

JUSSARA GUIMARÃES SOUSA

A CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) PARA A BUSCA ATIVA DAS PESSOAS COM ALTERAÇÕES DA NORMALIDADE NAS MUCOSAS DA BOCA: CONTRIBUIÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO DAS NEOPLASIAS OROFACIAIS.

Faculdade de Odontologia - UFMG

Belo Horizonte

2016

JUSSARA GUIMARÃES SOUSA

A capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a busca ativa das pessoas com alterações da normalidade nas mucosas da boca: contribuição para o diagnóstico das neoplasias orofaciais.

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Odontologia – Área de Concentração Saúde Pública.

ORIENTADORA: Dra. Andrea Maria Duarte Vargas

CO-ORIENTADOR: Dr. Ricardo Santiago Gomez

Faculdade de Odontologia - UFMG

Belo Horizonte - MG

2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

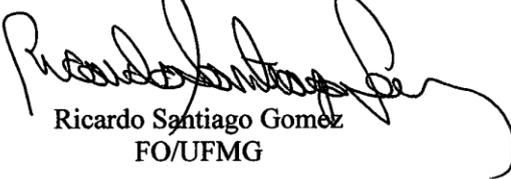
A capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a busca ativa de pessoas com alterações da normalidade nas mucosas da boca: contribuição para o diagnóstico das neoplasias orofaciais.

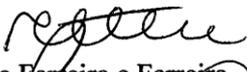
Jussara Guimarães Sousa

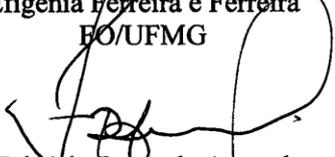
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre Profissional em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 14 de janeiro de 2016, pela banca constituída pelos membros:


Andrea Maria Duarte Vargas
FO/UFMG


Ricardo Santiago Gomez
FO/UFMG


Efigênia Ferreira e Ferreira
FO/UFMG


Fabricio Rezende Amaral
FEAD

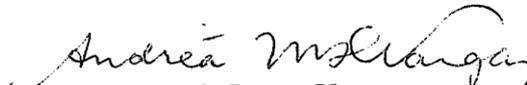
ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO de Jussara Guimarães Sousa

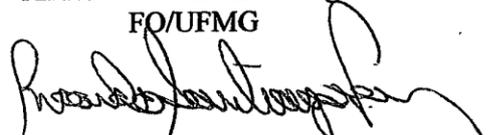
Aos 14 dias do mês de janeiro de 2016, às 10:00horas, na sala 3403 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, reuniu-se a Comissão Examinadora composta pelos professores Andrea Maria Duarte Vargas (Orientador) – FO/UFMG, Ricardo Santiago Gomez (Co-orientador) - FO/UFMG, Efigênia Ferreira e Ferreira - FO/UFMG e Fabrício Rezende Amaral – FEAD para julgamento da dissertação intitulada **A capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a busca ativa de pessoas com alterações da normalidade nas mucosas da boca: contribuição para o diagnóstico das neoplasias orofaciais.** A Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Profa. Isabela Almeida Pordeus, abriu os trabalhos e apresentou a Comissão Examinadora. Após a exposição oral do trabalho pela aluna e arguição pelos membros da banca, a Comissão Examinadora considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrou-se a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão. Belo Horizonte, 14 de janeiro de 2016.


Andrea Maria Duarte Vargas
FO/UFMG


Ricardo Santiago Gomez
FO/UFMG


Efigênia Ferreira e Ferreira
FO/UFMG


Fabrício Rezende Amaral
FEAD

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) de Carmo do Cajuru, que participaram e se empenharam na realização desse trabalho.

LISTA DE TABELAS

Figura e tabelas	Página
Figura 1 Instrumento de identificação e registro da avaliação da cavidade bucal das pessoas pertencentes ao grupo de risco para o câncer bucal	42
Tabela 1 Características sociodemográficas e hábitos das pessoas avaliadas pelas ACS. Carmo do Cajuru, 2015.	42
Tabela 2 Sensibilidade, especificidade, valores preditivos e falsos positivo e negativos do instrumento de avaliação das alterações de mucosas, aplicado por ACS. Carmo do Cajuru, 2015.	43

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CD – Compact Disc

CSP – Cadernos de Saúde Pública

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DP – Desvio Padrão

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FO UFMG – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

GM – Gabinete Ministerial

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAV – Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer

RHC – Registros Hospitalar do Câncer

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

Capítulo	Página
Introdução	12
Revisão da Literatura	15
Objetivos	22
Metodologia	23
Resultados e Discussão	27
Produto Técnico	44
Considerações Finais	51
Referências	53
Anexos	58
Apêndices	70

RESUMO

Este estudo teve como objetivo o desenvolvimento de um instrumento de busca ativa de alterações de mucosa, a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para seu uso e a avaliação de sua validade e reprodutibilidade. A capacitação dos ACS quanto às alterações de mucosa bucal foi feita em serviço e com atividades externas, em três sessões com intervalos de 10 dias entre elas. Foram avaliadas 95 pessoas adultas de diferentes sexos e os resultados foram registrados no instrumento desenvolvido para o estudo. Todas as pessoas avaliadas foram posteriormente examinadas pela pesquisadora (padrão ouro). Os resultados das avaliações das mucosas bucais realizadas pelos ACS e dos exames realizados pela pesquisadora foram analisados e comparados quanto à Sensibilidade (55%), Especificidade (67%) e quanto ao índice de concordância *Kappa* (39%) e Acurácia (59%). Concluiu-se que o instrumento elaborado, mostrou-se eficiente para uso pelos ACS e, mesmo diante das dificuldades inerentes aos serviços de saúde pública do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, estes profissionais têm grandes possibilidades de atuação junto à Equipe de Saúde Bucal na busca ativa das pessoas com alterações em suas mucosas bucais.

