

Percepções de Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária sobre o Cuidado no Câncer de Boca em Alagoas: das “Ilhas” ao Encontro

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n3.5621>

Perceptions of Primary Health Care Dentists on Oral Cancer Care in Alagoas: from “Islands” to Encounter

Percepciones de Cirujanos Dentistas de la Atención Primaria sobre el Cuidado del Cáncer Bucal en Alagoas: de las “Islas” al Encuentro

Renata d’Andrada Tenório Almeida Silva¹; Ivisson Alexandre Pereira da Silva²; Marcelo de Castro Meneghin³; Renata Guerda⁴; Sonia Maria Soares Ferreira⁵

RESUMO

Introdução: O câncer de boca, uma condição grave que compromete a qualidade de vida, exige uma abordagem que ultrapasse os tratamentos clínicos convencionais. **Objetivo:** Compreender os sentidos e práticas de cirurgiões-dentistas da atenção primária sobre a gestão do trabalho e o cuidado ao câncer de boca na rede pública de Alagoas, identificando barreiras, potencialidades e caminhos para fortalecer a integração da rede de atenção e qualificar o cuidado oncológico no Sistema Único de Saúde. **Método:** Pesquisa qualitativa que possibilitou compreender melhor a complexidade das experiências e práticas profissionais, considerando os efeitos da doença no cotidiano e nos microcontextos de trabalho. Foram utilizados questionário, entrevistas individuais e em profundidade, além de diário de campo, permitindo uma análise situada do fenômeno. **Resultados:** Os dados revelaram desafios que atravessam a gestão do trabalho, a comunicação interprofissional, a formação e a organização dos serviços na Atenção Primária à Saúde. As inseguranças diagnósticas, a baixa familiaridade com ações preventivas e a fragilidade dos fluxos formais de comunicação indicam que o câncer de boca ainda não constitui prioridade na rotina da atenção primária. **Conclusão:** Apesar das dificuldades estruturais e organizacionais, os vínculos estabelecidos pelos cirurgiões-dentistas com os usuários surgem como potência para práticas mais integradas. Fortalecer a formação contínua, consolidar fluxos comunicativos e ampliar a articulação entre a atenção primária e a atenção especializada são caminhos essenciais para aprimorar o cuidado ao câncer de boca.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais; Odontólogos; Organização e Administração; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Introduction: Oral cancer, a serious condition that compromises patients’ quality of life, requires an approach that goes beyond conventional clinical treatments. **Objective:** To understand the perspectives and practices of primary care dentists regarding the management of oral cancer within the public health system in Alagoas, identifying barriers, opportunities, and strategies to strengthen the integration of the healthcare network and improve the quality of cancer treatment within the National Health System. **Method:** The qualitative design enabled the researchers to better understand the complexity of professional experiences and everyday work contexts. Data were collected through questionnaires, individual and in-depth interviews, and field notes, allowing for a situated analysis of the phenomenon. **Results:** Findings revealed challenges related to work management, interprofessional communication, training, and organizational structures within Primary Health Care. Diagnostic uncertainties, limited familiarity with preventive actions, and fragile communication flows indicated that oral cancer is still not a priority in routine practice. **Conclusion:** Despite structural and organizational barriers, the bonds established between dentists and users emerged as a strength for more integrated care practices. Strengthening continuing education, consolidating communication pathways, and enhancing coordination between primary care and specialized services are essential strategies to improve the management of oral cancer.

Key words: Mouth Neoplasms; Dentists; Organization and Administration; Primary Health Care; Qualitative Research.

RESUMEN

Introducción: El cáncer bucal, una condición grave que afecta la calidad de vida de los pacientes, requiere un enfoque que supere los tratamientos clínicos convencionales. **Objetivo:** Comprender las percepciones y prácticas de los profesionales de la odontología de la atención primaria en relación con la gestión del trabajo y la atención del cáncer oral en la red pública de Alagoas, identificando obstáculos, potencialidades y vías para reforzar la integración de la red de atención y mejorar la calidad de la atención oncológica en el Sistema Unificado de Salud. **Método:** El enfoque cualitativo permitió comprender mejor la complejidad de las experiencias y prácticas profesionales considerando los efectos de la enfermedad en los contextos cotidianos y laborales. Los datos se recopilaron mediante cuestionarios, entrevistas individuales y en profundidad, y notas de campo, lo que posibilitó un análisis situado del fenómeno. **Resultados:** Los datos revelaron desafíos relacionados con la gestión del trabajo, la comunicación interprofesional, la formación y la organización de los servicios en la Atención Primaria de la Salud. Las inseguridades diagnósticas, la limitada familiaridad con acciones preventivas y la fragilidad de los flujos formales comunicacionales indican que el cáncer bucal aún no constituye una prioridad en la práctica cotidiana de la atención primaria. **Conclusión:** A pesar de las barreras estructurales y organizacionales, los vínculos establecidos entre los odontólogos y los usuarios emergen como una fortaleza para prácticas de cuidado más integradas. Fortalecer la educación continua, consolidar los canales de comunicación y mejorar la articulación entre la Atención Primaria y los servicios especializados son estrategias esenciales para perfeccionar el manejo del cáncer bucal.

Palabras clave: Neoplasias de la Boca; Odontólogos; Organización y Administración; Atención Primaria de Salud; Investigación Cualitativa.

