de Araújo e Dimenstein (2006), no qual, grande parte dos cirurgiões dentistas pesquisados tinham respondido que orientavam os pacientes, mas os autores verificaram que, as orientações eram realizadas de forma insuficiente para possibilitar a construção de conhecimentos novos.

A maioria dos pesquisados, 77,5% (62) dos profissionais, nunca havia realizado biópsia ou esfregaço no seu local de serviço. Além do percentual de profissionais que realizam estes procedimentos ser pequeno, eles se encontram quase todos lotados em ESF, logo, esta variável apresentou proporções com diferença significativa ($p=0,002$) em relação à variável dependente. O resultado obtido reforça os dados da literatura, onde encontra-se que, apesar de a biópsia ser um exame simples e de ampla aplicabilidade, é um procedimento pouco efetuado entre os cirurgiões dentistas que se sentem inseguros de realizá-lo (Barbosa e col, 2005). Em um estudo realizado por Diamanti e col (2002), 69% dos cirurgiões dentistas realizavam exame clínico das mucosas, todavia apenas 15% dos clínicos realizaram procedimentos de biópsia nos últimos 2 anos. Apesar do relato na literatura do pequeno número de biópsias realizado pelos cirurgiões dentistas, segundo Caubi e col (2004), ela é, dentre as diferentes provas de laboratório para o diagnóstico de processos estomatológicos, sem dúvida, um dos mais utilizados e precisos. Mas, ao contrário do que muitos pensam, a biópsia não é a única forma de diagnosticar as lesões da boca (Moraes e col, 2008), e neste sentido, poderia ser estimulada entre os profissionais, a realização de citologia esfoliativa, que, segundo Araújo e col (2003), é um procedimento que pode ser usado no diagnóstico de várias doenças bucais, inclusive como exame de rotina ambulatorial no caso de lesões suspeitas. As vantagens oferecidas por essa técnica são muitas: alta especificidade, alta sensibilidade, baixo custo, rapidez, facilidade de execução, dispensa da anestesia prévia e o menor desconforto para o paciente (Scheifele e col, 2004). Apesar ser menos eficaz para identificar o tipo de lesão presente, quando comparada biópsia cirúrgica, a citologia esfoliativa se apresenta como alternativa

nos locais de Atenção Primária à Saúde, sendo uma técnica barata, de fácil execução e amplo alcance social (Moraes e col, 2008).

Com relação à capacitação com ênfase em diagnóstico bucal nos últimos dois anos, 55% (44) fizeram capacitação através do próprio serviço, 10% (8) fizeram por conta própria e 35% (28) não fizeram capacitação. Os cirurgiões dentistas lotados em ESF foram os que mais receberam capacitação ($p=0,020$). Ao contrário dos resultados aqui encontrados, os pesquisadores Araújo e Dimenstein (2006) afirmaram que a participação em cursos de capacitação é menos prevalente nos cirurgiões dentistas lotados em ESF, pelo fato desses profissionais encararem a atividade que exercem como passageira, a qual não requer investimento do ponto de vista profissional, sendo necessário motivar e estimular esses profissionais à capacitação e educação permanente. Neste sentido, os resultados aqui encontrados, embora contrários, podem de certa forma ser explicados, justamente, pelo que recomenda o referido estudo, isto é, investimento para que os profissionais se sintam motivados à capacitação. O estímulo ocorrido nesse caso, foi a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, já mencionada anteriormente, que proporcionou além da capacitação, a oportunidade de ingresso no mercado de trabalho, uma vez que os residentes eram, também, contratados pelo serviço municipal de saúde.

Quanto à possibilidade de se realizar os procedimentos de biópsia/esfregaço no local de serviço, houve uma equivalência de opiniões contrárias, onde, 34 (42,5%) pesquisados afirmaram que sim e 32 (40%) afirmaram que não, sendo que 14 (17,5%) não souberam opinar. Como procedimentos de biópsia/esfregaço são, sabidamente, realizados nas clínicas médica e de enfermagem dentro de UAPS onde também funcionam os serviços de odontologia, a de se concordar com

Diamanti e col (2002), que dentre causas da baixa prevalência de biópsias realizadas por cirurgiões dentistas, figura o desconhecimento, por parte desses profissionais, a respeito dos materiais para se obter e acondicionar os espécimes biológicos. As diferentes proporções desta variável, em relação à variável dependente, foram estatisticamente significantes ($p=0,000$), e evidenciou que os cirurgiões dentistas lotados em ESF tiveram maior propensão em considerar que é possível realizar estes procedimentos no seu local de trabalho.

