

## Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca

Quinquênio 1988-93

### Gerente do

**Programa de Oncologia**

Ernani Saltz

### Ministro da Saúde

Luiz Carlos Borges da Silveira

### Secretário Nacional de

**Programas Especiais de Saúde**

Celso Fetter Hilgert

### Diretor da Divisão Nacional de Doenças

**Crônico-Degenerativas**

### Superintendente da Campanha Nacional de

**Combate ao Câncer**

Geniberto Paiva Campos

### Coordenador da Campanha Nacional de Combate

**ao Câncer**

Hilton Augusto Koch

### Ministro da Previdência e Assistência Social

Jader Barbalho

### Presidente do Instituto Nacional de Assistência

**Médica da Previdência Social**

José Ribamar Serrão

### Elaboração

Ernani Saltz (PRO-ONCO/RJ)

Gilson Prego (PRO-ONCO/RJ)

Luiz Antonio Stein Neves (PRO-ONCO/RJ)

Magda Côrtes Rodrigues Rezende (PRO-ONCO/RJ)

Sonia Maria Gonçalves Ladeira (PRO-ONCO/RJ)

### Editoração

Nathercia Martinelle (PRO-ONCO/RJ)

### Datilografia

Vera Maria Guimarães L. de Brito (PRO-ONCO/RJ)

### Colaboração

Abel Silveira Cardoso (UFRJ)

Carlos Eduardo de Carvalho (SESI/RJ)

Décio dos Santos Pinto (Hosp. A. C. Camargo/SP)

Diva Claudia de A. Marques (INAMPS/RJ)

Edio Juarez Andrada Pereira (INCa/RJ)

Edson Viegas Pugas (INAMPS/RJ)

Elizabeth de Carvalho Alves (PRO-ONCO/RJ)

Emília Rebelo Lopes (PRO-CNCO/RJ)

Emilson de Queiroz Freitas (Hosp. de Oncologia/RJ)

Ethel Stambovsky Spichler (PRO-ONCO/RJ)

Geraldo Martins Tosta (Hosp. Mario Kroeff/RJ)

Geraldo Mattos de Sá (Hosp. Mario Kroeff/RJ)

Hilton Augusto Koch (CNCC/RJ)

Jacob Kligerman (INCa/RJ)

Jaime Leão Guitmann (INCa/RJ)

José Barbosa (IOP/SP)

José Roberto Menezes Pontes (INCa/RJ)

Lincoln Moreira Mendes (SMS/RJ)

Lucília Reis Pinheiro (PRO-ONCO/RJ)

Maria Paula Curado (SES/GO)

Mércio Azevedo Ferreira (MS/DF)

Nuncen Danciger (SMS/RJ)

Paulo Murilo Fontoura (SESC/RJ)

Rosa Maria Viana da Rocha Castelar Pinheiro

(INAMPS/RJ)

Rubens Martins da Silva (SESI/RJ)

Ruth Martins Brito (SES/RJ)

Tânia Maria do Nascimento (SESC/RJ)

Teresa Cristina Ribeiro Bartholomeu dos Santos

(Marinha)

Urubatan Vieira de Medeiros (SES/RJ)

Volnei Garrafa (UNB/DF)

Walter Correa de Souza (INCa/RJ)

## SUMÁRIO

---

### JUSTIFICATIVA

1. Histórico .....
2. Frequência relativa do câncer de boca no Brasil .....
3. Mortalidade .....
4. Estadiamento .....
5. Diagnóstico precoce .....
6. Tratamento, reabilitação e apoio clínico .....

### OBJETIVO GERAL .....

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....

### OBJETIVOS OPERACIONAIS .....

### METAS .....

### ESTRATÉGIAS .....

### ESTRUTURA OPERACIONAL .....

### AVALIAÇÃO (em desenvolvimento) .....

### RECURSOS (em desenvolvimento) .....

### ANEXOS .....

O Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca para o Quinquênio 1988-93 é uma das estratégias de atuação do Programa de Oncologia — PRO-ONCO. Este programa foi instituído em 1987, numa ação conjunta do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social — INAMPS e da Campanha Nacional de Combate ao Câncer — CNCC.

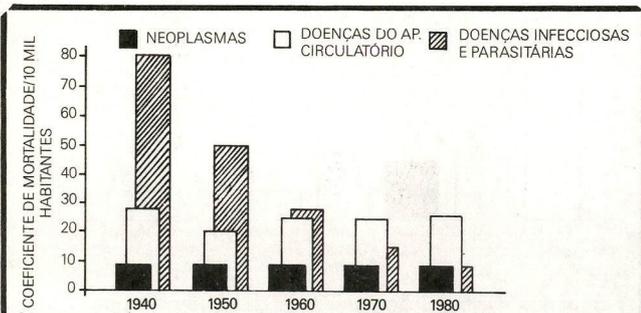
Com o PRO-ONCO, os dois Ministérios definem suas posições e firmam seus compromissos relativos ao controle de câncer no país definindo, por meio de projetos para áreas prioritárias, a política e as ações a serem desenvolvidas nos próximos cinco anos.

## Justificativa

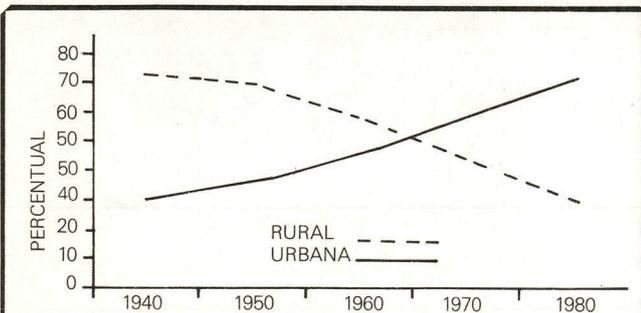
A análise dos dados disponíveis permite concluir que o perfil de mortalidade da população brasileira vem-se modificando nos últimos 40 anos, sendo o câncer, hoje, a segunda doença como causa de morte em várias capitais.

O coeficiente de mortalidade por doenças cardiovasculares e câncer manteve-se praticamente inalterado no período de 1940 a 1980, apesar dos avanços científicos e tecnológicos e da incorporação de novos e poderosos recursos de diagnóstico e tratamento. Contudo, a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias diminuiu cerca de dez vezes, durante esse mesmo período (Figura 1).

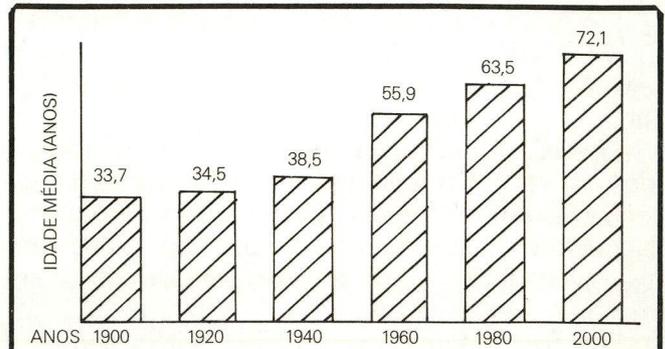
Essas alterações, em parte, estão associadas às transformações ocorridas na estrutura sócio-econômica do país, caracterizadas pelo processo de industrialização, pela urbanização acentuada (Figura 2) e pelo consequente aumento da expectativa de vida (Figura 3). Assim, um número cada vez maior de pessoas vem-se incluindo nas faixas etárias mais suscetíveis ao câncer, ou seja, a partir da quarta década de vida, quando, expostas aos agentes cancerígenos dos poluentes urbanos por um período maior, têm aumentadas suas possibilidades de vir a ter câncer.



**Figura 1** — Coeficientes de mortalidade por algumas causas, em capitais brasileiras, de 1940 a 1980. (Fonte: Mortalidade nas Capitais Brasileiras — 1930-1980. RADIS Dados, 2: 1-8, ago. 1984).



**FIGURA 2** — Evolução da composição populacional no Brasil, de 1940 a 1980. (Fonte: Fundação Ludwig, São Paulo).



**Figura 3** — Expectativa de vida ao nascer, no Brasil, de 1900 a 2020, para ambos os sexos. (Fonte: 1900/1950 — Santos, J.L.F. — Demografia: Estimativas e Projeções. São Paulo, FAUUSP, 1978. 1960/2020 — United Nations, Periodical on Ageing 84, v. 1, n. 1, 1985).

A magnitude do problema do câncer de boca no Brasil é avaliável pelos dados de morbidade e mortalidade, mas acima de tudo por meio de índices que demonstram inadequações das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, no que diz respeito à carência ou à falta de coordenação dos recursos existentes.

Estas ações vêm sendo desenvolvidas há várias décadas, quase sempre por meio de iniciativas pessoais ou institucionais, descontínuas e de pouca abrangência. Isto não tem possibilitado o controle da doença, dentro do que seria aceitável para uma neoplasia facilmente diagnosticável e passível de prevenção, no que pese a limitação da terapêutica disponível.

Observa-se hoje, no país, a existência simultânea de doenças ligadas ao subdesenvolvimento e aquelas relacionadas ao processo de industrialização e suas consequentes agressões ao meio ambiente e ao homem.

