

O princípio da integralidade e o diagnóstico de câncer de boca

Ana Paula da Silva RAMOS¹
Adauto EMMERICH de Oliveira²

RESUMO

O Sistema Único de Saúde é regido por princípios, como a integralidade da assistência. O diagnóstico de câncer de boca normalmente é realizado em estágios avançados. Essa situação aponta imperfeições no atendimento, uma vez que a doença pode ser prevenida ou mesmo diagnosticada em fases iniciais. O propósito deste trabalho é discutir sobre o Sistema Único de Saúde e o princípio da integralidade, observando como ele poderia beneficiar o paciente quanto ao diagnóstico precoce de câncer de boca. É um trabalho de revisão realizado em base de dados LILACS, com textos do período de 1995 a 2005, dos quais foram selecionados 12 artigos. Também foram utilizadas algumas publicações do Instituto Nacional do Câncer, Organização Mundial de Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Ministério da Saúde e textos focalizando o câncer bucal e o princípio da integralidade. Para alcançar o princípio da integralidade, é necessário um trabalho solidário entre os membros das equipes de saúde e o desenvolvimento de uma atenção primária resolutive, que realmente atue como entrada do Sistema de Saúde. A construção de uma atenção primária resolutive contribui para melhorias no diagnóstico, prevenção e qualidade de vida em relação ao câncer de boca e a outras doenças. O paciente não deveria estar submetido a um atendimento em que o diagnóstico de lesões iniciais e tratamento sejam postergados devido à forma segmentada como o profissional de saúde, cirurgião-dentista ou não, trabalha com a prevenção.

Palavras-chave: Câncer bucal. Integralidade. Odontologia.

Data de recebimento: 28-8-2006
Data de aceite: 22-1-2007

¹Mestre em Atenção à Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo.

²Doutor em Odontologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; professor do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) está em construção no Brasil. Esse processo vem sofrendo as injunções políticas e administrativas de vários governos desde 1990, ano de sua criação. Esse Sistema de Saúde é regido por vários princípios, entre eles, o da integralidade da assistência que é “[...] um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Esse princípio representa um desafio que necessita ser abordado por vários ângulos.

A construção e a organização do sistema de saúde brasileiro sofrem as influências da transição demográfica, que vem registrando um envelhecimento da população. Unindo-se esse fator à transição epidemiológica nos países desenvolvidos e à acumulação epidemiológica nos países em desenvolvimento, temos um crescimento das patologias crônicas. Essas patologias são, na maioria das vezes, controláveis e não curáveis. Esse quadro exige mais recursos humanos que equipamentos, mais cuidados de Enfermagem do que intervenções e mais generalistas do que especialistas (MENDES, 2001). A nova conjuntura demográfica, que favorece o desenvolvimento de doenças e agravos não transmissíveis, representa um significativo problema para a saúde pública. Seus custos econômicos e sociais são decorrentes da morte prematura ou incapacitação de pessoas em idade produtiva, além do aumento da demanda por serviços assistenciais (SILVA JÚNIOR et al., 2003).

Dentro desse quadro de transição epidemiológica e demográfica, encontramos o crescimento das neoplasias, entre elas, o câncer de boca. No ano de 2003, foram estimados 10.635 casos novos de câncer de boca e 3.245 óbitos, considerando toda a população brasileira. (BRASIL, 2003). Para o ano de 2005, foram estimados 13.880 casos novos (BRASIL, 2004).

O câncer de boca no Brasil encontra-se entre os dez mais incidentes (THULER; REBELO, 1999). Os diagnósticos dessa doença são feitos, na maioria das vezes, em fases avançadas (KOWALSKI; NISHIMOTO, 2000). Essa situação indica alguma falha no processo de atendimento ao paciente, uma vez que a doença pode ser prevenida ou diagnosticada em fases iniciais. O diagnóstico em fase inicial é favorecido pela localização do câncer de boca. Mais de 50% dos casos são diagnosticados em estádios avançados da doença (INCA, 2003). Isso ocorre mesmo se conhecendo o grupo de risco e a região de localização da lesão ser de fácil acesso (LAEMMEL; CAPPELLA; TEIXEIRA, 1995; VANDERLEI et al., 1998).

