

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALLANA PIVOVAR

**RASTREAMENTO ATIVO CÂNCER BUCAL ORIENTADO PARA TABAGISTAS
NA ATENÇÃO BÁSICA**



CURITIBA

2016

ALLANA PIVOVAR

**RASTREAMENTO ATIVO DE CÂNCER BUCAL ORIENTADO PARA
TABAGISTAS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Odontologia. Departamento de Estomatologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Cassius Carvalho Torres-Pereira

CURITIBA

2016

Pivovar, Allana

Rastreamento ativo câncer bucal orientado para tabagistas na atenção básica / Allana Pivovar – Curitiba, 2016.

89 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientador: Professor Dr. Cassius Carvalho Torres-Pereira

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Programas de rastreamento. 2. Neoplasias bucais. 3. Estratégia saúde da família. 4. Prevenção de doenças. 5. Tabagismo. I. Torres-Pereira, Cassius. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.99431

TERMO DE APROVAÇÃO

ALLANA PIVOVAR

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO

**RASTREAMENTO ATIVO DE CÂNCER BUCAL ORIENTADO PARA TABAGISTAS
NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre no Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte Banca Examinadora:

Orientador:



Prof. Dr. Cassius Carvalho Torres-Pereira

Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFPR



Prof. Dr. José Miguel Amenábar Céspedes

Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFPR



Profa. Dra. Maria Gabriela Biazevic

Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, FOUSP

À minha família,
Que são minha casa e escola.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me encanta no seu mistério, beleza e misericórdia. Agradeço por conduzir com tanta delicadeza e carinho os meus passos nesta vida, por me reconfortar nas angústias e medos e, sempre renovar minha vida na esperança. Ele nunca se deixa ganhar em generosidade.

Aos meus pais Eloisa e Osmar, pelos sacrifícios e zelo com que construíram nossa família. Agradeço pela proteção, pelo amor e pelo perdão com que me educaram. Foi a paixão do meu pai pelos livros e a sede da minha mãe por sabedoria que me inspiraram neste caminho.

Às minhas queridas irmãs Lorena e Marina, por crescerem ao meu lado e me fazerem crescer e amadurecer como pessoa. Sou abençoada por poder ser sua irmã mais velha.

Ao meu querido Paulo, por ser meu companheiro nas lutas e vitórias do dia-a-dia. Agradeço sua presença, seu cuidado e seu jeito especial de ver o lado bom da vida.

À Bianca de Mattos e Pe. Gabriele Brusco, por serem meus formadores e guias.

À Universidade Federal do Paraná e ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFPR, por me presentear com a oportunidade de fazer parte da sua história durante os anos de graduação e pós-graduação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo auxílio financeiro.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Cassius Carvalho Torres-Pereira, pelo imenso aprendizado nestes anos de convivência. Sinto-me privilegiada de ter tido um tutor tão humano e brilhante. Agradeço por ter acreditado no meu potencial e ter me ensinado sobre uma liderança proativa, flexível e encorajadora.

Aos demais Professores do Programa de Pós-graduação em Odontologia UFPR, pelo exemplo de mestres, pela paciência e suporte nesta jornada.

À querida Prof^a. Zilá Ferreira Dias Gonçalves Dos Santos, pelo inestimável suporte e apoio para concretização desta pesquisa. Agradeço pela sua coerência e dedicação como profissional da Estratégia Saúde da Família.

À Secretaria de Saúde de Curitiba, por ter permitido a realização desta investigação e a equipe da Unidade de Saúde Trindade II pela acolhida e apoio na coleta de dados.

Ao Pe. José da Paróquia São Martinho de Lima e a direção da Escola Municipal Enéas Faria, por cederem com muita confiança o espaço para a realização de atividades.

Aos Professores Fabian Calixto Fraiz e Juliana Lucena Schussel, que compuseram minha banca de qualificação, e muito puderam enriquecer este trabalho com suas sugestões e correções.

À Camila Pinheiro Furquim, minha colega de mestrado e da vida, pela amizade fiel e companheirismo. Agradeço muitíssimo o privilégio e a oportunidade de ter caminhado ao seu lado estes anos. Obrigada pelas aventuras, pela parceria, por me acolher e compreender.

À coordenação da Campanha de Prevenção ao Câncer Bucal: Victor Cordeiro da Silva, Danielle Liêda Fróes, Natali Leidens, Denis Emílio Nascimento dos Santos, Luiz Otávio Ferronato, Ivy de Souza Cardozo e Nayara Flores Macedo, por toda a entrega e dedicação. Este trabalho só foi possível pela participação ativa e motivadora desta equipe.

Aos alunos da graduação, voluntários da campanha, pelo esforço e participação nos sábados frios, chuvosos e ensolarados.

À Denise Moura, Leonardo Mestre, Vitor Luiz Dias e diversos outros colaboradores externos que garantiram companhia nas ruas do Cajuru, agradeço sua disponibilidade e generosidade.

Aos usuários do SUS cadastrados no território do distrito Cajuru, pela confiança com que nos receberam em suas casas.

Aos palestrantes que garantiram o treinamento à equipe do projeto, Prof. Cleto Piazzetta, Larissa Zavarez e Joslei Bohn.

À Associação de Universidades Grupo Montevideu (AUGM), pela oportunidade de internacionalização durante minha formação de mestre, por meio de mobilidade acadêmica à Universidade Nacional de Córdoba (Argentina). Agradeço especialmente à Prof^a. Dr^a. Adriana Actis, pela acolhida e orientação.

Às minhas colegas de pós-graduação: Marta Nuernberg, Cristina Berrocal, Bruna Fonseca, Laura Grein Cavalcanti e Cláudia Morales, pela convivência enriquecedora no ambulatório de Estomatologia.

*“Sucesso é gostar de si mesma,
do que você faz e de como faz”*

Maya Angelou (1928)

RESUMO

O câncer bucal (CB) ainda é um problema de saúde pública. O diagnóstico ocorre em estágios avançados, causando altas taxas de morbimortalidade. Assim, estratégias de prevenção devem ser priorizadas. Este trabalho propõe o rastreamento ativo de indivíduos de risco para o CB na atenção básica no cenário da Estratégia Saúde da Família (ESF). Da base de dados e-saúde, foram identificados homens, entre 50 e 65 anos de idade, cadastrados na Unidade de Saúde Trindade II no Distrito Cajuru. Por meio de um aplicativo de localização geográfica, os indivíduos receberam visitas domiciliares realizadas por estudantes de Odontologia. De um total de 981 indivíduos cadastrados, 373 foram excluídos. Foi possível identificar 233/608 (38%) fumantes e ex-fumantes e 202/233 (87%) foram examinados. Houve uma prevalência de 57/202 (28,7%) lesões potencialmente malignas e um caso de Carcinoma Espinocelular. Tabagismo atual, renda familiar inferior a dois salários mínimos e histórico de falta no agendamento do exame preventivo foram sinalizadores de leucoplasias na amostra deste estudo. O rastreamento de CB na atenção básica por meio do cadastro na base de dados e-saúde parece ser efetivo na localização de indivíduos com lesões suspeitas. Esta proposta oferece muitas indicações sobre a possibilidade de aplicar esta metodologia como uma abordagem de prevenção secundária na ESF no Brasil ou em outros países em desenvolvimento.

Palavras-chave: Programas de rastreamento. Neoplasias bucais. Estratégia saúde da família. Prevenção de doenças. Tabagismo.

ABSTRACT

Oral squamous cell carcinoma (OSCC) is considered a major public health problem. The diagnosis often occurs in advanced stages, causing high morbidity and mortality and therefore prevention strategies should be advocated. This study aims to investigate a model of OSCC screening for high-risk individuals in the Family Health Strategy's (FHS) scenario. Participants were men between 50 and 65 years of age registered in a primary health care electronic database and resident in an area with low socioeconomic status in the city of Curitiba (Paraná/Brazil). With the support of an electronic map application, dentistry students visited subjects at their homes. From the 16 391 registered subjects, 981 were men aged between 50 and 65. From 608 available subjects 233 (38%) were identified as smokers and former smokers and 202/233 (87%) were examined. There was a prevalence of 57 (28.7%) potentially malignant lesions and one confirmed case of squamous cell carcinoma. Actual smoking habits, low-income wage and absence from clinical appointments were the key predictors of leukoplakia in this study sample. This study offers evidence for the feasibility of a high-risk oriented approach as a secondary prevention measure in the FHS in Brazil or other developing countries.

Key words: Screening. Oral cancer. Family Health Strategy. Prevention. Tobacco use.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- MAPA OBTIDO POR MEIO DOS ENDEREÇOS DOS INDIVÍDUOS REGISTRADOS NO E-SAÚDE COM MARCADORES INDIVIDUAIS.....	41
FIGURA 2- MAPA COM AS ROTAS CONTENDO OS ENDEREÇOS E INDIVÍDUOS VISITADOS POR CADA GRUPO (COR)	42
FIGURA 3- FLUXOGRAMA DE PARTICIPAÇÃO.....	51

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- DIFERENTES VARIÁVEIS EM RELAÇÃO A METODOLOGIA DE RASTREAMENTO DE CÂNCER BUCAL	26
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1-	TOTAL DE LESÕES BENIGNAS ENCONTRADAS DURANTE EXAME VISUAL.....	53
GRÁFICO 2	INDIVÍDUOS COM ACHADOS POSITIVOS NO EXAME VISUAL.....	54
GRÁFICO 3-	LOCALIZAÇÕES DAS LESÕES DE LEUCOPLASIAS.....	54

LISTA DE TABELAS

TABELA 1-	ESTUDOS DE RASTREAMENTO ORIENTADOS AOS GRUPOS DE ALTO RISCO PARA CÂNCER BUCAL	30
TABELA 2-	PRINCIPAIS ESTUDOS DE RASTREAMENTO DE CÂNCER BUCAL ORIENTADO PARA GRUPOS DE ALTO RISCO.....	36
TABELA 3-	ALTERAÇÕES DE NORMALIDADE ENCONTRADAS DURANTE EXAME VISUAL.....	53
TABELA 4-	ANÁLISES DESCRITIVAS E ANALÍTICAS DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES RELACIONADAS COM OS DESFECHOS “ACHADOS POSITIVOS” E “LEUCOPLASIA” PELO TESTE QUI-QUADRADO.....	55
TABELA 5-	ANÁLISES UNIVARIADA E MULTIVARIADA PELO MODELO DE DISTRIBUIÇÃO DE POISSON, SENDO LEUCOPLASIA A VARIÁVEL DESFECHO.....	57

LISTA DE IMAGENS

IMAGEM 1-	I EDIÇÃO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NA ESCOLA MUNICIPAL ENÉAS FARIA.....	42
IMAGEM 2-	VII EDIÇÃO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NA PARÓQUIA SÃO MARTINHO DE LIMA.....	43
IMAGEM 3-	II EDIÇÃO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NO ESPAÇO PÚBLICO COMPLEXO PELADEIRO, ADMINISTRADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER E JUVENTUDE.....	43
IMAGEM 4-	V EDIÇÃO COM PARTICIPAÇÃO DE UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL	44
IMAGEM 5-	FORMAÇÃO DA VI EDIÇÃO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL.....	44
IMAGEM 6-	FORMAÇÃO DA V EDIÇÃO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL.....	45
IMAGEM 7-	ESTUDANTE ENTREVISTANDO INDIVÍDUO DA AMOSTRA EM SEU DOMICÍLIO	46
IMAGEM 8-	ESTUDANTE ENTREVISTANDO PARTICIPANTE DO ESTUDO EM SEU DOMICÍLIO.....	47
IMAGEM 9-	ESTUDANTE E PARTICIPANTE DA CAMPANHA DURANTE COLETA DE DADOS	47
IMAGEM 10-	EXAME VISUAL DA MUCOSA BUCAL	49
IMAGEM 11-	EXAME VISUAL DA MUCOSA BUCAL EM DOMICÍLIO	49
IMAGEM 12-	EXAME VISUAL DA MUCOSA BUCAL EM ESTABELECIMENTO COMERCIAL.....	50

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACS	–	Agentes comunitárias de saúde
AP	–	Achados positivos
CAGE	–	<i>Cut-down, annoyed, guilty e eye-opener</i>
CB	–	Câncer bucal
CEC	–	Carcinoma Espinocelular
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
FTND	–	<i>Fagerström Test for Nicotine Dependence</i>
IC	–	Intervalo de confiança
INCA	–	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
LPM	–	Lesões potencialmente malignas
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
RP	–	Razão de prevalência
SPSS	–	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	–	Sistema Único de Saúde
US	–	Unidade de saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	OBJETIVOS GERAIS	20
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	PREVENÇÃO	24
2.2	TIPOS DE RASTREAMENTO	25
2.3	RASTREAMENTO DE BASE POPULACIONAL.....	26
2.4	RASTREAMENTO OPORTUNÍSTICO	27
2.5	RASTREAMENTO DE POPULAÇÕES DE RISCO	29
2.6	LOCAIS DE IMPLEMENTAÇÃO.....	31
2.7	EXAMINADORES	32
2.8	INSTRUMENTOS ADICIONAIS.....	34
2.9	DESFECHOS UTILIZADOS NOS PROGRAMAS DE RASTREAMENTO	34
2.10	CUSTO E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	37
2.11	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	38
3	METODOLOGIA E MATERIAIS	40
3.1	APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	40
3.2	DELINEAMENTO DA PESQUISA	40
3.3	AMOSTRA	40
3.4	PROJETO PILOTO.....	40
3.5	COLETA DE DADOS.....	40
3.5.1	Recrutamento	40
3.5.2	Exame visual no grupo de alto risco	48
3.6	ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	50
4	RESULTADOS	51
4.1	SELEÇÃO DA AMOSTRA	51
4.2	ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E CONHECIMENTO SOBRE CÂNCER BUCAL.....	52

4.3	ACHADOS DO EXAME VISUAL.....	52
4.3.1	LESÕES BENIGNAS E ALTERAÇÕES DA NORMALIDADE.....	52
4.3.2	LESÕES SUSPEITAS.....	53
5	DISCUSSÃO.....	58
5.1	RECRUTAMENTO EM RASTREAMENTO DE GRUPO DE ALTO RISCO	58
5.2	PREVALÊNCIA E TRATAMENTO DAS LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS	62
5.3	CONSIDERAÇÕES	64
6	CONCLUSÃO.....	65
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO/FASE I.....	76
	APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO/FASE II	78
	APÊNDICE 3 - CARTA DE ENCAMINHAMENTO	80
	ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UFPR	81
	ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA	86
	ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .	87
	ANEXO 4 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS	89

1. INTRODUÇÃO

O câncer bucal (CB) continua sendo um problema de saúde pública em que não se nota melhoria dos indicadores epidemiológicos ao longo do tempo, mesmo tratando-se de uma doença que ocorre em topografia acessível ao exame bucal e podendo ser precedido por lesões potencialmente malignas (LPM) (PETERSEN, 2009; VAN DER WAAL, 2010). A maioria dos diagnósticos ocorre em estágios avançados, causando altas taxas de morbimortalidade (GÓMEZ *et al.*, 2010; GÜNERI; EPSTEIN, 2014). Assim, estratégias de prevenção deveriam ser priorizadas, pois apresentam baixo custo, alto benefício e favorecem a qualidade de vida da população (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2015).

O rastreamento (*screening*) consiste na aplicação de testes simples e sensíveis, em uma população assintomática, em busca de lesões em estágios iniciais de desenvolvimento. O exame visual da mucosa bucal tem sido utilizado como ferramenta em programas de rastreamento com bons níveis de acurácia (DOWNER *et al.*, 2004). Por sua vez, a estratégia escolhida para recrutamento de indivíduos em programas de rastreamento pode influenciar diretamente a adesão dos participantes e o impacto a nível de detecção precoce de lesões, uma vez que a localização de grupos de maior risco aumenta o número de casos positivos. Há inúmeras metodologias descritas na literatura sendo que a mais frequente é o rastreamento do tipo oportunístico (BROCKLEHURST *et al.*, 2013).

Autores sugerem que exames preventivos para o câncer de boca sejam realizados durante consultas médicas e ou odontológicas, por pacientes que procurem os serviços de saúde por outros motivos, tanto no cenário da atenção primária, (LIM *et al.*, 2003; SANKARANARAYANAN *et al.*, 2000; SARTORI; FRAZÃO, 2012) quanto da atenção terciária (CHANG *et al.*, 2011; PEARSON *et al.*, 2001). Neste modelo, autores recomendam direcionar esforços para indivíduos de maior risco tais como os fumantes e ou etilistas, acima de 40 anos, do sexo masculino (BARRA *et al.*, 1990; PROUT *et al.*, 1997; TALAMINI *et al.*, 1994). Apesar de estudos apontarem o rastreamento oportunístico como a única estratégia custo-efetiva, especialmente quando direcionada para indivíduos de risco (SPEIGHT *et al.*, 2006), este grupo geralmente não frequenta os serviços

de saúde ou o fazem com menor frequência, bem como são menos propensos a responderem ao convite para participação em campanhas de prevenção (NETUVELI; SHEIHAM; WATT, 2006; YUSOF *et al.*, 2006). A adesão a estas propostas é três vezes maior para o grupo de menor risco, produzindo, então um viés de seleção em direção à indivíduos saudáveis (TALAMINI *et al.*, 1994). Portanto, modelos que direcionem esforços para grupos de alto risco deveriam ser priorizados.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). As equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, possuem o desafio de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS, de demanda curativa e reabilitadora. Para tanto, estratégias de prevenção e promoção de saúde são prioridade neste modelo de assistência (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000).