## 1. Histórico

A preocupação com a elevada morbimortalidade do câncer de boca no Brasil é relatada desde 1938, quando Mario Kroeff, através de palestras, procurava conscientizar os cirurgiões-dentistas de seu importante papel na detecção de lesões iniciais dessa patologia. Naquele ano, Alberto Coutinho e Amadeu da Silva Fialho realizaram cursos sobre neoplasias malignas da cavidade bucal, com o apoio do Centro Cultural Odontológico Século XX, no Rio de Janeiro. Posteriormente, outros colaboradores participaram da iniciativa destacando-se, entre eles, Jorge Sampaio de Marsillac.

Em 1951, a odontologia foi incluída como especialidade no Serviço Nacional de Câncer no Rio de Janeiro, então capital do país, sendo nomeado para sua chefia Walter Correa de Souza.

Em 1960, através do empenho de Jorge Fairbanks Barbosa e outros profissionais, a cirurgia de cabeça e pescoço foi reconhecida como especialidade no Brasil.

Em 1962, foi instituída a residência em odontologia no Hospital A. C. Camargo, em São Paulo, fortemente influenciada por Humberto Torloni e Décio Santos Pinto. Naquele local, até hoje, são formados cirurgiões-dentistas voltados para o diagnóstico precoce das lesões malignas da cavidade bucal.

Em 1970, Arthur Campos da Paz, então Diretor da Fundação das Pioneiras Sociais no Rio de Janeiro, iniciou um Programa de Detecção de Lesões Iniciais de Câncer de Boca, com a criação de gabinetes odontológicos.

Em 1974, Humberto Torloni, na ocasião Diretor da Divisão Nacional de Câncer — DNC, promoveu cursos de Pré-Câncer e Câncer de Boca em vários estados. No mesmo período a DNC elaborou, através de José Barbosa e Edmundo Pinto da Fonseca, a monografia *Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação do Câncer Bucal*, para alunos e profissionais de odontologia.

Em 1975 foi aprovado, pelo Ministério da Saúde, o plano inicial para elaboração do Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal — CABUL, concluído no ano seguinte, com a participação de professores de odontologia e profissionais de planejamento em saúde. A coordenação geral do programa foi desenvolvida por Volnei Garrafa.

No período de 1977 a 1980 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social — INAMPS realizou, dentro de um amplo programa levado a diversos estados, cursos sobre câncer de boca. Na Bahia, o coordenador foi Benedito Alves de Castro e Silva, sendo instalado, em Salvador, para controle dessa forma de câncer, um posto do INAMPS, o qual foi desativado posteriormente.

Em Recife, o curso foi coordenado por Luiz Kosminsky, a quem coube a direção de um ambulatório de prevenção, mais tarde também desativado.

Em 1986, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer — CNCC, visando à atuação mais global quanto aos caminhos seguidos para atenção ao câncer no país, assinou um protocolo de cooperação técnica com o INAMPS, criando o Programa de Oncologia — PROONCO, com sede no Rio de Janeiro.

Dentre as inúmeras áreas em que o programa teria de atuar fazia-se necessário definir prioridades. Assim, por tratar-se de neoplasia maligna passível de diagnóstico precoce, com relação custo-benefício bastante favorável, ainda que não fosse a mais prevalente, o câncer de boca foi um dos escolhidos para intervenção imediata, sendo elaborado o presente projeto com a participação de inúmeros profissionais.

O relato desses fatos e seus protagonistas, além de

fazer jus a alguns, entre muitos outros que participaram da luta contra o câncer no Brasil visa, principalmente, a lembrar que o que está sendo tentado hoje já foi feito por muitos ao longo dos anos. Assim procura-se, por meio da história, conhecer os caminhos e descaminhos passados em busca de uma ação eficaz e duradoura contra o câncer de boca.

"Já que se considera o câncer curável num bom terço dos casos, cumpre-nos obter e aumentar mesmo esta percentagem clássica, se não for por meio de técnicas adequadas, seja então com tratamento precoce... ensinar aos profissionais que manipulam com o organismo humano a pensar em câncer (dentistas, parteiras, massagistas); educar o grande público por meio de conferências, publicações, lições pelo rádio..."

Discurso de Mario Kroeff proferido em 14/05/1938

## 2. Frequência relativa do câncer de boca no Brasil

Considerando-se as principais localizações anatômicas primárias de câncer diagnosticadas no país por meio do exame histopatológico, no período de 1976 a 1980, o câncer de boca ocupou, em frequência rela-

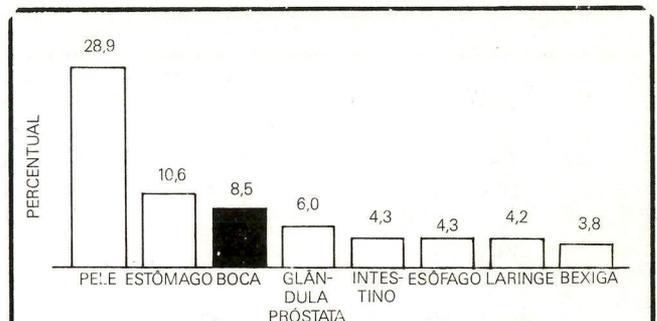


Figura 4 — Distribuição percentual das oito primeiras localizações de câncer primário no homem, no Brasil, entre 1976 e 1980. (Fonte: Câncer no Brasil, Dados Histopatológicos, Rio de Janeiro, 1982).

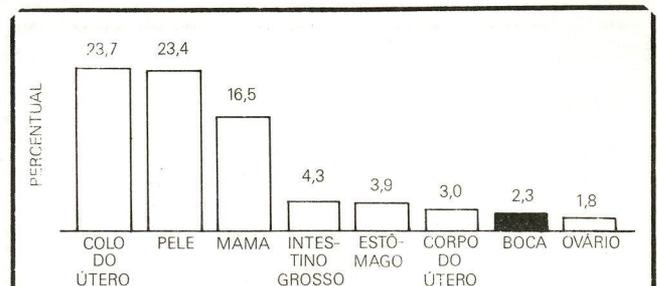
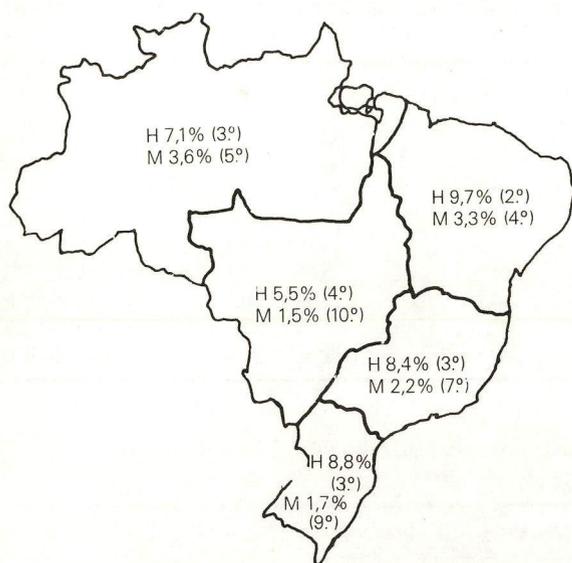


Figura 5 — Distribuição percentual das oito primeiras localizações de câncer primário na mulher, no Brasil, entre 1976 e 1980. (Fonte: Câncer no Brasil, Dados Histopatológicos, Rio de Janeiro, 1982).



**Figura 6** — Frequência relativa de câncer de boca segundo grandes regiões geográficas, no Brasil, de 1976 a 1980. (Fonte: dos dados primários: Câncer no Brasil, Dados Histopatológicos, Rio de Janeiro, 1982).

**Tabela 1** — Frequência relativa do câncer de boca (CID-O 140-145) nos estados brasileiros e lugar que esta patologia ocupa entre as dez neoplasias malignas mais freqüentes, por sexo, no Brasil, no período de 1976 a 1980.

Unidade de Federação	Sexo masculino		Sexo feminino	
	Frequência relativa %	Lugar que ocupa em relação à freqüência	Frequência relativa %	Lugar que ocupa em relação à freqüência
Rondônia	8,1	3°	1,4	5°
Acre	2,3	7°	3,5	4°
Amazonas	3,7	5°	1,3	10°
Roraima	4,0	5°	2,8	4°
Pará	8,7	3°	4,5	4°
Amapá	9,1	2°	4,1	4°
Maranhão	6,4	3°	1,2	5°
Piauí	5,8	3°	2,3	4°
Ceará	6,2	4°	2,9	7°
Rio Grande do Norte	7,5	3°	4,7	5°
Paraíba	15,8	2°	5,8	4°
Pernambuco	11,1	2°	3,7	4°
Alagoas	12,7	2°	3,7	4°
Sergipe	12,4	2°	2,6	4°
Bahia	9,6	2°	2,5	6°
Mato Grosso do Sul	5,8	4°	1,5	10°
Mato Grosso	7,8	3°	2,4	6°
Goiás	5,0	5°	— *	— *
Distrito Federal	5,8	4°	1,7	9°
Minas Gerais	6,9	4°	1,7	9°
Espírito Santo	9,1	3°	3,4	5°
Rio de Janeiro	8,0	4°	2,7	7°
São Paulo	8,9	3°	2,1	7°
Paraná	9,2	3°	2,4	6°
Santa Catarina	10,1	3°	1,7	9°
Rio Grande do Sul	8,2	2°	— *	— *

Fonte dos dados primários: Câncer no Brasil, Dados Histopatológicos. Rio de Janeiro, 1982.