Os estabelecimentos de saúde e os programas comunitários representam locais que oferecem boas oportunidades para expansão da prevenção de doenças de cavidade oral e dos

conhecimentos sobre promoção de saúde. Os profissionais de saúde podem atuar na promoção de estilos de vida saudáveis por meio de programas que estimulem seus pacientes a adotar hábitos nutricionais adequados e interromper o consumo de tabaco. Quanto à adoção de hábitos nutricionais saudáveis, a Organização Mundial de Saúde defende a prática de uma dieta que possa prevenir o câncer de boca (PETERSEN, 2003).

Os maiores índices de cura estão entre os casos diagnosticados precocemente, portanto deve-se desenvolver nas pessoas uma mentalidade de responsabilidade em relação à prevenção e detecção precoce do câncer de boca. É necessário que o cirurgião-dentista tenha uma maior participação nessa fase do trabalho (SASSI et al., 1999). As limitações do SUS e dos recursos humanos não devem invalidar os esforços para discutir o problema do câncer bucal (HAYASSY, 1998). Os cirurgiões-dentistas precisam reavaliar suas condutas quanto ao seu papel de informar e conscientizar a população em relação ao câncer de boca (ALVES et al., 2002).

De acordo com o quadro apresentado, o propósito deste trabalho de revisão sistemática é argumentar e discutir o SUS em relação ao princípio da integralidade, observando como o cumprimento desse princípio poderia trazer benefícios para os pacientes em relação ao diagnóstico precoce de câncer de boca.

METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, foi feita uma revisão em textos de bases de dados LILACS, de 1995 a 2005. Nesse período, foram encontrados 598 artigos, com descritor câncer (and) bucal. Desse total, foram, inicialmente, selecionados 32 e, após leitura, associando o câncer de boca com atenção primária, os artigos foram limitados ao número 12, todos abordando a situação brasileira. Também foram utilizadas publicações do Instituto Nacional de Câncer (INCA), Organização Mundial de Saúde (OMS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério da Saúde, além de textos sobre o câncer bucal e o princípio da integralidade, conforme proposto pelo SUS.

SISTEMAS DE SAÚDE FRAGMENTADOS E SISTEMAS DE SAÚDE INTEGRADOS

Os sistemas de serviços de saúde denominados fragmentados são aqueles que possuem atenção descontínua, formação de dois pólos (hospital e ambulatório), com hegemonia da atenção hospitalar e ausência de uma integração entre os pontos de atenção à saúde e de um sistema de inteligência

que forneça organicidade ao sistema. A fragmentação dos serviços de saúde resulta em ineficácia, uma vez que são programados para atender pessoas doentes ou fazer prevenção de doenças em bases individuais. Não atendem as pessoas nos lugares certos, favorecem os serviços de maior densidade tecnológica, criam a indução da demanda pela oferta de serviços. Desse modo, os serviços exercem baixo impacto sobre a saúde das pessoas. A falta de comunicação entre os pontos de atenção à saúde e a restrição destes leva a um serviço de pouca qualidade e gera insatisfação dos usuários (MENDES, 2001).

O modelo de organização do sistema de saúde, do tipo pirâmide, deveria ser substituído por uma rede de várias entradas e múltiplos fluxos. O modelo da pirâmide trabalha apenas com uma parte do indivíduo. A intervenção de especialistas, para ser plena, deve olhar o indivíduo como um todo (CECÍLIO, 2001). O profissional deve conhecer o indivíduo, inclusive seu vínculo com outra equipe e profissional e o modo como o paciente vê sua doença.

