

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

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

Percepções de Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária sobre o Cuidado no Câncer de Boca em Alagoas: das “Ilhas” ao Encontro
Perceptions of Primary Health Care Dentists on Oral Cancer Care in Alagoas: from “Islands” to Encounter

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

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.

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 Buciais; 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.

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/0000-0002-1682-3648>;

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>

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



INTRODUCCIÓN

El cáncer de la cavidad oral constituye un problema relevante de salud pública en el Brasil, pero su expresión epidemiológica es especialmente crítica en contextos marcados por desigualdades socioeconómicas, como en el estado de Alagoas. Para cada año del trienio 2026-2028 se estiman 210 nuevos casos en el territorio alagoano, número notorio cuando se consideran el tamaño poblacional, la desigual distribución de los servicios y la concentración de la atención especializada en la capital^{1,2}. Además de la incidencia, preocupa la mortalidad proporcionalmente elevada en el estado, atribuida frecuentemente al diagnóstico tardío, al acceso restringido a servicios oncológicos y a las fragilidades estructurales que atraviesan la red de atención^{3,4}.

Las vulnerabilidades sociales y territoriales de Alagoas, que presenta históricamente uno de los menores Índices de Desarrollo Humano del país, repercuten directamente en la capacidad del sistema de salud para asegurar la continuidad e integridad del cuidado. La precariedad de los flujos asistenciales, la dependencia de pocos centros de referencia y la persistencia de barreras geográficas y organizacionales producen itinerarios fragmentados y largos tiempos de espera para diagnóstico y tratamiento⁵. En este escenario, el recorrido de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer bucal tiende a estar marcado por la desarticulación entre niveles asistenciales y por la ausencia de mecanismos efectivos de retorno de las informaciones hacia el punto de origen⁵.

La Atención Primaria a la Salud (APS) ocupa una posición estratégica en el enfrentamiento de este agravamiento. Conforme a lo que recomienda la Política Nacional de Salud Bucal (PNSB), es tarea de la APS realizar la vigilancia activa de lesiones sospechosas, desarrollar acciones sistemáticas de prevención, garantizar la coordinación del cuidado, acompañar los casos derivados y articularse con los servicios especializados⁶. Sin embargo, las evidencias señalan que, en Alagoas, como en la mayoría de los estados, persisten fragilidades en el registro, en el acompañamiento y en la comunicación entre APS y atención especializada, revelando una brecha entre lo que está normado por la política y lo que se concreta en el día a día de los servicios^{5,7}.

La literatura también señala que la efectividad de las Redes de Atención a la Salud (RAS) depende de la articulación horizontal y vertical entre sus componentes, lo que requiere comunicación activa, claridad de roles y responsabilización compartida⁷. No obstante, prácticas profesionales, percepciones sobre el proceso de trabajo, condiciones organizacionales y limitaciones estructurales influyen en cómo la APS desempeña sus atribuciones

en el cuidado al cáncer bucal, especialmente en regiones vulnerables⁸.

Frente a este escenario, es fundamental entender cómo interpretan y organizan los profesionales que actúan en la línea de frente el cuidado a las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer bucal. El objetivo de este estudio es comprender los sentidos y prácticas de los cirujanos dentistas de la atención primaria sobre la gestión del trabajo y el cuidado al cáncer bucal en la red pública de Alagoas, identificando barreras, potenciales y caminos para fortalecer la integración de la red de atención y mejorar la calidad del cuidado oncológico en el Sistema Único de Salud (SUS).

MÉTODO

Estudio de naturaleza cualitativa, observacional y exploratoria. La elección del enfoque cualitativo se justifica por la necesidad de una mirada analítica capaz de investigar los sentidos y prácticas de los cirujanos dentistas de la atención primaria con relación al cuidado de pacientes con cáncer de cavidad oral⁹.

Al adoptar una perspectiva interpretativa-comprensiva, el estudio analiza fenómenos y relaciones sociales complejas en la salud, abordando asuntos poco visibilizados, como gestión, organización del trabajo, políticas públicas, afectos y la relación simbólica con el cáncer¹⁰.

La investigación se realizó con cirujanos dentistas que laboran en la atención primaria, en diversos municipios alagoanos, y que evaluaron a pacientes con lesiones sospechosas de cáncer bucal, confirmadas posteriormente mediante examen histopatológico en un centro de referencia en estomatología del estado, durante el año 2020.

Los participantes fueron identificados mediante una búsqueda en los registros del centro de referencia en estomatología, de la Secretaría Municipal de Salud de Maceió, pero que atiende toda la demanda del estado, ubicado en el PAM Salgado (Centro de Especialidad), que señaló a 19 profesionales. La invitación a estos profesionales se hizo por contacto telefónico, momento en el que se les presentaron los objetivos, procedimientos, cronograma, riesgos y beneficios de la investigación. Todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE), enviado electrónicamente vía *Google Forms*[®].

