

## O discurso do sujeito coletivo: o que dizem os agentes comunitários de saúde sobre o câncer bucal na Atenção Básica?

*The collective subject discourse: what do community health workers say about oral cancer in Primary Care?*

Adriano Santos Sousa Oliveira<sup>1</sup>, Alba Benemérita Alves Vilela<sup>2</sup>, Fabio Ornellas Prado<sup>3</sup>

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: janeiro de 2019 – Aceito: novembro de 2021

### RESUMO

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

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer Bucal. Agentes Comunitários de Saúde. Programa Saúde da Família.

### ABSTRACT

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

**KEYWORDS:** mouth neoplasms. community health workers. family health strategy.

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0303-149X>. E-mail: [adrianoodontouesb@gmail.com](mailto:adrianoodontouesb@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2110-1751>

<sup>3</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0387-4363>

## INTRODUÇÃO

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

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

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

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

Dentre as ações que visam à qualificação e ampliação da atenção primária na ESF estão a prevenção e controle de câncer bucal<sup>5</sup>. Nesta ação, a Equipe de Saúde Bucal (ESB), composta pelo cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal deve realizar frequentemente exames preventivos para identificação precoce do câncer bucal e permitir a continuidade do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde<sup>5</sup>. Além disso, deverá oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais, tais como as realizadas nas visitas domiciliares junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)<sup>5</sup>.

O ACS é uma peça fundamental na ESF com suas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e estreitamento dos laços entre a comunidade e o SUS. Esse profissional compõe a equipe multiprofissional da atenção básica e está diretamente ligado à comunidade por seu papel profissional de alerta aos problemas de saúde. Ao atuar junto à ESB, o ACS contribui para um novo cuidado a ser produzido pela equipe que, ao ampliar sua visão da comunidade, produzirá fortes vínculos entre a

subjetividade do outro e o modo terapêutico do cuidado<sup>6</sup>.

Entretanto, para que as ações dos ACS gerem impactos positivos na atenção básica é necessária a adequada instrumentalização desses profissionais para qualificá-los e, assim, fortalecer o elo entre equipe saúde da família e comunidade. Para tanto, deve-se investir na sustentação da qualidade dos processos de trabalho realizados por eles, em ações supervisionadas e reflexivas em equipe<sup>7, 8</sup>. Destarte, o ACS conseguirá incorporar, ainda mais, a atenção básica em seu processo matricial, integrando e fortalecendo o sistema de administração de saúde para o avanço da atenção prestada às coletividades e assumindo o papel de sujeito articulador<sup>8</sup>.

Neste sentido, o objetivo deste estudo é apresentar o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de ACS vinculado à ESF de um município de médio porte do interior do estado da Bahia, Brasil, e possibilitar uma melhor visão ou opinião social sobre o que o câncer bucal representa no contexto laboral destes profissionais.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo, de caráter qualitativo, exploratório e descritivo, foi realizado no município de Jequié, distante 365 km da capital Salvador, com uma área territorial total de 2.969,034 km<sup>2</sup>, sendo que sua população foi estimada no ano de 2017 em 162.209 habitantes<sup>9</sup>. A amostra foi composta por 30 ACS dos 316 agentes em exercício no município de acordo com os dados do mês de maio de 2018 no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)<sup>10</sup>. Todos os entrevistados atuavam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com equipes de Saúde da Família (ESF) pertencentes à zona urbana.

A escolha dos participantes se deu por uma amostragem por conveniência, sendo coletadas as informações tanto no primeiro contato com as UBS como em um segundo momento fixado com o auxílio da gerência de cada estabelecimento. Foram visitadas em diferentes bairros da zona urbana, 09 UBS das 20 cadastradas no município. Um estudo piloto foi realizado com a participação voluntária de um ACS de forma a testar o instrumento de coleta e adequá-lo aos participantes e que não participou da amostra final do estudo.

A metodologia utilizada foi a do DSC proposto por Lefèvre e Lefèvre<sup>11</sup>. Este modelo de exposição de resultados em pesquisas qualitativas é obtido por meio de depoimentos registrados na primeira pessoa do singular, decorrentes de um ou vários discursos-síntese, que visam expressar o pensamento de uma população sobre um tema. Esta técnica busca a identificação de trechos mais significativos das respostas dadas por cada um dos participantes do estudo. Tais fragmentos são denominados de expressões-chave que estarão diretamente ligadas às ideias centrais do conteúdo discursivo.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e por um único pesquisador,

durante o período de 08 a 17 de maio de 2018. O roteiro de perguntas foi baseado nos princípios e diretrizes da atenção básica<sup>12</sup> aliado ao estudo de Cunha et al.<sup>13</sup>, do qual emergiram quatro eixos temáticos: a) conhecimento sobre câncer bucal; b) trabalho em equipe multidisciplinar; c) promoção da saúde e prevenção de doenças; e d) diagnóstico e resolubilidade da atenção.

