

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

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

Percepção e Desafios dos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária à Saúde no Diagnóstico Precoce do Câncer de Boca
Perceptions and Challenges of Primary Health Care Dental-Surgeons in the Early Diagnosis of Oral Cancer

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

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.

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 contribuem 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.

^{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>

Dirección para correspondencia: 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



INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria a la Salud (APS) desempeña un papel estratégico en la detección temprana del cáncer de boca, en virtud de su amplia capilaridad territorial y del acceso facilitado a la población. En el Brasil, el perfil sociodemográfico de los usuarios de la APS está mayormente compuesto por individuos con baja educación, el 64% apenas tiene educación primaria o es analfabeto, y por personas pertenecientes a estratos socioeconómicos menos favorecidos, representando más del 80% del total¹. Por otro lado, el perfil de los pacientes diagnosticados con cáncer de boca, en su mayoría, presentó bajos niveles de educación: el 84,76% tiene educación primaria incompleta, completa o es analfabeto². Individuos con menor educación, colocados en clases laborales más bajas y con menores ingresos familiares mensuales presentan mayor riesgo de desarrollar la enfermedad (OR = 1,84, 1,85 y 2,41, respectivamente)³. Además, se observan desenlaces clínicos más desfavorables entre pacientes con bajo nivel educativo y usuarios exclusivos del sistema público de salud, los cuales presentan un riesgo de mortalidad del 31% al 62% superior, dependiendo del sitio de la lesión, cuando se comparan con aquellos atendidos en la red privada⁴.

Este panorama socioeconómico está asociado a barreras en el acceso a cuidados especializados y a la falta de informaciones sobre la prevención y las señales iniciales del cáncer de boca, lo que contribuye al diagnóstico tardío. A los profesionales que laboran en la APS se les atribuyen la identificación inicial de lesiones sospechosas y el encaminamiento rápido hacia el tratamiento, mejorando, así, el pronóstico y la sobrevida de los pacientes⁵. No obstante, un estudio realizado con profesionales de América Latina y el Caribe, especializados en diagnóstico bucal, revela que los profesionales de la APS no reciben capacitación adecuada para la detección del cáncer de boca^{5,6}. Aunque las directrices nacionales reconozcan a la APS como la principal puerta de entrada para la detección y el diagnóstico temprano, solo el 2,38% de las biopsias para diagnóstico de cáncer de labio y cavidad oral se realiza en ese nivel de atención⁷.

En este escenario, el reconocimiento de los desórdenes orales potencialmente malignos (DOPM) es importante para la detección temprana del cáncer de boca, puesto que estas lesiones presentan riesgo aumentado de transformación maligna a lo largo de la vida, identificado en un estudio multicéntrico de América Latina en el cual el 18% de los carcinomas de células escamosas (CCE) de cavidad oral, tipo histológico más común de cáncer de boca, está precedido por estas lesiones⁸. Entre los principales DOPM están leucoplasia, eritroplasia y

queilitis actínica. La leucoplasia verrugosa proliferativa destaca como la lesión de mayor riesgo, seguida de la eritroplasia, con tasas de transformación maligna variando alrededor del 50% y del 30% respectivamente⁹, y la leucoplasia con una tasa del 6,64%¹⁰. Además de las tasas de transformación malignas de los DOPM, es importante observar que, en promedio, cada cirujano dentista clínico general brasileño identifica aproximadamente 19,32 casos de DOPM por año, en una carrera profesional de 35 años. Así, se estima que cada dentista pueda diagnosticar cerca de 676 casos de DOPM a lo largo de su trayectoria profesional, y la probabilidad de encontrar pacientes con cáncer de boca durante ese período es de 2,66 casos por cirujano dentista¹¹.

Estos datos refuerzan el valor de la capacitación de los profesionales de odontología para reconocer, monitorear y tratar adecuadamente estas lesiones precursoras del cáncer de boca. El dominio en el manejo de los DOPM por parte de los cirujanos dentistas, especialmente en la APS, es fundamental para el diagnóstico temprano y para la adopción de acciones terapéuticas oportunas y acertadas. Frente a esto, surge el cuestionamiento sobre cuáles son las principales dificultades enfrentadas por los cirujanos dentistas de la APS para desempeñar, de forma efectiva, el papel que les es atribuido en la identificación temprana de los DOPM y del cáncer de boca^{12,13}.

Comprender las barreras que estos profesionales enfrentan se vuelve uno de los pilares en la actuación ante el principal agravamiento en salud pública bucal, dado que la APS está en la línea de frente del cuidado y es responsable por la atención de la población en mayor situación de vulnerabilidad para el cáncer de boca. Este estudio tiene como objetivo identificar las barreras relacionadas con el profesional y el servicio de salud que impactan en la actuación de la APS en el diagnóstico temprano del cáncer de boca.