El número final de la muestra fue definido mediante el criterio de saturación, interrumpiéndose el reclutamiento cuando nuevas entrevistas dejaron de acrecentar informaciones significativas¹¹, o sea, se consideró que se alcanzó un número suficiente de participantes que propiciaron la reincidencia y complementariedad de las

informaciones. Así, la muestra final estuvo conformada por diez cirujanos dentistas, identificados con la sigla CD y numerados del uno al diez, buscando mantener el anonimato.

La obtención de los datos involucró más de un instrumento, organizados en etapas secuenciales. El primer instrumento fue un cuestionario con diez preguntas objetivas y discursivas sobre el perfil sociodemográfico y profesional (edad, género, formación, tiempo de actuación, entre otros). El cuestionario fue enviado electrónicamente, por medio de un enlace en el *Google Forms*[®]. A continuación, se realizaron entrevistas individuales mediante videoconferencia (*Teams*[®]), técnica que permite acceder a discursos particulares y sus relaciones con estructuras de conocimiento comunitarias¹².

Se usó un guion semiestructurado, abarcando temas desde el primer contacto con el paciente hasta el seguimiento clínico y la articulación en red, compuesto por las preguntas orientadoras presentadas en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Guion de las entrevistas semiestructuradas

Nº	Preguntas orientadoras
1	¿Cómo se estableció el primer contacto con el paciente con lesión sospechosa de cáncer bucal?
2	¿Cuáles son las facilidades en el encaminamiento de esos pacientes hacia la confirmación del diagnóstico y el inicio del tratamiento oncológico?
3	¿Cuáles son las dificultades en los mismos procesos?
4	¿Cómo fueron realizados los procedimientos de evaluación, confirmación diagnóstica, seguimiento clínico y tratamiento?
5	¿Retornó el paciente a la unidad de origen para seguimiento clínico? Si fue así, ¿cómo se realizó este proceso?
6	¿Cuál es la importancia de la red de atención para su trabajo en el enfrentamiento al cáncer bucal?

Aunque el guion haya orientado todas las entrevistas, su aplicación no ocurrió de forma rígida, permitiendo ajustes en el orden de las preguntas y la inclusión de preguntas adicionales según la necesidad de profundizar temas surgidos durante la interacción con los participantes.

Las entrevistas, con duración promedio de 30 a 50 minutos, fueron realizadas por la investigadora principal con el apoyo de la asesora principal y la asesora secundaria, sin interferencias técnicas o interrupciones. Previamente, se realizó un alineamiento entre las investigadoras sobre objetivos, realización y uso del guion, buscando mayor consistencia en la producción de los datos. Aunque compartiesen el mismo campo profesional, no había

vínculo jerárquico directo con los participantes, lo que favoreció un ambiente de diálogo.

Las entrevistas fueron grabadas mediante autorización y sometidas posteriormente a la escucha fluctuante, que, según Campos¹³, consiste en una aproximación inicial, abierta y no dirigida al contenido empírico, permitiendo a las investigadoras un primer contacto ampliado con el *corpus*. Esta etapa se caracteriza por la audición reiterada de las entrevistas, sin la imposición inmediata de categorías analíticas previas, favoreciendo la aprehensión global de los discursos, de sus matices, recurrencias, silencios y contradicciones.

La escucha fluctuante permite pasar de una postura descriptiva hacia un enfoque interpretativo, articulando el material empírico al referencial teórico. En este proceso se identifican unidades de sentido y pistas analíticas que orientan la sistematización y la construcción progresiva de las categorías de análisis, favoreciendo una comprensión más densa del fenómeno investigado y respetando la complejidad de los discursos.

A continuación, se realizó una entrevista en profundidad con dos cirujanos dentistas (un hombre y una mujer), seleccionados por demostrar mayor aproximación con el tema y por problematizar cuestiones relevantes durante las entrevistas iniciales. La entrevista sucedió en un único momento, utilizando la plataforma de videoconferencia *Teams*[®], en la cual participaron los dos cirujanos dentistas seleccionados, la investigadora principal (cirujana de cabeza y cuello) y la profesora asesora (dentista/estomatóloga). Ambas entrevistadoras actuaron también como conversadoras, y no solo como formuladoras de preguntas¹⁴. Esta dinámica dialógica favoreció la discusión colectiva de las categorías temáticas, considerando el lugar estratégico de cada profesional en la red de atención.