\* Não figura entre as dez primeiras localizações.

tiva, o terceiro lugar para o sexo masculino e o sétimo para o feminino, conforme demonstram as Figuras 4 e 5.

Nas diversas regiões geográficas do país o câncer de boca ocupa posições relativas distintas, conforme é demonstrado na Figura 6. Vê-se que a Região Nordeste apresenta os maiores índices para o sexo masculino.

De acordo com a mesma fonte de dados, o Registro Nacional de Patologia Tumoral — RNPT, as unidades da Federação apresentaram as freqüências relativas por câncer da boca mostradas na Tabela 1.

Nas Tabelas 3 e 4 estão detalhados os índices relativos à localização primária de diagnósticos do câncer de boca (CID-O 140-145), nas grandes regiões geográficas do país, no período de 1976 a 1980, mostrando uma freqüência três vezes superior para o sexo masculino (14.512 diagnósticos) em relação ao sexo feminino (4.575 diagnósticos).

Os números apresentados confirmam dados da literatura, sendo o câncer de língua o mais freqüente,

**Tabela 2** — Número e percentual de diagnósticos de câncer de boca segundo a localização primária e grandes regiões geoeconômicas, na população masculina.

Localização primária (CID-0)	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Brasil	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Lábio (140)	44	19,9	573	26,5	80	20,0	2339	26,5	1124	38,3	4160	28,6
Língua (141)	61	27,6	564	26,0	111	27,7	2730	31,0	838	28,5	4304	29,6
Glândula salivar maior (142)	6	2,7	111	5,1	28	7,0	418	4,7	96	3,2	659	4,5
Gengiva (143)	12	5,4	182	8,4	18	4,5	513	5,8	112	3,8	837	5,7
Assoalho da boca (144)	34	15,3	195	9,0	17	4,2	829	9,4	152	5,1	1227	8,4
Outras partes da boca (145)	64	28,9	537	24,8	146	36,5	1969	22,3	609	20,7	3325	22,9
<b>Total (140 a 145)</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>2162</b>	<b>100</b>	<b>400</b>	<b>100</b>	<b>8798</b>	<b>100</b>	<b>2931</b>	<b>100</b>	<b>14512</b>	<b>100</b>

Fonte: dados primários, RNPT. Câncer no Brasil, Dados Histopatológicos, 1982.

**Tabela 3** — Número e percentual de diagnósticos de câncer de boca segundo a localização primária e grandes regiões geoeconômicas, na população feminina.

Localização primária (CID-0)	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Brasil	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Lábio (140)	18	10,7	201	17,2	19	12,4	572	22,7	187	32,2	997	21,7
Língua (141)	36	21,4	283	24,2	37	24,1	597	23,7	119	20,5	1072	23,4
Glândula salivar maior (142)	7	4,1	100	8,5	17	11,1	300	11,9	78	13,4	502	10,9
Gengiva (143)	13	7,7	133	11,4	16	10,4	231	9,1	35	6,0	428	9,3
Assoalho da boca (144)	23	13,7	95	8,1	6	3,9	168	6,6	23	3,9	315	6,0
Outras partes da boca (145)	71	42,3	353	30,3	58	37,9	642	25,5	137	23,6	1261	27,5
<b>Total (140 a 145)</b>	<b>168</b>	<b>100</b>	<b>1165</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>	<b>2513</b>	<b>100</b>	<b>579</b>	<b>100</b>	<b>4575</b>	<b>100</b>

Fonte: dados primários, RNPT. Câncer no Brasil, Dados Histopatológicos, 1982.

com exceção da Região Sul, onde o câncer de lábio predominou.

### 3. Mortalidade

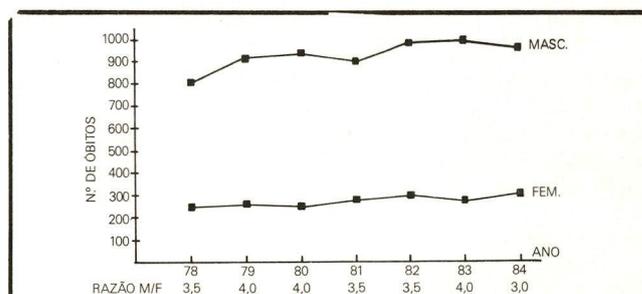
Em relação à mortalidade, no período de 1978 a maio de 1984, confirmou-se igualmente número de óbitos masculinos três vezes superior aos do sexo feminino (Figuras 7 e 8).

### 4. Estadiamento

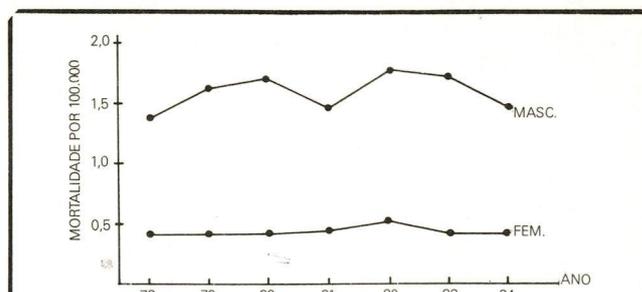
Analisando-se os dados referentes ao estadiamento de pacientes com câncer de boca constatou-se que, ao serem atendidos pela primeira vez em serviços especializados, mais de 80% dos casos encontravam-se em fase avançada da doença.

De 1975 a 1980, dentre os casos de câncer de boca convenientemente estadiados no Instituto Nacional de Câncer (INCa), no Rio de Janeiro, 83% foram representados por estádios avançados, III e IV, de acordo com o sistema TNM de classificação clínica. Destes, 26% encontravam-se sem qualquer possibilidade de serem encaminhados para tratamento especializado (FPT) (Figura 9).

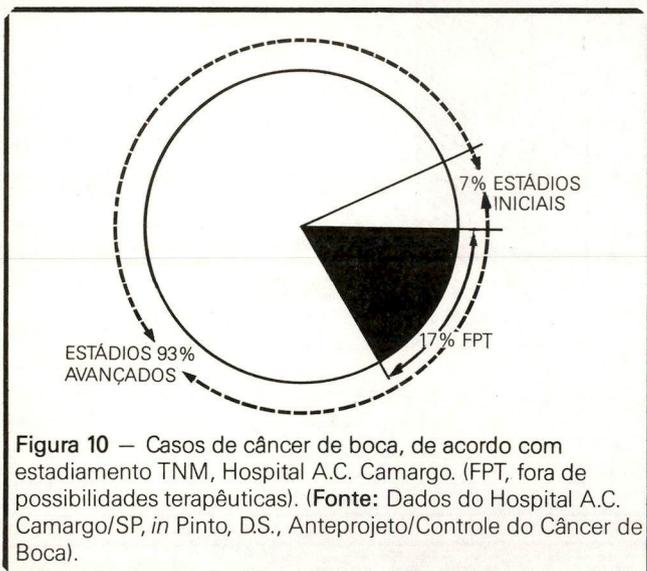
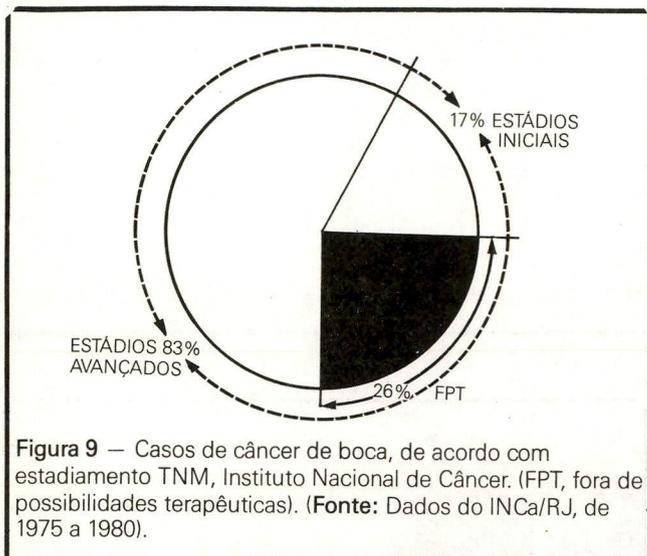
No Hospital A. C. Camargo, em São Paulo, de 1953



**Figura 7** — Óbitos por câncer de boca (CID-0 140-145) em ambos os sexos, no Brasil, entre 1978 e 1984. (Fonte dos dados primários: Ministério da Saúde/SNABS, Estatísticas de Mortalidade, Brasil).



**Figura 8** — Mortalidade por câncer de boca (CID-0 140-145) por 100.000 habitantes em ambos os sexos, no Brasil, entre 1978 e 1984. (Fonte dos dados primários: Ministério da Saúde/SNABS, Estatísticas de Mortalidade, Brasil).



a 1978, os casos avançados totalizaram 93%, com 17% dos pacientes considerados sem condições de receberem tratamentos oncológicos (Figura 10).

### 5. Diagnóstico precoce

Por iniciar-se com maior frequência no epitélio superficial da mucosa bucal, o câncer de boca é facilmente alcançável pelo exame direto sendo, portanto, passível de diagnóstico precoce. Poucos profissionais, no entanto, aproveitam essa oportunidade para diagnosticar lesões iniciais quando ainda existe possibilidade de cura.