DESCRITORES: Agente Comunitário de Saúde. Capacitação em serviço. Rastreamento. Mucosa bucal.

ABSTRACT

This study aimed at developing an active searching tool for mucosal alterations, capacitating Community Health Agents (ACS, in its acronym in Portuguese) in using this tool and evaluating the tool's validity and reproducibility. The training of these Health Agents (ACS) to identify oral mucosal alterations was done during the ACS's normal activities, interleaved by external activities (three sessions with a 10-day interval between them). 95 adults of different genders were evaluated, and the exams results were recorded on the developed tool. All people evaluated were subsequently examined by the researcher (Gold Standard).

The results of the oral mucosa evaluations conducted by the ACS and the results of the examinations carried out by the researcher were analyzed and compared in terms of Sensitivity (55%), Specificity (67%) and as to the Kappa concordance index (39%) and Accuracy (59%). It was concluded that the developed tool proved to be efficient for use by the ACS and, despite the difficulties inherent in Brazilian public health service (SUS), these professionals have large possibilities of operating together with the Oral Health Team in the active search of people with oral mucosal alterations.

DESCRIPTORS: Community Health Agent. Work training. Screening. Oral mucosal.

1-INTRODUÇÃO

A face é a estrutura do corpo humano de maior impacto nas relações interpessoais. Nela estão contidos todos os cinco órgãos dos sentidos. Alterações em sua estrutura interferem diretamente nas relações sociais, muitas vezes isolando as pessoas acometidas do convívio com os seus semelhantes.

A cavidade bucal, órgão de destaque da face, é altamente complexa em suas funções e é um componente essencial da estética facial. Por vezes é acometida por lesões mutiladoras, desfigurando-a, interferindo na autoestima e nas relações interpessoais das pessoas assim acometidas. A localização e livre exposição da cavidade bucal facilitam a identificação e o diagnóstico precoce quando do aparecimento de alterações da sua normalidade e exposição das doenças que a acometem, bem como o seu tratamento. Dentre as lesões mutiladoras da cavidade bucal encontra-se o câncer, nome genérico de um conjunto de neoplasias malignas de diferentes matizes de evolução, progressão e morbimortalidade, sendo o mais frequente o carcinoma de células escamosas.

É consenso na literatura em todo o mundo que o câncer bucal tem uma das mais baixas taxas de sobrevivência e permanece inalterada, apesar dos avanços terapêuticos recentes. A detecção precoce e a redução do atraso no diagnóstico são as bases para a ampliação da sobrevivência das pessoas com essa doença, reduzindo assim a morbidade, a mutilação da face, a duração do tratamento e a redução dos custos associados a essa doença (SCOTT, 2008).

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2015), a grande maioria das manifestações de câncer bucal são diagnosticadas tardiamente. Este fato tem como uma das explicações o perfil do seu portador. A maior incidência do câncer bucal está presente em pessoas do sexo masculino, com idade superior a 40 anos, tabagista, etilista, exposto excessivamente e sem proteção ao sol, com dificuldades de relacionamento interpessoal e que não possui o hábito de cuidados com a sua saúde, incluindo aí a resistência em procurar serviços de assistenciais (II Encontro Nacional Brasil Sorridente, 2014). Sendo este o perfil do portador do câncer bucal, justifica o fato dessa doença ser rotineiramente diagnosticada em seus estágios mais avançados de desenvolvimento.

Análises qualitativas de risco referentes à probabilidade/impacto e utilizadas para o planejamento de ações estratégicas, argumentam que, a ocorrência de situações de baixa probabilidade e alto impacto demandam maior conhecimento e competência na agilidade e flexibilidade de implementação de soluções assertivas (Domínio Público). Essa análise é perfeitamente compatível com a baixa prevalência e o alto impacto da morbi-mortalidade do câncer bucal, requerendo atenção especial para o seu enfrentamento.

Considerando as pessoas expostas aos fatores de risco conhecidos para o desencadeamento das neoplasias malignas, a avaliação clínica regular e minuciosa é a principal ação para o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, o tratamento eficaz, reduzindo as taxas de morbidade e mortalidade e seus custos (BSOUL *et al*, 2005). A identificação dos grupos de risco em diferentes áreas geográficas tem sido apontada na literatura como uma ação necessária à detecção precoce do câncer bucal. Neste contexto, o sistema de referência e o acesso ao sistema de saúde vigente em cada país, pode diminuir grandemente o atraso no diagnóstico (BSOUL *et al*, 2005).