Em relação à opinião dos cirurgiões dentistas a respeito das condições oferecidas no local de serviço, para se realizar os procedimentos de biópsia/esfregaço, 8 (10%) profissionais consideraram as condições ideais, 52 (65%) consideraram que faltam recursos e 20 (25%) não souberam dizer. As principais alegações dos profissionais, referentes à incongruência de recursos, recaíram sobre a falta de materiais como bisturis, formalina, lâminas e frascos para coleta, a inexistência de formulário para encaminhamento do espécime, e o desconhecimento do local ou laboratório para encaminhamento do material coletado. Foi surpreendente que 25% dos profissionais, um quarto (1/4) da população pesquisada, não souberam opinar, revelando desconhecimento sobre condições do próprio local de trabalho para a realização dos procedimentos de biópsia/esfregaço. Como vimos anteriormente, o desconhecimento pelos cirurgiões dentista dos materiais utilizados para realizar a biópsia, influencia negativamente na quantidade procedimentos realizados, assim, analogamente, o desconhecimento por parte do profissional, a respeito das condições oferecidas no seu local serviço para realização de biópsia/esfregaço, provavelmente também contribui para que o mesmo não se sinta motivado a realizar tal procedimento. Muitas vezes o profissional deixa de realizar a biópsia por não ter acesso ao serviço de patologia para o qual possam encaminhar o

material coletado, ou mesmo, por o desconhecerem (Barbosa e col, 2005). Na forma como foi apresentada, em 3 categorias, essa variável apresentou diferenças proporcionais estatisticamente significantes ($p=0,001$) em relação à variável dependente. Apesar disso, a falta de recursos no local de serviço, foi percebida em proporções semelhantes, em torno de 60%, nas duas classes da variável dependente.

Em relação ao local de referência em estomatologia para encaminhamento dos usuários, os resultados revelaram que, 71,3% (57) dos cirurgiões dentistas encaminham para Unimontes, 26,2% (21) para o CEO e 2,5% (2) para serviços particulares. Como essa variável não apresentou proporções significativamente diferentes ($p=0,064$), em relação a variável dependente, sua análise será feita em termos gerais. A portaria nº 599/GM, de 23/03/2006 estabelece que todo CEO deva realizar, dentre o elenco mínimo de atividades estabelecido, atendimento em estomatologia (Brasil-599, 2006). Assim, tendo o município, um CEO, e este sendo a referência especializada (nível secundário) do serviço, para atendimento em estomatologia, seria de se esperar que as necessidades ocorridas na Atenção Primária, fossem referidas, em sua maioria, para este Centro. Como este não foi o resultado encontrado, algumas suspeitas foram aventadas: este serviço não é devidamente divulgado ou conhecido entre os cirurgiões dentistas; o acesso é mais difícil que em outros pontos de atenção; este serviço não funciona na prática; os profissionais confiam mais em outro serviço. No entanto, os dados disponíveis neste estudo não foram suficientes para fazer uma inferência consistente. De qualquer maneira, deve se ressaltar que, a avaliação estomatológica no CEO não deve invalidar os esforços dos cirurgiões dentistas para o diagnóstico precoce de doenças bucais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Brasil-CAB, 2006).

Conclusões

Os resultados alcançados nessa pesquisa com os cirurgiões dentistas da Atenção Primária do serviço público de saúde do município de Montes Claros/MG revelaram que:

A maioria é do sexo feminino, corroborando com a literatura quanto à tendência de feminização da odontologia;

Os profissionais mais jovens e com menor tempo de formado trabalham em ESF, reforçando que estratégia Saúde da Família vem se consolidando como uma grande empregadora de cirurgiões dentistas;

As relações de trabalho entre os pesquisados e o serviço público municipal são mantidas, de forma majoritária, por meio de vínculos precários, caracterizados por contratos temporários, sobretudo na estratégia Saúde da Família;

Mesmo trabalhando na Atenção Primária, há um número considerável de profissionais com título de especialização em alguma área da odontologia;

As lesões brancas em mucosa bucal são encontradas, na maioria das vezes, numa frequência de menos de uma vez ao ano, e a maioria dos pesquisados registraria as informações no prontuário odontológico e sempre prestaria esclarecimentos a respeito das mesmas ao usuário;

A maioria dos pesquisados preferiria nem tentar fazer o diagnóstico clínico das lesões brancas em mucosa bucal no local de serviço e sim encaminhar o usuário direto ao serviço especializado, principalmente quando se trata de profissionais lotados em Centros de Saúde;

Em concordância com dados da literatura científica, a biópsia é um procedimento pouco usual nesta classe. Como a biópsia tradicional ainda encontra resistência por parte de alguns cirurgiões dentistas, que se sentem inseguros, e por

parte do usuário, que além do desconforto físico a associa com processos malignos, uma alternativa seria o estímulo à realização de citologia esfoliativa, principalmente nos locais de Atenção Primária à Saúde;