La entrevista en profundidad siguió un guion semiestructurado, construido a partir de categorías preliminares identificadas en la escucha fluctuante de las entrevistas anteriores. El guion abordó articulación de la red, flujos de encaminamiento y contrarreferencia, cuidado longitudinal, comunicación entre servicios y desafíos en la coordinación del cuidado, manteniendo carácter flexible para profundizar cuestiones emergentes e incorporar nuevos temas. La entrevista fue grabada e íntegramente transcrita de forma manual por la investigadora principal.

Para los análisis se usó el marco referencial teórico y metodológico de las Prácticas Discursivas y Producción de Sentidos en el Cotidiano, considerando los repertorios lingüísticos presentes en las entrevistas¹⁵. Fue realizada una lectura fluctuante, con lecturas reiteradas y abiertas, buscando la familiaridad con los contenidos y la percepción global de los discursos. Después de la etapa

exploratoria, dos investigadoras expertas en investigación cualitativa realizaron la codificación inicial manual de los datos. Previamente, hubo un alineamiento teórico metodológico sobre los presupuestos analíticos, objetivos del estudio y criterios para la identificación de unidades de sentido.

Estas categorías surgieron de la articulación entre los contenidos recurrentes en las declaraciones y los objetivos de la investigación, no siendo derivadas exclusivamente de la lectura fluctuante, sino de un proceso progresivo de interpretación y sistematización. Ellas son: conocimiento técnico sobre el cáncer bucal; estructura de la Red de Atención al Cáncer Bucal; papel del cirujano dentista en el manejo del cáncer bucal; comunicación en el proceso de cuidado; fragmentación del cuidado; papel de la formación; invisibilidad del cáncer; y afectos movilizados en el manejo del cáncer.

Después de esta etapa, fueron identificados los repertorios presentes en las declaraciones de las personas entrevistadas, con el apoyo de la construcción de mapas dialógicos¹⁶. Los mapas dialógicos consisten en una estrategia que organiza las declaraciones de las personas entrevistadas a partir de la identificación de voces, posicionamientos y repertorios lingüísticos, permitiendo visualizar la dinámica discursiva y los sentidos producidos cotidianamente, o sea, reconocer “sobre qué se habla” en cada categoría, conforme se ilustra en el Cuadro 2.

Las categorías analíticas finales, construidas en el proceso interpretativo y sustentadas por el análisis de

los repertorios lingüísticos, fueron articuladas en tres ejes que expresan modos distintos de producción de sentidos sobre el cuidado en el cáncer bucal: (1) la red de atención y el papel del cirujano dentista; (2) la comunicación interprofesional y las “islas” del cuidado; y (3) la enfermedad que nadie logra ver. Estos ejes no solo organizan los contenidos empíricos, sino evidencian tensiones, discontinuidades y disputas de sentido presentes en las prácticas de cuidado.

Los repertorios¹⁷, entendidos como “unidades de construcción de las prácticas discursivas”, permitieron analizar cómo los participantes producen y negocian sentidos por medio de términos, descripciones y lugares comunes, haciendo visibles tanto las regularidades como los desplazamientos en los modos de hablar sobre el cáncer bucal y su gestión en el día a día de los servicios.

No se realizó una validación formal de los hallazgos con los participantes. Sin embargo, la entrevista en profundidad, realizada en la etapa final de la investigación, contribuyó a la profundización, tensionamiento y refinamiento de las categorías analíticas construidas, funcionando como estrategia de validación interna de los hallazgos.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa del Centro Universitario Cesmac, con el número de parecer 5034842 (CAAE: 48270821.6.0000.0039), en conformidad con la Resolución n.º 466/2012¹⁸ del Consejo Nacional de Salud.

Cuadro 2. Estrategia de análisis (ejemplo)

Categoría temática	Repertorios (¿sobre qué se habla?)	Sentidos producidos/ Eje analítico
1. Conocimiento técnico sobre el cáncer bucal	“No estoy preparada para enfrentar el cáncer” (CD10)	Seguridad en el diagnóstico
2. Estructura de la Red de Atención al Cáncer Bucal	“Si no tienes esta visión más integral, no logras salir de la burbuja” (CD1)	Concepción integral de la red
3. Papel del cirujano dentista en el manejo del cáncer bucal	“Siempre tuve una atracción por este asunto, porque me gusta atraer aquello hacia mí. Mi perspectiva siempre fue diferente” (CD9)	La adopción de una mirada atenta
4. Comunicación en el proceso de cuidado	“Debe existir una interacción mayor entre los profesionales, en todas las instancias. Tener un relacionamiento más estrecho” (CD2)	Acceso difícil a otros profesionales
5. Fragmentación del cuidado	“Lo que puedo hacer sola, lo voy haciendo. Prefiero” (CD8)	Aislamiento
6. Papel de la formación	“No tuve contacto en la facultad, solo en cursos” (CD7)	La ausencia del tema en el pregrado
7. Invisibilidad del cáncer	“La familia no quería que él supiese de lo que se trataba” (CD1)	El peso y la fuga de la palabra cáncer
8. Afectos movilizados en el manejo del cáncer	“Me siento como caminando solo” (CD9)	Soledad