Entre os fatores determinantes da baixa frequência com que o exame é realizado como um todo, sobressaem a descontinuidade e a insuficiência de ações educativas no país dirigidas aos profissionais de saúde e à comunidade.

Ainda de acordo com dados do Registro Nacional de Patologia Tumoral, o percentual de diagnósticos de carcinoma *in situ* da cavidade bucal, no período de 1976 a 1980, foi insignificante em relação às demais localizações, conforme está demonstrado na Tabela 4.

Neste período foram notificados ao RNPT 13.002 diagnósticos histopatológicos de câncer de boca no Brasil\*, sendo que deste total 56,06% foram notificados por hospitais de câncer, 22,20% por hospitais gerais, 18,98% por faculdades de medicina, 2,63% por faculdades de odontologia e 0,12% por outras instituições (Figura 11).

A distribuição percentual destas notificações por instituições de saúde retrata o sistema de referência para diagnóstico que vem sendo utilizado. É interessante ressaltar que os hospitais especializados, muito embora confirmando com frequência o diagnóstico por meio de nova biópsia, continuam sendo a principal referência para diagnóstico de lesões suspeitas da cavidade bucal, atividade que, num sistema de referência racional, deveria ser desenvolvida por instituições de menor complexidade. A maior utilização das faculdades e serviços de odontologia capacitados permitiria o melhor aproveitamento dos recursos dos hospitais de câncer, especialmente no que diz respeito aos profissionais altamente treinados que são os cirurgiões de cabeça e pescoço.

As faculdades de odontologia, formadoras do principal grupo de profissionais a quem compete detectar essa neoplasia maligna, dentre os 13.002 diagnósticos notificados ao RNPT, só participaram com a parcela de 342 casos (2,6%). Neste período, dos 306 laboratórios de anatomia patológica que participaram do levantamento, apenas 14 funcionavam nestes estabelecimentos de ensino.

De acordo com o Conselho Federal de Odontologia, em 1987 encontravam-se cadastrados 90.711 cirurgiões-dentistas em atividade no país, número que demonstra a grande disponibilidade desse recurso humano em potencial, ao qual a população brasileira pode ter acesso.

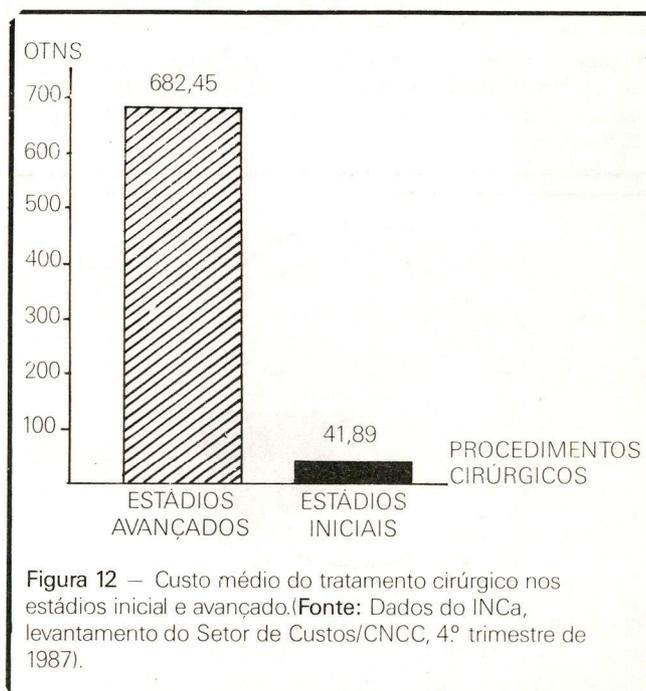
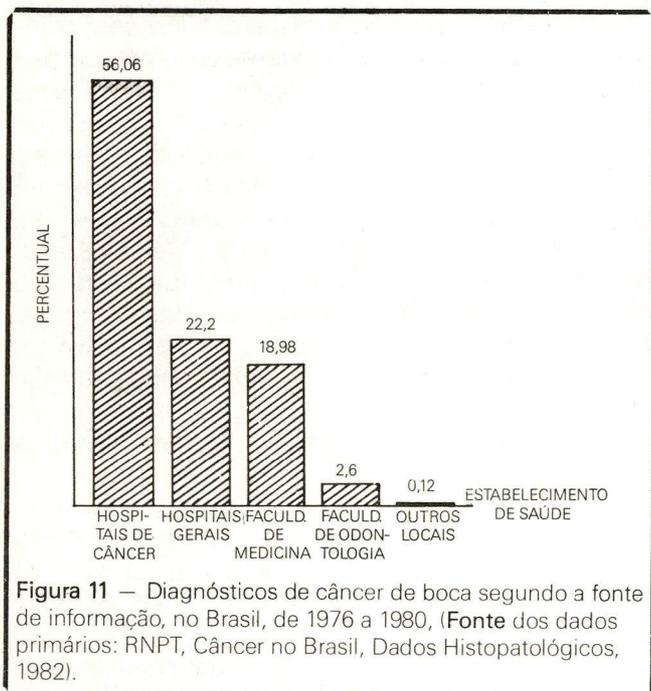
A importância do diagnóstico precoce do câncer de boca é inquestionável no que diz respeito à relação custo-benefício. No Brasil, não estão disponíveis dados sobre a mortalidade relacionada aos vários estádios da doença, de acordo com sua localização primária. Dados de literatura demonstram, no entanto, que a sobrevivência de cinco anos em pacientes com doença em estádios iniciais alcança 75% e 60%, respectivamente, nos estádios I e II, caindo para 10% no estágio III.

\*Os diagnósticos notificados por laboratórios privados de anatomia patológica (6.085 casos) foram excluídos para efeito de comparação entre os serviços de atendimento; totalizam, assim, 19.087 diagnósticos.

Tabela 4 — Diagnósticos de carcinoma *in situ*, segundo localização primária e sexo, no Brasil, de 1976 a 1980.

Localização primária (CID-0)	Homem		Mulher		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Cavidade bucal (de 140 a 145)	81	7,2	34	0,2	115	0,8
Demais localizações (de 146 a 199)	1.053	92,8	13.743	99,8	14.795	99,2
Todas as localizações (de 140 a 199)	1.134	100	13.777	100	14.911	100

Fonte dos dados primários: RNPT; Câncer no Brasil, Dados Histopatológicos, 1982

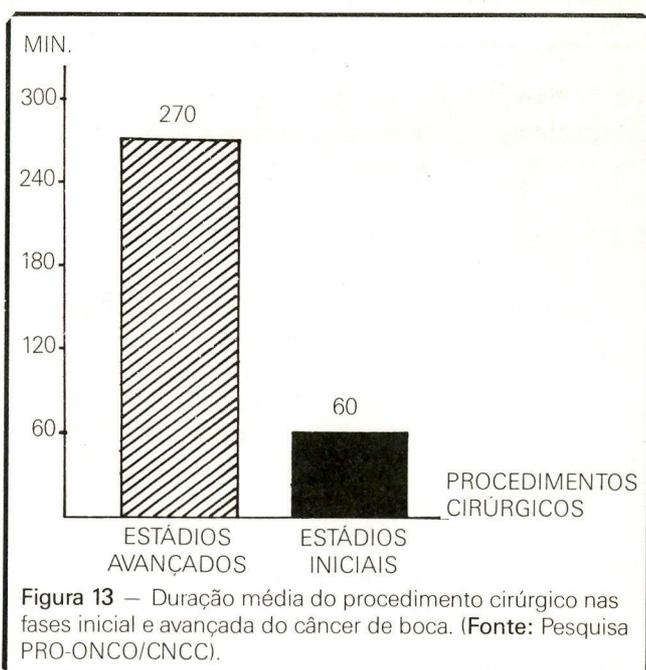


Levantando-se dados relativos aos custos médios do tratamento cirúrgico nas apresentações inicial e avançada da doença, e tendo-se como parâmetros as consultas prévias à cirurgia, o ato cirúrgico e a internação, observa-se a desproporção de custos entre os procedimentos nas apresentações inicial e avançada da doença, conforme demonstra a Figura 12:

Considerando-se, ainda, que os procedimentos cirúrgicos na fase inicial da doença, quando realizados em ambulatório, com anestesia local, durem em média 60 minutos, aumentando para 240 a 300 minutos na fase avançada, quando a doença é tratada em centros cirúrgicos, sob anestesia geral, pode-se avaliar o que representam estes aspectos quando se consideram a eficácia e a eficiência destes serviços (Figura 13).

## 6. Tratamento, reabilitação e apoio clínico

Do mesmo modo que a maioria das neoplasias malignas, o câncer de boca é tratado por meio de cirurgia, radioterapia e quimioterapia.



Enquanto o tratamento radioterápico, pelo tipo de equipamento que utiliza, é aplicado em serviços especialmente preparados para tal, a cirurgia e a quimioterapia são realizadas em diversos tipos de unidades de saúde, que vão desde consultórios a hospitais de câncer, passando por policlínicas e hospitais gerais.