MÉTODO

Estudio observacional transversal, realizado con cirujanos dentistas que laboran en la APS en los 78 municipios del estado de Espírito Santo, localizado en la región Sudeste del Brasil. Este manuscrito sigue las directrices del *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

Para la definición del total de la población del estudio, fueron considerados todos los equipos registrados en la APS, según los datos de acceso abierto disponibles en la plataforma digital eGestorAB, referentes a la competencia de abril de 2024, independientemente de la carga horaria o modalidad del equipo (equipo de salud de la familia o equipo de atención básica). En este sitio web,

hay información del número de equipos de salud bucal registrados con cargas horarias de 20, 30 o 40 horas semanales, no estando disponible la cantidad exacta de cirujanos dentistas por equipo. De esta forma, se adoptó el criterio de un cirujano dentista por equipo, lo que resultó en una población total estimada de 668 profesionales. Fueron considerados como criterios de inclusión los cirujanos dentistas registrados en los equipos de salud bucal del estado; laborando en la APS; y con vínculo activo con el municipio en el momento de la encuesta.

Para el cálculo muestral se usó el *software Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health* (OpenEpi)¹⁴, versión 3.01, con una proporción esperada del 50%, nivel de confianza del 95% y error muestral del 5%, resultando en una muestra mínima de 245 participantes. La composición de la población de cirujanos dentistas distribuida entre las regiones de salud es del 31,13% en la región Central/Norte, 43,41% en la región Metropolitana y 25,44% en la región Sur. La muestra fue asignada proporcionalmente entre las regiones con el objetivo de garantizar representatividad regional y reducir sesgos de selección. Fueron incluidos todos los cirujanos dentistas vinculados a los equipos de salud bucal de la APS en el estado de Espírito Santo, desde que mantuviesen vínculo activo con el municipio en el momento de la encuesta.

El instrumento de obtención de datos utilizado fue un cuestionario adaptado de Cunha et al. y Franklin^{15,16}, estructurado de forma web en la plataforma *Google Forms* (Material Suplementario 1). El cuestionario abordó aspectos relacionados con el diagnóstico de los DOPM y del diagnóstico temprano del cáncer de boca, así como con el proceso de trabajo de los profesionales frente a casos sospechosos.

La obtención de datos ocurrió entre junio y diciembre de 2024 y fue realizada en dos etapas. Inicialmente, las referencias técnicas en salud bucal del estado y de los municipios divulgaron el enlace del cuestionario a sus equipos, mediante la aplicación *WhatsApp* (Versión 2.25.14.79). En un segundo momento, para maximizar la tasa de respuesta, el enlace fue reenviado a los profesionales que todavía no habían respondido al cuestionario.

Las variables del estudio fueron organizadas como dependientes e independientes. Fueron clasificadas como variables dependientes la región de salud en la que el municipio forma parte y el conocimiento sobre DOPM. La variable “realización de biopsia” fue analizada como dependiente en algunas asociaciones y como independiente en otra, según la relación de interés establecida en el análisis estadístico.

Los datos fueron organizados y tabulados en el *Microsoft® Excel®* para *Microsoft 365* (Versión 2501 Build 16.0.18429.20132, 64 bits). El análisis estadístico fue

realizado en el *software* Jamovi^{®17} (Versión 2.3.285.0), con aplicación de la prueba ji al cuadrado para verificación de asociaciones entre las variables. Se adoptó un nivel de significación del 5% ($p \leq 0,05$) e intervalo de confianza del 95%.

Las asociaciones analizadas incluyeron: (1) conocimiento sobre los DOPM con tiempo de práctica clínica, aptitud para realizar detección/diagnóstico, autopercepción sobre saber realizar biopsia y realización de biopsia; (2) realización de biopsia con tiempo de práctica clínica. Las asociaciones sometidas a prueba fueron definidas con base en presupuestos teóricos relacionados con la influencia de la experiencia profesional, del conocimiento técnico y de la autoconfianza clínica sobre la capacidad diagnóstica, como fue realizado por Noro et al.¹⁸. En este sentido, se consideró que las variables tiempo de práctica clínica, aptitud percibida para detección/diagnóstico y autopercepción sobre la realización de biopsia podrían estar relacionadas con el mayor conocimiento sobre los DOPM y con la adopción de acciones clínicas más resolutivas, como la realización de biopsias. Así, se buscó investigar si mayor experiencia y seguridad profesional estarían asociadas a mejores condiciones para identificación y manejo temprano de estas lesiones.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Espírito Santo (CCS/UFES), con el número de parecer 6.810.263/2024 (CAAE: 78089824.1.0000.5060), conforme con la Resolución n.º 466/2012¹⁹ del Consejo Nacional de Salud. Todos los participantes fueron previamente informados sobre los objetivos de la investigación y consintieron con su participación mediante la aceptación del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE) puesto a disposición en el cuestionario electrónico, garantizando el respeto a la dignidad, a la autonomía, a la privacidad y a los derechos de los participantes.