É importante a criação de estratégias para educação permanente, ampliando a frequência e o alcance de capacitações, com ênfase no diagnóstico bucal em estomatologia, oferecidas pelo serviço aos cirurgiões dentistas;

É imperativo a melhoria das condições do local de trabalho e o desenvolvimento de mecanismos que favoreçam a utilização de biópsia e citologia esfoliativa como procedimentos de rotina na clínica odontológica;

Há uma incongruência no serviço de referência, uma vez que a maioria dos profissionais encaminha o usuário à clínica de estomatologia da Unimontes, mesmo havendo no município, um CEO, que é o local de referência em diagnóstico bucal no serviço público.

Referências

1. ALVES, V.S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev. 2005.
2. ARAÚJO, M.S.; SOUSA, S.C.O.M.; CORREIA, D. Avaliação do exame citopatológico como método para diagnosticar a paracoccidiodomicose crônica oral. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, v.36, n.3, p.427-430, 2003.
3. ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.1, p.219-227, 2006.
4. BARBOSA, A.A.A.; BRITO, E.W.G.; COSTA, I.C.C. Saúde bucal no psf, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. *Cienc Odontol Bras.*, v.10, n.3, p.53-60, 2007.
5. BARBOSA, R.P.S.; PAIVA, M.D.E.B.; RODRIGUES, T.L.C.; RODRIGUES, F.G. Valorizando a biópsia na clínica odontológica. *Arquivos em Odontologia*, v.41, n.4, p.318-328, 2005.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/brasil_sorridente.php> Acesso em: 20 jun. 2006.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 599 - #, de 23 de março de 2006. Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 mar. 2006.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos da Atenção Básica (CAB) - nº17 - Saúde Bucal. Brasília, DF, 2006.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. 1ª ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2008.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. SUS 20 anos: a saúde do tamanho do Brasil. Disponível em: <http://www.sus20anos.com.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=335%3Alula-e-temporao-entregam-premio-brasil-sorridente-&catid=28%3Anacionais&Itemid=34> Acesso em: 20 out. 2008.
11. CAUBI, A.F.; XAVIER, R.L.; FILHO, M.A.L.; CHALEGRE, J.F. Biópsia. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, v.4, n.1, p.39-46, 2004.
12. CHAVES, M.C.; MIRANDA, A.S. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.24, p.153-167, 2008.
13. CHAVES, S.C.L.; SILVA, L.M.V. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. Ciência & Saúde Coletiva, v.12, n.6, p.1697-1710, 2007.
14. COLEMAN, G.C.; NELSON, J.F. Princípios de Diagnóstico Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. cap.15, p.187-201.
15. CORSO, F.M.; WILD, C.; GOUVEIA, L.O.; RIBAS, M.I. Queilite Actínica: prevalência na clínica estomatológica da PUCPR, Curitiba, Brasil. Rev. de Clin. Pesq. Odontol., v.2, n.4, p.277-281, 2006.
16. COSTA, S.M.; BRAGA, S.L.; ABREU, M.H.N.G.; BONAN, P.R.F. Arquivamento das Radiografias nos Prontuários Odontológicos. Pesq Bras Odontoped Clin Integr., v.8, n.2, p.209-213, 2008.
17. COSTA, S.M.; DURÃES, S.J.A.; ABREU, M.H.N.G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1693> Acesso em: 20 out. 2008.