A presente descrição justifica no Brasil a busca por ações alternativas de detecção precoce do câncer bucal, uma vez que, apesar dos constantes investimentos na capacitação dos cirurgiões dentistas a esse fim, das ações de exames da cavidade bucal na população de idosos durante as campanhas de vacinação e os onerosos investimentos na mídia sobre os fatores de risco, os dados epidemiológicos apresentados pelo INCA, 2015, não têm-se modificado ao longo dos anos, permanecendo inalterados quanto ao encaminhamento tardio para tratamento, levando a altas taxas de morbi-mortalidade.

No II Encontro Nacional Brasil Sorridente, realizado em 2014, foi sugerido que uma maneira eficaz de captar precocemente o portador do câncer bucal seja através da sua identificação e localização na própria comunidade.

Com essa finalidade, o Programa de Saúde da Família é a grande esperança na identificação desses indivíduos, tendo nas ações do Agente Comunitário de Saúde (ACS) a possibilidade da sua busca ativa, através da identificação de anormalidades da cavidade bucal no grupo de risco para o câncer bucal, e do seu pronto encaminhamento aos serviços de Atenção Primária à Saúde para a primeira

avaliação minuciosa. Esta ação é de competência do cirurgião dentista, que busca sinais e sintomas não somente das lesões já consolidadas, mas principalmente das que possam levar à suspeição de lesões preliminares potencialmente cancerizáveis e/ou lesões precoces do câncer bucal.

Assim sendo e considerando a realidade brasileira atual, ao examinar as pessoas pertencentes ao grupo de risco, a comunidade responsável pela manutenção da saúde bucal, ou seja, a equipe da Atenção Primária em Saúde, contando com o precioso auxílio dos ACS devidamente capacitados, é quem tem legitimidade e competência para detectar precocemente, prevenir os agravos e as mutilações e contribuir para a redução dos índices de mortalidade pelo câncer bucal, interferindo positivamente na elevação da qualidade de vida das pessoas acometidas.

2- REVISÃO DA LITERATURA

O câncer bucal representa hoje no mundo, 2% do tipo mais prevalente de todos os cânceres (VAN der WAAL, 2011), ocupando no Brasil o 5º lugar para os homens e o 12º para as mulheres (INCA, 2015). Representando 90% no mundo (FERLAY *et al.*, 2008) e 95% no Brasil (INCA, 2015), o carcinoma de células escamosas é o achado mais frequente. Recentemente, tem-se verificado o aumento dos casos de carcinomas bucais em adolescentes e adultos jovens, associados à infecção pelo HPV (INCA, 2014). Esta constatação está presente nos trabalhos de Llewellyn *et al.*, 2001, que já apontava o Brasil como um dos países onde o câncer de língua em jovens e homens de média idade despontava como uma tendência crescente. Atualmente, a literatura aponta o aumento de infecções bucais pelo HPV em diferentes partes do mundo, sendo essa a tendência nas duas últimas décadas, associando-a ao carcinoma de células escamosas em adultos jovens (NORDFORS *et al.*, 2012, D' SOUZA *et al.*, 2014, ANTONSSON *et al.*, 2014).

Outra característica brasileira e mundial do câncer bucal é o seu diagnóstico tardio e, conseqüentemente redução significativa das taxas de sobrevivência. Segundo Warnakulasuriya (2009), van der Waal (2013), INCA (2014) e SES MG (2013), mais da metade dos diagnósticos são realizados nos níveis de estadiamento III e IV, onde a taxa de sobrevida das pessoas em 5 anos é de aproximadamente 20%. As mesmas fontes citam também a demora desde o diagnóstico e o início do tratamento e que as altas taxas de mortalidade são frequentemente associadas aos estágios avançados dessa doença, bem como com a presença de metástases cervicais. O estágio clínico no momento do diagnóstico é reconhecidamente o fator mais importante na sobrevida dos portadores do câncer de cabeça e pescoço. Evidências mostram que o diagnóstico precoce associado ao tratamento, podem diminuir significativamente a morbidade, podendo melhorar a sobrevida global das pessoas portadoras do câncer bucal (PEACOCK *et al.*, 2008).

Para Scott (2006) este fato está relacionado com os seguintes fatores: baixo nível de conhecimento sobre o câncer bucal e a demora das pessoas em procurar cuidados profissionais de saúde. Ainda segundo esse autor, os portadores do câncer bucal demoram mais de três meses desde a sua descoberta e a procura por

ajuda. Segundo Morais & Muniz, 2007, estas afirmações também são válidas para o Brasil. Estes autores citam também o número reduzido desses casos, barreiras na assistência à saúde, tais como o atraso de agendamento em centros de cuidados primários de saúde, atraso do diagnóstico nos centros especializados de câncer e demora no planejamento do tratamento. Visando reduzir a demora no início do tratamento de pessoas que têm diagnóstico de câncer confirmado, a legislação brasileira estabelece um prazo máximo de 60 dias desde o diagnóstico até o início efetivo do tratamento, através da Lei 12.732, 22 de novembro de 2012 (BRASIL, 2012), o que configura um avanço das políticas públicas de saúde.