RESULTADOS

El TCLE fue respondido por 249 cirujanos dentistas, hubo una pérdida debido a la no aceptación del documento, resultando en un total de 248 participantes incluidos en el análisis, representando la muestra final del estudio. La muestra obtenida alcanzó una representatividad con relación a la población de profesionales, con el 31,45% (n=78) de las respuestas procedente de la región Central/Norte, el 42,34% (n=105) de la región Metropolitana y el 25% (n=62) de la región Sur. Además, el 1,21% (n=3) de los participantes optó por no informar su región de actuación.



El análisis de la distribución de los participantes respecto a los años de práctica clínica reveló que la mayor parte (38,71%, n=96) tenía menos de cinco años de experiencia, seguida por el 25,81% (n= 64) que tenía más de 20 años de práctica. Entre los participantes, el 19,35% (n=48) informó experiencia entre 5 y 10 años, el 6,05% (n=15) entre 11 y 15 años y el 9,68% (n=24) entre 16 y 20 años. Solo el 0,40% (n=1) optó por no informar su tiempo de práctica clínica.

Referente a la titulación académica, la mayoría (60,89%, n=151) poseía especialización, mientras que el 28,63% (n=71) tenía la graduación como mayor nivel de formación. Participantes con maestría representaron el 9,27% (n=23), seguidos por el 0,81% (n=2) con doctorado. Además, el 0,40% (n=1) prefirió no informar.

Entre los participantes, el 95,97% (n=238) reconoció la posibilidad de diagnóstico temprano del cáncer de boca. Solo el 0,40% (n=1) indicó que el diagnóstico solo sería viable en etapas avanzadas de la enfermedad, mientras

que el 2,82% (n=7) declaró no saber y el 0,81% (n=2) prefirió no responder.

En cuanto al papel del cirujano dentista en la APS frente al cáncer de boca, la combinación de atribuciones más señalada involucró la integración de acciones educativas y preventivas, detección, diagnóstico y encaminamiento, siendo mencionada por el 45,16% (n=112) de los respondientes (Figura 1).

Los factores relacionados con los profesionales, su percepción, actitudes y desafíos enfrentados están descritos en la Tabla 1. Ante la sospecha de un caso de cáncer de boca o de DOPM, el 16,13% (n=40) de los profesionales realiza la biopsia dentro de las posibilidades estructurales y técnicas disponibles. Cuando son cuestionados sobre la habilidad de realizar biopsias, el 68,95% (n=171) declaró no poseer habilidad para realizar el procedimiento y el 62,90% (n=156) de los participantes informó nunca haber realizado el procedimiento (Figura 2).

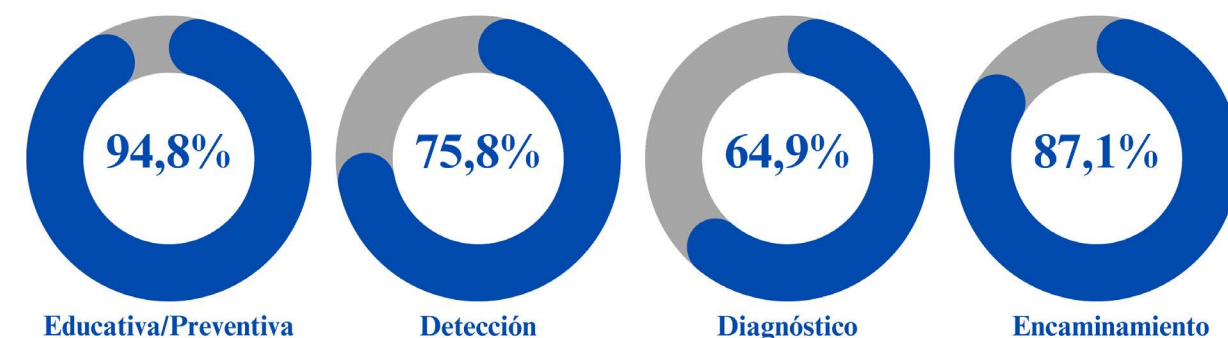
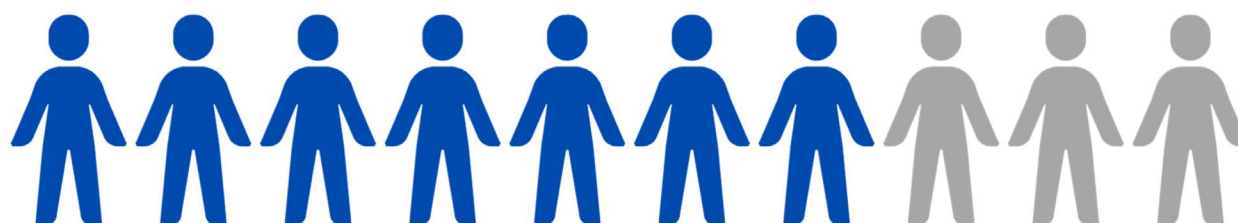
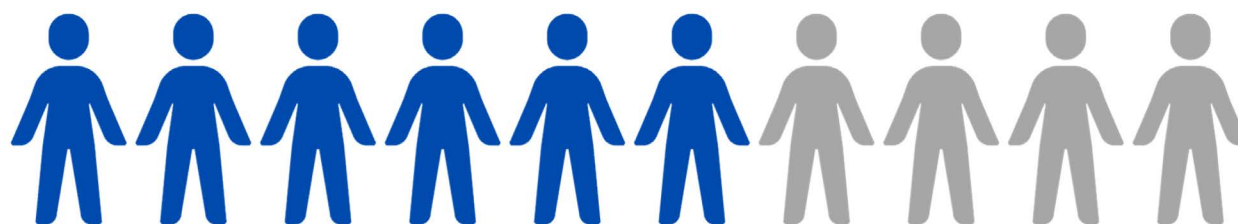


