

Rastreamento do câncer bucal: aplicações no Programa Saúde da Família

Luís Cláudio Sartori

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.
Orientador: Prof. Dr. Paulo Frazão São Pedro.

**São Paulo
2004**

... Mas nós, gregos, não devemos dizer que a discussão deve partir do geral para o particular, se é para obter-se verdade e significado? Sim. A discussão geral atinge a todos... e a ninguém completamente.

São Lucas.

À Edna e Fernanda, com todo meu
respeito e profunda admiração.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Paulo Frazão São Pedro, pela competência, amizade e paciência na orientação desse trabalho.

À Professora Doutora Maria Ercilia de Araújo, parceira desde a época da organização da “Primeira Conferência Estadual de Saúde Bucal”, pela amizade e apoio que sempre ofereceu na minha modesta trajetória na “saúde pública”.

Ao Professor Doutor Oswaldo Yoshimi Tanaka, pelo inestimável auxílio na etapa de conclusão desse trabalho.

Ao amigo Silvio de Abreu, especialista em diagnóstico bucal, pela assessoria nas questões relativas à semiologia.

Ao Professor Doutor Paulo Capel Narvai, pelo estímulo às nossas iniciativas de implementação de ações de saúde bucal, nos diversos serviços por que passamos.

À Dr.^a Rosa Barros, atual diretora do Centro de Referência do Idoso (CRI), por ter acreditado na viabilidade da implementação de ações de saúde bucal no PSF Santa Marcelina.

À irmã Monique Bourget, que tem em Deus a razão do seu viver, pela luta incansável na manutenção da boa qualidade da atenção à saúde bucal, atingida no PSF Santa Marcelina.

Às Marcelinas, na pessoa da irmã Maria Thereza Lorenzoni, que sob inspiração de Santa Marcelina, educadora de homens e santos, exortam os funcionários do PSF, homens e mulheres, à lembrança da vocação à santidade.

Ao Dr. Fábio Mesquita, coordenador da COGest - Secretaria Municipal da Saúde, pelo apoio, carinho e estímulo, que vem oferecendo nesses tempos de reorganização da atenção à saúde bucal no município de São Paulo.

Ao Dr. Gonzalo Vecina Neto, secretário municipal da saúde de São Paulo, pelo apoio às iniciativas de reorganização da atenção, desenvolvidas pela área temática de saúde bucal da COGest.

Aos dentistas, técnicos e auxiliares do PSF Santa Marcelina, pelo compromisso e dedicação na prestação dos serviços.

RESUMO

O câncer bucal é responsável por uma proporção de óbitos no Brasil e medidas de prevenção primária e secundária têm sido recomendadas. Dentre as últimas, pode-se destacar a aplicação de técnicas de rastreamentos para a identificação de lesões malignas e pré-malignas. As técnicas de rastreamento podem ser aplicadas a fim de identificar indivíduos mais vulneráveis, oferecer assistência mais precoce e reduzir danos. O propósito deste estudo foi analisar a eficácia do rastreamento dessas lesões bucais, na população de cinquenta e mais anos de idade, cadastrada em unidades de saúde da família (USF) e avaliar o seu potencial para auxiliar no controle do câncer bucal e na organização da demanda à assistência. Dados secundários do sistema de informações, relativos a 30.828 famílias assistidas por 30 equipes de saúde que operavam em sete unidades de saúde da família, pertencentes ao município de São Paulo, gerenciadas em co-parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina, foram obtidos. Registros individuais relativos ao rastreamento realizado em espaços sociais e à assistência odontológica realizada posteriormente em ambiente clínico, de 2980 residentes, ambos os sexos, foram concatenados em uma base eletrônica. Durante o rastreamento, os indivíduos foram incluídos em uma das 3 categorias: **(0)** tecidos moles aparentemente saudáveis, **(1)** alterações em tecidos moles sem potencial de malignidade e **(2)** alterações em tecidos moles com potencial de malignidade. Estimativas por ponto e por intervalo de confiança (95%) relativas às medidas de sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo foram calculadas. Os resultados mostraram que 18% dos rastreados foram considerados positivos ao teste (categorias 1 + 2). Ao exame clínico, foram registradas 50 lesões pré-malignas/malignas (1,7%) sendo confirmados 8 casos de câncer bucal correspondendo a uma taxa de prevalência de 27 casos em 10 mil, bastante

superior ao esperado. Considerando positivos ao teste os incluídos nas categorias 1 + 2, as medidas observadas foram S: 91,73% [90,74 - 92,72]; E: 85,42% [84,15 - 86,65]; VPP: 22,72% [21,22 - 24,22]. Considerando positivo ao teste aqueles incluídos na categoria 2, as medidas encontradas foram S: 26,00% [24,43 - 27,57]; E: 97,27% [96,68 - 97,85]; VPP: 13,98% [12,74 - 15,22]. Hipóteses explicativas relativas aos valores observados e ações para ajustar o instrumento de rastreamento são discutidas.

ABSTRACT

Oral cancer is responsible for a number of deaths in Brazil and measures of primary and secondary prevention have been recommended. Among the latter, the use of screening techniques can be used to identify people who are most susceptible to the disease, offer precocious aid and reduce damage. This study aimed at analyzing the efficacy of screening for oral lesions among the population of 50 years old or older, of both genders, listed in units of family health (USF), and assessing the potential of screening to aid in the control of oral cancer and in the organization of assistance. The studied population was composed of 30,828 families aided by 30 health groups that worked in seven units of family health in the city of São Paulo, managed with the collaboration of the health center of Santa Marcelina; and secondary data - regarding 2,980 registered individuals - were obtained from the information system and then analyzed. Individual records regarding the screening carried out in social institutions and regarding dental aid later carried out in clinics were grouped in a electronic basis. During screening, soft tissues of the oral cavity were examined and the registered individuals were distributed into one of the following categories: (0) soft tissues apparently healthy, (1) alterations with no malignant potential in soft tissues, (2) alterations with malignant potential in soft tissues. Point and confidence interval estimates (95%) were calculated, regarding measures of sensitivity (SE), specificity (SP), and positive and negative predictive values (PPV). Results showed that 18% of the screened population was considered test positive (groups 1 and 2). A total of 133 lesions (4.46%) were identified during clinical examination, and 8 cases of oral cancer were confirmed, which corresponds to a prevalence rate of 27 cases in 10,000 people, a much higher rate than the expected. Considering test positive the cases of groups 1 and 2, the measures found were: SE: 91.73% (90.74 - 9272),

SP: 85.42% (84.15 - 86.65), PPV: 22.72% (21.22 - 24.22). Considering test positive the cases of group 2, the measures found were: SE: 26.00% (24.43 - 27.57), SP: 97.27% (96.68 - 97.85), and PPV: 13.98% (12.74 - 15.22). Explicative hypothesis regarding the observed values and actions to adjust the instrument of screening are discussed.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. O CÂNCER BUCAL	1
1.1.1. INCIDÊNCIA DO CÂNCER BUCAL NO MUNDO	4
1.1.2. O CÂNCER BUCAL NO BRASIL	6
1.1.3. PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER BUCAL	8
1.2. O ACESSO AOS SERVIÇOS DA POPULAÇÃO DE CINQUENTA E MAIS ANOS DE IDADE E A ATENÇÃO BÁSICA	13
1.2.1. ATENÇÃO BÁSICA E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL	23
1.2.2. O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ZONA LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	31
1.3. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE BUCAL E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	34
1.3.1. SAÚDE BUCAL NO PSF DA ZONA LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	38

1.4. O RASTREAMENTO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER BUCAL	42
2. OBJETIVOS	62
2.1. OBJETIVO GERAL	62
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	62
3. MATERIAL E MÉTODO	63
3.1. TIPO DE ESTUDO	63
3.2. ÁREAS DO ESTUDO	64
3.3. FONTE DOS DADOS	75
4. RESULTADOS	82
4.1. BASE POPULACIONAL	82
4.2. PREVALÊNCIA DAS LESÕES	83
4.3. APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE RASTREAMENTO	84

4.4. TESTES	90
4.4.1. PRIMEIRO BLOCO DE TESTES	90
4.4.2. SEGUNDO BLOCO DE TESTES	92
5. DISCUSSÃO	96
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
7. ANEXOS	115

ÍNDICE DE TABELAS

- 1- Base populacional da área de estudo composta por cadastrados de cinquenta e mais anos de idade, segundo sexo. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999 e 2001. 82
- 2- Número e porcentagem dos cadastrados e rastreados de cinquenta e mais anos de idade, segundo sexo. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002. 83
- 3- Distribuição dos casos de câncer bucal segundo sexo, idade, tipo e localização da lesão e USF de ocorrência. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002. 84
- 4- Número e porcentagem dos rastreados de cinquenta e mais anos de idade, segundo sexo e código de rastreamento. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002. 85
- 5- Número e porcentagem dos rastreados de cinquenta e mais anos de idade, segundo sexo e diagnóstico clínico para identificação de lesões em tecidos moles bucais. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002. 85
- 6- Número e porcentagem dos rastreados de 50 e mais anos de idade, segundo código de classificação e exames clínicos para diagnóstico de lesões em tecidos moles bucais. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002. 86
- 7- Número e porcentagem dos rastreados de 50 e mais anos de idade do sexo masculino, segundo código de classificação e exames clínicos para diagnóstico de lesões em tecidos moles bucais. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002. 87
- 8- Número e porcentagem dos rastreados de 50 e mais anos de idade do sexo feminino, segundo código de classificação e exames clínicos para diagnóstico de lesões em tecidos moles bucais. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002. 87
- 9- Distribuição do número de lesões encontradas em tecidos moles bucais segundo diagnóstico clínico ou laboratorial e potencial ou não de malignidade. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002. 88
- 10- Distribuição do número de lesões identificadas no rastreamento, segundo sexo, potencial ou não de malignidade e códigos de classificação. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002. 89
- 11- Valores de sensibilidade, especificidade e preditivos positivo e negativo do rastreamento de lesões bucais, para os rastreados. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999 e 2001. 90
- 12- Valores de sensibilidade, especificidade e preditivos positivo e negativo do rastreamento de lesões bucais, para os rastreados do sexo masculino. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999 e 2001. 91

- 13- Valores de sensibilidade, especificidade e preditivos positivo e negativo do rastreamento de lesões bucais, para os rastreados do sexo feminino. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999 e 2001. 91
- 14- Estimativas por ponto e por intervalo de confiança (95%) dos testes de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo, segundo sexo. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002. 92
- 15- Valores de sensibilidade, especificidade e preditivos positivo e negativo do rastreamento para lesões pré-malignas e câncer bucal, para os rastreados. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999 e 2001. 93
- 16- Valores de sensibilidade, especificidade e preditivos positivo e negativo do rastreamento para lesões pré-malignas e câncer bucal, para os rastreados do sexo masculino. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999 e 2001. 93
- 17- Valores de sensibilidade, especificidade e preditivos positivo e negativo do rastreamento para lesões pré-malignas e câncer bucal, para os rastreados do sexo feminino. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999 e 2001. 94
- 18- Estimativas por ponto e por intervalo de confiança (95%) dos testes de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo, segundo sexo. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002. 94
- 19- Resumo comparativo dos valores dos testes de sensibilidade, especificidade e valores preditivos do rastreamento para lesões pré-malignas e malignas, segundo sexo, considerando os dois blocos de testes. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002. 95

ÍNDICE DOS QUADROS

- 1-Coeficientes de incidência de câncer de boca por 100 mil habitantes segundo os estados brasileiros. INCA, Ministério da Saúde, 2000. 7
- 2-Coeficientes de incidência de câncer de boca por 100 mil habitantes segundo os estados brasileiros. INCA, Ministério da Saúde, 2002. 7
- 3-Códigos e critérios de rastreamento para cárie dentária. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999. 47
- 4-Códigos e critérios de rastreamento para doença periodontal. PSF Santa Marcelina São Paulo, 1999. 47
- 5-Códigos e critérios de rastreamento para lesões bucais com enfoque nas situações que sugerem risco para o câncer. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999. 57
- 6-Distribuição das lesões bucais segundo potencial ou não de malignidade. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999. 60
- 7-Distribuição das USF do PSF Santa Marcelina, segundo as Subprefeituras. Secretaria Municipal das Subprefeituras, São Paulo, 2002. 64
- Quadro 8- Distribuição das USF Jardim Campos, Jardim Santa Rita, Jardim Jaraguá e Vila Curuçá, segundo número de equipes, número de famílias e indivíduos cadastrados. Sistema de Informação da Atenção Básica, PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002. 67
- 9-Composição da USF A. E. Carvalho segundo número de equipes, número de famílias e indivíduos cadastrados. Sistema de Informação da Atenção Básica, PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002. 69
- 10-Composição da USF Jardim Fanganiello segundo número de equipes, número de famílias e indivíduos cadastrados. Sistema de Informação da Atenção Básica, PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002. 71
- 11-Composição da USF Barro Branco segundo número de equipes, número de famílias e indivíduos cadastrados. Sistema de Informação da Atenção Básica, PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002. 73

ÍNDICE DAS FIGURAS.

- 1-Representação esquemática das subprefeituras implantadas no município de São Paulo. Secretaria Municipal das Subprefeituras, São Paulo, 2002. 65
- 2-Representação esquemática das subprefeituras do município de São Paulo onde o estudo foi realizado. Secretaria Municipal das Subprefeituras, São Paulo, 2002. 66
- 3-Representação esquemática da Subprefeitura de Itaim Paulista e localização das USF de estudo. Secretaria Municipal das Subprefeituras, São Paulo, 2002. 68
- 4-Representação esquemática da Subprefeitura da Penha e localização da USF de estudo. Secretaria Municipal das Subprefeituras, São Paulo, 2002. 70
- 5-Representação esquemática da Subprefeitura de Guaianases e localização da unidade de estudo. Secretaria Municipal das Subprefeituras, São Paulo, 2002. 72
- 6-Representação esquemática da Subprefeitura de Cidade Tiradentes e localização da unidade de estudo. Secretaria Municipal das Subprefeituras, São Paulo, 2002. 74

RELAÇÃO DAS SIGLAS

OMS: Organização Mundial da Saúde.

INCA: Instituto Nacional do Câncer.

EUA: Estados Unidos da América.

UNESP: Universidade Estadual Paulista.

PSF: Programa Saúde da Família.

FDI: Federação Dentária Internacional.

SESP: Serviço Especial de Saúde Pública.

PPREPS: Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde.

PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento.

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

AIS: Ações Integradas de Saúde.

DF: Distrito Federal.

IPEA: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas.

ESF: Equipe de Saúde da Família.

USF: Unidade de Saúde da Família.

SAS: Secretaria de Assistência à Saúde.

PAB: Piso da Atenção Básica.

UBS: Unidade Básica de Saúde

PMS: Plano Metropolitano de Saúde.

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica.

QUALIS: Projeto Qualidade Integral em Saúde.

CID: Classificação Estatística Internacional de Doenças

AIH: Autorização de Internação Hospitalar.

SIH: Sistema de Informação hospitalar.

1. INTRODUÇÃO

1.1. O CÂNCER BUCAL

Os seres vivos são feitos de unidades microscópicas chamadas células. Grupos de células similares com mesma função formam um tecido e os grupos de tecidos constituem os órgãos. O câncer é caracterizado por alterações que determinam um crescimento celular desordenado e não controlado pelo organismo, comprometendo tecidos e órgãos.

O câncer não é uma doença única e sim um conjunto de mais de cem diferentes doenças: diferentes tipos de câncer correspondem diferentes tipos de células do corpo. Como a pele, por exemplo, é formada de mais de um tipo de célula, podem ser descritos diversos tipos de cânceres desse órgão. Câncer com origem em tecidos epiteliais (pele e mucosa) é denominado carcinoma e com início em tecidos conjuntivos (osso, músculo e cartilagem) é denominado sarcoma (FRANKS 1990).

Além do tipo de célula envolvida no processo, outras características que diferenciam os diversos tipos de cânceres entre si são: a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases).

BARBOSA (2002), caracterizou o câncer como multiplicação descontrolada de células defeituosas ou atípicas, que escapam do controle do sistema imunológico por algum motivo até hoje desconhecido. No Brasil, são mais de um milhão de novos casos por ano, sendo que muitos sequer são registrados devido à subnotificação.

O câncer bucal é definido anatomicamente como alteração maligna do lábio, da língua, da gengiva, da mucosa jugal, do assoalho da boca, do palato duro e mole, da área retromolar ou de qualquer outra área não específica da boca ou dos maxilares (FEDELE *et al* 1991; KRUTCHKOFF *et al* 1990).

Do ponto de vista histológico, distinguem-se quatro tipos de carcinomas bucais: espinocelular, “in situ”, basocelular, e adenocarcinoma. O tipo histológico mais comum é o carcinoma espinocelular ou de células escamosas ou epidermóide (CHEN 1991; CRIVELLI *et al* 1990; KRUTCHKOFF 1990; NOCCHETTI 1990; REYCHLER 1990 e SUNDEFELD 1993).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003), cânceres bucais em estágio precoce são geralmente pequenos nódulos endurecidos ou espessamento da mucosa, ambos assintomáticos, ou um crescimento ulceroproliferativo.

De acordo com PARKIN *et al* (1988), seis, em cada cem casos de câncer ocorrem na boca, sendo, no sexo masculino, o sexto tipo de câncer mais comum em todo o mundo.

SANKARANARAYANAN (1992) demonstrou que na Índia o câncer bucal é mais freqüente entre os homens e o terceiro entre as mulheres, representando, segundo algumas pesquisas, 40% ou mais (GAYFORD & HASKELL 1971; HARDTI & SCHLENK 1991) e, segundo outras, 15% a 20% de todos os tumores malignos diagnosticados naquele país (HARDTI & SCHLENK 1991; SANKARANARAYANAN 1990).

Segundo SOUZA *et al* (1993), a incidência do câncer de boca é maior no sexo masculino. Em 58 pacientes diagnosticados com câncer de lábio inferior no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período compreendido entre 1980 e 1989, 86,2% eram homens.

De acordo com ESPINOZA *et al* (1999), em Santiago, entre 1990 e 1998, do total de 8.857 biópsias recebidas e registradas no Instituto de Referência de Patologia Oral da Universidade do Chile, 1.185 foram de adultos maiores de sessenta anos de idade. O maior número de biópsias foi de mulheres (60%), entretanto, o carcinoma espinocelular foi mais freqüente em homens.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde (INCA), o câncer bucal contribui com menos de 5% na incidência total de cânceres no âmbito mundial e é uma doença encontrada principalmente no sexo masculino (Brasil 2002).

Nos Estados Unidos da América (EUA), de acordo com o *Center for Disease Control and Prevention*, o risco de contrair câncer bucal é entre seis e vinte e oito vezes maior em fumantes contumazes e os efeitos do tabaco e bebidas alcoólicas estão presentes, enquanto fatores de risco, em 90% dos cânceres bucais (SILVERMAN 1990).

VOKES *et al* (1993), apontaram que o uso do tabaco em todas as formas e, em menor grau, o uso abusivo de bebidas alcoólicas são os mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal.

SHAY & SHIP (1995), demonstraram que os fatores de risco associados ao câncer bucal são o consumo de bebida alcoólica, o hábito de fumar e a exposição à luz solar no caso do câncer do lábio. Ressaltaram que a sobrevida da pessoa com câncer está relacionada ao estágio da doença quando do seu diagnóstico.

De acordo com ALLEGRA & GENNARI (2000), entre os fatores que têm contribuído para o aparecimento de neoplasias, malignas ou benignas da cavidade bucal, está o hábito de fumar e/ou mascar tabaco, enquanto às bebidas alcoólicas têm se atribuído um papel duvidoso. Segundo os autores, a incidência da sífilis na indução do câncer bucal, valorizada no passado, hoje se limita aos indivíduos sideropênicos.

Resumindo, o câncer bucal tem se caracterizado como uma morbidade que acomete principalmente homens de quarenta e mais anos de idade, estreitamente relacionada aos hábitos de fumar e consumir bebida alcoólica (PERUSSI *et al* 2002).

1.1.1. INCIDÊNCIA DO CÂNCER BUCAL NO MUNDO

Nesse tópico, foram examinados três artigos de revisão publicados na Austrália (Adelaide, 1999 e 2000) pelos seguintes pesquisadores: S.R. MOORE, N.W. JOHNSON, A.M. PIERCE e D.F. WILSON. Para o sexo masculino foram apontadas grandes variações regionais nas taxas de incidência do câncer bucal.

No texto, os autores não explicitaram os limites que definiram baixa e alta incidência, entretanto, parece que consideraram baixa incidência valores em torno de 2,5 por 100 mil habitantes e alta incidência valores acima de 5,0 por 100 mil habitantes.

Na Austrália, a incidência em termos gerais foi relativamente baixa, excetuando-se o oeste e a região de *Sydney*, que apresentaram taxas acima de 2,5 por 100 mil habitantes por ano.

No Canadá, as diferenças regionais nas taxas de incidência do câncer bucal foram consideráveis. A região do leste canadense apresentou taxa de incidência de 3,3 por 100 mil habitantes por ano, entretanto, nas províncias litorâneas a taxa observada foi 9,0 por 100 mil habitantes por ano.

Na América Central, há décadas, Porto Rico vem apresentando altas taxas na incidência do câncer bucal: 6,7 por 100 mil habitantes por ano entre 1964 e 1966; 7,8 por 100 mil habitantes por ano entre 1968 e 1972; 6,2 por 100 mil habitantes por ano entre 1973 e 1977; 6,4 por 100 mil habitantes por ano entre 1978 e 1982 e 6,1 por 100 mil habitantes por ano entre 1983 e 1987.

Na Europa, as taxas de incidência do câncer bucal também apresentaram diferenças regionais significativas. A França apresentou a maior taxa de incidência entre 1988 e 1992, cujos valores variaram entre 2,8 por 100 mil habitantes por ano em *Tarn* e 12,4 por 100 mil habitantes por ano em *Bas-Rhin*. Por outro lado, se comparados com o restante da Europa,

os países nórdicos apresentaram uma taxa de incidência relativamente baixa que variou entre 1,1 e 1,7 por 100 mil habitantes por ano.

