

Artigo Original de Pesquisa
Original Research Article

Implantação de serviço multidisciplinar em estomatologia e patologia oral

Implementation of a multidisciplinary service in stomatology and oral pathology

Thalía Rissa Silva¹
Vinícius Gonçalves de Souza¹
Amaro José Alves Júnior¹
Luís Henrique da Silva Lima¹
Damyls Joelly Souza Santos¹
Tatiana Santos Araújo²
Ludimila Paula Vaz Cardoso¹
Carla Silva Siqueira Miranda¹

Autor para correspondência:

Carla Silva Siqueira Miranda
Universidade Federal de Jataí / Curso de Medicina
BR 364, km 195, n. 3800 – Campus Jatobá, Cidade Universitária
CEP 75801-615 – Jataí – GO – Brasil
E-mail: carlassiqueira@ufj.edu.br

¹ Universidade Federal de Jataí – Jataí – GO – Brasil.

² Secretaria Municipal de Saúde de Jataí – Jataí – GO – Brasil.

Data de recebimento: 2 jul. 2021. Data de aceite: 4 jul. 2022.

Palavras-chave:

medicina bucal;
atenção primária à
saúde; neoplasias
buciais; equipe de
assistência ao paciente.

Resumo

Introdução: A maioria das doenças bucais pode ser prevenida por medidas individuais, comunitárias e profissionais, mas a acessibilidade é dificultada por recursos limitados e mal distribuídos. Para reduzir o risco desses agravos, os sistemas de saúde bucal precisam ser orientados no sentido do fortalecimento da atenção e prevenção primária à saúde. **Objetivo:** Avaliar a implantação de serviço de estomatologia e patologia oral vinculado ao SUS e o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos. **Material e métodos:** Avaliaram-se as ações de educação permanente em saúde, a qualidade do serviço prestado aos pacientes e o perfil de pacientes atendidos no período de novembro de 2017 a fevereiro de 2020. **Resultados:** A média de avaliação da educação permanente foi igual ou superior a 8,5 em todos os critérios avaliados. O tempo entre a percepção do paciente e a procura do atendimento, entre a triagem e o atendimento no serviço especializado e entre o atendimento do serviço e a emissão

do laudo anatomopatológico foram de, respectivamente, 688,9, 22,7 e 7,9 dias. Observou-se concordância entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico anatomopatológico em 78,8% dos casos. Lesões bucais foram detectadas em 35,3% dos pacientes; destes, 75,2% realizaram biópsia. No grupo com lesões bucais, a mediana de idade foi de 54 anos, sendo 55,2% do sexo feminino, 33,3% se declaram brancos, 49,5% são tabagistas/ex-tabagistas e 31,4% eram hipertensos. **Conclusão:** Este estudo reforça a importância e necessidade de serviços multiprofissionais com foco na atenção primária à saúde para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de lesões bucais.

Abstract

Introduction: Most oral diseases can be prevented by individual, community and professional measures, but accessibility is hampered by limited and poorly distributed resources. To reduce the risk of these health problems, oral health systems need to be guided towards strengthening primary health care and prevention. **Objective:** This study aims to evaluate the implantation of a stomatology and oral pathology service linked to SUS and the clinical-epidemiological profile of the patients treated. **Material and methods:** Permanent health education actions, the quality of the service provided to patients and the profile of patients seen in the period from November 2017 to February 2020 were evaluated. **Results:** The average evaluation of permanent education was equal to or greater than 8.5 in all evaluated criteria. The time between the patient's perception and seeking care, between screening and care at the specialized service, and between service care and the issuance of the anatomopathological report were, respectively, 688.9, 22.7 and 7.9 days. Agreement between the clinical diagnosis and the anatomopathological diagnosis was observed in 78.8% of the cases. Oral lesions were detected in 35.3% of patients and, of these, 75.2% underwent biopsy. In the group with oral lesions, the median age was 54 years, 55.2% were woman, 33.3% declared themselves white, 49.5% were smokers/ex-smokers, and 31.4% were hypertense. **Conclusion:** This study reinforces the importance and need for multidisciplinary services focused on primary health care for prevention, early diagnosis and treatment of oral injuries.

Keywords:

oral medicine; primary health care; mouth neoplasms; patient care team.

Introdução

Dentre as malignidades mais comuns no Brasil, o câncer de boca (lábio e cavidade oral) representa a 5.^a neoplasia mais frequente em homens e a 13.^a mais frequente em mulheres [15]. Para reduzir o risco desses agravos, os sistemas de saúde bucal precisam ser orientados no sentido do fortalecimento da atenção e prevenção primária à saúde. A maioria das doenças bucais pode ser prevenida por medidas individuais, comunitárias e profissionais, porém a acessibilidade é dificultada por recursos limitados e mal distribuídos [21].

No entanto a atenção primária no Brasil não tem demonstrado reduzir as taxas de incidência do câncer de boca, mas apenas de mortalidade [26].

