

Percepção e Desafios dos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária à Saúde no Diagnóstico Precoce do Câncer de Boca

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n4.5860>

Perceptions and Challenges of Primary Health Care Dental-Surgeons in the Early Diagnosis of Oral Cancer

Percepciones y Desafíos de los Odontólogos que actúan en la Atención Primaria de Salud en el Diagnóstico Temprano del Cáncer Bucal

Bárbara Campo Dall'Orto Martins¹; Mariana Aguiar Gomes²; Tahyná Duda Deps³; Lílíana Aparecida Pimenta-Barros⁴

RESUMO

Introdução: O câncer de boca é o principal agravo em saúde bucal, e a detecção precoce dessa doença está diretamente associada a melhores desfechos clínicos. **Objetivo:** Identificar fatores relacionados aos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde (APS) que contribuam para a baixa resolutividade no diagnóstico precoce da doença. **Método:** Estudo observacional transversal com cirurgiões-dentistas atuantes nos municípios de um Estado do Sudeste do Brasil. Os dados foram coletados por questionário on-line e analisados por meio de estatística descritiva e o teste qui-quadrado. **Resultados:** Obtiveram-se 248 respostas ao questionário. A maioria dos profissionais relatou insegurança no diagnóstico de distúrbios com potencial de malignização (64,52%), baixa autopercepção de habilidade para realização de biópsias e desconhecimento dos fluxos de atendimento. Apenas 16,13% afirmaram realizar biópsia, enquanto 62,90% nunca haviam realizado o procedimento. Não foi observada associação significativa entre a realização de biópsia pelos cirurgiões-dentistas da APS e o tempo de prática clínica ($p=0,659$). Destaca, ainda, que o pouco conhecimento das lesões precursoras do câncer de boca está associado ao tempo de atuação do profissional ($p=0,002$), com impacto na aptidão para o rastreamento/diagnóstico ($p<0,001$) e prática de biópsia ($p<0,001$). Por fim, foram levantadas deficiências estruturais e ausência de ações educativas contínuas. **Conclusão:** Este estudo evidencia que a baixa resolutividade da APS no diagnóstico precoce do câncer de boca pode estar associada à carência de capacitação prática e de suporte institucional.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais; Diagnóstico Precoce; Atenção Primária à Saúde; Odontólogos; Biópsia.

ABSTRACT

Introduction: Oral cancer is the main burden in oral health, and its early detection is directly associated with better clinical outcomes. **Objective:** This study aimed to identify factors related to primary health care dental-surgeons that contribute to the low resoluteness in the early diagnosis of the disease. **Method:** Cross-sectional observational study conducted with dental-surgeons working in municipalities of a state in southeastern Brazil. Data were collected through an online questionnaire and analyzed using descriptive statistics and the chi-square test. **Results:** A total of 248 responses were obtained. Most professionals reported insecurity in diagnosing disorders with malignant potential (64.52%), low self-perception of skills to perform biopsies, and lack of knowledge about referral and diagnostic pathways. Only 16.13% reported they performed biopsies, while 62.90% had never carried out the procedure. No significant association was observed between performing biopsies and years of clinical practice ($p=0.659$). However, limited knowledge about oral cancer precursor lesions was directly associated with years of professional practice ($p=0.002$), impacting the ability for screening/diagnosis ($p<0.001$) and biopsy practice ($p<0.001$). Additionally, structural deficiencies and the absence of continuous educational actions were identified. **Conclusion:** This study demonstrates that the low resoluteness of primary health care in the early diagnosis of oral cancer can be associated with lack of practical training and insufficient institutional support.

Key words: Mouth Neoplasms; Early Diagnosis; Primary Health Care; Dentists; Biopsy.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de boca es el principal mal en la salud bucal y su detección temprana se asocia directamente con mejores desenlaces clínicos. **Objetivo:** Identificar factores relacionados con los odontólogos que trabajan con la Atención Primaria de Salud (APS) que contribuyen a la baja eficacia en el diagnóstico temprano de la enfermedad. **Método:** Estudio observacional transversal realizado con odontólogos que trabajan en municipios de un estado del sudeste del Brasil. Se recolectaron los datos mediante un cuestionario en línea y se analizaron con estadística descriptiva y la prueba de ji al cuadrado. **Resultados:** Se obtuvieron 248 respuestas al cuestionario. La mayoría de los profesionales refirió inseguridad en el diagnóstico de alteraciones con potencial maligno (64,52%), baja autopercepción de habilidad para realizar biopsias y desconocimiento de los flujos de atención. Solo el 16,13% declaró realizar biopsias, mientras que el 62,90% nunca había efectuado el procedimiento. No se observó una asociación significativa entre la realización de biopsias por parte de los odontólogos de la APS y el tiempo de práctica clínica ($p=0,659$). Asimismo, se resalta que el escaso conocimiento sobre las lesiones precursoras del cáncer bucal está directamente asociado con el tiempo de ejercicio profesional ($p=0,002$), con impacto en la aptitud para la detección/diagnóstico ($p<0,001$) y en la práctica de biopsias ($p<0,001$). Finalmente, se identificaron deficiencias estructurales y ausencia de acciones educativas continuas. **Conclusión:** Este estudio evidencia que la baja eficacia de la APS en el diagnóstico temprano del cáncer bucal puede estar directamente relacionada con la falta de capacitación práctica y el insuficiente apoyo institucional.

Palabras clave: Neoplasias de la Boca; Diagnóstico Temprano; Atención Primaria de Salud; Odontólogos; Biopsia.