18. DIAMANTI, N.; DUXBURY, A.J.; ARIYARATNAM, S.; MACFARIANE, T.V. Attitudes to biopsy procedures in general dental practice. *Br. Dent. J.*, v.192, p.588-592, 2002.
19. FERNANDES, L.A.; CRIVELINI, M.M. Presença de *Candida* sp em leucoplasias da mucosa bucal. *Rev. Fac. Odontol. Lins, Piracicaba*, v.16, n.2, p.25-32, 2004.
20. GABRIEL, J.G.; CHERUBINI, K.; YURGEL, L.S.; FIGUEIREDO, M.A.S. Considerações gerais e abordagem clínica da leucoplasia oral. *Revista Brasileira de Patologia oral*. Disponível: < <http://www.patologiaoral.com.br/texto75.asp> > Acesso em: 03 maio de 2008.
21. GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.6, 2006.
22. HUBER, M.A. Oral lichen planus. *Quintessence Int.*, v.35, n.9, p.731-52, Oct. 2004.
23. MARQUES, M.S.; LOUREIRO, C.A.S.; PALMIER, A.C. Queremos dizer a mesma coisa quando falamos sobre promoção em saúde?. *Revista do CROMG, Belo Horizonte*, v.8, n.3, p.184-190, 2002.
24. MARTINS, H.P.R.; SOUZA, G.A.; RODRIGUES-NETO, E.; CASTRO, R.F.M. Líquen plano bucal. *RSBO*, v.5, n.2, p.64-68, 2008.
25. MARTINS, M.D.; MARQUES, L.O.; MARTINS, M.A.T; BUSSADORI, S.K.; FERNANDES, K.P.S. Queilite actínica: relato de caso clínico. *ConScientiae Saúde*, v.6, n.1, p.105-110, 2007.
26. MESSADI, D.V.; WAIBEL, J.S.; MIROWSKI, G.W. White lesions of the oral cavity. *Dermatol Clin*, v.21, p.63-78, 2003.
27. MISHRA, M.; MOHANTY, J.; SENGUPTA, S.; TRIPATHY, S. Epidemiological and clinicopathological study of oral leukoplakia. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, v.71, p.161-165, 2005.
28. MORAES, M.; ARANTES, S.B.; GUERRA, E.N.S.; MELO, N.S. Atlas virtual de citologia esfoliativa em lesões de boca. *Pesqui Odontol Brás*. Disponível em: < <http://www.unb.br/fs/citovirtual/artigo1.doc> > Acesso em: 23 maio 2008.
29. MOYSÉS S.J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Revista da ABENO*, v.4, n.1, p.30-37, 2004.
30. OLIVEIRA, I.F.; SILVA, F.L.; YAMAMOTO, O.H. A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? *Aletheia*, v.25, p.5-19, 2007.
31. RAMOS-e-SILVA, M.; FERNANDES, N.C. Afecções das mucosas e semi-mucosas. *Jornal Brasileiro de Medicina*, v.80, n.3, p.50-66, 2001.
32. SANTOS, A.M.; RODRIGUES, A.A.A.O.; SUZUKI, C.L.S.; MAGALHÃES, D.C.; BRANDÃO, P.T.J.; BATISTA, R.L.; FRÓES, T.C. Mercado de trabalho e a

formação dos estudantes de Odontologia: o paradigma da mudança. Rev.Saúde.Com, v.2, n.2, p.169-182, 2006.

33. SCHEIFELE, C.; SCHMIDT-WESTHAUSEN, A.M.; DIETRICH, T.; REICHARDT, P.A. The sensitivity and specificity of the OralCDx technique: evaluation of 103 cases. Oral Oncol, v.40, n.8, p.824-828, 2004.
34. UNFER, B.; RIGODANZO, L.; HAHN, D.; MANFREDINI, D.; RODRIGUES, E.; CAVALHEIRO, C.H. Expectativas dos acadêmicos de odontologia quanto a formação e futura profissão. Saúde, v.30, n.1-2, p.33-40, 2004.

Tabela 1: Análise univariada das características associadas ao vínculo de trabalho em *Equipe de Saúde da Família (ESF)* e *Centro de Saúde (CS)*, referentes à população de 80 cirurgiões dentistas da Atenção Primária do serviço público de saúde de Montes Claros-MG, em julho de 2008.