1.1 OBJETIVOS

Este estudo propõe a utilização do cadastro nas unidades de saúde (US) da ESF para busca ativa de câncer bucal, orientada a tabagistas, na atenção básica.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a possibilidade de uso do cadastro, disponível no banco de dados “e-saúde Curitiba”, para acessar população de risco para o câncer bucal: homens, entre 50-65 anos de idade, tabagistas, por meio de visitas domiciliares.

- Avaliar a prevalência de lesões potencialmente malignas e malignas na população de risco por meio de exame visual.

- Analisar as variáveis relacionadas com a presença de lesões suspeitas e participação no *screening* nesta população.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O CB compreende uma série de neoplasias malignas localizadas nas diferentes regiões anatômicas da boca, apresentando como principal subtipo histológico o Carcinoma Espinocelular ou de Células Escamosas (CEC), responsável por cerca de 90 a 95% dos casos (NEVILLE; DAY, 2002; PATTON, 2003).

Câncer bucal é a 11ª neoplasia maligna mais comum no mundo, sendo estimado 300.000 novos casos e 145.000 mortes em 2012 e 702.000 casos prevalentes em um período de 5 anos. As taxas de mortalidade e incidência de CB são elevadas na Índia; Nova Guiné; Taiwan e China, onde os hábitos de mascar Betel (com ou sem tabaco) e noz de areca são comuns, como também na Europa Oriental, França e partes da América do Sul (Brasil e Uruguai), onde o tabagismo e consumo de álcool são elevados (FERLAY *et al.*, 2014). Dois terços da incidência global de câncer bucal ocorrem em países em desenvolvimento (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2015). A maior incidência ocorre no sexo masculino e mais comumente em indivíduos acima dos 40 anos de idade (NEVILLE; DAY, 2002).

No Brasil, o CB ocupa a 5ª posição de neoplasia mais frequente em homens, sendo que no sul do país, ocupa a quarta posição. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) são estimados cerca de 15.490 novos casos de CB em 2016 no Brasil, sendo 11.140 em homens e 4.350 em mulheres, correspondendo a uma taxa de incidência de, respectivamente, 11,27 e 4,21 para 100.000 habitantes. O número de mortes por esta doença foi de mais de 5.000 casos em 2013 (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016).

Sabe-se que o desenvolvimento do CB é induzido por uma combinação de fatores, entre eles, hábitos pessoais, ocupação profissional e indicadores sociodemográficos. O fator de risco mais importante associado a cerca de 90% dos cânceres bucais é o tabagismo. Em todo o mundo, 25% dos CEC são relacionados ao uso de tabaco (fumar ou mascar), 7 – 19% ao álcool, 10 a 15% à deficiência nutricional e mais de 50% à mastigação de noz de Betel em áreas onde a substância é culturalmente disseminada (GROOME *et al.*, 2011; PETTI,

2009). A carcinogênese é dose-dependente e amplificada por distintas exposições. O alcoolismo parece atuar de maneira sinérgica com o tabagismo, onde a combinação destes fatores aumenta 38 vezes o risco de desenvolvimento de CEC em comparação com a população que não possui esses hábitos (BROCKLEHURST *et al.*, 2013). Outros fatores de risco são a exposição solar prolongada, estados de imunodeficiência, condições nutricionais e também infecções virais (NEVILLE; DAY, 2002).

Em contraste com os carcinomas intraorais, o câncer do lábio é mais próximo, epidemiologicamente, ao CEC da pele e ocorre principalmente em homens brancos. Estes tumores de lábio são fortemente associados com a exposição solar crônica, embora também estejam relacionados ao local onde os cigarros habitualmente são apoiados durante o fumo (VAN DER WAAL, 2010). No entanto, mesmo que a exposição solar explique o processo de malignidade no CEC de lábio, a presença do tabaco pode aumentar o número de casos de transformação maligna na semi-mucosa (VAN ZYL; BUNN, 2012).

O status socioeconômico é também um fator de risco para câncer intraoral e são parcialmente atribuíveis à distribuição de tabagismo e consumo de álcool nos diferentes estratos socioeconômicos (BOING *et al.*, 2011). Embora a contribuição relativa de fatores de risco varie em cada população, CB é predominantemente uma doença dos pobres (CONWAY *et al.*, 2008a). Estratégias de prevenção deveriam promover mudanças fundamentais na desigualdade socioeconômica, bem como reduzir a demanda, produção, comercialização e utilização de produtos com tabaco e álcool (CONWAY *et al.*, 2008b; JOHNSON *et al.*, 2011; TORRES-PEREIRA, 2010).

Clinicamente, CB intraoral apresenta-se como lesões vermelhas/brancas ou mistas, placas brancas, manchas vermelhas aveludadas, úlcera com margens elevadas e endurecidas e/ou exofíticas, ou ainda, como um crescimento verrucoso. As localizações mais frequentes são, nesta ordem, lábio, língua e assoalho de boca. No entanto, estas lesões normalmente não produzem desconforto até tornarem-se invasivas. Em estágios mais avançados, os pacientes podem ter sangramento no local da lesão, envolvimento de linfonodo regional, desconforto, halitose intensa e dificuldade para falar, mastigar e engolir

(LEMOS JUNIOR *et al.*, 2013). Em estágios iniciais (fase I e fase II), cânceres intraorais são curáveis e 90% das pessoas sobrevivem até dois anos após o tratamento. Os estágios III e IV, por sua vez, possuem altas taxas de morbidade e a taxa de sobrevivência em dois anos é de apenas 45% (GROOME *et al.*, 2011).

As LPM podem preceder o CEC. Essas alterações podem ser clinicamente detectáveis através de cuidadosa inspeção visual e palpação da mucosa oral (VAN DER WAAL, 2010). No entanto, não apresentam sintomatologia e podem parecer inócuas em muitos casos. São consideradas LPM pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as leucoplasias e as eritropias. São consideradas condições com potencial de malignização, a queilite actínica, a fibrose submucosa, o xeroderma pigmentoso, o líquen plano oral, o lúpus eritematoso e a distrofia epidermólise bolhosa (VAN DER WAAL, 2010).

Aproximadamente metade dos cânceres orais é diagnosticada em estágios avançados (III ou IV), com taxas de sobrevivência de cinco anos de apenas 20% a 50% dos casos, dependendo do local do tumor (NEVILLE; DAY, 2002; WARNAKULASURIYA *et al.*, 2014). Doenças em estágios avançados requerem tratamentos mais agressivos e combinação de terapias que aumentam a morbidade e diminuem a qualidade de vida. A aparência facial pode ser afetada pelo tratamento, dificultando a alimentação, fonética, paladar e aumentando a frequência e o progresso de infecções na boca e dentes (BROCKLEHURST *et al.*, 2013). O custo econômico do manejo do câncer bucal também é aumentado em estágios tardios devido à perda prematura de capital humano e do custo dos recursos necessários para o tratamento (LAVELLE; SCULLY, 2005).

O câncer da boca continua sendo um problema de saúde pública em que não se nota alteração dos indicadores epidemiológicos ao longo do tempo, mesmo tratando-se de uma doença que ocorre em topografia acessível ao exame bucal visual, que permitiria identificar alterações teciduais iniciais e prevenir tratamentos mutiladores (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012; WARNAKULASURIYA *et al.*, 2014). Petersen (2009) descreve o CB como uma

epidemia silenciosa que ainda não atraiu a atenção adequada dos legisladores e vigilantes em saúde (PETERSEN, 2009).

O atraso no diagnóstico é comumente categorizado como 'atraso do paciente', que é o período entre a detecção do primeiro sinal/sintoma e à procura por ajuda; e 'atraso do profissional', que é a duração entre o primeiro exame profissional até a confirmação do diagnóstico histológico (GÜNERI; EPSTEIN, 2014). O atraso do paciente pode ser em grande parte atribuído à falta de conscientização pública dos sinais e sintomas da doença, bem como características cognitivas e emocionais, que juntamente com crenças/contexto influenciam a decisão de procurar/aceitar ajuda profissional (SCOTT *et al.*, 2009).

2.1 PREVENÇÃO

A OMS definiu que o CB deve ser parte integrante do programa de controle nacional do câncer, onde estratégias eficazes de prevenção primária e secundária são fundamentais, uma vez que apresentam a melhor relação custo-benefício ao longo do tempo e contribuem para a prevenção de outras doenças crônicas associadas aos mesmos fatores de risco (PETERSEN, 2009). A prevenção primária seria a primeira opção para a saúde pública. Nesse âmbito são reconhecidas as ações de redução ou eliminação da exposição aos fatores causais (especialmente ao tabaco e álcool), educação em saúde e ações de promoção de saúde (TORRES-PEREIRA, 2010).

Para o alcance da prevenção secundária, os recursos frequentemente citados são o exame rotineiro realizado pelo cirurgião-dentista, autoexame e programas de rastreamento (BROCKLEHURST *et al.*, 2013). O rastreamento ou “*screening*” propõe aplicar testes diagnósticos de baixo custo, simples e sensíveis, em indivíduos de alto risco, que são, porém, assintomáticos, no intuito de identificar casos em estágios iniciais da doença (WILSON; JUNGNER, 1968). A vantagem do rastreamento seria a de selecionar indivíduos que apresentam resposta positiva ao teste para a aplicação de outros exames diagnósticos de maior precisão ou complexidade, que não poderiam ser realizados em toda população, por dificuldades econômicas ou operacionais. Trata-se de uma estratégia que proporciona maior cobertura populacional de serviços de saúde,

pois protege maior número de pessoas, com menor esforço (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012).

O caderno de atenção básica sobre rastreamento do Ministério da Saúde adverte sobre a clara distinção entre rastreamento e diagnóstico de doenças. Um teste diagnóstico aplicado em um indivíduo que exibe sinais e sintomas de uma doença não representa um rastreamento e sim cuidado e diagnóstico apropriado (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010). No rastreamento, exames ou testes são aplicados em pessoas saudáveis, garantindo benefícios relevantes frente aos riscos e danos previsíveis e imprevisíveis da intervenção (ENGELGAU; NARAYAN; HERMAN, 2000).

O teste diagnóstico de eleição para o rastreamento de câncer bucal é o exame visual (oroscopia). A boca apresenta vantagens em relação a outras topografias por se tratar de uma região passível de inspeção visual. Além disso, este exame não é invasivo e necessita de poucos recursos (luz, luvas e espátula de madeira). O tempo estimado necessário para a inspeção da mucosa da boca seria de aproximadamente 3 minutos (MONTEIRO *et al.*, 2015), além de apresentar ótimos valores de sensibilidade e especificidade de 84,8% e 96,5%, respectivamente (DOWNER *et al.*, 2004). Valores equivalentes foram obtidos em programas de rastreamento em outras topografias e com diferentes testes diagnósticos, incluindo o câncer de mama e da região cervical (DOWNER *et al.*, 2004). Esse alto nível de acurácia indica a consistência do rastreamento visual de lesões orais, independentemente da heterogeneidade dos desenhos e metodologias propostas nos estudos de programas de rastreamento de CB.

2.2 TIPOS DE RASTREAMENTO

Patton (2003), através de revisão sistemática, ilustra as diferentes metodologias já empregadas nas propostas de rastreamento de CB, baseados no exame visual. Estas variam quanto à população alvo, local, examinadores e critérios de diagnóstico (PATTON, 2003). O Quadro 1 indica as variáveis que compõem as diferentes metodologias empregadas no rastreamento de CB.

QUADRO 1 - DIFERENTES VARIÁVEIS EM RELAÇÃO A METODOLOGIA DE RASTREAMENTO DE CÂNCER BUCAL.

Variáveis	Tipos
População-alvo	Base populacional
	Oportunístico
	Grupos de risco
Local	Atenção básica
	Nível secundário
	Nível terciário
Examinador	Cirurgião dentista (clínico geral)
	Estomatologista
	Médico
	Estudantes de odontologia
	Profissionais de saúde treinados
Desfechos	Mortalidade
	Morbidade
	Mudança do estágio de estadiamento
	Sobrevivência
	Câncer bucal
	Lesões potencialmente malignas (LPM)
	Outros: (Nº. recrutados, nº. retornos, nº. referenciados, proporção da população alvo avaliada por ano).

Fonte: O autor (2016).

2.3 RASTREAMENTO DE BASE POPULACIONAL

O estudo mais relevante descrito na literatura sobre o rastreamento visual do câncer de boca foi desenvolvido em áreas rurais da cidade de Trivandrum, em Kerala, na Índia e adotava o modelo de rastreamento de base populacional (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2005). Este trabalho incluiu 191.872 adultos aparentemente saudáveis com idades entre 35 anos ou mais, residentes em 13 microrregiões (*clusters*) com uma média de 14.759 participantes cada. O rastreamento ocorreu em sete *clusters* (96.517 participantes) e seis grupos atuavam como controle (95.356 participantes). Os participantes foram excluídos se estivessem acamados, apresentassem tuberculose, outras doenças debilitantes ou que já estavam sofrendo de CB. O exame foi realizado por

profissionais de saúde treinados na detecção de lesões bucais em visitas domiciliares. O estudo teve início em 1995 e quatro rodadas de rastreamento foram realizadas com duração total de 15 anos. A primeira rodada foi concluída em 1998, a segunda 2002 e a terceira em 2004. Uma quarta rodada de rastreamento foi concluída em 2009. Apesar dos resultados não apontarem diferença na mortalidade por CB entre o grupo que recebeu a intervenção e o grupo controle, uma significativa redução de 24% foi observada na população de alto risco (indivíduos usuários de tabaco). Portanto, há evidências de que o exame visual em programa de rastreamento de CB de base populacional reduz a taxa de mortalidade do câncer de boca, ao menos em indivíduos de alto risco (tabagistas e etilistas). Entretanto, análises deste estudo criticaram o número pequeno de *clusters*, poucos detalhes sobre o processo de alocação, taxas reduzidas de retorno, contagem incerta de indivíduos que abandonaram o estudo e aplicabilidade incerta para populações com menores taxas de prevalência em diferentes sistemas de saúde (BROCKLEHURST *et al.*, 2013). O rastreamento baseado no exame visual de base populacional, portanto, não é recomendado, pois é enorme a quantidade de indivíduos que precisariam ser avaliados para a localização de lesões suspeitas ou carcinomas, devido à baixa prevalência na população. Autores reforçam esta recomendação apontando que seria necessário examinar 18.000 pacientes para conseguir salvar uma vida, taxa semelhante à encontrada para o câncer cervical (DOWNER *et al.*, 2004).

2.4 RASTREAMENTO OPORTUNÍSTICO

O rastreamento oportunístico, como o próprio nome sugere, consiste de aproveitar locais e serviços pré-existent para a realização do *screening* visual. A justificativa desta estratégia é de que os pacientes atendidos rotineiramente nos serviços odontológicos são representativos da população geral, tanto em termos de prevalência de lesões quanto aos hábitos de fumar e beber (LIM *et al.*, 2003). Autores sugerem que exames preventivos para o câncer de boca sejam realizados durante consultas médicas e ou odontológicas, por pacientes que procurem os serviços de saúde por outros motivos, tanto no cenário da atenção primária (LIM *et al.*, 2003; SANKARANARAYANAN *et al.*, 2002; SARTORI; FRAZÃO, 2012), quanto da atenção terciária (CHANG *et al.*, 2011;

PEARSON *et al.*, 2001). Neste modelo, autores recomendam direcionar esforços para indivíduos de maior risco tais como os fumantes e ou etilistas, acima de 40 anos, do sexo masculino (BARRA *et al.*, 1990; PROUT *et al.*, 1997; TALAMINI *et al.*, 1994). Estudos apontaram o rastreamento oportunístico como a única estratégia custo efetiva, especialmente quando direcionada para indivíduos de risco usuários do serviço e realizada pelo dentista clínico geral, que se encontra, segundo eles, na posição mais privilegiada para a vigilância dessas lesões (SPEIGHT *et al.*, 2006).

Uma estratégia popular de recrutamento dentro do rastreamento oportunístico é a realização de campanhas em ambientes públicos. Locais de grande circulação de pessoas podem ser o cenário para o desenvolvimento de campanhas de prevenção do CB e inclusive pode-se aproveitar o envolvimento dos meios de comunicação para motivação e divulgação (MONTEIRO *et al.*, 2015; SASSI *et al.*, 2014).

Entretanto, os indivíduos de maior risco geralmente não frequentam os serviços de saúde ou o fazem com menor frequência, bem como são menos propensos a responderem ao convite para participação em campanhas de prevenção (NETUVELI; SHEIHAM; WATT, 2006; YUSOF *et al.*, 2006). A adesão a estas propostas é três vezes maior para o grupo de menor risco, produzindo, então um viés de seleção em direção à indivíduos saudáveis (SPEIGHT *et al.*, 2006; TALAMINI *et al.*, 1994). A relação entre fatores de risco e procura por serviços de saúde costuma ser inversamente proporcional (NETUVELI; SHEIHAM; WATT, 2006). Essa situação é descrita como a “Lei do rastreamento inverso”, onde indivíduos com hábitos nocivos possuem resistência a atitudes de prevenção, prejudicando, portanto, a eficiência de um rastreamento em um modelo oportunístico (NETUVELI; SHEIHAM; WATT, 2006).