¹Centro Universitário Cesmac, Curso de Medicina. Maceió (AL), Brasil. E-mail: d_andrada@hotmail.com. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0001-5615-1172>

^{2,3}Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Departamento de Saúde Coletiva, Odontopediatria e Ortodontia. Piracicaba (SP), Brasil. E-mails: iapereira29@gmail.com; meneghim@unicamp.br. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0003-2673-3627>

⁴Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal). Maceió (AL), Brasil. E-mail: renata.araujo@uncisal.edu.br. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0003-0682-8880>

⁵Centro Universitário Cesmac, Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde. Maceió (AL), Brasil. E-mail: sonia.ferreira@cesmac.edu.br. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-4825-171X>

Endereço para correspondência: Renata Guerda. Avenida Presidente Getúlio Vargas, 1831 – Serraria. Maceió (AL), Brasil. CEP 57046-840. E-mail: renata.araujo@uncisal.edu.br



INTRODUÇÃO

O câncer da cavidade oral constitui um relevante problema de saúde pública no Brasil, mas sua expressão epidemiológica é especialmente crítica em contextos marcados por desigualdades socioeconômicas, como no Estado de Alagoas. Para cada ano do triênio 2026-2028, são estimados 210 novos casos no território alagoano, número expressivo quando considerados o tamanho populacional, a distribuição desigual dos serviços e a concentração da atenção especializada na capital^{1,2}. Além da incidência, preocupa a mortalidade proporcionalmente elevada no Estado, frequentemente atribuída ao diagnóstico tardio, ao acesso restrito a serviços oncológicos e às fragilidades estruturais que atravessam a rede de atenção^{3,4}.

As vulnerabilidades sociais e territoriais de Alagoas, que apresenta historicamente um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano do país, repercutem diretamente na capacidade do sistema de saúde em assegurar a continuidade e integralidade do cuidado. A precariedade dos fluxos assistenciais, a dependência de poucos centros de referência e a persistência de barreiras geográficas e organizacionais produzem itinerários fragmentados e longos tempos de espera para diagnóstico e tratamento⁵. Nesse cenário, o percurso das pessoas com suspeita ou diagnóstico de câncer bucal tende a ser marcado por desarticulação entre níveis assistenciais e pela ausência de mecanismos efetivos de retorno das informações ao ponto de origem⁵.

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica no enfrentamento desse agravo. Conforme preconizam as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), cabe à APS realizar vigilância ativa de lesões suspeitas, desenvolver ações sistemáticas de prevenção, garantir a coordenação do cuidado, acompanhar casos encaminhados e articular-se com os serviços especializados⁶. No entanto, evidências apontam que, em Alagoas, como na maioria dos Estados, persistem fragilidades no registro, no acompanhamento e na comunicação entre APS e atenção especializada, revelando um hiato entre o que é normatizado pela política e o que se concretiza no cotidiano dos serviços^{5,7}.

A literatura também indica que a efetividade das Redes de Atenção à Saúde (RAS) depende da articulação horizontal e vertical entre seus componentes, o que requer comunicação ativa, clareza de papéis e responsabilização compartilhada⁷. Contudo, práticas profissionais, percepções sobre o processo de trabalho, condições organizacionais e limitações estruturais influenciam a forma como a APS desempenha suas atribuições no cuidado ao câncer bucal, especialmente em regiões vulnerabilizadas⁸.

Diante desse cenário, é fundamental entender como os profissionais que atuam na linha de frente interpretam e organizam o cuidado às pessoas com suspeita ou diagnóstico de câncer de boca. O objetivo deste estudo é compreender os sentidos e práticas de cirurgiões-dentistas da atenção primária sobre a gestão do trabalho e o cuidado ao câncer de boca na rede pública de Alagoas, identificando barreiras, potencialidades e caminhos para fortalecer a integração da rede de atenção e qualificar o cuidado oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS).

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa, observacional e exploratória. A escolha pela abordagem qualitativa se justifica pela necessidade de um olhar analítico capaz de investigar os sentidos e práticas dos cirurgiões-dentistas da atenção primária em relação ao cuidado de pacientes com câncer de cavidade oral⁹.

Ao adotar uma perspectiva interpretativa-compreensiva, o estudo analisa fenômenos e relações sociais complexas na saúde, abordando questões pouco visibilizadas, como gestão, organização do trabalho, políticas públicas, afetos e a relação simbólica com o câncer¹⁰.

A pesquisa foi realizada com cirurgiões-dentistas que atuam na atenção primária, em diversos municípios alagoanos, e que avaliaram pacientes com lesões suspeitas de câncer de boca, posteriormente confirmadas por exame histopatológico em um centro de referência em Estomatologia do Estado, durante o ano de 2020.

Os participantes foram identificados por meio de um levantamento nos registros do centro de referência em Estomatologia, equipamento da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, mas que atende a toda demanda do Estado, localizado no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho, que apontou 19 profissionais. O convite a estes profissionais ocorreu por contato telefônico, ocasião em que foram apresentados os objetivos, procedimentos, cronograma, riscos e benefícios da pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), enviado eletronicamente via *Google Forms*[®].

O número final da mostra foi definido pelo critério de saturação, interrompendo-se o recrutamento quando novas entrevistas deixaram de acrescentar informações significativas¹¹, ou seja, foi considerado que se atingiu um número suficiente de participantes que propiciaram a reincidência e complementaridade das informações. Assim, a amostra final foi composta por dez cirurgiões-dentistas, identificados pela sigla CD e numerados de um a dez, de forma a manter o anonimato.

A coleta de dados envolveu mais de um instrumento, organizados em etapas sequenciais. O primeiro instrumento foi um questionário com dez questões objetivas e discursivas sobre o perfil sociodemográfico e profissional (idade, gênero, capacitações, tempo de atuação, entre outros). O questionário foi enviado eletronicamente, por meio de link gerado no *Google Forms*[®]. Em seguida, foram realizadas entrevistas individuais por videoconferência (*Teams*[®]), técnica que permite acessar discursos particulares e suas relações com estruturas de conhecimento comunitárias¹².

Utilizou-se um roteiro semiestruturado, abrangendo temas desde o primeiro contato com o paciente até o seguimento clínico e a articulação em rede, composto pelas seguintes questões norteadoras, conforme o Quadro 1.