| <u>Variáveis</u> | | <u>ESF</u> <u>n (%)</u> | <u>CS</u> <u>n (%)</u> | <u>p-valor</u> |
|--|---------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------|
| <u>Sexo:</u> | Masculino | 16 (34) | 18 (54,5) | 0,068 Q |
| | Feminino | 31 (66) | 15 (45,5) | |
| <u>Idade (anos):</u> | Média | 33,3 | 42,7 | 0,000 T |
| | Desvio Padrão | 9,1 | 9,2 | |
| | Mediana | 30,0 | 42,0 | |
| <u>Estado civil:</u> | Solteiro | 22 (46,8) | 5 (15,2) | 0,006 L |
| | Casado | 21 (44,7) | 26 (78,8) | |
| | Separado/Divorciado/Viuvo | 4 (8,5) | 2 (6,1) | |
| <u>Tempo formado (anos):</u> | Média | 9,6 | 18,7 | 0,000 T |
| | Desvio Padrão | 9,0 | 8,4 | |
| | Mediana | 5,0 | 20,0 | |
| <u>Maior título:</u> | Graduação | 17 (36,2) | 16 (48,5) | 0,271 Q |
| | Especialização | 30 (63,8) | 17 (51,5) | |
| <u>Residência:</u> | Sim | 35 (74,5) | 3 (9,1) | 0,000 Q |
| | Não | 12 (25,5) | 30 (90,9) | |
| <u>Vínculo trabalhista:</u> | Efetivo | 8 (17,0) | 24 (72,7) | 0,000 Q |
| | Contrato | 39 (83,0) | 9 (27,3) | |
| <u>Frequência encontra LBMB:</u> | Menos 1 vez no ano | 31 (66,0) | 26 (78,8) | 0,224 L |
| | 1 vez no ano | 13 (27,7) | 4 (12,1) | |
| | Mais 1 vez no ano | 3(6,3) | 3 (9,1) | |
| <u>Registra informações:</u> | Sempre | 37 (78,7) | 25 (75,8) | 0,922 L |
| | Às vezes | 8 (17,0) | 6 (18,2) | |
| | Nunca | 2 (4,3) | 2 (6) | |
| <u>Faz diagnóstico clínico:</u> | Sim | 29 (61,7) | 7 (21,2) | 0,000 Q |
| | Prefere encaminhar | 18 (38,3) | 26 (78,8) | |
| <u>Dá orientações:</u> | Sempre | 39 (83,0) | 26 (78,8) | 0,223 L |
| | Se solicitado | 6 (12,8) | 7 (21,2) | |
| | Nunca | 2 (4,3) | 0 (0,0) | |
| <u>Fez biopsia/esfregaço:</u> | Sim | 17 (36,2) | 2 (6,1) | 0,002 Q |
| | Não | 30 (63,8) | 31 (93,9) | |
| <u>Fez Capacitação:</u> | Sim (pelo serviço) | 32 (68,1) | 12 (36,3) | 0,020 L |
| | Sim (outra fonte) | 6 (12,8) | 2 (6,1) | |
| | Não | 9 (19,1) | 19 (57,6) | |
| <u>Possível esfregaço/ biópsia no serviço:</u> | Sim | 31 (66,0) | 3 (9,1) | 0,000 Q |
| | Não | 12 (25,5) | 20 (60,6) | |
| | Não sabe dizer | 4 (8,5) | 10 (30,3) | |
| <u>Condições para esfregaço/ biópsia:</u> | Ideais | 8 (17,0) | 0 (0,0) | 0,001 |
| | Faltam recursos | 32 (68,1) | 20 (60,6) | |
| | Não sabe dizer | 7 (14,9) | 13 (39,4) | |
| <u>Encaminhamento:</u> | Unimontes | 37 (78,7) | 20 (60,6) | 0,064 |
| | CEO | 10 (21,3) | 11 (33,3) | |
| | Particular | 0 (0,0) | 2 (6,1) | |

LBMB= Lesões Brancas em Mucosa Bucal; Q= Qui-quadrado; T= t-student; L= Likelihood ratio

5 Conclusões

Quanto ao perfil: Há maioria dos profissionais trabalha em ESF e é do sexo feminino. Os profissionais mais jovens e com menor tempo de formado trabalham em ESF. Muitos profissionais possuem alguma especialização, mas a Residência é característica dos lotados em ESF. Há um grande percentual de profissionais com vínculo de trabalho precário (contrato), a maioria na Saúde da Família.

Quanto à conduta: A maioria, dos profissionais pesquisados, relatou encontrar lesões brancas em mucosa bucal numa freqüência de menos de uma vez ao ano, afirmou que registrariam as informações no prontuário odontológico e que sempre prestariam esclarecimentos ao usuário. O procedimento de biópsia não é usual, e mesmo o diagnóstico clínico, a maioria dos profissionais preferiria não fazer, encaminhando o usuário direto ao serviço especializado. Contudo, há uma maior disposição dos profissionais da Saúde da família em realizar esses procedimentos.

Quanto às condições no serviço: Apenas a metade dos pesquisados recebeu capacitação com ênfase em diagnóstico bucal nos últimos 2 anos. Menos da metade dos profissionais considera que é possível realizar biópsia ou esfregaço no seu local de trabalho. A maioria dos pesquisados considerou que faltam recursos para realização de procedimentos estomatológicos no seu local de trabalho. Na maioria das vezes, o encaminhamento de usuários para o serviço de referência em estomatologia é feito para a Unimontes, mesmo havendo um CEO no município, que é o local de referência em diagnóstico bucal no serviço público.