A taxa de incidência do câncer bucal no Reino Unido, entre 1988 e 1992 foi baixa. Os valores variaram entre 1,5 por 100 mil habitantes por ano na Inglaterra e 2,8 por 100 mil habitantes por ano na Escócia.

Na Ásia, a taxa de incidência do câncer bucal foi consideravelmente alta. Várias regiões da Índia apresentaram taxas para o câncer de língua que excederam 6,0 por 100 mil habitantes por ano, segundo publicação oficial do governo indiano e, entre 1991 e 1992 foi observado pico na taxa de incidência desse tipo de câncer, da ordem de 10,8 por 100 mil habitantes por ano.

No Japão, a taxa de incidência encontrada foi baixa, entretanto, tem crescido nos últimos anos. Em *Osaka*, no período compreendido entre 1970 e 1971, a taxa foi 0,2 por 100 mil habitantes por ano. Por outro lado, no período entre 1983 e 1987, a taxa foi 1,6 por 100 mil habitantes por ano.

1.1.2. O CÂNCER BUCAL NO BRASIL

O Brasil apresenta um quadro sanitário que combina doenças relacionadas à pobreza, comuns nos países pobres e em desenvolvimento, e doenças crônico-degenerativas, predominantes nos países ricos.

Na atualidade, o câncer é a segunda causa de morte por doença no Brasil e, em 1994, as neoplasias foram responsáveis por 10,86% dos 887.594 óbitos registrados: 53,81% dos óbitos por neoplasias ocorreram entre os homens e 46,05% entre as mulheres.

Segundo o INCA, a proporcionalidade de mortes por neoplasias aumentou na medida em que se observou o deslocamento das taxas de incidência para o sul do país: 7,83%

(região norte), 9,89% (região centro-oeste), 11,93% (região sudeste) e 15,19% (região sul) (Brasil 2002).

O INCA, na publicação anual das estimativas de taxas de incidência do câncer bucal, tem considerado neoplasia maligna, todo câncer localizado na boca, lábio e língua e os valores estimados para as taxas de incidência têm revelado grandes diferenças regionais (Brasil 2000 e 2002).

Quadro 1- Coeficientes de incidência por 100 mil habitantes segundo os estados brasileiros. INCA, Ministério da Saúde, 2000.

C.I. /100 mil habitantes	ANO 2000
0,7 — 6,5	Outros estados brasileiros
6,5 — 9,0	Mato Grosso do Sul, Alagoas e Pernambuco.
9,0 — 13,5	Rio Grande do Sul, Paraná, Minas Gerais, regiões do Rio Grande do Norte e Distrito Federal.
13,5 — 20,6	São Paulo e Rio de Janeiro

Fonte: INCA, Ministério da Saúde, Brasil, 2000.

Quadro 2- Coeficientes de incidência por 100 mil habitantes segundo os estados brasileiros. INCA, Ministério da Saúde, 2002.

C.I. /100 mil habitantes	ANO 2002
0,7 — 3,1	Outros estados brasileiros
3,1 — 4,7	Mato Grosso, Goiás, Alagoas, Rio Grande do Norte e Ceará
4,7 — 9,2	Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Bahia e Pernambuco
9,2 — 20,1	Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Distrito Federal

Fonte: INCA, Ministério da Saúde, Brasil, 2002.

Quanto à proporção de câncer bucal em relação às diversas doenças e anomalias que ocorrem na boca, não são muitos os estudos que têm demonstrado essa realidade.

Segundo ARAÚJO e ARAÚJO (1984), a proporção de câncer bucal foi maior em grupos etários superiores a quarenta anos de idade, com maior ocorrência na faixa etária compreendida entre os cinquenta e sessenta anos de idade.

Estudo de KRUTCHKOFF *et al* (1990), que analisou 33.429 fragmentos de biópsias, no serviço de patologia bucal da Universidade de *Connecticut*, no período compreendido entre 1975 e 1986, apontou uma proporção de 1,6% de câncer bucal.

Segundo ONOFRE *et al* (1997), pesquisa realizada no serviço de medicina bucal da Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista (UNESP), que analisou dados registrados em prontuários de 2.255 usuários, no período compreendido entre 1989 e 1995, demonstrou que 3% eram portadores de câncer bucal.

Nesse contexto, cabe ressaltar que o carcinoma epidermóide é encontrado mais freqüentemente. Esse tipo de câncer tem ocorrido em aproximadamente 95% dos casos e menos de 1% é diagnosticado em fase inicial. Essa situação traduz uma falta absoluta de diagnóstico precoce e, nessa condição, a sobrevida está relacionada diretamente com a extensão da doença e com o início precoce do tratamento especializado. Por outro lado, o câncer bucal, por se tratar de agravo localizado em região de fácil acesso ao médico, dentista, demais profissionais da saúde e à própria pessoa, é afecção maligna que não apresenta dificuldade de ser detectada, fator que pode contribuir, sobremaneira, na prevenção e controle.

1.1.3. PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER BUCAL

Ações e intervenções destinadas à prevenção e controle de doenças podem ser analisadas no contexto de diversos modelos. O mais clássico deles, enunciado por Leavell e Clark em 1976, é aquele voltado para a chamada história natural da doença e níveis de prevenção. Segundo os autores, o modelo se refere ao conjunto de processos interativos na seguinte hierarquização: 1. prevenção primária; 2. prevenção secundária e 3. prevenção terciária. O primeiro nível compreende a promoção da saúde e a proteção específica. O segundo, o diagnóstico precoce, o tratamento e a limitação da incapacidade e, o terceiro, a reabilitação.

Quando se refere a medidas preventivas e de controle, a partir do modelo de Leavell e Clark, os termos prevenção e controle assumem significados distintos. Segundo VESSEY e GRAY (1985), é óbvio que evitar o fumo resulta em **prevenção** do câncer induzido por tabaco (prevenção primária). Da mesma forma, o câncer do colo uterino pode ser prevenido por meio do exame Papanicolaou, a partir do diagnóstico e remoção imediata de tecido pré-canceroso (prevenção secundária). A prevenção secundária pode ser potencializada com o **controle** (exames regulares ou rastreamentos) de indivíduos que mascam tabaco ou betel, num programa que detectaria tanto mudanças na evolução das lesões pré-cancerosas, quanto o quadro clínico do câncer bucal.

Segundo os autores, a prevenção primária do câncer bucal - evitar o fumo, por exemplo - deve ser a primeira opção das ações no escopo da saúde pública. Entretanto, qualquer programa relacionado ao câncer bucal deverá contemplar, necessariamente, a hierarquização dos níveis de complexidade: da prevenção primária para a secundária e, dessa, para o tratamento de quadros clínicos, tanto em estágios iniciais quanto nos mais avançados.

Nos países em desenvolvimento, programas de prevenção e controle do câncer devem dispor de retaguarda para diagnóstico e tratamento. Essas iniciativas permitem o aparecimento de casos novos, devendo os sistemas dispor de respostas adequadas para essa realidade (OMS 2003).

Nenhum profissional deve ficar satisfeito em transmitir mensagens de educação e realizar exames para detecção precoce do câncer bucal, se o sistema de saúde não apoiar essas iniciativas de prevenção e controle. Se o diagnóstico e tratamento dos casos forem bem sucedidos, a prevenção primária e secundária terão mais chances de serem difundidas e absorvidas pela população. Um usuário, submetido a exame bucal pela primeira vez, se sentirá mais encorajado a fazê-lo novamente sabendo que a doença, se detectada, será tratada com eficácia e que um diagnóstico positivo não significará uma sentença de morte (OMS 2003).

Importante enfatizar que algumas experiências relacionadas à prevenção e controle do câncer bucal, espalhadas pelo mundo, são perfeitamente plausíveis, mesmo que baseadas em evidência teórica relativamente pobre. São defendidas por serem “inofensivas”, de baixo custo e pelo benefício potencial que apresentam (OMS 2003).

TOMMASI & GARRAFA (1980), apontaram que cerca de 80% das neoplasias humanas estão relacionadas, direta ou indiretamente, com fatores extrínsecos ou ambientais, portanto, a maioria das lesões poderia ser prevenida.

A prevenção deve ser o pressuposto fundamental de todos os programas de controle do câncer. Prevenção não somente focada nos riscos associados à doença, mas também, nos seus fatores protetores (OMS 1995).

Grande parte dos casos de câncer pode ser prevenida e o sucesso na prevenção primária é evitar o desenvolvimento da doença, por meio da redução ou eliminação da

exposição aos fatores causais. Isso inclui os fatores ambientais carcinogênicos e condições ligadas ao estilo de vida, como nutrição e atividade física (OMS 2003).

Ênfase deve ser dada às seguintes atividades, entendidas como prevenção primária: controle do consumo de tabaco; estímulo à dieta saudável; estímulo às atividades físicas e redução da obesidade; redução do consumo de bebidas alcoólicas; redução da exposição ocupacional a fatores carcinogênicos; imunização contra hepatite B; redução da exposição prolongada ao sol; educação em saúde, especialmente relacionada a fatores sexuais e reprodutivos associados ao câncer (OMS 2003).

A prevenção secundária tem por objetivo a detecção precoce da doença e instituição de pronto tratamento. Isso é alcançado por exame rotineiro, realizado por profissionais da saúde, auto-exame ou por programa de rastreamento em massa (OMS 2003).

HOLM-PEDERSEN & LÖE (1986), advertiram que pelo menos 50% dos casos de câncer bucal são diagnosticados após a ocorrência de metástases.

De acordo com ALLEGRA e GENNARI (2000), na ausência dos conhecimentos definitivos sobre a etiologia do câncer e, no caso específico, das neoplasias malignas que acometem os tecidos bucais, o rastreamento das lesões cancerizáveis e o conhecimento do potencial de malignização de cada uma delas, se traduzem na melhor forma de prevenção e controle. Essa condição privilegiada, delegada aos profissionais da atenção básica em saúde, como primícia, deve sempre ser aproveitada e valorizada: o reconhecimento sistemático de lesões cancerizáveis proporcionará a mais eficaz forma de terapia, consubstanciada na prevenção, por meio do diagnóstico precoce.

Segundo OLIVEIRA (1994), todo indivíduo, após nível adequado de esclarecimento e por meio do auto-exame, pode potencializar a detecção precoce de lesões bucais, contribuindo para o controle do câncer bucal. Estariam aptos a reconhecer e buscar

tratamento para as lesões chamadas cancerizáveis (ulcerações traumáticas, irritações crônicas, leucoplasias, eritroplasias, entre outras). De acordo com o autor, o controle do câncer bucal incorpora aspectos ligados à prevenção e ao diagnóstico precoce.

No Programa Saúde da Família (PSF) da zona leste da cidade de São Paulo, no contexto do autocuidado, os profissionais das equipes de saúde bucal produziram coletivamente um guia para auto-exame da cavidade bucal, na forma de um pequeno *folder*, para ser utilizado nas atividades de grupo e pelos agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares (anexo 1).

SILVA *et al* (2000), demonstraram que em um número grande de situações, o câncer bucal foi precedido de estados cancerizáveis da mucosa oral. Apontaram que o diagnóstico precoce foi fator de sucesso na prevenção e controle. Ressaltaram que esse reconhecimento não deveria apresentar grande dificuldade, entendendo que o grupo de risco é conhecido nas suas principais características e a região (a boca) é de fácil acesso para o exame clínico.

NEMETZ (2002), apontou que o rastreamento, aconselhamento e acompanhamento dos indivíduos que compõem o grupo de risco são as principais iniciativas no eixo da prevenção e controle do câncer bucal. Advertiu, entretanto, que nenhum método mostrar-se-á eficaz se os profissionais, especialmente médicos e dentistas, não incluírem o exame minucioso da boca na rotina do exame físico. À população em geral caberá o auto-exame e ao grupo considerado de risco a utilização de recursos periódicos de saúde. Esses recursos estarão disponíveis na medida em que condições programáticas, apoiadas por políticas públicas, propiciarem acesso aos serviços, particularmente aos grupos de idosos, comumente excluídos das programações de saúde.

1.2. O ACESSO AOS SERVIÇOS DA POPULAÇÃO DE CINQUENTA E MAIS ANOS DE IDADE E A ATENÇÃO BÁSICA

Esses tempos evidenciam uma verdadeira revolução demográfica em nível mundial: a população está envelhecendo. Tem-se observado, como nunca, um número cada vez mais crescente da população que chega em idade avançada, em estado de saúde cada vez mais satisfatório. Desde o início do século XX, essas mudanças demográficas têm sido observadas e estudadas, principalmente nos EUA e na Europa. Tais estudos apontaram que os principais aspectos a serem repensados em relação aos idosos incluem: segurança econômica, bem estar psico-social, valorização da auto-estima e melhoria do nível de saúde (HOOYMAN e KIYAK 1995).

Um aumento significativo da demanda de idosos também tem sido verificado para os serviços odontológicos. Esse grupo etário exibe múltiplas idéias sobre saúde bucal, experiências odontológicas e expressam, não raro, diferentes expectativas sobre o tratamento a ser recebido. Entretanto, diversos são os fatores, que combinados ou não, interferem na utilização dos serviços públicos de saúde bucal pela população de idosos: a oferta desses serviços, a dependência funcional de familiares, as inabilidades físicas, as barreiras físicas presentes, o sistema de transporte adequado, o estado de saúde geral, o nível educacional e cultural, a etnia, o gênero, a renda familiar, a ignorância sobre o próprio estado de saúde, a presença de dor ou desconforto, a experiência anterior com profissionais da saúde bucal, a influência social, a personalidade, os princípios e tabus pessoais, características físico-psíquicas do idoso, entre outros. De acordo com BURT & EKLUND (1992), COHEN & GIFT (1995), DOUGLASS & FURINO (1990) e PAPAS (1991), todos os fatores acima citados, relacionados com o acesso dos idosos aos serviços públicos

odontológicos, deveriam ser considerados no planejamento de programas voltados para a promoção da saúde bucal desse grupo populacional.

COHEN e GIFT (1995), apontaram que a população idosa utiliza os serviços odontológicos em menor escala que outros grupos etários, embora tenha maior necessidade de tratamento. Segundo análises mais recentes, o estabelecimento de serviços voltados para a promoção da saúde bucal dos idosos deveria estar entre as maiores prioridades das políticas públicas de saúde.

Estudos demonstraram, via de regra, que o fator mais importante na utilização dos serviços odontológicos é a presença dos dentes. Idosos que possuem seus dentes tendem a visitar o dentista com maior frequência do que aqueles desdentados ou portadores de próteses totais (COHEN e GIFT 1995; PAPAS 1991).

Nos EUA, os perfis epidemiológicos atuais convergem para uma alteração nos dados relativos à saúde bucal da população idosa. Verificou-se que no período compreendido entre 1971 e 1985, o edentulismo na população de 18 a 64 anos de idade diminuiu de 7,3 para 3,7 milhões de pessoas (BROWN 1994). Esses dados demonstraram ou anteciparam que milhões de idosos estarão mantendo seus dentes por toda a vida.

VINCENTE *et al* (1992), exortaram que as conseqüências dessa mudança no perfil epidemiológico da população idosa nos EUA deverão provocar um profundo impacto no sistema de saúde daquele país. O sistema não se encontra preparado para enfrentar essa nova realidade, não somente pela falta de infra-estrutura para atender a demanda, como também pela falta de preparo da maioria dos profissionais de saúde para dar respostas adequadas aos problemas trazidos pelos idosos. Essa deficiência tem raiz no ensino profissional, que não oferece a grande parte dos profissionais conhecimentos específicos de geriatria e gerontologia. A Federação Dentária Internacional (FDI) propôs que o estudo e a

pesquisa das questões gerontológicas sejam introduzidas nos cursos de graduação e pós-graduação em odontologia.

No Brasil, a prevalência do edentulismo na população de idosos tem demonstrado a ineficiência e a ineficácia da prática odontológica que, via de regra, encerra características excludentes de acesso e estáticas de controle e acompanhamento (CHAVES 1960).

De acordo com PUCCA JR (1999), no Brasil e no contexto da epidemiologia, foram praticamente inexistentes as pesquisas que estudaram a problemática da saúde bucal do idoso. A título de ilustração, o autor citou o levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado em 1986 (zona urbana, Ministério da Saúde) Brasil (1988). Nesse estudo, o grupo etário mais avançado pesquisado foi de cinquenta a cinquenta e nove anos de idade. O pesquisador relatou que mesmo com amostra inteiramente urbanizada, os dados do levantamento mostraram condições bastante críticas nesse grupo: “27 dentes atacados pela cárie por indivíduo examinado, com 86% dos dentes já extraídos e 3% com extração indicada. Do ponto de vista do periodonto, pouco mais de 1% foi considerado sadio, ao passo que 50% eram edentulos e 72% usavam ou necessitavam de pelo menos uma prótese total”.

Nesse quadro epidemiológico, outras doenças bucais evoluem rapidamente em seu curso natural, se não são precocemente diagnosticadas e tratadas. FEIJÓ *in* MENEZES *et al* (1993), apontou que as necessidades acumuladas de tratamento dos idosos estão relacionadas, além do edentulismo, à cárie dentária, abrasões e à doença periodontal. FRANKS & HEDEGARD (1977), advertiram que a grande incidência de neoplasias que acomete a cavidade bucal é observada na população de idosos. COMARCK (2003), ETTINGER & BECK (1984), HOLM-PEDERSEN & LOE (1986) e PAPAS (1991), apontaram que a maioria das doenças bucais, presentes nos idosos, é crônica. As mais comuns a esse

grupo etário são: cáries de raiz, xerostomia, atrição/abrasão, lesões da mucosa oral (candidíases, leucoplasias, eritroplasias, entre outras) e câncer bucal.

Nas últimas décadas, no Brasil, várias iniciativas em nível normativo federal, traduzidas como “programas” ou “estratégias”, foram criadas para elevar o acesso da população aos serviços de saúde. Dentre as mais relevantes, destacaram-se as formulações propostas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento: versão nordeste e nacional (PIASS) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (SOUSA 2001; SILVA 2001).

Serviço Especial de Saúde Pública

Sob a coordenação do então Ministério da Educação e Saúde, o SESP foi responsável pelo:

“(...) o saneamento do vale do Amazonas, especialmente a profilaxia e os estudos da malária e a assistência médico-sanitária aos trabalhadores ligados ao desenvolvimento econômico dessa região; o preparo de profissionais para desenvolvimento de ações na saúde pública, compreendendo o aperfeiçoamento de médicos e engenheiros sanitários; a formação de enfermeiros da saúde pública e o treinamento de outros técnicos; a colaboração com o Serviço Nacional de Lepre e, por intermédio desse, com as repartições sanitárias estaduais, para combate à Lepre” (BASTOS 1996).

A partir de 1942, o contrato que deu origem ao SESP foi sistematicamente prorrogado e, no ano de 1960, foi implementada a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

(Fundação SESP). A propósito, SILVA (2001), destacou que a Fundação SESP foi, com muita propriedade, um “laboratório” e pioneira na implementação de modelos para as propostas de ampliação de cobertura para populações específicas, de práticas, diretrizes e princípios que atualmente norteiam o Programa Saúde da Família (PSF).

Segundo BASTOS (1996), a Fundação SESP suscitou o surgimento de uma nova postura e consciência, em nível de saúde pública, proporcionando a emergência de novas e vigorosas lideranças nesse setor.

Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

O Programa surgiu em 1974, a partir de discussões de um grupo de trabalho de caráter interministerial, cujo tema de debates foi a formação de recursos humanos para o setor saúde. Os principais objetivos da programação eram:

(...) “treinamento: preparação em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar para cobrir os déficits existentes, permitindo a extensão de cobertura e a melhoria da prestação de serviços de saúde; Integração docente-assistencial: apoiar a formação e funcionamento, em dez regiões do país, da integração docente-assistencial de saúde para uma cobertura final de quinze a vinte milhões de habitantes, voltados para desenvolver mecanismos de articulação entre o sistema formador e o utilizador para melhor adequação da formação de necessidades reais de recursos humanos para a saúde; sistema de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, em cada estado da União, integrado aos sistemas de planejamento setorial correspondente, de acordo com a proposta de integração entre as diversas instituições”.

Participaram da elaboração das programações do PPREPS representantes dos Ministérios da Saúde, Educação, Cultura e membros da Organização Pan-Americana de Saúde. Todo esforço foi concentrado na adequação da formação de pessoal da saúde, em nível quantitativo e qualitativo, às necessidades e possibilidades dos serviços, mediante integração de atividades didáticas e atividades práticas (SOUSA 2001).

Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento: versão nordeste

Inicialmente proposto para a região nordeste do país, pelo Decreto Presidencial de 24 de agosto de 1976, o programa teve a finalidade de implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes e de contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde da população onde foi desenvolvido (ROSAS 1981).

Em 1979, assente nas diretrizes estabelecidas no Decreto Presidencial, o PIASS foi expandido para outras regiões do país, com situação semelhante àquela para a qual foi originariamente concebido. Mais especificamente, em 14 de novembro de 1979, foi aprovada sua expansão, para o período compreendido entre 1980 e 1985 (Brasil 1980).

Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento: expansão nacional

O PIASS expandido foi implantado em várias regiões do Brasil. Em 1981, o modelo foi colocado em prática, no estado de São Paulo, nas regiões de Sorocaba e do Vale do Ribeira. As diretrizes que o Ministério da Saúde apontava para o PIASS expandido, incluíam a ênfase na operação de serviços básicos de saúde, a participação da comunidade, a regionalização, a horizontalização programática, a integralização de ações de saúde e o desenvolvimento de recursos humanos e de tecnologia simplificada e apropriada: propostas convergentes ao que o PSF hoje propõe.

Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e Ações Integradas de Saúde

Quando da realização da 7.^a Conferência Nacional de Saúde (Brasil 1980), o Ministério da Saúde apresentou o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, como estratégia de reorganização dos serviços de saúde. No cenário da atenção básica, as principais propostas do Prev-Saúde previam: regionalização da assistência, hierarquização dos serviços e dos profissionais, máxima padronização de procedimentos, integração interinstitucional, simplificação do cuidado e participação comunitária.