Um exemplo é a campanha de prevenção do CB, que ocorre anualmente desde 2008, na cidade de São Bernardo do Campo, São Paulo, e realiza gratuitamente o exame de oroscopia por profissionais treinados (cirurgiões dentistas e médicos) da rede pública de saúde, visando à detecção de lesões de mucosa oral. Nos anos avaliados, 11.965 pessoas foram atendidas e 859 lesões diagnosticadas, todas benignas. A predominância do público atendido foi do

sexo feminino (52,7%), com média de idade de 44 anos (\pm 15,4 anos), 26% eram tabagistas e 29% relatavam uso de álcool, demonstrando que a população que procura espontaneamente este tipo de estratégia não é o principal grupo de risco para a doença (NEMOTO *et al.*, 2015). Portanto, modelos que direcionem esforços para grupos de alto risco deveriam ser priorizados.

2.5 RASTREAMENTO DE POPULAÇÕES DE RISCO

As ações de rastreamento podem ser orientadas para os grupos de alto risco, ou seja, pessoas acima de 40 anos, tabagistas e etilistas. A pesquisa de Kerala sugeriu que o rastreamento deveria ser restrito aos grupos de risco e estabelecido como rotina nos serviços de saúde da Índia (em virtude da alta prevalência de lesões) (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2005). Os resultados indicaram que além de diminuir a mortalidade, a participação no rastreamento foi relacionada a uma mudança na fase de evolução da doença no momento do diagnóstico, que ocorreu em estágios mais iniciais, e melhora nas taxas de sobrevivência (BROCKLEHURST *et al.*, 2013). O custo benefício da estratégia de rastreamento direcionada a grupos de alto risco também foi suportado por estudos com modelos de simulação (SPEIGHT *et al.*, 2006). Estima-se que este desenho de rastreamento salvaria o dobro ou o triplo do número de vidas comparado ao *screening* não seletivo (DOWNER *et al.*, 2006). Além de aperfeiçoar e reduzir gastos nas ações preventivas, este modelo também ofereceria oportunidades educativas que possibilitariam mudanças de comportamento (LAVELLE; SCULLY, 2005).

A correta identificação do grupo de risco permanece como desafio, uma vez que fumantes na faixa etária de risco apresentam menor participação em propostas de rastreamento. Como ilustrado em estudo conduzido na província de Pordenone (Itália), que ofereceu o exame de rastreamento gratuito em hospitais próximos ao domicílio dos indivíduos identificados como de risco em consulta médica. Fumantes compareceram, novamente, três vezes menos do que não fumantes (TALAMINI *et al.*, 1994). A TABELA 1 apresenta uma seleção dos estudos que direcionaram o rastreamento para grupos de alto risco.

TABELA 1 - ESTUDOS DE RASTREAMENTO ORIENTADOS ÀS GRUPOS DE ALTO RISCO PARA CÂNCER BUCAL.

AUTOR <i>et al.</i>	ANO	LOCALIZAÇÃO	CENÁRIO	AMOSTRA
BARRA	1990	Itália	Atenção primária (consulta médica)	<35 anos; Histórico de tabagismo e consumo de mais de quatro copos de vinho por dia
PROUT	1997	USA, Boston	Atenção primária (consulta médica)	>40 anos; Fumantes
TALAMINI	1994	Itália	Atenção primária (consulta médica)	>35 anos; Fumante ou alcoólatras (mais do que meio litro de vinho por dia)
LIAO	2015	Taiwan	Atenção primária (consulta médica) - sistema automatizado informava quais eram os pacientes de risco	=>30 anos; Histórico de uso de tabaco ou Betel
SCHEUFEN	2011	Brasil, SP	Atenção terciária	Portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Obstrução Arterial Periférica; Grupos de apoio a cessação do tabagismo
HARRIS	2004	Reino Unido	Clínicas de recuperação de alcoólatras	19-79 anos; Histórico de abuso de álcool
VACHER	1999	França	Clínicas de recuperação de alcoólatras (cartas enviadas por correio)	Alcoólatras
O'SULLIVAN	2011	Irlanda	Clínicas de recuperação de dependências químicas	Indivíduos com alguma dependência química
SUGGS	1990	USA	Local de trabalho	Fumantes
NUNN	2009	Reino Unido	Unidades móveis de atendimento em região de maior concentração da população de risco	>30 anos; Histórico de tabagismo e ou uso de noz de Betel (Incluíram outros participantes)
MEHTA	1986	Índia, Kerala	Visitas domiciliares	>35 anos; Fumantes

FONTE: O autor (2016).

2.6 LOCAIS DE IMPLEMENTAÇÃO

O rastreamento pode ocorrer tanto na atenção básica, como nos níveis secundários e terciários de saúde. Entretanto, um estudo que avaliou a eficácia de um programa de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca direcionado a grupos considerados de risco em Hospital universitário de São Paulo, portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e portadores de Obstrução Arterial Periférica, além de grupos de apoio comunitários, concluiu que apesar da extrema importância do exame oral periódico nestes pacientes, o método proposto, com deslocamento de equipes específicas para o rastreamento dos pacientes, mostrou-se bastante oneroso para ser efetivamente incorporado em serviços de atenção à saúde de nível terciário (SCHEUFEN *et al.*, 2011). No nível secundário de atenção à saúde, propostas bem-sucedidas foram descritas onde o rastreamento de CB foi aplicado em locais de reabilitação de usuários de substâncias aditivas (HARRIS *et al.*, 2004; O'SULLIVAN, 2011).

Duas propostas foram desenvolvidas e são identificadas na literatura no contexto da atenção primária no Brasil. Autores aplicaram o rastreamento de CB na ESF em um estudo realizado em sete US na cidade de São Paulo (Brasil), onde uma população de 2.980 pessoas, acima de 50 anos, foi avaliada em espaços sociais. Os indivíduos com achados positivos eram reexaminados no consultório odontológico por um dentista geral, supervisionado por um especialista. Os participantes eram de ambos os sexos, acima de 50 anos de idade. Foram confirmadas 133 lesões (4,5%), destes 50 foram LPM (1,88%) e 8 casos de CB, o que correspondeu a uma taxa de prevalência de 27 casos em cada 10.000 pessoas, muito maior do que o esperado (SARTORI; FRAZÃO, 2012).

Em 2012, foi publicado um estudo longitudinal retrospectivo que observava as mudanças após a implementação de uma política de rastreamento de CB juntamente com a campanha de imunização de idosos nas cidades do estado de São Paulo ao longo de oito anos. O período observado foi dividido em dois tempos, levando em consideração a política nacional de saúde bucal implantada em 2004 e a reorganização dos níveis secundário e terciário de saúde bucal. Houve uma diminuição no número de lesões suspeitas (de 9% em

2005 para 5% em 2008) e na taxa de casos confirmados de câncer bucal por 100.000 (20,89 em 2001 e 10,40 em 2008) neste período. Os autores concluíram que a reorganização dos níveis secundário e terciário em saúde bucal podem ter contribuído para esta melhora (DE ALMEIDA *et al.*, 2012).

Em outros países, profissionais do nível primário de saúde realizaram rastreamento de CB em domicílio em uma população rural. Esta estratégia mostrou-se possível e benéfica, apresentando uma diminuição significativa de 0,57 nas taxas de mortalidade (IC 95% 0,35-0,93) (MEHTA *et al.*, 1986). Uma análise do estudo de Kerala, que propôs o recrutamento por visita domiciliar, indicou taxa de participação no estudo de 91%. Estas altas taxas de adesão podem ser explicadas pela participação de agentes de saúde treinados e recrutados da comunidade local, pelos convites realizados pessoalmente e pelas sucessivas visitas, caso o indivíduo não estivesse em casa no momento da abordagem (RAMADAS *et al.*, 2008).

Alguns estudos utilizaram como estratégia de recrutamento o envio de cartas, também como reforço ao agendamento da consulta de retorno, que mostrou aumentar o número de participantes, mesmo em países em desenvolvimento (DOMBI *et al.*, 2001; MEHTA *et al.*, 1986; WARNAKULASURIYA; PINDBORG, 1990). Este recurso, porém, nem sempre é possível devido às limitações geográficas e de desatualização de registros de dados. No Japão, o uso de cartas para o recrutamento da população acima >40 anos foi utilizado e apresentou uma taxa de participação de 40% (NAGAO *et al.*, 2000a).

Como uma solução para os indivíduos que trabalham durante o dia, e que por isso apresentam maior dificuldade de serem encontrados nos domicílios e de frequentar os serviços de saúde, foi sugerido o rastreamento em locais de trabalho. Este mostrou-se não só possível, como efetivo em populações de alto risco (WARNAKULASURIYA; KASHYAP; DASANAYAKE, 2010).

2.7 EXAMINADORES

Os programas de rastreamento de CB, baseados no exame visual, tiveram ampla variedade de examinadores: cirurgião dentista clínico geral,

cirurgião dentista especialista (Estomatologia, Patologia, Cirurgia), profissionais de saúde treinados pelo odontólogo, médico da família, médico otorrinolaringologista e até estudantes de Odontologia. Mathew *et al.* (1997) vislumbraram a possibilidade de agentes de saúde realizarem o rastreamento de lesões bucais, como ocorreu em algumas localidades da Índia e Sri Lanka; e apresentaram alta sensibilidade e especificidade (MATHEW *et al.*, 1997). Porém, o exame realizado pelo cirurgião-dentista clínico geral parece apresentar melhor custo-efetividade (JOSEPH, 2002).

Entretanto, nem todos os dentistas “generalistas” sentem-se preparados para realizar o diagnóstico, como ilustra um estudo conduzido no Reino Unido onde 41% confessaram ter treinamento insuficiente para o reconhecimento do CB (KUJAN *et al.*, 2006). Os resultados também revelaram deficiência no conhecimento e avaliação dos fatores de risco envolvidos e menor interesse dos profissionais “generalistas” por cursos de atualização relacionados ao tema. Um estudo que analisa a experiência de implementação de uma rede de diagnóstico de câncer bucal no estado do Ceará, apontou a insegurança dos profissionais da atenção básica na identificação de LPM e CEC e a não realização de biópsia como a principal debilidade da proposta. Cerca de 74% dos dentistas se sentiam incapazes de realizar este procedimento e 57% nunca o haviam realizado anteriormente (SOUSA *et al.*, 2014). Esses fatores sugerem a necessidade de corrigir essa deficiência encorajando e promovendo possibilidades desses profissionais participarem de cursos e treinamentos. O reconhecimento de LPM não deveria apresentar dificuldade, uma vez que o grupo de risco é conhecido nas suas características e a região anatômica é de fácil acesso para o exame clínico (DOWNER *et al.*, 2004).

Um artigo sugeriu que o próprio indivíduo fosse o agente do rastreamento por meio do autoexame bucal (AEB). Um grupo de 450 estudantes distribuíram 10.000 cópias de material educativo sobre o AEB em 9.000 casas e orientaram sobre a maneira correta de realizar o procedimento e os locais disponíveis para a realização de exame bucal profissional, no caso de algum achado positivo. Uma semana depois, foi realizada uma segunda visita para confirmar o número de indivíduos que executaram o AEB. De 22.000 indivíduos elegíveis, 8028

responderam ter realizado o AEB e 247 identificaram alguma alteração e se reportaram à consulta odontológica, sendo que 29% possuíam LPM e 6% CB (MATHEW *et al.*, 1995). O AEB, porém, não apresenta bons níveis de acurácia, descartando-o como teste em programas de rastreamento (ELANGO *et al.*, 2011; SCOTT *et al.*, 2010).

2.8 INSTRUMENTOS ADICIONAIS

Além do exame visual, tem-se sugerido o uso de instrumentos adicionais para o diagnóstico precoce de lesões bucais, tais como: azul de toluidina, técnicas baseadas na diferença de luminosidade, citologia esfoliativa, análises de sangue e saliva. Estes instrumentos em combinação com o exame visual poderiam diminuir o número de lesões benignas referidas como também evitar exames invasivos desnecessários, porém estes recursos não mostraram nenhum benefício ou prejuízo em estudos de metanálise (PATTON, 2003; WALSH *et al.*, 2013). Portanto, não há evidências suficientes para suportar o uso de ferramentas adicionais em programas de rastreamento e autores sugerem que a importância destas recai mais no auxílio ao diagnóstico do que no uso em programas de rastreamento de indivíduos aparentemente saudáveis (DOWNER *et al.*, 2004).

2.9 DESFECHOS UTILIZADOS NOS PROGRAMAS DE RASTREAMENTO

Os resultados de programas de rastreamento podem ser mensurados pela efetiva diminuição da taxa de morbidade e mortalidade, aumento do tempo de sobrevivência e mudança no estadiamento. Porém, para que estes desfechos possam ser avaliados torna-se necessário a realização de estudos de grande amostra populacional e de longa duração e são, portanto, escassos na literatura. Outros desfechos intermediários foram elencados (TABELA 1), sendo a prevalência de LPM um deles (DOWNER *et al.*, 2006).

As leucoplasias são as LPM mais comuns e sua prevalência mundial é de 2,6% (95% CI: 1,72-2,74%) (PETTI, 2003). A transformação maligna ocorre em cerca de 2% dos casos, mas isso pode variar consideravelmente de acordo com a apresentação clínica (NAPIER; SPEIGHT, 2008). A maior taxa de transformação é vista em lesões de superfície irregular e heterogênea

(SCHEPMAN *et al.*, 1998), sendo que as eritroleucoplasias possuem mais de 85% de chance de transformação (SCULLY; BAGAN, 2009). O diagnóstico da leucoplasia é clínico e por exclusão, aonde a avaliação histopatológica irá apenas indicar se há "hiperqueratose com displasia ou carcinoma" ou então "hiperqueratose ou paraqueratose sem displasia (com ou sem acantose, atrofia ou inflamação)" (WOO; GRAMMER; LERMAN, 2014).

Os estudos de rastreamento visual que utilizaram as LPM como variável desfecho apresentaram uma variação nas taxas de prevalência de 1% a 51% (10 estudos, 25.568 participantes) (WALSH *et al.*, 2013). No estudo de Kerala, durante todo o período do estudo (todos os quatro ciclos), 6,3% (n=5.586) dos indivíduos do grupo de intervenção tiveram ao menos uma lesão referenciada pelos agentes de saúde (rastreamento positivo). O número confirmado de LPM foi de 2.336 (70,8%) (líquen plano (n=53), leucoplasia homogênea (n=898), fibrose submucosa (n=573) e câncer oral 192/3298 (4%)). O grupo controle consistiu de 95.356 indivíduos. Destes, 43.992 foram examinados no último ciclo e 2,6% (n =1.163) apresentaram LPM (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2005).

A prevalência de lesões nos diversos estudos variou como esperado de acordo com a metodologia empregada, população alvo, tipo de rastreamento e tempo de duração do estudo. A maioria dos estudos encontrou uma prevalência de 3-4% de LPM, sendo que os valores mais altos foram encontrados em estudos que definiram com maior rigor os indivíduos de risco (DOWNER *et al.*, 2006). Uma pesquisa que avaliou um grupo étnico asiático (Bangladeshi) usuários de centros médicos de um bairro de baixa condição socioeconômica de Londres, acima de 40 anos de idade, que possuíam o hábito de mascar uma mistura considerada carcinogênica, encontrou uma prevalência de 25% de leucoplasias (PEARSON *et al.*, 2001). Outros resultados obtidos em programas de rastreamento orientados para grupos de risco podem ser observados na TABELA 2.

A utilização do desfecho LPM, porém, possui algumas limitações. Um estudo de metanálise alertou que talvez o diagnóstico de uma lesão pelo exame bucal visual não preveja bem o diagnóstico histopatológico (*odds ratio* 6,0; 95% IC 2,1-17,6) (EPSTEIN *et al.*, 2012). Além disso, estas lesões podem

permanecer estáveis por longo tempo e ou regredir, sendo difícil determinar o prognóstico e o risco de cada indivíduo. Não há nenhum marcador histológico ou molecular disponíveis atualmente para auxiliar neste acompanhamento. Também o tratamento das LPM apresenta controvérsias, pois mesmo que estas sejam removidas cirurgicamente, o risco de transformação maligna pode permanecer devido ao processo de “malignização em campo” (HOLMSTRUP, 2009; HOLMSTRUP *et al.*, 2007).

TABELA 2 - PRINCIPAIS ESTUDOS DE RASTREAMENTO DE CÂNCER BUCAL ORIENTADO PARA GRUPOS DE ALTO RISCO.

AUTOR <i>et al.</i>	N. Convidados	N. rastreados	Achados Positivos	Retorno	LPM	Câncer bucal
SUGGS	582	489	9 (2%)	x	<1% (2)	0
SCHEUFEN	x	509	131 (25%)	48 (38,7%)	<1% (1)	2 (<1%)
MEHTA	250.399	39.331	523 (1%)	377 (72%)	1,41%	20
LIAO	38.693	8.037	1664	x	1% (121)	17 (<1%)
NUNN	x	1.320	75 (5,7%)	55 (73%)	1% (17)	0
HARRIS	x	693	195 (28,1%)	x	2,5% (17)	1 (<1%)
TALAMINI	627	212	x	x	7,1% (15)	4 (2,4%)
O'SULLIVAN	283	220	32 (14%)	21 (33%)	10% (21)	0
PROUT	x	4.611	922 (19%)	313 (34%)	12,7% (590)	6 (<1%)
VACHER	x	270	x	x	14% (39)	1 (<1%)
BARRA	671	436 (65%)	x	x	15% (55)	10 (2%)

“x” – Dados não disponíveis

Fonte: O autor. (2016)

2.10 CUSTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

Speight *et al.* (2006) realizaram um estudo de simulação por modelo de decisão de uma população hipotética de 100.000 pessoas acima de 40 anos e encontraram que poderiam ser salvos 312 anos de vida no grupo de alto risco. O custo incremental por vida salva foi calculado como R\$ 204,00 em um programa de rastreamento oportunístico pelo dentista da atenção primária, R\$ 212,45 em um rastreamento de população de risco pelo médico da atenção básica e R\$ 233,15 para um rastreamento oportunístico de toda a população. Rastreamentos de câncer de mama e cervical apresentam valores de R\$ 862,63 e R\$ 3.234,86 de custo de vida salva. Os autores alertam que o estudo foi baseado em estimativas, que variam em cada população, além de incluir diferentes critérios de encaminhamento e detecção destas lesões iniciais pelos examinadores (SPEIGHT *et al.*, 2006).