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Fueron entrevistados diez cirujanos dentistas entre febrero y marzo de 2022, identificados por la sigla CD, seguida de numeración de 1 a 10, según la Tabla 1 con el perfil profesional de las personas entrevistadas.

La mayoría de los participantes era de sexo femenino (60%), dato que sigue la tendencia de feminización de la odontología descrita en la literatura¹⁹. Con relación a la raza/color, el 60% de los profesionales se autodeclaró blanco.

Todos los participantes laboraban en la APS en municipios de Alagoas. El tiempo mínimo de actuación en ese nivel de atención fue de tres años y la mayoría (80%) integraba equipos de salud bucal hace más de diez años, sugiriendo una trayectoria profesional más consolidada y mayor experiencia en el campo. Este hallazgo converge con un estudio realizado en Ceará, que también identificó profesionales con mayor tiempo de inserción en el servicio²⁰.

Por otro lado, diverge de investigaciones que señalan predominio de cirujanos dentistas con menor tiempo de formación, inserción reciente en la Estrategia Salud de la Familia y elevada rotación en la atención primaria^{21,22}. Tales diferencias pueden reflejar especificidades regionales, condiciones locales de abastecimiento y vínculos de

trabajo, aspectos que influyen en la estabilidad de los equipos y la continuidad del cuidado.

LA RED DE ATENCIÓN AL CÁNCER BUCAL Y EL PAPEL DEL CIRUJANO DENTISTA

La actuación de los cirujanos dentistas en el enfrentamiento del cáncer bucal expone una tensión entre las guías de la PNSB^{9,23} y las prácticas efectivamente realizadas en la APS. Aunque las RAS le atribuyan a la atención primaria la función de ordenadora del cuidado, incluyendo prevención, diagnóstico temprano, continuidad asistencial y articulación interprofesional²⁴, los discursos de los participantes revelan inseguridad diagnóstica, prácticas fragmentadas y alejamiento de las responsabilidades previstas para este nivel de atención.

A pesar de eso, aunque los cirujanos dentistas entrevistados hayan afirmado reconocer la importancia de la búsqueda activa y del examen minucioso, admitieron no realizarlos sistemáticamente en pacientes de grupos de riesgo. La evaluación clínica ocurre, en general, de forma reactiva, motivada por quejas espontáneas:

Tengo que cubrir tres equipos, es difícil. Termino orientando a los agentes que traigan a la unidad si hubiere alguien con queja (CD7).

Tabla 1. Identificación del perfil profesional de los participantes

ID	Sexo	Tiempo de actuación (años)	Formación de posgrado	Otros vínculos profesionales	Cursos de capacitación (<5 años)	Conocimiento de los flujos de referencia
CD1	Femenino	16	Salud Pública	No	Sí	Sí
CD2	Masculino	18	Maestría en Ciencias de la Salud***	Sí	Sí	No
CD3	Masculino	15	Salud Pública	No	Sí	Prefiere no responder
CD4	Femenino	10	Cirugía Oral y Odontología Hospitalaria**	No	No	No
CD5	Masculino	18	Salud de la Familia y Prótesis	No	Sí	Sí
CD6	Masculino	27	Salud de la Familia	No	Sí	Sí
CD7	Femenino	6	Odontología Estética	Sí	Sí	Sí
CD8	Femenino	22	Salud de la Familia	No	Sí	Sí
CD9	Femenino	18	Odontopediatría	No	Sí	No
CD10	Femenino	3	Endodoncia***	No	Sí	No

Leyenda: CD = Cirujano dentista; ***Posgrado *stricto sensu*; **Especialización *lato sensu*.



Este es un artículo publicado en acceso abierto (*Open Access*) bajo la licencia *Creative Commons Attribution*, que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre y cuando el trabajo original se cite correctamente.

La ausencia de una práctica estructuralmente organizada contrasta con estudios que registran mayor compromiso con el examen minucioso en la APS^{25,26}, aunque hallazgos internacionales indiquen que la baja realización de este procedimiento es un problema global²⁷.