Quadro 1. Roteiro das entrevistas semiestruturadas

Nº	Questões norteadoras
1	Como se estabeleceu o primeiro contato com o paciente com lesão suspeita de câncer de boca?
2	Quais são as facilidades no encaminhamento desses pacientes para confirmação do diagnóstico e início do tratamento oncológico?
3	Quais são as dificuldades nos mesmos processos?
4	Como foram realizados os procedimentos de avaliação, confirmação diagnóstica, seguimento clínico e tratamento?
5	O paciente retornou à unidade de origem para seguimento clínico? Se sim, como foi conduzido esse processo?
6	Qual é a importância da rede de atenção para o seu trabalho no enfrentamento ao câncer de boca?

Embora o roteiro tenha orientado todas as entrevistas, sua aplicação não ocorreu de forma rígida, permitindo ajustes na ordem das perguntas e a inclusão de questões adicionais conforme a necessidade de aprofundamento de temas emergentes durante a interação com os participantes.

As entrevistas, com duração média de 30 a 50 minutos, foram conduzidas pela pesquisadora principal com apoio da orientadora e coorientadora, sem intercorrências técnicas ou interrupções. Previamente, realizou-se alinhamento entre as pesquisadoras sobre objetivos, condução e uso do roteiro, buscando maior consistência na produção dos dados. Embora compartilhassem o mesmo campo profissional, não havia vínculo hierárquico direto com os participantes, o que favoreceu um ambiente de diálogo.

As entrevistas foram gravadas mediante autorização e submetidas posteriormente à escuta flutuante, que, segundo Campos¹³, consiste em uma aproximação inicial, aberta e não diretiva ao conteúdo empírico, permitindo às pesquisadoras um primeiro contato ampliado com o *corpus*. Essa etapa caracteriza-se pela audição reiterada das entrevistas, sem a imposição imediata de categorias analíticas prévias, favorecendo a apreensão global dos discursos, de suas nuances, recorrências, silêncios e contradições.

A escuta flutuante permite passar de uma postura descritiva para uma abordagem interpretativa, articulando o material empírico ao referencial teórico. Nesse processo, identificam-se unidades de sentido e pistas analíticas que orientam a sistematização e a construção progressiva das categorias de análise, favorecendo uma compreensão mais densa do fenômeno investigado e respeitando a complexidade dos discursos.

Em seguida, realizou-se uma entrevista em profundidade com dois cirurgiões-dentistas (um homem e uma mulher), selecionados por demonstrarem maior aproximação com o tema e por problematizarem questões relevantes durante as entrevistas iniciais. A entrevista aconteceu em um único momento, utilizando a plataforma *Teams*[®] de videoconferência, na qual participaram os dois cirurgiões-dentistas selecionados, a pesquisadora principal (cirurgiã de cabeça e pescoço) e a professora orientadora (dentista/estomatologista). Ambas as entrevistadoras atuaram também como conversadoras, e não apenas como formuladoras de perguntas¹⁴. Essa dinâmica dialógica favoreceu a discussão coletiva das categorias temáticas, considerando o lugar estratégico de cada profissional na rede de atenção.

A entrevista em profundidade seguiu roteiro semiestruturado, construído a partir de categorias preliminares identificadas na escuta flutuante das entrevistas anteriores. O roteiro abordou articulação da rede, fluxos de encaminhamento e contrarreferência, cuidado longitudinal, comunicação entre serviços e desafios na coordenação do cuidado, mantendo caráter flexível para aprofundar questões emergentes e incorporar novos temas. A entrevista foi gravada e transcrita manualmente na íntegra pela pesquisadora principal.

Para as análises, foi utilizado referencial teórico e metodológico das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano, considerando os repertórios linguísticos presentes nas entrevistas¹⁵. Foi realizada uma leitura flutuante, com leituras reiteradas e abertas, visando à familiarização com os conteúdos e à apreensão global dos discursos. Após a etapa exploratória, realizou-se a codificação inicial manual dos dados por duas pesquisadoras experientes em pesquisa qualitativa.



Previamente, houve alinhamento teórico-metodológico sobre os pressupostos analíticos, objetivos do estudo e critérios para identificação de unidades de sentido.

Essas categorias emergiram da articulação entre os conteúdos recorrentes nas falas e os objetivos da pesquisa, não sendo derivadas exclusivamente da leitura flutuante, mas de um processo progressivo de interpretação e sistematização. São elas: conhecimento técnico sobre o câncer de boca; estrutura da Rede de Atenção ao Câncer de Boca; papel do cirurgião-dentista no manejo do câncer de boca; comunicação no processo de cuidado; fragmentação do cuidado; papel da graduação; invisibilidade do câncer; e afetos mobilizados no manejo do câncer.

Após esta etapa, foram identificados os repertórios presentes nas falas das pessoas entrevistadas, com apoio da construção de mapas dialógicos¹⁶. Os mapas dialógicos consistem em uma estratégia que organiza as falas das pessoas entrevistadas a partir da identificação de vozes, posicionamentos e repertórios linguísticos, permitindo visualizar a dinâmica discursiva e os sentidos produzidos no cotidiano, ou seja, reconhecer “sobre o que se fala” em cada categoria, conforme ilustrado no Quadro 2.

As categorias analíticas finais, construídas no processo interpretativo e sustentadas pela análise dos repertórios linguísticos, foram articuladas em três eixos que expressam modos distintos de produção de sentidos sobre o cuidado no câncer de boca: (1) a rede de atenção e o papel do cirurgião-dentista; (2) a comunicação interprofissional e as “ilhas” do cuidado; e (3) a doença

que ninguém consegue ver. Esses eixos não apenas organizam os conteúdos empíricos, mas evidenciam tensões, descontinuidades e disputas de sentido presentes nas práticas de cuidado.

Os repertórios¹⁷, entendidos como “unidades de construção das práticas discursivas”, permitiram analisar como os participantes produzem e negociam sentidos por meio de termos, descrições e lugares-comuns, tornando visíveis tanto as regularidades quanto os deslocamentos nos modos de dizer sobre o câncer de boca e sua gestão no cotidiano dos serviços.