Para superar esse modelo fragmentado de atenção em saúde, existe o conceito de integralidade. A Constituição Federal de 1988, em seu art. 198, II, utiliza a expressão "atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas" (BRASIL, 1988). A integralidade aborda vários sentidos, destacando: a) recusa em reduzir o paciente a um órgão ou sistema doente; b) organização dos serviços com o objetivo de realizar uma atenção ampliada das necessidades da população adscrita, mas sem esquecer as necessidades individuais; e c) recusa em reduzir os sujeitos a objetos descontextualizados. Pelo exposto, integralidade é recusar o reducionismo.

Existem vários movimentos no sentido de construir um sistema integrado de atenção à saúde. Entre eles, a substituição européia, que envolve vários pontos, inclusive a substituição por mudança do *mix* de recursos humanos e das habilidades profissionais. A substituição caracteriza-se pelo deslocamento de algumas atividades médico-especialistas, para médico-generalistas e dos médicos para as enfermeiras. Ao se tratar de uma equipe odontológica, essas atividades poderiam se deslocar do cirurgião-dentista especialista para o cirurgião-dentista clínico e dos clínicos para os técnicos em higiene bucal.

A integralidade precisa ser trabalhada em várias dimensões e, para ser alcançada, é preciso um trabalho conjunto e solidário entre os membros das equipes de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas. No intuito de facilitar a construção desse sistema de integração, há um conjunto de fatores que devem ser cultivados. Entre esses fatores, destaca-se a existência de uma cultura de integração e o desenvolvimento de uma atenção primária que seja resolutiva e que realmente atue

como porta de entrada do usuário ao sistema de saúde (CECÍLIO, 2001). É por meio da atenção primária que o paciente com lesões cancerizáveis, ou seja, ainda sem a neoplasia, tem maiores chances de iniciar o tratamento e melhorar seu prognóstico, uma vez que as lesões, se instaladas, poderão ainda estar em fase inicial de desenvolvimento. As lesões bucais consideradas cancerizáveis são as leucoplasias, líquen plano (com baixo potencial de cancerização), ceratose actínica, eritroplasia, líquen plano erosivo, candidíase eritematosa e, com potencial neoplásico discutível, o lúpus eritematoso (BRASIL, 2002).

Em uma pesquisa desenvolvida para avaliar o atendimento a pacientes portadores de câncer bucal, de uma Faculdade de Odontologia, no período de 1997 a 1998, foi encontrada uma demora de semanas a meses no espaço entre a detecção da lesão e o início do tratamento oncológico (COSTA; MIGLIORATI, 2001). Essa é uma situação que só vem prejudicar a qualidade de vida do paciente.

A implementação e a obtenção de resultados dos princípios da integralidade, conforme proposto pelo SUS, são incertas, caso não ocorra o fortalecimento da rede básica e a modificação do sistema assistencial (BODSTEIN, 2002).

A atuação fragmentada em saúde favorece o declínio da qualidade de vida do indivíduo, uma vez que há uma interligação entre os elementos biológicos, psicológicos, culturais, sociais e econômicos. Tomando como exemplo apenas os aspectos biológicos, se fôssemos nos restringir a esse campo, não poderíamos trabalhar o indivíduo como se ele fosse composto apenas por boca, rim, fígado ou qualquer outro órgão. Além das ligações fisiológicas, essas estruturas são influenciadas por fatores de risco, se não idênticos, similares. Ao atuar na melhoria da saúde geral, acaba-se por contribuir para a saúde bucal e vice-versa. Trabalhar de forma segmentada é limitar o indivíduo e o profissional, além de colaborar para o crescimento de índices desfavoráveis no campo econômico e social (RAMOS, 2006).

O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE BOCA EM FASE AVANÇADA

Diversos fatores estão relacionados com o retardo do diagnóstico do câncer de boca, como a desinformação do paciente, a falta de alerta dos profissionais de saúde para o diagnóstico precoce dos casos (THOMAZ; CUTRIM; LOPES, 2000). Deve-se despertar o interesse profissional em realizar o exame de cavidade oral como um todo e procurar instruir o paciente, periodicamente, para o auto-exame, uma vez que o cirurgião-dentista e o paciente representam a primeira chance de prevenção e diagnóstico precoce (ELIAS et al., 2002).