^{1,2,4}Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Instituto de Odontologia, Vitória (ES), Brasil. E-mails: barbaracamposmartins@gmail.com; mariana.aguiar.gomes@hotmail.com; liliana.barros@ufes.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0001-0880-7752>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0002-7112-3211>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-1649-3116>

³Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPI), Vitória (ES), Brasil. E-mail: tahynaa@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-5780-1576>

Endereço para correspondência: Bárbara Campo Dall'Orto Martins. Instituto de Odontologia da Ufes. Avenida Marechal Campos, 1355 – Santos Dumont. Vitória (ES), Brasil. CEP 29042-715. E-mail: barbaracamposmartins@gmail.com



INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel estratégico na detecção precoce do câncer de boca, em virtude da sua ampla capilaridade territorial e do acesso facilitado à população. No Brasil, o perfil sociodemográfico dos usuários da APS é majoritariamente composto por indivíduos com baixa escolaridade, 64% possuem apenas o ensino fundamental ou são analfabetos, e por pessoas pertencentes a estratos socioeconômicos menos favorecidos, representando mais de 80% do total¹. Por outro lado, o perfil dos pacientes diagnosticados com câncer de boca, em sua maioria, apresentou baixos níveis de escolaridade: 84,76% têm ensino fundamental incompleto, completo ou são analfabetos². Indivíduos com menor escolaridade, inseridos em classes ocupacionais mais baixas e com menor renda familiar mensal apresentam maior risco de desenvolver a doença (OR = 1,84, 1,85 e 2,41, respectivamente)³. Além disso, observam-se desfechos clínicos mais desfavoráveis entre pacientes com baixa escolaridade e usuários exclusivos do sistema público de saúde, os quais apresentam um risco de mortalidade de 31% a 62% superior, a depender do sítio da lesão, quando comparados àqueles atendidos na rede privada⁴.

Esse panorama socioeconômico está associado a barreiras no acesso a cuidados especializados e à falta de informações sobre a prevenção e os sinais iniciais do câncer de boca, o que contribui para o diagnóstico tardio. Aos profissionais que atuam na APS são atribuídos a identificação inicial de lesões suspeitas e o encaminhamento rápido para o tratamento, melhorando, assim, o prognóstico e a sobrevida dos pacientes⁵. Entretanto, um estudo realizado com profissionais da América Latina e do Caribe, especializados em diagnóstico bucal, revela que os profissionais da APS não recebem treinamento adequado para a detecção do câncer de boca^{5,6}. Embora as diretrizes nacionais reconheçam a APS como a principal porta de entrada para o rastreamento e o diagnóstico precoce, apenas 2,38% das biópsias para diagnóstico de câncer de lábio e cavidade oral são realizadas nesse nível de atenção⁷.

Nesse cenário, o reconhecimento das desordens orais com potencial de malignização (DOPM) é importante para a detecção precoce do câncer de boca, uma vez que essas lesões apresentam risco aumentado de transformação maligna ao longo da vida, identificado em um estudo multicêntrico da América Latina no qual 18% dos carcinomas de células escamosas (CCE) de cavidade oral, tipo histológico mais comum de câncer de boca, são precedidos por essas lesões⁸. Entre as principais DOPM estão leucoplasia, eritroplasia e queilite actínica. Destaca-se a leucoplasia verrucosa proliferativa como a

lesão de maior risco, seguida da eritroplasia, com taxas de transformação maligna variando em torno de 50% e 30% respectivamente⁹, e a leucoplasia com uma taxa de 6,64%¹⁰. Para mais das taxas de transformação malignas das DOPM, é importante atentar que, em média, cada cirurgião-dentista clínico geral brasileiro identifica aproximadamente 19,32 casos de DOPM por ano, em uma carreira profissional de 35 anos. Assim, estima-se que cada dentista possa diagnosticar cerca de 676 casos de DOPM ao longo de sua trajetória profissional, e a probabilidade de encontrar pacientes com câncer de boca durante esse período é de 2,66 casos por cirurgião-dentista¹¹.

Esses dados reforçam o valor da capacitação dos profissionais da odontologia para reconhecer, monitorar e tratar adequadamente essas lesões precursoras do câncer de boca. O domínio no manejo das DOPM pelos cirurgiões-dentistas, especialmente na APS, é fundamental para o diagnóstico precoce e para a adoção de condutas terapêuticas oportunas e acertadas. Diante disso, levanta-se o questionamento sobre quais são as principais dificuldades enfrentadas pelos cirurgiões-dentistas da APS para desempenhar, de forma efetiva, o papel que lhes é atribuído na identificação precoce das DOPM e do câncer de boca^{12,13}.

Compreender as barreiras que esses profissionais enfrentam torna-se um dos pilares na atuação ao principal agravio em saúde pública bucal, uma vez que a APS está na linha de frente do cuidado e é responsável pelo atendimento da população em maior situação de vulnerabilidade para o câncer de boca. Este estudo tem como objetivo identificar as barreiras relacionadas ao profissional e ao serviço de saúde que impactam a atuação da APS no diagnóstico precoce do câncer de boca.

MÉTODO

Estudo observacional transversal, realizado com cirurgiões-dentistas que atuam na APS nos 78 municípios do Estado do Espírito Santo, localizado na Região Sudeste do Brasil. Este manuscrito segue as diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

Para a definição do total da população do estudo, foram consideradas todas as equipes cadastradas na APS, conforme os dados de acesso aberto disponibilizado na plataforma digital eGestorAB, referentes à competência de abril de 2024, independentemente da carga horária ou modalidade da equipe (equipe de saúde da família ou equipe de atenção básica). Nesse *site*, há informação do número de equipes de saúde bucal cadastradas com cargas horárias de 20, 30 ou 40 horas semanais, não

sendo disponibilizada a quantidade exata de cirurgiões-dentistas por equipe. Dessa forma, adotou-se o critério de um cirurgião-dentista por equipe, o que resultou em uma população total estimada de 668 profissionais. Foram considerados critérios de inclusão: cirurgiões-dentistas cadastrados nas equipes de saúde bucal do Estado; atuantes na APS; e com vínculo ativo com o município no momento da pesquisa.

Para o cálculo amostral, utilizou-se o *software Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health* (OpenEpi)¹⁴, versão 3.01, com uma proporção esperada de 50%, nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, resultando em uma amostra mínima de 245 participantes. A composição da população de cirurgiões-dentistas distribuída entre as Regiões de Saúde é de 31,13% na Região Central/Norte, 43,41% na Região Metropolitana e 25,44% na Região Sul. A amostra foi alocada proporcionalmente entre as Regiões com o objetivo de garantir representatividade regional e reduzir vieses de seleção. Foram incluídos todos os cirurgiões-dentistas vinculados às equipes de saúde bucal da APS no Estado do Espírito Santo, desde que mantivessem vínculo ativo com o município no momento da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário adaptado de Cunha et al. e Franklin^{15,16}, estruturado de forma on-line na plataforma *Google Forms* (Material Suplementar 1). O questionário abordou aspectos relacionados ao diagnóstico das DOPM e do diagnóstico precoce do câncer de boca, bem como ao processo de trabalho dos profissionais diante de casos suspeitos.