6 Referências

1. Bouquot JE, Gorlin RJ. Leukoplakia, lichen planus and other oral keratoses in 23.616 white Americans over the age of 35 years. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1986; 61(4):373-381.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. Brasília; 2004a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/brasil_sorridente.php> Acesso em: 20/06/2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília; 2005. Disponível em: www.saude.gov.br/dab Acesso em: 20/02/2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 599/GM** de 23 de março de 2006 - Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília; 2006a.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programas e Projetos - **PACS/PSF**. Brasília; 2004b. Disponível na Internet: <<http://www.saude.rj.gov.br/ViverSaude/Intos/Psafam.htm>> Acesso em: 20/06/2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos da Atenção Básica (CAB)** - no.17 - Saúde Bucal. Brasília; 2006b.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília; 2004c.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Manual de Especialidades em Saúde Bucal**. 1ª ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos; 2008.
9. Brasil. Ministério da Saúde. SUS – **Sistema Único de Saúde**. Brasília; 2004d. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.Br/SUS/sus/sus_aspgerais.btm> Acesso em: 20/06/2006.
10. Cardoso SV; Moreti MM; Loyola AM. Exfoliative cytology: a helpful tool for the diagnosis of paracoccidioidomycosis. **Oral Dis** 2001;7, 217-220.
11. Caubi AF, Xavier RL, Filho MAL, Chalegre JF. Biópsia. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial** 2004; 4(1):39-46.
12. Coleman GC, Nelson JF. **Princípios de Diagnóstico Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. cap. 15, p. 187-201.
13. Corso FM, Wild C, Gouveia LO, Ribas MI. Queilite Actínica: prevalência na clínica estomatológica da PUCPR, Curitiba, Brasil. **Rev. de Clin. Pesq. Odontol.** 2006; 2(4):277-81.
14. Epstein JB, Gorsky M. Topical application of vitamina A to oral Leukoplakia: A clinical cases series. **Câncer** 1999; 86(6):921-27.

15. Fernandes LA, Crivelini MM. Presença de Candida sp em leucoplasias da mucosa bucal. **Rev. Fac. Odontol. Lins** 2004; 16(2):25-32.
16. Gabriel JG, Cherubini K, Yurgel LS, Figueiredo MAS. Considerações gerais e abordagem clínica da leucoplasia oral. **Revista Brasileira de Patologia oral**. Disponível: < <http://www.patologiaoral.com.br/texto75.asp> > Acesso em: 03 maio de 2008.
17. Gynther GW; Rozell B; Heimdahl A. Direct oral microscopy and its value in diagnosing mucosal lesions. A pilot study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod** 2000; 90(2):164-70.
18. Huber, M.A. Oral lichen planus. **Quintessence Int** 2004; 35(9):731-52.
19. INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2008**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/Estimativa/2008/index.asp?link=mapa.asp&ID=9>> Acesso em 04/04/2008.
20. Martins MD, Marques LO, Martins MAT, Bussadori SK, Fernandes KPS. Queilite actínica: relato de caso clínico. **ConScientiae Saúde** 2007; 6(1):105-10.
21. Martins HPR, Souza GA, Rodrigues-Neto E, Castro RFM. Líquen plano bucal. **RSBO** 2008; 5(2):64-8.
22. Messadi DV, Waibel JS, Mirowski GW. White lesions of the oral cavity. **Dermatol Clin** 2003; 21:63–78.
23. Mishra M, Mohanty J, Sengupta S, Tripathy S. Epidemiological and clinicopathological study of oral leukoplakia. **Indian J Dermatol Venereol Leprol** 2005;71:161-5.
24. Moraes M, Arantes SB, Guerra ENS, Melo NS. Atlas virtual de citologia esfoliativa em lesões de boca. **Pesqui Odontol Brás**. Disponível em :< <http://www.unb.br/fs/citovirtual/artigo1.doc>> Acesso em: 23 de maio de 2008.
25. Ramos-e-Silva M, Fernandes NC. Afecções das mucosas e semi-mucosas. **Jornal Brasileiro de Medicina** 2001; 80(3):50-66.
26. Reis INC, Vianna MB. Proposta e análise de indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde: um estudo de caso no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. **Ciênc. saúde coletiva** 2004; 9(3).
27. SES/MG - Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Atenção à Saúde. Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Bucal. **Linha Guia de Saúde Bucal**. Belo Horizonte; 2006.
28. Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

7 Apêndices

7.1 Apêndice A

QUESTIONÁRIO

Título da pesquisa: Conduta dos cirurgiões-dentistas frente a lesões brancas em mucosa bucal de pacientes assistidos nas unidades básicas de saúde de Montes Claros.