Para atingir o objetivo de aumentar a frequência do diagnóstico de câncer em fases iniciais e não mais em fases avançadas, devem-se elevar os limiares da atenção primária à saúde. De acordo com Mendes (2001, p. 101), essa elevação depende:

[...] do aumento da capacidade resolutiva das equipes que atuam nesse nível do sistema, do desenvolvimento de novas tecnologias, de sua difusão na atenção primária à saúde e do declínio de seus preços relativos [...].

As reflexões mais recentes sobre a atenção bucal, em caráter coletivo, não devem estar restritas à cárie dental nem ao atendimento de crianças. Devem-se desenvolver ações coletivas para o problema da doença periodontal, maloclusão, câncer bucal, fluorose, assim como o atendimento deve incluir adolescentes, adultos e idosos (MANFREDINI, 2003).

Na construção de um sistema integrado de atenção à saúde, deve ser considerado o desafio de implantar uma gestão dos riscos populacionais às doenças crônicas, como o câncer de boca. Essa gestão abrange ações de prevenção das doenças e dos acidentes, que podem ser focalizadas no indivíduo, como a educação para a saúde, e direcionada para intervenções preventivas gerais, como restrição de uso do cigarro em determinados ambientes (MENDES, 2001). Ambos os focos de ações estão relacionados com a atenção primária, que é local privilegiado para detecção precoce de doenças, incluindo o câncer de boca.

Para se efetuar a detecção precoce do câncer de boca, é fundamental que o paciente tenha acesso ao profissional de saúde. Caso contrário, o paciente teria apenas a suspeita da lesão. Apesar desse parecer óbvio, os dados fornecidos pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, de 1998, indicam que 29,6 milhões de brasileiros nunca visitaram um cirurgião-dentista (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000). Um trabalho realizado em Belo Horizonte indicou que os pacientes passam, em média, 8,7 anos sem consultar o cirurgião-dentista, e somente 30,5% desses pacientes foram encaminhados para tratamento oncológico pelo cirurgião-dentista (ABDO; GARROCHO; AGUIAR, 2003). Esses dados ajudam a fortalecer o fato de a detecção de câncer de boca ser normalmente realizada em fase avançada. Não temos uma cobertura populacional para atendimento odontológico, nem uma cultura voltada para a importância dos cuidados preventivos.

Poderia surgir o questionamento de que o cirurgião-dentista não é o único profissional de saúde que tem acesso à cavidade oral, o que é um fato. Mas esse é o profissional que tem a boca como um dos seus campos de trabalho. Por estar diariamente lidando com as estruturas bucais, é ele quem tem maiores possibilidades de detectar qualquer alteração, precoce ou não, independente de ser cárie ou câncer (RAMOS, 2006).

O enfoque dado à atenção primária é devido ao fato de ser a partir dela que os demais pontos de atenção se organizam. A construção de uma atenção primária resolutiva e de qualidade favorece o desenvolvimento da construção de serviços integrados de saúde (MENDES, 2001).

Quanto à gestão da patologia, realiza-se um conjunto interligado de procedimentos que abrangem toda a doença. Ela tem por objetivo intervir no curso da doença, no local e momento mais efetivos e eficientes, e com isso interromper o seu desenvolvimento e evitar intervenções mais caras. Para seu sucesso, são necessários: conhecimento da história natural da doença, construção de um modelo da doença, uso de procedimentos preventivos, imediata resolução de eventos agudos, ênfase na educação para a saúde, prestação de cuidados integrados na rede de pontos de atenção à saúde, focalização em doentes mais complexos e com tratamento mais caro (MENDES, 2001).