A cavidade bucal está entre os sete sítios cujas neoplasias mais frequentes são consideradas passíveis de ações preventivas e/ou detecção precoce e, em conjunto, representaram 47% dos novos casos estimados para Minas Gerais em 2013. São eles: cavidade bucal, estômago, mama feminina, colo do útero, próstata, pulmão e cólon, reto e ânus. A linha do cuidado, baseada na promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, diagnóstico precoce e início do tratamento nas fases iniciais da doença, é, nesses casos, potencialmente positiva na reversão da morbimortalidade (SES MG – PAV, 2013).

É consenso mundial os fatores de risco para o câncer bucal. As publicações afins citam como tal as pessoas do sexo masculino com idade acima de 40 anos, o tabagismo, o etilismo, a baixa situação econômica e social, e a exposição solar sem proteção adequada (GARROTE *et al*, 2001, BROUHA *et al*, 2005, CONWAY *et al*, 2008, INCA, 2015). Brouha *et al*, 2005, encontraram associação entre etilismo e tabagismo excessivo e o atraso no diagnóstico. Em 2008, Conway *et al* confirmaram em uma meta análise que a incidência do câncer bucal está moderadamente associada à privação econômica e social, sendo que as maiores taxas de ocorrência pertencem às camadas mais desfavorecidas da população. Apresentando este perfil, segundo Scott *et al*. (2012), o grupo de risco é de difícil acesso e formas inovadoras de envolver este grupo em intervenções relacionadas à saúde precisam ser identificadas, testadas e implementadas. Em estudo recente realizado na região sudeste de Londres, em comunidade de baixo nível social e econômico e em pessoas pertencentes ao grupo de risco, utilizou-se da

comunicação individual para divulgar o conhecimento e a conscientização acerca das lesões malignas da boca e os benefícios do diagnóstico e tratamento precoce, com resultados significativos e economicamente favoráveis. A metodologia utilizada nesse trabalho contrapôs à campanha maciçamente apresentada pela mídia falada, escrita e televisiva, ocorrida na região oeste da Escócia e sem impacto significativo nessa população, com o agravante da utilização de recursos elevados no seu financiamento (EADIE *et al*, 2009).

Para Stahl *et al*, 2004, as campanhas de informação sobre o câncer bucal baseadas em publicidade da mídia podem ser úteis para aumentar a conscientização desta doença, porém seus efeitos são transitórios e a mensagem geralmente mal-entendida. Petti & Scully, 2007 concluíram que a informação através de panfletos tem efeito significativo a longo prazo acerca de conhecimentos sobre o câncer bucal e efeito secundário na conscientização desta doença entre o público em geral.

Segundo WARNAKULASURIYA *et al*, 2009, são necessárias medidas educativas específicas que visam dar acesso seletivo e prioritário aos pacientes de alto risco ou com sinais e/ou sintomas do câncer bucal, sendo relevante que os sistemas nacionais de saúde garantam aos cidadãos o livre acesso a estes sistemas. Nesse sentido a existência de uma lista de espera para o agendamento da assistência poderá levar a um atraso do diagnóstico.

No Brasil, a busca por ações de detecção precoce do câncer bucal através dos constantes investimentos na capacitação dos cirurgiões dentistas para esse fim, das ações de exames da cavidade bucal na população de idosos durante as campanhas anuais de vacinação e dos onerosos investimentos na mídia sobre os fatores de risco, não tem havido alterações significativas nas taxas de morbimortalidade nos últimos 10 anos (INCA 2004 a 2014) nem no nível de estadiamento da doença por ocasião do diagnóstico, como apresentado nos registros hospitalares do câncer (RHC- INCA, 2007 a 2014; RHC-PAV-SES MG, 2007 a 2013).

Em 1999, uma força tarefa de rastreamento do câncer bucal realizada no Canadá (CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, 1999) identificou que a efetividade do rastreamento é limitada pela baixa incidência e prevalência da doença, pelo potencial de falso-positivo e a pobre adesão ao rastreamento e

encaminhamento. Há moderada evidência para não recomendar o rastreamento na população em geral para câncer da boca pelo exame clínico e que as evidências dos rastreamentos oportunistas são insuficientes para recomendar a sua inclusão ou exclusão nos pacientes assintomáticos. Concluiu-se que é preciso considerar a realização de exames anuais por profissional médico ou dentista em pessoas com alto risco para câncer da boca. O mesmo trabalho cita fortes evidências de que a prevenção realizada através dos programas de assistência em saúde bucal à população em geral, tem reduzido a incidência de lesões pré-cancerosas.

Seguindo esse raciocínio, o INCA recomenda que a atividade fundamental é o monitoramento continuado dos programas de prevenção e controle implementados para combater o câncer e seus fatores de risco (INCA, 2014).

Para a identificação de doenças em uma população, a Organização Mundial de Saúde (OMS, (1995) sugeriu e definiu seu o rastreamento como “ o reconhecimento sistemático, os métodos preditivos de busca ativa para detectar riscos médicos/sanitários não manifestos ou enfermidades assintomáticas, para a implementação de oportuna intervenção...”, sem, contudo, considerá-lo como um serviço propriamente dito.