Não foi realizada validação formal dos achados com os participantes. No entanto, a entrevista em profundidade, realizada na etapa final da pesquisa, contribuiu para o aprofundamento, tensionamento e refinamento das categorias analíticas construídas, funcionando como estratégia de validação interna dos achados.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Cesmac, sob o número de parecer 5034842 (CAAE: 48270821.6.0000.0039), conforme a Resolução n.º 466/2012¹⁸ do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados dez cirurgiões-dentistas entre fevereiro e março de 2022, identificados pela sigla CD, seguida de numeração de 1 a 10, conforme a Tabela 1 com o perfil profissional das pessoas entrevistadas.

Quadro 2. Estratégia de análise (exemplo)

Categoria temática	Repertórios (sobre o que fala?)	Sentidos produzidos/ Eixo analítico
1. Conhecimento técnico sobre o câncer de boca	“Não estou preparada para lidar com o câncer” (CD10)	Segurança no diagnóstico
2. Estrutura da Rede de Atenção ao Câncer de Boca	“Se você não tem essa visão mais integral, você não consegue furar a bolha” (CD1)	Concepção integral da rede
3. Papel do cirurgião-dentista no manejo do câncer de boca	“Eu sempre tive uma queda por essa questão, porque eu gosto de puxar aquilo pra mim. Meu olhar sempre foi diferente” (CD9)	A adoção de um olhar atento
4. Comunicação no processo de cuidado	“Deve existir uma interação maior entre os profissionais, em todas as instâncias. Ter um relacionamento mais estreito” (CD2)	Acesso difícil a outros profissionais
5. Fragmentação do cuidado	“O que eu posso fazer sozinha, vou fazendo. Eu prefiro” (CD8)	Isolamento
6. Papel da graduação	“Não tive contato na faculdade, só em cursos” (CD7)	A ausência do tema na graduação
7. Invisibilidade do câncer	“A família não queria que ele soubesse do que se tratava” (CD1)	O peso e a fuga da palavra câncer
8. Afetos mobilizados no manejo do câncer	“Eu me sinto caminhando só” (CD9)	Solidão



Tabela 1. Identificação do perfil profissional dos participantes

ID	Sexo	Tempo de atuação (anos)	Formação de pós-graduação	Outros vínculos profissionais	Cursos de capacitação (<5 anos)	Conhecimento dos fluxos de referência
CD1	Feminino	16	Saúde Pública	Não	Sim	Sim
CD2	Masculino	18	Mestrado em Ciências da Saúde***	Sim	Sim	Não
CD3	Masculino	15	Saúde Pública	Não	Sim	Prefere não responder
CD4	Feminino	10	Cirurgia Oral e Odontologia Hospitalar**	Não	Não	Não
CD5	Masculino	18	Saúde da Família e Prótese	Não	Sim	Sim
CD6	Masculino	27	Saúde da Família	Não	Sim	Sim
CD7	Feminino	6	Dentística Estética	Sim	Sim	Sim
CD8	Feminino	22	Saúde da Família	Não	Sim	Sim
CD9	Feminino	18	Odontopediatria	Não	Sim	Não
CD10	Feminino	3	Endodontia***	Não	Sim	Não

Legendas: CD = Cirurgião-dentista; ***Pós-graduação *stricto sensu*; **Especialização *lato sensu*.

A maioria dos participantes era do sexo feminino (60%), dado que acompanha a tendência de feminilização da odontologia descrita na literatura¹⁹. Em relação à raça/cor, 60% dos profissionais se autodeclararam brancos.

Todos os participantes atuavam na APS em municípios de Alagoas. O tempo mínimo de atuação nesse nível de atenção foi de três anos e a maioria (80%) integrava equipes de saúde bucal há mais de dez anos, sugerindo trajetória profissional mais consolidada e maior experiência no campo. Esse achado converge com um estudo realizado no Ceará, que também identificou profissionais com maior tempo de inserção no serviço²⁰.

Por outro lado, diverge de pesquisas que apontam predominância de cirurgiões-dentistas com menor tempo de formação, inserção recente na Estratégia Saúde da Família e elevada rotatividade na atenção primária^{21,22}. Tais diferenças podem refletir especificidades regionais, condições locais de provimento e vínculos de trabalho, aspectos que influenciam a estabilidade das equipes e a continuidade do cuidado.

A REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE BOCA E O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA

A atuação dos cirurgiões-dentistas no enfrentamento do câncer de boca expõe uma tensão entre as diretrizes da PNSB^{9,23} e as práticas efetivamente realizadas na APS. Embora as RAS atribuam à atenção primária a função de ordenadora do cuidado, incluindo rastreamento, diagnóstico precoce, continuidade assistencial e articulação interprofissional²⁴, os discursos dos participantes revelam

insegurança diagnóstica, práticas fragmentadas e afastamento das responsabilidades previstas para esse nível de atenção.

Apesar disso, embora os cirurgiões-dentistas entrevistados tenham afirmado reconhecer a importância da busca ativa e do exame minucioso, admitiram não os realizarem sistematicamente em pacientes de grupos de risco. A avaliação clínica ocorre, em geral, de forma reativa, motivada por queixas espontâneas:

Eu tenho que cobrir três equipes, fica difícil. Acabo orientando aos agentes que trazam na unidade se houver alguém com queixa (CD7).

A ausência de uma prática estruturalmente organizada contrasta com estudos que registram maior adesão ao exame minucioso na APS^{25,26}, embora achados internacionais indiquem que a baixa realização desse procedimento é um problema global²⁷.

A insegurança diagnóstica surge como elemento central. Mesmo sem instrumentos formais para quantificar conhecimento, as narrativas expressam pouca familiaridade com lesões neoplásicas e dificuldades em reconhecer sinais clínicos suspeitos. Isso pode ser observado em:

Eu não tenho muita experiência com lesões cancerígenas, achei melhor ligar para a colega (CD2).