A coleta de dados ocorreu entre junho e dezembro de 2024 e foi realizada em duas etapas. Inicialmente, as referências técnicas em saúde bucal do Estado e dos municípios divulgaram o *link* do questionário para suas equipes, por meio do aplicativo *WhatsApp* (Versão 2.25.14.79). Em um segundo momento, para maximizar a taxa de resposta, o *link* foi reenviado para os profissionais que ainda não haviam respondido ao questionário.

As variáveis do estudo foram organizadas como dependentes e independentes. Foram classificadas como variáveis dependentes a Região de Saúde onde o município está inserido e o conhecimento sobre DOPM. A variável “realização de biópsia” foi analisada como dependente em algumas associações e como independente em outra, conforme a relação de interesse estabelecida na análise estatística.

Os dados foram organizados e tabulados no *Microsoft® Excel®* para *Microsoft 365* (Versão 2501 Build 16.0.18429.20132, 64 bits). A análise estatística foi realizada no *software Jamovi®*¹⁷ (Versão 2.3.285.0), com aplicação do teste qui-quadrado para verificação

de associações entre as variáveis. Adotou-se um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) e intervalo de confiança de 95%.

As associações analisadas incluíram: (1) conhecimento sobre as DOPM com tempo de prática clínica, aptidão para realizar rastreamento/diagnóstico, autopercepção sobre saber realizar biópsia e realização de biópsia; (2) realização de biópsia com tempo de prática clínica. As associações testadas foram definidas com base em pressupostos teóricos relacionados à influência da experiência profissional, do conhecimento técnico e da autoconfiança clínica sobre a capacidade diagnóstica, como realizado por Noro et al.¹⁸. Nesse sentido, considerou-se que as variáveis tempo de prática clínica, aptidão percebida para rastreamento/diagnóstico e autopercepção sobre a realização de biópsia poderiam estar relacionadas ao maior conhecimento sobre as DOPM e à adoção de condutas clínicas mais resolutivas, como a realização de biópsias. Assim, buscou-se investigar se maior experiência e segurança profissional estariam associadas a melhores condições para identificação e manejo precoce dessas lesões.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CCS/Ufes), sob o número de parecer 6.810.263/2024 (CAAE: 78089824.1.0000.5060), conforme a Resolução n.º 466/2012¹⁹ do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa e consentiram sua participação por meio do aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponibilizado no questionário eletrônico, garantindo o respeito à dignidade, à autonomia, à privacidade e aos direitos dos participantes.

RESULTADOS

O TCLE foi respondido por 249 cirurgiões-dentistas, houve uma perda em razão da não aceitação do documento, resultando em um total de 248 participantes incluídos na análise, representando a amostra final do estudo. A amostra obtida alcançou uma representatividade em relação à população de profissionais, com 31,45% (n=78) das respostas oriundas da Região Central/Norte, 42,34% (n=105) da Região Metropolitana e 25% (n=62) da Região Sul. Além disso, 1,21% (n=3) dos participantes optou por não informar sua Região de atuação.

A análise da distribuição dos participantes quanto aos anos de prática clínica revelou que a maior parte (38,71%, n=96) possuía menos de 5 anos de experiência, seguida por 25,81% (n=64) que tinham mais de 20 anos de prática. Entre os participantes, 19,35% (n=48) relataram experiência entre 5 e 10 anos, 6,05% (n=15) entre 11 e 15 anos e 9,68%



(n=24) entre 16 e 20 anos. Apenas 0,40% (n=1) optou por não informar seu tempo de prática clínica.

Quanto à titulação acadêmica, a maioria (60,89%, n=151) possuía especialização, enquanto 28,63% (n=71) tinham a graduação como maior nível de formação. Participantes com mestrado representaram 9,27% (n=23), seguidos por 0,81% (n=2) com doutorado. Além disso, 0,40% (n=1) preferiu não informar.

Entre os participantes, 95,97% (n=238) reconheceram a possibilidade de diagnóstico precoce do câncer de boca. Apenas 0,40% (n=1) indicou que o diagnóstico só seria viável em estágios avançados da doença, enquanto 2,82% (n=7) declararam não saber e 0,81% (n=2) preferiu não responder.

Quanto ao papel do cirurgião-dentista na APS frente ao câncer de boca, a combinação de atribuições mais assinalada envolveu a integração de ações educativas e preventivas, rastreamento, diagnóstico

e encaminhamento, sendo mencionada por 45,16% (n=112) dos respondentes (Figura 1).

Os fatores relacionados aos profissionais, sua percepção, atitudes e desafios enfrentados estão descritos na Tabela 1. Diante da suspeita de um caso de câncer de boca ou de DOPM, 16,13% (n=40) dos profissionais realizam biópsia dentro das possibilidades estruturais e técnicas disponíveis. Quando questionados sobre a habilidade de realizar biópsias, 68,95% (n=171) declararam não possuir habilidade para realizar o procedimento e 62,90% (n=156) dos participantes relataram nunca ter realizado o procedimento (Figura 2).

A Tabela 2 apresenta a percepção dos profissionais sobre a organização dos serviços de saúde, abordando ações educativas, apoio matricial, envio de material para biópsia, acesso a laboratório de anatomopatologia, participação da equipe no diagnóstico precoce, fluxo de atendimento e fatores associados ao atraso na atenção secundária.