Assim é que, apesar do razoável conhecimento acerca dos 29 hospitais de câncer do país, desconhece-se sua parcela de participação em relação aos demais recursos disponíveis quanto à cirurgia e quimioterapia realizadas fora dos mesmos.

Na Tabela 5 é apresentada a distribuição dos hospitais de câncer e principais serviços de radioterapia, de acordo com as macrorregiões geográficas do país, mostrando seu predomínio na Região Sudeste.

De acordo com a ressalva apresentada anteriormente, estes dados não demonstram a cobertura pelos recursos especializados de tratamento, aproximando-se melhor no que diz respeito à radioterapia, apesar da falta de referência ao porte dos diversos serviços.

Na Tabela 6 relaciona-se a população-alvo deste projeto aos serviços de radioterapia do país, visando ape-

nas a comparar a disponibilidade de recursos de irradiação entre as macrorregiões, ficando demonstrado que a Região Sudeste é a mais bem coberta, e a Centro-Oeste a mais deficitária. No que pese a dificuldade por sua grande extensão territorial a Região Norte mostra cobertura semelhante à das Regiões Nordeste e Sul.

São, no entanto, dados de pesquisa *in loco*, que nos permitem afirmar serem suficientes os recursos especializados para tratamento do câncer de boca no país. Na realidade, este importante potencial de recursos, como já foi demonstrado anteriormente, vem sendo utilizado inadequadamente, já que alcança o paciente em momentos clínicos desfavoráveis ao tratamento da doença, quer por sua distribuição inadequada, devido à carência de sistemas formais de encaminhamento, ou pela ausência de ações de saúde abrangentes, voltadas ao diagnóstico precoce da doença.

O câncer de boca é uma das patologias cujo tratamento impõe ao paciente as maiores mutilações. No entanto a reabilitação protética é ainda insignificante quanto ao seu grau de abrangência. É realizada por raros cirurgiões-dentistas capacitados do país, na maioria das vezes sobrecarregados de serviço, e cuja categoria profissional tem pouca possibilidade de expansão, já que inexistem cursos regulares para formação nesta área da odontologia.

Quanto à atenção aos pacientes fora de possibilidades de tratamento (FPT), existem poucas ações voltadas ao atendimento formal do FPT no Brasil. Estes pacientes, classificados de "crônicos", geralmente recebem, do sistema vigente, cuidados de internação em hospitais nos quais não se questiona a qualidade do atendimento prestado. Por outro lado, as instituições que trataram destes pacientes antes deles serem encaminhados àqueles hospitais eximem-se da responsabilidade de continuar prestando-lhes assistência, apresentando como justificativa, até certo ponto pro-

**Tabela 5** — Número e percentual de hospitais de câncer e serviços de radioterapia, de acordo com as macrorregiões geográficas do país.

Região	Hospitais de câncer		Serviços de radioterapia	
	n.º	%	n.º	%
Norte	2	6,89	2	2,02
Nordeste	6	20,68	20	20,20
Centro-Oeste	1	3,44	4	4,04
Sudeste	17	58,62	59	59,59
Sul	13	44,82	14	14,14
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

Fonte: Cadastro de Estabelecimentos de Saúde/MS, IBGE, CNEN.

**Tabela 6** — Relação entre a população masculina local de 40 e mais anos de idade e o número de serviços de radioterapia do país, de acordo com as macrorregiões geográficas.

Região	População masculina residente > 40 anos	N.º de serviços de radioterapia	Relação população/n.º de serviços de radioterapia
Norte	351.051	2	175.525
Nordeste	3.939.367	20	196.958
Centro-Oeste	955.178	4	238.794
Sudeste	7.083.607	59	120.061
Sul	2.426.801	14	173.342
<b>Total</b>	<b>14.756.004</b>	<b>99</b>	

Fonte: Cadastro de Estabelecimentos de Saúde/MS, IBGE/PNAD, 1986.

cedente, que os mesmos sobrecarregam, desnecessariamente, serviços com alto grau de especialização e custos elevados.

A evolução lenta e insidiosa do câncer de boca, além da valorização dos dentes como únicas estruturas merecedoras de atenção na cavidade bucal, num país onde a população subutiliza o profissional de odontologia, são fatores implicados no grande número de diagnósticos em estádios avançados. Constituem, ainda, fatores agravantes a má higiene bucal e a desnutrição, que dependem diretamente do desenvolvimento sócio-econômico da população.

### Objetivo geral

O Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca para o Quinquênio 1988-93 pretende reduzir a morbi-mortalidade pelo câncer de boca no Brasil.

### Objetivos específicos

1. Conhecer o magnitude do câncer de boca no país para:
  - *planejar as ações necessárias à expansão e controle dessa doença;*
  - *ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde quanto aos aspectos epidemiológicos, como forma de conscientizá-los para o problema;*
  - *dispor de parâmetros necessários à avaliação da eficácia, eficiência e efetividade do projeto.*
2. Conhecer a situação atual dos programas e ações de prevenção e controle do câncer de boca no país, a saber: detecção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, além de apoio ao paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais (FPTA) a fim de:
  - *implementar e uniformizar os programas em desenvolvimento nos estados;*
  - *levar ações educativas aos profissionais em serviço;*
  - *oferecer às instituições contatáveis a oportunidade de participarem de um sistema hierarquizado e regionalizado de assistência à saúde;*
  - *avaliar as necessidades a serem supridas.*
3. Promover a cobertura necessária através de prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e apoio com o intuito de:
  - *reduzir o aparecimento de casos novos por meio do controle dos fatores de risco e das lesões cancerizáveis;*
  - *aumentar os índices de cura e o intervalo livre de doença e prolongar a sobrevida dos pacientes,*

*por meio da instituição precoce dos tratamentos especializados;*

- *melhorar a qualidade da sobrevida com a utilização de métodos de reabilitação e apoio.*

4. Criar um sistema hierarquizado e regionalizado de assistência ao paciente com câncer de boca no país

com a intenção de:

- *utilizar racionalmente os recursos físicos e humanos disponíveis às ações de controle;*
- *reduzir o intervalo decorrido entre a detecção, o diagnóstico e o tratamento do paciente com câncer de boca.*

### Objetivos operacionais

*Para conhecer a magnitude do câncer de boca no Brasil (objetivo específico 1)*

1. Atualizar e ampliar os dados sobre a incidência do câncer de boca no território nacional.
2. Atualizar e ampliar os dados sobre a frequência relativa do câncer de boca no país.
3. Atualizar e ampliar os dados sobre o estadiamento de pacientes com câncer de boca no território brasileiro.
4. Atualizar e ampliar os dados de mortalidade por câncer de boca no Brasil.
5. Atualizar e ampliar os dados sobre lesões cancerizáveis de boca em estados brasileiros.

*Para conhecer os recursos disponíveis às ações de prevenção e controle do câncer de boca no Brasil (objetivo específico 2)*

6. Levantar a situação atual dos programas voltados à prevenção e ao controle do câncer de boca em desenvolvimento no país.
7. Obter informações sobre cirurgiões-dentistas em atuação no território nacional.
8. Conseguir dados sobre médicos que tenham atividades afins às ações de prevenção e controle do câncer de boca no país.
9. Fazer o levantamento dos estabelecimentos de saúde que têm serviços de odontologia no Brasil.
10. Levantar dados sobre os estabelecimentos de saúde do país que realizam as diferentes formas de tratamento especializado (cirurgia, radioterapia e quimioterapia).
11. Obter informações sobre os estabelecimentos de saúde e/ou serviços de reabilitação e serviços de apoio ao FPTA que se dedicam aos pacientes com câncer no país.

*Para oferecer cobertura necessária às ações de prevenção e controle do câncer de boca no país (objetivo específico 3)*

12. Assessorar os níveis regional e local quanto ao pla-

nejamento das ações de prevenção e controle do câncer de boca.

13. Adequar os recursos materiais às necessidades da demanda no que diz respeito ao diagnóstico precoce e à reabilitação.
14. Ampliar a capacitação dos recursos humanos existentes para desenvolvimento das ações de prevenção e controle.
15. Oferecer capacitação para detecção, diagnóstico precoce e reabilitação a novos profissionais de saúde.
16. Ampliar o conhecimento da comunidade sobre o câncer de boca e sobre as medidas de prevenção a serem adotadas.

*Para criar um sistema hierarquizado e regionalizado de assistência (objetivo específico 4)*

17. Propor um modelo, a nível nacional, de hierarquização e regionalização de assistência ao câncer de boca.
18. Assessorar as secretarias de saúde na adaptação e implantação do modelo proposto às necessidades.

## Metas

*Para o conhecimento da magnitude do câncer de boca no Brasil (objetivo específico 1)*

1. Levantar a incidência do câncer de boca nas seis capitais brasileiras as quais dispõem de registros de câncer em bases populacionais — RCBP (São

Paulo, Porto Alegre, Goiânia, Fortaleza, Recife, Belém), até julho de 1989 e ao final de 1993.