O grupo de Kerala realizou análises de custo-benefício do único estudo clínico randomizado de rastreamento de CB. O benefício geral obtido foi 270 anos de vidas salvas por 100.000 habitantes, além de 1.438/100.000 anos de vida salvas por habitante quando grupos de alto risco foram avaliados. O custo por ano de vida salva foi de R\$ 2.739,00 para toda população e R\$ 511,00 para os grupos de alto risco. O custo por teste foi apenas R\$ 19,00 por pessoa, demonstrando que o rastreamento de CB pode ser uma medida custo-efetiva (SUBRAMANIAN *et al.*, 2009). Entretanto, estes valores podem variar em outros países.

Petersen (2009) considerou que o conhecimento sobre os benefícios da prevenção primária e secundária não é posto em prática pelos governos. Os esforços e recursos seriam caracteristicamente alocados para tratamento e pesquisas de bases moleculares, mesmo não apresentando custo-benefício, sendo negligenciados a prevenção, diagnóstico precoce e cuidado paliativo.

Torres-Pereira (2010) analisou o impacto das políticas públicas na incidência do câncer bucal e concluiu que levando em consideração o rigor da evidência científica, nenhuma intervenção pública parece ter causado diminuição quantitativa na mortalidade e morbidade desta doença, a não ser as direcionadas ao controle do tabaco e ao consumo de álcool.

As diferenças na incidência e mortalidade do câncer nos diferentes países requerem estratégias de ação em relação ao problema da malignização voltadas para as diferenças regionais, levando em consideração também o aspecto social da doença (KINGSLEY *et al.*, 2008). As sociedades científicas, governo e profissionais de saúde deveriam combinar esforços no intuito de construir evidência sólida no âmbito da avaliação e proposição de políticas públicas voltadas ao CB. As estratégias de rastreamento podem ter efetividade limitada se não forem consistentes e oferecidas adequadamente a população, ou seja, se os pacientes não tiverem acesso a elas (FORD; FARAH, 2013).

2.11 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF visa à reorganização da atenção básica no país de acordo com os preceitos do SUS. Trata-se de uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho em direção aos princípios da atenção básica, e de ampliar o impacto na situação de saúde das pessoas. As equipes multiprofissionais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Para tanto, estratégias de prevenção e promoção de saúde são prioridade neste modelo de assistência (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013).

Todos os profissionais que compõem as equipes multidisciplinares possuem as atribuições, do ponto de vista organizacional: de participar do processo de territorialização, identificando situações de risco e vulnerabilidade, realizando busca ativa e notificando doenças e agravos de notificação compulsória; cadastrar famílias e indivíduos, garantindo a qualidade dos dados coletados e a fidedignidade do diagnóstico de saúde do grupo populacional da área adstrita de maneira interdisciplinar, com reuniões sistemáticas, organizadas de forma compartilhada, para planejamento e avaliação das ações. Por sua vez, cabe ao cirurgião-dentista executar ações de assistência integral às famílias e coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000). Sartori (2004) indicou que o rastreamento de CB na ESF está fundamentado nos conceitos da Epidemiologia

e da saúde pública e pode ser um importante instrumento para prevenção e controle da doença (SARTORI, 2004).

3. METODOLOGIA

3.1 APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Este trabalho foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (ANEXO 1) (CAAE 41994815.2.0000.0102) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde de Curitiba (ANEXO 2).

3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O estudo foi observacional descritivo e analítico. Com relação aos meios foi documental e prospectivo, pois sua base de dados foram os relatórios do “e-saúde Curitiba” (dados secundários) com posterior exame clínico dos indivíduos considerados de risco para o CB.

3.3 AMOSTRA

A amostra deste estudo foi composta por usuários cadastrados na US Trindade II do Distrito Sanitário Cajuru, região de baixa condição socioeconômica. Os indivíduos selecionados foram do sexo masculino entre 50-65 anos de idade cadastrados na “listagem de usuários definitivos” disponível na plataforma da base de dados “e-saúde Curitiba”.

3.4 PROJETO PILOTO

O estudo contou com projeto piloto onde as ferramentas e a metodologia foram testadas em uma amostra de n=386 indivíduos, na faixa etária de risco, sorteados aleatoriamente, e pertencentes ao mesmo distrito sanitário de onde a amostra foi obtida.

3.5 COLETA DE DADOS

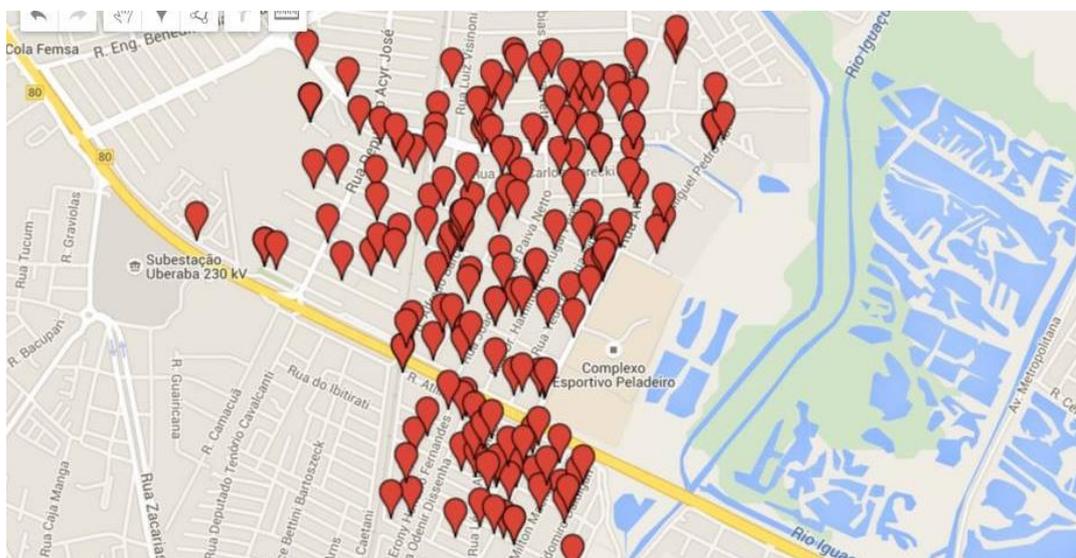
3.5.1 Recrutamento

Os endereços localizados nas bases de dados do e-saúde, foram importados e georreferenciados pelo aplicativo *Google Maps* (Google Inc., CA, EUA). Trata-se de uma ferramenta de acesso gratuito, que permite a construção de mapas e a formulação de rotas, que direcionaram as visitas domiciliares. Cada rota contou com cerca de 10 a 20 endereços e o número de indivíduos por

grupo variava de acordo com a distância necessária para deslocamento (FIGURA 1 e 2).

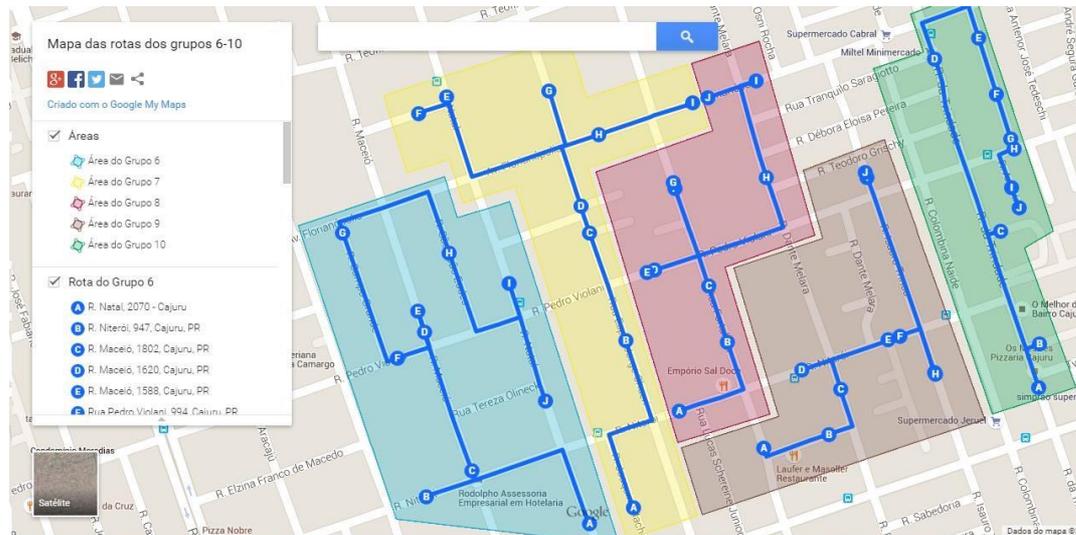
O estudo foi dividido em duas fases. Na fase I, uma equipe de cerca de 50 graduandos em odontologia recebeu treinamento em relação à abordagem e à coleta de dados e realizou visitas domiciliares aos indivíduos selecionados. O treinamento consistiu de uma hora de formação teórica no início de cada edição de rastreamento. Além disso, no final de cada edição, as dificuldades e pontos fortes do método de abordagem eram discutidos em grupo e sugestões eram feitas sobre como otimizar a adesão dos participantes.

FIGURA 1 - MAPA OBTIDO POR MEIO DOS ENDEREÇOS DOS INDIVÍDUOS REGISTRADOS NO E-SAÚDE COM MARCADORES INDIVIDUAIS.



Fonte: O autor (2016)

FIGURA 2 - MAPA COM AS ROTAS CONTENDO OS ENDEREÇOS E INDIVÍDUOS VISITADOS POR CADA GRUPO (COR).



Fonte: O autor (2016)

As visitas foram coordenadas por edições, que aconteciam em diferentes horários e dias durante a semana e no formato quinzenal, aos sábados pela manhã. Nestes dias, equipamentos sociais disponibilizaram espaço para o desenvolvimento das atividades, como escolas municipais e paróquias (IMAGEM 1-6).

IMAGEM 1 - I EDIÇÃO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NA ESCOLA MUNICIPAL ENÉAS FARIA.



Fonte: O autor (2016)

IMAGEM 2 - VII EDIÇÃO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NA PARÓQUIA SÃO MARTINHO DE LIMA.



Fonte: O autor (2016)

IMAGEM 3 - II EDIÇÃO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NO ESPAÇO PÚBLICO COMPLEXO PELADEIRO, ADMINISTRADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER E JUVENTUDE.



Fonte: O autor (2016)

IMAGEM 4 - V EDIÇÃO COM PARTICIPAÇÃO DE UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL.



Fonte: O autor (2016)

IMAGEM 5 - FORMAÇÃO DA VI EDIÇÃO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL.



Fonte: O autor (2016)

IMAGEM 6 - FORMAÇÃO DA V EDIÇÃO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL.



Fonte: O autor (2016)

Os alunos realizaram as visitas domiciliares em duplas, uniformizados com jaleco, utilizando tabelas que continham uma listagem dos indivíduos da amostra e os respectivos mapas. Cada grupo realizava as visitas de uma rota (10-20 indivíduos de acordo com a distância) em um período de duas horas. A distância percorrida para cumprir uma rota era de 877m em média (400m-760m).

Quando localizados, os indivíduos eram convidados a fazer parte da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (ANEXO 3), bem como a responderem um questionário composto de perguntas sobre hábitos de vida e acesso à saúde (APÊNDICE 1). Fumantes e ex-fumantes, que relatassem 20 anos de uso de tabaco e ou houvessem interrompido o uso nos últimos 5 anos, eram convidados a realizar exame preventivo, em local próximo a sua residência.

Os exames eram oferecidos em diferentes equipamentos sociais e horários, previamente acordados com o participante. Quando os indivíduos não estavam em casa, uma carta personalizada era deixada no correio (APÊNDICE 3). Esta carta explicava como o endereço havia sido obtido da base de dados da US, os objetivos da campanha e continha informações sobre a etiologia do CB.

Além disso, uma proposta de agendamento para realização de exame preventivo era oferecida, juntamente com informações para contato com os pesquisadores. Pelo menos três tentativas de visitas domiciliares e três ligações telefônicas adicionais foram feitas a fim de localizar e classificar cada indivíduo da amostra em relação a categoria de risco: com ou sem histórico de tabagismo. Cada tentativa foi realizada em turnos diferentes, considerando manhã, tarde e noite, a fim de contemplar diferentes jornadas de trabalho. Se após as seis abordagens o sujeito não fosse localizado, este era excluído da amostra (IMAGEM 7-9)

IMAGEM 7 - ESTUDANTE ENTREVISTANDO INDIVÍDUO DA AMOSTRA EM SEU DOMICÍLIO.



Fonte: O autor (2016)

IMAGEM 8 - ESTUDANTE ENTREVISTANDO PARTICIPANTE DO ESTUDO EM SEU DOMICÍLIO.



Fonte: O autor (2016)

IMAGEM 9 -ESTUDANTE E PARTICIPANTE DA CAMPANHA DURANTE COLETA DE DADOS.



Fonte: O autor (2016)

3.5.2 Exame visual no grupo de alto risco

Na fase II, o grupo de alto risco foi submetido ao exame visual. A ausência na consulta do exame preventivo foi registrada e caso o participante faltasse em três agendamentos, também era excluído da amostra. Os pacientes que compareceram à consulta do exame preventivo foram avaliados em relação à dependência à nicotina e ao álcool, respectivamente com uso dos instrumentos traduzidos e validados: FTND (*Fagerström Test for Nicotine Dependence*) (CARMO; PUEYO, 2002) e CAGE (AMARAL; MALBERGIERA, 2004; CASTELLS; FURLANETTO, 2005). Estes instrumentos são amplamente utilizados na pesquisa sobre abuso destas substâncias.

Em seguida, os indivíduos foram submetidos a exame clínico por um pesquisador previamente calibrado. A calibração foi realizada por meio de fotografias de lesões da mucosa bucal, selecionadas por um especialista. As hipóteses diagnósticas do pesquisador foram comparadas com os diagnósticos do especialista e valores ótimos de concordância foram obtidos ($kappa=0,86$). A concordância intraexaminador também foi avaliada por meio da aplicação da mesma seleção de fotografias, em diferentes sequências e em intervalo de 15 e 30 dias, com resultados semelhantes ($kappa=0,92$). Foi registrada a presença (incluindo localização e tamanho) de LPM, segundo os critérios da OMS (WARNAKULASURIYA; JOHNSON; VAN DER WAAL, 2007) (APÊNDICE 2). O exame clínico foi realizado com o auxílio de luz artificial, utilizando luvas, gazes e espátula de madeira. Os pacientes que apresentaram alguma lesão suspeita foram encaminhados para a realização de exames complementares. Nenhum acompanhamento foi estabelecido para os indivíduos com achados negativos, porém todos os participantes foram orientados a procurar um cirurgião-dentista regularmente (IMAGEM 10-12).

IMAGEM 10 - EXAME VISUAL DA MUCOSA BUCAL.



Fonte: O autor (2016)

IMAGEM 11 - EXAME VISUAL DA MUCOSA BUCAL EM DOMICÍLIO.



Fonte: O autor (2016)

IMAGEM 12 - EXAME VISUAL DA MUCOSA BUCAL EM ESTABELECIMENTO COMERCIAL.