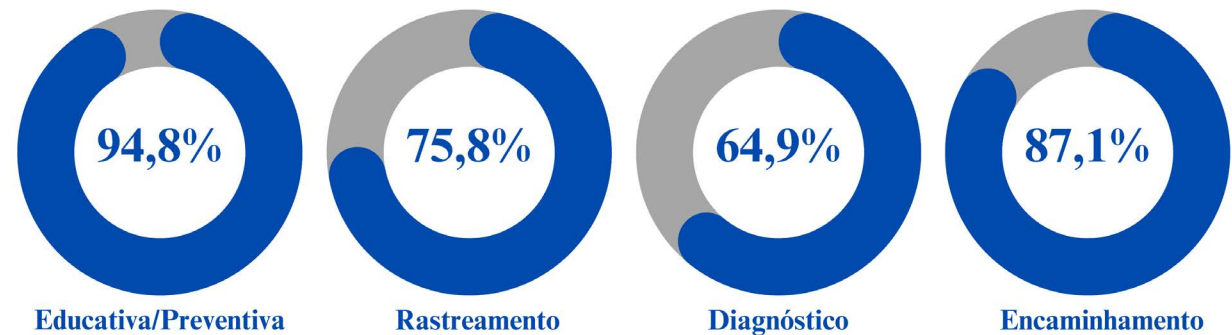


Figura 1. Papel do cirurgião-dentista na APS em relação ao câncer de boca

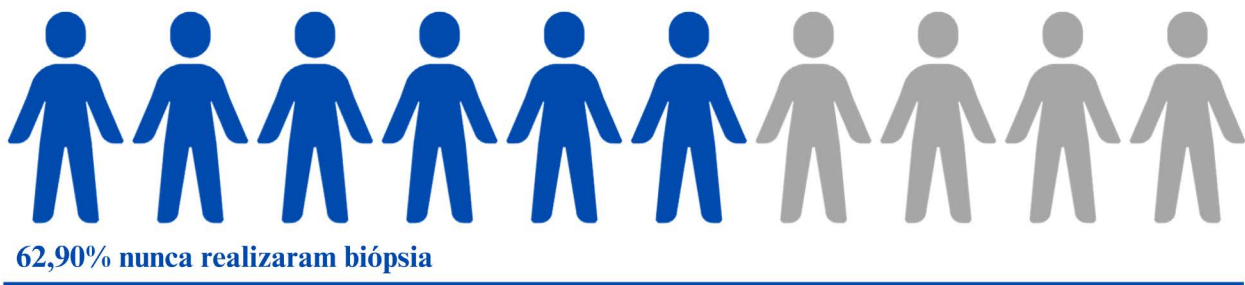


Figura 2. Habilidade e frequência de realização de biópsia

Tabela 1. Percepção e conduta os cirurgiões-dentistas sobre o câncer de boca e DOPM (n=248)

Variáveis	n	%
Conhecimento sobre as DOPM		
Conheço pouco e me sinto inseguro para diagnosticar	160	64,52
Conheço todas as DOPM e me sinto seguro para diagnosticar	61	24,60
Não sei distinguir de outras placas brancas, vermelhas ou mistas com outras condições	16	6,45
Prefiro não responder	11	4,44
Procedimento diante da suspeita de câncer de boca ou de lesões com potencial de malignização*		
Realizo biópsia (dentro das possibilidades estruturais e técnicas)	40	16,13
Encaminho ao especialista do Centro de Especialidades Odontológicas	163	65,73
Encaminho às universidades	39	15,73
Não sei como proceder	2	0,81
Encaminho o paciente ao setor de Emergência	9	3,63
Encaminho pelo sistema de regulação (MV Soul)	123	49,60
Prefiro não responder	4	1,61
Procedimento adotado diante da confirmação de um caso de câncer de boca		
Informo o paciente que neste momento o caso é de responsabilidade do serviço especializado	64	25,81
Acompanho o paciente concomitantemente ao serviço especializado	179	72,18
Prefiro não responder	5	2,02
Aptidão para realizar rastreamento e diagnóstico de câncer de boca		
Sim, conheço claramente os sinais e sintomas da doença	17	6,85
Sim, mas seriam importantes capacitações	177	71,37
Não, meus conhecimentos não me dão segurança para isto	52	20,97
Prefiro não responder	2	0,81
Habilidade em realizar biópsia		
Sim	72	29,03
Não	171	68,95
Prefiro não responder	5	2,02
Frequência de realização de biópsia		
Nunca	156	62,90
Menos de 5	59	23,79
Entre 6 e 10	18	7,26
Entre 11 e 20	2	0,81
Acima de 20	12	4,84
Prefiro não responder	1	0,40
Motivos para nunca ter realizado biópsia*		
Nunca um paciente apresentou uma lesão que levava à utilização dessas técnicas	49	26,78
Não me sinto com competências teóricas para a realização dessas técnicas	43	23,50
Não me sinto com competências práticas para a realização dessas técnicas	106	57,92
Falta de instrumental cirúrgico e recipiente com formol na APS para realização do procedimento	67	36,61
Prefiro não responder	18	9,84
Preparação para comunicar o laudo de um caso confirmado de câncer de boca		
Sim, me sinto preparado	135	54,44
Não me sinto preparado	84	33,87
Prefiro não responder	4	1,61
Essa função é de outro profissional ou delego a outro profissional para fazer	25	10,08

Legendas: DOPM = distúrbios orais com potencial de malignização; * = permitido selecionar mais de uma alternativa.



Tabela 2. Conhecimento dos profissionais sobre o serviço de saúde em que atuam (n=248)

Variáveis	n	%
Ações educativas sobre o diagnóstico precoce do câncer de boca		
Sim	101	40,73
Não	75	30,24
Não sei	62	25,00
Prefiro não responder	10	4,03
Apoio matricial para diagnóstico bucal e detecção de câncer de boca		
Sim	82	33,06
Não	94	37,90
Não sei	66	26,61
Prefiro não responder	6	2,42
Responsável pelo envio do material coletado na biópsia para laboratório		
O profissional que fez a coleta	53	21,37
O próprio paciente	32	12,90
O laboratório recolhe na unidade	14	5,65
Não sei	122	49,19
Prefiro não responder	9	3,63
Outros	18	7,26
Conhecimento do profissional se o município possui laboratório de análise histopatológica/ anatomopatológica ou convênio com algum laboratório		
Não possui laboratório próprio, nem convênio	23	9,27
Possui laboratório próprio	2	0,81
Possui convênio com laboratório	80	32,26
Possui laboratório próprio e convênio	1	0,40
Não sei	135	54,44
Prefiro não responder	7	2,82
Contribuição de outros profissionais da equipe no diagnóstico precoce do câncer de boca*		
Sim, realizando diagnóstico	43	17,34
Sim, à suspeita de lesões de boca, procurar atuar interdisciplinarmente em conjunto com o cirurgião-dentista	214	86,29
Sim, realizando educação em saúde	175	70,56
Não, o câncer de boca é uma temática a ser discutida apenas pelo cirurgião-dentista	3	1,21
Não sei	0	0
Prefiro não responder	4	1,61
Fluxo do paciente com suspeita de câncer de boca		
O paciente é captado em um primeiro momento no nível primário de atenção em saúde e, então, encaminhado aos demais níveis de atenção	229	92,34
O paciente é captado diretamente no nível secundário de atenção em saúde	3	1,21
O paciente é captado diretamente no nível terciário de atenção em saúde	1	0,40
Não sei	14	5,65
Prefiro não responder	6	2,42
Fatores associados ao atraso no diagnóstico ou atendimento de pacientes com câncer de boca no serviço secundário*		
Falha do profissional (exame clínico deficiente ou falta de familiaridade com esse tipo de lesão)	160	64,52
Falha do paciente (autopercepção deficiente)	127	51,21
Falta de informação (do paciente e do profissional)	182	73,39
Falha da rede de saúde (não há serviços de saúde para referência)	114	45,97
Não sei	10	4,03
Prefiro não responder	5	2,02

Legenda: * = permitido selecionar mais de uma alternativa.