Para Pereira (2001): “rastreamento, triagem ou *screening* é a procura por indivíduos suspeitos de estarem enfermos ou em risco de adoecer, no seio da população aparentemente sadia”. O rastreamento é uma estratégia econômica e operacionalmente favorável uma vez que exames diagnósticos de maior precisão e complexidade serão aplicados em um menor número de indivíduos. Entretanto, o rastreamento do câncer bucal na população em geral não está indicado, justificado por sua baixa incidência, restringindo o rastreio à população de risco para essa doença (van der WAAL, 2013), bem como a ocorrência de diagnósticos falso positivos que tem como consequência prática a possibilidade de ocorrer encaminhamentos de pessoas que não apresentam essa doença. Considerando que o câncer bucal tem o prognóstico ruim e tornam os seus portadores estigmatizados, esses resultados de cunho negativo poderiam levar a transtornos psicológicos e sofrimentos desnecessários às pessoas com diagnóstico falso positivos (GIGERENZER, 2002).

Na busca por alternativas para a identificação de doenças bucais, tem-se envolvido outras categorias de profissionais de saúde, pertencentes ou não à classe odontológica, tais como médicos e paramédicos, técnicos e auxiliares em saúde e até mesmo os agentes de saúde, como mostram os trabalhos de Vidal *et al.*, 2003; Sankaranarayanan *et al.*, 1997; Metha *et al.*, 1986; Sartori, 2004; Ribeiro *et al.*, 2013; Scott *et al.*, 2012.

Na atual conjuntura, uma das alternativas que se apresenta para o Brasil, encontra-se na Estratégia de Saúde da Família (ESF), programa nacional de saúde pública do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído em 1994 (MS, 1994) que incorporou experiências positivas de outros países e que tem dentre outras atribuições, a organização da assistência à saúde centrada não somente nas ações médico-curativas, mas incluindo equipe multiprofissional, com a importante participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), elo entre a comunidade e a assistência (SOUSA, 2001). Nesse contexto, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi incorporada à ESF somente em 2000, por meio da Portaria Ministerial nº 1 444 (MS, 2000).

Segundo Melo *et al.*, 2011, o ACS é capaz de adquirir habilidades para detectar a perda de normalidade nos tecidos bucais, através de educação permanente. Esta ação é possível pelo fácil acesso à cavidade bucal, cuja triagem garantirá à pessoa pertencente ao grupo de risco o agendamento imediato de consulta com a equipe de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde (APS). Os trabalhos de Martins *et al.*, 2014, concluem que é necessária a capacitação permanente dos ACS, o que possibilitará que as ações e atividades em saúde bucal sejam mais eficientes, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A profissão de Agente Comunitário de Saúde foi criada por meio da LEI Nº 10.507, de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2002). Dentre as atribuições dos ACS, previstas no Anexo I da Portaria 1886/GM MINISTÉRIO DA SAÚDE, que estabelece normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e relacionadas ao rastreamento de doenças, citamos:

- apoio aos indivíduos e aos coletivos sociais, identificando as situações mais comuns de risco em saúde participando da orientação,
- acompanhamento e educação popular em saúde,

- informação à equipe de saúde e à população sobre a ocorrência de situações de risco, na micro área de atuação,
- identificação de indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde,
- orientação de famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde,
- conhecimentos gerais da anatomia e funções da cavidade bucal, principais doenças bucais e mecanismos de prevenção e controle das doenças bucais,
- prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis, através dos conceitos, sinais, sintomas e fatores de risco.

Sendo o ACS um personagem da comunidade onde atua, há uma forte identidade entre eles, estabelecendo um estreito envolvimento com os problemas de saúde das famílias assistidas (SILVA *et al*, 2012).

Avaliando o desempenho da equipe de saúde, em particular do ACS, Nunes *et al*, (2002) relata a importância de se levar em consideração a dinâmica relacional comunitária que se desenvolve em torno desse agente de saúde. Ressalta também a forma privilegiada com que o ACS participa da dinâmica de implantação e de consolidação do modelo assistencial do SUS.

Melo *et al*, 2011, identificam no ACS o profissional capacitado para trabalhar no senso comum, sendo capaz de identificar a existência de pessoas em condições de risco no universo da sua área de atuação, bem como reconhecer situações de normalidade e duvidar da sua perda, porém afirmando que a responsabilidade do diagnóstico é sempre do cirurgião dentista.

Em 2009, Frazão & Marques publicaram um estudo acerca da efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. Identificaram a melhoria na saúde bucal da comunidade e foi possível afirmar que os ACS também podem atuar em outras áreas e domínios de saúde, repercutindo na autoconfiança e na capacidade para controlar determinantes do processo saúde-doença.

Para Marzari *et al*, 2011, a importância do Agente Comunitário de Saúde está na singularidade desse profissional, transitando entre a assistência social, a educação, a saúde e o meio ambiente.

3- OBJETIVOS

3.1 – OBJETIVO GERAL

Elaborar estratégia para a identificação precoce de pessoas portadoras do câncer orofacial através da capacitação dos Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), implementando a busca ativa de pessoas que apresentam alterações da normalidade das mucosas bucais e desenvolver um instrumento para auxiliá-las nesta busca.