Figura 1. Papel del cirujano dentista en la APS con relación al cáncer de boca



El 68,95% considera que no sabe hacer biopsia



El 62,90% nunca realizó biopsia

Figura 2. Habilidad y frecuencia de realización de biopsia

Tabla 1. Percepción y acción de los cirujanos dentistas sobre el cáncer de boca y DOPM (n=248)

Variables	n	%
Conocimiento sobre los DOPM		
Conozco poco y me siento inseguro para diagnosticar	160	64,52
Conozco todos los DOPM y me siento seguro para diagnosticar	61	24,60
No sé distinguir de otras placas blancas, rojas o mixtas con otras condiciones	16	6,45
Prefiero no responder	11	4,44
Procedimiento frente a la sospecha de cáncer de boca o de lesiones potencialmente malignas*		
Realizo biopsia (dentro de las posibilidades estructurales y técnicas)	40	16,13
Encamino hacia el especialista del Centro de Especialidades Odontológicas	163	65,73
Encamino hacia las universidades	39	15,73
No sé cómo proceder	2	0,81
Encamino al paciente hacia el sector de Emergencia	9	3,63
Encamino mediante el sistema de regulación (MV Soul)	123	49,60
Prefiero no responder	4	1,61
Procedimiento adoptado ante la confirmación de un caso de cáncer de boca		
Informo al paciente que en este momento el caso es de responsabilidad del servicio especializado	64	25,81
Acompaño al paciente simultáneamente al servicio especializado	179	72,18
Prefiero no responder	5	2,02
Aptitud para realizar detección y diagnóstico de cáncer de boca		
Sí, conozco claramente las señales y síntomas de la enfermedad	17	6,85
Sí, pero sería importante tener capacitaciones	177	71,37
No, mis conocimientos no me dan la seguridad para esto	52	20,97
Prefiero no responder	2	0,81
Habilidad en realizar biopsia		
Sí	72	29,03
No	171	68,95
Prefiero no responder	5	2,02
Frecuencia de realización de biopsia		
Nunca	156	62,90
Menos de 5	59	23,79
Entre 6 y 10	18	7,26
Entre 11 y 20	2	0,81
Más de 20	12	4,84
Prefiero no responder	1	0,40
Motivos para nunca haber realizado biopsia*		
Nunca un paciente presentó una lesión que llevaba al uso de esas técnicas	49	26,78
No me siento con las competencias teóricas para la realización de esas técnicas	43	23,50
No me siento con las competencias prácticas para la realización de esas técnicas	106	57,92
Falta de instrumental quirúrgico y recipiente con formol en la APS para realización del procedimiento	67	36,61
Prefiero no responder	18	9,84
Preparación para comunicar el informe de un caso confirmado de cáncer de boca		
Sí, me siento preparado	135	54,44
No me siento preparado	84	33,87
Prefiero no responder	4	1,61
Esta función es de otro profesional o la delego a otro profesional para hacerla	25	10,08

Leyenda: DOPM = desórdenes orales potencialmente malignos; * = permitido seleccionar más de una alternativa.



Tabla 2. Conocimiento de los profesionales sobre el servicio de salud en el que actúan (n=248)