La inseguridad diagnóstica surge como elemento central. Incluso sin instrumentos formales para cuantificar conocimiento, las narrativas expresan poca familiaridad con lesiones neoplásicas y dificultades en reconocer señales clínicas sospechosas. Esto se puede observar en:

No tengo mucha experiencia con lesiones cancerígenas, creí mejor llamar a la colega (CD2).

Me quedé tranquilo, pues creí que era otra cosa, no pensé en cáncer. Me quedé muy sorprendido con el diagnóstico (CD3).

Este vacío formativo se describe en la literatura²⁸⁻³⁰ y estudios sugieren que profesionales con poco tiempo de graduados tienden a presentar mayor dominio del tema^{31,32}, grupo poco representado en esta investigación.

Otra dimensión relevante es la dificultad para manejar los flujos de referencia y contrarreferencia. Aunque los cirujanos dentistas reconozcan la necesidad de encaminamiento después de la identificación de lesiones sospechosas, se muestran inseguros respecto a los protocolos formales de la red. Como respuesta, recurren frecuentemente a contactos personales para anticipar el acceso de los pacientes a los demás niveles de atención, configurando redes paralelas que sustituyen, en la práctica, a la RAS institucionalizada. Esta estrategia aparece claramente en declaraciones como:

Cuando encaminamos mediante el sector de referencia y contrarreferencia, me parece muy impersonal. Si tienes un acceso directo, es mucho mejor (CD2).

Si yo no tuviese un conocimiento (refiriéndose a una colega), iba a ser mucho más difícil (CD3).

La primera cosa que hice fue llamar a una colega, porque aquí no hay CEO (CD4).

La facilidad es que tengo mis contactos y mando al paciente a quien lo atienda más rápido (CD6).

Bajo la perspectiva de los entrevistados, las acciones del cirujano dentista en el cuidado al cáncer bucal permanecen

restringidas casi exclusivamente a la identificación de lesiones sospechosas y al encaminamiento de los pacientes hacia los niveles secundario o terciario. Esta comprensión aparece de forma explícita en los relatos:

Ah, tenemos muchas atribuciones, entonces no hay cómo acompañar todo el proceso (CD2).

Lo que pasa después del diagnóstico no depende de mí, no puedo hacer más (CD5).

La sobrecarga y la percepción de límites operativos también se evidencian en declaraciones como:

La regulación es extremadamente importante, porque yo llego a mi límite (CD8).

Adicionalmente, algunos participantes reconocen que esta actuación restringida está relacionada con la falta de comprensión sobre las responsabilidades de la APS en el ámbito del SUS:

Necesitas entender qué es asistencia en el sector público, dentro de una atención primaria, hay que tener claro este papel. Puedes hasta ser un perfecto profesional, pero falta esa visión de este papel (CD1).

Estas declaraciones refuerzan que, a pesar de las reglamentaciones que atribuyen centralidad a la APS en la coordinación del cuidado, persiste la percepción del cirujano dentista como un actor periférico, condicionado por barreras estructurales, vacíos formativos y por la sobrecarga del trabajo.

Para los entrevistados, esta actuación predominantemente centrada en el diagnóstico y en el encaminamiento no se explica solo por limitaciones individuales, sino también por las fragilidades en la comunicación interprofesional, traducidas en un flujo de trabajo fragmentado, en que cada categoría profesional actúa de forma aislada, con pocas oportunidades de intercambios sistemáticos de información y de corresponsabilización por los casos.

LA COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL Y LAS "ISLAS" DEL CUIDADO

Los cirujanos dentistas señalan de manera unánime que uno de los principales obstáculos para la continuidad del cuidado es el difícil acceso a los demás niveles de la RAS, evidenciando fragilidades estructurales y relacionales en el proceso de coordinación. La comunicación interprofesional surge como un punto crítico de ruptura:

Yo hasta llegué a conversar con la asistente social, porque cuando el paciente volvía, él solo traía la solicitud de exámenes, pero nada que hablase de su caso. No tuve esa respuesta, fue muy vacío (CD10).

Esta situación revela que, aunque existan instrumentos formales para comunicación entre niveles de atención, como formularios de referencia y contrarreferencia, estos son subutilizados o no valorizados, como indica la literatura³³. Este desuso refuerza el predominio de prácticas aisladas e inconexas, que fragilizan el principio de la integralidad.

El sistema de referencia y contrarreferencia debería garantizar la continuidad asistencial mediante la circulación de informaciones y la articulación eficiente entre servicios³⁴. Su fragilidad repercute directamente en la conformación de un cuidado fragmentado, como describe Lacerda³³, resultado tanto de vacíos de conocimiento de los profesionales sobre el sistema como de la ausencia de un gerenciamiento que promueva formación permanente, supervisión e integración. Los relatos de los cirujanos dentistas de este estudio ilustran esta fragmentación por medio de la metáfora de las “islas de cuidado”:

Son muchas interrupciones en los procesos de trabajo; el profesional termina dejando las cosas para después (CD1).