Eu fiquei tranquilo, pois achei que era outra coisa, não pensei em câncer. Fiquei muito surpreso com o diagnóstico (CD3).



Essa lacuna formativa é descrita na literatura²⁸⁻³⁰ e estudos sugerem que profissionais formados há menos tempo tendem a apresentar maior domínio do tema^{31,32}, grupo pouco representado nesta pesquisa.

Outra dimensão relevante é a dificuldade em manejar os fluxos de referência e contrarreferência. Embora os cirurgiões-dentistas reconheçam a necessidade de encaminhamento após a identificação de lesões suspeitas, mostram-se inseguros quanto aos protocolos formais da rede. Como resposta, recorrem frequentemente a contatos pessoais para antecipar o acesso dos pacientes aos demais níveis de atenção, configurando redes paralelas que substituem, na prática, a RAS institucionalizada. Essa estratégia aparece claramente em falas como:

Quando a gente encaminha pelo setor de referência e contrarreferência, eu acho muito impessoal. Se você tem um acesso direto, é muito melhor (CD2).

Se eu não tivesse um conhecimento (referindo-se a uma colega), ia ser muito mais difícil (CD3).

A primeira coisa que eu fiz foi ligar para uma colega, porque aqui não tem CEO (CD4).

A facilidade é que eu tenho meus contatos e mando o paciente pra quem atender mais rápido (CD6).

Sob a perspectiva dos entrevistados, as ações do cirurgião-dentista no cuidado ao câncer de boca permanecem restritas quase exclusivamente à identificação de lesões suspeitas e ao encaminhamento dos pacientes para os níveis secundário ou terciário. Essa compreensão aparece de forma explícita nos relatos:

Ah, a gente tem muitas atribuições, então não dá pra acompanhar todo o processo (CD2).

O que acontece depois do diagnóstico não depende de mim, não posso agir mais (CD5).

A sobrecarga e a percepção de limites operacionais também são evidenciadas em falas como:

A regulação é extremamente importante, porque eu chego no meu limite (CD8).

Além disso, alguns participantes reconhecem que essa atuação restrita está relacionada à falta de compreensão sobre as responsabilidades da APS no âmbito do SUS:

Você precisa entender o que é assistência no setor público, dentro de uma atenção primária, tem

que ter clareza desse papel. Pode até ser ótimo profissional, mas lhe falta essa visão desse papel (CD1).

Esses depoimentos reforçam que, apesar das diretrizes que atribuem centralidade à APS na coordenação do cuidado, persiste a percepção do cirurgião-dentista como um ator periférico, condicionado por barreiras estruturais, lacunas formativas e pela sobrecarga do trabalho.

Para os entrevistados, essa atuação predominantemente centrada no diagnóstico e no encaminhamento não se explica apenas por limitações individuais, mas também pelas fragilidades na comunicação interprofissional, traduzidas em um fluxo de trabalho fragmentado, em que cada categoria profissional atua de forma isolada, com poucas oportunidades de trocas sistemáticas de informação e de responsabilização pelos casos.

A COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL E AS “ILHAS” DO CUIDADO

Os cirurgiões-dentistas apontam de maneira unânime que um dos principais entraves à continuidade do cuidado é o difícil acesso aos demais níveis da RAS, evidenciando fragilidades estruturais e relacionais no processo de coordenação. A comunicação interprofissional emerge como um ponto crítico de ruptura:

Eu ainda cheguei a conversar com a assistente social, porque quando o paciente voltava, ele só trazia a solicitação de exames, mas nada que falasse do caso dele. Eu não tive essa resposta, foi bem vazio (CD10).

Essa situação revela que, embora existam instrumentos formais para comunicação entre níveis de atenção, como formulários de referência e contrarreferência, estes são subutilizados ou não valorizados, como aponta a literatura³³. Esse desuso reforça a predominância de práticas isoladas e desconexas, que fragilizam o princípio da integralidade.

O sistema de referência e contrarreferência deveria garantir a continuidade assistencial por meio da circulação de informações e da articulação eficiente entre serviços³⁴. Sua fragilidade repercute diretamente na conformação de um cuidado fragmentado, como descreve Lacerda³³, resultado tanto de lacunas de conhecimento dos profissionais sobre o sistema quanto da ausência de gerenciamento que promova formação permanente, supervisão e integração. Os relatos dos cirurgiões-dentistas deste estudo ilustram essa fragmentação por meio da metáfora das “ilhas de cuidado”:

São muitas interrupções nos processos de trabalho; o profissional acaba deixando pra depois (CD1).

Deveria existir maior interação entre os profissionais, em todas as instâncias; ter um relacionamento mais estreito (CD2).

Se eu não conhecesse uma colega na atenção secundária, estaria perdido (CD3).

Eu até fiz um relatório para encaminhar o paciente, mas não sei pra quem ele foi endereçado (CD4).

Esse distanciamento entre pontos da rede se traduz em falhas concretas na devolutiva ao nível primário, produzindo insegurança e descontinuidade:

A gente não tem resposta pra nada (CD5).

Não sei o que aconteceu na consulta com o especialista (CD6).

Não recebo notícias desses pacientes (CD7).

O que eu posso fazer sozinha vou fazendo (CD8).

Muitas vezes me sinto caminhando só (CD9).

Tais falas ilustram um cenário de isolamento profissional em que a APS, em vez de coordenar o cuidado, permanece desarticulada dos demais serviços, operando à margem dos fluxos institucionais da RAS.

No caso específico do câncer de boca, cujo manejo exige articulação multiprofissional e continuidade assistencial, esse isolamento torna-se ainda mais crítico. O ato de referenciar, que deveria implicar corresponsabilização compartilhada, é frequentemente interpretado como transferência de responsabilidade. Essa percepção aparece em relatos como:

A gente quer ajudar, mas não tem muito o que fazer (CD4).