Fonte: O autor (2016)

3.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

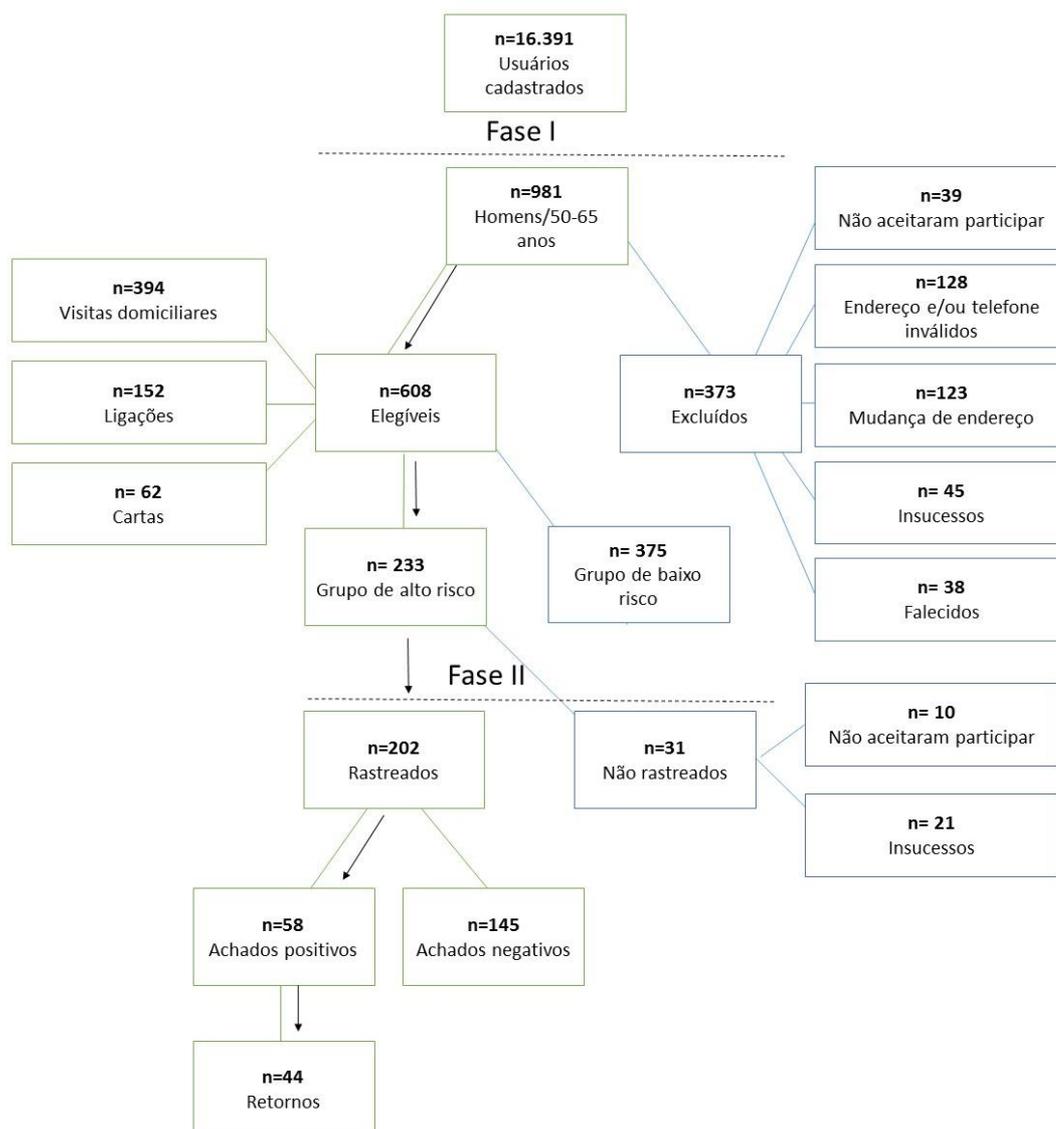
Os dados coletados foram analisados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*)[®] (versão 2.0 para Windows; SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). O teste Qui-quadrado foi utilizado para análise de variáveis categóricas e $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. Este estudo utilizou estatística descritiva para apresentação de dados gerais. As variáveis nominais ou categóricas foram comparadas por meio do teste Qui-quadrado. Os achados-positivos (AP) foram utilizados como variável dependente. Além disso, um subgrupo dos casos de leucoplasia também foi incluído como uma variável dependente. Este subgrupo foi utilizado porque representa a maioria dos AP e é marcadamente relacionado com CEC intraoral e tabagismo. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo e um intervalo de confiança (IC) de 95% foi calculado. Modelos de análises univariada e multivariada foram gerados utilizando a distribuição de Poisson, com variabilidade robusta, para aquelas variáveis onde foi obtido um valor de $p < 0,05$ na primeira análise com o teste Qui-quadrado.

4. RESULTADOS

4.1 SELEÇÃO DA AMOSTRA

De um total de 16.391 cadastros, 981 eram homens entre 50-65 anos de idade, registrados no banco de dados “e-saúde Curitiba” como residentes permanentes. Uma amostra de 608 indivíduos estava disponível, após a exclusão de 373 indivíduos, conforme descrito na FIGURA 3. Entre eles, 233 foram classificados como grupo de alto risco devido ao histórico de consumo de tabaco e 202/608 (33%) participaram do rastreamento. O período médio de uso de tabaco foi de 30 anos (variando de 1 a 57 anos). A renda per capita média foi de R\$922,92 (Mín. R\$ 78,80 e máx. R\$ 4.334,00) e a mediana, R\$ 759,85.

FIGURA 3 - FLUXOGRAMA DE PARTICIPAÇÃO.



Fonte: O autor (2016)

4.2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E CONHECIMENTO SOBRE CÂNCER BUCAL

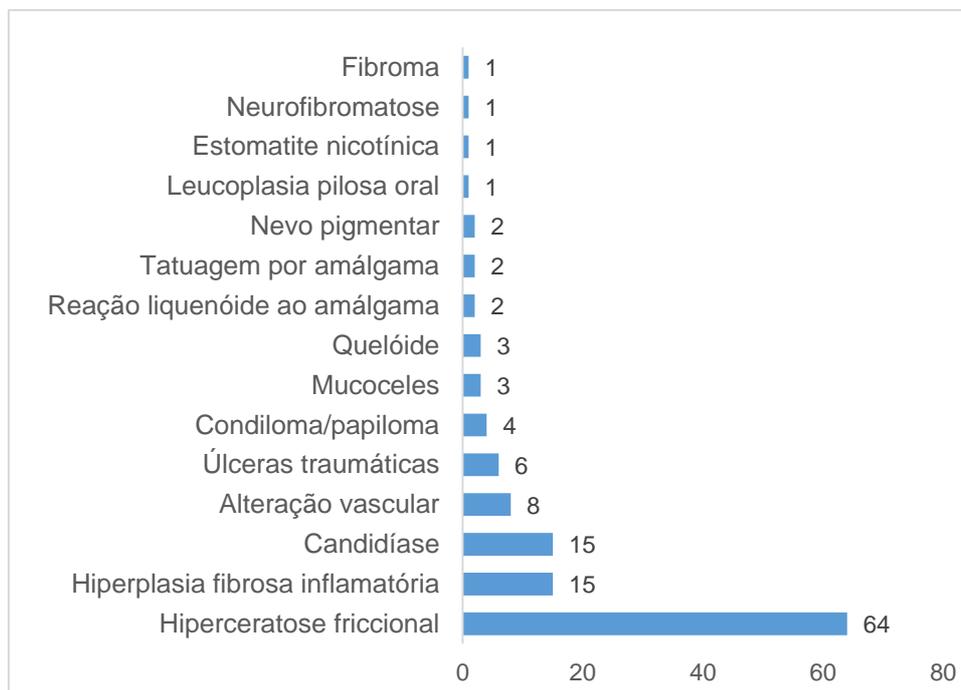
Mais da metade (n=117; 58%) dos participantes não procurou assistência odontológica no último ano. Além disso, a maioria declarou ter usado um serviço privado no último atendimento odontológico (n=108; 53%). Cerca de 45% (n=92) acessaram o serviço diretamente, sem agendamento prévio. A atenção odontológica foi realizada na atenção primária da rede pública de saúde por 37% dos participantes (n=75). O principal motivo relatado para busca de atenção odontológica foi dor (n=83), seguido por reabilitação (n=61), consulta de rotina e manutenção (n=35), estética (n=10) e outros (n=7).

4.3 ACHADOS DO EXAME VISUAL

4.3.1 Lesões benignas e alterações da normalidade

Durante o exame visual pode-se observar alterações na mucosa bucal com características benignas, que foram registradas para correta diferenciação das lesões suspeitas. Lesões benignas foram identificadas em 94 pacientes, porém alguns deles apresentavam mais de uma lesão, sendo n=128 lesões no total (GRÁFICO 1). A lesão benigna mais frequente foi a hiperqueratose friccional, nas seguintes localizações: rebordo alveolar (n=43); mucosa jugal (n=10); bordos de língua (n=6); gengiva (n=2); fundo de vestibulo (n=2) e freio lingual (n=1). Além disso, diversas alterações de normalidade foram observadas (TABELA 3), porém a avaliação destas não ocorreu de maneira sistemática, sendo sua apresentação apenas descritiva.

GRÁFICO 1 – TOTAL DE LESÕES BENIGNAS ENCONTRADAS DURANTE EXAME VISUAL



Fonte: O autor (2016)

TABELA 3 – ALTERAÇÕES DE NORMALIDADE ENCONTRADAS DURANTE EXAME VISUAL.

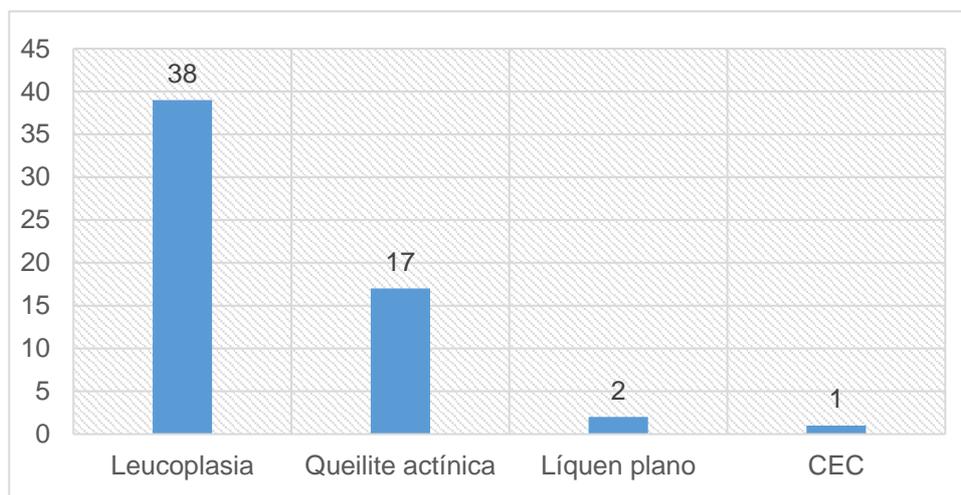
	Descrição	f	%
Alterações de normalidade	Língua saburrosa	58	23%
	Grânulos de Fordyce	52	21%
	Pigmentação melânica	42	17%
	Varicosidades sublinguais	35	14%
	Língua fissurada	32	13%
	Linha alba	12	5%
	Tórus mandibulares ou palatino	8	3%
	Língua crenada	5	2%
	Língua fissurada	3	1%
	Língua geográfica	2	1%
	TOTAL	249	100%

4.3.2 Lesões suspeitas

Dentre os 202 indivíduos examinados, 58 (28,7%) apresentaram pelo menos uma lesão suspeita. No total, 70 lesões foram encontradas: 50 leucoplasias (71%); 17 queilites actínicas (25%); duas lesões de líquen plano (3%) e um caso de CEC (1%) (GRÁFICO 2). Sete pacientes apresentaram mais de uma

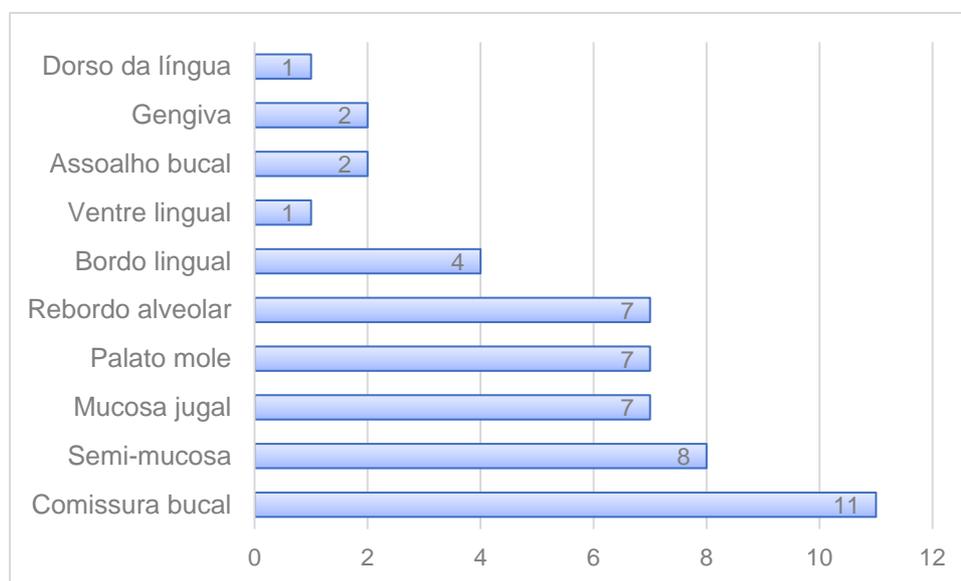
leucoplasia e dois pacientes apresentavam mais de um tipo de LPM. A prevalência de indivíduos com leucoplasia foi 19% (n=38/202). O GRÁFICO 3 descreve as localizações mais frequentes desta lesão.

GRÁFICO 2 – INDIVÍDUOS COM ACHADOS POSITIVOS NO EXAME VISUAL.



Fonte: O autor (2016).

GRÁFICO 3 - LOCALIZAÇÕES DAS LESÕES DE LEUCOPLASIAS.



Fonte: O autor (2016).

Setenta e sete por cento dos indivíduos AP compareceram na consulta de retorno. Foi necessário submeter 24 indivíduos à biópsia. Acompanhamento clínico e fotográfico foi sugerido para 18 participantes. Dois indivíduos

apresentaram remissão de lesões com hipótese diagnóstica de leucoplasia no exame visual do rastreamento. Todos os pacientes receberam recomendações sobre a necessidade de cessar o uso de tabaco e manter acompanhamento profissional para possíveis alterações da mucosa bucal. Os resultados histológicos indicaram displasia em um caso de leucoplasia e o caso suspeito de CEC foi confirmado. Estes pacientes foram encaminhados para atenção secundária e terciária, respectivamente, para iniciar o tratamento adequado.

Análises das variáveis AP e leucoplasia em associação com variáveis independentes são apresentadas na TABELA 4. Em resumo, tabagismo atual, renda familiar inferior a 2 salários mínimos e histórico de falta no agendamento do exame preventivo foram sinalizadores de leucoplasia na amostra deste estudo. Estes resultados persistiram na análise multivariada (TABELA 5). Usuários atuais de tabaco apresentaram uma prevalência de leucoplasia quatro vezes maior do que os ex-fumantes (RP=4,31). A prevalência de AP para fumantes foi 166% maior que em ex-fumantes (RP=2,66). A prevalência de leucoplasia foi duas vezes maior em indivíduos com renda familiar inferior a dois salários mínimos (RP=2,02). Além disso, pacientes que apresentaram AP no rastreamento faltavam duas vezes mais no agendamento do exame preventivo do que indivíduos com mucosa aparentemente saudável (RP = 2,23).

TABELA 4 - ANÁLISES DESCRITIVAS E ANALÍTICAS DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES RELACIONADAS COM OS DESFECHOS “ACHADOS POSITIVOS” E “LEUCOPLASIA” PELO TESTE QUI-QUADRADO.

	Achados positivos			Leucoplasias			
	Sim (n)*	Não (n)*	Valor p	Sim (n)*	Não (n)*	Valor p	
Uso de Tabaco	Atual	44	69	<0,001	34	79	<0,001
	Passado	13	76		6	83	
Fagerstrom	Muito baixo/médio	30	92	0,199	20	102	0,180
	Elevado/muito elevado	26	53		19	60	

Continua

TABELA 4 - ANÁLISES DESCRITIVAS E ANALÍTICAS DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES RELACIONADAS COM OS DESFECHOS “ACHADOS POSITIVOS” E “LEUCOPLASIA” PELO TESTE QUI-QUADRADO. Continuação

	Achados positivos			Leucoplasias			
	Sim (n)*	Não (n)*	Valor p	Sim (n)*	Não (n)*	Valor p	
Estado civil	Solteiro	35	87	0,792	20	102	0,182
	Casado	19	51		17	53	
Etnia	Branco	36	77	0,345	20	93	0,303
	Outros	18	53		17	54	
Renda	Até 2 salários	24	48	0,168	20	52	0,012
	> de 2 salários	29	92		16	105	
Anos de estudo	Até 8 anos de estudo	41	99	0,895	30	110	0,378
	> 8 anos de estudo	43	16		49	10	
Precisou ir ao dentista no último ano?	Sim	35	82	0,370	25	92	0,264
	Não	22	60		15	67	
Como conseguiu seu último atendimento?	No mesmo dia	31	61	0,185	22	70	0,297
	Agendamento	25	76		18	83	
Tipo de serviço	Público	28	58	0,330	21	65	0,243
	Privado	28	80		19	89	
Participação no rastreamento	Histórico de faltas	33	51	0,004	23	61	0,036
	Sem faltas	23	89		17	95	
Ocupação	Produção de bens materiais e de consumo	9	17	0,564	7	19	Análise indisponível
	Vendedor ou prestador de serviços	7	29		4	32	
	Aposentados	26	53		17	62	
	Técnicos de nível médio	6	14		6	14	
	Outros	8	25		5	28	

* Quando o “n” total de cada variável for inferior a 202, considerar a diferença como dados ausentes.

Fonte: O autor (2016).

TABELA 5 - ANÁLISES UNIVARIADA E MULTIVARIADA PELO MODELO DE DISTRIBUIÇÃO DE POISSON, SENDO LEUCOPLASIA A VARIÁVEL DESFECHO.

		<i>Análise univariada</i>					<i>Análise multivariada</i>		
		F+*	F-*	p	RP	IC	p	RP	IC
Consumo de tabaco	Atual	34	79	<0,001	4,463	[1,961-10,156]	0,001	4,317	[1,762-10,573]
	Passado	6	83		1				
Faltas no agendamento	Sim	23	61	0,039	1,804	[1,031-3,156]	0,007	2,230	[1,249-3,979]
	Não	17	95		1				
Renda familiar	<= 2 salários	20	52	0,014	2,101	[1,165-3,786]	0,012	2,022	[1,170-3,495]
	> 2 salários	16	105		1				

*Quando o "n" total de cada variável for inferior a 202, considerar a diferença como dados ausentes.