Debería existir mayor interacción entre los profesionales, en todas las instancias, y haber un relacionamiento más estrecho (CD2).

Si yo no conociese a una colega en la atención secundaria, estaría perdido (CD3).

Hasta hice un informe para encaminar al paciente, pero no sé a quién se lo enviaron (CD4).

Este distanciamiento entre puntos de la red se traduce en fallas concretas en la devolución al nivel primario, produciendo inseguridad y discontinuidad:

No tenemos respuesta para nada (CD5).

No sé qué pasó en la consulta con el especialista (CD6).

No recibo noticias de esos pacientes (CD7).

Lo que puedo hacer sola voy haciendo (CD8).

Muchas veces me siento caminando solo (CD9).

Tales declaraciones ilustran un escenario de aislamiento profesional en que la APS, en vez de coordinar el cuidado, permanece desarticulada de los demás servicios, operando al margen de los flujos institucionales de la RAS.

En el caso específico del cáncer bucal, cuyo manejo exige articulación multiprofesional y continuidad asistencial, este aislamiento se vuelve todavía más crítico. El acto de referenciar, que debería implicar corresponsabilización compartida, es interpretado frecuentemente como transferencia de responsabilidad. Esta percepción aparece en relatos como:

Queremos ayudar, pero no hay mucho que hacer (CD4).

El paciente ya estaba entregado al equipo de Oncología (CD5).

Es solo eso que podemos hacer (CD7).

Estas narrativas demuestran una comprensión del papel del cirujano dentista limitada al diagnóstico y encaminamiento, sin una activa participación en las etapas de acompañamiento, prevención de agravamientos y rehabilitación, a pesar de las recomendaciones científicas que apuntan hacia la centralidad del cirujano dentista en el manejo de las complicaciones derivadas del tratamiento³⁵.

Una vez más surgen los vacíos formativos y la idea de un modelo de atención fuertemente centrado todavía en el especialista. Tal modelo opera por niveles jerarquizados, y no por redes colaborativas, reforzando la distancia entre APS y atención terciaria. La ausencia de comunicación estructurada amplía el riesgo de interrupción del tratamiento, empeoramiento pronóstico y retorno inadecuado del paciente a la APS, comprometiendo la integralidad del cuidado y la gobernanza operativa de la RAS.

En este escenario, el vínculo surge como tecnología leve con potencial de mitigar, aunque parcialmente, la fragmentación del cuidado. Las narrativas demuestran cómo el vínculo interpersonal funciona como puente entre “islas de cuidado”, impulsando acciones de coordinación basadas en el compromiso ético y afectivo del profesional, y no en las estructuras formales de la red:

No le perdí más de vista. Se creó un vínculo de confianza (CD1).

Traté este caso como si yo estuviese con cáncer (CD3).

Él veía como una seguridad (CD4).



La familia siempre entra en contacto. No paso tres meses sin verlos (CD6).

Yo misma llamo para saber cómo está el paciente (CD8).

Hoy son personas a las que les tengo un cariño muy grande (CD9).

Tales prácticas refuerzan el papel subjetivo y relacional de la APS, pero también evidencian que la continuidad del cuidado, en muchos casos, depende más de la iniciativa individual del profesional que de la fuerza institucional de la RAS.

Se observa que la ausencia de sistemas de información integrados, de protocolos claros y de mecanismos estructurados de comunicación interprofesional desplaza la responsabilidad por la coordinación del cuidado hacia la esfera micro, individual, y no hacia las esferas meso y macro de la gestión de la red. Esto produce desigualdades, sobrecarga emocional e inseguridad profesional, además de comprometer la efectividad de la APS como ordenadora del cuidado. En síntesis, el conjunto de las narrativas evidencia un escenario en donde el cuidado es fragmentado, la comunicación es frágil, la articulación entre niveles es incipiente y el papel del cirujano dentista permanece reducido frente al potencial atribuido por las políticas de salud, revelando la distancia que todavía existe entre el modelo prescrito y el modelo vivido por los profesionales.

LA ENFERMEDAD QUE NADIE LOGRA VER

Todos los entrevistados informaron haber diagnosticado menos de cinco casos de cáncer bucal a lo largo de trayectorias que, en el 90% de los casos, sobrepasan diez años de labor. Estos datos suscitan una pregunta central: si los profesionales perciben al cáncer bucal como un evento poco común, ¿dónde están los casos que no llegan a la APS? Esta percepción emerge de forma contundente en los relatos:

En 15 años de profesión, yo nunca había pasado por esta experiencia. Ese fue mi único caso (CD3).