Baseando-se na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), intitulada Brasil Sorridente, a atenção em saúde bucal no SUS inclui a atuação na comunidade, o levantamento de dados epidemiológicos e a realização das ações preventivas e de educação popular em saúde [4]. Apesar dos avanços na aplicação dessa iniciativa no Brasil, a avaliação do conhecimento dos profissionais da área da Odontologia que atendem na Atenção Primária revela que o serviço ainda carece de aprimoramentos,

sendo a educação permanente em saúde uma importante ferramenta para a melhoria do serviço [2, 3].

A avaliação de fatores de risco mostra-se essencial na promoção de saúde e no diagnóstico precoce. Para malignidades na cavidade oral, diversos são os fatores que somam risco. O tabaco (na mastigação ou combustão), o consumo de álcool, infecções virais, bacterianas ou fúngicas, radiação ultravioleta da luz solar e inflamação crônica ou irritação são considerados fatores extrínsecos. Já os intrínsecos são os fatores hereditários (genéticos), imunossupressão (HIV e transplante de órgãos), diabetes e deficiência de nutrientes, como ferro (anemia) ou vitaminas A, B e C [10, 11].

O câncer oral é precedido, em muitos casos, por lesões precursoras denominadas desordens potencialmente malignas (DPM), classificadas como adquiridas geneticamente, induzidas pelo tabaco ou por outros fatores de risco e mediadas imunologicamente. Levando-se em conta que mais da metade dos cânceres orais e de orofaringe é diagnosticada em estágios III e IV, com taxas de sobrevida de cinco anos de apenas 45% e 32%, respectivamente, fica evidente que a detecção precoce de distúrbios orais potencialmente malignos é uma das melhores formas de aumentar a sobrevida, que alcança 84% quando as DPMs são diagnosticadas em estágios iniciais [20].

O presente estudo objetiva caracterizar a implantação de serviço de estomatologia e patologia oral vinculado ao SUS, no município de Jataí (Goiás), avaliar a qualidade das atividades desenvolvidas pelo serviço e caracterizar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos.

Material e métodos

A pesquisa foi desenvolvida em três vertentes: (1) avaliação do serviço de educação permanente em saúde; (2) avaliação da qualidade do serviço prestado aos pacientes; (3) caracterização do perfil de pacientes atendidos.

A pesquisa foi desenvolvida com base em dados secundários fornecidos pelo Ambulatório de Estomatologia na cidade de Jataí, que atende à região do sudoeste goiano e é vinculado ao SUS. O ambulatório é fonte de ensino, pesquisa e extensão em Estomatologia e Patologia Oral.

Avaliação do serviço de educação permanente em saúde

Ações de educação permanente em saúde foram desenvolvidas pela equipe do ambulatório no período de maio a dezembro de 2017. Para tanto, as atividades foram divididas em três ciclos de capacitação, de acordo com o público-alvo e os objetivos: (1) ciclo de atividades teóricas profissionais de saúde e acadêmicos da área de saúde, objetivando o reconhecimento das carências do município; (2) ciclo de atividades teóricas para agentes comunitários de saúde, médicos, odontólogos e enfermeiros atuantes no SUS, de modo a apresentar o fluxo de atendimentos do ambulatório e do laboratório e capacitar os profissionais para o atendimento no serviço; (3) ciclo de atividades teórico-práticas em estomatopatologia para profissionais de saúde. Em todos os ciclos de atividades, as demandas foram abordadas por profissionais capacitados e com foco em uma abordagem multidisciplinar.

Ao final das atividades, os profissionais receberam um formulário de avaliação que contemplava cinco quesitos: (1) avaliação geral; (2) avaliação do conteúdo ministrado, considerando o cumprimento integrado do conteúdo proposto, a carga horária, a atualização dos conteúdos e a relevância do tema; (3) avaliação do instrutor, considerando clareza e objetividade, domínio do assunto e interação com o público; (4) avaliação do material didático, considerando a qualidade do material e a adequação dos recursos audiovisuais; (5) avaliação da metodologia utilizada, considerando a forma de apresentação das temáticas. O formulário tinha três opções de resposta, sendo: excelente (equivalente à nota 10), regular (equivalente à nota 5) e ruim (equivalente à nota 1).

Avaliação da qualidade do serviço

O serviço descrito apresenta o seguinte fluxo de atendimento: (1) triagem dos pacientes encaminhados por profissionais das Unidades Básicas de Saúde; (2) encaminhamento para serviço de estomatologia e realização da biópsia, se necessária; (3) avaliação histopatológica por laboratório especializado integrado ao ambulatório; (4) retorno ao serviço de estomatologia e encaminhamento para serviço terciário, se necessário. Para este trabalho, avaliaram-

se: tempo entre a percepção de surgimento da lesão pelo paciente e o atendimento de triagem; tempo entre o atendimento de triagem e o atendimento no serviço de estomatologia; tempo entre o atendimento no serviço de estomatologia e a liberação do laudo; precisão do diagnóstico clínico quando comparado ao diagnóstico anatomopatológico.