Foi constatada associação estatisticamente significativa entre o conhecimento sobre DOPM e as variáveis analisadas. Os dados mostram que, independentemente do tempo de prática clínica, profissionais relataram conhecer pouco as DOPM e terem insegurança no diagnóstico ($p=0,002$). Afirmam ainda que possuem aptidão para realizar o rastreamento/diagnóstico, mas que capacitações seriam importantes ($p<0,001$), não se sentem aptos para realizar biópsia ($<0,001$) e nunca realizaram o procedimento ($p<0,001$). O detalhamento dos dados está na Tabela 3.

Não foi observada associação estatisticamente significativa entre a realização de biópsia pelos cirurgiões-dentistas e o tempo de prática clínica ($p=0,659$). Entre os profissionais com menos de 5 anos de experiência ($n=96$), 34,3% ($n=33$) afirmaram realizar esse procedimento, proporção semelhante à observada entre aqueles com mais de 20 anos de prática ($n=64$) (32,8%, $n=21$). A maior frequência relativa de realização de biópsias foi registrada entre os participantes com 11 a 15 anos de atuação ($n=15$) (60,0%, $n=9$), embora esse grupo represente uma parcela menor da amostra total. Utilizou-se o teste qui-quadrado, com um intervalo de confiança 95%, e um nível de significância de $p<0,05$.

DISCUSSÃO

Os principais achados deste estudo indicam que, embora a maioria dos cirurgiões-dentistas da APS reconheça a possibilidade de diagnóstico precoce do câncer de boca, persistem obstáculos tanto no âmbito profissional quanto no organizacional. Do ponto de vista do profissional, 64,52% relataram insegurança quanto ao diagnóstico das DOPM e 68,95% afirmaram não possuir habilidade para a realização de biópsias, refletindo déficit de competência prática. No que se refere ao serviço, 62,90% dos participantes nunca realizaram biópsias, mencionando como barreiras a ausência de instrumental adequado e o desconhecimento sobre os fluxos de envio de material para análise. A conjugação desses fatores evidencia pouca efetividade no manejo das lesões precursoras do câncer de boca na APS, comprometendo sua função estratégica como porta de entrada no sistema de saúde.

Os dados deste estudo mostram que, diante de uma suspeita de câncer de boca ou DOPM, a conduta predominante entre os cirurgiões-dentistas é o encaminhamento ao especialista. Apenas 16,13% dos profissionais relataram realizar a biópsia, evidenciando a baixa capacidade resolutiva da APS frente a casos suspeitos. Resultados semelhantes foram observados em outras Regiões e contextos, como no Nordeste brasileiro, onde apenas 12% dos cirurgiões-dentistas

realizaram o procedimento²⁰, e, na Região Sul do país, 31,6% realizaram a biópsia e 68,4% dos profissionais preferiram encaminhar²¹. Cenário semelhante é descrito em Brisbane, na Austrália, onde 76,2% dos cirurgiões-dentistas generalistas optaram pelo encaminhamento e apenas 23,8% realizaram o procedimento²². Esses achados reforçam a hipótese de que a falta de capacitação profissional constitui um desafio comum em diferentes realidades, limitando a efetividade do cuidado em diversos sistemas de saúde. A baixa realização de biópsias observada neste estudo corrobora os achados de Strey et al., os quais apontam que apenas 23,44% dos cirurgiões-dentistas da APS já realizaram esse procedimento ao longo de sua prática clínica¹³, revelando que esse procedimento ainda não está incorporado de forma consistente à rotina clínica dos dentistas da APS. Além disso, conforme demonstrado por Braun et al., não foi observada associação estatisticamente significativa entre a autoeficácia para a realização de biópsias e a experiência prévia com diagnóstico de câncer de boca ou a frequência de exame da mucosa oral, indicando que a insegurança em realizar o procedimento persiste mesmo entre profissionais mais experientes ou com prática clínica regular²³.

Entre os motivos para nunca ter biopsiado, está a falta de domínio prático (57,92%), indicando que, mesmo diante da necessidade, muitos profissionais não se sentem habilitados para realizar a técnica com segurança. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura, em que 76,1% dos profissionais atribuem a não realização de biópsia à falta de experiência e treinamento com o procedimento. Por outro lado, profissionais que consideraram adequadas tanto a formação teórica quanto a prática realizaram um número maior de biópsias ao longo da carreira em comparação àqueles que julgaram ambos os aspectos da formação como insuficientes¹³. Outro fator evidenciado neste estudo é a carência de materiais básicos e de infraestrutura adequada (36,61%), demonstrando uma fragilidade do ambiente de trabalho. Mesmo que o profissional tenha conhecimento ou desejo de realizar o procedimento, a falta de condições mínimas inviabiliza a execução, comprometendo a capacidade resolutiva do serviço.

Ademais, alguns profissionais afirmam nunca ter atendido pacientes com lesões suspeitas (26,78%), dado semelhante encontrado na Espanha, onde 23,5% afirmam que não observaram lesões para a realização do procedimento²⁴, embora se estime que cirurgiões-dentistas clínicos gerais no Brasil sejam responsáveis, ao longo de uma carreira de 35 anos, pelo diagnóstico de aproximadamente 676 casos de DOPM¹¹.