Das iniciativas que propuseram organização dos serviços básicos de saúde, apresentadas pelo Ministério da Saúde, o Prev-Saúde foi uma das mais criticadas: setores da esquerda denunciavam o “caráter autoritário” das programações, enquanto a direita criticava o “caráter estatizante” do modelo.

A formulação das Ações Integradas de Saúde (AIS), surgiu no Brasil em meados de 1983, com a assinatura dos primeiros convênios, que apontavam para a consolidação de mecanismos de gerência de serviços públicos, no eixo da integração. Os objetivos das AIS eram: articular internamente o setor público e o privado; integralizar as ações de saúde preventivas e curativas; regionalizar e hierarquizar, de forma única, os serviços públicos e privados; criar ambulatórios públicos como porta de entrada preferencial do sistema; estabelecer mecanismo de referência e contra-referência; utilizar prioritariamente a capacidade da rede pública; descentralizar administrativamente o planejamento regional, sub-regional e local; definir co-participação financeira e co-responsabilidade das várias instituições e reconhecer a legitimidade da participação comunitária.

As AIS significaram estratégia de reorganização do sistema nacional de saúde e pretendiam ter como diretriz o atendimento da demanda para o serviço público, de forma hierarquizada e integrada, baseado nas necessidades prioritárias da população, definidas

segundo critérios epidemiológicos e sociais. Foi no contexto das AIS e no sentido de fortalecê-las, no cenário de intensa pressão popular, que apontava para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que o Ministério da Saúde convocou e realizou a 8.^a Conferência Nacional de Saúde no período compreendido entre 17 e 21 de março de 1986, com o seguinte temário: saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde. A 8.^a Conferência Nacional aplainou os caminhos para a elaboração do capítulo da saúde na Constituição Brasileira e implantação do SUS no Brasil (SOUSA 2001).

Programa de Agentes Comunitários de Saúde

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado no Brasil em 1991, sendo considerado por muitos sanitaristas como o mais importante antecessor do PSF. Na realidade, o Ministério da Saúde institucionalizava experiências de práticas com agentes comunitários, implementadas em diversas regiões do país: Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará (nesse último se constituindo como uma política estadual - a maior e mais importante do país). Nas suas origens, segundo diretrizes ministeriais, o PACS foi colocado em prática com o objetivo central de reduzir a mortalidade infantil e materna, prioritariamente nas regiões norte e nordeste, valendo-se da proposta de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas.

A opção pelo início do PACS no nordeste considerou que naquela região se concentravam os piores indicadores de saúde, carências, e, não raro, miséria acima do limite do suportável. Os estados da região apresentavam todos os males advindos da exclusão social e uma concentração e aceleração na implementação do PACS viabilizariam impactos

positivos nas questões relacionadas à saúde da população, em curto e médio tempo (SOUSA 2001).

Numa segunda etapa, o PACS foi expandido para os estados e cidades da região norte, privilegiando-se, em primeira instância, Manaus e Belém. Em seguida foi implantado em Brasília (DF) e cidades vizinhas.

A partir de 1994, com o surgimento do Programa Saúde da Família, os agentes comunitários, enquanto componentes das equipes, começaram a chegar nos grandes centros urbanos, regiões metropolitanas e capitais do sul e do sudeste (SOUSA 2001).

As exigências para a adesão dos municípios ao PACS - funcionamento dos conselhos municipais, existência de uma unidade básica de referência para atendimento dos cadastrados, disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão das ações e existência do fundo municipal de saúde para recebimento dos recursos - fizeram da proposta um instrumento de potencialização da organização do SUS (VIANA & DAL POZ 1998).

Dados de março de 2003 apontavam que o PACS estava implantado em 5070 municípios do país, totalizando 176.822 agentes comunitários de saúde.

Autoridades sanitárias, pesquisadores, prefeitos e secretários de saúde, em vários documentos e discursos, vêm referenciando aspectos positivos relacionados ao trabalho dos agentes comunitários. São citados reflexos importantes na cobertura vacinal, no combate a endemias, na terapia de reidratação oral e no início precoce dos pré-natais.

1.2.1. ATENÇÃO BÁSICA E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

O Programa Saúde da Família (PSF), concebido como alternativa para estruturação ou reorganização da atenção básica no Sistema Único de Saúde, surgiu no Brasil em 1994. Podemos dizer, com precisão, que o PSF foi concebido nos dias 27 e 28 de dezembro de

1993, como resultado de um debate ocorrido no Ministério da Saúde, com participação de vários técnicos com experiência na organização das ações e serviços de saúde, na lógica da atenção básica. O primeiro documento que explicitava os princípios e diretrizes da programação foi publicado em setembro de 1994 pelo Ministério da Saúde: **“Programa saúde da família - saúde dentro de casa”** (Brasil 1994).

Importantes experiências internacionais serviram de inspiração e balizaram a implementação do modelo brasileiro. Dentre muitas, ressalta-se a experiência do Reino Unido, Canadá, EUA e Cuba.

No Reino Unido, o Serviço Nacional de Saúde foi estruturado a partir de uma rede de médicos de família - porta de entrada e eixo para hierarquização do sistema. O médico de família assiste todas as pessoas, em todas as idades, nas suas necessidades de saúde. A principal atribuição do *gatekeeper* (porteiro do sistema: denominação dos médicos de família ingleses), no eixo da hierarquização é, na prática, referir um paciente de ambulatório para uma consulta em centro de especialidades ou providenciar uma admissão urgente no hospital. Na Inglaterra e Escócia, os programas de pós-graduação para médicos de família estão adequadamente estabelecidos e suprem essa demanda no sistema local de saúde (SOUSA 2001).

No Canadá, além da assistência primária, cabe ao médico de família a atenção a pacientes hospitalizados. As faculdades de medicina contam com o departamento de medicina familiar e a experiência tem demonstrado que nesse país, cinquenta por cento dos médicos recém formados optam por essa especialidade (SOUSA 2001).

Nos EUA, o modelo de atenção à saúde estruturado na medicina familiar ainda não é predominante. Entretanto, na necessidade de revisão do custo-benefício e eficácia da assistência, observam-se sinais de um movimento de reorientação das práticas atuais, cujo

emprego de especialistas é excessivo. Em 2001, o número de especialistas representava o dobro do número de clínicos gerais e a intenção do governo americano era reverter essa lógica, até estabilizar o sistema com 60% de clínicos gerais. Para tanto, as faculdades de medicina vêm sendo estimuladas a implementar departamentos de medicina familiar e outros programas de residência nessa especialidade (SOUSA 2001).

Em Cuba, a medicina familiar existe como especialidade e efetua absoluta integralidade entre prática, serviços e docência e o modelo é porta de entrada do sistema. Para médicos e enfermeiros de família há claramente designação de responsabilidade por determinada comunidade. A porta de entrada está articulada com as policlínicas (centros de especialidades). Essas caracterizam-se como unidades assistenciais e docentes.

A medicina familiar também está consolidada na Austrália, Nova Zelândia, Filipinas, Hong Kong, Malásia, Cingapura, Taiwan e República Popular Democrática da Coreia (SOUSA 2001).

O Programa Saúde da Família brasileiro incorporou muito da medicina familiar praticada no mundo, entretanto, há uma série de características que o diferenciam. A mais importante é que não se trata de um modelo centrado somente nas atividades do profissional médico e sim, em equipe multiprofissional, que incorpora membros da comunidade: os agentes comunitários de saúde (SOUSA 2001).

O PSF foi concebido inicialmente para ser implementado em áreas de maior risco social. O Mapa da Fome, produzido pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) foi critério de seleção para essas áreas de risco. O Programa Comunidade Solidária, criado pelo governo federal em 1994, como estratégia de articulação de programas sociais voltados para as populações excluídas, foi um importante instrumento que possibilitou a

implementação, legitimação e expansão do grau de visibilidade do PSF (VIANA & DAL POZ 1998).

Assente nas diretrizes explicitadas no primeiro documento oficial (Brasil 1994), o PSF foi apresentado como um modelo de assistência básica à saúde, com potencialidade para desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio do trabalho de equipes de saúde, em nível de atenção primária, sob seis princípios:

1. formação da Equipe de Saúde da Família (ESF): um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde;
2. área de abrangência do PSF: 800 a 1.000 famílias cadastradas por ESF;
3. forma de remuneração da ESF: diferenciada quanto aos demais profissionais do SUS;
4. regime de trabalho: dedicação exclusiva e residência dos profissionais na área de atuação;
5. âmbito da atenção: atenção integral e contínua a todos os membros de cada família, além da atenção à demanda espontânea, organizada e gerada pelas ações educativas e coletivas;
6. controle social: exercido pelos conselhos de saúde.

O mesmo documento também explicitou as atividades do PSF, entendidas como diagnóstico de saúde da comunidade, visita domiciliar, internação domiciliar, participação em grupos comunitários, atendimento nas unidades de saúde da família (USF) e estabelecimento do sistema de referência e contra-referência.

Na gestão do ministro Adib Jatene (1995), o PSF foi transferido da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), ligada ao Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. No mês de março de 1997 foi publicado um segundo documento de diretrizes do PSF: **Saúde da Família - Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial** (Brasil 1997).

O documento de março de 1997 explicitou, como principal pressuposto, que o PSF é uma estratégia para reverter a forma de prestação de assistência à saúde, visando estimular a implantação de um novo modelo, onde as unidades básicas de saúde, transformadas em unidades de saúde da família, passam a resolver a maior parte dos problemas de saúde - cerca de 85%. Isso é possível porque incorporam as ações programáticas de forma mais abrangente e passam a trabalhar com ações intersetoriais no campo da educação, saneamento, meio ambiente, entre outros, promovendo a qualidade de vida e intervindo nos fatores que a colocam em risco.

Ainda com referência ao documento, cabe citar os objetivos específicos do PSF:

(...) “prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita. Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta. Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde. Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população. Propiciar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais. Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde. Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida. Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social”.

No mesmo ano foi publicado pelo Ministério da Saúde o Edital N.º 4 de 6/12/1997, convocando as instituições de ensino e serviço para apresentação de projetos, apontando para a implementação dos pólos de capacitação. Os pólos foram criados com a missão de

formação de pessoal para constituírem o PSF que estava se espalhando por todo o país. Ano depois, 1998, os pólos foram institucionalizados enquanto espaço privilegiado para formação, capacitação e educação permanente para as equipes de saúde da família.

Ainda em 1997, no eixo do financiamento ministerial para as programações, foi implementado o Piso da Atenção Básica (PAB), fixo e variável, que definiu, na vertente “variável”, os incentivos para o PACS e PSF: transferências automáticas e regulares de recursos (fundo a fundo). Nesse mesmo ano foi publicado outro documento que explicitou uma das orientações mais polêmicas que cercam o PSF - o caráter de modelo substitutivo ao então vigente:

(...) “o objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas” (Brasil 1997).

Em outubro de 1998, a Secretaria de Assistência à Saúde publicou outro edital - Convocatória n.º 1 de 5/10/1998 - estimulando que cada estado viabilizasse uma rede estadual de pólos de capacitação e, em novembro, foi produzido e publicado o **Manual da Atenção Básica** e realizado o primeiro pacto de indicadores.

Passados cinco anos desde o início das programações (1998), o PSF foi implantado em 24 estados da federação, totalizando 1.219 municípios, com 3.119 equipes. Em 1999, no estado de São Paulo, foram contabilizados 111 municípios com PSF implantado e 98

municípios com o PACS, totalizando 2725 Agentes Comunitários de Saúde e 237 Equipes de Saúde da Família (SILVA 2001).

No ano de 1999, os pólos de capacitação foram ampliados numericamente: de dez, aprovados em 1996, a federação passou a contar com vinte e um, espalhados por todo o território. No mesmo ano foi publicada a Portaria n.º 1320 que estabeleceu o pagamento de um incentivo adicional e pontual, no valor de R\$ 10.000,00, para cada nova equipe implementada. Esse valor tem sido destinado para melhoria da infra-estrutura e compra de equipamentos para as unidades básicas de saúde. Dias depois, foi publicada a Portaria n.º 1350 que estabeleceu critérios que possibilitaram às secretarias estaduais da saúde receberem recursos financeiros do PACS e PSF, destinados aos municípios não habilitados em nenhuma forma de gestão, que implementaram as equipes de saúde da família.

Em 1999, também mereceram destaque a publicação do primeiro número da **Revista Brasileira de Saúde da Família**, a elaboração dos projetos de especialização e residência em saúde da família e o lançamento da série **Cadernos da Atenção Básica - Programa Saúde da Família** (Brasil 1999).

Dados de março de 2003 apontavam que o PSF estava operando em 4.222 municípios, espalhados por todo o Brasil, totalizando 17.339 equipes de saúde da família, segundo dados do Ministério da Saúde.

Esse processo, principal movimento estruturante das ações no campo da atenção básica à saúde, tem estimulado intenso debate.

Para Carlos Armando Nascimento, o PSF não pode ser entendido como estratégia estruturante de um novo modelo de saúde. O autor advertiu que mesmo sem recurso financeiro específico e adequado, outros modelos e experiências têm demonstrado competência e promovido impacto positivo nas condições de saúde de diversas populações.

Esse fato, para o autor, desautorizaria entender o PSF como estratégia estruturante de um novo modelo de saúde. Solón Viana, ponderou que essa premissa (estratégia estruturante) poderia ser verdadeira e factível se o programa fosse revestido de aspectos de alta resolubilidade e integrasse, incontestemente, a rede de serviços de média e alta complexidade, condição para que os mecanismos de referência e contra-referência se tornassem efetivos. Nesse cenário, exortou a falta de sinergismo do PSF com a rede especializada que pudesse garantir, com a implementação de mecanismos de referência e contra-referência, a acessibilidade do usuário aos serviços especializados, sem ter de enfrentar uma nova fila (SOUZA 2002).

STARFIELD (2002), distante da discussão específica do PSF, advertiu que todo modelo de atenção à saúde que evoca para si a missão de estruturação da atenção básica, só terá viabilidade se for focado no contexto de um sistema de saúde.

1.2.2. O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ZONA LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Na zona leste da cidade de São Paulo, o PSF surgiu no contexto de experiências que apontavam estratégias de regionalização e hierarquização da rede de saúde pública, entre os quais, o Plano Metropolitano de Saúde (PMS), operacionalizado na década de 70. O PMS foi responsável pela implementação dos cinco Núcleos de Saúde da capital e também pela construção de unidades básicas de saúde e hospitais de referência. Considerando essa estrutura, a zona leste abrigava dois núcleos de saúde (Núcleos III e V) e uma ampla rede de unidades básicas e alguns hospitais.

Na mesma região, no final dos anos 80, foi implementado o programa de consultórios de médico de família da Secretaria de Estado da Saúde, mediante contrato tipo co-gestão com a Casa de Saúde Santa Marcelina. A estratégia era baseada na experiência cubana, com o médico de família trabalhando com um auxiliar de enfermagem e residindo na área de abrangência do consultório. Esse modelo influenciou, sobremaneira, a implantação do PSF na região. Foram aproveitados os consultórios remanescentes do programa de médicos de família e a população daquela região, de certa forma, já estava familiarizada com a proposta.

No mês de novembro de 1995, o governo do estado de São Paulo, articulado com o Ministério da Saúde e com a Casa de Saúde Santa Marcelina, oficializou o contrato que permitiu a implementação do PSF na capital. As justificativas apresentadas na ocasião foram:

“(...) “existência de UBS pertencentes à rede da Secretaria de Estado da Saúde nas quais não se havia efetivado a fixação de profissionais de saúde, dentro da política tradicional de recursos humanos por vários anos; Existência de equipes treinadas e com experiência, disponíveis para contratação, possibilitando a viabilização do funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em curto prazo; Expectativa das comunidades das áreas referidas, no que diz respeito ao atendimento de suas necessidades básicas de saúde, com manifestações expressas por meio de vários abaixo assinados e solicitações de reuniões com a Secretaria de Estado da Saúde; Viabilidade e interesse de utilização das UBS como campo avançado para aperfeiçoamento técnico - profissionais das residências de clínica médica, pediatria, ginecologia, medicina geral e comunitária, internato médico e profissionais de enfermagem, sob supervisão do Centro de Estudos e Escola de

Enfermagem da Casa de Saúde Santa Marcelina; A Casa de Saúde Santa Marcelina ser uma instituição filantrópica reconhecida por seus relevantes serviços prestados à comunidade da região; Alta demanda primária e secundária atendida nos ambulatórios e pronto socorro da Casa de Saúde Santa Marcelina; Experiência prévia entre a Secretaria de Estado da Saúde com a Casa de Saúde Santa Marcelina, parceiros no “Projeto Consultórios Médico de Família” , implantado pela Secretaria em 1989; Interesse de reorganização e aumento de qualidade na prestação de serviços de saúde dos Núcleos III e V, da Secretaria de Estado da Saúde” (SILVA 2001).

O PSF, a partir dessas condições favoráveis, foi concebido e implementado na zona leste como uma ferramenta de organização da atenção básica, fundamentado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

A primeira etapa, caracterizada como projeto piloto, foi concretizada pela Secretaria de Estado da Saúde e, mais recentemente, com a finalização do processo de municipalização da rede básica de saúde no município, a Secretaria Municipal de Saúde assumiu a condução da implementação das equipes.

Dados de agosto de 2002, obtidos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), apontavam 138 equipes de saúde da família completas, fixadas em unidades de saúde da zona leste. Essas equipes eram responsáveis pelo atendimento de 138.000 famílias, totalizando cerca de 552.000 pessoas cadastradas (Brasil 2002).

Em nível de município, expandiu-se a parceria de co-responsabilidade para implantação do PSF. Na atualidade, são doze os parceiros: Associação Comunitária Monte

Azul; Instituto Adventista de Ensino; Associação Saúde da Família; Associação Congregação Santa Catarina; Organização Santamarense de Educação e Cultura; Universidade Federal de São Paulo; Casa de Saúde Santa Marcelina; Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Hospital Israelita Albert Einstein; Santa Casa de São Paulo; Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim e Fundação Zerbini.

Nesse cenário, dados de agosto de 2002 indicavam a implementação de 445 equipes completas de saúde da família no município de São Paulo. Eram 445.000 famílias cadastradas, perfazendo um total de cerca de 1.780.000 pessoas, constituindo-se no maior PSF do Brasil.

1.3. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE BUCAL E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Na concepção de PINTO (2000), a prestação de cuidados em saúde bucal pode ser hierarquizada em quatro níveis de atenção articulados: 1.geral; 2. primária; 3.básica e 4.complexa. O autor entende que no escopo do segundo ao quarto níveis, são considerados os cuidados específicos de saúde bucal.

Segundo o autor, os termos **atenção primária e básica** têm sido freqüentemente empregados com significado similar. A distinção feita pelo pesquisador tem caráter didático, apontando para separar funções que dizem respeito às escalas de comprometimento com os cuidados de saúde bucal, tanto em nível institucional, quanto de gastos. Na atenção geral, enquanto abrangência, estão incluídos aspectos ligados à saúde geral da população - habitação, renda e ambiente. A atenção primária abrange a prevenção, educação e as práticas curativas entendidas como indispensáveis. A **atenção básica**, inclui, por um lado, os cuidados relacionados a grupos prioritários em nível social e epidemiológico e, por outro,

os serviços de especialistas socialmente mais necessários. A atenção complexa abrange os problemas de limitada prevalência, que necessitam assistência especializada (PINTO 2000).

No Brasil, as iniciativas de implementação das equipes de saúde da família, compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, têm financiamento previsto em termo aditivo ao valor recebido pelos municípios no Piso da Atenção Básica (PAB), por habitante. Ações de saúde bucal no PSF não eram financiadas até o final do ano 2.000, caracterizando um obstáculo para implementação dessas atividades, particularmente em municípios pequenos e de poucos recursos.

A **Primeira Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família**, realizada em Brasília entre 22 e 25 de novembro de 1999, sob coordenação do Ministério da Saúde, foi indicadora dessa realidade: dos 405 trabalhos selecionados para apresentação, apenas 16 abordavam temas relacionados à saúde bucal no PSF. A distribuição dos trabalhos, por unidade federada, era a seguinte: 1. Bahia: 8 trabalhos; 2. Ceará: 1 trabalho; 3. Minas Gerais: 1 trabalho; 4. Paraná: 2 trabalhos; 5. Rio de Janeiro: 1 trabalho; 6. São Paulo: 1 trabalho e 7. Sergipe: 2 trabalhos (Brasil 1999).

Na seqüência dessa primeira mostra nacional, a coordenação de saúde bucal do Ministério da Saúde proporcionou encontros, onde algumas iniciativas que contemplavam experiências de saúde bucal no PSF foram apresentadas, incluindo o modelo implementado no PSF da zona leste da cidade de São Paulo.

Esse intercâmbio de experiências, aliado a denúncias na imprensa de que grande parte da população brasileira, aproximadamente 30 milhões, nunca tiveram acesso a serviços odontológicos e intensa pressão popular, consubstanciada no Conselho Nacional de Saúde, propiciaram ambiente político favorável para a inclusão da saúde bucal no PSF. Em 28 de dezembro de 2000 foi publicada a portaria N.º 1.444/GM do Ministério da Saúde (Brasil

2000), que criou incentivo financeiro destinado à implementação de ações e inserção de profissionais da saúde bucal no PSF. Em 6 de março de 2001, a portaria N.º 267/GM do Ministério da Saúde (Brasil 2001) estabeleceu que:

“Considerando:

ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados; melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população; inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família, como forma de reorganização desta área no âmbito da atenção básica, resolve:

Art. 1.º - Aprovar as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF).

Parágrafo único - As normas e diretrizes de que tratam este Artigo integram o plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, constante do ANEXO I, que integra esta Portaria.

Art. 2.º - Explicitar, no ANEXO II desta Portaria, o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal, compreendidos na atenção básica, estabelecidos por intermédio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB/SUS 96 (Brasil 1996) e na Norma Operacional da Assistência à Saúde- NOAS- Ministério da Saúde” (Brasil 2001).