Seleção das amostras

Foi feito um delineamento de estudo que parte do desfecho: lesões bucais e frequência com que se relacionam aos fatores de risco, além de coleta dos dados demográficos e clínicos. As amostras deste trabalho são provenientes de pacientes atendidos no ambulatório ou de pacientes provenientes do dia "D" contra o câncer de boca. Os pacientes foram acolhidos inicialmente pelos estudantes vinculados ao projeto, que foram previamente capacitados para uma adequada coleta de dados dos prontuários, abordando tanto aspectos bucais quanto sistêmicos e epidemiológicos. A capacitação também incluía o fluxo de atendimento dentro do ambulatório no dia a dia e nos dias de ação específica ("dia D"). Finalizando os treinamentos, realizaram-se estudos sobre a anatomopatologia das principais lesões bucais e a importância dos dados coletados para a emissão de laudo.

Os atendimentos foram feitos por uma equipe multidisciplinar, incluindo odontólogos, médicos, biomédicos, farmacêuticos e psicólogos, com foco na prestação de serviço especializado em Estomatologia, vinculados ao município ou à Universidade, entre o período de novembro de 2017 até fevereiro de 2020. Os pacientes foram atendidos inicialmente em um serviço semanal de triagem; aqueles portadores de lesões bucais eram agendados, quinzenalmente, para biópsia. Na coleta de dados dos pacientes com lesões bucais, utilizou-se ficha especialmente confeccionada para a pesquisa, a qual abrangia dados básicos de identificação, fatores de risco, além da descrição macro e microscópica da lesão.

Com os dados colhidos no atendimento e após análise histopatológica, tabularam-se os casos de forma a evidenciar o perfil clínico-epidemiológico, principalmente sobre a correlação entre a frequência dos fatores de risco e o tipo de lesão demonstrada.

As biópsias colhidas eram armazenadas em formol tamponado 10% e enviadas ao laboratório de anatomopatologia da Universidade para processamento e análise. Especialistas em Patologia Oral e Médica efetuaram as análises.

Processamento das amostras

As amostras teciduais incluídas em parafina (Histosec, Merk) foram seccionadas em 4 μm de espessura e submetidas à coloração por hematoxilina e eosina. As lâminas foram colocadas em estufa por 1 hora e meia e, quando retiradas, imersas em dois banhos de xilol da bateria de coloração, por 20 minutos cada, em que o meio de inclusão que ainda resta na lâmina é retirado. Seguiu-se o protocolo com a hidratação, por 5 minutos, em cada solução com álcool, de forma decrescente, iniciada por absoluto 100° (que retiram o xilol), prosseguindo com álcool 90°, álcool 80°, álcool 70° e, finalmente, 10 minutos em água destilada. O próximo passo consistiu na coloração, em que se imergiram as lâminas em cuba contendo hematoxilina por uma média de 5 minutos. A hematoxilina é um corante básico que cora com a coloração azul-arroxeadada. As lâminas foram deixadas em água corrente, para que fosse eliminado o excesso de corante, por 10 minutos. O processo de coloração continuou com a imersão das lâminas em corante eosina por 3 minutos. Trata-se de um corante ácido que cora com rosa as estruturas acidófilas. A última etapa consistiu na desidratação, na qual as lâminas foram imersas em soluções de álcoois crescentes, iniciando por álcool 70°, prosseguindo até álcool 100°, por uma média de 2 minutos cada. Depois, as lâminas foram colocadas em dois banhos de xilol por, respectivamente, 5 e 1 minutos e, finalmente, preparadas para montagem com solução de resina não aquosa (Entellan-Mikroskopie-Merk ou bálsamo do Canadá).

Análise das lâminas

As análises das lâminas ocorreram em microscópio de luz convencional (Leica Biosystems DM750 Wetzlar, Alemanha), pelos patologistas do laboratório de anatomopatologia, seguindo todos os critérios já consagrados para o fechamento de cada caso.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada no *software* BM SPSS Statistics, versão 26.0.0.0. Os dados foram apresentados de forma descritiva por meio de frequência absoluta e relativa. Expressaram-se os valores da avaliação do serviço de educação permanente em média e desvio padrão. Fez-se cálculo do *odds ratio* (OR) para a avaliação de fatores de risco para o desenvolvimento de lesões

buciais potencialmente malignas e malignas. Para a avaliação da concordância entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico anatomopatológico, recorreu-se ao teste kappa. A significância estatística para as análises foi considerada a partir do intervalo de confiança a 95% (IC 95%) e/ou o $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Todos os pacientes receberam a explicação sobre o trabalho desenvolvido e foram esclarecidos para que escolhessem assinar ou não o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os pacientes que fazem parte desta pesquisa tiveram seu TCLE assinado. O projeto possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número do parecer 2.283.697.