Lo que nos llega es mínimo. En tres años que estoy en este puesto, solo atendí un caso. No creo que el número sea ese (CD4).

Tengo seis años de graduada, atendí tres casos en ese período (CD6).

No es común hablar sobre cáncer, es una enfermedad rara. En más de 20 años, atendí solo a cuatro pacientes (CD7).

La declaración del CD2 sintetiza esta percepción al describir el cáncer bucal como “un tumor que se esconde”. Este concepto, sin embargo, abre espacio para una reflexión sobre los factores que dificultan el diagnóstico de esa neoplasia.

En teoría, el examen clínico de la cavidad oral permitiría la detección temprana del cáncer bucal. No obstante, la literatura es clara al afirmar que el retraso diagnóstico involucra múltiples dimensiones: factores del paciente, del profesional y del sistema⁵. En las declaraciones de los entrevistados, se observa el predominio de la responsabilización del usuario:

Era vendedor ambulante y descuidaba su propia salud (CD2).

Los pacientes no tienen noción del cáncer bucal (CD4).

El paciente no se había quejado de nada (CD6).

Pasados unos seis meses, el paciente aún no había retornado. Yo fui detrás de eso (CD9).

De hecho, estudios muestran que factores relacionados con el paciente, como desconocimiento, miedo, postergación de la búsqueda por cuidado, están asociados al diagnóstico tardío^{36,37}. Pero las investigaciones también evidencian que la responsabilidad no es exclusivamente del usuario.

Entre los profesionales, el retraso también está asociado a la inseguridad técnica. En esta muestra, compuesta mayormente por cirujanos dentistas con más de diez años de labor, todos relataron incertidumbre en la identificación de lesiones sospechosas y falta de preparación para procedimientos diagnósticos. Las declaraciones son contundentes:

Me gradué hace 30 años, pero solo hace tres años tuve acceso al conocimiento de la práctica del manejo del cáncer (CD1).

No tuve contacto alguno con el cáncer en el pregrado (CD7).

Nunca tuve contacto en el pregrado, ni pensar (CD8).

No me siento preparada. Esa experiencia me trabó un poco (CD10).

Estudios corroboran esta realidad y apuntan hacia la necesidad de reformulación curricular para fortalecer

competencias preventivas y diagnósticas, especialmente en el campo del cáncer bucal^{38,39}.

Los miedos, estigmas y afectos movilizados en este contexto aparecen repetidamente en las declaraciones:

El paciente no regresó. Él tenía mucho miedo (CD1).

La familia no quería que el paciente supiese (CD2).

La paciente se quedó aterrorizada (CD3).

Ellos se quedan asustados (CD4).

El paciente hasta lloró (CD7).

Ellos hablan de “aquella enfermedad pésima” (CD8).

El cáncer aquí en el interior se vincula mucho a la muerte (CD10).

Miedo de esa enfermedad miserable (CD5).

El manejo del cáncer convoca dimensiones que extrapolan lo técnico: coloca en escena la finitud, el sufrimiento y la necesidad de reorganización de la propia vida. Como recuerda el Instituto Nacional del Cáncer (INCA)⁴⁰, existe siempre un sujeto viviendo en aquel cuerpo enfermo, con miedo, fragilidades e historias. Los entrevistados reconocen esa dimensión humana:

El lado emocional pesa mucho. Estás colocando en jaque su existencia (CD5).

No vemos enfermos, vemos personas (CD10).

A pesar de las dificultades, las declaraciones revelan un movimiento de apertura. Los profesionales muestran disposición para ampliar su repertorio, reconocer límites y fortalecer su papel en la línea de cuidado. Hay esfuerzos para enfrentar miedos, buscar formación y acompañar casos con más corresponsabilidad, como ejemplifica CD9, que, sin tener retorno del paciente, “fue atrás”. Estos gestos ponen en evidencia un compromiso ético en sustentar el cuidado, incluso frente a los estigmas que rodean a la enfermedad.

El cuidado al cáncer bucal exige profesionales capaces de integrar aspectos técnicos y sensibles, reconociendo límites sin perder el compromiso con el cuidado. Este proceso requiere resiliencia, apoyo institucional, redes colaborativas, comunicación interprofesional y formación continua. A pesar de que el cáncer muchas veces “se

esconde”, su manejo se vuelve más claro cuando el trabajo es compartido y los miedos son nombrados, evitando el aislamiento profesional. El material empírico señala un movimiento positivo: aun frente a fragilidades, existe el deseo de aprender, la valorización de la dimensión humana y la disposición para buscar al paciente, indicando nuevas posibilidades de diálogo, cooperación y construcción conjunta del cuidado.