Tais dados assinalam para lacunas na formação prática tanto no ensino de graduação quanto na



Tabela 3. Associação entre Conhecimento sobre as DOPM com tempo de prática clínica, aptidão para realizar rastreamento/diagnóstico, consideração do participante de saber biopsiar e realização de biópsia (n=248)

Conhecimento sobre DOPM						
	Conheço todas as DOPM e me sinto seguro para diagnosticar n (%)	Conheço pouco e me sinto inseguro para diagnosticar n (%)	Não sei distinguir de outras placas brancas, vermelhas ou mistas com outras condições n (%)	Prefiro não responder n (%)	Total n (%)	p
Tempo de prática clínica						
Menos de 5 anos	19(19,7%)	68(70,8%)	3(3,1%)	6(6,2%)	96 (100%)	0,002
Entre 5 e 10 anos	17(35,4%)	26(54,1%)	3(6,2%)	2(4,1%)	48 (100%)	
Entre 11 e 15 anos	5(33,3%)	10(66,6%)	0(0%)	0(0%)	15(100%)	
Entre 16 e 20 anos	6(25,0%)	15(62,5%)	2(8,3%)	1(4,1%)	24(100%)	
Mais de 20 anos	17(26,5%)	41(64,0%)	8(12,5%)	1(1,5%)	64(100%)	
Prefiro não responder	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(100%)	1(100%)	
Aptidão para realizar rastreamento/ diagnóstico do câncer de boca						
Sim, conheço claramente os sinais e sintomas da doença	13(76,4%)	3(17,6%)	0(0%)	1(5,8%)	17(100%)	<0,001
Sim, mas seriam importante capacitações	46(25,9%)	113(63,8%)	10(5,65%)	8(4,5%)	177(100%)	
Não, meus conhecimentos não me dão segurança para isso	2(3,8%)	42(80,7%)	6(11,5%)	2(3,8%)	52(100%)	
Prefiro não responder	0(0%)	2(100,0%)	0(0%)	0(0%)	2(100%)	
Aptidão para realizar biópsia						
Sim	27(37,5%)	38(52,7%)	4(5,5%)	3(4,1%)	72(100%)	<0,001
Não	34(19,8%)	119(69,5%)	12(7,0%)	6(3,5%)	171(100%)	
Prefiro não responder	0 (%)	3(60,0%)	0(0%)	2(40,0%)	5(100%)	
Quantas vezes já realizou biópsia						
Nunca	27(17,3%)	111(71,15%)	11(7,0%)	7(4,4%)	156(100%)	<0,001
Menos de 5	19(32,2%)	34(57,63%)	4(6,7%)	2(3,3%)	59(100%)	
Entre 6 e 10	5(27,7%)	12(66,67%)	1(5,5%)	0(0%)	18(100%)	
Entre 11 e 20	1(50,0%)	1(50,0%)	0(0%)	0(0%)	2(100%)	
Mais de 20	9(75,0%)	2(16,6%)	0(0%)	1(8,33%)	12(100%)	
Prefiro não responder	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(100,0%)	1(100%)	
Total	61(24,5%)	160(64,5%)	16(6,4%)	11(4,4%)	248(100%)	

Legendas: DOPM = distúrbios orais com potencial de malignização; * = teste qui-quadrado, intervalo de confiança 95%, $p < 0,05$.

ausência de capacitações clínicas continuadas no serviço. Corroborando essa limitação, um estudo identificou que 72,40% dos dentistas da APS consideram que o treinamento clínico em patologia oral durante a graduação teve carga horária insuficiente¹³. Já em um estudo qualitativo, observou-se que as capacitações tradicionais (com foco na transmissão de conteúdos teóricos, como na área de estomatologia) são oferecidas com frequência, mas têm aplicação prática limitada nas unidades de saúde. Esse achado sugere que a formação teórica, isoladamente, não

é suficiente para qualificar plenamente os profissionais, sendo necessárias estratégias complementares mais efetivas e aplicáveis no cotidiano da APS¹². Portanto, promover capacitações específicas, com abordagem teórico-prática, e garantir condições estruturais adequadas para que os profissionais possam realizar esse procedimento com segurança e respaldo institucional podem mudar essa realidade dentro das APS.

Os dados deste estudo reforçam que a baixa familiaridade com as DOPM está associada à insegurança na atuação

clínica, especialmente quanto à realização de biópsias (Tabela 3). Por outro lado, não foi observada associação estatisticamente significativa entre o tempo de prática clínica e a realização de biópsias pelos cirurgiões-dentistas atuantes na APS ($p=0,659$). Embora o presente estudo tenha adotado como variável o tempo total de exercício clínico do profissional, resultado semelhante foi identificado por Noro et al.¹⁶ que, ao avaliarem o tempo de serviço especificamente no setor público, também não encontraram associação estatística com a realização de biópsias. Essa convergência de achados, ainda que se referindo a diferentes dimensões da experiência profissional, pode indicar que apenas a duração da prática, seja clínica geral ou no serviço público, não é, por si só, determinante para a adoção dessa conduta diagnóstica.

A persistência dessa insegurança, mesmo entre profissionais com maior tempo de experiência, reforça a importância da educação continuada como elemento essencial para qualificar a prática clínica voltada ao diagnóstico precoce do câncer de boca. Estudos demonstram que programas de capacitação e educação permanente direcionados aos profissionais de saúde contribuem significativamente para o aprimoramento do conhecimento, da competência clínica e da precisão diagnóstica na identificação precoce do câncer de boca e das DOPM. Além disso, intervenções educacionais multifacetadas têm se mostrado eficazes na ampliação da segurança profissional e na melhoria das habilidades relacionadas ao rastreamento, reconhecimento e manejo dessas lesões²⁵.

O processo diagnóstico do câncer de boca pode ser integralmente conduzido na APS, especialmente quando articulado ao apoio matricial. Essa estratégia de suporte assistencial e técnico-pedagógico às equipes de referência, complementar aos mecanismos tradicionais de atenção, como protocolos e sistemas de regulação, baseia-se na construção conjunta de diretrizes e na definição de responsabilidades entre equipes e especialistas²⁶. No entanto, observou-se que 64,52% dos profissionais desconhecem ou não têm acesso a apoio matricial voltado ao diagnóstico bucal, o que pode comprometer a detecção oportuna da doença ao restringir o acesso a consultorias especializadas, discussão de casos e suporte para decisões clínicas. Esse desconhecimento também pode indicar falhas na comunicação institucional, fragilidade na gestão local ou ausência de fluxos bem definidos entre a atenção primária e os serviços especializados. Estudo realizado na Europa identificou que profissionais da atenção primária consideram a melhoria da comunicação e parceria interprofissional, particularmente entre atenção primária e secundária, um dos principais fatores para melhorar a tempestividade do diagnóstico de câncer²⁷. Sem apoio matricial adequado, incluindo acesso a especialistas, testes diagnósticos, educação continuada e sistemas de

comunicação efetivos, as equipes da APS enfrentam dificuldades para identificar e encaminhar adequadamente pacientes com suspeita de câncer, comprometendo o diagnóstico em estágios iniciais quando as opções de tratamento curativo são mais prováveis^{28,29}.