Resultados

Educação permanente em saúde

Em cada atividade, cerca de 150 profissionais da saúde participaram da capacitação. Foram recebidas 102 avaliações referentes às atividades ministradas. A nota obtida nos quesitos avaliação geral, conteúdo ministrado, instrutor, material didático e metodologia foi de, respectivamente, $8,6 \pm 2,6$; $8,8 \pm 2,0$; $8,8 \pm 2,0$; $8,8 \pm 2,3$ e $8,5 \pm 2,4$.

Avaliação da qualidade do serviço

No caso dos 80 pacientes que realizaram a biópsia, a média e o desvio padrão de tempo entre a percepção do paciente quanto ao início da lesão e a procura de atendimento foram de $688,9 \pm 1099,6$ dias. No caso das lesões malignas, a média sobe para $712,7 \pm 455,0$ dias. Dos 80 pacientes avaliados, 29 não souberam relatar o tempo de surgimento da lesão.

A média e o desvio padrão do tempo de espera do paciente entre a triagem e o atendimento no ambulatório foram de, respectivamente, $22,7 \pm 25,2$ dias. Em alguns casos, o hiato entre a triagem e o atendimento do ambulatório ultrapassou períodos de 100 dias, em virtude do não comparecimento do paciente nos primeiros agendamentos. Considerando o tempo entre o atendimento no ambulatório e a

emissão do laudo, observaram-se uma média e um desvio padrão de, respectivamente, $7,9 \pm 7,5$ dias.

No atendimento no ambulatório, após avaliação clínica, levantava-se uma hipótese diagnóstica clínica de modo a contribuir para a avaliação histopatológica no laboratório. Observou-se concordância entre o diagnóstico anatomopatológico e o diagnóstico clínico em 78,8% dos casos. Tendo em conta as lesões malignas e com potencial de malignidade, tal porcentagem atingiu 90,0% dos casos. Conforme classificação de Landis e Koch [17], notou-se concordância quase perfeita entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico anatomopatológico ($\kappa = 0,80$; $p < 0,0001$).

Perfil dos pacientes atendidos

Em uma análise descritiva, avaliaram-se os prontuários de 297 pacientes atendidos no ambulatório, no período de novembro de 2017 até fevereiro de 2020, por meio de duas campanhas de prevenção no Dia D do câncer de boca e por atendimentos agendados para o referido ambulatório. A prevalência de lesões bucais foi de 35,3% (105 pacientes); desses pacientes, 79 (75,2%) realizaram biópsia.

Do ponto de vista epidemiológico, o grupo sem lesões bucais apresentou mediana de idade de 58,5 anos, sendo 112 (58,4%) pacientes do sexo feminino, 73 (38%) do sexo masculino e 7 (3,6%) não havia registro em prontuário. No grupo com lesões bucais a mediana de idade foi de 54 anos, sendo 58 (55,2%) pacientes do sexo feminino, 47 (44,7%) do sexo masculino. Em relação à etnia dos pacientes com lesão, 35 (33,3%) se declaram brancos, 33 (31,4%) pardos, 21 (20%) negros e 16 (15,2%) não relataram no prontuário.

Quanto ao diagnóstico das biópsias, a maioria dos laudos emitidos foi de neoplasia benigna, dentre elas fibroma e hemangioma; de neoplasia maligna, como carcinoma epidermoide; de lesões reativas ou traumáticas, como hiperplasia fibrosa inflamatória; além de lesões com diagnóstico incerto com presença de processo inflamatório crônico inespecífico (PICI). Os diagnósticos mais prevalentes foram agrupados conforme a tabela I.

Tabela I - Diagnósticos histopatológicos mais prevalentes nos pacientes com lesão bucal

Classificação	Diagnóstico	Nº	%
Neoplasia benigna	Fibroma	20	22,7
	Hemangioma	6	6,8
	Papiloma	3	3,4
Lesão potencialmente maligna	Leucoplasia	10	11,3
	Líquen plano	3	3,4
	Queilite actínica	2	2,7
Neoplasia maligna	Carcinoma epidermoide	5	5,6
	Neoplasia epitelial maligna	2	2,7
Lesões reativas/traumáticas	Hiperplasia fibrosa inflamatória	4	4,5
	Mucocele	4	4,5
	Hiperplasia fibroepitelial	5	5,6
Diagnóstico incerto	PICI	5	5,6
Outros		19	21,5

No tocante ao aspecto clínico das lesões, identificaram-se 41 lesões nodulares, 15 com aumento de volume, 9 em forma de placas, 7 úlceras, 3 em estrias, 2 em erosão, 2 vesículas, 2 bolhas, 1 lesão friável e 16 lesões foram classificadas como outras características. Não foram obtidas informações de 21 pacientes. As principais imagens clínicas são apresentadas na figura 1.