No XVIII Encontro Nacional de Administradores e Técnicos de Serviço Público Odontológico (XVIII ENATESPO), foram apresentados os principais problemas encontrados no desenvolvimento de ações de combate ao câncer de boca no Brasil: a) má formação dos cirurgiões-dentistas; b) reduzida importância dada à Odontologia como área de saúde pública; c) reduzida e má utilização do aporte financeiro; d) priorização extrema à cárie dental e ao escolar; e) omissão individual do gestor estadual; f) ausência de flexibilidade nas atividades programadas; g) centralização das atividades de diagnóstico; h) ausência de metas e atividades para o câncer de boca nas programações das Secretarias Estaduais de Saúde; i) subnotificação dos casos e ausência de dados epidemiológicos confiáveis; e j) escassez de estudos científicos sobre a doença (DIAS, 2005).

Para que se obtenham melhoras no quadro de câncer de boca, as ações precisam envolver o diagnóstico de lesões potencialmente cancerizáveis e suas manifestações clínicas iniciais. Dessa forma, pode-se colaborar para modificar a situação sofrível dessa doença (LAEMMEL; CAPELLA; TEIXEIRA, 1995).

DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA UMA INTEGRALIDADE

A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial de Saúde, em reunião do 43º Conselho Diretor, em Washington, D.C., no período de 24 a 28 de setembro de 2001, emitiu uma agenda provisória sobre "Desenvolvimento e fortalecimento da gestão dos recursos humanos no setor saúde". Nessa agenda, foram listados alguns determinantes que afetam a gestão dos recursos humanos. Entre eles:

A relativa debilidade ou ausência das políticas de recursos humanos no setor da saúde. A ausência de questões relativas aos recursos humanos nas agendas políticas das reformas manifesta-se na persistência de alguns problemas que se arrastam já há muito tempo, tais como: a concentração do pessoal nas grandes cidades, a escassez de algumas categorias de pessoal crítico (enfermeiros, técnicos de saúde, alguns especialistas) o relativo excesso de outras, a ausência de um enfoque e gênero nas decisões e intervenções (afetando uma força trabalhista em sua maior parte feminina), a dificuldade para adotar combinações de habilidade e perfis profissionais (*skill mix*) adequadas pra uma atenção integral, bem como a impossibilidade de adotar e utilizar critérios comuns para o desenvolvimento de pessoal entre as instituições de serviço e as de educação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2001, p. 6).

Uma das ações desenvolvidas para uma maior integralidade do SUS é a Equipe da Saúde da Família, na qual a Equipe Odontológica está inserida. As equipes de Saúde Bucal foram instituídas em 28-12-2000. Um dos grandes problemas enfrentados é a falta de preparo dos recém-formados para atuar na saúde pública. Um dos métodos utilizados para sanar esse problema tem sido a capacitação profissional. Em relação a esse método, é pouco capacitar apenas para melhorar o diagnóstico ou diminuir a mortalidade, pois a resolutividade do sistema de saúde pertence ao seu ordenamento e perfil de competências (CECCIN, 2004). O processo de qualificação das equipes tem se desenvolvido devido à criação dos pólos de capacitação, mas a formação de recursos humanos em saúde não acompanhou as novas demandas surgidas no setor saúde (RONCALLI, 2003). Apesar dos problemas encontrados, o Programa de Saúde da Família/ Equipe da Saúde da Família oferece uma oportunidade para que a equipe desenvolva a busca ativa da lesão suspeita e para trabalhar com as informações sobre fatores de risco para câncer de boca, ampliando o conceito de saúde bucal, indo além do campo da cárie e doença periodontal (ABDO; GARROCHO; AGUIAR, 2003).

A prevenção do câncer de boca assim como seu diagnóstico precoce e tratamento não têm encontrado, no Brasil, um campo privilegiado para sua realização. Esse posicionamento foi manifestado na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, quando foi incluída, no seu Relatório Final, uma moção de repúdio à falta de uma política de combate ao câncer bucal por parte do INCA. Essa moção destaca a total ausência de uma política efetiva de combate ao câncer bucal, com desinteresse por parte de seus profissionais (BRASIL, 2005).