O paciente já estava entregue à equipe de Oncologia (CD5).

É só isso que a gente pode fazer (CD7).

Essas narrativas demonstram uma compreensão do papel do cirurgião-dentista limitada ao diagnóstico e encaminhamento, sem participação ativa nas etapas de acompanhamento, prevenção de agravos e reabilitação, apesar das recomendações científicas que apontam para

a centralidade do cirurgião-dentista no manejo das complicações decorrentes do tratamento³⁵.

Mais uma vez, surgem as lacunas formativas e a ideia de um modelo de atenção ainda fortemente centrado no especialista. Tal modelo opera por níveis hierarquizados, e não por redes colaborativas, reforçando a distância entre APS e atenção terciária. A ausência de comunicação estruturada amplia o risco de interrupção do tratamento, piora prognóstica e retorno inadequado do paciente à APS, comprometendo a integralidade do cuidado e a governança operacional da RAS.

Nesse cenário, o vínculo emerge como tecnologia leve com potencial de mitigar, ainda que parcialmente, a fragmentação do cuidado. As narrativas demonstram como o vínculo interpessoal funciona como ponte entre “ilhas de cuidado”, impulsionando ações de coordenação baseadas no compromisso ético e afetivo do profissional, e não nas estruturas formais da rede:

Eu não larguei mais ele de vista. Criou-se um vínculo de confiança (CD1).

Tratei esse caso como se eu estivesse com câncer (CD3).

Ele me via como uma segurança (CD4).

A família sempre entra em contato. Não passo três meses sem vê-los (CD6).

Eu mesma ligo pra saber como está o paciente (CD8).

Hoje são pessoas que eu tenho um carinho muito grande (CD9).

Tais práticas reforçam o papel subjetivo e relacional da APS, mas também evidenciam que a continuidade do cuidado, em muitos casos, depende mais da iniciativa individual do profissional do que da força institucional da RAS.

Observa-se que a ausência de sistemas de informação integrados, de protocolos claros e de mecanismos estruturados de comunicação interprofissional desloca a responsabilidade pela coordenação do cuidado para a esfera micro, individual, e não para as esferas meso e macro da gestão da rede. Isso produz desigualdades, sobrecarga emocional e insegurança profissional, além de comprometer a efetividade da APS como ordenadora do cuidado. Em síntese, o conjunto das narrativas evidencia um cenário em que o cuidado é fragmentado, a comunicação é frágil, a articulação entre níveis é incipiente



e o papel do cirurgião-dentista permanece reduzido frente ao potencial atribuído pelas políticas de saúde, revelando a distância ainda existente entre o modelo prescrito e o modelo vivido pelos profissionais.

A DOENÇA QUE NINGUÉM CONSEGUE VER

Entre os entrevistados, todos relataram ter diagnosticado menos de cinco casos de câncer de boca ao longo de trajetórias que, em 90% dos casos, ultrapassam dez anos de atuação. Esses dados suscitam uma questão central: se os profissionais percebem o câncer de boca como um evento incomum, onde estão os casos que não chegam à APS? Essa percepção emerge de forma contundente nos relatos:

Em 15 anos de profissão, eu nunca havia passado por essa experiência. Esse foi meu único caso (CD3).

O que chega pra gente é mínimo. Em três anos no posto em que estou, só atendi um caso. Não acredito que o número seja esse (CD4).

Tenho seis anos de formada, atendi três casos nesse período (CD6).

Não é comum falar sobre câncer, é uma doença rara. Em mais de 20 anos, atendi só 4 pacientes (CD7).

A fala do CD2 sintetiza essa percepção ao descrever o câncer bucal como “um tumor que se esconde”. Esse conceito, porém, abre espaço para uma reflexão sobre os fatores que dificultam o diagnóstico dessa neoplasia.

Em teoria, o exame clínico da cavidade oral permitiria a detecção precoce do câncer bucal. Contudo, a literatura é clara ao afirmar que o atraso diagnóstico envolve múltiplas dimensões: fatores do paciente, do profissional e do sistema⁵. Nas falas dos entrevistados, observa-se a predominância da responsabilização do usuário:

Era vendedor ambulante e negligenciava a própria saúde (CD2).

Os pacientes não têm noção do câncer de boca (CD4).

O paciente não havia se queixado de nada (CD6).

Passados uns seis meses, o paciente ainda não havia retornado. Eu fui atrás (CD9).

De fato, estudos mostram que fatores relacionados ao paciente, como desconhecimento, medo, adiamento

da busca por cuidado, estão associados ao diagnóstico tardio^{36,37}. Porém, pesquisas também evidenciam que a responsabilidade não é exclusivamente do usuário.

Entre os profissionais, o atraso também está associado à insegurança técnica. Nesta amostra, composta majoritariamente por cirurgiões-dentistas com mais de dez anos de atuação, todos relataram incerteza na identificação de lesões suspeitas e falta de preparo para procedimentos diagnósticos. As falas são contundentes:

Sou formada há 30 anos, mas só há três anos tive acesso ao conhecimento da prática do manejo do câncer (CD1).

Não tive nenhum contato com o câncer na graduação (CD7).

Nunca tive contato na graduação, nem pensar (CD8).

Me sinto despreparada. Essa experiência me travou um pouco (CD10).

Estudos corroboram essa realidade e apontam a necessidade de reformulação curricular para fortalecer competências preventivas e diagnósticas, especialmente no campo do câncer de boca^{38,39}.

Os medos, estigmas e afetos mobilizados nesse contexto aparecem repetidamente nas falas:

O paciente não voltou. Ele tinha muito medo (CD1).

A família não queria que o paciente soubesse (CD2).

A paciente ficou aterrorizada (CD3).

Eles ficam assustados (CD4).