2. Obter a frequência relativa de diagnósticos histopatológicos (HP) do câncer de boca no Brasil, no período de 1981 a 1985, até julho de 1989 e ao final de 1993.
3. Fazer levantamento dos graus de estadiamento (sistema TNM), de pacientes com câncer de boca, em 10 dos 29 hospitais de câncer do país, até julho de 1989 e ao final de 1993.
4. Obter a taxa de mortalidade por câncer de boca, no território brasileiro, no período de 1984 a 1988, até dezembro de 1992 e ao final de 1993.
5. Conseguir, até dezembro de 1992, dados sobre lesões cancerizáveis de boca em serviços de patologia bucal de faculdades de odontologia, hospitais gerais e hospitais de câncer.

*Para saber quais os recursos disponíveis às ações de controle do câncer de boca no território nacional (objetivo específico 2)*

6. Fazer levantamento dos programas de expansão da prevenção e controle do câncer de boca em desenvolvimento nos estados da Federação, nos últimos cinco anos, até julho de 1989.
7. Obter, até julho de 1988, o quantitativo de cirurgiões-dentistas em atividade no país, assim como informações sobre a forma de contatá-los.
8. Conseguir, até julho de 1989, o maior número possível (e elementos para contato) de médicos que

**Quadro sinótico 1** — Objetivos específicos e operacionais.

Objetivos específicos	Objetivos operacionais
1. Conhecer a magnitude do câncer de boca no Brasil	Atualizar e ampliar dados sobre: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. incidência</li> <li>2. frequência relativa</li> <li>3. estadiamento</li> <li>4. mortalidade</li> <li>5. lesões cancerizáveis</li> </ol>
2. Conhecer a situação atual dos programas e ações de prevenção e controle do câncer de boca no país	Obter dados sobre: <ol style="list-style-type: none"> <li>6. programas em desenvolvimento</li> <li>7. cirurgiões-dentistas</li> <li>8. médicos em especialidades afins</li> <li>9. serviços de odontologia</li> <li>10. estabelecimentos com tratamento especializado</li> <li>11. estabelecimentos de saúde, com serviços de reabilitação e de apoio ao FPTA</li> </ol>
3. Promover a cobertura necessária, através da prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e apoio	12. Assessorar o planejamento das ações de prevenção e controle
4. Criar um sistema hierarquizado e regionalizado de assistência ao paciente com câncer de boca no país	13. Adequar os recursos materiais às necessidades da demanda 14. Ampliar a capacitação de recursos humanos existentes 15. Oferecer capacitação a novos profissionais de saúde 16. Ampliar o conhecimento da comunidade sobre a doença 17. Propor um modelo de hierarquização e regionalização para o país 18. Assessorar na adaptação e implantação do modelo às necessidades regionais e locais

exercem atividades afins com a prevenção e controle do câncer de boca no país.

9. Obter, até dezembro de 1988, além de dados que permitam contato, o somatório dos estabelecimentos de saúde com serviços de odontologia no país.
10. Levantar informações, até julho de 1989, sobre os estabelecimentos e serviços de cirurgia, radioterapia e quimioterapia que tratam do câncer de boca no território brasileiro.
11. Obter, até julho de 1989, informações (quantidade e elementos que permitam contato) sobre os estabelecimentos e/ou serviços instalados no território nacional, que oferecem reabilitação aos pacientes submetidos a tratamento de câncer de boca e apoio aos pacientes FPTA.

*Para alcançar a cobertura necessária às ações de controle do câncer de boca no país (objetivo específico 3).*

12. Assessorar, durante os próximos cinco anos, as secretarias estaduais e aquelas dos municípios com mais de 500 mil habitantes, no planejamento das ações de prevenção e controle do câncer de boca.
13. Adequar, nos próximos cinco anos, os recursos materiais à prevenção, diagnóstico precoce, reabilitação e apoio, em participação com as secretarias estaduais e as dos municípios com mais de 500 mil habitantes.
14. Informar, até outubro de 1988, 90% dos cirurgiões-dentistas que atuam no país sobre a magnitude do câncer de boca no Brasil e sobre sua disponibilidade no que diz respeito à detecção e ao diagnóstico precoce.
  - Levar, até dezembro de 1990, a 70% dos cirurgiões-dentistas em atividade no país, ações educativas voltadas à capacitação para suspeita do câncer de boca.
  - Capacitar, até dezembro de 1990, 1% dos cirurgiões-dentistas em atividade no território nacional, para diagnosticar câncer de boca, tratar lesões cancerizáveis e reabilitar pacientes.

15. Estimular, nos próximos cinco anos, o ensino relativo à detecção e diagnóstico precoce do câncer de boca, nas faculdades de medicina e odontologia brasileiras.

16. Levar ações educativas às populações de risco, crianças e adolescentes, através do Programa Nacional do Combate ao Fumo (PNCF), do Ministério da Saúde, durante o quinquênio 1988-93.

*Para criar um sistema hierarquizado e regionalizado de assistência (objetivo específico 4)*

17. Elaborar, até setembro de 1988, um modelo de hierarquização e regionalização de assistência ao câncer de boca com possibilidade de implantação a nível nacional.
18. Assessorar, durante o quinquênio 1988-93, as secretarias estaduais e aquelas dos municípios com

mais de 500 mil habitantes, na adaptação e implantação do modelo às necessidades regionais e locais.

## Estratégias

*Para conhecimento da magnitude do câncer de boca no Brasil (objetivo específico 1)*

1. Levantamento de dados de incidência do câncer de boca em capitais brasileiras, através dos registros de câncer de base populacional (RCBP) de São Paulo, Porto Alegre, Goiânia, Fortaleza, Recife e Belém.
2. Obtenção do número absoluto e da frequência relativa de diagnósticos histopatológicos (HP) do câncer de boca, no período de 1981 a 1985, através do Registro Nacional de Patologia Tumoral — RNPT.
3. Realização de estudo retrospectivo sobre estadiamento (sistema TNM) de pacientes com câncer de boca, por meio dos registros de hospitais de câncer do país.
4. Levantamento de dados de mortalidade por câncer de boca, no período de 1984 a 1988, com base no Cadastro de Mortalidade do Ministério da Saúde.
5. Realização de estudo prospectivo sobre lesões cancerizáveis da mucosa bucal, em cooperação com serviços de patologia bucal de faculdades de odontologia, hospitais gerais e hospitais de câncer.

*Para reconhecimento dos recursos disponíveis às ações de controle do câncer de boca no país (objetivo específico 2)*

6. Envio de circulares às secretarias estaduais de saúde para levantamento dos programas de expansão da prevenção e controle do câncer de boca, a níveis estaduais e municipais.
7. Compilação, através do Conselho Federal de Odontologia, do número de cirurgiões-dentistas em atividade no país e de elementos que permitam contato com esses profissionais.
8. Obtenção de quantidade total e de dados para contato de especialistas afins à odontologia (cirurgiões de cabeça e pescoço, otorrinolaringologistas, dermatologistas, cirurgiões plásticos etc.) em atividade no Brasil, por intermédio de suas respectivas sociedades médicas.
9. Levantamento do número total de instituições de saúde em atividade no país que dispõem de serviços de odontologia, assim como de dados para manutenção de contato com as mesmas, por meio das informações do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE.
10. Obtenção de informações sobre os estabelecimen-

Quadro sinótico 2 – Metas, cronograma e estratégias.

Metas/ Abrangência	Tempo previsto para resultados						Estratégias
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	
1. Levantar incidência do câncer de boca em seis capitais brasileiras _____		•					Levantamento de dados através do RCBP de São Paulo, Porto Alegre, Fortaleza, Recife e Belém
2. Obter freqüência relativa de diagnósticos HP do câncer de boca no Brasil _____	•						Obtenção de dados por meio do RNPT
3. Levantar graus de estadiamento de pacientes com câncer de boca, em dez hospitais de câncer do país _____		•					Estudo retrospectivo através dos registros de hospitais de câncer
4. Obter taxa de mortalidade por câncer de boca no território nacional _____					•	•	Levantamento através do Cadastro de Mortalidade do Ministério da Saúde
5. Conseguir dados sobre lesões cancerizáveis de boca em estados da Federação _____					•		Estudo retrospectivo em cooperação com serviços de patologia bucal
6. Levantar os programas estaduais de prevenção e controle do câncer de boca em desenvolvimento nos últimos cinco anos _____		•					Envio de circulares às secretarias estaduais de saúde
7. Obter informações sobre os cirurgiões-dentistas em atividade _____		•					Compilação de dados através do Conselho Federal de Odontologia
8. Conseguir informações sobre os médicos atuantes em áreas afins à prevenção e controle do câncer de boca _____		•					Obtenção de informações através das sociedades médicas afins
9. Obter o somatório e dados para contato com os serviços de odontologia _____		•					Levantamento através do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do IBGE
10. Levantar informações sobre os serviços de tratamento especializado do câncer de boca _____		•					Coleta de informações através do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, do IBGE, do Colégio Brasileiro de Radiologia, da CNEN e por pesquisa direta
11. Obter informações sobre os serviços de reabilitação e os de apoio ao FPTA _____		•					Pesquisa junto às instituições e serviços especializados no tratamento do câncer de boca
12. Assessorar as secretarias estaduais e as dos municípios com mais de 500 mil habitantes no planejamento das ações de prevenção e controle do câncer de boca _____						•	Realização de reuniões com representantes das secretarias estaduais e dos municípios com mais de 500 mil habitantes
13. Adequar os recursos materiais necessários à prevenção, diagnóstico precoce, reabilitação e apoio _____						•	Participação junto às secretarias de saúde alvos do projeto
14. Informar 90% dos cirurgiões-dentistas em atividade no país sobre a magnitude do câncer de boca e sua responsabilidade _____		•					Encaminhamento de cadastro educativo aos cirurgiões-dentistas
Levar a 70% dos cirurgiões-dentistas atuantes no país ações educativas voltadas à capacitação para suspeita do							Aplicação de cursos e distribuição de materiais didáticos a cirurgiões-dentistas e médicos de níveis regionais e locais