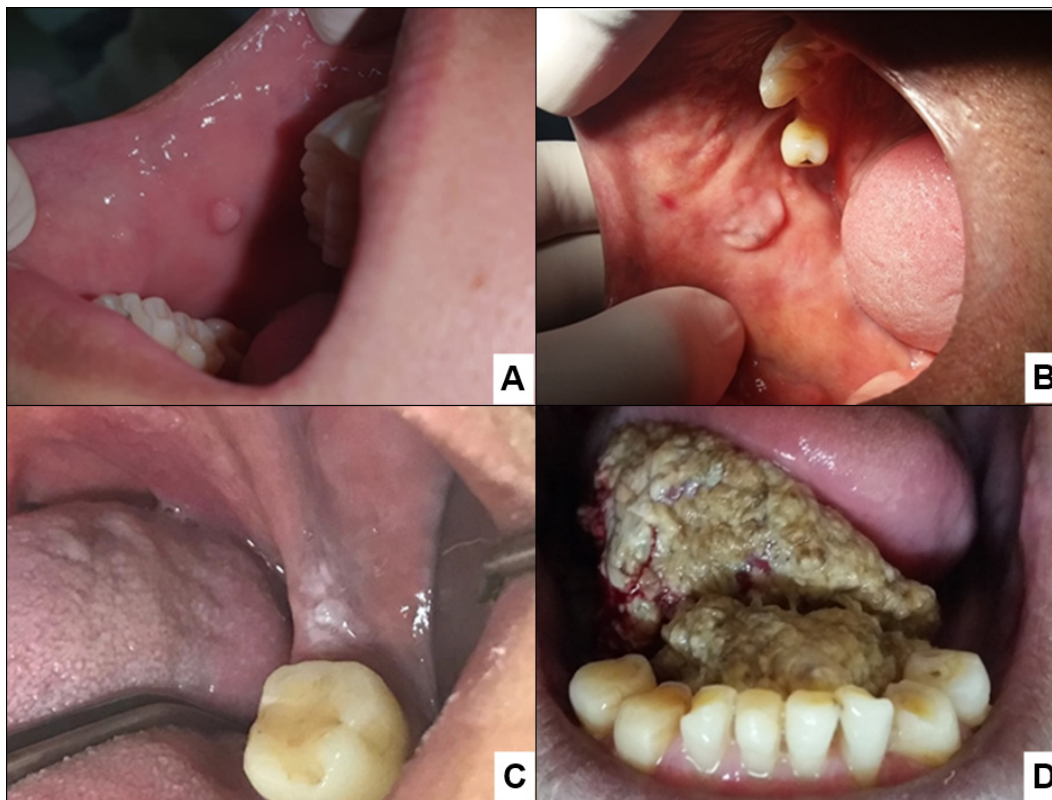


Figura 1 - Principais imagens clínicas das lesões atendidas no ambulatório. A e B: fibroma; C: leucoplasia; D: carcinoma espinocelular

No que tange aos fatores de risco, avaliou-se a exposição a tabaco e álcool nos pacientes com lesão bucal. Nesta análise, 52 (49,5%) pacientes são tabagistas/ex-tabagistas, sendo 32 (61,5%) do sexo masculino e 20 (38,4%) do sexo feminino; 36 (34,2%) são etilistas/ex-etilistas, sendo 25 (69,4%) do sexo masculino e 11 (30,5%) do sexo feminino. Dentre os tabagistas/ex-tabagistas, 15 (28,8%) evoluíram com lesões malignas/potencialmente malignas. Em relação aos etilistas, 7 (19,4%) desenvolveram lesão malignas/potencialmente malignas.

Das comorbidades associadas, as mais prevalentes nos pacientes que apresentaram lesão bucal foram hipertensão arterial (33 pacientes - 31,4%), diabetes melito (14 - 13,3%) e outras cardiovasculares que não a hipertensão arterial (13 - 12,3%). As doenças que acometiam os pacientes avaliados foram categorizadas conforme a tabela II. Do total de pacientes, 20 (19%) não tinham informações no prontuário e 34 (32,3%) não relataram comorbidades.

Tabela II - Categorização segundo os sistemas do organismo das comorbidades que acometiam os pacientes que apresentaram lesão bucal

Sistema	Especificações	Nº	%
Sistema cardiovascular	Hipertensão	33	31,4
	Outras	13	12,3
Sistema endócrino	Diabetes	14	13,3
	Tireoide	3	2,8
Sistema osteomuscular		9	8,5
Sistema respiratório		3	2,8
Sistema imunológico	Alergias	8	7,6
	Autoimunes	1	0,9
	Infeciosas	2	1,9
Sistema neurológico		7	6,6
Sistema geniturinário	Acometimento renal	5	4,7
Sistema hematológico		4	3,8
Outros		1	0,9