O ANEXO I, citado na Portaria apresentava as bases para a reorientação das ações de saúde bucal, onde se destacavam:

- 1.caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;
- 2.cadastramento da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;
- 3.integralidade da assistência prestada à população cadastrada;
- 4.articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade;
- 5.definição da família como núcleo central da abordagem;
- 6.humanização do atendimento;
- 7.abordagem multiprofissional;
- 8.estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
- 9.educação permanente dos profissionais;
- 10.acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

A inclusão dos profissionais da saúde bucal nas equipes mínimas de saúde da família foi definida por meio de duas modalidades: modalidade I, que compreende um cirurgião dentista e um atendente de consultório dentário e, modalidade II, que compreende um cirurgião dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico em higiene dental, exigindo-se carga horária dos profissionais de 40 horas semanais e que cada equipe de saúde bucal assista, em média, 6.900 habitantes, numa relação de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família.

O restante das normas fazia referência a registros de procedimentos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e atribuições específicas dos profissionais da saúde bucal.

Dados de março de 2003 apontavam 4.484 equipes de saúde bucal implementadas em PSF, totalizando 2.407 municípios em todo o Brasil.

1.3.1. SAÚDE BUCAL NO PSF DA ZONA LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Dois anos antes da publicação da Portaria N.º 1.444 do Ministério da Saúde (Brasil 2000), iniciaram-se as primeiras discussões para a implementação de ações de saúde bucal no PSF da zona leste da cidade de São Paulo (Projeto Qualidade Integral em Saúde - QUALIS).

De início, o grupo de profissionais que assessorou essa abordagem entendeu que o conceito de atenção básica em saúde bucal, aplicável no PSF, deveria ser encarado de forma ampla, com foco na prevenção, participação comunitária, enfoque multi-setorial e na oferta, o mais equânime possível dos serviços, que não se limitassem apenas às práticas curativas indispensáveis. MAUTSCH e DICKSON *in* PINTO (2000), se negam a admitir que a atenção básica deva ser encarada tão somente como porta de entrada do sistema de saúde. Para o grupo de assessores, essa rejeição foi essencial no momento do planejamento das primeiras ações de atenção básica em saúde bucal, especialmente quando as diretrizes estruturantes do PSF, definidas pelo Ministério da Saúde, foram entendidas e aplicadas no processo.

Duas dessas características estruturantes, o território definido e o cadastro das famílias, quando aplicadas à saúde bucal, descortinaram a possibilidade de planejamento diferenciado, em base epidemiológica.

Para STARFIELD (2002), “o reconhecimento de um problema (ou de uma necessidade), nos diversos territórios, é passo que precede o processo de planejamento e diagnóstico. Se os problemas ou necessidades de saúde não forem reconhecidos, não haverá qualquer processo diagnóstico ou, então, será um processo inadequado. Os usuários podem não se queixar de problemas por não estarem cientes deles, ou podem se queixar de

uma coisa que mascara outra. O papel do profissional de saúde é a determinação precisa das necessidades de saúde de um paciente ou de uma população”.

Em julho de 1998, o Governo do Estado de São Paulo a Casa de Saúde Santa Marcelina assinaram convênio que viabilizou a inclusão de profissionais da saúde bucal (dentistas, técnicos e atendentes) nas equipes mínimas de saúde da família e foi então viabilizada a contratação desses profissionais, para operarem clínicas modulares de três cadeiras. Foram incluídos dois dentistas, um técnico de higiene dental e quatro atendentes de consultório dentário por clínica.

Para a contratação dos dentistas, três instrumentos foram utilizados: entrevista, dinâmica de grupo e análise de currículo. Todo processo foi elaborado na perspectiva de captação de bons clínicos gerais, com alguma experiência em serviço público de saúde. Técnicos e atendentes foram selecionados após aplicação de provas, entrevistas e dinâmicas de grupo, realizadas por pessoal da área de recursos humanos.

As equipes de saúde da família do então PSF QUALIS Santa Marcelina, compostas pela base mínima e profissionais da saúde bucal, tiveram por desafio oferecer aos cadastrados respostas que rapidamente amenizassem a grave situação de saúde bucal, acumulada no decorrer de muitos anos, alicerçadas no eixo das diretrizes estruturantes do PSF. Outros aspectos fundamentais foram a manutenção da única porta programática de entrada no sistema, determinada pelo cadastro das famílias e a programação de ações que contemplassem todos os seus membros, independentemente da faixa etária de cada um deles.

O instrumento básico de reconhecimento da realidade do território foi o cadastro de famílias de cada unidade. A equipe da saúde bucal foi encorajada a se apropriar dessas informações antes de qualquer intervenção. Nesse instrumento (o cadastro), estavam

contidas informações básicas sobre as condições de vida de cada família e sua inserção social, essenciais para que as ações planejadas pelas equipes, para intervir na realidade de saúde das famílias, fosse direcionada ao que de fato se revelasse como problema (SARTORI 2000).

Para a viabilização da oferta dos serviços de atenção básica em saúde bucal para os cadastrados, incluindo a organização da demanda para assistência, optou-se pela realização de rastreamentos, empregados para reconhecer determinadas condições e subsidiar o planejamento das ações coletivas e de assistência individual.

A técnica de rastreamento empregada, combinava critérios e procedimentos considerados relevantes para cárie dentária, condições do periodonto e tecidos moles bucais.

Dessa forma, as ações básicas de saúde bucal, implementadas no PSF, foram voltadas para a promoção da saúde dos cadastrados, alicerçadas e potencializadas nas diretrizes estruturantes das programações. Adaptando para o plano de ação da saúde bucal, a diretriz que permitia às equipes mínimas de saúde da família, processo de educação continuada nos temas que mantinham estreita relação com a elevação da qualidade da assistência, as ações iniciais incorporaram as seguintes características: 1. capacitação em saúde bucal dos agentes comunitários de saúde; 2. educação continuada das equipes da saúde bucal; 3. educação continuada em saúde bucal para os componentes das equipes mínimas de saúde da família (médicos, enfermeiros e auxiliares).

Considerando a necessidade da integração da saúde bucal com o restante das programações do PSF, foram identificadas ações de menor complexidade e maior abrangência populacional, com caráter de promoção da saúde bucal, para serem desenvolvidas em todas as unidades, mesmo naquelas que não contavam com recursos

odontológicos (SARTORI 2000). Coube à gerência e às equipes de saúde da família de cada unidade, a análise do perfil de saúde bucal da população e a elaboração do plano de ação, de forma a atender todos os cadastrados. A cada realidade local correspondeu um grupo de prioridades, que direcionou tanto as ações de cunho individual quando as de cunho coletivo.

A programação de procedimentos coletivos também foi ampliada para alcançar outros grupos (caminhada, controle da hipertensão, cozinha alternativa, ginástica chinesa, entre outros). Dessa forma, o planejamento e implementação de ações dessa natureza, não se restringiram a espaços sociais institucionais reconhecidos, tais como creches, escolas e fábricas. Os mais diversos grupos, organizados em ciclos anuais de procedimentos coletivos, participaram e foram monitorados pelas equipes de saúde da família (SARTORI 2000).

1.4. O RASTREAMENTO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER BUCAL

A OMS (1995), definiu como reconhecimento sistemático (rastreamento), os métodos preditivos de busca ativa para detectar riscos médicos/sanitários não manifestos ou enfermidades assintomáticas, para a implementação de oportuna intervenção.

Adverte, entretanto, que a prática do rastreamento não deve, em hipótese alguma, ser considerada como um serviço propriamente dito. A técnica deve ser parte integrante de uma estratégia ampla, que compreenda a realização de diagnóstico definitivo dos achados considerados “suspeitos” e a imediata implementação de ações ou intervenções adequadas, em nível preventivo e curativo. Por exemplo, o rastreamento do câncer do colo uterino é considerado inútil, se não se dispõe de meios para acompanhamento e tratamento adequado de mulheres com lesões pré-malignas e malignas identificadas.

Rastreamento, triagem ou *screening*, para PEREIRA (2001), “é a procura por indivíduos suspeitos de estarem enfermos ou em risco de adoecer, no seio da população aparentemente sadia. A realização de um rastreamento permite aplicar, em menor número de indivíduos, ou seja, naqueles que apresentam resposta positiva ao teste inicial, outros exames diagnósticos de maior precisão ou complexidade, que não podem ser usados em toda a população, por dificuldades econômicas ou operacionais. Trata-se de uma estratégia que facilita a tarefa de proporcionar maior cobertura populacional de serviços de saúde, de modo a proteger maior número de pessoas, com menor esforço”.

Outro conceito importante é a distinção entre rastreamento na comunidade e rastreamento comunitário. O rastreamento na comunidade tem por objetivo o reconhecimento de “pequenas alterações”, supostamente espalhadas em toda população. Por outro lado, o rastreamento comunitário tem por objetivo o reconhecimento de “alterações mais intensas”, em sub-grupos populacionais, usualmente realizado em espaços delimitados como local de trabalho, hospital, clínica ou escola (BROWNSON & PETITT 1998).

Sete critérios foram propostos pela OMS (1995) para balizar a decisão sobre a realização ou não da técnica de rastreamento:

- 1.é de importância para a saúde pública o agravo que se quer identificar?
- 2.há métodos eficazes, preventivos e curativos, para atacar, em fase inicial, o agravo detectado?
- 3.existe algum procedimento simples, ético e eficaz, para detecção do agravo, em fase inicial, em tempo de controlá-lo?
- 4.é aceitável para a população a técnica de rastreamento, o diagnóstico definitivo e a intervenção necessária?

5. supondo que exista suficiente vontade política, será possível, com os recursos existentes, aplicar, em base populacional, a prática de rastreamento, diagnóstico e intervenção oportuna?

6. a prática de rastreamento, diagnóstico e intervenção serão traduzidas em fortalecimento do sistema de saúde e desenvolvimento social, no contexto da atenção primária em saúde?

7. os custos são aceitáveis?

Algumas medidas podem ser empregadas para avaliar a eficácia da técnica de rastreamento, entre as quais:

Sensibilidade: é a capacidade que o teste apresenta de detectar os indivíduos verdadeiramente positivos, ou seja, diagnosticar corretamente os doentes;

Especificidade: é a capacidade que o teste tem de detectar os verdadeiros negativos, ou seja, de diagnosticar corretamente os indivíduos sadios;

Valor preditivo positivo: é a proporção de doentes entre os considerados positivos ao teste;

Valor preditivo negativo: é a proporção de sadios entre os negativos.

Sensibilidade e especificidade são características operacionais fixas de um teste diagnóstico e não são alteradas pela prevalência da doença na população e, por outro lado, os valores preditivos do teste são influenciados pela prevalência da condição ou agravo na população.

MONTORO (1979), demonstrou o sucesso do emprego da mamografia para rastreamento do câncer de mama em pacientes assintomáticas. Segundo o autor, o objetivo principal era o diagnóstico precoce, de preferência de lesões em fase pré-clínica. Um dos primeiros e mais conhecido foi o programa de segurança da saúde de *Shapiro* e *Strax*, de Nova York, cujos resultados consagraram a validade da técnica.

KHOGALI *et al* (1986), apontaram que programas de rastreamento para reconhecimento precoce e prevenção do câncer do colo uterino têm sido utilizados há muitos anos em muitos países, com sucesso. Segundo os autores, muita experiência vem se acumulando no aspecto do custo-benefício, intervalo entre rastreamentos e evolução tecnológica dos procedimentos. Há muito tempo, os países escandinavos vêm apresentando redução nas taxas de mortalidade por esse tipo de câncer, a partir da utilização dessa técnica de rastreamento.

A OMS (1988), apontou que a magnitude do problema do câncer do colo uterino, sua etiologia e história natural, respaldam os fundamentos clínicos e econômicos do emprego de programas de detecção citológica para a luta contra esse agravo. Pode-se realizar a detecção das fases pré-clínicas desse tipo de câncer, por meio do exame microscópico das células obtidas por raspado do colo uterino, estendidas em uma lâmina. A detecção precoce permite realizar um tratamento relativamente de baixo custo e quase sempre com bons resultados, que conduz a um decréscimo acentuado do número de mulheres que apresentam um câncer invasivo mortal.

SANTOS (1995), demonstrou a aplicabilidade da metodologia de detecção citológica, utilizada na rotina do programa de doenças sexualmente transmitidas, como um método de rastreamento auxiliar para o programa de prevenção do câncer do colo uterino. Concluiu que devido a alta prevalência de neoplasias do colo uterino, em clínicas de doenças sexualmente transmissíveis e a importância de aproveitamento dos recursos da saúde pública, o teste é passível de ser utilizado como um instrumento de rastreamento, podendo ser otimizado com a introdução de um programa de treinamento.

SMITH (2000), demonstrou que nos Estados Unidos, programas de prevenção do câncer do colo uterino, a partir de detecção citológica, promoveram queda na incidência do

carcinoma espinocelular de 9,45 por 100 mil mulheres (1973 a 1977) para 5,49 por 100 mil mulheres (1993 a 1996), correspondendo a um declínio da ordem de 41,9%.

O Ministério da Saúde apontou que a prevenção secundária do câncer do colo uterino consiste na detecção do câncer “in situ”, ou de lesões precursoras, por meio do exame citopatológico, onde a cura pode atingir 100% dos casos. Demonstrou que o exame Papanicolaou é internacionalmente apontado como instrumento mais adequado, mais sensível, de baixo custo e bem aceito pelas mulheres a que se destina. Segundo o Ministério da Saúde, pesquisas recentes concluíram que após um exame com resultado negativo, o risco cumulativo de desenvolver esse tipo de câncer é muito reduzido, permanecendo numa margem de relativa segurança as mulheres que realizarem o exame a cada três anos, após dois exames anuais negativos (Brasil 2001).

ROCHA *et al* (2002), mediram a partir de técnica de rastreamento, a prevalência das lesões cutâneas pré-malignas e malignas, em pessoas com cinquenta e mais anos de idade e determinaram a sensibilidade e especificidade do teste. Concluíram que a prevalência das lesões cutâneas pré-malignas e malignas é alta nesse grupo etário. Entretanto, o rastreamento dessas lesões mostrou baixa sensibilidade e especificidade, inferior ao desejado.

No PSF Santa Marcelina, códigos e critérios de rastreamento das condições de saúde bucal vêm sendo utilizados desde 1999. Eles foram estabelecidos com a participação das equipes de saúde bucal, assessoradas por especialistas em cariologia, periodontia e semiologia. A técnica compreende a observação da cavidade bucal, feita com iluminação natural e com auxílio de espátula de madeira.

Os códigos e critérios de rastreamento das condições relacionadas com a doença cárie e doença periodontal, no PSF Santa Marcelina, foram:

Quadro 3 - Códigos e critérios de rastreamento para cárie dentária. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.

CÓDIGOS	CRITÉRIOS
A	Ausência de lesão de cárie, ausência de manchas brancas ativas, sem presença de placa bacteriana dental envelhecida
B	Ausência de sinais de cárie “em atividade”, apresentando sinais de doença pregressa, ou seja, cavidades adequadamente restauradas e/ou perdas dentárias adequadamente substituídas
C	Ausência de lesão de cárie ativa, com presença de cárie crônica e/ou perdas dentárias não substituídas
D	Presença de sinais de doença cárie – mancha branca ativa e presença de placa dental bacteriana envelhecida.
E	Presença de sinais de cárie ativa, caracterizada pela observação de lesão aguda.
F	Presença de dor ou abscesso.

Fonte: PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.

Quadro 4 - Códigos e critérios de rastreamento para doença periodontal. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.

CÓDIGOS	CRITÉRIOS
0	Estruturas periodontais sadias
1	Presença de gengivite
2	Presença de cálculo supragengival
6	Presença de bolsa, sem mobilidade e migração dentária
8	Mobilidade e perda da função dentária
X	Ausência de dente
B	Seqüelas de doença periodontal anterior (retração gengival)

Fonte: PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.

O fluxo de encaminhamento da demanda à assistência odontológica foi orientado segundo o grau de risco e atividade da doença. Em relação à cárie dentária, o fluxo respeitou o seguinte ordenamento: códigos F, E, D, C, B e A - do maior para o menor risco.

Quanto à doença periodontal, o ordenamento adotado foi: códigos 8, 6, 2, 1 e 0 - do maior para o menor risco.

Em relação à prevenção e controle do câncer bucal, SANKARANARAYANAN (1997), apontou que profissionais auxiliares da área da saúde, médicos e dentistas, podem identificar precocemente lesões pré-malignas e malignas na boca, após treinamento adequado. Segundo o autor, há quatro métodos disponíveis para essa identificação: 1.exame visual da cavidade oral; 2.exame visual após a aplicação de azul de toluidina; 3.auto-exame bucal e 4.exame citológico.

SCHOTTENFELD & FRAUMENI (1982), demonstraram que rastreamentos populacionais do câncer bucal, por meio do exame clínico e citologia esfoliativa, têm importante significado na detecção de lesões pré-malignas e malignas em estágios iniciais, nos grupos de alto risco, como alcoolistas contumazes, fumantes e mascadores de tabaco. Segundo os autores, a citologia esfoliativa pode clarificar a natureza da lesão suspeita, entretanto, não pode substituir a biópsia para o diagnóstico diferencial dos cânceres bucais.

MILLER (1985), apontou que o rastreamento do câncer bucal deve ser aplicado nos segmentos populacionais de alto risco (fumantes e alcoolistas). Segundo o autor, o câncer bucal é relativamente raro antes dos quarenta anos de idade e essa parece ser a idade indicada, para inclusão de pessoas em programas de rastreamentos populacionais para esse tipo de câncer.

METHA *et al* (1986), apresentaram pesquisa do tipo prospectiva (acompanhamento de coorte), com objetivo de avaliar a acurácia de exames visuais da boca, realizados por 53 agentes de saúde treinados, em rastreamento que se propôs identificar lesões pré-malignas e câncer bucal. A pesquisa foi realizada no distrito de *Ernakulam*, estado de *Kerala*, Índia, durante o período de um ano (dezembro 1982 - dezembro 1983). A população envolvida nesse estudo se constituiu de indivíduos de 35 e mais anos de idade, ambos os sexos,

moradores das áreas onde os agentes trabalhavam, considerados de alto risco por usarem tabaco (fumar e mascar). Os exames foram realizados nos domicílios, em intervalos de três meses e os casos considerados suspeitos foram encaminhados para re-exame do dentista, examinador padrão, durante o ano de realização da pesquisa. A população das áreas do estudo totalizava 469.127 habitantes. Desse total, 117.282 habitantes (25%) foram considerados de alto risco e, dentre esses, 39.331 (34%) foram examinados pelos agentes. Foram considerados suspeitos de possuírem lesões pré-malignas e câncer bucal, 1921 indivíduos, confirmadas em 595 indivíduos, após exame do examinador padrão. A acurácia dos exames realizados pelos agentes foi avaliada por meio dos resultados das medidas de sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo do teste. A sensibilidade do rastreamento foi 59% e a especificidade 98%. O valor preditivo positivo foi 31% e o negativo 99%. A prevalência de lesões, entre os examinados, foi 1,41%.

WARNAKULASURIYA *et al* (1990), relataram pesquisa do tipo retrospectiva (coorte) que avaliou a acurácia dos exames da cavidade bucal, realizados por agentes de saúde treinados (exames domiciliares), em rastreamento para identificação de lesões pré-malignas e câncer bucal. A técnica foi aplicada em residentes da área rural do Sri Lanka e a pesquisa analisou os dados que foram registrados no período compreendido entre 1981 e 1982. Foram envolvidos no estudo, 87.277 indivíduos, ambos os sexos, de 20 e mais anos de idade, examinados pelos agentes. Os casos considerados suspeitos foram re-examinados por dentistas de centros de referência (examinadores padrão). O rastreamento foi operacionalizado em três fases distintas: 1. exame bucal domiciliar realizado por 33 agentes treinados, sob iluminação natural e utilização de dois espelhos odontológicos, para pesquisa de lesões brancas e avermelhadas de aspecto liso, rugoso ou nodular que não cediam à raspagem efetivada pela superfície reflexiva de um dos espelhos. Foram considerados

positivos ao teste 1220 indivíduos, suspeitos de possuírem lesões pré-malignas ou câncer bucal; 2.re-exame dos suspeitos, efetivado por dentista de centro de referência, para possível diagnóstico de leucoplasias, eritroplasias e cânceres bucais. Dentre os 1220 indivíduos encaminhados, 660 (54%), se apresentaram para o re-exame; 3. re-exame realizado por dentista de centro de referência, de amostra aleatória de indivíduos considerados negativos quando da aplicação da técnica pelos agentes. Esses indivíduos foram captados durante suas visitas de rotina nesses centros. Nessa condição, foram re-examinadas 1212 pessoas e 30 casos falsos negativos foram identificados. Do total de 1872 indivíduos re-examinados, 412 (22%) foram corretamente encaminhados enquanto portadores de lesões pré-malignas e câncer bucal; 72 indivíduos (4%) apresentaram outras lesões, similares às pré-malignas e relataram que fumavam ou mascavam tabaco; 140 indivíduos (7%) também apresentaram lesões similares às pré-malignas e relataram que não fumavam ou mascavam tabaco; 1248 indivíduos (67%) aparentemente não possuíam lesões bucais. A sensibilidade foi 95% e a especificidade 81%. O valor preditivo positivo do rastreamento, realizado pelos agentes, foi 58% e o negativo 98%.