O paciente até chorou (CD7).

Eles dizem “aquela doença ruim” (CD8).

O câncer aqui no interior liga muito à morte (CD10).

Medo dessa doença miserável (CD5).

O manejo do câncer convoca dimensões que extrapolam o técnico: coloca em cena a finitude, o sofrimento e a necessidade de reorganização da própria vida. Como lembra o Instituto Nacional de Câncer

(INCA)⁴⁰, existe sempre um sujeito vivendo naquele corpo doente, com medo, fragilidades e histórias. Os entrevistados reconhecem essa dimensão humana:

O lado emocional pesa muito. Você está colocando em xeque sua existência (CD5).

A gente não vê doentes, a gente vê pessoas (CD10).

Apesar das dificuldades, as falas revelam um movimento de abertura. Os profissionais mostram disposição para ampliar seu repertório, reconhecer limites e fortalecer seu papel na linha de cuidado. Há esforços para enfrentar medos, buscar formação e acompanhar casos com mais corresponsabilidade, como exemplifica CD9, que, sem retorno do paciente, “foi atrás”. Esses gestos evidenciam um compromisso ético em sustentar o cuidado, mesmo diante dos estigmas que cercam a doença.

O cuidado ao câncer de boca exige profissionais capazes de integrar aspectos técnicos e sensíveis, reconhecendo limites sem perder o compromisso com o cuidado. Esse processo requer resiliência, apoio institucional, redes colaborativas, comunicação interprofissional e formação contínua. Apesar de o câncer muitas vezes “se esconder”, sua condução se torna mais clara quando o trabalho é compartilhado e os medos são nomeados, evitando o isolamento profissional. O material empírico aponta um movimento positivo: mesmo diante de fragilidades, há desejo de aprender, valorização da dimensão humana e disposição para buscar o paciente, indicando novas possibilidades de diálogo, cooperação e construção conjunta do cuidado.

CONCLUSÃO

O manejo do câncer de boca na APS em Alagoas é marcado por insegurança diagnóstica, fragilidades formativas e dificuldades de articulação com os demais níveis da RAS. Apesar de a APS ser normativamente responsável pela detecção precoce, coordenação do cuidado e acompanhamento dos casos, os cirurgiões-dentistas restringem sua atuação ao diagnóstico e encaminhamento, afastando-se de ações preventivas, do acompanhamento longitudinal e de práticas integrais.

A comunicação interprofissional limitada, a desarticulação dos fluxos formais de referência e contrarreferência, e a dependência de redes informais evidenciam que os desafios ultrapassam a dimensão técnica e refletem condições estruturais do território. Ainda assim, vínculos estabelecidos entre profissionais e usuários emergem como importante força de cuidado, parcialmente compensando lacunas institucionais. Ao

visibilizar sentidos, práticas e limites vivenciados na APS, o estudo contribui para orientar ações que potencializem a integralidade e a efetividade do cuidado oncológico no SUS em Alagoas, sobretudo, para a qualificação da formação em saúde bucal, fortalecimento da coordenação do cuidado e aprimoramento dos fluxos assistenciais no SUS.

Ao valorizar dados qualitativos produzidos a partir das narrativas dos participantes, este estudo acrescenta à literatura elementos frequentemente pouco explorados em pesquisas sobre câncer de boca: os afetos mobilizados no cuidado, os sentimentos de solidão e responsabilidade profissional, as estratégias cotidianas para lidar com incertezas diagnósticas e os impactos subjetivos da insegurança no manejo clínico. Além de mapear barreiras estruturais, os achados evidenciam como emoções, relações interpessoais e experiências concretas de trabalho influenciam decisões clínicas, encaminhamentos e continuidade do cuidado. Em um contexto nordestino ainda pouco investigado, o estudo oferece subsídios relevantes para a qualificação da formação em saúde bucal, o fortalecimento da coordenação do cuidado e a construção de redes assistenciais mais integrais e sensíveis às dimensões humanas do trabalho em saúde.

Por fim, este estudo concentrou-se nos cirurgiões-dentistas. Reconhece-se, porém, a necessidade de incluir outras perspectivas de profissionais de saúde, gestores e pessoas diagnosticadas com câncer de boca. Assim, embora constitua uma limitação, essa escolha abre possibilidades para investigações futuras que considerem de forma mais ampla os diferentes atores envolvidos no manejo do cuidado na atenção primária.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados devem ser solicitados ao autor correspondente, por conter dados sensíveis.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.