Metas/Abrangência	Tempo previsto para resultados						Estratégias
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	
câncer de boca _____• Capacitar 1% dos cirurgiões-dentistas em ação no território nacional para diagnosticar câncer de boca, tratar lesões cancerizáveis e reabilitar pacientes _____•							Aplicação de cursos e estágios de aperfeiçoamento a cirurgiões-dentistas através dos serviços de patologia bucal
15. Estimular as faculdades de medicina e odontologia no ensino da detecção e do diagnóstico precoce do câncer de boca _____•							Introdução de proposta de ampliação curricular e de materiais didáticos em faculdades de odontologia e medicina
16. Levar ações educativas às populações de risco e às crianças e adolescentes, através do PNCF _____•							Ações educativas, como palestras e distribuição e apresentação de materiais didáticos às populações-alvo
17. Elaborar um modelo nacional de hierarquização e regionalização de assistência ao câncer de boca _____•							Criação de um modelo de hierarquização e regionalização de assistência ao câncer de boca por um grupo interinstitucional
18. Assessorar as secretarias estaduais e aquelas dos municípios com mais de 500 mil habitantes na adaptação e implantação do modelo _____•							Manutenção de contato com as secretarias de saúde alvos, para adaptação e implantação do modelo a níveis regionais e locais

tos de saúde e serviços especializados no tratamento do câncer de boca, empregando os dados do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do IBGE, do Colégio Brasileiro de Radiologia e da Comissão Nacional de Energia Nuclear — CNEN, e por pesquisa direta.

11. Aquisição de informações sobre os recursos de reabilitação e apoio, a partir das instituições e serviços especializados no tratamento do câncer de boca.

*Para oferta de cobertura às ações de prevenção e controle do câncer de boca (objetivo específico 3)*

12. Realização de reuniões com representantes das secretarias estaduais e dos municípios com mais de 500 mil habitantes, para planejamento das ações de prevenção e controle do câncer de boca.
13. Participação, com as secretarias de saúde alvos do projeto, na ampliação e instalação de serviços de diagnóstico, reabilitação e apoio aos pacientes com câncer de boca.
14. Encaminhamento de cadastro educativo aos cirurgiões-dentistas em atividade no país, com informações sobre a magnitude do câncer de boca e sobre a responsabilidade desses profissionais quanto à detecção de lesões suspeitas e ao encaminhamento adequado dos pacientes para confirmação diagnóstica e tratamento.

- Aplicação de cursos e distribuição de materiais didáticos (manual, slides, vídeos) a cirurgiões-dentistas e médicos dos níveis regionais e locais, a fim de que estes profissionais possam

capacitar odontólogos na detecção de lesões suspeitas.

- Aplicação de cursos e estágios de aperfeiçoamento a cirurgiões-dentistas, através dos serviços de patologia bucal de faculdades de odontologia, hospitais gerais e de câncer, para fornecer-lhes capacitação na confirmação diagnóstica e no tratamento de lesões bucais cancerizáveis.
15. Introdução de proposta de ampliação curricular e de materiais didáticos em faculdades de odontologia e medicina, através do Subprograma de Educação em Câncer do PRO-ONCO/CNCC, durante todo o quinquênio.
16. Desenvolvimento de ações educativas dirigidas às populações-alvo, como palestras e distribuição e apresentação de materiais didáticos (álbuns seriados, slides, folhetos etc.), por meio de agentes de saúde e líderes comunitários.
- Para criar um sistema hierarquizado e regionalizado de assistência (objetivo específico 4)*
17. Criação de um modelo de hierarquização e regionalização de assistência ao câncer de boca por um grupo de trabalho interinstitucional, visando à utilização dos recursos — públicos e privados — existentes na rede de saúde, distribuídos em quatro níveis de atuação, a saber: comunitário, de suspeita, de diagnóstico e de tratamento.
18. Manutenção de contato com as secretarias de saúde estaduais e dos municípios com mais de 500 mil habitantes, assessorando-as na adaptação e im-

plantação do modelo às necessidades regionais e locais, de acordo com os recursos existentes.

As estratégias desenvolvidas e as que estão em desenvolvimento pelo PRO-ONCO são apresentadas como anexos no final do projeto.

### Estrutura operacional

O Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca — PEPCCB é um dos projetos desenvolvidos pelo Programa de Oncologia — PRO-ONCO por meio do Subprograma de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer — sPEPCC.

Suas bases foram estabelecidas após discussões da equipe de elaboração com especialistas das mais diversas áreas da saúde, voltados ao controle do câncer de boca.

A fim de desenvolver as estratégias necessárias visando a alcançar os objetivos desejados, busca a participação da rede de serviços de saúde por meio de ações individuais ou do SUDS. Conta com um conselho consultivo e uma equipe executiva e seu grupo de apoio (Figura 14). Sua composição e funções são a seguir definidas.

### Equipe executiva do PEPCCB (EEP)

#### Composição

Gerente do PRO-ONCO, Gerente do sPEPCCB, Supervisor do PEPCCB e demais integrantes do PRO-ONCO.

#### Funções

- Apreciar/elaborar os planos de trabalho e de aplicação anuais.
- Executar as medidas necessárias à implantação. Implantar e acompanhar o PEPCCB em todo o território nacional, de acordo com prioridades a serem definidas.
- Administrar/utilizar os recursos destinados à execução do programa.
- Elaborar relatórios semestrais para serem submetidos à análise dos níveis imediatamente superiores.

### Conselho consultivo do PEPCCB (CCP)

#### Composição

Representantes institucionais e especialistas de notório saber na área do câncer de boca, convidados pela Gerência do PRO-ONCO.

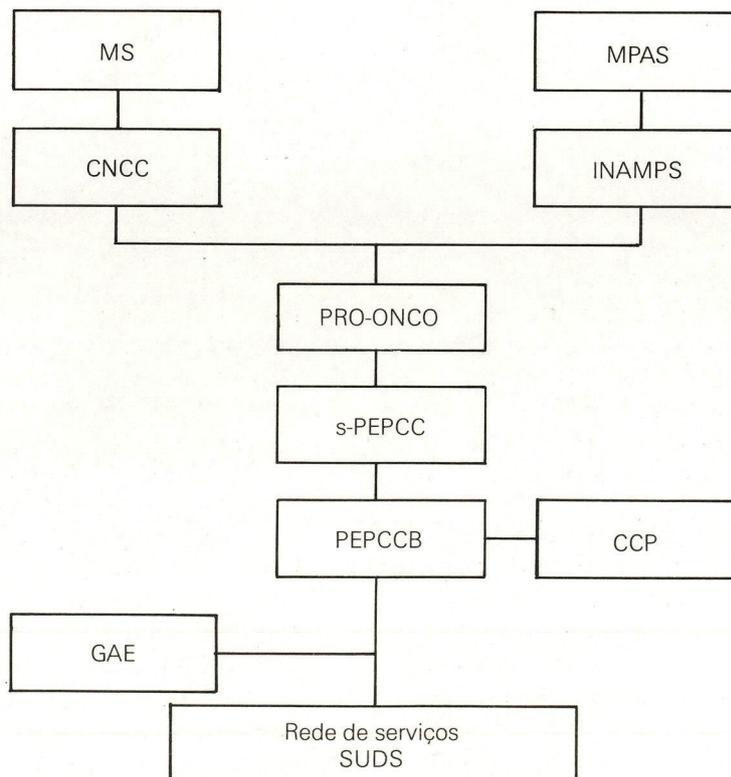


Figura 14 — Estrutura operacional do PEPCCB.

### *Funções*

- Sugerir ações a serem desenvolvidas para alcançar os objetivos do projeto.
- Emitir parecer técnico sobre a programação elaborada anualmente pela Equipe Executiva do Projeto (EEP).
- Representar e divulgar o projeto em eventos científicos e solenidades.
- Auxiliar na divulgação do PEPCCB.
- Coordenar atividades específicas do projeto.
- Acompanhar o desenvolvimento do PEPCCB.

### *Grupo de apoio executivo (GAE)*

#### *Composição*

Profissionais de saúde com atuação na área de câncer de boca, especialmente convidados pelo PRO-ONCO.

#### *Funções*

- Colaborar na execução das ações programadas.
- Propor adaptações para as ações desenvolvidas a níveis regionais e locais.
- Ministrando cursos, conferências e palestras de natureza técnica, constantes da programação do projeto.

- Colaborar na implantação e implementação do projeto a níveis regionais e locais.
- Representar a EEP a níveis regionais e locais.
- Elaborar relatórios das ações desenvolvidas em nome do projeto.

### *Rede de serviços de saúde/SUDS*

#### *Composição*

Profissionais de saúde envolvidos na atenção ao câncer de boca nos níveis **suspeita, diagnóstico e tratamento**, incluindo reabilitação e apoio aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais (FPTA) e que tenham competência para desenvolver as atividades específicas de cada nível.