IKEDA *et al* (1991), descreveram estudo prospectivo (coorte), com objetivo de avaliar a acurácia de exames visuais da boca, para diagnóstico de leucoplasias, a partir de rastreamento realizado por dentistas da atenção primária. A pesquisa foi realizada na cidade de *Tokoname* (Japão), no período compreendido entre 1986 e 1988. Os envolvidos nesse estudo foram indivíduos de 28 a 63 anos de idade, ambos os sexos, trabalhadores de 2 empresas (*Denryoku* e *Toyota*) e moradores de 60 e mais anos de idade, ambos os sexos, da cidade de *Tokoname*. Os trabalhadores foram examinados nos consultórios médicos das empresas e os moradores da cidade foram convidados, via correio, para se dirigirem aos centros municipais de saúde. Nessa pesquisa, o examinador padrão foi um cirurgião

bucomaxilofacial, que re-examinou os encaminhados com diagnóstico de leucoplasia. Dentre os 3131 indivíduos rastreados, 166 foram encaminhados para o cirurgião com diagnóstico suspeito de leucoplasia e, em 77 indivíduos, os diagnósticos foram confirmados. Os dentistas apontaram uma proporção de 5,3% de lesões leucoplásicas, entretanto, o cirurgião confirmou proporção de 2,5% delas. O valor preditivo do teste positivo foi 46% e a proporção de falsos positivos, 54%.

MATHEW (1995), relatou que há pouca informação relacionada ao auto-exame para o diagnóstico do câncer bucal ou à educação em saúde para promover o auto-exame, especialmente em populações de alto risco para a doença. O autor descreveu e apontou resultados de um estudo realizado na Índia para avaliar a eficácia do auto-exame para detecção de lesões pré-malignas e malignas na boca. Constatou que 36% de 22 mil participantes desses programas (7920 indivíduos), que foram ensinados a se auto-examinar, realmente o fizeram de forma satisfatória. Desses, 247 compareceram à clínica durante as duas semanas de uma campanha de divulgação, motivados pelos achados a partir do auto-exame. Neles, foram detectadas 89 lesões pré-malignas e 7 cânceres bucais.

IKEDA *et al* (1995), descreveram estudo transversal, com objetivo de avaliar a acurácia de exames visuais da boca, realizados por dentistas clínicos gerais, em rastreamento anual (1 dia em outubro ou novembro de cada ano), delineado para identificação de lesões pré-malignas e câncer bucal, no período compreendido entre 1986 e 1993. A população estudada se constituiu de residentes da cidade de *Tokoname* (Japão), de 60 e mais anos de idade, ambos os sexos, convidados, via correio, para exame bucal em centros municipais de saúde. Os rastreados com teste positivo foram encaminhados e re-examinados por especialista em patologia bucal (examinador padrão). Nesse intervalo de tempo, foram convidados para participarem do programa 5187 indivíduos, ambos os sexos,

de 60 e mais anos de idade. Atenderam ao convite 802 indivíduos, 15,5% do total e, dentre eles, 38 indivíduos (4,7%), foram considerados suspeitos de possuírem câncer, eritroplasia, leucoplasia, líquen plano ou candidíase crônica. Foram referenciados ao especialista 32 indivíduos e, desse total, 25 se apresentaram para re-exame. Dentre os 25 indivíduos re-examinados, 20 apresentaram lesões pré-malignas e câncer (11 leucoplasias, 8 líquens planos e 1 câncer bucal). O valor da medida de sensibilidade do teste para lesões pré-malignas e câncer, realizado pelos clínicos, foi 81%. O valor preditivo do teste positivo foi 80% e o valor preditivo do teste negativo, 82%.

FERNANDEZ *et al* (1995), descreveram e apresentaram resultados do programa de rastreamento do câncer bucal em Cuba, que vem sendo conduzido desde 1984. O programa contempla exame anual, realizado por dentistas, de indivíduos com mais de 15 anos de idade, ambos os sexos. Segundo os autores, avaliação descritiva realizada em 1994 mostrou que a participação e cooperação da população-alvo foram abaixo do nível desejado. Não houve diminuição na incidência e mortalidade por câncer bucal em Cuba, desde a implementação do programa, embora haja pequena evidência de que esteja ocorrendo uma mudança nos estágios dos cânceres detectados (de avançado para inicial), após o início da programação. Para os pesquisadores, não há evidência comprovando que o rastreamento do câncer, por meio do exame visual da boca, reduza o índice de incidência e mortalidade por câncer bucal.

DOWNER *et al* (1995), descreveram pesquisa longitudinal com objetivo de avaliar a acurácia de exames visuais da boca, realizados por dentistas clínicos gerais, em rastreamento delineado para reconhecimento de lesões pré-malignas e câncer bucal. A pesquisa foi realizada em Londres, no início da década de noventa, em uma grande empresa comercial. Nesse estudo, a população alvo se constituiu de trabalhadores da área

administrativa, de quarenta e mais anos de idade, ambos os sexos. Os trabalhadores foram estimulados a participarem do rastreamento por meio de palestras e cartazes informativos, espalhados por toda empresa. Após essa etapa de sensibilização, 533 indivíduos, 53% do total de empregados da área administrativa, se apresentaram para exame. Nessa pesquisa, o examinador padrão foi um especialista em patologia oral, que re-examinou e realizou biópsias, quando necessário, nos indivíduos encaminhados, suspeitos de possuírem lesões pré-malignas e câncer bucal. Dentre 533 indivíduos rastreados, 309 foram classificados como positivos ao teste. Neles, foi aplicado questionário sobre estilo de vida e hábito de fumar. Ao final do processo, o especialista apurou 17 lesões nesses suspeitos: 9 leucoplasias e 8 liquens planos. A sensibilidade do teste realizado pelos dentistas foi 71% (IC_{95%}: 46%-96%) e a especificidade 99% (IC_{95%}: 98%-100%). O valor preditivo positivo foi 86% e o negativo, 98%. A prevalência de lesões foi 5,5%.

De acordo com SANKARANARAYANAN (1997), o exame visual da boca realizado por auxiliares treinados, dentistas e médicos, se constitui na forma mais ampla de detecção precoce do câncer bucal, entretanto, são poucos os estudos longitudinais relacionados a essa técnica de rastreamento. Exceto por um estudo desse tipo, que ocorre na Índia e o programa de rastreamento para o câncer bucal de Cuba, a maioria dos estudos são transversais, realizados em ambiente clínico ou em populações específicas. Há pouca informação disponível no que diz respeito a aspectos de médio e longo prazo, tais como sensibilidade, especificidade, intervalos entre rastreamentos e redução na incidência e mortalidade por câncer bucal.

MATHEW *et al* (1997), descreveram e apontaram resultados parciais de pesquisa longitudinal (caso-controle), com objetivo de avaliar a acurácia de exames visuais da boca, realizados por agentes de saúde treinados, em rastreamento delineado para reconhecimento

de lesões pré-malignas e câncer bucal. A pesquisa está sendo realizada no estado de *Kerala* (Índia) e a população envolvida se constitui de 90.000 indivíduos, ambos os sexos, entre 35 e 64 anos de idade, residentes em 13 distritos administrativos da área rural. Dentre os 13 distritos, 7 foram escolhidos ao acaso e caracterizados como grupos de intervenção e 6 foram caracterizados como controle. Os agentes de saúde treinados, nos grupos de intervenção, identificam os fatores de risco, examinam a boca dos indivíduos, encaminham para re-exame os casos suspeitos e incentivam as pessoas a deixarem o hábito de fumar. Para esse grupo, foram planejados 3 exames bucais, com intervalo de 3 anos entre eles. Nos grupos de controle, os agentes de saúde apenas identificam os fatores de risco e não estão treinados para os exames bucais e atividades educativas. Nesse estudo, os examinadores padrão são médicos clínicos, que estão avaliando a reprodutibilidade e validade dos exames realizados pelos agentes. Os pesquisadores apresentaram resultados parciais dos cinco primeiros meses de 1996, referentes a 2069 indivíduos (67% do sexo feminino), do grupo de intervenção, encaminhados para re-exame dos clínicos, considerados suspeitos de possuírem lesões pré-malignas e câncer bucal. Entre os indivíduos encaminhados, 212 (10,3%), apresentaram lesões pré-malignas e câncer bucal, confirmadas pelos médicos. O valor da medida de sensibilidade do rastreamento, realizado pelos agentes, foi 94,3% (IC_{95%}: 90,4%-96,7%) e a especificidade foi 98,3% (IC_{95%}:97,6%-98,8%). O valor preditivo positivo foi 87%, o negativo, 99% e a prevalência de lesões foi 10,25%.

Segundo SILVERMAN *et al* (1977) e OGDEN *et al* (1997), o rastreamento para detecção do câncer bucal, por meio de exame citológico, nunca teve o mesmo reconhecimento ou eficácia do mesmo exame para detecção do câncer do colo uterino. Há importante limitação técnica no uso da citologia esfoliativa da boca. Primeiro, a lesão precisa ser vista antes de se poder coletar uma amostra que garanta a presença de número

suficiente de células anormais. Segundo, apenas um pequeno número de células pode ser identificado em um esfregaço. Além disso, a interpretação é subjetiva e há muito diagnóstico falso-negativo, especialmente para as leucoplasias. Segundo os pesquisadores, se uma lesão pode ser vista, talvez seja melhor fazer uma biópsia em vez de um exame citológico. Por isso, a citologia esfoliativa bucal tem recebido pouca atenção e não há informação adequada disponível quanto a sua aplicação na detecção de câncer bucal.

MARTIN *et al* (1988), demonstraram que o corante azul de toluidina tem sido muito usado como auxiliar na detecção precoce do câncer bucal, em indivíduos selecionados com lesões pré-malignas. O corante é utilizado para melhor demarcar mudanças malignas e displásicas, bem como ajudar na seleção de locais para biópsias. De acordo com os autores, essa forma de rastreamento foi avaliada em poucos estudos, realizados em ambientes clínicos, nos quais os índices de falsos negativos e falsos positivos variaram entre 20% e 30%. Não há estudos relacionados a seu uso na detecção do câncer bucal em nível populacional, portanto, a eficácia do uso de azul de toluidina, antes do exame visual, para detecção precoce do câncer bucal, ainda não é conhecida.

No PSF Santa Marcelina, a opção para identificação de lesões pré-malignas e câncer bucal, foi pela utilização de técnica de rastreamento, a partir do exame visual da boca, segundo os seguintes códigos e critérios:

Quadro 5 - Códigos e critérios de rastreamento para lesões bucais com enfoque nas situações que sugerem risco para o câncer bucal. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.

CÓDIGOS	CRITÉRIOS
0	Tecidos moles aparentemente saudáveis
1	Alterações em tecidos moles sem potencial de malignidade
2	Alterações em tecidos moles com potencial de malignidade

Fonte: PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.

As lesões com as seguintes características macroscópicas foram classificadas com código **(2)**:

- Úlceras indolores com mais de quatorze dias de evolução, com bordas elevadas e base ligeiramente endurecida ou não;
- Lesões brancas ou lesões enegrecidas com áreas ulceradas subjacentes;
- Lesões avermelhadas com mais de quatorze dias de evolução, de contornos definidos e limites nítidos, sugerindo eritroplasia (carcinoma “in situ”);
- Lesões vegetativas (pápulas ou nódulos) granuladas, verrucosas ou ulceradas.

As demais alterações, não listadas no código **(2)**, foram classificadas com código **(1)**.

O fluxo de encaminhamento da demanda à assistência, considerando a condição dos tecidos moles bucais, foi definido da seguinte forma: códigos 2, 1 e 0 - do maior para o menor risco.

ALLEGRA e GENNARI (2000), advertiram que o conceito de lesão com potencial de malignidade, lesão cancerizável ou pré-maligna, tem característica eminentemente estatística. Define-se como cancerizável, uma lesão de qualquer órgão, que em certo percentual de casos se transforma em câncer e o valor numérico desse percentual sofre variação dentro de limites muito amplos, uma vez que há condições cancerizáveis obrigatórias, as quais se convertem em câncer em 100% dos casos e outras que, ao contrário, sofrem essa conversão bastante raramente. É importante, entretanto, que o conceito de lesão com potencial de malignidade, cancerizável ou pré-maligna, seja estreitamente relacionado aos conhecimentos relativos à incidência, prevalência e mortalidade pela doença em questão. As lesões que tornam o epitélio bucal sensível à ação local de fatores carcinogênicos, devem ser consideradas cancerizáveis. Isso implica considerar a gradualidade do evento neoplásico, incluindo as modificações ambientais, clínicas, morfológicas, ultra-estruturais e bioquímicas, cujas interações conduzem à neoplasia.

São consideradas lesões cancerizáveis: leucoplasia, eritroplasia, fibrose bucal submucosa, disfagia sideropênica, estomatite nicotínica e líquen plano (ALLEGRA & GENNARI 2000).

Segundo a OMS (2003), lesões bucais como leucoplasia, eritroplasia e fibrose submucosa são pré-malignas. O alto risco de transformação maligna foi estabelecido em estudos longitudinais, que monitoraram pessoas que possuíam essas lesões em tecidos moles bucais. Segundo os estudos, a proporção de lesões pré-malignas que se transformou em câncer bucal variou entre 30% e 80%. A história natural dessas lesões bucais, não foi amplamente documentada quanto a história da evolução natural das lesões precursoras do

câncer do colo uterino. Assim, não se sabe se os diferentes tipos de leucoplasias e eritroplasias, encontradas na mucosa oral, são estágios pré-malignos, similares aos diferentes estágios das mesmas lesões, comprovadamente pré-malignas, observados durante o desenvolvimento de neoplasia intraepitelial cervical.

As leucoplasias bucais se caracterizam predominantemente por lesões brancas, uniformes e planas, que não podem ser caracterizadas como nenhuma outra enfermidade. Lesões brancas, com superfícies lisas, onduladas ou rugosas, são definidas como leucoplasias homogêneas. Lesões irregulares planas ou nodulares, lesões exofíticas brancas ou brancas avermelhadas, são definidas como leucoplasias não homogêneas. As eritroplasias são caracterizadas por lesões de coloração vermelho-intensa que não podem ser raspadas. As fibroses submucosas são caracterizadas por inflamação e endurecimento recorrente da mucosa bucal, causando limitação progressiva dos movimentos de abertura da boca e protrusão da língua (OMS 2003). Por vários anos e em estudos hospitalares, se observou uma proporção variando entre 4,4% e 17,5% de transformação de leucoplasias em leões malignas e, em estudos populacionais, uma proporção que variou entre 0,13% e 2,2 %. O risco de malignização varia de acordo com o sexo (é mais elevado em mulheres), tipo e localização das leucoplasias (é mais elevado em leucoplasias não homogêneas e nas localizadas na língua ou assoalho da boca). A presença de *Candida Albicans* crônica e presença de displasia epitelial, também são fatores que contribuem para a elevação do risco de malignização. A proporção de leucoplasias que involuem varia entre 5% e 20% ao ano. Em um estudo de detecção do câncer bucal, num grupo de 159 indivíduos com leucoplasia, as lesões desapareceram em 104 casos (71,2%), após três anos de observação (RODRIGUES *et al* 1998).

No PSF Santa Marcelina considerou-se o seguinte agrupamento para classificação de lesões com potencial ou não de malignidade:

Quadro 6- Distribuição das lesões bucais, segundo potencial ou não de malignidade. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.

COM POTENCIAL	SEM POTENCIAL
Crescimento tecidual (hiperplasias) de origem traumática - prótese mal adaptada	Crescimento tecidual (hiperplasias) inespecífico ou medicamentoso
Lesões dermatológicas	Cistos
Lesões pigmentares	Lesões ulceradas/aftas/candidíase
Lesões queratogênicas (Leucoplasias)	Neoplasias benignas
	Processo inflamatório crônico inespecífico
	Lesões vasculares – hemangiomas

Fonte: Sistema de Informação em saúde bucal. PSF Sta. Marcelina, 1999.

Essa proposta de agrupamento das lesões bucais, segundo potencial ou não de malignidade, tem balizado a conduta clínica, incluindo a indicação de biópsias. Outra aplicação prática da classificação diz respeito à organização da demanda para assistência, considerando o risco de malignização dessas lesões.

Desde a implementação dessas atividades de rastreamento, em 1999, a proposta tem sido expandida para outros sistemas de saúde e nenhum esforço de avaliação foi documentado. Por essa razão, é importante aferir os resultados observados e avaliar a aplicação dessa ação de saúde coletiva.

Nesse sentido, cabe explicitar as três ordens de questões que foram objeto dessa investigação:

1. A técnica de rastreamento é eficaz para reconhecimento dos casos positivos e negativos de lesões em tecidos moles bucais? Sensibilidade, especificidade e valores preditivos são aceitáveis?
2. A técnica do rastreamento, enquanto instrumento da epidemiologia, tem potencialidade para contribuir com a prevenção e controle do câncer bucal?
3. A técnica de rastreamento reconhece indivíduos doentes e em situação de risco, contribuindo para a organização da demanda à assistência individual?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a eficácia do rastreamento realizado por dentistas, por meio de exames visuais da boca, delineado para reconhecimento de lesões em tecidos moles bucais, aplicado na população de cinquenta e mais anos de idade cadastrada em unidades do PSF Santa Marcelina e avaliar o potencial dessa técnica, enquanto instrumento da epidemiologia, para auxiliar na prevenção e controle do câncer bucal e auxiliar na organização da demanda para assistência.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. estimar a proporção de lesões com e sem potencial de malignidade, encontradas nos indivíduos rastreados;
2. estimar e comparar com outras pesquisas as medidas de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo do rastreamento a partir dos re-exames realizados na clínica;
3. avaliar o potencial dos resultados obtidos na perspectiva de auxiliar o controle do câncer bucal e a organização da demanda para assistência.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. TIPO DE ESTUDO

No entendimento clássico, trata-se de um estudo transversal e descritivo que utilizou dados secundários sobre a distribuição de eventos (lesões em tecidos moles bucais) em um único momento, na população de 50 e mais anos de idade, cadastrada em unidades do PSF Santa Marcelina (PEREIRA 2001; NOVAES 2000)

3.2. ÁREAS DO ESTUDO

As Unidades de Saúde da Família Jardim Campos, Jardim Santa Rita, Jardim Jaraguá, Vila Curuçá, A. E. Carvalho, Jardim Fanganiello e Barro Branco compõem o universo das que possuem clínicas de saúde bucal no PSF Santa Marcelina e foram selecionadas em razão da presença de registros administrativos, de todas as micro-áreas, relativos à aplicação da técnica de rastreamento para reconhecimento de lesões em tecidos moles bucais.

Considerando a divisão administrativa do poder público municipal que instituiu as Subprefeituras, as unidades estão assim distribuídas:

Quadro 7- Distribuição das USF do PSF Santa Marcelina, segundo as Subprefeituras. Secretaria Municipal das Subprefeituras, São Paulo, 2002.

SUBPREFEITURAS	UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Itaim Paulista	Jardim Campos, Jardim Santa Rita, Jardim Jaraguá e Vila Curuçá
Penha	A. E. Carvalho
Guaianases	Jardim Fanganiello
Cidade Tiradentes	Barro Branco

Fonte: Secretaria Municipal das Subprefeituras, 2002.

As figuras 1 e 2, respectivamente, mostram a distribuição geográfica das Subprefeituras no território da cidade de São Paulo e as Subprefeituras onde esse estudo foi realizado.

Figura 1: Representação esquemática das subprefeituras implantadas no município de São Paulo. Secretaria Municipal das Subprefeituras, São Paulo, 2002.



Figura 2: Representação esquemática das subprefeituras do município de São Paulo onde o estudo foi realizado. Secretaria Municipal das Subprefeituras, São Paulo, 2002.



As USF Jardim Campos, Jardim Santa Rita, Jardim Jaraguá e Vila Curuçá estão localizadas na Subprefeitura de Itaim Paulista. Nelas, estavam lotadas entre quatro e cinco equipes de saúde da família, incluindo profissionais da saúde bucal.

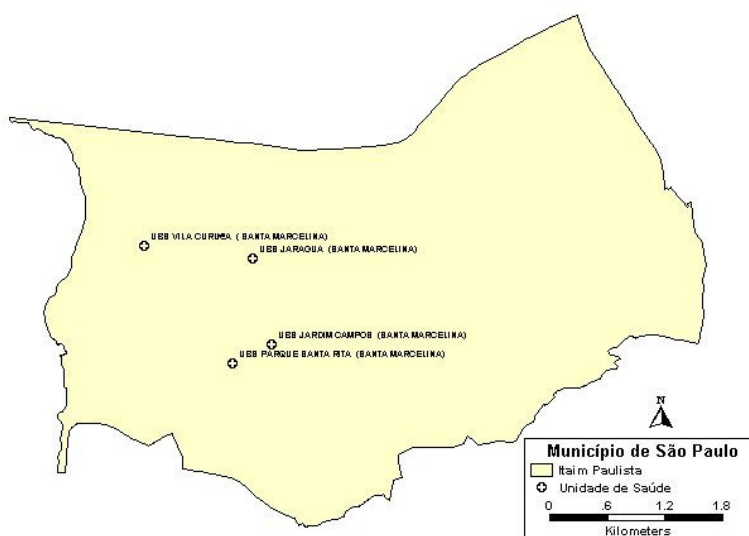
Quadro 8- Distribuição das USF Jardim Campos, Jardim Santa Rita, Jardim Jaraguá e Vila Curuçá, segundo número de equipes, número de famílias e indivíduos cadastrados. Sistema de Informação da Atenção Básica, PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

UNIDADES DE SAÚDE	NÚMERO DE EQUIPES	FAMÍLIAS CADASTRADAS	INDIVÍDUOS CADASTRADOS
Jardim Campos	5	5.443	21.635
Jardim Santa Rita	4	4.902	19.409
Jardim Jaraguá	4	3.628	14.236
Vila Curuçá	5	5.543	20.787

Fonte: SIAB, (Brasil 2002).

A figura 3 mostra a localização geográfica das USF no mapa esquemático da Subprefeitura de Itaim Paulista.

Figura 3- Representação esquemática da Subprefeitura de Itaim Paulista e localização das USF do estudo. Secretaria Municipal das Subprefeituras, São Paulo, 2002.



A USF A. E. Carvalho está localizada na Subprefeitura da Penha e nela estavam lotadas 4 equipes de saúde da família, incluindo profissionais da saúde bucal.