CONCLUSIÓN

El manejo del cáncer bucal en la APS en Alagoas está marcado por inseguridad diagnóstica, fragilidades formativas y dificultades de articulación con los demás niveles de la RAS. A pesar de ser la APS normativamente responsable por la detección temprana, coordinación del cuidado y acompañamiento de los casos, los cirujanos dentistas restringen su actuación al diagnóstico y encaminamiento, alejándose de acciones preventivas, del acompañamiento longitudinal y de prácticas integrales.

La comunicación interprofesional limitada, la desarticulación de los flujos formales de referencia y contrarreferencia, y la dependencia de redes informales evidencian que los desafíos sobrepasan la dimensión técnica y reflejan condiciones estructurales del territorio. Aun así, vínculos establecidos entre profesionales y usuarios emergen como importante fuerza de cuidado, compensando parcialmente vacíos institucionales. Al visibilizar sentidos, prácticas y límites experimentados en la APS, el estudio ayuda a orientar acciones que potencien la integralidad y la efectividad del cuidado oncológico en el SUS en Alagoas, sobre todo, para mejorar la calidad de la formación en salud bucal, fortalecer la coordinación del cuidado y mejorar los flujos asistenciales en el SUS.

Al valorizar datos cualitativos producidos a partir de las narrativas de los participantes, este estudio añade a la literatura elementos frecuentemente poco explorados en investigaciones sobre cáncer bucal: los afectos movilizados en el cuidado, los sentimientos de soledad y responsabilidad profesional, las estrategias cotidianas para enfrentar incertidumbres diagnósticas y los impactos subjetivos de la inseguridad en el manejo clínico. Además de mapear barreras estructurales, los hallazgos evidencian cómo emociones, relaciones interpersonales y experiencias concretas de trabajo influyen en decisiones clínicas, encaminamientos y continuidad del cuidado. En un contexto nordestino poco investigado aún, el estudio ofrece fundamentos relevantes para mejorar la calidad de la formación en salud bucal, el fortalecimiento de la coordinación del cuidado y la construcción de redes asistenciales más integrales y sensibles a las dimensiones humanas del trabajo en salud.



Finalmente, este estudio se concentró en los cirujanos dentistas. Se reconoce, sin embargo, la necesidad de incluir otras perspectivas de profesionales de salud, gestores y personas diagnosticadas con cáncer bucal. Así, aunque constituya una limitación, esta elección abre posibilidades para investigaciones futuras que consideren de forma más amplia los diferentes actores involucrados en el manejo del cuidado en la atención primaria.

APORTES

Todos los autores contribuyeron substancialmente a la concepción y al planeamiento del estudio; a la obtención, análisis e interpretación de los datos; a la redacción y revisión crítica; y aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Nada a declarar.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos deben ser solicitados al autor correspondiente, por contener datos sensibles.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2026 [acceso 2026 jul 26]. Disponible em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>
2. 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>
3. Le Campion 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>
4. 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>
5. Le Campion 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>
6. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementação das diretrizes [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acceso 2026 20 jan]. Disponible em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
7. 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 [acceso 2026 20 jan]. Disponible em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Saude_Bucal_e_o_SUS.pdf
8. Lima FLT, O'Dwyer G. Análise das condutas estratégicas de gestores e profissionais para a prevenção e o controle do câncer bucal. *Physis: Rev Saude Coletiva*. 2023;33:e33054. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333054>
9. 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>
10. Slomp Júnior H, Franco TB, Merhy EE. Projeto terapêutico como dispositivo para o cuidado compartilhado. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2022.
11. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual [Internet]*. 2017 [acceso 2026 jun 2];5(7):1-12. Disponible em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
12. Quesada MAR, Quintana ARH. El método etnográfico y su relación con el análisis de dominio. *Biblios [Internet]*. 2016 [acceso 2022 ago 11];(61):70-84. Disponible em: <https://biblios.pitt.edu/ojs/index.php/biblios/article/view/250>
13. Campos ÉBV. Delineamento de pesquisa no campo psicanalítico: uma proposição sintética. *Psicol Clin*. 2021;33(3):487-505.
14. Spink PK. O pesquisador conversador no cotidiano. *Psicol Soc*. 2008;20(spe):70-7.
15. Spink P. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicol Soc*. 2003;15(2):18-42.
16. 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>

17. 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>
18. 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
19. 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>
20. 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>
21. 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>
22. Ministério da Saúde (BR). A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
23. 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