Fonte: O autor (2016).

5. DISCUSSÃO

A maioria das propostas brasileiras de rastreamento de CB utilizaram o tipo oportunístico, que apesar de mostrar-se viável e capaz de encontrar lesões com potencial de malignidade, pode não ser considerado eficaz na delimitação do grupo de maior risco. Este estudo propôs o rastreamento de CB em um grupo considerado de alto risco, usuários de tabaco, selecionados a partir de um banco de dados eletrônico da atenção primária de saúde e posteriormente recrutados por uma abordagem ativa de busca em domicílio.

5.1 RECRUTAMENTO EM RASTREAMENTO DE GRUPO DE ALTO RISCO

O perfil desta amostra foi composto por indivíduos que predominantemente utilizaram-se de serviço do tipo privado em sua última consulta odontológica, que não compareceram ao dentista no último ano e quando o fizeram, procuraram o serviço diretamente, sem agendamento prévio. Além disso, o principal motivo desencadeador de atenção odontológica foi dor, seguido de reabilitação de função, sendo que este último não pode ser completamente solucionado na atenção primária. Portanto, este grupo não seria adequadamente avaliado se apenas uma abordagem oportunística fosse aplicada nos serviços de saúde.

A estratégia de selecionar um grupo específico de um banco de dados eletrônico, utilizando primeiramente a idade e o sexo como filtros e posteriormente o fator tabagismo, permitiu delimitar um grupo pequeno de 233 (1,4%) indivíduos elegíveis para rastreamento de CB em uma população de 16.391 pessoas. Este grupo poderia ser ainda menor e conseqüentemente, mais efetivo, se as variáveis uso atual de tabaco, renda familiar inferior a 2 salários mínimos e ausência no agendamento do exame preventivo fossem consideradas. Neste grupo as LPM podem ser observadas com maior frequência e por conseqüência, CEC. Outros estudos indicaram viúvos, (RR=1,34), socialmente marginalizados (RR=1,69), fumantes atuais (RR=1,26) ou fumantes e alcoólatras pesados (RR=1,73) como fatores de risco para o câncer de língua (GROOME *et al.*, 2011). O status socioeconômico também foi fortemente associado com a presença de leucoplasias não homogêneas (DOST; DO; FARAH, 2016). Estudo recente da literatura reafirma a necessidade de orientar

os programas de rastreamento de CB em locais de baixa condição socioeconômica, onde o diagnóstico ocorre em estágios mais tardios e as taxas de sobrevivências são menores (AULUCK *et al.*, 2016). Por outro lado, ter fácil acesso a serviços de saúde e estar sendo acompanhado devido à presença de LPM são fatores que favorecem o diagnóstico precoce (GROOME *et al.*, 2011). O estado civil também pode ter um papel na supervisão dos sinais e sintomas do CB e direcionar para maiores taxas de sobrevivência e busca de tratamento, mas esse efeito protetor não foi observado no presente estudo (INVERSO *et al.*, 2015).

Grupos de alto risco podem ser abordados por meio de convite pessoal. Visitas domiciliares foram sugeridas como uma estratégia de recrutamento em países em desenvolvimento, principalmente no continente asiático (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2000; WARNAKULASURIYA; PINDBORG, 1990). No entanto, estes estudos aplicavam uma abordagem do tipo populacional, onde os indivíduos de ambos os sexos e amplo espectro de idade (acima de 20 ou 35 anos) foram abordados. As visitas domiciliares foram realizadas por trabalhadores de saúde, recrutados de sua própria comunidade. Uma taxa de participação de 90% foi obtida em Kerala e 78% no Sri Lanka. A taxa de retorno às consultas de acompanhamento foi semelhante em ambos os estudos, de aproximadamente 60% dos indivíduos positivos ao teste de rastreamento.

Este estudo visou aplicar o convite pessoal realizado em domicílio, dentro da ESF, que é organizada por micro áreas, e onde cada equipe multiprofissional é responsável pelo cuidado de um território específico. De acordo com o princípio da equidade do SUS, a delimitação do território permite que a equipe mapeie áreas de risco e planeje ações visando melhorar o acesso e reduzir as desigualdades sociais em saúde. A ESF cumpre, no nível macroeconômico, os critérios políticos para garantir atendimento à população com menos condições socioeconômicas. Entretanto, um estudo que avaliou a equidade dos serviços de saúde em US da ESF observou que as famílias com maior risco para doenças bucais não eram atendidas como prioridade (BEZERRA; SÁVIO; GOES, 2013). Além disso, estudos regionais, apontaram que práticas preventivas e educativas

realizadas por dentistas da ESF, em relação ao câncer bucal, são insuficientes (CASOTTI *et al.*, 2016). Um pequeno número de profissionais relatou orientar seus pacientes sobre a doença (ALMEIDA; FERREIRA, 2008). Os autores discutem a necessidade de reforçar as parcerias com programas que atuam sobre os fatores de risco, como fumo e álcool, para atuar de maneira mais relevante, além do aconselhamento verbal.

O esforço para atingir a população mais vulnerável e facilitar o acesso ao exame preventivo foi proposto neste modelo de rastreamento de CB. Satisfatoriamente, 86% (202/233) dos indivíduos de alto risco foram avaliados. Para tanto, foi necessária uma busca sucessiva e insistente. Neste modelo, muito tempo foi gasto em reconhecimento de área (mapeamento e construção de rotas de visita). Sucessivas tentativas em localizar pessoas em suas casas, ou por telefone foram utilizadas para superar barreiras tais como outras responsabilidades concorrentes, medo da doença, do profissional e da consulta médica, além de constrangimento, que são comuns nesta população. Características cognitivas e emocionais individuais, juntamente com crenças/contexto influenciam a decisão de procurar e aceitar ajuda (SCOTT *et al.*, 2009).

A adesão ao exame oral foi de 86,6%. Estas porcentagens poderiam ter sido maiores com tentativas em horários alternativos e/ou envolvimento dos líderes da comunidade. A ESF inclui os agentes comunitários de saúde (ACS), que funcionam como ligação entre a equipe e a comunidade. Eles possuem um contato permanente com a famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000). Neste modelo, visitas sucessivas e motivacionais poderiam ser usadas para melhorar a adesão no rastreamento de CB.

A identificação de um grupo de alto risco como fumantes pode ser útil em um modelo de rastreamento multifásico, onde outras doenças crônicas, por exemplo câncer de pulmão e disfunção cardíaca, poderiam ser investigadas em conjunto. Na Hungria, o rastreamento de CB foi realizado juntamente com uma campanha que oferecia exames de raio-X para prevenção de doenças

pulmonares (DOMBI *et al.*, 2001). Nagao *et al.* (2000) aplicou rastreamento de CB em programa de prevenção de saúde geral (NAGAO *et al.*, 2000a). Outro estudo avaliou os resultados do rastreamento de CB aplicado em conjunto com a campanha anual de vacinação contra gripe na população idosa do estado de São Paulo, Brasil (MARTINS *et al.*, 2012). O rastreamento multifásico poderia ser interessante para o CB, que possui uma baixa prevalência na população, a fim de reduzir os custos organizacionais (DOMBI *et al.*, 2001).

O grupo de alto risco pode ser abordado por meio de cartas, porém esta estratégia tem mostrado baixos índices de adesão (RAMADAS *et al.*, 2008; WARNAKULASURIYA *et al.*, 1988). No Japão, foram enviados convites, para participar em programa de rastreamento de CB, para todos os residentes a partir dos 60 anos de idade da cidade de Tokoname. A abordagem resultou em baixas taxas de participação sendo menor do que um quinto da população-alvo (NAGAO *et al.*, 2000b). Warnakulasuriya *et al.* (1990) utilizou as cartas para reforçar o convite para as consultas de retorno e conseguiu um aumento de 11% com a sua utilização em programa de rastreamento no Sri Lanka (WARNAKULASURIYA; PINDBORG, 1990). Na Índia, a mesma estratégia provocou incremento de 5% (RAMADAS *et al.*, 2008). Este estudo utilizou-se de cartas como notificação caso o indivíduo não estivesse em casa no momento da visita, sendo sua contribuição também pequena (10%).

Autores discutem a importância de se reduzir as barreiras de acesso ao rastreamento, citando o convite pessoal presencial, as visitas domiciliares por agentes recrutadas da própria região, exame gratuito e possibilidade de educação a respeito da doença como meios de garantir os níveis de participação com estratégias culturalmente e socialmente aceitas. A capacidade de comunicação e persuasão dos agentes de saúde pode ser um fator essencial na escolha de participação do paciente (RAMADAS *et al.*, 2008). Nesta proposta, as visitas domiciliares foram conduzidas por estudantes de Odontologia, previamente treinados, mas que estavam em diferentes estágios da formação acadêmica, o que pode ter influenciado o discurso e abordagem utilizados. Os estudantes, ao contrário, não realizaram o exame visual e possuíam o papel de identificar os fatores de risco e orientar o local e data do exame profissional.

5.2 PREVALÊNCIA E TRATAMENTO DAS LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS

Em uma revisão sistemática, Downer *et al.* (2006) indicaram a diversidade de desfechos utilizados para avaliar a eficácia do rastreamento de câncer bucal, entre eles a prevalência de LPM e câncer bucal, mudança no estadiamento no momento do diagnóstico, taxa de sobrevivência, mortalidade e adesão. Os resultados variam de acordo com a metodologia, a população-alvo, o desenho e a duração do estudo (DOWNER *et al.*, 2006). Este estudo utilizou a prevalência de LPM como desfecho para avaliar a efetividade desta estratégia de rastreamento.

Uma revisão sistemática indicou uma variação nas taxas de prevalência de LPM de 1 a 51% (10 estudos, 25.568 participantes) (WALSH *et al.*, 2013). A média fica em torno de 3 a 4% de LPM, onde os valores mais elevados foram encontrados em estudos que definiram o grupo de risco com maior precisão (DOWNER *et al.*, 2006). Uma comparação direta com estudos anteriores torna-se difícil, devido à ausência de documentação padrão e coleta de dados, especialmente na seleção da amostra (sexo, grupos etários, composição étnica, fatores de risco) e critérios para a definição de LPM. Entretanto, a prevalência de LPM neste estudo foi significativamente maior do que outros estudos de rastreamento direcionado a grupos de risco (LIAO *et al.*, 2015; MEHTA *et al.*, 1986; NUNN *et al.*, 2009; SUGGS; CABLE; ROTHENBERGER, 1990). A maior prevalência foi encontrada por um estudo realizado no norte da Itália com pacientes com histórico de tabagismo e consumo de 4 ou mais copos/dia de vinho. Cirurgiões dentistas clínicos gerais convidavam os indivíduos que buscavam a atenção primária para participar de um programa para detectar tumores no trato aerodigestivo. Aqueles que aceitavam participar foram encaminhados para um otorrinolaringologista em um centro de referência. Uma prevalência de 15,9% de LPM (46/290) e nove casos de câncer bucal foram encontrados em homens com idade superior a 35 anos (BARRA *et al.*, 1990).

Em relação a prevalência de LPM nas propostas desenvolvidas no contexto da atenção primária no Brasil, no estudo de Sartori *et al.* (2012) foram considerados

positivos 18,0% (n = 537) participantes, destes 50 foram LPM (1,88%) e oito casos de CB. Os autores, porém, podem ter superestimado a presença de LPM, devido a inclusão do trauma crônico causado pela prótese dentária não adaptados como uma LPM. No entanto, uma prevalência de câncer bucal de 27/10.000 pessoas representou uma taxa muito maior do que o esperado nesta população (SARTORI; FRAZÃO, 2012). De Almeida *et al.* (2012) relatou uma prevalência de achados positivos variando de 7,5% para 9,7% (entre 2001-2009). No entanto, os achados positivos incluíam qualquer alteração na mucosa bucal, com ou sem suspeita de malignidade (DE ALMEIDA *et al.*, 2012).

As prevalências deste estudo, de 28,7% de AP e 19% de leucoplasias, poderiam ser atribuídas a eficácia na delimitação do grupo mais vulnerável e a experiência e capacidade do examinador na detecção de lesões suspeitas. No entanto, este estudo pode ter superestimado os indivíduos em risco para desenvolver CEC ao incluir lesões com baixas taxas de transformação maligna, como leucoplasias homogêneas e líquen plano, como achados positivos (VAN DER WAAL, 2010).

Estima-se que a frequência anual de transformação maligna das LPM varie de 0,13% a 2,2%, porém, o prognóstico destas lesões é incerto (NAPIER; SPEIGHT, 2008). Ou seja, não é possível determinar quando a lesão vai começar um processo de displasia. Assim, parece que a maior fragilidade de programas de rastreamento de CB permanece na falta de compreensão quanto a história natural das LPM (SPEIGHT *et al.*, 2016).

O tratamento destas também é controverso, porque mesmo quando são removidas cirurgicamente, o risco de transformação maligna pode permanecer devido a "malignização em campo", ou seja, a lesão representa apenas uma pequena área de um campo mais amplo de mucosa alterada (HOLMSTRUP, 2009). No entanto, a remoção cirúrgica das LPM compreende uma morbidade muito menor quando comparado ao tratamento de CEC.

Apesar de queilite actínica possuir uma prevalência de 8% (17/202) nesta população, essa lesão deve ser considerada de maneira particular, uma vez que possui fatores de risco diferente do tabaco, no caso a exposição ao sol prolongada.

5.3 CONSIDERAÇÕES

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se que o banco de dados utilizado para delimitar a amostra não inclui as variáveis tabagismo e consumo abusivo de álcool, levando a um amplo esforço para localizar os fumantes. O uso do tabaco está associado a outras doenças crônicas de grande impacto sobre a população e a ausência dessas informações para a equipe de saúde no momento do planejamento é uma lacuna importante na organização de estratégias preventivas de saúde no território.

Outra limitação foram as altas taxas de dados cadastrais incorretos, que tornaram impossível a inclusão de alguns indivíduos elegíveis na área estudada. Alguns podem ter sido resultado de um registro incorreto e ou alterações de endereço pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC) não atualizadas no cadastro da US. Algumas regiões do Distrito Cajuru são bolsões de pobreza, principalmente quando são áreas de ocupação irregular. Nestes locais, muitas vezes não há saneamento básico adequado nem registro nas instituições governamentais, impossibilitando sua localização. Esta problemática não foi discutida em outros artigos que se utilizam de estratégias de visita domiciliar, uma vez que o registro dos indivíduos de risco foi construído a partir das visitas e não ao contrário, onde foi utilizado um registro prévio para coordená-las. Ratti *et al.* (2005) discute que ferramentas de cadastramento de usuários do SUS ainda não tiveram seu potencial devidamente exploradas pelas equipes de saúde (RATTI; DO AMARAL; TORRES-PEREIRA, 2013).

Além do acima exposto, as visitas domiciliares foram limitadas por razões de segurança à períodos diurnos, desfavorecendo os trabalhadores. Sendo assim, as tentativas exaustivas para ter sucesso em localizar e analisar os indivíduos poderiam ser onerosas para um sistema de saúde pública. Finalmente, a exclusão de mulheres expostas aos fatores de risco no momento da seleção da amostra deixou de registrar um público de tabagistas também importante quanto ao risco para o CB.

6. CONCLUSÃO

O rastreamento para o CB na ESF através do cadastro na base de dados eletrônica da atenção básica parece ser eficaz na localização de indivíduos em risco de apresentar lesões suspeitas orais. Embora este estudo não possa provar a eficácia de um programa de rastreamento, para o qual seria necessário um estudo randomizado controlado, esta proposta oferece muitas indicações sobre a possibilidade de aplicar esta metodologia como uma abordagem de prevenção secundária na ESF no Brasil ou em outros países em desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. C. M. DE; FERREIRA, M. Â. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2131–2140, 2008.

AMARAL, R. A. DO; MALBERGIERA, A. Evaluation of a screening test for alcohol-related problems (CAGE) among employees of the Campus of the University of São Paulo. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p. 156–163, 2004.

AULUCK, A. *et al.* Socio-economic deprivation: a significant determinant affecting stage of oral cancer diagnosis and survival. **BMC Cancer**, v. 16, n. 1, p. 569, 2016.

BARRA, S. *et al.* Patients compliance in an early detection program for upper aero-digestive tract tumours in north-eastern Italy. **Sozial- Und Praventivmedizin**, v. 35, n. 4-5, p. 159–163, 1990.

BEZERRA, I. A.; SÁVIO, P.; GOES, A. DE. Utilização da Classificação de Risco de Famílias na Melhoria da Equidade na Utilização de Serviços em uma Unidade de Saúde da Família. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 13, n. 3, p. 251–258, 2013.

BOING, A. F. *et al.* How much do smoking and alcohol consumption explain socioeconomic inequalities in head and neck cancer risk? **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 65, n. 8, p. 709–714, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Rastreamento**. Brasília, 2009.

BRASIL, M. DA S. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BROCKLEHURST, P. *et al.* Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 11, art. n. CD004150, 2013.

CARMO, J. T. DO; PUEYO, A. A. Adaptation into portuguese for the Fagerström test for nicotine dependence (FTND) to evaluate the dependence and tolerance for nicotine in brazilian smokers. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n. 1, p. 73–80, 2002.