As comorbidades mais prevalentes e os fatores de risco foram avaliados quanto ao risco de desenvolvimento de lesões malignas/potencialmente malignas. Dos fatores analisados, somente o tabagismo constituiu um fator de risco para o

surgimento de lesões com caráter de malignidade ou elevado potencial de malignização (OR: 8,069; IC 95%: 1,68 - 38,87; $p < 0,01$). A presença de hipertensão arterial (OR: 0,351; IC 95%: 0,50-2,46; $p > 0,05$), diabetes melito (OR: 0,556; IC 95%: 0,54-5,70; $p > 0,05$), doenças cardiovasculares que não a hipertensão arterial (OR: 0,566; IC 95%: 0,44-5,60; $p > 0,05$), etilismo (OR: 1,243; IC 95%: 0,37 - 4,16; $p > 0,05$), raça branca (OR: 0,933; IC 95%: 0,277 - 3,147; $p > 0,05$), idade maior que 50 anos (OR: 2,647; IC 95%: 0,66 - 10,69; $p > 0,05$) ou sexo masculino (OR: 2,571; IC 95%: 0,78 - 8,50; $p > 0,05$) não constituíram fatores de risco ou proteção significativos na análise estatística.

Discussão

Apesar de a cavidade oral ser um sítio anatômico amplamente acessível ao exame clínico, as taxas de detecção precoce do câncer de boca permanecem reduzidas [9, 14]. A Educação Permanente em Saúde é uma importante ferramenta para garantir que o exame clínico seja adequadamente realizado, permitindo que as lesões potencialmente malignas e malignas sejam detectadas em estágios iniciais [18, 23, 28].

Nesse sentido, os autores deste trabalho reforçam que as ações de Educação Permanente em Saúde devem ser dirigidas não somente para dentistas, como também para médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e demais profissionais da área que podem atuar na identificação precoce de sinais de alerta e direcionar o paciente para o atendimento especializado.

O atraso no diagnóstico de lesões bucais, sobretudo no contexto do câncer de boca, é causa importante de morbimortalidade nos pacientes. Estima-se que três cenários contribuam para o atraso no diagnóstico: atraso do paciente na procura de um primeiro atendimento; atraso do serviço de saúde no processo de atendimento inicial até o diagnóstico definitivo por serviço especializado; atraso no interstício entre o diagnóstico e o agendamento nos serviços que promoverão a terapia dos pacientes [6]. O serviço descrito neste estudo atua, sobretudo, nos dois primeiros cenários.

A realização de campanhas preventivas com ênfase na educação popular em saúde, na promoção de saúde e no diagnóstico precoce foi uma ferramenta utilizada para reduzir o tempo de procura entre o aparecimento das lesões e a procura do atendimento. Contudo, tratando-se de um serviço com implementação recente, os pacientes

atendidos ainda apresentavam longos tempos de atraso nesse primeiro contato. Espera-se que, com a consolidação do serviço, o diagnóstico precoce seja viabilizado.

No segundo cenário, o serviço oferecido apresentou bons resultados, tanto no tempo entre o atendimento de triagem e o atendimento no serviço de estomatologia quanto no tempo de espera para emissão de laudos. No caso do tempo entre o serviço de triagem e o atendimento no serviço de estomatologia, observa-se maior variabilidade em virtude de fatores externos ao funcionamento do serviço, como a evasão dos pacientes. No que tange ao tempo de liberação de laudos anatomopatológicos, os resultados foram semelhantes ao observado em trabalhos anteriores realizados em serviços de grande porte vinculados à Universidade [5].

A qualificação dos profissionais dos serviços de estomatologia pode ser avaliada, dentre outros aspectos, pela concordância entre a suspeita diagnóstica clínica e o diagnóstico anatomopatológico. Em estudo anterior, a concordância clínico-patológica no diagnóstico de lesões orais por especialistas foi de 62,7%, no caso do diagnóstico geral, 60,0% para lesões potencialmente malignas e 56,6% para lesões malignas [22], valor inferiores ao encontrado neste estudo. Os resultados do serviço descrito na presente pesquisa reforçam a importância da qualificação profissional do estomatologista na avaliação clínica diagnóstica e na decisão do tipo de biópsia a ser feita.

O diagnóstico de lesões bucais, muitas vezes, só pode ser confirmado com o estudo histopatológico. Por isso, conhecer a epidemiologia e os fatores clínicos associados torna o diagnóstico clínico mais efetivo, quando a biópsia não for possível. Assim, conhecer a situação de determinada área geográfica possibilita que haja o conhecimento das reais necessidades da população e a elaboração de planos de tratamento e prevenção para atuação dos profissionais [13].

Neste trabalho, a faixa etária dos pacientes atendidos no ambulatório é da sexta década de vida, dados consonantes com a literatura, que relata maior incidência de câncer de boca em pacientes com idade superior aos 50 anos e de lesões benignas, reativas ou traumáticas muito associadas ao uso de próteses dentárias, que aumenta proporcionalmente com a idade [1, 8, 28]. A análise do *odds ratio*, contudo, não apontou a idade como um fator de risco para maior incidência de lesões malignas/potencialmente malignas. A maioria dos pacientes atendidos no ambulatório eram mulheres, totalizando 58 casos (55,2%), assim como um estudo que obteve, em

relação à variável gênero, 63,6% de mulheres, o que pode levantar a maior procura das mulheres com o cuidado da saúde bucal [16].