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

Também foram coletadas, por meio de uma ficha de identificação do participante, as variáveis: sexo, idade, escolaridade, renda, tempo de profissão, número de famílias cadastradas e experiência transmitida em capacitação em saúde bucal. As entrevistas foram realizadas individualmente e em ambiente privativo e silencioso dentro das UBS. Os áudios das conversas foram gravados em aparelho digital portátil - Minigravador digital Sony ICD-PX240 - e posteriormente transcritos.

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

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

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

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

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

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

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

Fonte: elaborada pelos autores

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

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

Fonte: elaborada pelos autores

O ACS sempre esteve mais vinculado aos profissionais da Enfermagem e da Medicina no cumprimento de suas atividades laborais, sendo notado como um componente anexo a estes profissionais da saúde. Já a ESB há muito tempo tendeu a trabalhar solitariamente, isolando a cavidade bucal do resto do corpo e observando o indivíduo como a doença que carrega <sup>14</sup>.

Com o intuito de apresentar e refletir os conhecimentos e as práticas dos ACS na atenção básica envolvendo o tema câncer bucal optou-se pela utilização de uma técnica que pudesse avaliar qualitativamente o saber e prontamente a opinião social de trabalhadores da saúde que lidam diretamente com as comunidades. Assim, os discursos individuais de cada participante foram agrupados, por afinidade semântica, em discursos-síntese redigidos na primeira pessoa do singular, de modo a configurar um sujeito coletivo possuidor de uma opinião social<sup>15</sup>. Estes discursos estão apresentados em quatro eixos temáticos, tendo o quesito 1. Você conhece o câncer bucal e suas causas? a exposição dos três primeiros DSC (Tabela 2).

A partir do DSC:1, nota-se que os ACS que expuseram a expressão chave preditora à ideia central - conheço e envolve o tabaco - apresentaram uma boa percepção do que é o câncer bucal. Estes

profissionais retrataram fatores etiológicos que dialogam com os apresentados na literatura, sobre o tabagismo ser o principal fator etiológico com 90% dos pacientes portadores dessa doença apresentarem histórico tabagista, além disso, fatores hereditários e comportamentais contribuem positivamente ao surgimento da neoplasia<sup>16</sup>.

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

O câncer de lábio está entre as neoplasias malignas orais mais prevalentes e está relacionado à exposição ao sol, seja por motivos laborais ou estilo de vida. Possui desenvolvimento lento, facilmente identificável e, quando diagnosticado cedo, alcança a cura em 100% dos casos com pouca ou nenhuma seqüela<sup>17</sup>. Ações preventivas devem ser abraçadas por todas as esferas de governo com a distribuição de protetores ou bloqueadores solares, com destaque aos protetores labiais e chapéus visando principalmente os trabalhadores de áreas rurais ou de ocupações que necessitam permanecer diariamente expostos ao sol<sup>17</sup>.

É notório que a higiene oral feita de forma inadequada configura um fator colaborador ao desenvolvimento de inúmeras doenças bucais como, por exemplo, a cárie e a doença periodontal<sup>16</sup>. Entretanto, observa-se que ao referir a higienização deficiente como causa do câncer bucal (DSC:2), o ACS resgata o seu conhecimento de mundo e a relação que sua atuação profissional tem com o campo da saúde bucal em atividades primordiais de educação em saúde oral que envolve a prática da boa escovação e uso do fio dental; e não, necessariamente, por existir uma verdadeira afinidade.

Neste contexto, estudos<sup>7,18</sup> evidenciaram que, em geral, os ACS apresentaram um bom conhecimento acerca dos fatores de risco relacionados ao câncer bucal, reconhecendo o tabaco entre as principais causas. No entanto, o presente estudo evidenciou que apenas 33,3% (n=10) dos participantes referiram o mesmo, tendo também 10 ACS referido não saber o que é o câncer bucal nem sua etiologia (Tabela 1).

O câncer bucal apresenta delimitações consagradas na literatura científica sobre o que representa essa doença, quais as suas implicações e como efetuar seu tratamento; no entanto, sua intencionalidade discursiva relacionada ao processo saúde/doença ainda é inoperante, mesmo sendo medidas relativamente fáceis de serem tomadas e difundidas para a coletividade<sup>17</sup>.