CASOTTI, E. *et al.* Organization of public oral health services for early diagnosis of potentially malignant disorders in the state of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1573–82, 2016.

CASTELLS, M. A.; FURLANETTO, L. M. Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol-dependent inpatients on hospital wards. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 1, p. 54–57, 2005.

CHANG, I. H. *et al.* Visual screening of oral cavity cancer in a male population: Experience from a medical center. **Journal of the Chinese Medical Association**, v. 74, n. 12, p. 561–566, 2011.

CONWAY, D. I. *et al.* Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. **International Journal of Cancer**, v. 122, n. 12, p. 2811–2819, 2008a.

CONWAY, D. I. *et al.* Socioeconomic factors influence selection and participation in a population-based case-control study of head and neck cancer in Scotland. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 61, n. 11, p. 1187–1193, 2008b.

DE ALMEIDA, F. C. S. *et al.* Reorganization of secondary and tertiary health care levels: Impact on the outcomes of oral cancer screening in the São Paulo state, Brazil. **Brazilian Dental Journal**, v. 23, n. 3, p. 241–245, 2012.

DOMBI, C. *et al.* Risk group assessment of oral precancer attached to X-ray lung-screening examinations. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 29, n. 1, p. 9–13, 2001.

DOST, F.; DO, L.; FARAH, C. S. Lesion Evaluation, Screening and Identification of Oral Neoplasia Study: an assessment of high-risk Australian populations. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 44, n. 1, p. 64–75, 2016.

DOWNER, M. C. *et al.* A systematic review of test performance in screening for oral cancer and precancer. **Oral Oncology**, v. 40, n. 3, p. 264–273, 2004.

DOWNER, M. C. *et al.* A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral cancer and precancer. **Oral Oncology**, v. 42, n. 6, p. 551–560, 2006.

ELANGO, K. J. *et al.* Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population. **Oral Oncology**, v. 47, n. 7, p. 620–624, 2011.

ENGELGAU, M. M.; NARAYAN, K. M.; HERMAN, W. H. Screening for type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 23, n. 10, p. 1563–80, 2000.

EPSTEIN, J. B. *et al.* The limitations of the clinical oral examination in detecting dysplastic oral lesions and oral squamous cell carcinoma. **Journal of the American Dental Association**, v. 143, n. 12, p. 1332–42, 2012.

FERLAY, J. *et al.* Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, v. 136, n. 5, p. E359–86, 2014.

FORD, P. J.; FARAH, C. S. Early detection and diagnosis of oral cancer: Strategies for improvement. **Journal of Cancer Policy**, v. 1, n. 1-2, p. e2–e7, 2013.

GÓMEZ, I. *et al.* Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? **Oral Diseases**, v. 16, n. 4, p. 333–342, 2010.

GROOME, P. A. *et al.* A population-based study of factors associated with early versus late stage oral cavity cancer diagnoses. **Oral Oncology**, v. 47, n. 7, p. 642–647, 2011.

GÜNERI, P.; EPSTEIN, J. B. Late stage diagnosis of oral cancer: Components and possible solutions. **Oral Oncology**, v. 50, n. 12, p. 1131–1136, 2014.

HARRIS, C. K. *et al.* Prevalence of oral mucosal lesions in alcohol misusers in south London. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 33, n. 5, p. 253–259, 2004.

HOLMSTRUP, P. *et al.* Oral premalignant lesions: is a biopsy reliable? **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 36, n. 5, p. 262–6, 2007.

HOLMSTRUP, P. Can we prevent malignancy by treating premalignant lesions? **Oral Oncology**, v. 45, n. 7, p. 549–550, 2009.

INVERSO, G. *et al.* Marital status and head and neck cancer outcomes. **Cancer**, v. 121, n. 8, p. 1273–8, 2015.

JOHNSON, N. W. *et al.* Global oral health inequalities in incidence and outcomes for oral cancer: causes and solutions. **Advances in Dental Research**, v. 23, n. 2, p. 237–246, 2011.

JOSEPH, B. K. Oral cancer: prevention and detection. **Medical Principles and Practice**, v. 11, suppl 1, p. 32–5, 2002.

KINGSLEY, K. *et al.* Analysis of oral cancer epidemiology in the US reveals state-specific trends: implications for oral cancer prevention. **BMC Public Health**, v. 8, n. 87, p. 1-12, 2008.

KUJAN, O. *et al.* Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 3, art. n. CD004150, 2006.

LAVELLE, C. L. B.; SCULLY, C. Criteria to rationalize population screening to control oral cancer. **Oral Oncology**, v. 41, n. 1, p. 11–16, 2005.

LEMOS JUNIOR, C. A. *et al.* Câncer de boca baseado em evidências científicas. **Revista da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas**, v. 67, n. 3, p. 178–186, 2013.

LIAO, L.-J. *et al.* Initial outcomes of an integrated outpatient-based screening program for oral cancers. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 119, n. 1, p. 101–6, 2015.

LIM, K. *et al.* Opportunistic screening for oral cancer and precancer in general dental practice: results of a demonstration study. **British Dental Journal**, v. 194, n. 9, p. 497–502, 2003.

MARTINS, J. S. *et al.* Strategies and results of the oral cancer prevention campaign among the elderly in Sao Paulo, Brazil, 2001 to 2009. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 246–252, 2012.

MATHEW, B. *et al.* Evaluation of mouth self-examination in the control of oral cancer. **British Journal of Cancer**, v. 71, n. 2, p. 397–399, 1995.

MATHEW, 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**, v. 76, n. 3, p. 390–394, 1997.

MEHTA, F. S. *et al.* Detection of oral cancer using basic health workers in an area of high oral cancer incidence in India. **Cancer Detection and Prevention**, v. 9, n. 3-4, p. 219–25, 1986.

MONTEIRO, L. S. *et al.* Outcomes of invitational and opportunistic oral cancer screening initiatives in Oporto, Portugal. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 44, n. 2, p. 145–152, 2015.

NAGAO, T. *et al.* Oral cancer screening as an integral part of general health screening in Tokoname City, Japan. **Journal of Medical Screening**, v. 7, n. 4, p. 203–208, 2000a.

NAGAO, T. *et al.* Outcome following a population screening programme for oral cancer and precancer in Japan. **Oral Oncology**, v. 36, n. 4, p. 340–346, 2000b.

NAPIER, S. S.; SPEIGHT, P. M. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 37, n. 1, p. 1–10, 2008.

NEMOTO, R. P. *et al.* Oral cancer preventive campaigns : are we reaching the real target ? **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 81, n. 1, p. 44–49, 2015.

NETUVELI, G.; SHEIHAM, A.; WATT, R. G. Does the “inverse screening law” apply to oral cancer screening and regular dental check-ups? **Journal of Medical Screening**, v. 13, n. 1, p. 47–50, 2006.

NEVILLE, B. W.; DAY, T. A. Oral cancer and precancerous lesions. **CA Cancer Journal for Clinicians**, v. 52, n. 4, p. 195–215, 2002.

NUNN, H. *et al.* Oral cancer screening in the Bangladeshi community of Tower Hamlets: a social model. **British Journal of Cancer**, v. 101, suppl 2, p. S68–72,

2009.

O'SULLIVAN, E. M. Prevalence of oral mucosal abnormalities in addiction treatment centre residents in Southern Ireland. **Oral Oncology**, v. 47, n. 5, p. 395–9, 2011.

PATTON, L. L. The effectiveness of community-based visual screening and utility of adjunctive diagnostic aids in the early detection of oral cancer. **Oral Oncology**, v. 39, n. 7, p. 708–723, 2003.

PEARSON, N. *et al.* Prevalence of oral lesions among a sample of Bangladeshi medical users aged 40 years and over living in Tower Hamlets, UK. **International Dental Journal**, v. 51, n. 1, p. 30–34, 2001.

PETERSEN, P. E. Oral cancer prevention and control - The approach of the World Health Organization. **Oral Oncology**, v. 45, n. 4-5, p. 454–460, 2009.

PETTI, S. Pooled estimate of world leukoplakia prevalence: a systematic review. **Oral Oncology**, v. 39, n. 8, p. 770–80, 2003.

PETTI, S. Lifestyle risk factors for oral cancer. **Oral Oncology**, v. 45, n. 4-5, p. 340–350, 2009.

PROUT, M. N. *et al.* Head and neck cancer screening among 4611 tobacco users older than forty years. **Otolaryngology-Head and Neck Surgery**, v. 116, n. 2, p. 201–208, 1997.

RAMADAS, K. *et al.* Which socio-demographic factors are associated with participation in oral cancer screening in the developing world? Results from a population-based screening project in India. **Cancer Detection and Prevention**, v. 32, n. 2, p. 109–115, 2008.

RATTI, A.; AMARAL, R. C.; TORRES-PEREIRA, C. O sistema de informação da atenção básica (SIAB) como ferramenta para verificar possíveis indicadores de câncer bucal. **Journal of The Health Sciences Institute**, v. 31, n. 3, p. 262–8, 2013.

SANKARANARAYANAN, R. *et al.* Early findings from a community-based, cluster-randomized, controlled oral cancer screening trial in Kerala, India. The

Trivandrum Oral Cancer Screening Study Group. **Cancer**, v. 88, n. 3, p. 664–673, 2000.

SANKARANARAYANAN, R. *et al.* Visual inspection in oral cancer screening in Cuba: a case-control study. **Oral Oncology**, v. 38, n. 2, p. 131–136, 2002.

SANKARANARAYANAN, R. *et al.* Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. **Lancet**, v. 365, n. 9475, p. 1927–33, 2005.

SANKARANARAYANAN, R. *et al.* Oral Cancer: Prevention, Early Detection, and Treatment. In: GELBAND, H. *et al.* (Eds.). **Cancer: Disease Control Priorities**. 3. ed. Washington (DC): World Bank Group, 2015. v. 3, p. 85–99.

SARTORI, L. C. **Rastreamento do câncer bucal: aplicações no Programa Saúde da Família Luís Cláudio Sartori São Paulo**. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2004.

SARTORI, L. C.; FRAZÃO, P. Accuracy of screening for potentially malignant disorders of the oral mucosa by dentists in primary care. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v. 10, n. 1, p. 53–8, 2012.

SASSI, L. M. *et al.* Prevalence of oral lesions in elderly patients on oral cancer prevention campaigns in Paraná state Brazil 1989-2013. **Brazilian Dental Science**, v. 17, n. 3, p. 27–31, 2014.

SCHEPMAN, K. P. *et al.* Malignant transformation of oral leukoplakia: A follow-up study of a hospital-based population of 166 patients with oral leukoplakia from The Netherlands. **Oral Oncology**, v. 34, n. 4, p. 270–275, 1998.

SCHEUFEN, R. D. C. *et al.* Prevenção e detecção precoce do câncer de boca: Screening em populações de risco. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 2, p. 245–249, 2011.

SCOTT, S. E. *et al.* Barriers and triggers to seeking help for potentially malignant oral symptoms: Implications for interventions. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 69, n. 1, p. 34–40, 2009.

SCOTT, S. E. *et al.* Pilot study to estimate the accuracy of mouth self-examination in an at-risk group. **Head & Neck**, v. 32, n. 10, p. 1393–401, 2010.

SCULLY, C.; BAGAN, J. Oral squamous cell carcinoma overview. **Oral Oncology**, v. 45, n. 4-5, p. 301–8, 2009.

SOUSA, F. B. *et al.* Oral cancer from a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará. **Brazilian Oral Research**, v. 28, n. 1, p. 1–8, 2014.

SPEIGHT PM, PALMER S, MOLES DR, *ET AL.* To screen or not to screen? Is it worth it for oral cancer? **Evidence-Based Dentistry**, v. 7, n. 3, p. 81–82, 2006.

SPEIGHT, P. M. *et al.* The cost-effectiveness of screening for oral cancer in primary care. **Health Technology Assessment**, v. 10, n. 14, p. 1–144, 2006.

SPEIGHT, P. M. *et al.* **Screening for Oral Cancer - Who, What, Why and Where?** Disponível em: <<http://www.globaloralcancerforum.org/img/White-Paper-Group-3.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

SUBRAMANIAN, S. *et al.* Cost-effectiveness of oral cancer screening: results from a cluster randomized controlled trial in India. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, n. 3, p. 200–6, 2009.

SUGGS, T. F.; CABLE, T. A.; ROTHENBERGER, L. A. Results of a work-site educational and screening program for hypertension and cancer. **Journal of Occupational Medicine**, v. 32, n. 3, p. 220–225, 1990.

TALAMINI, R. *et al.* Determinants of compliance with an early detection programme for cancer of the head and neck in north-eastern Italy. **European Journal of Cancer**, v. 30B, n. 6, p. 415–418, 1994.

TORRES-PEREIRA, C. Oral cancer public policies: Is there any evidence of impact? **Brazilian Oral Research**, v. 24, n. 1, p. 37–42, 2010.

TORRES-PEREIRA, C. C. *et al.* Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. s30–s39, 2012.

VAN DER WAAL, I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal

mucosa; present concepts of management. **Oral Oncology**, v. 46, n. 6, p. 423–425, 2010.

VAN ZYL, A.; BUNN, B. K. Clinical features of oral cancer. **Journal of the South African Dental Association**, v. 67, n. 10, p. 566–569, 2012.

WALSH, T. *et al.* Clinical assessment to screen for the detection of oral cavity cancer and potentially malignant disorders in apparently healthy adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 11, n. 11, 2013.

WARNAKULASURIYA, S. *et al.* Compliance following referral in the early detection of oral cancer and precancer in Sri Lanka. **Community Dental of Oral Epidemiology**, v. 16, n. 1, p. 326–9, 1988.

WARNAKULASURIYA, S. *et al.* An appraisal of oral cancer and pre-cancer screening programmes in Europe: a systematic review. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 44, n. 8, p. 559–70, 2014.

WARNAKULASURIYA, S.; JOHNSON, N. W.; VAN DER WAAL, I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 36, n. 10, p. 575–580, 2007.

WARNAKULASURIYA, S.; KASHYAP, R.; DASANAYAKE, A. P. Is workplace screening for potentially malignant oral disorders feasible in India? **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 39, n. 9, p. 672–676, 2010.

WARNAKULASURIYA, S.; PINDBORG, J. J. Reliability of oral precancer screening by primary health care workers in Sri Lanka. **Community Dental Health**, v. 7, n. 1, p. 73–9, 1990.

WILSON, J. M. G.; JUNGNER, G. **Principles and Practice of Screening for Disease**. Geneva: World Health Organization, 1968.

WOO, S.-B.; GRAMMER, R. L.; LERMAN, M. A. Keratosis of unknown significance and leukoplakia: a preliminary study. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 118, n. 6, p. 713–724, 2014.

YUSOF, Z. Y. M. *et al.* Is opportunistic oral cancer screening by dentists feasible? An analysis of the patterns of dental attendance of a nationally representative

sample over 10 years. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v. 4, n. 3, p. 165–71, 2006.

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO/FASE I

Nome: _____	*Dia do encaminhamento:
Ocupação: _____	
US: _____	
Idade: _____ Telefones: _____	

Estado civil: () casado; () divorciado; () separado; () viúvo; () solteiro

Cor: () branca; () preta; () amarela; () parda; () indígena;

***FUMANTE?** () sim () não Há quantos anos? _____

***EX-FUMANTE?** () sim () não; Há quanto tempo parou de fumar? _____ () Menos de 5 anos?

Por quanto tempo foi fumante? _____ () mais de 25 anos?

Quantos anos você já estudou?
_____ anos

	Não frequentou a escola
	Da 1ª a 4ª série do ensino fundamental (4 anos)
	Da 5ª a 8ª série do ensino fundamental (antigo ginásio)
	Ensino médio incompleto (2º.grau) (1-2 anos)
	Ensino médio completo (2º. Grau) (3 anos)
	Ensino superior incompleto (1-5 anos)
	Ensino superior completo (4-x anos)
	Pós-graduação (x anos)

Em geral, como você avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)?

() Boa; () Regular; () Ruim

No último ano, você sentiu necessidade ou precisou buscar atendimento de dentista?

() Sim () Não

Caso você tenha procurado por atendimento no dentista, conseguiu ser atendido?

() Sim () Não () Não se aplica

Quando foi ao dentista pela última vez? (PNAD)

() Menos de 1 ano
 () De 1 ano a menos de 2 anos
 () De 2 anos a menos de 3 anos
 () 3 anos ou mais
 () Nunca foi ao dentista

Qual o principal motivo da sua última consulta ao dentista? (PNS)

	Limpeza, revisão, manutenção ou prevenção
	Dor
	Desconforto estético
	Reabilitação de função
	Outro, Qual?

**Onde foi a última consulta
odontológica? (PNS)**

	Unidade básica de saúde
	CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
	Unidade de Pronto Atendimento Público
	Pronto-socorro ou emergência de hospital público
	Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
	Consultório particular ou clínica privada
	Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
	Atendimento em serviço universitário

**Como você conseguiu a consulta
odontológica?**

	Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta
	Agendou a consulta previamente
	Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) pela Unidade Básica de Saúde
	Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde
	Outro

O atendimento foi feito pelo:

SUS Convênio Dentista particular

Você tem direito a algum plano de saúde médico?

Sim Não

Esse plano de saúde dá direito à assistência odontológica?

Sim Não

Você tem algum plano de saúde apenas para assistência odontológica?