Outro fato relevante foi a grande quantidade de tabagistas/ex-tabagistas e/ou etilistas/ex-etilistas dentre os pacientes atendidos pelo ambulatório. Somente o tabagismo constituiu um fator de risco para a incidência de lesões malignas/potencialmente malignas. A literatura salienta o hábito de fumar e o etilismo como agente iniciador e promotor de neoplasias, respectivamente, sendo elementos com maiores potencialidades carcinogênicas. Além disso, o uso concomitante de tabaco e álcool pode potencializar o surgimento de lesões malignas [7, 32].

Assim, o consumo de tabaco nas mais variadas formas é um problema de saúde pública, ante as substâncias tóxicas e carcinogênicas que são encontradas [24]. Portanto, o estudo do perfil clínico-socioepidemiológico do público assistido pelo serviço local é essencial para conhecimento dos possíveis fatores desencadeantes ou/e agravantes que afetam a saúde dessa população. Ademais, é de suma valia para a elaboração de esquemas e propostas que visem à redução da mortalidade proveniente do câncer de boca, seja pela redução dos índices da doença ou por meio do diagnóstico precoce e direcionamento para tratamento em tempo hábil, o que se torna mais possível se houver conhecimento da epidemiologia local [19, 27].

De modo geral, as lesões mais prevalentes neste estudo, em ordem decrescente, foram fibroma (19%), hemangioma (5,7%), carcinoma epidermoide (4,8%) e hiperplasia fibroepitelial (4,8%). Os resultados diferem da literatura, em que as alterações clínicas mais comuns na mucosa oral foram estomatite relacionada a dentadura (6,7%), hemangiomas (5,9%) e fibromas (4,1%) [13]; ou hiperplasia fibrosa inflamatória (12,6%), mucocele (9,5%) e fibroma (5,5%) [16].

Outrossim, é necessário avaliar as comorbidades apresentadas pelos pacientes, já que muitas doenças sistêmicas se manifestam com lesões em cavidade oral. Destacam-se o DM e a HAS, por maior prevalência nesta investigação.

O diabetes melito (DM), como fator de risco para lesões bucais, causa danos em células nervosas e endoteliais. Esse dano pode vir a ser traduzido como complicação, uma vez que a cavidade oral é, por sua natureza, altamente inervada e vascularizada. Com isso, os pacientes portadores de DM têm risco aumentado de desenvolver câncer ao longo da vida, incluindo câncer de boca, assim como taxa de mortalidade por câncer aumentada em mais de 2 vezes em relação à população em geral [25, 30]. No

Brasil, dois estudos apontam a hipertensão arterial como a principal comorbidade associada a lesões orais [12, 31]. Tais dados sugerem a hipertensão como fator de risco.

Portanto, com base no que foi encontrado no presente estudo, é possível observar que a maioria das lesões em cavidade oral não é maligna e a excisão possibilita, além da confirmação diagnóstica pelo estudo anatomopatológico, o tratamento de muitas dessas lesões. Ressaltam-se, no entanto, a importância e a necessidade dos serviços multiprofissionais com foco na atenção primária à saúde, pois é o meio de promoção da saúde, da prevenção e da detecção precoce de doenças e agravos que acometem o indivíduo com maior gravidade, como o câncer de boca.

Algumas limitações do presente trabalho podem ser citadas, como falta de padronização no registro das informações no prontuário e o registro de fatores de risco, comorbidades e uso de medicamentos ser autorreferido. Todavia acredita-se que esta pesquisa possa contribuir de forma significativa na implantação de outros serviços de estomatologia e patologia oral.