Dados Sócio-situacionais:

1. Gênero: () Masculino () Feminino
2. Idade: _____anos.
3. Estado civil: () Solteiro () Casado () Separado/Divorciado () Viúvo () Outro
4. Ano da graduação:_____. Instituição onde Graduou: _____.
5. Maior Titulação: () Graduação () Especialização:_____ () Mestrado () Doutorado
6. Na prefeitura você é: () Efetivo () Contratado () Residente () Outro:_____.
7. Na prefeitura você trabalha no: () PSF () Centro Saúde
8. Sua carga horária semanal na prefeitura é: () 20horas () 40horas

Conhecimento:

9. As lesões brancas em mucosa bucal apresentam vários diagnósticos diferenciais. Assinale abaixo os mais comuns (pode marcar mais do que uma opção):
() Candidose Hiperplásica () Leucoplasia () Carcinoma de células escamosas
() Candidose Eritematosa () Eritroplasia () Queratose Friccional () Líquen Plano
10. Dos fatores de predisposição, os que se associam com o surgimento de leucoplasias em mucosa são (pode marcar mais do que uma opção):
() uso do tabaco () uso do álcool () deficiência nutricional
() traumatismo () fatores genéticos () candidose
11. Das leucoplasias, as que apresentam maior potencial de malignização são (pode marcar mais do que uma opção):
() as inteiramente brancas () as branco-avermelhadas
() as verrucosas não proliferativas () as homogêneas.
12. O perfil clínico mais comum de portadores de leucoplasias é (pode marcar mais do que uma opção):
() homens acima dos 40 anos () mulheres acima dos 40 anos
() homens abaixo dos 40 anos () mulheres abaixo dos 40 anos.
13. O nome do procedimento cirúrgico associado à Queilose Actínica com displasia grave é (pode marcar mais do que uma opção):
() debridamento () vermelhectomia () exérese
() labioplastia () não se realiza cirurgia nesses casos

Conduta e prática no serviço:

14. Com que frequência você se depara com usuários apresentando lesões brancas em mucosa bucal no serviço público?

- Eventualmente Semestralmente Anualmente
 Mensalmente Nunca deparou com estes pacientes no serviço

15. Ao atender usuários com lesões brancas em mucosa bucal, você registraria o achado no prontuário odontológico?

- Sempre
 Às vezes
 Nunca
- o motivo seria
- falta de tempo
 falta de prontuário específico
 Somente se achasse necessário
 Não acha necessário
 Outro _____
- (se marcar mais de uma opção circule a principal)**

16. Você investigaria as lesões brancas em mucosa bucal junto ao usuário?

- Sempre
 Às vezes
 Nunca
- o motivo seria
- falta de tempo
 falta de prontuário específico
 Somente se achasse necessário
 Não acha necessário
 Outro _____
- (se marcar mais de uma opção circule a principal)**

17. Caso investigue estas lesões, você registraria as informações no prontuário?

- Sempre
 Às vezes
 Nunca
- o motivo seria
- falta de tempo
 falta de prontuário específico
 Somente se achasse necessário
 Não acha necessário
 Outro _____
- (se marcar mais de uma opção circule a principal)**
- Não investigaria

18. Na sua conduta clínica frente a essas lesões em mucosa, você: (pode marcar mais de uma)

- Nem faria o diagnóstico clínico no consultório.
 Faria o diagnóstico clínico no consultório.
 Solicitaria exame laboratorial para diagnóstico diferencial.
 Encaminharia informalmente o paciente a outro serviço de saúde.
 Encaminharia formalmente o paciente a outro serviço de saúde.

19. No seu local de serviço você já realizou procedimento de biópsia ou esfregaço de lesões em mucosa?

- Sim, apenas esfregaço Sim, apenas biópsia Sim, esfregaço e biópsia
 Nunca realizei biópsia ou esfregaço de lesões brancas no meu local de trabalho.

20. Se fosse necessário encaminhar o usuário para realizar estes procedimentos, você o faria para:

- UNIMONTES.
 Para o Centro de Especialidades odontológicas (CEO).
 Para um outro centro de especialidades particular.
 Para um outro profissional particular.
 Não sei, no momento, a quem encaminharia.

21. Considerando os recursos do serviço, ao encaminhar este usuário, você o faria:
- Informalmente
 - Formalmente, por escrito e assinado, mas sem formulário próprio.
 - Formalmente, em formulário próprio assinado.
 - Informalmente ou formalmente, dependendo do local para onde encaminhado.
 - Não sei, no momento, como faria o encaminhamento.

22. Você prestaria esclarecimentos ao paciente quanto a este tipo de lesão?
- Prestaria esclarecimentos somente se fossem solicitados.
 - Prestaria esclarecimentos para qualquer tipo de lesão branca.
 - Só prestaria esclarecimentos se julgasse a lesão como cancerizável.
 - Só prestaria esclarecimentos se comprovasse a lesão como cancerizável.
 - Não prestaria esclarecimentos

23. Na sua conduta terapêutica, você: (pode marcar mais de uma)
- Nunca proporia tratamento.
 - Proporia tratamento dependendo da lesão.
 - Proporia tratamento para qualquer tipo de lesão.
 - Encaminharia a outro serviço e não acompanharia o paciente
 - Encaminharia a outro serviço mas acompanharia o paciente.