Sim Não

APÊNDICE 2 – Questionário/FASE II

Nome:

Tipo de encaminhamento:

() encaminhado após visita domiciliar () carta () ligação () avaliado durante visita domiciliar

Houve não comparecimento anterior? () sim () não

Motivo do não comparecimento: _____

() Exfumante? Faz quanto tempo que parou de fumar? _____ Fumou durante quanto tempo? _____

FAGERSTRÖM

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? Dentro de 5 minutos (3) Entre 6 e 30 minutos (2) Entre 31 e 60 minutos (1) Após 60 minutos (0)	
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc? Sim (1) Não (0)	
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação? O primeiro da manhã (1) Outros (0)	
4. Quantos cigarros você fuma por dia? Menos de 10 (0) _____ De 11 a 20 (1) _____ De 21 a 30 (2) _____ Mais de 31 (3) _____	
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã? Sim (1) Não (0)	
6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? Sim (1) Não (0)	
TOTAL	

CAGE

1. **Alguma vez você já sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?**
() Sim () Não
2. **As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?**
() Sim () Não
3. **Você se sente chateado consigo mesmo pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?**
() Sim () Não
4. **Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?**
() Sim () Não

Quantas pessoas moram com você? (incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos) _____

Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?

- | | |
|---|---|
| (A) Nenhuma renda.
(B) Até 1 salário mínimo (até R\$ 788,00).
(C) De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 788,01 até R\$ 1562,00).
(D) De 2 a 3 salários mínimos (de R\$ 1562,01 até R\$ 2364,00). | (E) De 3 a 4 salários mínimos (de R\$ 2364,01 até R\$ 3152,00).
(F) De 4 a 5 salários mínimos (de R\$ 3152,01 até R\$ 3940,00).
(G) De 5 a 6 salários mínimos (de R\$ 3940,01 até R\$ 4728,00).
(H) Acima de 6 salários mínimos (mais de R\$ 4728,00). |
|---|---|

EXAME CLÍNICO

LESÃO BRANCA Presente () Ausente () Hipótese: _____

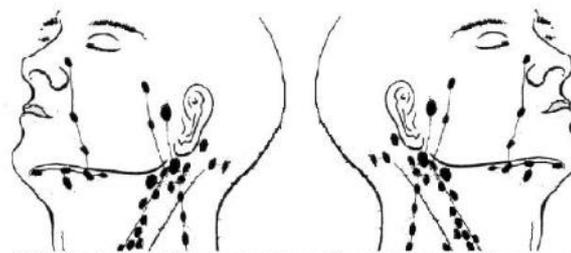
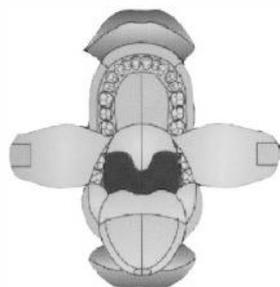
LESÃO VERMELHA Presente () Ausente () Hipótese: _____

NÓDULO Presente () Ausente () Hipótese: _____

ÚLCERA Presente () Ausente () Hipótese: _____

OUTRA Presente () Ausente () Hipótese: _____

Lábio inferior	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Mucosa Labial	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Mucosa jugal direita	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Mucosa jugal esquerda	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Língua Dorso	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Língua Ventre	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Bordo lingual direito	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Bordo lingual esquerdo	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Assoalho bucal						
Gengiva Superior	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Gengiva Inferior	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Rebordo alveolar direito	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Rebordo alveolar esquer	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Comissura Direita	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Comissura esquerda	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Palato duro	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Palato mole	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Orofaringe	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro
Outra Localização	() <1mm	() 1-5mm	() 5-10mm	() 1cm-1,5cm	() Até 2cm	() Outro



Códigos topográficos criados por Roed-Petersen e Renstrup (1969) modificados por Axéll (1976) e por Salonen et al. (1990)

APÊNDICE 3 – CARTA DE ENCAMINHAMENTO

Prezado _____,

Sua casa foi visitada hoje por profissionais de saúde da “Campanha de Prevenção do Câncer bucal”. Esta doença atinge mais homens, acima de 45 anos, que fumam, já fumaram ou tomam bebidas alcoólicas. Também pode acontecer no lábio de quem fica muito tempo no sol.

Portanto, recomendamos que o senhor compareça para realizar um exame preventivo na “Campanha de Prevenção do Câncer bucal” no agendamento sugerido abaixo. O exame dura poucos minutos, é feito por um dentista treinado e não provoca nenhum desconforto. Sinta-se à vontade para entrar em contato conosco para dúvidas e esclarecimentos.

Atenciosamente,

Curitiba, _____

AGENDAMENTO DA SUA CONSULTA:

Dia:

Horário:

Local:

Dra. Allana Pivovar

(Cirurgiã dentista - Coordenadora do projeto)

e-mail: iana.pivovar@gmail.com

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RASTREAMENTO DE CÂNCER BUCAL EM PACIENTES DE ALTO RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Allana Pivovar

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41994815.2.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 972.167

Data da Relatoria: 04/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Mestrado) da UFPR, desenvolvido pela mestranda Allana Pivovar, sob orientação do Prof. Dr. Cassius Carvalho Torres Pereira. O projeto obteve análise de mérito, favorável, pela Profa. Dra. Luciana Reichert Assunção Zanon. O câncer bucal atinge cerca de 14.120 indivíduos por ano no Brasil e é considerado um problema de saúde pública. O diagnóstico tardio aumenta as taxas de mortalidade, morbidade e custos de tratamento. A prevenção deve ser prioridade no manejo do câncer bucal e entre as propostas encontra-se o rastreamento. A “busca ativa” deveria considerar como fatores de risco o tabagismo e o alcoolismo, como também a condição socioeconômica em que o indivíduo está inserido. A identificação de lesões suspeitas ou iniciais poderia melhorar o prognóstico e a chances de cura. O estudo proposto será observacional descritivo e analítico, pois analisará as características de uma população de usuários de Unidades de Saúde da prefeitura municipal de Curitiba e que atuam nos moldes da Estratégia Saúde da Família. Com relação aos meios será documental e prospectivo, pois sua base de dados serão os relatórios do “e-saúde Curitiba” e “e-SUS AB” (dados secundários) com posterior exame clínico dos indivíduos considerados de risco para o câncer bucal. A amostra deste estudo será composta por 600 usuários cadastrados nas unidades de saúde do distrito sanitário Cajuru. As doze unidades que

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Continuação do Parecer: 972.167

compõem o distrito serão divididas entre dois grupos: menor (Grupo I – condição socioeconômica inferior) ou maior (Grupo II – condição socioeconômica superior), sendo que a condição socioeconômica será definida por meio do valor do índice de desenvolvimento humano (IDH). Os indivíduos serão sorteados utilizando a listagem de usuários definitivos disponível na plataforma do “e-saúde Curitiba”, proporcionalmente ao número total de indivíduos de cada unidade. Os usuários sorteados (n=2000) serão do sexo masculino, entre 45 e 65 anos de idade. Serão excluídos da amostra pacientes que não possuem algum hábito nocivo (alcoolismo e etilismo), que não participarem de todas as etapas da pesquisa e/ou estiverem sistemicamente comprometidos e incapazes de se submeterem ao exame estomatológico. Uma vez delimitada a população alvo do estudo, os indivíduos receberão a visita domiciliar das agentes comunitárias de saúde (ACS), que investigarão, brevemente, o histórico de hábitos nocivos à saúde por meio das perguntas: Você é fumante ou ex-fumante? e Você faz uso constante de bebidas alcoólicas ou já fez anteriormente? Os indivíduos que responderem positivamente as questões serão convidados a participarem da pesquisa e agendados para uma consulta odontológica na unidade de saúde. Os indivíduos que comparecerem na consulta receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, preencherão um questionário que contém perguntas sobre a dependência à nicotina - Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) – sobre a dependência ao álcool – AUDIT (Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool) e sobre a sua condição socioeconômica e barreiras de acesso à saúde. Posteriormente, os indivíduos serão submetidos a exame clínico. Um pesquisador, previamente preparado, irá anotar as lesões com potencial de malignização em ficha clínica específica. Deverá ser registrada a presença (incluindo localização e tamanho) e ausência de lesões potencialmente malignas (úlceras, manchas brancas e vermelhas, inchaços ou nódulos endurecidos). O exame clínico será realizado em ambiente climatizado, com luz artificial, sem o auxílio de espelho, utilizando gaze estéril e espátula de madeira, seguindo os requisitos de biossegurança. Os participantes da pesquisa serão convidados a realizarem o autoexame da boca em busca de alguma alteração ou lesão em frente a um espelho do tipo “standard”. O grupo A irá receber instruções sobre a maneira correta de realizar o autoexame por meio de instrução oral e banner, o grupo B será orientado a ler um folheto educativo e o grupo C não receberá nenhuma intervenção. Um avaliador, previamente preparado, observará como o paciente realiza o exame, irá cronometrar o tempo empregado e preencherá uma Ficha de Avaliação da sua qualidade de execução. Após realizar o autoexame o paciente responderá a um questionário que contém perguntas acerca dos achados encontrados e do nível de dificuldade de realização do procedimento. As possíveis dúvidas poderão ser sanadas no final

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Continuação do Parecer: 972.167

da pesquisa, quando o examinador mostrará os achados ao paciente e o orientará quanto à prevenção. Os dados coletados, neste estudo, serão organizados e submetidos a análises comparativas e estatísticas, por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0. A análise de dados será realizada no Serviço de Estomatologia do curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná, que dispõe de computador para tabulação e trabalho estatísticos dos dados obtidos. Espera-se encontrar uma prevalência maior de lesões potencialmente malignas (LPM) no grupo I (pacientes expostos aos fatores de riscos e com pior condição socioeconômica) do que no grupo II (pacientes expostos aos fatores de risco com melhor condição socioeconômica). A técnica do autoexame bucal pode ser uma ferramenta de detecção precoce de lesões na boca quando dirigidas a pacientes de alto risco. A pesquisa se iniciará a partir da aprovação pelo CEP, tendo seu término previsto para novembro/2016.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem por objetivo geral: verificar a qualidade dos dados gerados a partir e a pertinência do uso dos relatórios do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) para o desenvolvimento de ações de “busca ativa”, considerando as variáveis mais comumente aceitas como fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal; e por objetivos específicos: registrar a prevalência de lesões bucais com potencial de malignização ou malignas dentre os indivíduos caracterizados como de risco para o desenvolvimento de câncer bucal, cadastrados na atenção básica do Distrito Cajuru da cidade de Curitiba e com diferentes condições socioeconômicas e; avaliar a eficácia do autoexame bucal na identificação de lesões potencialmente malignas em pacientes de alto risco para câncer de boca.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto à avaliação de riscos, os pesquisadores descrevem que o participante pode sentir algum desconforto durante a realização do exame clínico estomatológico e, nesse caso, poderá relatar o incômodo ao profissional de saúde, que irá contornar a queixa da melhor maneira possível ou interromper o procedimento. No caso da descoberta de alguma alteração na mucosa bucal que ofereça um risco de malignização, os pacientes serão informados sobre essa condição e encaminhados para os centros de especialidade odontológica e/ou para a Clínica de Estomatologia da UFPR para acompanhamento das lesões. Serão tomados todos os cuidados necessários para evitar qualquer constrangimento ou desconforto durante o preenchimento do questionário e na execução do autoexame bucal. O paciente não precisará responder as perguntas ou executar o que for solicitado, caso sinta constrangimento. Os participantes da pesquisa serão conscientizados sobre os benefícios da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer bucal na diminuição da

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Continuação do Parecer: 972.167

morbidade e mortalidade, visto que o tratamento tardio possui um prognóstico insatisfatório. Os benefícios esperados nesta pesquisa fazem relação ao rastreamento para detecção de lesões em estágios iniciais, que contribuirão para diminuição da morbidade e mortalidade em grupos de alto risco. Sendo assim, o presente estudo contribuirá com informações valiosas sobre o grupo analisado, para a preservação e manutenção da saúde desses indivíduos. A participação na pesquisa poderá, também, ser um instrumento de aprendizado e conscientização sobre os fatores etiológicos da doença e maneiras de prevenção e vigilância, sensibilizando o indivíduo de risco a ser responsável pelo cuidado com a sua saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de extrema relevância social, uma vez que os indivíduos do sexo masculino, na faixa etária utilizada e expostos aos fatores de risco como tabaco, álcool e vulnerabilidade socioeconômica são considerados um grupo de alto risco para o câncer bucal. Apesar das características epidemiológicas e biomoleculares serem bem exploradas na literatura, o diagnóstico dessas lesões continua ocorrendo em estágios avançados, prejudicando o prognóstico dos casos. O projeto está descrito com clareza, esclarece os objetivos e a metodologia proposta, apresenta todos os instrumentos de avaliação e demais termos obrigatórios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado.

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Continuação do Parecer: 972.167

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Por se tratar de pesquisa envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS.

Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação.

CURITIBA, 04 de Março de 2015

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ANEXO 2. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E DA SECRETARIA
MUNICIPAL DE CURITIBA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Allana Pivovar, protocolou sob o número 22/2015 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: “Rastreamento de Câncer Bucal em Pacientes de Alto Risco na Atenção Básica”.

(CAAE:41994815.2.0000.0102)

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Informamos que o projeto recebeu sugestões de alteração e restrições que deverão ser comunicadas pelo pesquisador ao Comitê de Ética da Instituição Proponente.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança dos participantes nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 22 de abril de 2015

Samuel Jorge Moysés
Coordenador do CEP/SMS

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Allana Pivovar e Cassius Carvalho Torres-Pereira, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, adulto cadastrado na rede de atenção básica do SUS a participar de um estudo intitulado “RASTREAMENTO DE CÂNCER BUCAL EM PACIENTES DE ALTO RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA”, sendo entendido como um exame visual que busca encontrar lesões suspeitas na boca de indivíduos que fumam e bebem. A sua participação é muito importante, pois é por meio de pesquisas como esta que ocorrem melhorias no conhecimento sobre saúde bucal.

- a) O objetivo desta pesquisa é verificar se os cadastros dos usuários das unidades de saúde contribuem para definir um grupo de pessoas que deveriam receber mais atenção da equipe de saúde bucal por apresentarem mais lesões suspeitas de se tornarem câncer de boca.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário receber um exame bucal que será realizado por um pesquisador na sua unidade de saúde ou no seu domicílio. Também deverá responder a um questionário que contém questões relacionadas ao uso de cigarro, bebidas alcoólicas, conhecimento sobre o câncer bucal e aspectos socioeconômicos. Você será convidado a realizar o autoexame bucal em frente a um espelho e depois irá responder umas perguntas sobre o que você achou do procedimento. Talvez seja necessário realizar fotografias do interior da sua boca para registrar a aparência das lesões, porém não serão realizadas fotos do seu rosto. Você não poderá ser identificado por meio destas fotografias. (Caso os pesquisadores queiram utilizar as fotos para qualquer trabalho ou congresso científico, estes irão pedir a sua autorização por meio de uma declaração de uso de imagens).
- c) Para tanto você deverá comparecer na sua unidade de saúde para realização destes exames e questionários por aproximadamente 20 minutos ou dispor desse tempo para realização da pesquisa em seu domicílio.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao exame de boca, neste caso você poderá relatar o incômodo ao profissional de saúde, que irá contornar a queixa da melhor maneira possível ou interromper o procedimento.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: você pode se sentir constrangido durante o preenchimento do questionário e na execução do autoexame de boca. Se você se sentir assim, não precisará responder as perguntas ou executar o que for solicitado. No caso da descoberta de alguma alteração na sua boca que ofereça um risco à sua saúde, você será informado sobre essa condição e será encaminhado para a Clínica de Estomatologia da UFPR para acompanhamento das lesões.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: você terá a oportunidade de receber um diagnóstico precoce de lesões de câncer bucal ou de lesões suspeitas. Quanto mais cedo esta doença for identificada, melhor as chances de cura e de sobrevivência. O autoexame bucal que você irá aprender pode ser uma ferramenta importante para continuar fazendo o controle da sua saúde em casa. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- g) Os pesquisadores Allana Pivovar, mestranda do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Cassius Carvalho Torres-Pereira, professor de dedicação exclusiva na UFPR, responsáveis por este

estudo, poderão ser contatados na Universidade Federal do Paraná – Campus Botânico, localizada na Av. Prof. Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico-Curitiba- Paraná, CEP: 80210-170, Telefone/Fax: (41) 3360-4134 (Contato por email: pgodonto@ufpr.br) para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

- k) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- l) As informações relacionadas ao estudo só poderão ser conhecidas por nós pesquisadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada e em caso de fotografias de tal forma que não seja possível identificá-lo (uso de faixas pretas nos olhos), para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.
- m) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que problemas como: lesões suspeitas identificadas durante o exame profissional serão tratadas e ou acompanhadas na Clínica de Estomatologia da UFPR, que já mantém fluxo de atendimento com as unidades de saúde de Curitiba.
- n) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios desta pesquisa. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete qualquer tratamento que eu venha a necessitar na minha unidade de saúde e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema dos relacionados no item e.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, _____

(Assinatura do Participante de pesquisa)

(Assinatura do Pesquisador)

ANEXO 4 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____, CPF _____,
RG _____,

depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Allana Pivovar e Cassius Carvalho Torres-Pereira do projeto de pesquisa intitulado “RASTREAMENTO DE CÂNCER BUCAL EM PACIENTES DE ALTO RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA” a realizar as fotos que se façam necessárias sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Curitiba, ____ de _____ de 2016

Pesquisador responsável pelo projeto

Sujeito da Pesquisa