A maioria dos participantes desta pesquisa (55,24%) relatou que o município não possui ações educativas voltadas ao diagnóstico precoce do câncer de boca, ou que desconhece a existência dessas iniciativas. Esse dado revela uma lacuna importante: ações educativas, que poderiam contribuir para a conscientização da população e a detecção precoce da doença, estão ausentes, pouco divulgadas ou desvinculadas da prática clínica. A literatura suporta tais achados ao mostrar que muitos profissionais relatam realizar ações educativas e preventivas sobre o tema, geralmente por meio de palestras em unidades de saúde e com grupos como fumantes, hipertensos e idosos, no entanto, essas atividades, mais uma vez, se mostram esporádicas e desprovidas de continuidade¹⁸.

A ausência de ações educativas contínuas na APS compromete a detecção precoce do câncer de boca, uma vez que a educação em saúde, quando integrada à prática clínica, favorece o reconhecimento de sinais e sintomas pela população e fortalece o autocuidado. Paralelamente, a educação continuada dos profissionais favorece o aprimoramento técnico e a atualização de condutas diante de agravos como o câncer de boca. Ambas as dimensões educativas, voltadas à comunidade e aos profissionais, contribuem para ampliar a autonomia dos sujeitos, promovendo decisões clínicas mais qualificadas e o protagonismo dos usuários em relação à própria saúde.

Para além das dificuldades no processo diagnóstico do câncer de boca, o presente estudo constatou que 43,95% dos participantes relataram não se sentir preparados para comunicar o diagnóstico em casos confirmados de câncer de boca, atribuindo essa responsabilidade a outros profissionais ou delegando a tarefa. Esse achado destaca a importância de incluir a temática da comunicação de notícias difíceis nas ações de educação continuada. Nesse sentido, uma intervenção baseada no protocolo SPIKES demonstrou ser eficaz para aumentar a confiança dos cirurgiões-dentistas ao comunicar o diagnóstico ao paciente³⁰.

Para o diagnóstico precoce do câncer de boca e das DOPM, recomenda-se, no âmbito da APS, o exame clínico tátil-visual extra e intraoral de todos os pacientes adultos nas primeiras consultas de rotina e nas consultas de urgência³¹. O cenário levantado nesta pesquisa não incluiu dados sobre a realização sistemática desse exame por parte dos cirurgiões-dentistas tanto em atendimentos eletivos quanto em situações de urgência. Essa ausência representa uma variável relevante para a compreensão das razões pelas

quais o câncer de boca ainda não vem sendo detectado precocemente. Ressalta-se ainda que a participação voluntária via questionário on-line pode configurar um viés de seleção, dada a possível adesão de profissionais mais sensibilizados e interessados pela temática. Além disso, por se tratar de um estudo conduzido em um único Estado da Federação, os achados refletem predominantemente a realidade do contexto investigado. Nesse sentido, estudos multicêntricos futuros poderão ampliar a compreensão do tema em diferentes cenários do país, contribuindo para uma visão mais abrangente da realidade nacional.

O investimento na APS e a ampliação da cobertura pelas equipes de Saúde da Família têm sido associados à redução das taxas de mortalidade por câncer de boca⁵. À luz dos achados deste estudo, destaca-se a importância de direcionar esforços para a capacitação prática dos profissionais da APS no diagnóstico de lesões bucais, como estratégia fundamental para a detecção precoce da doença. A percepção, por parte dos cirurgiões-dentistas, das barreiras que dificultam esse diagnóstico, revela um exercício de autocritica sobre suas práticas clínicas, ao mesmo tempo em que expõe entraves estruturais, como a fragilidade dos fluxos de referência e contrarreferência, e limitações impostas por fatores socioculturais dos próprios usuários.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que barreiras relacionadas à formação, capacitação e a condições de trabalho dos cirurgiões-dentistas da APS podem influenciar na atuação frente ao diagnóstico precoce do câncer de boca. A maioria dos profissionais relatou insegurança no diagnóstico das DOPM, ausência de habilidade técnica para realizar biópsias e desconhecimento sobre fluxos de encaminhamento e apoio especializado. A experiência clínica isolada não se mostrou determinante para a realização de biópsias, indicando que a baixa resolutividade da APS decorre, sobretudo, da falta de capacitação prática e de infraestrutura adequada. Esses achados reforçam a necessidade de investir em educação permanente com ênfase teórico-prática, apoio matricial qualificado e melhoria das condições estruturais dos serviços, visando fortalecer a atuação dos cirurgiões-dentistas na detecção precoce do câncer de boca.

AGRADECIMENTOS

À referência técnica da Rede de Saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, pelo apoio na interlocução com a Rede de Coordenadores Municipais de Saúde Bucal e profissionais da APS nos municípios do Estado.

CONTRIBUIÇÕES

Todas as autoras contribuíram substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na coleta, 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 conjuntos de dados gerados e analisados durante o estudo atual estão disponíveis no repositório da Ufes na URL: <https://repositorio.ufes.br/collections/b5354daf-a7ff-468b-89f2-6de802e1a60f>.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por meio da concessão de bolsas de mestrado e pós-doutorado vinculadas ao Edital n.º 38/2022 – Programa de Desenvolvimento da Pós-Graduação (PDPG) – Parcerias Estratégicas nos Estados III.