Apoio logístico e habilidades técnicas

24. Você faz ou fez algum curso de capacitação com ênfase no DIAGNÓSTICO DE LESÕES BUCAIS nos últimos 2 anos?
- Sim. Duração: ___hs. (Curso - Direta ou indiretamente vinculado à prefeitura de Montes Claros)
 - Sim. Duração: ___hs. (Curso - Sem nenhuma relação com a prefeitura de Montes Claros)
 - Não.
25. Você se julga apto a fazer o diagnóstico diferencial das lesões em mucosa para as lesões cancerizáveis?
- Muito
 - Parcialmente
 - Pouco
 - Muito pouco
 - Nada
26. No seu local de trabalho (Centro Saúde ou PSF), é possível realizar procedimentos como: o esfregaço (citológico) ou a biópsia, para auxiliar no diagnóstico diferencial das lesões em mucosa?
- Sim, apenas esfregaço
 - Sim, apenas biópsia
 - Sim, esfregaço e biópsia
 - Não sei dizer
 - Não é possível realizar estes tipos de procedimentos lá
27. Caso fosse possível realizar estes procedimentos (biópsia ou esfregaço) no seu local de trabalho, você:
- Realizaria esses procedimentos normalmente.
 - Sentiria-se inseguro.
 - Não saberia fazê-los.
 - Sabe fazer mas preferiria encaminhar a outro serviço.
28. Caso NÃO seja possível realizar estes procedimentos (biópsia ou esfregaço) no seu local de trabalho, o motivo seria: (pode marcar mais de uma opção)
- É POSSÍVEL realizar estes procedimentos no meu local de trabalho.
 - Não haver recursos materiais e/ou financeiros disponíveis na prefeitura.
 - Não haver recursos estruturais (forma e local para encaminhar) na prefeitura.
 - Já existir um serviço especializado para isso na prefeitura.

29. No seu local de trabalho (Centro Saúde ou PSF), hipotetizando que você realize os procedimentos supracitados, o encaminhamento das biópsias ou esfregaços para exame histopatológico é :
- Preenchido por você em formulário próprio.
 - Preenchido por você mas sem um formulário próprio.
 - Preenchido pela sua Auxiliar (ACD).
 - Preenchido por outro funcionário do PSF ou Centro de Saúde.
 - Não sei como é feito o encaminhamento para exame histopatológico.
 - Outro: _____.
30. No seu local de trabalho, os resultados dos exames histopatológicos são recebidos:
- Dentro de 15 dias.
 - Dentro de 1 mês.
 - De 1 a 3 meses.
 - Acima de 3 meses.
 - Não sei em quanto tempo estes exames chegam.
31. No seu local de trabalho, os resultados dos exames histopatológicos são entregues:
- Apenas ao usuário, que posteriormente deverá apresentá-los ao dentista.
 - Apenas ao dentista, que posteriormente deverá apresentá-los ao usuário.
 - Uma cópia para o usuário e outra para o dentista.
 - Não sei como é realizada a entrega destes resultados.
32. A contra-referência, do serviço especializado para seu local de trabalho, é feita:
- Informalmente
 - Formalmente, por escrito e assinado, mas sem formulário próprio.
 - Formalmente, em formulário próprio assinado.
 - Informalmente ou Formalmente, dependendo do local para onde encaminho.
 - Não sei, no momento, como é realizada a contra-referência.
33. Na contra-referência, do serviço especializado para seu local de trabalho, inclui: (pode marcar mais de uma opção)
- Informações a respeito dos exames realizados e resultados obtidos.
 - Informações a respeito dos procedimentos realizados.
 - Informações a respeito do prognóstico.
 - A frequência em que o usuário deve ser examinado na atenção primária.
 - A necessidade de próximos exames e o que deve ser observado nestes exames.
 - Tempo de acompanhamento do usuário.
 - Não sei, no momento, quais documentos ou informações constam contra-referência.
34. Você considera o serviço de referência e contra-referência em diagnóstico bucal em odontologia:
- Inexistente.
 - Existente, mas na prática não funciona.
 - Existente funcionando parcialmente.
 - Existente funcionando plenamente.

8 Anexos

8.1 Anexo A

Prezados Doutores,

Comunicamos que o artigo intitulado "**Validação de questionário para avaliar conduta frente a lesões brancas orais**" foi considerado aprovado para publicação na Revista Brasileira de Odontologia.

Atenciosamente,

Vera Araújo

Ass. Adm.II

Núcleo de Comunicação da ABO-RJ

Tel.: (21) 2504-0002 fax.: (21) 2504-3859

Revista Brasileira de Odontologia

Revista_ABORJ <revista@aborj.org.br>