Variables	n	%
Acciones educativas sobre el diagnóstico temprano del cáncer de boca		
Sí	101	40,73
No	75	30,24
No sé	62	25,00
Prefiero no responder	10	4,03
Apoyo matricial para diagnóstico bucal y detección de cáncer de boca		
Sí	82	33,06
No	94	37,90
No sé	66	26,61
Prefiero no responder	6	2,42
Responsable por el envío del material recolectado en la biopsia hacia el laboratorio		
El profesional que hizo la recolección	53	21,37
El propio paciente	32	12,90
El laboratorio recoge en la unidad	14	5,65
No sé	122	49,19
Prefiero no responder	9	3,63
Otros	18	7,26
Conocimiento del profesional si el municipio posee laboratorio de análisis histopatológico/ anatomopatológico o convenio con algún laboratorio		
No posee laboratorio propio, ni convenio	23	9,27
Posee laboratorio propio	2	0,81
Posee convenio con laboratorio	80	32,26
Posee laboratorio propio y convenio	1	0,40
No sé	135	54,44
Prefiero no responder	7	2,82
Contribución de otros profesionales del equipo en el diagnóstico temprano del cáncer de boca*		
Sí, realizando diagnóstico	43	17,34
Sí, a la sospecha de lesiones de boca, procurar actuar interdisciplinariamente en conjunto con el cirujano dentista	214	86,29
Sí, realizando educación en salud	175	70,56
No, el cáncer de boca es una temática para ser discutida solo por el cirujano dentista	3	1,21
No sé	0	0
Prefiero no responder	4	1,61
Flujo del paciente con sospecha de cáncer de boca		
El paciente es captado en un primer momento en el nivel primario de atención en salud y, entonces, encaminado hacia los demás niveles de atención	229	92,34
El paciente es captado directamente en el nivel secundario de atención en salud	3	1,21
El paciente es captado directamente en el nivel terciario de atención en salud	1	0,40
No sé	14	5,65
Prefiero no responder	6	2,42
Factores asociados al retraso en el diagnóstico o atención de pacientes con cáncer de boca en el servicio secundario*		
Falla del profesional (examen clínico deficiente o falta de familiaridad con este tipo de lesión)	160	64,52
Falla del paciente (autopercepción deficiente)	127	51,21
Falta de información (del paciente y del profesional)	182	73,39
Falla de la red de salud (no hay servicios de salud para referencia)	114	45,97
No sé	10	4,03
Prefiero no responder	5	2,02

Leyenda: * = permitido seleccionar más de una alternativa.

La Tabla 2 presenta la percepción de los profesionales sobre la organización de los servicios de salud, abordando acciones educativas, apoyo matricial, envío de material para biopsia, acceso a laboratorio de anatomopatología, participación del equipo en el diagnóstico temprano, flujo de atención y factores asociados al atraso en la atención secundaria.

Se constató asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre DOPM y las variables analizadas. Los datos muestran que, independientemente del tiempo de práctica clínica, los profesionales relataron conocer poco los DOPM y tener inseguridad en el diagnóstico ($p=0,002$). Afirman además que poseen aptitud para realizar la detección/diagnóstico, pero que tener capacitaciones sería importante ($p<0,001$), no se sienten aptos para realizar biopsia ($<0,001$) y nunca realizaron el procedimiento ($p<0,001$). El detalle de los datos está en la Tabla 3.

No se observó asociación estadísticamente significativa entre la realización de biopsia por cirujanos dentistas y el tiempo de práctica clínica ($p=0,659$). Entre los profesionales con menos de cinco años de experiencia ($n=96$), el 34,3% ($n=33$) afirmó realizar este procedimiento, proporción semejante a la observada entre aquellos con más de 20 años de práctica ($n=64$) (32,8%, $n=21$). La mayor frecuencia relativa de realización de biopsias fue registrada entre los participantes con 11 a 15 años de labor ($n=15$) (60,0%, $n=9$), aunque este grupo represente una parte menor de la muestra total. Se usó la prueba ji al cuadrado, con un intervalo de confianza del 95%, y un nivel de significación de $p<0,05$.

DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de este estudio indican que, aunque la mayoría de los cirujanos dentistas de la APS reconozca la posibilidad de diagnóstico temprano del cáncer de boca, persisten obstáculos tanto en el ámbito profesional como en el organizacional. Desde el punto de vista del profesional, el 64,52% informó inseguridad en cuanto al diagnóstico de los DOPM y el 68,95% afirmó no tener habilidad para la realización de biopsias, reflejando déficit de competencia práctica. En lo que se refiere al servicio, el 62,90% de los participantes nunca realizó biopsias, mencionando como barreras la ausencia de instrumental adecuado y el desconocimiento sobre los flujos de envío de material para análisis. La conjugación de estos factores evidencia poca efectividad en el manejo de las lesiones precursoras del cáncer de boca en la APS, comprometiendo su función estratégica como puerta de entrada en el sistema de salud.

Los datos de este estudio muestran que, frente a una sospecha de cáncer de boca o DOPM, la

acción predominante entre los cirujanos dentistas es el encaminamiento hacia el especialista. Solo el 16,13% de los profesionales informó realizar la biopsia, evidenciando la baja capacidad resolutoria de la APS frente a casos sospechosos. Resultados semejantes fueron observados en otras regiones y contextos, como en el nordeste brasileño, donde solo el 12% de los cirujanos dentistas realizó el procedimiento²⁰, y, en la región Sur del país, el 31,6% realizó la biopsia y el 68,4% de los profesionales prefería encaminar²¹. Escenario semejante es descrito en Brisbane, en Australia, donde el 76,2% de los cirujanos dentistas generales optó por el encaminamiento y solamente el 23,8% realizó el procedimiento²². Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de que la falta de capacitación profesional constituye un desafío común en diferentes realidades, limitando la efectividad del cuidado en diversos sistemas de salud. La baja realización de biopsias observada en este estudio corrobora los hallazgos de Strey et al., los cuales apuntan que solo el 23,44% de los cirujanos dentistas de la APS ya realizó este procedimiento a lo largo de su práctica clínica¹³, revelando que este procedimiento todavía no está incorporado de forma consistente a la rutina clínica de los dentistas de la APS. Además, conforme con lo demostrado por Braun et al., no se observó asociación estadísticamente significativa entre la autoeficacia para la realización de biopsias y la experiencia previa con diagnóstico de cáncer de boca o la frecuencia de examen de la mucosa oral, indicando que la inseguridad en realizar el procedimiento persiste incluso entre profesionales más experimentados o con práctica clínica regular²³.