Referências

1. Andrade JOM, Santos CAST, Oliveira MC. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(4):894-905.
2. Andrade SN, Muniz LV, Soares JMA, Chaves ALF, Ribeiro RIMA. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. *Revistas.* 2014;71(1):42.
3. Barros GIS, Casotti E, Gouvêa MV. Câncer de boca: o desafio da abordagem por dentistas. *Rev Enferm UFPE online.* 2017;11(11):4273-81.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004. Available from: URL:http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf.
5. Chan SW, Liew LH, Wong GR, Kallarakal TG, Abraham MT, Ramanathan A et al. Audit of turnaround time for a training oral histopathology laboratory in Malaysia. *Int J Surg Pathol.* 2016 Aug;24(5):401-9.
6. Cleveland JL, Thornton-Evans G. Total diagnostic delay in oral cancer may be related to advanced disease stage at diagnosis. *J Evid Based Dent Pract.* 2012 Jun;12(2):84-6.
7. Cruz GD, Shulman LC, Kumar JV, Salazar CR. The cultural and social context of oral and pharyngeal cancer risk and control among Hispanics in New York. *J Health Care Poor Underserved.* 2007 Nov;18(4):833-46.
8. Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Clinic and epidemiologic characteristics in the with squamous cell carcinoma of the mouth and oropharynx. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004;70(1):35-40.
9. Galvão-Moreira LV, Cruz MCFN. Screening and early detection of oral cancer: current controversies. *Acta Odontol Scand.* 2017 Jul;75(5):361-5.
10. Ganesh D, Sreenivasan P, Öhman J, Wallström M, Braz-Silva PH, Giglio D et al. Potentially malignant oral disorders and cancer transformation. *Anticancer Res.* 2018 Jun;38(6):3223-9.
11. George A, Sreenivasan BS, Sunil D, Susan S, Jubin T, Devi G et al. Potentially Malignant disorders of oral cavity. *Oral Maxillofac Pathol J.* 2011;2.
12. Gheno JN, Martins MAT, Munerato MC, Hugo FN, Sant'ana Filho M, Weissheimer C et al. Oral mucosal lesions and their association with sociodemographic, behavioral, and health status factors. *Brazilian Oral Research.* 2015;29:1-6.
13. Głowacka B, Konopka T. Prevalence of oral mucosal lesions in young seniors in the Wrocław region. *Dent Med Probl.* 2018;55(4):405-10.
14. Gómez I, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles PI, López-Jornet P, Suárez-Cunqueiro M, Diz-Dios P et al. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? *Oral Dis.* 2010 May;16(4):333-42.
15. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2019.
16. Kniest G. Frequência das lesões bucais diagnosticadas no Centro de Especialidades Odontológicas de Tubarão (SC). *RSBO.* 2011;8(1):13-8.
17. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977 Mar;33(1):159-74.
18. Leuci S, Aria M, Nicolò M, Spagnuolo G, Warnakulasuriya K, Mignogna MD. Comparison of views on the need for continuing education on oral cancer between general dentists and oral medicine experts: a Delphi survey. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2016;6(5):465-73.

19. Maia AMO, Cruz CMSB, Leão JC, Cavalcanti UDNT. Diagnóstico precoce de lesões orais potencialmente malignas em dois municípios do estado de Pernambuco. *Odontol Clínica-Científica*. 2013;12(1):47-51.
20. McRae MP, Modak SS, Simmons GW, Trochesset DA, Kerr AR, Thornhill MH et al. Point-of-care oral cytology tool for the screening and assessment of potentially malignant oral lesions. *Cancer Cytopathol*. 2020 Mar;128(3):207-20.
21. Neves M, Giordani JMA, Ferla AA, Hugo FN. Primary care Dentistry in Brazil: From prevention to comprehensive care. *J Ambul Care Manage*. 2017;40 Suppl 2(2 Suppl):S35-48.
22. Patel KJ, Silva HL, Tong DC, Love RM. Concordance between clinical and histopathologic diagnoses of oral mucosal lesions. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011 Jan;69(1):125-33.
23. Pentenero M, Chiecchio A, Gandolfo S. Impact of academic and continuing education on oral cancer knowledge, attitude and practice among dentists in north-western Italy. *J Cancer Educ*. 2014 Mar;29(1):151-7.
24. Ramôa CP, Eissenberg T, Sahingur SE. Increasing popularity of waterpipe tobacco smoking and electronic cigarette use: implications for oral healthcare. *J Periodontal Res*. 2017 Oct;52(5):813-23.
25. Ramos-Garcia P, Roca-Rodriguez MDM, Aguilar-Diosdado M, Gonzalez-Moles MA. Diabetes mellitus and oral cancer/oral potentially malignant disorders: a systematic review and meta-analysis. *Oral Dis*. 2021 Apr;27(3):404-21.
26. Rocha TAH, Thomaz EBAF, Silva NC, Sousa Queiroz RC, Souza MR, Barbosa ACQ et al. Oral primary care: an analysis of its impact on the incidence and mortality rates of oral cancer. *BMC Cancer*. 2017 Oct;17(1):706.
27. Saiegh J, Giacco CCA, Adler I, Lanfranchi Tizeira H, Stolbizer F. Frecuencia de lesiones de la mucosa oral en el servicio de urgencias y orientación de pacientes de la facultad de odontología de la Universidad de Buenos Aires. *Rev Fac Odontol*. 2017;32:5-10.
28. Silva PSL, Leão VML, Scarpel RD. Caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em hospital de referência na cidade de Salvador – BA. *Rev CEFAC*. 2009;11(suppl 3):441-7.
29. Silverman SJ, Rankin KV. Oral and pharyngeal cancer control through continuing education. *J Cancer Educ*. 2010 Sep;25(3):277-8.
30. Verhulst MJL, Loos BG, Gerdes VEA, Teeuw WJ. Evaluating all potential oral complications of diabetes mellitus. *Front Endocrinol*. 2019;10:56.
31. Volkweis MR, Blois MC, Zanin R, Zamboni R. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer bucal em um CEO. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-facial*. 2014;14(2):63-70.
32. Wünsch Filho V, Mirra AP, López RVM, Antunes LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13:175-87.