REFERÊNCIAS

- Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2026 [acesso 2026 jul 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>
- Cancela MC, Costa LM, Martins LFL, et al. Disparities in stage at diagnosis of head and neck tumours in Brazil: a comprehensive analysis of hospital-based cancer registries. *Lancet Reg Health Am.* 2025;42:100986. doi: <https://www.doi.org/10.1016/j.lana.2024.100986>
- Le Champion ACOV, Ribeiro CMB, Luiz RR, et al. Low survival rates of oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Int J Dent.* 2017;2017:5815493. doi: <https://www.doi.org/10.1155/2017/5815493>
- Silva CE, Rezende MC, Araújo BBC, et al. Tendência temporal da mortalidade por câncer de boca no Brasil, 1997-2023. *Rev Bras Cancerol.* 2025;71(4):e-5374. doi: <https://www.doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n4.5374>
- Le Champion ACOV, Santos KCB, Carmo ES, et al. Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. *Cad Saude Colet.* 2016;24(2):178-84. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020004>
- Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementação das diretrizes [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso 2026 20 jan]. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
- Carrer FCA, Pucca Junior GA, Araujo ME, organizadores. SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir [Internet]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2019 [acesso 2026 20 jan]. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Saude_Bucal_e_o_SUS.pdf
- Lima FLT, O'Dwyer G. Análise das condutas estratégicas de gestores e profissionais para a prevenção e o controle do câncer bucal. *Physis: Rev Saúde Coletiva.* 2023;33:e33054. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333054>
- Minayo MCS. Origem inusitada da pesquisa qualitativa em ciências sociais no Brasil. *Hist cienc saude-Manguinhos.* 2020;27(3):919-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702020000400012>
- Slomp Júnior H, Franco TB, Merhy EE. Projeto terapêutico como dispositivo para o cuidado compartilhado. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2022.
- Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual* [Internet]. 2017 [acesso 2026 jun 2];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
- Quesada MAR, Quintana ARH. El método etnográfico y su relación con el análisis de dominio. *Biblios* [Internet]. 2016 [acesso 2022 ago 11];(61):70-84. Disponível em: <https://biblios.pitt.edu/ojs/index.php/biblios/article/view/250>
- Campos ÉBV. Delineamento de pesquisa no campo psicanalítico: uma proposição sintética. *Psicol Clin.* 2021;33(3):487-505.
- Spink PK. O pesquisador conversador no cotidiano. *Psicol Soc.* 2008;20(spe):70-7.
- Spink P. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicol Soc.* 2003;15(2):18-42.
- Spink MJ, Menegon VM, Medrado B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicol Soc.* 2014;26(1):32-43. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100005>.
- Bonafé A, Zamarchi TG, David PF, et al. Perfil do cirurgião-dentista na rede pública de saúde de Santa Maria/RS e a percepção sobre o processo de trabalho. *Discip Sci Ser Ciênc Saude.* 2022;23(3):93-105. doi: <https://doi.org/10.37777/dscs.v23n3-007>
- Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Edição 112; Seção 1:59
- Amarante LF, Nuto SAS, Forte FDS, et al. Perfis profissionais e práticas educativas de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate.* 2024;48(140):e8535. doi: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408535P>
- Braun PL, Rosa SV, Orsi JSR, et al. Cuidados públicos em saúde bucal ofertado às pessoas com deficiência: a educação permanente no Sistema Único de Saúde. *Rev ABENO.* 2024;24(1):2143. doi: <https://doi.org/10.30979/revabeno.v24i1.2143>
- Amarante LF, Forte FDS, Nuto SAS. Educação popular na saúde bucal: análise de práticas educativas na Atenção Primária. *Physis: Rev Saúde Colet.* 2024;34:e34086. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434086pt>
- Ministério da Saúde (BR). A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
- Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ, organizadores. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar



- quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Recife: UFPE; 2016.
24. Silva ATO, França GM, Oliveira CRR, et al. Intervenção educativa entre dentistas do SUS sobre câncer de boca e de orofaringe: ensaio comunitário. *Rev Ciênc Méd Biol.* 2025;24(3):772-82. doi: <https://www.doi.org/10.9771/cmbio.v24i3.64450>
 25. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol.* 2009;45(4-5):309-16. doi: <https://www.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.06.002>
 26. Hassona Y, Scully C, Shahin A, et al. Factors influencing early detection of oral cancer by primary health-care professionals. *J Cancer Educ.* 2016;31(2):285-91. doi: <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0823-2>
 27. Oliveira SRS, Gonzaga AKG. Câncer de boca: avaliação do conhecimento de cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família de Mossoró (RN). *Rev Cienc Plur.* 2020;6(3):137-53. doi: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2020v6n3ID19940>
 28. Roxo-Gonçalves M, Strey JR, Bavaresco CS, et al. Teledentistry: a tool to promote continuing education actions on oral medicine for primary healthcare professionals. *Telemed J E Health.* 2017;23(4):327-33. doi: <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0101>
 29. Farina F, Cirillo N. Estimating the benefits of oral cancer screening. *Cancers (Basel).* 2024;16(23):4110. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers16234110>
 30. Spaulonci GP, Souza RS, Pecorari VG, et al. Oral cancer knowledge assessment: newly graduated versus senior dental clinicians. *Int J Dent.* 2018;2018:1-6. doi: <https://doi.org/10.1155/2018/9368918>
 31. Almeida HB, Vanderlei LCM, Mendes MFM, et al. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. *Cad Saude Publica.* 2021;37(2):1-12. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022020>
 32. Polati AM, Silva CR, Souza LB, et al. Coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde na rede de atenção. *Rev Med (Ribeirão Preto).* 2024;57(1):e220586. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.220586>
 33. Lacerda RST, Almeida PF. Coordenação do cuidado: uma análise por meio da experiência de médicos da Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu).* 2023;27:e220665. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.220665>
 34. Lalla RV, Bowen J, Barasch A, et al. Oral complications at different stages of cancer therapy. *CA Cancer J Clin.* 2022;72(1):57-77. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21711>
 35. Rivera C, Venegas B. Histological and molecular aspects of oral cancer and its implications for diagnosis and treatment. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2022;27(3):e271-80. doi: <https://doi.org/10.4317/medoral.25145>
 36. Lima AMC, Meira IA, Soares MSM, et al. Delay in diagnosis of oral cancer: a systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2021;26(6):e815-24. doi: <https://doi.org/10.4317/medoral.24808>
 37. Lopes GM, Sousa MNA, Santos JN, et al. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre câncer de boca e orofaringe. *Res Soc Dev.* 2022;11(9):e31663. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31663>
 38. Lima Medeiros Y, Matos Silveira G, Clemente VB, et al. Knowledge about oral cancer among dental students and Primary Health Care dentists: a Brazilian study. *J Dent Educ.* 2022;86(11):1488-97. doi: <https://doi.org/10.1002/jdd.13021>
 39. Carvalho JC, Duque ACR. O papel do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce do carcinoma espinocelular bucal. *Braz J Health Rev.* 2021;4(5):19555-60. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-088>
 40. Instituto Nacional de Câncer. Hospital do Câncer I. Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico? Rio de Janeiro: INCA; 2014.

Recebido em 8/12/2025
Aprovado em 6/5/2026