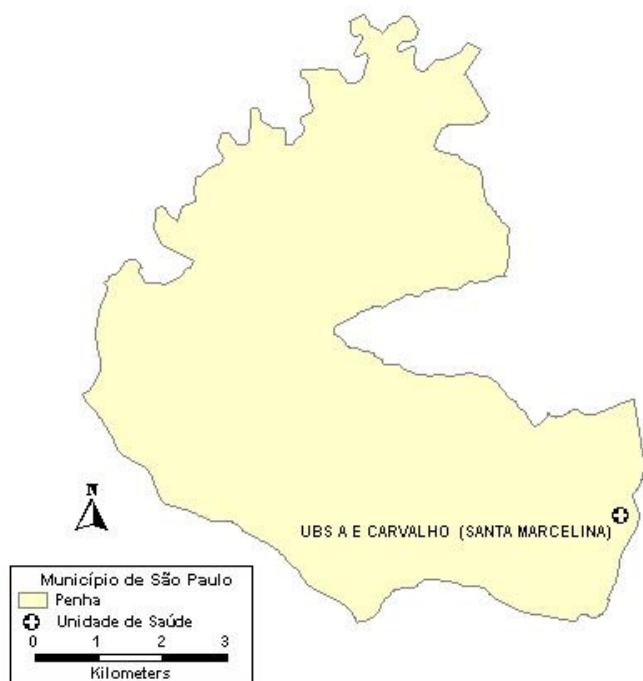
Quadro 9- Composição da USF A. E. Carvalho segundo número de equipes, número de famílias e indivíduos cadastrados. Sistema de Informação da Atenção Básica. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

UNIDADE	NÚMERO DE EQUIPES	FAMÍLIAS CADASTRADAS	INDIVÍDUOS CADASTRADOS
A. E. Carvalho	4	3.806	14.051

Fonte SIAB, (Brasil 2002).

A figura 4 mostra a localização geográfica da USF no mapa esquemático da Subprefeitura da Penha.

Figura 4- Representação esquemática da Subprefeitura da Penha e localização da USF do estudo. Secretaria Municipal das Subprefeituras, São Paulo, 2002.



A USF Jardim Fanganiello está localizada na Subprefeitura de Guaianases e nela estavam lotadas 4 equipes de saúde da família, incluindo profissionais da saúde bucal.

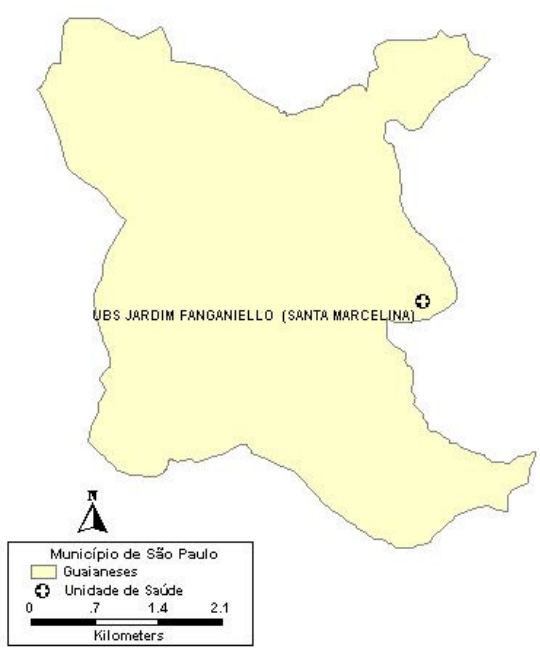
Quadro 10- Composição da USF Jardim Fanganiello segundo número de equipes, número de famílias e indivíduos cadastrados. Sistema de Informação da Atenção Básica, PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

UNIDADE	NÚMERO DE EQUIPES	FAMÍLIAS CADASTRADAS	INDIVÍDUOS CADASTRADOS
Jardim Fanganiello	4	4.613	18.503

Fonte: SIAB, (Brasil 2002).

A figura 5 mostra a localização geográfica da USF no mapa esquemático da Subprefeitura de Guaianases.

Figura 5- Representação esquemática da Subprefeitura de Guaianases e localização da unidade do estudo. Secretaria Municipal das Subprefeituras, São Paulo, 2002.



A USF Barro Branco está localizada na Subprefeitura de Cidade Tiradentes e nela estavam lotadas 4 equipes de saúde da família, incluindo profissionais da saúde bucal.

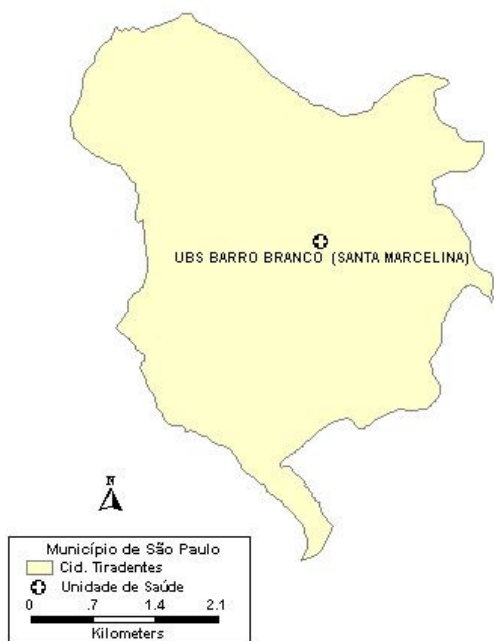
Quadro 11- Composição da USF Barro Branco segundo número de equipes, número de famílias e indivíduos cadastrados. Sistema de Informação da Atenção Básica, PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

UNIDADE	NÚMERO DE EQUIPES	FAMÍLIAS CADASTRADAS	INDIVÍDUOS CADASTRADOS
Barro Branco	4	2.893	12.643

Fonte: SIAB, (Brasil 2002).

A figura 6 mostra a localização geográfica da USF no mapa esquemático da Subprefeitura de Cidade Tiradentes.

Figura 6- Representação esquemática da Subprefeitura de Cidade Tiradentes e localização da unidade do estudo. Secretaria Municipal das Subprefeituras, São Paulo, 2002.



3.3. FONTE DOS DADOS

Os dados analisados nessa pesquisa estavam disponíveis em um banco pré-existente, que agrupava informações do rastreamento de condições relativas à cárie dentária, doença periodontal e lesões em tecidos moles bucais, com finalidade primordial de organização da demanda à assistência. Esse primeiro banco de dados foi elaborado pelas equipes de saúde bucal a partir do preenchimento de planilha específica que foi utilizada em todas as atividades do rastreamento (anexo 2).

Para assegurar o controle da qualidade das informações, no que se refere ao rastreamento de condições dos tecidos moles bucais, os seguintes cuidados foram observados:

1. educação continuada dos profissionais (dentista, THD e ACD), no tema diagnóstico bucal;
2. padronização dos códigos e critérios de exames, a partir da realização de oficinas;
3. treinamento dos dentistas para realização de biópsias;
4. definição de fluxos e protocolos, para encaminhamento das peças para exame anatomopatológico.

Para a construção do banco de dados específico para essa pesquisa, a partir dos registros contidos no primeiro banco, as informações sobre o rastreamento de condições relativas à cárie e doença periodontal foram suprimidas e a planilha foi adaptada para receber alguns dados dos prontuários dos cadastrados, relativos à assistência odontológica individual: exame clínico dos tecidos moles, classificação de eventuais lesões, segundo potencial ou não de malignização e denominação das lesões, conforme resultado dos exames anatomopatológicos (anexo 3).

Dessa forma, a base de dados secundários ficou constituída com três grupos de variáveis: grupo 1: dados cadastrais - nome da unidade, ano de realização do rastreamento, sigla do nome do cadastrado, idade, data de nascimento, sexo, número da micro-área e da família; grupo 2: dados do rastreamento - códigos 0, 1 ou 2; grupo 3: dados da assistência individual - realização ou não de biópsias, classificação das lesões e diagnóstico. Foram excluídos desse banco um número reduzido de cadastrados, submetidos a biópsias, cujos resultados dos exames anatomopatológicos ainda não estavam disponíveis.

Na perspectiva de identificação de outros casos de câncer bucal no território do estudo, ou de rastreados considerados negativos no rastreamento (classificados com código 0) e que eventualmente tenham sido internados com diagnóstico de câncer bucal na rede pública hospitalar (busca dos falsos negativos), outra fonte de dados foi consultada e outro banco de dados foi elaborado (anexo 4), contendo três grupos de variáveis: 1.sigla do nome do internado, sexo, idade e local de residência; 2.Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) relativa ao câncer bucal (OMS 1993) e 3.código do procedimento relativo ao diagnóstico de tumor maligno.

Para assegurar o controle da qualidade das informações e diminuir possíveis inconsistências contidas nos grupos de variáveis 2 e 3, optou-se pelo cruzamento simultâneo das seguintes condições :

1.moradores da cidade de São Paulo internados segundo CID relativa ao câncer bucal nos anos de 1999, 2000, 2001 e 2002 (C00 a C14);

2.moradores da cidade de São Paulo internados por câncer bucal, segundo codificação de procedimento do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) relativo ao **diagnóstico de câncer bucal** nos anos de 1999, 2000, 2001 e 2002. Os procedimentos, descritos no SIH, cruzados simultaneamente com a CID foram os de números **43000002** (descrição:

diagnóstico 1.º at. clínica cirúrgica); **72500000** (descrição: diagnóstico 1.º at. clínica médica) e **85500712** (descrição: diagnóstico de tumor maligno).

Importante ressaltar que o banco de dados obtidos a partir desse cruzamento de variáveis, nos diferentes anos analisados, parece apontar inconsistências que talvez reflitam erros no registro da CID ou do código do procedimento nas AIHs.

No ano de 1999, os moradores da cidade de São Paulo internados na rede pública hospitalar com registro de CID relativa ao câncer bucal (CID 00 a C14) e registro de procedimento relativo ao diagnóstico de tumor maligno, totalizaram 143 casos. Em 2000, 2001 e 2002, o total foi de 91, 36 e 60 casos respectivamente.

Considerando que o INCA (Brasil 2002), apontou para a cidade de São Paulo no ano de 2002 uma estimativa de casos novos de câncer bucal da ordem de 2580, para ambos os sexos, parece que os números acima obtidos estão sobremaneira subestimados. Assim mesmo, todos os endereços foram checados e não foi encontrado nenhum morador da área do estudo que tenha sido internado na rede pública hospitalar com diagnóstico de câncer bucal.

3.4. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

Inicialmente foi efetuada a análise exploratória dos dados registrados por USF. Para permitir a apuração dos testes de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo, tabelas de contingência foram construídas considerando cada uma das USF. Em seguida, os dados foram agregados.

As tabelas foram construídas a partir da soma dos resultados de cada uma das unidades do estudo, considerando as seguintes condições:

1. Unidade Jardim Campos: 1 atividade de rastreamento realizada em 1999 nas famílias de números 1 a 50 das 16 micro-áreas que compõem o território e, na seqüência, outra atividade em 2001 nas famílias de números 50 a 100 das mesmas micro-áreas. Nesses anos, as atividades de rastreamento foram realizadas pela mesma equipe de saúde bucal.
2. Unidade A. E. Carvalho: 1 atividade de rastreamento realizada em 1999 nas famílias de números 1 a 50 das 16 micro-áreas que compõem o território e, na seqüência, outra atividade em 2001 nas famílias de números 50 a 100 das mesmas micro-áreas. Nesses anos, as atividades de rastreamento foram realizadas pela mesma equipe de saúde bucal.
3. Unidade Jardim Santa Rita: 1 atividade de rastreamento realizada em 1999 nas famílias de números 1 a 50 das 16 micro-áreas que compõem o território e, na seqüência, outra atividade em 2001 nas famílias de números 50 a 100 das mesmas micro-áreas. Nesses anos, as atividades de rastreamento foram realizadas pela mesma equipe de saúde bucal.
4. Unidade Jardim Fanganiello: 1 atividade de rastreamento realizada em 1999 nas famílias de números 1 a 50 das 16 micro-áreas que compõem o território e, na seqüência, outra atividade em 2001 nas famílias de números 50 a 100 das mesmas micro-áreas. Nesses anos, as atividades de rastreamento foram realizadas pela mesma equipe de saúde bucal.
5. Unidade Jardim Jaraguá: 1 atividade de rastreamento realizada em 2001 nas famílias de números 1 a 50 das 16 micro-áreas que compõem o território.
6. Unidade Vila Curuçá: 1 atividade de rastreamento realizada em 2001 nas famílias de números 1 a 50 das 16 micro-áreas que compõem o território.
7. Unidade Barro Branco: 1 atividade de rastreamento realizada em 2001 nas famílias de números 1 a 50 das 16 micro-áreas que compõem o território.

Completadas as atividades, os exames em ambiente clínico foram realizados pelas mesmas equipes - não necessariamente pelo mesmo dentista - que aplicaram o

rastreamento e finalizados entre dois e três meses, dependendo do número de indivíduos testados por unidade.

Os testes foram fundamentados na construção de tabelas 2 X 2 (contingência), que possibilitaram o cálculo das medidas de sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo, conforme esquema abaixo:

TESTE RASTREAMENTO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU LABORATORIAL		TOTAL
	LESÃO PRESENTE	LESÃO AUSENTE	
TESTE POSITIVO	a	b	a + b
TESTE NEGATIVO	c	d	c + d
TOTAL	a + c	b + d	a + b + c + d

VP: VERDADEIRO POSITIVO (a)

FP: FALSO POSITIVO (b)

FN: FALSO NEGATIVO (c)

VN: VERDADEIRO NEGATIVO (d)

SENSIBILIDADE = $a/a + c$

VALOR PREDITIVO POSITIVO = $a/a + b$

ESPECIFICIDADE = $d/b + d$

VALOR PREDITIVO NEGATIVO = $d/c + d$

Para o primeiro bloco de testes foram considerados:

Verdadeiros positivos os rastreados classificados com códigos **1 ou 2** no teste e que o exame clínico **confirmou** a presença de lesões bucais;

Verdadeiros negativos os rastreados classificados com código **0** no teste e que o exame clínico **não confirmou** a presença de lesões bucais;

Falsos positivos os rastreados classificados com códigos **1 ou 2** no teste e que o exame clínico **não confirmou** a presença de lesões bucais;

Falsos negativos os rastreados classificados com código **0** no teste e que o exame clínico **confirmou** a presença de lesões bucais.

Para o segundo bloco de testes, realizado para avaliar o comportamento das medidas de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo, considerando outro agrupamento dos códigos do rastreamento, foram considerados:

Verdadeiros positivos os rastreados classificados com código **2** no teste e que o exame clínico **confirmou** a presença de lesões pré-malignas e câncer bucal;

Verdadeiros negativos os rastreados classificados com códigos **0** ou **1** no teste e que o exame clínico **não confirmou** a presença de lesões pré-malignas e câncer bucal;

Falsos positivos os rastreados classificados com código **2** no teste e que o exame clínico **não confirmou** a presença de lesões pré-malignas e câncer bucal;

Falsos negativos os rastreados classificados com códigos **0** ou **1** no teste e que o exame clínico **confirmou** a presença de lesões pré-malignas e câncer bucal.

4. RESULTADOS.

4.1. BASE POPULACIONAL

A base populacional, que tomou por referência o universo dos cadastrados das áreas das USF incluídas no estudo, foram os residentes de cinquenta e mais anos de idade cadastrados no SIAB, em áreas de adstrição das USF do PSF Santa Marcelina (Brasil 1999 e 2001).

A distribuição dos cadastrados segundo o sexo evidenciou, naqueles territórios, uma proporção ligeiramente maior de mulheres em relação aos homens.

Tabela 1- Base populacional da área do estudo composta por cadastrados de cinquenta e mais anos de idade, segundo sexo. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999 e 2001.

SEXO	N	%
MASCULINO	6648	44,11
FEMININO	8424	55,89
TOTAL	15072	100,00

Fonte: SIAB (fechamento anual), (Brasil 1999 e 2001).

Por outro lado, quando se compôs a distribuição, segundo sexo dos cadastrados, que responderam ao chamado dos agentes comunitários para participarem do rastreamento, se observou uma proporção, quase dobrada, de mulheres em relação aos homens.

Tabela 2- Número e porcentagem dos cadastrados e rastreados de cinquenta e mais anos de idade, segundo sexo. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

SEXO	CADASTRADOS		RASTREADOS	
	N	%	N	%
MASC	6648	44,11	1032	34,63
FEM	8424	55,89	1948	65,37
TOTAL	15072	100,00	2980	100,00

Fonte: Sistema de informação em saúde bucal. PSF Santa Marcelina, 2002.

4.2. PREVALÊNCIA DAS LESÕES

Dentre os 2980 rastreados, 537 (18,02%) foram considerados positivos ao teste e suspeitos de possuírem lesões bucais. No exame clínico, realizado com assessoria do especialista em patologia oral, foram diagnosticadas 133 lesões (4,46%). Segundo padronização, 50 lesões (1,68%) foram classificadas como pré-malignas e câncer bucal e os achados de câncer totalizaram 8 casos, correspondendo a 0,27% ou 27 casos em 10.000 indivíduos.

Do total de 1032 indivíduos rastreados do sexo masculino, 158 (15,31%) foram considerados positivos ao teste e suspeitos de possuírem lesões bucais. No exame clínico foram diagnosticadas 42 lesões (4,07%) e, dentre essas, 15 (1,45%), classificadas como pré-malignas e câncer bucal. Os achados de câncer totalizaram 3 casos, correspondendo a 0,29% ou 29 casos em 10.000 indivíduos do sexo masculino.

Foram 1948 os rastreados do sexo feminino e 379 (19,45%), considerados positivos

ao teste e suspeitos de possuírem lesões bucais. No exame clínico foram diagnosticadas 91 lesões (4,67%). Desse total, 35 (1,80%) foram classificadas como pré-malignas e câncer bucal. Os achados de câncer totalizaram 5 casos, correspondendo a 0,26% ou 26 casos em 10.000 indivíduos do sexo feminino.

Na Tabela 3 foram apresentados os casos de câncer bucal confirmados por exame anatomopatológico.

Tabela 3- Distribuição dos casos de câncer bucal segundo sexo, idade, tipo e localização da lesão e USF de ocorrência. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

Prontuário	Sexo	Idade	Tipo de lesão	Localização	USF
01/15	M	61	Carcinoma espinocelular	Língua/assoalho da boca	A.E.Carvalho
05/123	F	53	Carcinoma espinocelular	Lábio inferior	A.E.Carvalho
06/190	M	64	Adenocarcinoma	Mucosa jugal	A.E.Carvalho
04/147	F	60	Carcinoma espinocelular	Palato duro/orofaringe	Fanganiello
02/44	F	61	Carcinoma espinocelular	Palato duro/rebordo alveolar superior	Fanganiello
20/150	F	50	Carcinoma espinocelular	Orofaringe	Santa Rita
15/20	F	64	Carcinoma espinocelular	Base de língua	Vila Curuçá
20/68	M	56	Carcinoma espinocelular	Lábio inferior	Vila Curuçá

4.3. APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE RASTREAMENTO

A técnica permitiu incluir 18% dos rastreados nos códigos **1** e **2**. Desses 537 casos, predominou aqueles sem potencial de malignidade. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos (Tabela 4).

Tabela 4- Número e porcentagem dos rastreados de cinquenta e mais anos de idade, segundo sexo e código do rastreamento. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

CÓDIGO	SEXO					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
0	873	84,59	1570	80,59	2443	81,98
1	123	11,92	321	16,48	444	14,90
2	36	3,49	57	2,93	93	3,12
TOTAL	1032	100,00	1948	100,00	2980	100,00

Na distribuição por sexo, dos exames realizados em clínica, se observou grande proporção de diagnósticos negativos. Os diagnósticos que apontaram lesões sem potencial de malignidade se distribuíram proporcionalmente entre os sexos. Dentre aqueles que evidenciaram potencial de malignidade, se observou ligeiro predomínio no sexo feminino (Tabela 5).

Tabela 5- Número e porcentagem dos rastreados de cinquenta e mais anos de idade, segundo sexo e diagnóstico clínico para identificação de lesões em tecidos moles bucais. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

SEXO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO							
	NEGATIVO		SEM POTENCIAL		COM POTENCIAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	990	95,93	27	2,62	15	1,45	1032	100,00
FEMININO	1857	95,33	56	2,87	35	1,80	1948	100,00
AMBOS	2847	95,54	83	2,78	50	1,68	2980	100,00

No domínio da clínica, o diagnóstico negativo confirmou a maioria dos rastreados com teste negativo (código **0**). O diagnóstico positivo confirmou 133 lesões bucais, com e sem potencial de malignidade, dentre as quais, 99 foram por exame laboratorial.

Na Tabela 6 é apresentada a distribuição dos resultados do rastreamento, considerando os códigos de classificação e sua associação com os diagnósticos clínicos, positivos e negativos.

Tabela 6- Número e porcentagem dos rastreados de 50 e mais anos de idade, segundo código de classificação e exames clínicos para diagnóstico de lesões em tecidos moles bucais. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO							
	NEGATIVO		SEM POTENCIAL		COM POTENCIAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0	2432	99,55	4	0,16	7	0,29	2443	100,00
1	342	77,03	72	16,22	30	6,75	444	100,00
2	73	78,50	7	7,52	13	13,98	93	100,00
TOTAL	2847	95,54	83	2,78	50	1,68	2980	100,00

A mesma análise, considerando os rastreados do sexo masculino e feminino, mostrou que os resultados foram semelhantes aos acima identificados (Tabelas 7 e 8).

Tabela 7- Número e porcentagem dos rastreados de 50 e mais anos de idade do sexo masculino, segundo código de classificação e exames clínicos para diagnóstico de lesões em tecidos moles bucais. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO							
	SEM				COM		TOTAL	
	NEGATIVO		POTENCIAL		POTENCIAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%
0	869	99,43	2	0,23	3	0,34	874	100,00
1	92	74,80	23	18,70	8	6,50	123	100,00
2	29	82,86	2	5,71	4	11,43	35	100,00
TOTAL	990	95,93	27	2,62	15	1,45	1032	100,00

Tabela 8- Número e porcentagem dos rastreados de 50 e mais anos de idade do sexo feminino, segundo código de classificação e exames clínicos para diagnóstico de lesões em tecidos moles bucais. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO							
	SEM				COM		TOTAL	
	NEGATIVO		POTENCIAL		POTENCIAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%
0	1563	99,62	2	0,13	4	0,25	1569	100,00
1	250	77,89	49	15,26	22	6,85	321	100,00
2	44	75,86	5	8,62	9	15,52	58	100,00
TOTAL	1857	95,33	56	2,87	35	1,80	1948	100,00

Das 133 lesões diagnosticadas, 99 foram por meio de análise laboratorial. Na Tabela 9 pode-se observar a diversidade e o potencial de malignização das lesões, segundo critérios do teste e diagnóstico clínico.