3.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Criar um método de capacitação para os ACS para a identificação de alterações da região orofacial nas pessoas pertencentes ao grupo de risco para o câncer bucal;
- Capacitar os ACS para busca ativa de pessoas com alterações da normalidade nos tecidos moles bucais;
- Elaborar um instrumento para o registro das avaliações bucais e avaliar sua validade e reprodutibilidade.

4- METODOLOGIA

Tendo como objetivo geral a capacitação dos ACS para a identificação das alterações das mucosas bucais, a validação desse estudo e do instrumento elaborado para o seu registro, condicionou-se à estimativa das avaliações realizadas pelos ACS em relação à técnica convencional de procedimentos para o fechamento do diagnóstico clínico, realizado pela pesquisadora e especialista em Estomatologia (padrão ouro).

O primeiro passo consistiu na elaboração de um instrumento para auxiliar os ACS na identificação de pacientes com alterações de mucosas bucais. Esse instrumento (figura 1) foi construído pelos pesquisadores das áreas de conhecimento específica de Estomatologia/Patologia e de Saúde Pública e outro da área de Gestão de Políticas Públicas de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

O instrumento utilizado na avaliação das mucosas bucais pelos ACS foi o mesmo utilizado pela pesquisadora para o exame rigoroso da cavidade bucal, com a finalidade de estabelecer uma referência para fins comparativos (NADANOVSKY & COSTA, 2005). Foi elaborado empregando termos da linguagem corriqueira, não acadêmicos, de forma a contemplar o entendimento rápido e claro pelos ACS. As três últimas sessões do instrumento foram elaboradas de forma a conduzir as avaliações, orientando as ACS quanto às alterações das cores padrão nos diversos espaços bucais, quanto aos sítios bucais a serem visualizados e quanto à morfologia das alterações identificadas. Embora não houvesse necessidade de estabelecer um diagnóstico, o instrumento serviu como roteiro para as avaliações realizadas em campo.

O presente estudo foi realizado no município de Carmo do Cajuru, estado de Minas Gerais, com população de 20.537 habitantes, taxa de analfabetismo de 6,8%, renda *per capita* de R\$ 587,75, sendo que 25,23% da população possui renda média mensal abaixo de $\frac{1}{2}$ salário mínimo (IBGE, 2010). Localiza-se na Zona Oeste mineira e dista 112 km de Belo Horizonte, capital do estado. Atualmente possui 05 equipes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) acrescidas de 04 equipes convencionais, cuja cobertura populacional é de 100%. Em relação à saúde bucal, o município conta com 05 Equipes de Saúde Bucal na ESF, acrescidas por 06

equipes convencionais, cobrindo 73,37% da população. Possui 33 Agentes Comunitários de Saúde, cada um responsável por uma média de 622,3 habitantes (DATASUS, SIGTAP, 2014). Foram selecionadas duas equipes da ESF, padrão do Ministério da Saúde, cobrindo uma população de aproximadamente 6.400 habitantes, perfazendo assim um total de 10 ACS. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas, uma localizava-se em área urbana e a outra em um distrito na zona rural.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP - UFMG) e aprovado sob o número 40338714.1.0000.5149.

Após a ciência e a autorização da pesquisa pelos Gestores Municipais de Saúde de Carmo do Cajuru e do contato e apoio dos gerentes das duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas para o seu desenvolvimento, iniciou-se a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atores principais desse trabalho.

A capacitação dos ACS foi realizada em 3 encontros. O primeiro encontro entre a pesquisadora e os ACS foi presencial, contando com a participação de todo o grupo de ACS convidado, bem como do Coordenador Municipal de Saúde Bucal. O objetivo desse encontro foi de apresentação da pesquisa e de informação e convite para a participação nos trabalhos. A sensibilização e a motivação para o aceite ao convite foram intensamente explorados. Todos os ACS participantes eram mulheres.

Iniciou-se os trabalhos com as apresentações pessoais e a fala livre das ACS acerca das suas atividades e da consciência da sua importância para a efetivação do programa de saúde da ESF. Em seguida houve a apresentação em PowerPoint de fotos de pessoas com lesões avançadas do câncer bucal, reforçando as consequências do seu tratamento mutilador. Informações sobre a importância do diagnóstico precoce para o tratamento mais conservador e para a maior sobrevivência das pessoas bem como a possibilidade de atuação dos ACS na captação dessas pessoas, foram amplamente discutidas. Aceito o convite, combinou-se o início dos trabalhos.