Entre los motivos para nunca hacer biopsia, está la falta de dominio práctico (57,92%), indicando que, incluso ante la necesidad, muchos profesionales no se sienten habilitados para realizar la técnica con seguridad. Resultados semejantes fueron encontrados en la literatura en que el 76,1% de los profesionales atribuye la no realización de biopsia a la falta de experiencia y capacitación con el procedimiento. Por otro lado, profesionales que consideraron adecuadas tanto la formación teórica como la práctica realizaron un número mayor de biopsias a lo largo de la carrera en comparación con aquellos que juzgaron ambos aspectos de la formación como insuficientes¹³. Otro factor evidenciado en este estudio es la carencia de materiales básicos y de infraestructura adecuada (36,61%), demostrando una fragilidad del ambiente de trabajo. Aunque el profesional tenga conocimiento o deseo de realizar el procedimiento, la falta de condiciones mínimas inviabiliza la ejecución, comprometiendo la capacidad resolutoria del servicio.

Además, algunos profesionales afirman nunca haber atendido a pacientes con lesiones sospechosas (26,78%),



Tabla 3. Asociación entre Conocimiento sobre los DOPM con tiempo de práctica clínica, aptitud para realizar detección/diagnóstico, consideración del participante de saber realizar biopsia y realización de biopsia (n=248)

Conocimiento sobre DOPM						
	Conozco todos los DOPM y me siento seguro para diagnosticar n (%)	Conozco poco y me siento inseguro para diagnosticar n (%)	No sé distinguir de otras placas blancas, rojas o mixtas con otras condiciones n (%)	Prefiero no responder n (%)	Total n (%)	p
Tiempo de práctica clínica						
Menos de 5 años	19(19,7%)	68(70,8%)	3(3,1%)	6(6,2%)	96 (100%)	0,002
Entre 5 y 10 años	17(35,4%)	26(54,1%)	3(6,2%)	2(4,1%)	48 (100%)	
Entre 11 y 15 años	5(33,3%)	10(66,6%)	0(0%)	0(0%)	15(100%)	
Entre 16 y 20 años	6(25,0%)	15(62,5%)	2(8,3%)	1(4,1%)	24(100%)	
Más de 20 años	17(26,5%)	41(64,0%)	8(12,5%)	1(1,5%)	64(100%)	
Prefiero no responder	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(100%)	1(100%)	
Aptitud para realizar detección/ diagnóstico del cáncer de boca						
Sí, conozco claramente las señales y síntomas de la enfermedad	13(76,4%)	3(17,6%)	0(0%)	1(5,8%)	17(100%)	<0,001
Sí, pero sería importante tener capacitaciones	46(25,9%)	113(63,8%)	10(5,65%)	8(4,5%)	177(100%)	
No, mis conocimientos no me dan seguridad para eso	2(3,8%)	42(80,7%)	6(11,5%)	2(3,8%)	52(100%)	
Prefiero no responder	0(0%)	2(100,0%)	0(0%)	0(0%)	2(100%)	
Aptitud para realizar biopsia						
Sí	27(37,5%)	38(52,7%)	4(5,5%)	3(4,1%)	72(100%)	<0,001
No	34(19,8%)	119(69,5%)	12(7,0%)	6(3,5%)	171(100%)	
Prefiero no responder	0 (%)	3(60,0%)	0(0%)	2(40,0%)	5(100%)	
Cuántas veces ya realizó biopsia						
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 y 10	5(27,7%)	12(66,67%)	1(5,5%)	0(0%)	18(100%)	
Entre 11 y 20	1(50,0%)	1(50,0%)	0(0%)	0(0%)	2(100%)	
Más de 20	9(75,0%)	2(16,6%)	0(0%)	1(8,33%)	12(100%)	
Prefiero no 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%)	

Leyenda: DOPM = desórdenes orales potencialmente malignos; * = prueba ji al cuadrado, intervalo de confianza 95%, $p < 0,05$.

dato semejante a lo encontrado en España, donde el 23,5% afirma que no observó lesiones para la realización del procedimiento²⁴, aunque se estime que cirujanos dentistas clínicos generales en el Brasil sean responsables, a lo largo de una carrera de 35 años, por el diagnóstico de aproximadamente 676 casos de DOPM¹¹.