Tabela 9- Distribuição do número de lesões encontradas em tecidos moles bucais, segundo diagnóstico clínico ou laboratorial e potencial ou não de malignidade. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

	POTENCIAL DE MALIGNIDADE											
	COM POTENCIAL E CÂNCER					SEM POTENCIAL						TOT
DIAG	HP	QUE	DE	PIG	CA	CAN	HI	PICI	CIST	N B	VAS	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
CLIN	22	3	-	-	-	2		-	-	1	6	34
LAB	15	-	1	1	8	-	43	21	4	6	-	99
TOT	37	3	1	1	8	2	43	21	4	7	6	133

Legenda: HP: Hiperplasia (prótese mal adaptada); QUE: queratogênica; DE: dermatológica; PIG: pigmentar; CA: câncer / CAND: candidíase; HI: hiperplasia (crescimento tecidual); PICI: processo inflamatório crônico inespecífico; CIST: cisto; NB: neoplasia benigna e VAS: vascular.

A Tabela 10 apresentou a distribuição das lesões identificadas no rastreamento e o potencial ou não de malignidade, relacionando-os com os códigos definidos para o teste.

Tabela 10- Distribuição do número de lesões identificadas no rastreamento, segundo sexo, potencial ou não de malignidade e códigos de classificação. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

CÓDIGO	SEXO						TOTAL
	MASCULINO			FEMININO			
	POTENCIAL MALIGNIDADE			POTENCIAL MALIGNIDADE			
	NÃO	SIM	CÂNCER	NÃO	SIM	CÂNCER	
0	2	3	-	2	3	1	11
1	23	7	1	49	22	-	102
2	2	2	2	5	5	4	20
TOTAL	27	12	3	56	30	5	133

4.4. TESTES

Os testes foram realizados sob duas condições: código **0** vs códigos **1+2** e códigos **0+1** vs código **2**, considerando o total de rastreados e o sexo masculino e feminino.

4.4.1. PRIMEIRO BLOCO DE TESTES

Foram considerados negativos ao teste os classificados com código **0** e positivos os classificados com códigos **1** e **2** para o total de lesões bucais identificadas. Para os rastreados, a Tabela 11 demonstrou que nessa condição de teste, foi apurado alto valor da medida de sensibilidade e especificidade e aceitável valor preditivo do teste positivo.

Tabela 11- Valores de sensibilidade, especificidade e preditivos positivo e negativo do rastreamento de lesões bucais, para os rastreados. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999 e 2001.

RASTREAMENTO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU LABORATORIAL		TOTAL
	LESÃO PRESENTE	LESÃO AUSENTE	
SIM (1 + 2)	122	415	537
NÃO (0)	11	2432	2443
TOTAL	133	2847	2980

S = 91,73% (IC_{95%}: 90,74 - 92,72);

VPP = 22,72% (IC_{95%}: 21,22 - 24,22);

E = 85,42% (IC_{95%}: 84,15 - 86,65);

VPN = 99,55% (IC_{95%}: 99,31 - 99,79).

Para o sexo masculino e feminino, na mesma condição de teste, os resultados das

medidas de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo foram semelhantes (Tabelas 12 e 13).

Tabela 12- Valores de sensibilidade, especificidade e preditivos positivo e negativo do rastreamento de lesões bucais, para os rastreados do sexo masculino. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999 e 2001.

RASTREAMENTO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU LABORATORIAL		TOTAL
	LESÃO PRESENTE	LESÃO AUSENTE	
SIM (1 + 2)	37	121	158
NÃO (0)	5	869	874
TOTAL	42	990	1032

S = 88,09% (IC_{95%}: 86,13 - 90,05); VPP = 23,42% (IC_{95%}: 20,86 - 25,98);
 E = 87,78% (IC_{95%}: 85,81 - 89,75); VPN = 99,43% (IC_{95%}: 98,98 - 99,88).

Tabela 13- Valores de sensibilidade, especificidade e preditivos positivo e negativo do rastreamento de lesões bucais, para os rastreados do sexo feminino. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999 e 2001.

RASTREAMENTO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU LABORATORIAL		TOTAL
	LESÃO PRESENTE	LESÃO AUSENTE	
SIM (1 + 2)	85	294	379
NÃO (0)	6	1563	1569
TOTAL	91	1857	1948

S = 93,41% (IC_{95%}: 92,31 - 94,51); VPP = 22,43% (IC_{95%}: 20,58 - 24,28);
 E = 84,17% (IC_{95%}: 82,56 - 85,78); VPN = 99,62% (IC_{95%}: 99,35 - 99,89).

O resumo desses resultados foi apresentado na Tabela 14.

Tabela 14- Estimativas por ponto e por intervalo de confiança (95%) dos testes de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo, segundo sexo. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

SEXO	S (%)	E (%)	VPP (%)	VPN (%)
MASCULINO IC _{95%}	88,09 86,13 - 90,05	87,78 85,81 - 89,75	23,42 20,86 - 25,98	99,43 98,98 - 99,88
FEMININO IC _{95%}	93,41 92,31 - 94,51	84,17 82,56 - 85,78	22,43 20,58 - 24,28	99,62 99,35 - 99,89
AMBOS IC _{95%}	91,73 90,74 - 92,72	85,42 84,16 - 86,68	22,72 21,22 - 24,22	99,55 99,31 - 99,79

4.4.2. SEGUNDO BLOCO DE TESTES

Nesse bloco foram considerados negativos os classificados com códigos **0** e **1** e positivos os classificados com código **2**, no rastreamento para lesões pré-malignas e câncer bucal. Para os rastreados, a Tabela 15 demonstrou que nessa condição de teste, foi apurado baixo valor da medida de sensibilidade e preditivo do teste positivo. O valor da medida de especificidade e preditivo do teste negativo foi semelhante ao apurado no primeiro bloco de testes.

Tabela 15- Valores de sensibilidade, especificidade e preditivos positivo e negativo do rastreamento para lesões pré-malignas e câncer bucal, para os rastreados. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999 e 2001.

RASTREAMENTO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU LABORATORIAL		TOTAL
	LESÃO PRESENTE	LESÃO AUSENTE	
SIM (2)	13	80	93
NÃO (0 + 1)	37	2850	2887
TOTAL	50	2930	2980

S = 26,00% (IC_{95%}: 24,43 - 27,57); VPP = 13,98% (IC_{95%}: 12,74 - 15,22);
 E = 97,27% (IC_{95%}: 96,68 - 97,85); VPN = 98,72% (IC_{95%}: 98,32 - 99,12).

Para o sexo masculino e feminino foram observadas as mesmas condições de teste e os resultados foram semelhantes (Tabelas 16 e 17).

Tabela 16- Valores de sensibilidade, especificidade e preditivos positivo e negativo para o rastreamento de lesões pré-malignas e câncer bucal, para os rastreados do sexo masculino. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999 e 2001.

RASTREAMENTO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU LABORATORIAL		TOTAL
	LESÃO PRESENTE	LESÃO AUSENTE	
SIM (2)	4	31	35
NÃO (0 + 1)	11	986	997
TOTAL	15	1017	1032

S = 26,67% (IC_{95%}: 23,97 - 29,37); VPP = 11,43% (IC_{95%}: 9,49 - 13,37);
 E = 96,95% (IC_{95%}: 95,90 - 98,00); VPN = 98,90% (IC_{95%}: 98,26 - 99,53).

Tabela 17- Valores de sensibilidade, especificidade e preditivos positivo e negativo para o rastreamento de lesões pré-malignas e câncer bucal, para os rastreados do sexo feminino. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999 e 2001.

RASTREAMENTO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU LABORATORIAL		TOTAL
	LESÃO PRESENTE	LESÃO AUSENTE	
SIM (2)	9	49	58
NÃO (0 + 1)	26	1864	1890
TOTAL	35	1913	1948

S = 25,71% (IC_{95%}: 23,77 - 27,65); VPP = 15,52% (IC_{95%}: 13,91 - 17,13);
 E = 97,44% (IC_{95%}: 96,74 - 98,14); VPN = 98,62% (IC_{95%}: 98,10 - 99,13).

O resumo desses resultados foi apresentado na Tabela 18.

Tabela 18- Estimativas por ponto e por intervalo de confiança (95%) dos testes de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo, segundo sexo. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

SEXO	S (%)	E (%)	VPP (%)	VPN (%)
MASCULINO IC _{95%}	26,67 23,97 - 29,37	96,95 95,90 - 98,00	11,43 9,49 - 13,37	98,90 98,26 - 99,53
FEMININO IC _{95%}	25,71 23,77 - 27,65	97,44 96,74 - 98,14	15,52 13,91 - 17,13	98,62 98,10 - 99,13
AMBOS IC _{95%}	26,00 24,43 - 27,57	97,27 96,68 - 97,85	13,98 12,74 - 15,22	98,72 98,32 - 99,12

A Tabela 19 apresentou uma comparação entre os dois blocos de testes.

Tabela 19- Resumo comparativo dos valores dos testes de sensibilidade, especificidade e valores preditivos do rastreamento para lesões pré-malignas e malignas, segundo sexo, considerando os dois blocos de testes. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.

SEXO	S%	S%	E%	E%	VPP%	VPP%	VPN%	VPN%
	1.º	2.º	1.º	2.º	1.º	2.º	1.º	2.º
M	88,09	26,67	87,78	96,95	23,42	11,43	99,43	98,90
F	93,41	25,71	84,17	97,44	22,43	15,52	99,62	98,62
AMBOS	91,73	26,00	85,42	97,27	22,72	13,98	99,55	98,72

5. DISCUSSÃO

Determinados territórios da zona leste da cidade de São Paulo, cobertos pelo Programa Saúde da Família desde 1996, se encontravam privados de programações públicas de saúde bucal por longo período de tempo. No PSF, a opção pela implementação de ações de saúde bucal, fundamentadas na utilização de técnicas de rastreamento de condições relativas à carie dentária, doença periodontal e câncer bucal, a partir de meados de 1998, permitiu reconhecimento rápido desses agravos acumulados na população e orientou a programação das ações correspondentes a cada equipe de saúde da família.

Os exames clínicos realizados após a aplicação da técnica do rastreamento de lesões em tecidos moles da boca, alvo desse estudo, permitiram apurar uma proporção de 4,46% (133) desses achados, na população estudada de 50 e mais anos de idade.

Esse valor foi menor que o apresentado no trabalho de MISTRO *et al* (1996) que analisou dados de campanha de prevenção de câncer bucal, realizada em 1993 na cidade de Indaiatuba, estado de São Paulo. Os exames foram realizados por dentistas e entre 1140 indivíduos, com idade variando entre 24 e 74 anos, ambos os sexos, 17,97% apresentaram lesões bucais. A proporção de 4,46% foi semelhante à apurada no grupo etário de 35 a 44 anos e menor que a apurada no grupo etário de 65 a 74 anos, no levantamento epidemiológico de condições de saúde bucal, realizado no estado de São Paulo no ano de 2002 (São Paulo 2002). No primeiro grupo, a proporção foi 5,76% entre 1718 indivíduos, enquanto no segundo foi 11,90%, entre 815 indivíduos examinados.

A proporção de lesões pré-malignas apurada nos 2980 rastreados, considerando a padronização sugerida pelas equipes de saúde bucal do PSF, foi 1,68% (50 lesões).

Esse valor foi semelhante ao apontado na pesquisa de METHA *et al* (1986) que foi 1,41%, cujos examinadores foram agentes de saúde, que aplicaram o teste na população de 35 e mais anos de idade, a partir da identificação de fatores de risco. A proporção foi menor que a apurada na pesquisa de WARNAKULASURIYA *et al* (1990) que foi 22%, em rastreamento realizado por agentes de saúde, que não consideraram os fatores de risco para o exame da população de 20 e mais anos de idade, ambos os sexos. O valor também foi menor quando comparado aos obtidos em duas pesquisas conduzidas por IKEDA *et al* (1991 e 1995) que foram 5,3% e 4,7%, respectivamente. Nessas pesquisas foram examinados por dentistas, indivíduos de 60 e mais anos de idade, ambos os sexos, sem considerar os fatores de risco. O resultado se mostrou do mesmo modo inferior, quando comparado ao apurado na pesquisa de DOWNER *et al* (1995) que foi 5,5%, no teste aplicado por dentistas, em indivíduos de 40 e mais anos de idade, ambos os sexos, sem considerar os fatores de risco. Dentre as pesquisas citadas, a proporção de 1,68% de lesões pré-malignas também se mostrou inferior, quando comparada à obtida na pesquisa de MATHEW *et al* (1997) que foi 10,25%. Nessa última, o rastreamento foi aplicado por agentes de saúde, na população com idade variando entre 35 e 64 anos, a partir da identificação de critérios de risco.

Cabe ressaltar que todas as pesquisas, excetuando-se as conduzidas por IKEDA no Japão e DOWNER na Inglaterra, se referem a regiões que apresentam alta incidência de câncer bucal (Índia e *Sri Lanka*).

No presente trabalho, pode-se admitir que a proporção obtida (1,68%), tenha superestimado a prevalência de lesões pré-malignas, na medida em que os dados foram colhidos a partir de critérios que incluíram as hiperplasias causadas por prótese mal adaptada, na categorização de lesões pré-malignas. De fato, há intenso debate na literatura, particularmente na estrangeira, sobre a inclusão ou não dessa condição enquanto categoria

de lesão pré-maligna. A maioria dos trabalhos que analisaram dados sobre lesões bucais forneceu estimativas restritas a determinadas lesões, em pequenas amostras populacionais, o que não permite uma visão ampla da ocorrência dessas lesões em amostra populacional mais representativa.

Mereceu destaque o número de casos de câncer bucal (8), confirmados por meio de exames laboratoriais, entre os 2980 rastreados. Foram 5 casos em 1948 rastreados do sexo feminino e 3 em 1032 rastreados do sexo masculino.

Em 1993, na cidade de São Paulo, a taxa de incidência de câncer bucal para a população de 35 a 64 anos de idade foi 7,0 e 34,0 por 100 mil habitantes, para o sexo feminino e masculino, respectivamente. No mesmo ano, para a população de 65 e mais anos de idade, reconhecida como de alto risco para a doença, a taxa se elevou para 36,8 por 100 mil habitantes para o sexo feminino e 97,3 por 100 mil habitantes para o sexo masculino ANTUNES *et al* (2001).

Aplicando os valores mais elevados, apontados para a população de 65 e mais anos de idade, para os 1948 examinados do sexo feminino seria esperado menos de 1 caso de câncer bucal (0,7) e para os 1032 do sexo masculino, 1 caso (1,0).

Cabe ressaltar que a pesquisa conduzida por ANTUNES *et al* se referiu à taxa de incidência anual para o câncer bucal (1993) e o presente estudo apurou a prevalência da doença em determinado período de tempo, aproximadamente 3 meses, período de duração dos exames clínicos, mostrando o quanto a estimativa de morbidade pode estar subestimada para a cidade de São Paulo.

Os 2980 cadastrados de 50 e mais anos de idade analisados nesse estudo, corresponderam a 0,16% da população total desse grupo etário, estimada para a cidade de São Paulo em 1.829.166 habitantes (Brasil 2001). Para essa população, 8 casos

diagnosticados representaram proporção muito acima do esperado. Outras pesquisas, de abrangência ampla, devem ser realizadas para aprofundar a análise da distribuição desse evento (câncer bucal) na população de idosos da cidade.

Um bom programa de rastreamento deve usar teste de alta sensibilidade, capaz de reconhecer o máximo de casos, particularmente aqueles de baixa prevalência e alta especificidade para diminuir o número de casos falsos positivos que necessitem investigação posterior, de modo a ser aplicado menos freqüentemente. O valor preditivo positivo da maioria dos testes de rastreamento pode ser baixo, mesmo para testes de alta especificidade, para eventos de baixa prevalência (FLETCHER 1996). O comportamento de taxas e indicadores como morbidade, mortalidade, qualidade de vida, entre outros, devem ser considerados nos resultados de um bom programa de rastreamento. A produtividade perdida dos profissionais envolvidos no processo, quando se estimam os seus custos, também deve ser avaliada.

No contexto das programações de saúde bucal implementadas no PSF e assente em condições relacionadas com a gravidade da doença, traduzidas principalmente na taxa de mortalidade e poder mutilador, essa pesquisa particularizou a avaliação das medidas de acurácia, obtidas pela aplicação do rastreamento de lesões de tecidos moles.

O primeiro bloco de testes apresentou alta sensibilidade (91,73%), demonstrando que a maioria dos classificados como positivos se concentrou nos códigos **1** e **2** do rastreamento, que classificaram as lesões com e sem potencial de malignidade. Foi elevada também a acurácia da especificidade do teste (85,42%), confirmando como verdadeiros negativos a maioria dos classificados no código **0**, onde portadores de tecidos moles aparentemente saudáveis foram incluídos. Esses valores foram semelhantes aos apontados na literatura (WARNAKULASURIYA *et al* 1990; IKEDA *et al* (1991 e 1995); DOWNER *et al* (1995);

MATHEW *et al* (1997)), independentemente se o rastreador foi o dentista ou o agente de saúde. A única exceção foi o resultado da sensibilidade (59%), apresentada no trabalho de METHA *et al* (1986), cujo primeiro examinador foi o agente de saúde.

Os trabalhos de METHA, WARNAKULASURIYA, DOWNER e MATHEW foram incluídos em recente pesquisa conduzida por DOWNER *et al* (2004) que promoveu revisão sistemática sobre a performance dos rastreamentos de lesões pré-malignas e câncer bucal, a partir da análise dos valores da sensibilidade e especificidade dos testes. Os dois critérios principais, definidos para inclusão de trabalhos na pesquisa, foram o caráter prospectivo das investigações e a definição de um examinador padrão para exames dos classificados como positivos e parcela dos negativos. Após a metanálise, os valores ponderados da sensibilidade e especificidade foram 84,8% e 96,5%, respectivamente.

O valor preditivo positivo de 22,72% foi aceitável, particularmente quando se consideraram os aspectos apontados por FLETCHER sobre o comportamento dessa medida em rastreamentos de eventos raros. Fatores relacionados com a formulação dos critérios de classificação, período de duração das lesões, acurácia dos exames clínicos, entre outros, que podem se traduzir em grande número de casos falsos positivos, influenciaram negativamente o valor dessa medida.

O resultado do valor preditivo negativo (99,55%), foi semelhante ao verificado nas pesquisas de METHA *et al* (1986), WARNAKULASURIYA *et al* (1990) e MATHEW *et al* (1997), cujo rastreamento foi realizado por agentes de saúde e superior ao resultado apontado na pesquisa de IKEDA *et al* (1995), cujo rastreamento foi realizado por dentistas. O valor preditivo negativo revelou que um teste negativo praticamente excluiu a possibilidade de diagnóstico de lesões bucais.

No que se refere à proporção desequilibrada entre homens e mulheres que participaram do rastreamento, seria esperado um aumento dos valores das medidas de acurácia do teste, para o sexo masculino, caso fosse observado equilíbrio nessa proporção.

O segundo bloco de testes considerou suspeitos negativos os classificados com códigos **0** ou **1** e positivos os classificados com código **2**. Esses testes foram focados no diagnóstico de lesões pré-malignas e câncer bucal. Nessa condição, a medida de sensibilidade declinou para 26,00%, e se mantiveram estáveis os valores das medidas de especificidade e preditivo negativo, 97,27% e 98,72%, respectivamente. Grande proporção (60%) de diagnósticos de lesões pré-malignas foi originada a partir de classificados no código **1** do rastreamento. Nessa combinação de códigos (**0 + 1**), todos os elementos assim classificados foram considerados falsos negativos e influenciaram os resultados dos valores de sensibilidade e preditivo positivo. Em consequência disso, o valor preditivo positivo diminuiu para 13,98%. Esse resultado também evidenciou grande proporção de casos falsos positivos entre os classificados no código **2**.

O grau de refinamento dos códigos e critérios de classificação utilizados no rastreamento (códigos **0**, **1** e **2**), influenciou os valores das medidas apuradas nos testes, especialmente as obtidas no bloco 2. A análise demonstrou que 60% das lesões pré-malignas foram diagnosticadas a partir da classificação (**1**) do rastreamento. Os classificados com código (**2**) totalizaram 93 indivíduos e, dentre esses, 73 (78%) foram considerados falsos positivos e 20 (21%) apresentaram diagnóstico positivo (13 lesões com potencial de malignidade e 7 sem potencial) e 6 casos de câncer bucal foram diagnosticados a partir desse código de classificação. Por outro lado, 1 caso de câncer bucal foi confirmado a partir do código (**0**) de classificação.

Nesse sentido, pode-se concluir que o instrumento quando considerado para o rastreamento de lesões bucais, com e sem potencial de malignidade, atendeu as exigências que caracterizam um bom teste de rastreamento (alta sensibilidade e especificidade e valor preditivo positivo aceitável), ressaltando os aspectos relativos ao seu custo e intervalos entre rastreamentos, que requerem outros estudos.

É provável que resultados ainda mais elevados possam ser obtidos em atividades de rastreamento, dirigidas especificamente para populações de risco para o câncer bucal.

Para o rastreamento focado nas lesões pré-malignas e malignas, o instrumento mostrou-se pouco sensível e não atendeu as exigências citadas anteriormente.

O seu emprego para essa finalidade implicaria significativos ajustes e redefinição de critérios e novos estudos para observar sua acurácia em condições reais de programação de ações de saúde. Deve-se considerar ainda, que um esforço nesse sentido pode tornar o rastreamento inviável ou inaplicável, pela dificuldade da delegação dessas funções, tanto para outros profissionais da saúde, como para os agentes comunitários.