A capacitação propriamente dita teve início 10 dias após o primeiro encontro com a presença de todas as ACS convidadas e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi entregue a cada uma delas, um caderno contendo a impressão de fotografias da cavidade bucal normal, com alterações fisiológicas e com alterações patológicas de diferentes fases de desenvolvimento. Seguimos com a exposição exaustiva de fotos através do programa do Windows Office PowerPoint, utilizando para projeção um televisor com tela de 40 polegadas. Durante as seis horas dos dois dias do segundo encontro, discutiu-se intensivamente cada caso, com o objetivo de memorizar cada condição apresentada. No final de cada dia, foram apresentadas fotografias seguidas da descrição e da identificação por cada ACS, encerrando com a discussão das atividades do dia. Como atividade extraclasse, foi pedido a cada ACS que avaliasse a cavidade bucal de parentes e amigos, descrevendo e anotando os dados encontrados, conforme o discutido no primeiro encontro da capacitação. As avaliações foram registradas através de fotografias, utilizando seus aparelhos de telefone celular.

O terceiro encontro de capacitação dos ACS ocorreu após 10 dias, com a duração de dois dias, perfazendo um total de seis horas. Nessa fase a participação dos ACS foi intensamente ativa. Iniciamos com a descrição das percepções das atividades extraclasse, sendo discutidas as dificuldades, as dúvidas e as positivities das avaliações realizadas. Em seguida foram apresentadas novas fotos da cavidade bucal em sequência aleatória quanto à condição de normalidade e de anormalidade fisiológica e patológica. Durante toda a exposição houve participação ativa de todas as ACS, exercitando a identificação das fotografias bucais com e sem alterações na mucosa. Estava proposta, como atividade final da capacitação, a avaliação da cavidade bucal entre os participantes, o que causou constrangimento ao grupo, impedindo-nos de executar essa etapa. Finalizamos o encontro com a entrega a cada ACS de um kit para a realização das avaliações nos domicílios, acondicionado em caixa plástica e contendo espátulas de madeira, máscaras, luvas descartáveis, CD-ROM com todas as fotografias apresentadas durante a capacitação, caneta, instrumento de avaliação impresso e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a pessoa a ser avaliada.

Após o período de capacitação, as ACS identificaram, através da FICHA “A” do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), as pessoas a serem avaliadas em suas respectivas áreas de atuação profissional. O critério para a seleção das pessoas avaliadas foi o de serem adultas, considerando a maior prevalência de alterações nas mucosas bucais nessa fase da vida.

Para o alcance do proposto por esse trabalho, foi criada uma situação o mais fiel possível à realidade dos serviços brasileiros de saúde pública da Estratégia de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde. Assim sendo, a próxima fase da pesquisa consistiu na avaliação pela ACS da cavidade bucal de pessoas da comunidade de suas respectivas áreas de abrangência e em seus domicílios, considerando os conhecimentos adquiridos durante a capacitação. Cada ACS avaliou 10 pessoas utilizando a luz natural e as espátulas fornecidas no kit, sendo que as observações feitas foram anotadas no instrumento especialmente elaborado para esse fim (figura 1). Cada uma das pessoas avaliadas foi então examinada pela pesquisadora, utilizando as técnicas usuais, incluindo luz artificial e instrumental adequado ao exame proposto.

As avaliações nos domicílios, por se tratar de atividade a ser realizada concomitantemente à intensa rotina de trabalho das UBS, foram iniciadas na UBS da área urbana 30 dias após o término da capacitação, com uma variação de até 3 semanas entre as avaliações das ACS e do pesquisador. Na UBS localizada na zona do distrital rural, os trabalhos foram iniciados após 40 dias da capacitação, porém o intervalo entre as avaliações realizadas pelas ACS e a pesquisadora foi inferior a uma semana.

Os casos de alterações das mucosas bucais com diagnóstico clínico definido foram tratados nas UBS correspondentes pela pesquisadora e pela Equipe de Saúde Bucal (ESB) da UBS. Os casos que necessitaram exames complementares, foram encaminhados à Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO UFMG) para diagnóstico tratamento e/ou encaminhamentos necessários, correspondendo a 13 casos, 13,68% da amostra.

6- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Artigo submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública em 10/12/2015, para publicação.

Diagnóstico precoce de lesões orofaciais: a participação dos Agentes Comunitários de Saúde na busca ativa de pessoas com alterações na mucosa bucal.

Participação de ACS na busca de pessoas com alterações orofaciais

Sousa, JG; Ribeiro, MTF; Gomez, RS; Vargas, AMD.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo o desenvolvimento de um instrumento de busca ativa de alterações de mucosa, a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para seu uso e a avaliação de sua validade e reprodutibilidade. A capacitação dos ACS quanto às alterações de mucosa bucal foi feita em serviço e com atividades externas, em três sessões com intervalos de 10 dias entre elas. Foram avaliadas 95 pessoas adultas e de diferentes gêneros, e os resultados dos exames foram registrados no instrumento desenvolvido para o estudo. Todas as pessoas avaliadas foram posteriormente examinadas pela pesquisadora (padrão ouro). Os resultados das avaliações das mucosas bucais realizadas pelos ACS e dos exames realizados pela pesquisadora foram analisados e comparados quanto à Sensibilidade (55%) e Especificidade (67%) e quanto ao índice de concordância *Kappa* (39%). Concluiu-se que o instrumento elaborado mostrou-se eficiente para uso pelos ACS, tendo estes grandes possibilidades de atuação junto à Equipe de Saúde Bucal na busca ativa das pessoas com alterações em suas mucosas bucais.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Capacitação em serviço. Rastreamento. Mucosa bucal.