O cirurgião-dentista, principalmente quando se trata de câncer bucal, não pode trabalhar isoladamente. Há necessidade de um trabalho em conjunto, com trocas de experiências e de conhecimentos para a construção de um melhor atendimento

(FERREIRA, 1995). Além do profissional de saúde, o paciente pode ser orientado para que ele próprio examine a cavidade oral em busca de lesões suspeitas, o que poderia contribuir para o diagnóstico precoce (TORRES, 1995; COSTA; MIGLIORATI, 2001; ALVES et al., 2002).

Em março de 2004, foi lançado o “Programa Brasil Sorridente”, no intuito de melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Apesar de não existir uma política nacional de combate ao câncer de boca, os profissionais das equipes odontológicas são orientados a diagnosticar o câncer de boca (BRASIL, 2006). Um dos pilares do “Brasil Sorridente” são os Centros de Especialidade Odontológicas (CEO) que estão sendo implantados. Pretende-se que os CEOs cuidem dos casos de câncer de boca em estágio inicial. Além disso, com o intuito de ampliar o acesso aos serviços odontológicos, foi incluído o diagnóstico do câncer de boca nas atividades de todas as Equipes de Saúde Bucal (BRASIL, 2004c) e as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal propõem a prevenção e controle do câncer bucal, com a ampliação e qualificação da atenção básica (BRASIL, 2004b).

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal incluem a recomendação da organização e o desenvolvimento de ações de prevenção e controle de câncer bucal:

- a) realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade, mediante negociação e pactuação com representantes das três esferas de governo.
- b) oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa) seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas (por exemplo: vacinação de idosos);
- c) acompanhar casos suspeitos e confirmados através da definição e, se necessário, criação de um serviço de referência, garantindo-se o tratamento e reabilitação.
- d) estabelecer parcerias para prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer bucal com Universidades e outras organizações (BRASIL, 2004b, p.11).

Espera-se que essas ações venham de fato modificar o quadro existente, colaborando com melhorias na qualidade de vida da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de boca é uma doença crônica, cuja história natural já é conhecida, além de estar localizado numa região de acesso privilegiado ao cirurgião-dentista. O paciente pode ser orientado para suspeitar de lesões por meio do auto-exame, o que aumentaria as possibilidades de visitas ao consultório

odontológico, para um exame adequado dessas lesões suspeitas. A resolução imediata de eventos agudos levaria até mesmo a evitar o desenvolvimento de alguns casos de câncer de boca. Algumas lesões são potencialmente cancerizáveis (eritroplasia e leucoplasia) e sua detecção e o pronto-atendimento diminuiriam o número de casos de câncer em fase avançada. A instituição de sistemas integrados de saúde viria contribuir para melhorias no diagnóstico, prevenção e qualidade de vida do paciente em relação não só ao câncer de boca, mas também às demais doenças.

Na defesa da instituição de sistemas integrados de serviços de saúde, Mendes (2001, p. 152) afirma:

Há uma consciência universal de que a crise dos sistemas de serviços de saúde não pode ser respondida, exclusivamente, com estratégias macroeconômicas. Por isso, é preciso complementá-las com estratégias microeconômicas e moleculares. Uma delas, a instituição de sistemas integrados de serviços de saúde como resposta à fragmentação vigente, que gera ineficiência, má qualidade dos serviços e insatisfação dos usuários (MENDES, 2001, p. 152).

Com o objetivo de buscar a integralidade, devem-se repensar os aspectos da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde (CECÍLIO, 2001). Nesse aspecto, encontram-se as opções de mudanças no modo da saúde pública lidar com o câncer de boca e assim tentar reduzir os casos de diagnóstico avançado.

O cirurgião-dentista tem um papel muito claro em relação à prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca. Ele é o profissional que tem acesso privilegiado à cavidade bucal e, como todo profissional de saúde, apresenta formação acadêmica que permite atuar na educação em saúde. Essas duas características colocam-no como um dos principais responsáveis para atuar diretamente na construção de melhores condições de saúde bucal e geral da população. Para tanto, é preciso que ele tenha e aplique os conhecimentos referentes à área. Esses conhecimentos devem ser constantemente trabalhados para que ele possa realmente ser um profissional que contribua com a sociedade na prevenção do câncer. Não tendo os conhecimentos necessários ou não tendo condições de aplicá-los, é necessário um trabalho que permita que esse profissional possa redirecionar seus esforços a fim de colaborar com a criação de um quadro favorável em relação à prevenção e diagnóstico precoce de câncer de boca.