Os trabalhos apontados na literatura também avaliaram técnicas de rastreamento de lesões bucais, analisando o comportamento das medidas de acurácia. Dentre esses, o relatado por IKEDA *et al* (1995) foi um estudo transversal. Os apresentados por METHA *et al* (1986), WARNAKULASURIYA *et al* (1990), IKEDA *et al* (1991) e DOWNER *et al* (1995), foram delineados com características longitudinais.

Em dois trabalhos, um transversal e outro longitudinal, houve perda numérica significativa entre os rastreados que foram considerados positivos ao teste e os efetivamente re-examinados para confirmação diagnóstica. Dentre os 1220 indivíduos encaminhados pelos agentes, considerados suspeitos na pesquisa de WARNAKULASURIYA *et al* (1990),

apenas 660 se apresentaram para re-exame; de 32 indivíduos considerados suspeitos na pesquisa de IKEDA *et al* (1995), 25 foram re-examinados.

Na presente pesquisa, as duas principais diretrizes estruturantes do PSF, território definido e população cadastrada, permitiram o re-exame dos 2980 rastreados, num período aproximado de três meses entre as duas atividades. Esses re-exames foram realizados de forma ordenada, do maior para o menor risco para o câncer bucal, considerando os critérios adotados no rastreamento. Essa condição favoreceu para as equipes envolvidas no processo, outro momento de aprofundamento teórico/prático nas questões relacionadas ao diagnóstico de lesões bucais, além de contribuir favoravelmente na prevenção e controle do câncer bucal.

Muito se espera da pesquisa tipo caso-controle que está sendo conduzida na Índia por MATHEW *et al* (1997). Diante dos resultados observados, SANKARANARAYANAN (2000) vem advertindo que a organização de programas para o rastreamento de lesões pré-malignas e câncer bucal, baseados na inspeção visual da cavidade bucal, não é atualmente recomendada como uma política de saúde pública em muitos países com elevada incidência de câncer bucal. Segundo o pesquisador, não há evidência científica quanto a redução na incidência e mortalidade e quanto ao custo-benefício de tal abordagem. De acordo com o autor, é possível que o estudo conduzido por MATHEW na Índia, dê importantes informações a esse respeito no futuro. No estágio atual do conhecimento, em regiões de alta incidência, mensagens de educação em saúde e informações sobre auto-exame devem ser transmitidas através de meios de comunicação em massa. Isso pode estimular que as pessoas com alto risco ou aqueles que suspeitem terem lesões pré-malignas ou câncer bucal, utilizem os serviços de detecção precoce.

A análise dos resultados dessa pesquisa demonstrou que a técnica de rastreamento utilizada foi eficaz para o reconhecimento de lesões bucais com e sem potencial de malignidade. As etapas que precederam sua aplicação possibilitaram significativa sensibilização das equipes para as questões relacionadas ao diagnóstico bucal e a implementação de uma rede de referência, para realização dos exames laboratoriais e atendimento dos casos mais graves.

Enquanto instrumento da epidemiologia, os resultados da técnica foram potencializados no eixo das diretrizes estruturantes do PSF e esses, traduzidos em planejamento, viabilizaram a organização da demanda para assistência em critérios mais justos.

A característica multifatorial da etiologia do câncer bucal que inclui fatores endógenos como a herança genética, e fatores exógenos ambientais e comportamentais, pode tornar a doença menos suscetível ao rastreamento, quando aplicado como ação de saúde pública. Entretanto, considerando o conjunto dos resultados, pode-se concluir que a técnica contribuiu para a prevenção e controle do agravo naqueles territórios onde foi aplicada.

As pesquisas de METHA *et al* (1986), WARNAKULASURIYA *et al* (1990) e MATHEW *et al* (1997), apontaram outro aspecto importante que deve ser considerado nessa discussão: a possibilidade de agentes de saúde realizarem o rastreamento de lesões bucais, como ocorreu em algumas localidades da Índia e *Sri Lanka*. Importante ressaltar que esses rastreamentos apresentaram alta sensibilidade e especificidade. Essa delegação de funções, viável no PSF, que fundamenta boa parte de suas atividades no trabalho do agente comunitário de saúde, poderá viabilizar extensão de cobertura, contribuir com a prevenção e controle da doença e proporcionar reflexos positivos na relação custo-benefício dessa atividade.

Outros estudos deveriam ser promovidos para analisar com mais propriedade a prevalência e incidência do câncer bucal em idosos, o custo do rastreamento, o intervalo de tempo recomendado entre dois rastreamentos no mesmo grupo populacional, analisando outras dimensões de avaliação do programa de rastreamento.

Embora esse estudo tenha utilizado critérios avaliativos limitados e unidimensionais, suficientes para analisar parte do processo, os resultados revelaram que o rastreamento do câncer bucal aplicado no PSF assente nos conceitos da epidemiologia e da saúde pública, foi instrumento importante que contribuiu para prevenção e controle da doença nos territórios onde foi aplicado.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLEGRA, F., GENNARI, P.U. **As doenças da mucosa bucal**. Ed. Santos, São Paulo, 2000.
2. ANTUNES, J. L. F., BIAZEVIC, M. G. H., ARAÚJO, M. E., TOMITA, N. E., CHINELLATO, L. E. M., NARVAI, P. C. **Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in São Paulo, Brazil, 1980 - 1998**. Oral Oncology 37: 345-350, 2001.
3. ARAÚJO, N.S., ARAÚJO, V.C. **Patologia bucal**. São Paulo, Artes Médicas, 1984.
4. BARBOSA, A.M.G. **Câncer: direito e cidadania. Informações que pacientes e familiares precisam ter em mente**. Ed. Bargaço, Recife, 2002.
5. BASTOS, N.C.B. **SESP/F.SESP 1942 - Evolução histórica - 1991**. 2.^a ed. Fundação Nacional de Saúde, Brasília, 1996
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Controle do câncer do colo uterino: Programa nacional de controle do câncer do colo uterino**. Brasília, 2001.
7. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo**. Rio de Janeiro, 2001.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Primeira mostra nacional de produção em saúde da família**. Brasília, 1999.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Revista brasileira de saúde da família**. Brasília, 1999.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Saúde da Família. Saúde dentro de casa**. Brasília, 1994.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 1444 de 28 de dezembro de 2000**. Brasília, 2000.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 267 de 6 de março de 2001**. Brasília, 2001.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 7.^a Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, março/1980.

- 15.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde/ COSAC-DATASUS. **SIAB: Sistema de informação da atenção básica. Consolidação das famílias cadastradas do ano de 1999.** PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.
- 16.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde/ COSAC-DATASUS. **SIAB: Sistema de informação da atenção básica. Consolidação das famílias cadastradas do ano de 2001.** PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2001.
- 17.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde/COSAC-DATASUS. **SIAB: Sistema de informação da atenção básica. Consolidação das famílias cadastradas do ano de 2002.** PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2002.
- 18.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/SUS 96.** Brasília, 1996.
- 19.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/2001.** Brasília, 2001.
- 20.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2000.** Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro, 2000.
- 21.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2002.** Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro, 2002.
- 22.BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal - Brasil, zona urbana, 1986.** Brasília, 1988.
- 23.BROWN, L.J. **Trends in thooth loss among U.S. employed adults from 1971 to 1985.** J. Am. Dental Assoc.,1994;125(5):533-40.
- 24.BROWNSON, R.C. & PETITT D.B. **Applied Epidemiology: theory to practice.** Oxford, OUP, New York, 1998.
- 25.BURT, B.A., EKLUND, S.A. **Dentistry, dental practice and the community.** 4th ed. W.B. Saunders Company, 1992.
- 26.CHAVES, M.M. **Manual de odontologia sanitária.** Tomo I. São Paulo, Massao Ohno Ed., 1960.
- 27.CHEN, J.K. et al. **Changing trends in oral cancer in The United States, 1935 to 1985: A Connecticut study.** J. Oral Maxillofac. Surg., 49:1152-8,1991.
- 28.COHEN, L.K., GIFT, H.C. **Disease prevention and oral health promotion.** Munksgaard, 1995.

- 29.COMARCK, E. **A saúde oral do idoso.** Disponível na internet em: <http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>. Acesso em: 2003 Jan 22.
- 30.CRIVELLI, M.R. et al. **Frequency and distribution of oral lesions in elderly patients.** Rev. Assoc. Odontol. Argentina 78:55-8,1990.
- 31.DOUGLASS, C.W., FURINO, A. **Balancing dental service requirements and supplies: epidemiologic and demographic evidence.** JADA, 1990;121:587-92.
- 32.DOWNER, M. C., MOLES, D. R., PALMER, S., SPEIGHT, P. M. **A systematic review of teste performance in screening for oral cancer and precancer.** Oral oncology 40: 264-273, 2004.
- 33.DOWNER, M.C., EVANS A.W., HUGHES H.C., JULIEN J.A., SPEIGHT P.M., ZAKRZEWSKA J.M. **Evaluation of screening for oral cancer and precancer in a company headquarters.** Community Dentistry & Oral Epidemiology 1995;23:84-8.
- 34.ESPINOZA.,S., ORELLANA, B., HERNÁNDEZ, R., ROJAS, S. **Patologia de la mucosa oral en adultos mayores: Instituto de Referência de Patologia Oral, Santiago, Chile.** Rev. Fac. Odontol. Univ. Chile;1999,17(1):23-31.
- 35.ETTINGER, R.L., BECK, J.D. **Geriatric dental curriculum and the needs of the elderly.** Special care in dentistry, 1984;4(5):207-13.
- 36.FEDELE, D.J., JONES, J.A., NIESSEN, L.C. **Oral cancer screening in the elderly.** J. Am. Geriatric Soc.,1991;39:920-25.
- 37.FEIJÓ, E.C. in MENEZES, A. et al. **Caminhos do envelhecer.** UFF/FIOCRUZ/SBGG-RJ, Niterói, RJ, 1993.
- 38.FERNANDEZ GARROTE, L., SANKARANARAYANAN, R., LENCE ANTA, J.J., RODRIGUEZ SALVA, A., PARKIN. D.M. **An evaluation of the oral cancer control programme in Cuba.** Epidemiology, 1995;6:428-31.
- 39.FLETCHER, R.H., FLETCHER, S.W., WAGNER, E.H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais.** Porto Alegre, Artmed, 3.^a ed., 1996.
- 40.FRANKS, A.T. & HEDEGARD, B. **Odontologia geriátrica.** Ed. Labor, Rio de Janeiro, 1.^a ed., 1977.
- 41.FRANKS, L.M., TEICH, N. **Introdução à biologia molecular do câncer.** São Paulo (SP), livraria Roca Ltda, 1990.
- 42.GAYFORD J.J. & HASKELL, R. **Clinical oral medicine.** London, Staples Press, 1971.

- 43.HARDTI, N. & SCHLENK, E. **Platteneplithel – Karzinom der mund – Schleimhaut (I)**. Schweiz Monatsschr. Zahmed, 101:1453-7,1991.
- 44.HOLM-PEDERSEN, P., LÖE, H. **Geriatric dentistry: a text book of oral gerontology**. Copenhagen: Munkskaard, 1986.
- 45.HOOYMAN N., KIYAK, H.A. **Social gerontology: a multidisciplinary perspective**. 4th ed. Allyn and Bacon, 1995.
- 46.IKEDA, N., DOWNER, M.C., OZOWA, Y., INOUE, C., MIZUNO, T., KAWAI, T. **Characteristics of participants and non-participants in annual mass screening for oral cancer in 60-year-old residents of Tokoname City, Japan**. Community Dental Health 1995;12:83-8.
- 47.IKEDA, N., ISHII, T., LIDA, S., KAWAI, T. **Epidemiological study of oral leukoplakia based on mass screening for oral mucosal diseases in a selected Japanese population**. Community Dentistry & Oral Epidemiology 1991;19:160-3.
- 48.KHOGALI, M., OMAR, Y.T., GJORGOV A. & ISMAIL, A.S. **Cancer prevention in developing countries**. Pergamon Press, New York, 1896.
- 49.KRUTCHKOFF, D.J. **Oral Cancer: a survey of 566 cases from the University of Connecticut Oral Pathology Biopsy Service, 1975-1986**. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 70:192-8,1990.
- 50.MARTIN, I.C., KERAWALA, C.J., REED, M. **The application of toluidine blue as a diagnostic adjunct in the detection of epithelial dysplasia**. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.,1988;85:444-46.
- 51.MATHEW, B., SANKARANARAYANAN, R., SUNILKUMAR, K.B., et al. **Reproducibility and validity of oral visual inspection by trained health workers in the detection of oral precancer and cancer**. British Journal of Cancer 1997;76:390-4.
- 52.MATHEW, B., SANKARANARAYANAN, R., WESLEY, R., NAIR, M.K. **Evaluation of mouth self-examination in the control of oral cancer**. Br. J. Cancer,1995;71:397-99.
- 53.MEHTA, F.S., GUPTA, P.C., BHONSLE, R.B., MURTI, P.R., DAFTARY, D.K., PINDBORG, J.J. **Detection of oral cancer using basic health workers in an area of high oral cancer incidence in India**. Cancer Detection & Prevention 1986;9:219-25.
- 54.MILLER, A.B. **Screening for cancer**. Academic Press Inc. Toronto. 22:421-440,1985.
- 55.MISTRO, F. Z., DONATO, A. C., MILNER, E., MOREIRA, C. A., KIGNEL, S. **Prevalência de lesões bucais na população**. Revista Paulista de Odontologia, N.º 3, maio/junho, São Paulo, 1996.

56.MONTORO, A.F. **Prevenção e detecção do câncer de mama**. Mc Graw-Hill do Brasil: Ed. da USP, São Paulo, 1979.

57.MOORE, S.R., JOHNSON, N.W., PIERCE, A.M., WILSON, D.F. **The epidemiology of lip cancer: a review of global incidence and aetiology**. Oral diseases, Adelaide, 1999;5:185-95.

58.MOORE, S.R., JOHNSON, N.W., PIERCE, A.M., WILSON, D.F. **The epidemiology of mouth cancer: a review of global incidence**. Oral diseases, Adelaide, 2000;6:65-74.

59.MOORE, S.R., JOHNSON, N.W., PIERCE, A.M., WILSON, D.F. **The epidemiology of tongue cancer: a review of global incidence**. Oral diseases, Adelaide, 2000;6:75-84.

60.NEMETZ, M.A. **Você sabia / câncer de boca**. Disponível na internet em <http://www.santaisabel.com.br/vocesabia/materia>. Acesso em 18 julho/2002.

61.NOCCHETTI, A. et al. **Patologia ambientale ed odontoiatria**. Nota III. I processi cancerosi dei tessuti mobile della cavità orale. Minerva Stomatol., 39:619-24,1990.

62.NOVAES, H.M. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde**. Rev. Saúde Pública,2000, 34(5):547-59.

63.OGDEN, G.R., COWPE, J.G., WIGHT, A.J. **Oral exfoliative cytology: review of methods of assessment**. J. Oral Pathol. Med.,1997;26:201-05.

64.OLIVEIRA, J.A.P. **Câncer de boca: controle no estado de São Paulo. Manual de orientação**. Fundação oncocentro de São Paulo, São Paulo, 1994.

65.ONOFRE, M.A., SPOSTO, M.R., SIMÕES, M.E., MOTTA, F.M., SCAF, G., FERREIRA, L.A., TURATTI, E. **Prevalência de câncer bucal no serviço de medicina bucal da Faculdade de Odontologia de Araraquara/UNESP:1989-1995**. RGO,1997; 45(2):101-104.

66.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10.^a revisão, 1993**. OMS/Centro colaborador da OMS para classificação de doenças em português/MS/USP/OPAS. São Paulo, 1993.

67.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **La deteccion citológica en la lucha contra el cancer cervicouterino: directivas técnicas**. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988,pp 1-5.

68.PAPAS, A.S. et al. **Geriatric dentistry: aging and oral health**. Mosby Year Book, 1991.

69.PARKIN, D.M., LAARA, E., MUIR, C.S. **Estimates of worldwide frequency of sixteen mayor cancer in 1980**. Int. J. Cancer, 1988;41:184-97.

- 70.PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Ed. Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro, 2001.
- 71.PERUSSI, M.R., DENARDIN, O.V.P., FAVA, A.S., RAPOPORT, A. **Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo**. Rev. Assoc. Méd. Brás., 2002;48(4):341-4.
- 72.PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. Ed. Santos- 4a. ed. São Paulo, 2000.
- 73.PUCCA Jr, G.A. **Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos**. In: Papaleó Netto, M., org. Gerontologia. São Paulo, Atheneu, 1999. p297-310.
- 74.REYCHLER, H. **Epidémiologie et étiopathogénie du carcinome buccal: mise au point actualisée**. Acta. Stomatol. Belg., 87:157-65,1990.
- 75.ROCHA, F.P., MENEZES, A.M.B., ALMEIDA Jr, H.L., TOMASI, E. **Especificidade e sensibilidade de rastreamento para lesões cutâneas pré-malignas e malignas**. Rev. Saúde Pública, 2002;36(1):101-6.
- 76.RODRIGUES, V.C., MOSS, S.M., TUOMAINEN, H. **Oral cancer in the U.K.: to screen or not to screen**. Oral Oncol.,1998;34:454-65.
- 77.ROSAS, E.J. **A extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil**. Brasília, 1981.
- 78.SANKARANARAYANAN , R. **Oral cancer in India: an epidemiologic and clinical review**. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 69:325-30,1990.
- 79.SANKARANARAYANAN, R. et al. **Recent results of oral cancer research in Kerala, Índia**. Head Neck, 14:107-12,1992.
- 80.SANKARANARAYANAN, R. **Health care auxiliaries in the detection and prevention of oral cancer**. Oral Oncol., 1997;33:149-54.
- 81.SANKARANARAYANAN, R., MATHEW, B., BINU, J., THOMAS, G., SOMANATHAN, T., PISANI, P., PANDEY, M., RAMADAS, K., NAJEEB, K., ABRAHAM, E. **Early findings from a community based cluster randomised oral cancer screening intervention trial in Kerala, India**. Cancer,2000;88:664-73.
- 82.SANTOS, S.I.S. **Método de gram em serviços de doenças sexualmente transmissíveis: proposta da sua aplicabilidade como um instrumento de triagem para o programa de prevenção de câncer do colo uterino**. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]. São Paulo,1995.
- 83.SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro Técnico de Saúde Bucal. **Condições de Saúde Bucal Estado de São Paulo – 2002**. São Paulo, 2002.
- 84.SARTORI, L.C. **Saúde bucal da família**. PSF Santa Marcelina, São Paulo, mimeo, 2000.

- 85.SCHOTTENFELD, D. & FRAUMENI, J.F. **Cancer epidemiology and prevention.** W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1982.
- 86.SHAY, K., SHIP, J.A. **The importance of oral health in the older patient.** J. Am. Geriatric Soc., 1995, 43:1414-22.
- 87.SILVA J.A.da. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** [Tese de doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP] São Paulo, 2001.
- 88.SILVA, J.B.P., SOBRINHO, J.A., BORAKS, S., GALVÃO, M.A.L., RAPOPORT, A. **Alterações citológicas da semi-mucosa do lábio inferior em pacientes expostos às radiações solares e o uso do fumo.** RBORL, 2000;66(5):45-51.
- 89.SILVERMAN, S. Jr. **Oral cancer.** Atlanta: American Cancer Society, 1990.
- 90.SILVERMAN, S. Jr., BILIMORIA, K.F., BHARGAVA, K., MANI, N.J., SHAH, R.A. **Cytologic, histologic and clinical correlations of precancerous and cancerous oral lesions in 57,518 industrial workers of Gujarat, India.** Acta Cytol.,1977;21:196-98.
- 91.SMITH, H.O., TIFFANY, M.F, QUALLS, C.R., KEY, C.R. **The rising incidence of adenocarcinoma relative to squamous cell carcinoma of uterine cervix in the United States – a 24-year population-based study.** Gynecol. Oncol., 2000;78:97-105.
- 92.SOUSA, M.F. **A cor-agem do PSF.** Ed. Hucitec, São Paulo, 2001.
- 93.SOUSA, M.F. **Agentes comunitários de saúde: choque de povo!** Ed. Hucitec, São Paulo, 2001.
- 94.SOUSA, M.F. **Os sinais vermelhos do PSF.** Ed. Hucitec, São Paulo, 2002.
- 95.SOUZA, A. de et al. **Epidemiologia do carcinoma epidermóide da mucosa bucal-contribuição do estudo sobre três variáveis: sexo, faixa etária e raça.** Rev. Odontol. UNICID, 1996;8(2):127-34.
- 96.STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- 97.SUNDEFELD, M.L.M.M. et al. **O estudo descritivo da ocorrência do câncer de boca na população da 9.^a região administrativa do estado de São Paulo.** Rev. Odontol. UNESP, 22:135-45,1993.
- 98.TOMMASI, A.F., GARRAFA, V. **Câncer bucal.** São Paulo, Medisa, 1980.
- 99.VESSEY, M.P. & GRAY,M. et al. **Cancer risks and prevention.** Oxford, Oxford University Press, 1985.

- 100.VIANA, A.L. & DAL POZ, M.R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1998;8(2):11-48.
- 101.VINCENT, J.R. & cols. **The teaching of geriatric dentistry in Canada.** Journal of the Canada Dental Association, 1992;58(9):731-35.
- 102.VOKES, E.E., WEICHSELBAUM R.R., LIPPMAN, S.M., et al. **Head and neck cancer.** N. Engl. J. Med. 1993;328:184-94.
- 103.WARNAKULASURIYA, S., PINDBORG, J.J. **Reliability of oral precancer screening by primary health care workers in Sri Lanka.** Community Dental Health 1990;7:73-9.
- 104.WORLD HEALTH ORGANIZACION. **National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines.** World Health Organizacion, Geneva, 1995.
- 105.WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Screening for cancer: oral cancer prevention and screening.** WHO, Geneva, 2003.