#### *Funções*

- Detectar e encaminhar pacientes com suspeita de câncer de boca para confirmação diagnóstica através de profissionais treinados.
- Confirmar diagnósticos e tratar patologias benignas passíveis de malignização, encaminhando pacientes com câncer para tratamento especializado.
  - Tratar, reabilitar e dar apoio aos pacientes com neoplasias malignas de boca.

## ANEXO 1

## ESTRATÉGIA 7

## Cirurgiões-dentistas em atividades no país

## LEVANTAMENTO

Com o objetivo de obter informações sobre os cirurgiões-dentistas em atuação no território nacional, em março de 1988, o Conselho Federal de Odontologia foi contactado fornecendo ao PRO-ONCO/CNCC o número total de cirurgiões-dentistas em atividade no país, assim como a listagem dos profissionais por estado, constando o nome, número do CRO e endereço.

A Tabela A mostra a distribuição dos odontólogos por macrorregiões e estados da Federação, demonstrando a grande prevalência do recurso na Região Sudeste.

Os dados para identificação e localização serão utilizados oportunamente no endereçamento de materiais educativos.

**Tabela A** — Número e percentual de cirurgiões-dentistas do Brasil por grandes regiões e estados ou territórios da Federação.

Região	Estado/Território	Cirurgiões-dentistas	
		n.º	%
Norte	Roraima	—	—
	Amazonas	557	24,96
	Pará	1.326	59,43
	Amapá	—	—
	Acre	—	—
	Rondônia	348	15,59
	<b>Total</b>	<b>2.231</b>	
Nordeste	Maranhão	684	5,21
	Piauí	731	5,57
	Ceará	1.719	13,11
	Rio Grande do Norte	969	7,39
	Paraíba	1.641	12,51
	Pernambuco	3.115	23,76
	Alagoas	1.000	7,62
	Sergipe	527	4,02
	Bahia	2.722	20,76
	<b>Total</b>	<b>13.108</b>	
Centro-Oeste	Distrito Federal	1.656	29,18
	Mato Grosso	694	0,08
	Mato Grosso do Sul	1.097	19,33
	Goiás	2.228	39,25
		<b>Total</b>	<b>5.675</b>
Sudeste	Minas Gerais	11.511	20,34
	Espírito Santo	1.345	2,37
	São Paulo	31.399	55,48
	Rio de Janeiro	12.336	21,79
		<b>Total</b>	<b>56.591</b>
Sul	Paraná	4.781	36,31
	Santa Catarina	2.150	16,32
	Rio Grande do Sul	6.235	47,35
		<b>Total</b>	<b>13.166</b>
	<b>Brasil</b>	<b>90.771</b>	

Fonte: Conselho Federal de Odontologia, 1987

## ANEXO 2

## ESTRATÉGIA 14

## Encaminhamentos aos cirurgiões-dentistas em atividade no país

## CADASTRO EDUCATIVO

Com o objetivo de ampliar a capacitação dos recursos humanos voltados para as ações de prevenção e controle do câncer de boca, escolheu-se como ação ini-

cial o envio de mala direta, com informações sobre a magnitude do câncer no Brasil, aos 90.771 cirurgiões-dentistas do país.

Trata-se da primeira ação educativa. Sob forma de questionário, ao mesmo tempo em que cadastra os profissionais interessados na prevenção e controle do câncer de boca, lembra os cirurgiões-dentistas da sua responsabilidade quanto à detecção de lesões malignas.

A correspondência, que já é enviada com resposta paga, apresenta-se sob forma de:

1. *Folheto* assinado pelo Ministério da Saúde, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e pelo Conselho Federal de Odontologia, tendo como tí-

tulo *O Câncer de Boca no Brasil*. Faz referência à importância e situação atual do câncer de boca no país, propondo que cada *consultório odontológico* se transforme num centro de *deteccção de lesões iniciais*, e que cada *cirurgião-dentista* participe do *Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca* (Complemento 1).

2. *Questionário* com finalidade educativa, denominado *Cadastro de Profissionais de Saúde com Atenção ao Câncer de Boca*, o qual permite identificar médicos e cirurgiões-dentistas interessados em participar do programa de treinamento sobre prevenção e deteção do câncer de boca. Solicita dados de identificação do profissional e o interroga sobre atividades de diagnóstico que ele desenvolve, assim como seu procedimento para o encaminhamento de pacientes. Procura conhecer sua vinculação com estabelecimentos de saúde e, finalmente, sua conscientização sobre os malefícios do cigarro (Complemento 2).

## Complemento 1

### O câncer de boca no Brasil

#### *Importância*

O perfil de mortalidade no país vem-se modificando nos últimos 40 anos e o câncer já é a segunda causa de morte em vários estados brasileiros, inferior somente às doenças cardiovasculares.

O câncer de boca é uma das neoplasias malignas

mais freqüentes. No período de 1976 a 1980 a boca foi a terceira localização primária de câncer no homem, e a sétima na mulher, em freqüência relativa, para diagnósticos histopatológicos, de acordo com dados do Registro Nacional de Patologia Tumoral.

#### *Situação atual*

Ainda hoje mais de 80% dos pacientes que procuram tratamento em hospitais especializados já se encontram em estádios avançados da doença, fase em que as possibilidades de cura estão drasticamente reduzidas. Nestes casos a taxa de mortalidade é superior a 60% e os indivíduos que sobrevivem sofrem grandes mutilações, as quais dificultam seu convívio social e impedem sua reintegração ao trabalho.

#### *Proposta*

Poucos profissionais percebem que a boca é uma cavidade que permite fácil inspeção. Perde-se, dessa maneira, a oportunidade de detectar condições pré-malignas ou estádios iniciais da doença quando a cura ainda é possível.

Pretendendo reverter a situação atual, o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Conselho Federal de Odontologia, conscientes da importância do cirurgião-dentista nas ações de controle do câncer de boca, propõem que cada consultório odontológico torne-se um centro de deteção de lesões iniciais e que cada cirurgião-dentista participe do *Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca*, iniciando pelo preenchimento do formulário que segue anexo.

**CADASTRO DE PROFISSIONAIS  
DE SAÚDE COM ATENÇÃO  
AO CÂNCER**

**PROJETO DE EXPANSÃO DA  
PREVENÇÃO E CONTROLE DO  
CÂNCER DE BOCA**

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**

1. NOME
2. PROFISSÃO  MÉDICO  ODONTÓLOGO  C.R.O. ou C.R.M.
3. ESPECIALIDADE
4. RUA/AV  5. N°
6. BAIRRO  7. DDD  8. TELEFONE  9. ESTADO
10. CEP  11. MUNICÍPIO

**ATIVIDADES DE DETECÇÃO E DIAGNÓSTICO DESENVOLVIDAS PELO PROFISSIONAL**

1. EM SEU EXAME DA CAVIDADE BUCAL, BUSCA A DETECÇÃO DE LESÕES MALIGNAS?  
1.1  SIM 1.2  NÃO
2. RECOMENDA ALGUM CRITÉRIO DE PERIODICIDADE PARA ESSE EXAME? 2.1  SIM 2.2  NÃO  
2.1.1  ANUAL 2.1.2  SEMESTRAL 2.1.3  OUTROS
3. REALIZA BIÓPSIA DE LESÕES SUSPEITAS NO CONSULTÓRIO? 3.1  SIM 3.2  NÃO
4. REALIZA CITOLOGIAS ESFOLIATIVAS EM SEU CONSULTÓRIO? 4.1  SIM 4.2  NÃO

**ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES**

1. NÃO PODENDO DESENVOLVER A(S) ATIVIDADE(S), PARA ONDE ENCAMINHA O PACIENTE
- 1.1  NÃO ENCAMINHA 1.3  PARA INSTITUIÇÕES DE SAÚDE:  
NOME DA INSTITUIÇÃO \_\_\_\_\_ ESTADO   
MUNICÍPIO \_\_\_\_\_  
CADASTRO N°
- 1.2  PARA OUTROS PROFISSIONAIS  
1.2.1  MÉDICO 1.2.2  ODONTÓLOGO  
NOME \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
RUA/AV \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
TELEFONE \_\_\_\_\_ ESTADO   
MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ NOME DA INSTITUIÇÃO \_\_\_\_\_  
ESTADO   
MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ CADASTRO N°

**ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

1. TRABALHA EM ALGUMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE? 1.1  SIM 1.2  NÃO  
NOME DA INSTITUIÇÃO \_\_\_\_\_ ESTADO  MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ CADASTRO
2. TEM INTERESSE EM PARTICIPAR DE PROGRAMA DE TREINAMENTO SOBRE PREVENÇÃO E DETECÇÃO DO CÂNCER DE BOCA?  
2.1  SIM 2.2  NÃO
3. COM RELAÇÃO AO VÍCIO DE FUMAR, TEM CONHECIMENTOS DOS MALEFÍCIOS DO CIGARRO  
 SIM  NÃO
4. ORIENTA SEUS PACIENTES PARA DEIXAREM DE FUMAR?  
 SIM  NÃO

ASSINATURA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OBS: OS CAMPOS ZEBRADOS  NÃO PODEM SER PREENCHIDOS