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

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

Fonte: elaborada pelos autores

Quanto ao papel do cirurgião-dentista na prevenção do câncer bucal, nota-se que as respostas dos ACS se desdobraram em duas ideias centrais: desenvolver atividades preventivas (n=14; 46,7%) e detectar a doença e encaminhar o paciente (n=15; 50,0%) (Tabela 1). Sabe-se que o cirurgião-dentista é o profissional da saúde que desempenha um papel peculiar nas ações de prevenção e diagnóstico precoce, aliando medidas eficazes para melhorar o prognóstico das doenças bucais, principalmente se focado nos fatores de risco. No entanto, em um estudo realizado com 70 cirurgiões-dentistas da ESF<sup>19</sup>, observou-se que estes demonstraram conhecimentos satisfatórios relacionados ao câncer bucal, mas que não têm sido colocados em prática em suas atividades laborais cotidianas. Isso reflete a importância que a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal têm na redução da morbimortalidade ocasionada pela doença, mas o conhecimento não compartilhado perde o seu valor e sentido<sup>19</sup>.

Neste contexto é fundamental que o cirurgião-dentista saiba identificar lesões ainda em estágios iniciais e proceda o encaminhamento do paciente<sup>20</sup>, assim como relatado no DSC:4. Grande parte dos cirurgiões-dentistas não se sente segura para diagnosticar as lesões iniciais de câncer bucal. Isso reflete uma deficiência que deve ser superada por meio de treinamento adequado que vise à melhoria da percepção destes profissionais quanto à detecção e encaminhamento do paciente para receber a necessária assistência, com segurança diagnóstica e mais qualidade de vida à população acometida<sup>20</sup>.

Ao analisar o DSC: 5, nota-se que 53,3% (n=16) dos ACS afirmaram que os demais profissionais da saúde da família podem contribuir de algum modo no processo de prevenção e controle do câncer bucal, principalmente por reconhecer que na ESF todos devem trabalhar articuladamente e vigilantes aos problemas de saúde, a fim de encaminhá-los, sempre, em tempo oportuno.

A visita domiciliar do agente comunitário é uma forte potencialidade à detecção precoce do câncer bucal na atenção básica<sup>17</sup>. Durante a visita, o ACS tem a real possibilidade de inverter o acesso do usuário de risco aos serviços prestados, encaminhando este ao cirurgião-dentista da atenção básica. Para tanto, se faz necessária a educação continuada de todos os membros da equipe, abordando os fatores de risco para as doenças bucais, as potencialidades da atenção básica, as barreiras existentes para a realização precoce do diagnóstico e sinais e sintomas iniciais da neoplasia.

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

<b>Questão 4</b>	<i>Diante de uma suspeita de ferida na boca, durante uma visita domiciliar, como você procederia?</i>
<b>Ideia Central (A)</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (6)</b>
Eu encaminho para a unidade de saúde, procurar um profissional de saúde	Então, eu ia orientar para que a pessoa fosse procurar o profissional de saúde, o dentista, né? não só o dentista, primeiro procurar a unidade de saúde, né? ou o enfermeiro, o médico, o dentista, o que fosse! primeiro lugar tem que vir à unidade de saúde, porque cada um tem sua área. Então, perguntaria se a pessoa tinha consciência do que é aquela ferida, né? se tinha conhecimento de como foi causada e orientaria a procurar o dentista, porque só o dentista que pode avaliar e dar o diagnóstico, entendeu! ou se não, tá passando também pra equipe de saúde e falar "Ta acontecendo isso, com tal paciente" (...) às vezes a pessoa tem vergonha e tal, eu dou até uma força, eu marco, eu falo " <i>Vai tal dia e tal!</i> ", mas sempre ajudo né? de uma maneira ou de outra diagnosticar e dizer se é um câncer, se é uma ferida simples, porque às vezes pode não ser nem uma doença, mas se for e começando um tratamento mais cedo é bem melhor, né? (...) eu falo: " <i>Nesse caso não tem marcação! é como se fosse uma emergência</i> " (ACS 1 - 30).
<b>Questão 5</b>	<i>O que você faria se encontrasse um usuário fumante em seu território ou fora dele?</i>
<b>Ideia Central (A)</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (7)</b>
Eu sempre oriento a parar de fumar	Usuário fumante a gente tem muito! o trabalho da gente é de orientar, de mostrar quais os riscos, mesmo sendo difícil convencer [risada]. Falo dos problemas que ocorrem com as pessoas que fumam e também para os fumantes passivos. (...) ainda

---

mais os pacientes que são hipertensos, diabéticos e estão fumando. E se eles quiserem fazer o tratamento, a gente encaminha pro CAPS, mas eles não vão! [ACS] "*Você quer ser ajudado? você quer deixar de fumar?*" [usuário] "*Quero!*", então a gente manda pra lá, mas depende muito da pessoa, né? [ACS] "*Para de fumar! para de beber!*", mas não tem jeito não. Aqui mesmo, a gente já tentou fazer grupo de apoio para as pessoas que querem parar de fumar, mas a procura é pouca. Eles não querem, fala que tá trabalhando, que vai perder o dia e acaba nem participando. (...) se não tiver um acompanhamento não consegue parar não! (ACS 1 - 30).