REFERÊNCIAS

1. Guibu IA, Moraes JC, Guerra Junior AAG, et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Suppl 2):17s. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007070>
2. Soares EC, Bastos Neto BC, Santos LPS. Estudo epidemiológico do câncer de boca no Brasil. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2019;64(3):192-8. doi: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2019.64.3.192>
3. Conway DI, Petticrew M, Marlborough H, et al. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Int J Cancer*. 2008;122(12):2811-19. doi: <https://doi.org/10.1002/ijc.23430>
4. Menezes FS, Peres SV, Castro Junior G, et al. Survival inequalities in head and neck cancers: a hospital-based cohort study. *Head Neck*. 2023;45(9):2377-93. doi: <https://doi.org/10.1002/hed.27433>
5. Rocha TAH, Thomaz EBAF, Silva NC, et al. Oral primary care: an analysis of its impact on the incidence and mortality rates of oral cancer. *BMC Cancer*. 2017;17(1):706. doi: <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3700-z>

6. Martínez-Ramírez J, Saldivia-Siracusa C, González-Pérez LV, et al. Barriers to early diagnosis and management of oral cancer in Latin America and the Caribbean. *Oral Dis.* 2024;30(7):4174-84. doi: <https://doi.org/10.1111/odi.14903>
7. Atty ATM, Tomazelli JG. Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil: 2020 [Internet]. 1 ed. Rio de Janeiro: INCA; 2020 [acesso 2024 mar 12]. v. 2. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/relatorio_cancer_de_boca_2020_0.pdf
8. Gilligan G, Panico R, Lazos J, et al. Oral squamous cell carcinomas and oral potentially malignant disorders: a Latin American study. *Oral Dis.* 2024;30(5):2965-84. doi: <https://doi.org/10.1111/odi.14778>
9. Warnakulasuriya S, Kujan O, Aguirre-Urizar JM, et al. Oral potentially malignant disorders: a consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. *Oral Dis.* 2021;27(8):1862-80. doi: <https://doi.org/10.1111/odi.13704>
10. Pimenta-Barros LA, Ramos-García P, González-Moles MA, et al. Malignant transformation of oral leukoplakia: systematic review and comprehensive meta-analysis. *Oral Dis.* 2025;31(1):69–80. doi: <https://doi.org/10.1111/odi.15140>
11. Paiva JPG, Jorge J, Santos ES, et al. Estimating the burden of care for oral potentially malignant disorders and oral cancer in Brazilian dental practice. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2024;29(5):e719-26. doi: <https://doi.org/10.4317/medoral.26701>
12. Lombardo EM, Cunha AR, Carrard VC, et al. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. *Cien Saude Colet.* 2014;19(4):1223-32. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.00942013>
13. Strey JR, Roxo-Gonçalves M, Guzinski BD, et al. Oral medicine experience and attitudes toward oral cancer: an evaluation of dentists working in primary health care. *J Cancer Educ.* 2022;37(6):1621-8. doi: <https://doi.org/10.1007/s13187-021-01999-z>
14. OpenEpi: estatísticas epidemiológicas de código aberto para a saúde pública [Internet]. Versão 3.01. Atlanta, GA: EMORY: rollins school of public health. 2013. [acesso 2024 abr 15]. Disponível em: <https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>
15. Cunha AR, Bavaresco CS, Carrard VC, Lombardo EM. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com suspeita de câncer bucal: percepção dos cirurgiões-dentistas na Atenção Primária à Saúde. *J Bras Tele.* 2013;2(2):14–22. doi: <https://doi.org/10.12957/jbrastele.2013.8167>
16. Franklin RJB. Conhecimento e conduta dos cirurgiões-dentistas frente ao diagnóstico de lesões orais e o procedimento de biópsia: um estudo observacional transversal. [dissertação] Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2023. 42p.
17. Jamovi [Internet]. Versão 2.3.285.0. Sydney, AU. 2026. [acesso 2024 abr 15]. Disponível em: <https://cloud.jamovi.org/>
18. Noro LRA, Landim JR, Martins MCA, Lima YCP. The challenge of the approach to oral cancer in primary health care. *Cien Saude Colet.* 2017;22(5):1579-87. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.12402015>
19. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso 2026 ago 11]; Seção 1:59. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
20. Freitas CJR, Ferreira MAF, Santos BRM, et al. Abordagem dos cirurgiões-dentistas da estratégia saúde da família sobre o câncer bucal. *RFO UPF.* 2021;25(2):198-205. doi: <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v25i2.10682>
21. Spanemberg JC, Cayón RV, Romanini J, et al. Experiences, perceptions, and decision-making capacity towards oral biopsy among dental students and dentists. *Sci Rep.* 2023;13(1):22937. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-023-50323-w>
22. Wan A, Savage NW. Biopsy and diagnostic histopathology in dental practice in Brisbane: usage patterns and perceptions of usefulness. *Aust Dent J.* 2010;55(2):162-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1834-7819.2010.01210.x>
23. Braun LW, Martins MAT, Romanini J, et al. Continuing education activities improve dentists' self-efficacy to manage oral mucosal lesions and oral cancer. *Eur J Dent Educ.* 2021;25(1):28–34. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/eje.12574>
24. Jornet PL, Nicolás AV, Beneyto YM, et al. Attitude towards oral biopsy among general dentists in Murcia. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007;12(2):E116–2.
25. Ramanathan A, Zaini ZM, Ghani WMN, et al. Evaluating the efficacy of OralDETECT training: face-to-face versus online delivery in dental education. *Oral Dis.* 2024;30(8):5483-89. doi: <https://doi.org/doi:10.1111/odi.14927>
26. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica.* 2007;23(2):399–407. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>



27. Harris M, Thulesius H, Neves AL, et al. How European primary care practitioners think the timeliness of cancer diagnosis can be improved: a thematic analysis. *BMJ Open*. 2019;9:e030169. doi: <https://doi.org/doi:10.1136/bmjopen-2019-030169>
28. Qiao EM, Guram K, Kotha NV, et al. Association between primary care use prior to cancer diagnosis and subsequent cancer mortality in the veterans affairs health system. *JAMA Netw Open*. 2022;5(11):e2242048. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.42048>
29. Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, et al. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol*. 2015;16(12):1231-72. doi: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00205-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00205-3)
30. Gomes RFT, Herpich TL, Braun LW, et al. Oral cancer diagnosis communication: impact of an educational intervention using the SPIKES protocol. *Oral Dis*. 2025;31(1):129-36. doi: <https://doi.org/10.1111/odi.15040>
31. Ministério da Saúde (BR). Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: condutas para diagnóstico das desordens orais potencialmente malignas e do câncer de boca [Internet]. Brasília, DF. 2023 [acesso 5 mar. 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_pratica_odontologica_aps_cancer.pdf

Recebido em 16/4/2026
Aprovado em 28/5/2026