Tales datos muestran brechas en la formación práctica tanto en el enseñanza de graduación como en la ausencia de capacitaciones clínicas continuadas en el servicio. Corroborando esta limitación, un estudio identificó

que el 72,40% de los dentistas de la APS considera que la capacitación clínica en patología oral durante la graduación tuvo carga horaria insuficiente¹³. Ya en un estudio cualitativo, se observó que las capacitaciones tradicionales (enfocadas en la transmisión de contenidos teóricos, como en el área de estomatología) se ofrecen con frecuencia, pero tienen aplicación práctica limitada en las unidades de salud. Este hallazgo sugiere que la formación teórica, aisladamente, no es suficiente para cualificar plenamente a los profesionales, siendo necesarias

estrategias complementarias más efectivas y aplicables en el servicio cotidiano de la APS¹². Por lo tanto, promover capacitaciones específicas, con enfoque teórico-práctico, y garantizar condiciones estructurales adecuadas para que los profesionales puedan realizar este procedimiento con seguridad y respaldo institucional pueden cambiar esta realidad dentro de las APS.

Los datos de este estudio refuerzan que la baja familiaridad con los DOPM está asociada a la inseguridad en la actuación clínica, especialmente en cuanto a la realización de biopsias (Tabla 3). Por otro lado, no fue observada asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de práctica clínica y la realización de biopsias por los cirujanos dentistas que actúan en la APS ($p=0,659$). Aunque el presente estudio haya adoptado como variable el tiempo total de ejercicio clínico del profesional, resultado semejante fue identificado por Noro et al.¹⁶ que, al evaluar el tiempo de servicio específicamente en el sector público, tampoco encontraron asociación estadística con la realización de biopsias. Esta convergencia de hallazgos, aunque refiriéndose a diferentes dimensiones de la experiencia profesional, puede indicar que solo la duración de la práctica, sea clínica general o en el servicio público, no es, por sí sola, determinante para la adopción de esta acción diagnóstica.

La persistencia de esta inseguridad, incluso entre profesionales con mayor tiempo de experiencia, refuerza la importancia de la educación continuada como elemento esencial para mejorar la calidad de la práctica clínica orientada hacia el diagnóstico temprano del cáncer de boca. Estudios demuestran que programas de capacitación y educación permanente dirigidos a los profesionales de salud contribuyen significativamente al perfeccionamiento del conocimiento, de la competencia clínica y de la precisión diagnóstica en la identificación temprana del cáncer de boca y de los DOPM. Además, intervenciones educacionales polifacéticas se han mostrado eficaces en la ampliación de la seguridad profesional y en la mejoría de las habilidades relacionadas con la detección, reconocimiento y manejo de estas lesiones²⁵.

El proceso diagnóstico del cáncer de boca puede ser realizado íntegramente en la APS, especialmente cuando se articula al apoyo matricial. Esta estrategia de soporte asistencial y técnico-pedagógico a los equipos de referencia, complementario a los mecanismos tradicionales de atención, como protocolos y sistemas de regulación, se basa en la construcción conjunta de directrices y en la definición de responsabilidades entre equipos y especialistas²⁶. Sin embargo, se observó que el 64,52% de los profesionales desconoce o no tiene acceso a apoyo matricial orientado hacia el diagnóstico bucal, lo que puede comprometer la detección oportuna de la enfermedad

al restringir el acceso a consultorías especializadas, discusión de casos y soporte para decisiones clínicas. Este desconocimiento también puede indicar fallas en la comunicación institucional, fragilidad en la gestión local o ausencia de flujos bien definidos entre la atención primaria y los servicios especializados. Estudio realizado en Europa identificó que profesionales de la atención primaria consideran la mejoría de la comunicación y alianza interprofesional, particularmente entre atención primaria y secundaria, uno de los principales factores para mejorar la tempestividad del diagnóstico de cáncer²⁷. Sin apoyo matricial adecuado, incluyendo acceso a especialistas, pruebas diagnósticas, educación continuada y sistemas de comunicación efectivos, los equipos de la APS enfrentan dificultades para identificar y encaminar adecuadamente a los pacientes con sospecha de cáncer, comprometiendo el diagnóstico en etapas iniciales cuando las opciones de tratamiento curativo son más probables^{28,29}.

La mayoría de los participantes de esta investigación (55,24%) informó que el municipio no posee acciones educativas orientadas al diagnóstico temprano del cáncer de boca, o que desconoce la existencia de esas iniciativas. Este dato revela una laguna importante: acciones educativas, que podrían contribuir a la concientización de la población y la detección temprana de la enfermedad, están ausentes, poco divulgadas o desvinculadas de la práctica clínica. La literatura da base a tales hallazgos al mostrar que muchos profesionales relatan realizar acciones educativas y preventivas sobre el tema, generalmente por medio de charlas en unidades de salud y con grupos como fumadores, hipertensos y personas mayores, sin embargo, estas actividades, una vez más, se muestran esporádicas y desprovistas de continuidad¹⁸.