---

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

Neste sentido, Costa Júnior e Serra<sup>21</sup>, em seu estudo, evidenciaram que 100% dos dentistas entrevistados que atuavam na Saúde da Família afirmaram que a relação da ESB com o território permite uma maior aproximação da Odontologia com o paciente e a família, criando vínculos com a comunidade e garantindo a liberdade dos ACS em encaminhar ao dentista os casos suspeitos de doenças bucais.

No âmbito da ESF, a comunicação é essencial para as atividades de educação em saúde. O ACS é um profissional inteiramente identificado com o próprio território e comunidade, apresentando os mesmos valores, linguagem e costumes que influenciam diretamente na facilidade de comunicação e transmissão de conhecimentos em prol da melhoria das condições de vida e saúde <sup>14</sup>.

O processo de capacitação do ACS deverá valorizar a singularidade profissional deste trabalhador, abordando-se temas que envolvam os principais problemas da sua comunidade e atendendo às características de sua identificação social em ações de prevenção de doenças e promoção da saúde como linhas estruturantes e integradoras do processo formativo<sup>14</sup>. Desse modo, o propósito é estimular e instrumentalizar o autocuidado, por meio de reflexões e ações que conduzam a transformações nas atitudes e comportamentos dos usuários <sup>22</sup>.

Mas todo processo educativo não depende apenas do emissor. Isso é refletido no DSC: 7, em que todos os ACS relataram suas dificuldades em convencer os usuários fumantes a deixar o hábito. Neste sentido, a intensificação das campanhas educativas contra o tabaco com o objetivo de desestimular o início do hábito de fumar, aliada a uma maior disponibilidade de centros especializados de apoio aos que anseiam parar de fumar parecem ser, ao longo do tempo, abordagens com maiores chances de diminuição na incidência do câncer bucal, principalmente por entender que, sozinhos, dificilmente os usuários interrompem o vício <sup>17</sup>.

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

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

Fonte: elaborada pelos autores

O DSC: 8 mostra um dos maiores problema do SUS que é o impasse do paciente oncológico em conseguir celeridade no atendimento, diagnóstico e tratamento. Estudo<sup>23</sup> ressalta que a qualidade do

instrumento de referência e contrarreferência está fortemente relacionada com a possibilidade da demora do paciente em relação à rede de serviços. Quando a documentação é mal preenchida, ou até mesmo não preenchida, tende a se tornar uma simples ficha de acesso. Assim, o atraso à intervenção propriamente dita, colabora para que o câncer bucal e seus agravantes aumentem o tempo de convalescência do acometido acarretando maiores chances de sequelas funcionais<sup>23</sup>.

Além disso, o relativo atraso no diagnóstico precoce refere-se ao retardamento de muitos encaminhamentos, que é considerado como o tempo entre a chegada do paciente ao clínico da atenção básica até o momento do possível diagnóstico final de câncer bucal. Nesse sentido, nota-se uma relação direta entre o sistema de organização dos fluxos de encaminhamento para a realização do diagnóstico e a corresponsabilidade dos profissionais envolvidos<sup>21</sup>.

Ainda sobre o que o ACS acredita estar relacionado à demora na descoberta ou no atendimento do paciente portador do câncer bucal, questão 6, nota-se que 43,3% (n=13) relataram o descuido pessoal do próprio paciente e 16,7% (n=5) o despreparo profissional (Tabela 1). Estas informações reafirmam a necessidade do fortalecimento da ESF por meio da educação permanente e treinamento dos profissionais da atenção para garantir a segurança diagnóstica e o encaminhamento em tempo oportuno<sup>20</sup>, além de melhorar a participação da comunidade, a fim de que o indivíduo em risco, também, seja um alerta do processo saúde/doença vivenciado em seu meio ambiente.