O paciente não é um rim ou um dente; ele é um todo. O paciente é um indivíduo com expectativas e modo de assimilar seu mundo, inclusive sua doença, e tem o direito de ser tratado integralmente, desde a atenção primária à atenção terciária. Ele não deveria estar submetido a um atendimento em

que lesões iniciais e de tratamento menos desgastante sejam postergadas para estágios mais avançados, devido à forma segmentada como o profissional de saúde, cirurgião-dentista ou não, realiza a prevenção.

ABSTRACT

THE INTEGRALITY PRINCIPLE AND THE DIAGNOSIS OF ORAL CANCER

The Unified Health System is conducted by principles, as the integrality of assistance. The oral cancer diagnosis is done, usually, in advanced phase. This situation indicates some imperfections in the attendance process, since the illness can be prevented or even diagnosed in initial phases. The intention of this work of revision is to argue the Unified Health System and the principle of integrality, and how it could benefit the patients in relation to the precocious diagnosis of oral cancer. This is a systematic revision done in data bases LILACS between 1995 and 2005. Twelve articles were selected and some texts of National Cancer Institution, World Health Organization, Health Ministry, and Geographic and Statistic Brazilian Institution, besides texts about oral cancer and integrality principle. The integrality needs to be worked in some dimensions, and to be reached it's necessary a solidary work between the members of the health team, and the development of a resolute primary attention, that really acts as entrance of the Health System. The construction of a resolute primary attention contributes for improvements in the diagnosis, prevention and quality of life about oral cancer, and others illnesses. The patient should not have to be submitted to an attendance which diagnosis of initial injuries and treatment are delayed due to segmented form as the health professional, dentist or not, works the prevention.

Keywords: Oral cancer. Integrality. Odontology.

REFERÊNCIAS

- 1 ABDO, E. N.; GARROCHO, A. A.; AGUIAR, M. C. F. Papel do cirurgião-dentista no encaminhamento de pacientes com câncer bucal. **RBO**, Rio de Janeiro, v. 60, n.3, p. 205-207, maio/jun. 2003.
- 2 ALVES, A. T. N. N. et al. Diagnóstico precoce e prevenção do câncer oral: um dever do cirurgião-dentista. **RBO**, Porto Alegre, v. 59, n. 4, p. 259-260, jul./ago. 2002.
- 3 BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **CSC**, São Paulo, v.7, n. 3, p. 401-412, 2002.
- 4 BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado

- Federal, 1988.
- 5 _____ . Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 17 jun. 2005.
 - 6 _____ . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Falando sobre câncer de boca**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
 - 7 _____ . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer 2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativas/2003>. Acesso em: 10 nov. 2003.
 - 8 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2005: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2004a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativas/2005>. Acesso em 10 abril 2005.
 - 9 _____ . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
 - 10 _____ . Ministério da Saúde. **Prevenção e diagnóstico precoce**. 2004c. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/busca/buscar.cfm?inicio=21>. Acesso em: 17 nov. 2006.
 - 11 _____ . MINISTÉRIO DA SAÚDE. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**: acesso e qualidade superando exclusão social, Brasília, DF, de 29 de julho a 1º de agosto de 2004/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
 - 12 _____ . Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. 2006. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/busca/buscar.cfm?inicio=16>. Acesso em: 17 nov. 2006.
 - 13 CECCIN, R.B. A integralidade ensina os profissionais a lidarem com histórias de vida. **BOLETIM INTEGRALIDADE EM SAÚDE**. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inifoid=1798&sid=25>. Acesso em: 15 set. 2004.
 - 14 CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 113-126.
 - 15 COSTA, E. G. ; MIGLIORATI, C. A. Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. **R. Brás. Cancerol.**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 283-289, 2001.
 - 16 DIAS, A. A. Política de atenção ao câncer de boca. In: ENCONTRO NACIONAL DE ADMINISTRADORES E TÉCNICOS EM SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO, 18., 2005, Salvador. **Anais do XVIII ENATESPO**. Salvador: Conselho Regional de Odontologia da Bahia, 2005. 1 CD, oficina temática 9.
 - 17 ELIAS, R. et al. Câncer bucal. **J. Bras. Clin. Odontol. Int.**, Curitiba, v. 6, n. 31, p. 25-28, jan./fev. 2002.
 - 18 FERREIRA, F. V.; BORAKS, S.; A, P. L. Câncer bucal: faça a coisa certa. **R. ABO Nac.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 443-447, 1995.
 - 19 HAYASSY, A. Câncer bucal no setor público de Saúde Pública no Brasil. **R. Brás. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 55, n.3, p. 173-175, 1998.
 - 20 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: acesso e utilização de serviços de saúde, 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoendimetno/pnad98/saude/saude.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2005.
 - 21 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Normas e recomendações do INCA: prevenção do câncer de boca. **R. Brás. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v.4, n. 49, p. 206, 2003. Disponível em: <www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04.pdf/norma4.pdf>. Acesso em: 10 maio 2005.
 - 22 KOWALSKI, L. P.; NISHIMOTO, I. N. Epidemiologia do câncer de boca. In: PARISE JÚNIOR, O. **Câncer de boca**: aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 3-11.
 - 23 LAEMMEL, A.; CAPELLA, N. M; TEIXEIRA, G. V. Câncer de boca, um problema crescente e alarmante no nosso meio. **Arq. Cat. Med**, v. 24, n. 4, p. 20-22, out./dez. 1995.
 - 24 MANFREDINI, M. A. Planejamento em saúde bucal. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.50-63.
 - 25 MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.
 - 26 MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo II. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.
 - 27 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. 43º Conselho Diretor. **Desenvolvimento e**

- fortalecimento da gestão dos recursos humanos no setor da saúde.** Washington, D.C.: OPAS, 24 a 28 de setembro de 2001.
- 28 PETERSEN, P. E. **The world oral health report 2003:** continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO global oral health programme. Geneva: WHO, 2003.
- 29 RAMOS, A. P. S. **Conhecimentos dos cirurgiões-dentistas sobre prevenção e diagnóstico precoce de câncer de boca.** 2006. 165 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.
- 30 RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org). **Odontologia em saúde coletiva:** planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.
- 31 SASSI, L.M. et al. Diagnóstico precoce de tumores de boca: avaliação clínica no estado do Paraná. In: KOWALSKI, et al. (Org.). **Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer bucal.** São Paulo: Frôntis Editorial, 1999. p. 79-86.
- 32 SILVA JÚNIOR, J. B. et al. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**, 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 289-311.
- 34 THOMAZ, E. B. A.; CUTRIM, M. C. F. N.; LOPES, F.F. A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral. **ACTA Oncológica Brasileira**, v. 20, n. 4, p. 149-152, out./nov./dez. 2000.
- 35 THULER, L. C. S.; REBELO, M. S. Epidemiologia do câncer de boca. In: KOWALSKI, L. P.; et al. (Org.). **Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer bucal.** São Paulo: Frôntis Editorial, 1999. p. 1-8.
- 36 TORRES, I. A. O auto-exame da boca como estratégia para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal. **CCS**, v. 14, n. 1, p. 7-10, jan./mar. 1995.
- 37 VANDERLEI, F. A. B.; PEREIRA, F. C.; HOJAIJ, F. C.; NISHIO, S. A importância do exame da cavidade oral no diagnóstico precoce dos tumores de boca. **R. Méd.**, v. 77, n. 2, p. 101-112, mar./abr. 1998.

Correspondência para/Reprint request to:

Ana Paula da Silva Ramos
Rua Celso Calmon, nº 341, apt. 202, Praia do Canto
Vitória – ES. 29055-590