La ausencia de acciones educativas continuas en la APS compromete la detección temprana del cáncer de boca, una vez que la educación en salud, cuando está integrada a la práctica clínica, favorece el reconocimiento por la población de señales y síntomas y fortalece el autocuidado. Paralelamente, la educación continuada de los profesionales favorece el perfeccionamiento técnico y la actualización de acciones frente a agravamientos como el cáncer de boca. Ambas dimensiones educativas, orientadas hacia la comunidad y los profesionales, contribuyen a ampliar la autonomía de los sujetos, promoviendo decisiones clínicas más cualificadas y el protagonismo de los usuarios con relación a la propia salud.

Más allá de las dificultades en el proceso diagnóstico del cáncer de boca, el presente estudio constató que el 43,95% de los participantes informó no sentirse preparado para comunicar el diagnóstico en casos confirmados de cáncer de boca, atribuyendo esta responsabilidad a otros profesionales o delegando la tarea. Este hallazgo destaca la

importancia de incluir la temática de la comunicación de noticias difíciles en las acciones de educación continuada. En este sentido, una intervención basada en el protocolo SPIKES demostró ser eficaz para aumentar la confianza de los cirujanos dentistas al comunicar el diagnóstico al paciente³⁰.

Para el diagnóstico temprano del cáncer de boca y de los DOPM, se recomienda, en el ámbito de la APS, el examen clínico táctil y visual, extra e intraoral de todos los pacientes adultos en las primeras consultas de rutina y en las consultas de urgencia³¹. El escenario levantado en esta investigación no incluyó datos sobre la realización sistemática de este examen por parte de los cirujanos dentistas tanto en atenciones electivas como en situaciones de urgencia. Esta ausencia representa una variable relevante para la comprensión de las razones por las cuales aún el cáncer de boca no viene siendo detectado tempranamente. Se resalta además que la participación voluntaria vía cuestionario web puede configurar un sesgo de selección, dado el posible compromiso de profesionales más sensibilizados e interesados por la temática. Además, por tratarse de un estudio realizado en un único estado de la federación, los hallazgos reflejan predominantemente la realidad del contexto investigado. En este sentido, estudios multicéntricos futuros podrán ampliar la comprensión del tema en diferentes escenarios del país, contribuyendo a una visión con más cobertura de la realidad nacional.

La inversión en la APS y la ampliación de la cobertura por los equipos de Salud de la Familia han sido asociadas a la reducción de las tasas de mortalidad por cáncer de boca⁵. A la luz de los hallazgos de este estudio, se destaca la importancia de dirigir esfuerzos para la capacitación práctica de los profesionales de la APS en el diagnóstico de lesiones bucales, como estrategia fundamental para la detección temprana de la enfermedad. La percepción, por parte de los cirujanos dentistas, de las barreras que dificultan este diagnóstico, revela un ejercicio de autocrítica sobre sus prácticas clínicas, al mismo tiempo que expone obstáculos estructurales, como la fragilidad de los flujos de referencia y contrarreferencia, y limitaciones impuestas por factores socioculturales de los propios usuarios.

CONCLUSIÓN

Este estudio evidenció que barreras relacionadas con la formación, capacitación y condiciones de trabajo de los cirujanos dentistas de la APS pueden influenciar en la actuación frente al diagnóstico temprano del cáncer de boca. La mayoría de los profesionales informó inseguridad en el diagnóstico de los DOPM, ausencia de habilidad técnica para realizar biopsias y desconocimiento sobre

flujos de encaminhamiento y apoyo especializado. La experiencia clínica aislada no se mostró determinante para la realización de biopsias, indicando que la baja resolubilidad de la APS resulta, sobre todo, de la falta de capacitación práctica y de infraestructura adecuada. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de invertir en educación permanente con énfasis teórico-práctico, apoyo matricial calificado y mejoría de las condiciones estructurales de los servicios, buscando fortalecer la actuación de los cirujanos dentistas en la detección temprana del cáncer de boca.

AGRADECIMIENTOS

A la referencia técnica de la Red de Salud Bucal de la Secretaría Estatal de Salud de Espírito Santo, por el apoyo en la interlocución con la Red de Coordinadores Municipales de Salud Bucal y profesionales de la APS en los municipios del estado.

APORTES

Todas las autoras 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 conjuntos de datos generados y analizados durante el estudio actual están disponibles en el repositorio de la UFES en la URL: <https://repositorio.ufes.br/collections/b5354daf-a7ff-468b-89f2-6de802e1a60f>.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (Capes), por medio de la concesión de becas de maestría y posdoctorado vinculadas a la Convocatoria n.º 38/2022 – Programa de Desarrollo de la Posgraduación (PDPG) – Alianzas Estratégicas en los Estados III.

REFERENCIAS

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_pratica_odontologica_aps_cancer.pdf

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