No que tange à experiência dos ACS do estudo com o câncer bucal, nota-se que 26,7% (n=8) já tiveram contato com pelo menos um paciente em seu território de atuação com diagnóstico confirmado da doença DSC: 9 (Tabela 5). Para estes ACS, a maioria dos indivíduos acometidos já fazia uso do tabaco e a doença contribuiu para baixa da autoestima, depressão, preocupação ou sofrimento emocional do paciente e seu círculo familiar. Portanto, a criação de espaços para a construção de ações e serviços em saúde multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial deve existir principalmente com direcionamento à atitude crítica e reflexiva ao trabalho dos membros da equipe no suporte aos enfermos e seus familiares a fim de garantir do aporte básico ao avançado a atenção em saúde como um todo<sup>22</sup>.

Outro ponto importante refere-se à organização do trabalho das equipes da ESF que deve possibilitar que o ACS tenha um ambiente acolhedor e fortalecido para o diálogo com os demais membros da equipe para que as informações cheguem com maior precisão e garantam de forma mais horizontalizada, a integração entre seus membros, refletindo positivamente no bem-estar da comunidade<sup>24</sup>.

Vale ressaltar que a determinação das competências dos ACS deve ser revisada para uma melhor definição do seu papel laboral e delimitação de suas ações de acordo com os recursos disponíveis, impedindo o desvio de funções ou sobrecarga de tarefas<sup>24</sup>.

A pesquisa realizada apresentou algumas limitações importantes quanto ao seu público. A

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

## CONCLUSÃO

Os Discursos do Sujeito Coletivo possibilitaram uma melhor visão ou opinião social sobre o que o câncer bucal representa no contexto laboral do ACS. Foi observado que, apesar de boa parte dos profissionais não conhecerem o tabaco como o principal fator etiológico do câncer bucal, a maioria sabe os efeitos prejudiciais de suas substâncias e assume papel de sujeito orientador na comunidade sobre a necessidade de cessar o hábito do fumo. No entanto, é evidente que o ACS precisa do apoio multiprofissional que a ESF oferece para convencer o público fumante a assumir práticas mais saudáveis.

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

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

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

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2019 [acesso em 2021 nov 8]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
2. American Cancer Society. Cancer facts & figures 2017. Atlanta: American Cancer Society, 2017. [internet] [acesso em 2018 mai 30]. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>
3. Bezerra TA, Almeida AVS, Costa KNFM. Relato de experiência: estratégia de prevenção do câncer de

- boca no Município de Campina Grande, Paraíba. Rev APS, Juiz de Fora. 2016 [acesso em 2018 mai 30]; 19(4):661-64. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15820>
4. Perea LME, Peres MA, Boing AF, Antunes JLF. Tendência de mortalidade por câncer de boca e faringe no Brasil no período 2002-2013. Rev Saúde Pública [on-line]. 2018; 52(10):1-10.
  5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. [internet] [acesso em 2018 mai 20]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)
  6. Rodrigues AAAO, Santos AM, Assis MMA. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. Ciênc saúde coletiva [on-line]. 2010; 15(3):907-15.
  7. Gouvêa GR, Silva MAV, Cortellazzi KL, Pereira AC, Mialhe FL, Guerra LM. Práticas em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à estratégia saúde da família com e sem equipe de saúde bucal. J Health Sci Inst. 2015; 33(2):144-50.
  8. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Ciênc saúde coletiva [on-line]. 2013; 18(7):2147-56.
  9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. [acesso em 2018 ago 21]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/jequie/panorama>
  10. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). [acesso em 2018 jul. 20]. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equipas.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipas.asp)
  11. Lefevre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
  12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2018 jun. 20]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
  13. Cunha AR, Bavaresco CS, Carrard VC, Lombardo EM. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com suspeita de câncer bucal: percepção dos cirurgiões-dentistas na atenção primária à saúde. J Bras Tele. 2013; 2(2):66-74.
  14. Holanda ALF, Barbosa AAA, Brito EWG. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(Suppl.1):1507-1512.
  15. Figueiredo MZA, Chiari BM, Goulart BNG. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. São Paulo. Distúrb Comum. 2013; 25(1):129-136.
  16. Brasil. Ministério da Saúde. Dos casos de câncer de boca, 90% ocorrem em fumantes, Inca. 2017 jan 14. [acesso em 2018 ago 26]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2017/dos-casos-de-cancer-de-boca-90-ocorrem-em-fumantes>
  17. Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos Jr. CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 2012; 28:S30-S39.
  18. Oliveira LK, Ozelame SB, Dalcegio S, Philippi CK, Bueno RN, Bottan ER. Agente comunitário de saúde e a prevenção do câncer bucal. Salusvita, Bauru. 2012; 31(2):141-151.
  19. Souza JGS, Sá AB, Popoff DAV. Comportamentos e conhecimentos de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde quanto ao câncer bucal. Rio de Janeiro. Cad Saúde Colet. 2016; 24 (2):170-177.

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