INTRODUÇÃO

A cavidade bucal é um componente essencial da estética facial. Por vezes é acometida por lesões mutiladoras, desfigurando-a, interferindo na autoestima e nas relações interpessoais. A localização e a livre exposição da cavidade bucal facilitam a identificação e o diagnóstico precoce quando do aparecimento de alterações da normalidade bem como o seu tratamento. Dentre as lesões mutiladoras da cavidade bucal encontram-se as neoplasias malignas de diferentes matizes de evolução, progressão e morbimortalidade.

É consenso mundial que a grande maioria das manifestações de câncer bucal é diagnosticada tardiamente ^{1,2,3}. Este fato tem como uma das explicações o perfil do seu portador. A maior incidência do câncer bucal está presente em indivíduos do sexo masculino, com idade superior a 40 anos, tabagista, etilista, exposto excessivamente e sem proteção ao sol ^{1,4,5}, estando moderadamente associada à privação econômica e social, cujas maiores taxas de ocorrência pertencem às camadas mais desfavorecidas da população ⁶. O grupo de risco é de difícil acesso e formas inovadoras de envolver este grupo em intervenções relacionadas à saúde precisam ser identificadas, testadas e implementadas ⁷. Sendo este o principal perfil do portador do câncer bucal, esta doença é rotineiramente diagnosticada em seus estágios mais avançados de desenvolvimento ².

Considerando as pessoas expostas aos fatores de risco conhecidos para o desencadeamento das neoplasias malignas, a avaliação clínica regular e minuciosa é a principal ação para o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, o seu tratamento eficaz, com menor morbidade e mortalidade além de custos reduzidos⁸.

A identificação dos grupos de risco em diferentes áreas geográficas tem sido apontada na literatura como uma ação necessária à detecção precoce do câncer bucal. Neste contexto, o sistema de referência e o acesso ao sistema de saúde vigente em cada país podem diminuir o atraso no diagnóstico ⁸. Na busca por alternativas para a identificação de doenças bucais tem-se sugerido a participação de outras categorias profissionais de saúde, pertencentes ou não à classe

odontológica, tais como médicos e paramédicos, técnicos e auxiliares em saúde e até mesmo os agentes comunitários de saúde ^{9,10}.

A presente descrição justifica, também no Brasil, a busca por ações alternativas de detecção precoce do câncer bucal, uma vez que, apesar dos constantes investimentos na capacitação dos cirurgiões dentistas para esse fim, das ações de exames da cavidade bucal na população de idosos durante as campanhas de vacinação e dos onerosos investimentos na mídia sobre os fatores de risco, os dados epidemiológicos apresentados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) não têm modificado ao longo dos anos, permanecendo inalterados com relação ao encaminhamento tardio para tratamento, levando a altas taxas de morbimortalidade^{1,2}.

Atualmente, acredita-se que uma maneira eficaz de detectar precocemente o portador do câncer bucal seja através da identificação e localização na sua própria comunidade, buscando sinais e sintomas não somente de lesões já consolidadas, mas principalmente das que possam levar à suspeição de lesões preliminares e/ou precoces. Com essa finalidade, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido pensada como um caminho na identificação dessas pessoas, tendo nas ações do Agente Comunitário de Saúde (ACS) a possibilidade da sua busca ativa e pronto encaminhamento aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) para o exame da cavidade bucal pelo cirurgião dentista. Essa ação poderá englobar um grande contingente de pessoas que não possui hábitos de autocuidado, incluindo aí a resistência em procurar por serviços assistenciais de saúde.

Segundo Melo et al. (2011) ¹¹, o ACS é capaz de adquirir habilidades para detectar a perda de normalidade nos tecidos bucais, através de educação permanente. É o profissional capacitado para trabalhar no senso comum entre a assistência à saúde e a comunidade e, quando devidamente treinado, ser capaz de identificar a existência de pessoas em condições de risco no universo da sua área de atuação, bem como reconhecer as condições de normalidade e duvidar da sua perda, nas estruturas da cavidade bucal.

Assim sendo e considerando a realidade brasileira e seu atual sistema de saúde pública, acredita-se que as ações conjuntas dos ACS e da Equipe da Saúde Bucal

(ESB) da APS são capazes de prevenir os agravos e as mutilações, contribuindo para a redução dos índices de morbimortalidade pelo câncer bucal, elevando a qualidade de vida das pessoas acometidas.

Este estudo teve como objetivo o desenvolvimento de um instrumento de busca ativa de alterações da normalidade das mucosas, a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para seu uso e a avaliação de sua validade e reprodutibilidade.

METODOLOGIA

Este é um estudo que avaliou o uso de um instrumento como ferramenta para a busca ativa de pessoas com alterações na mucosa bucal, bem como a eficiência do método de treinamento das ACS, agentes dessa ação. Foi desenvolvido pelos pesquisadores participantes desse trabalho, sendo um deles da área específica de Estomatologia/Patologia, outro responsável técnico na gestão de políticas de saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e outro professor da área de Saúde Pública.

Esse instrumento foi composto por dados sociodemográficos como a idade, ocupação, sexo e local de moradia e dados sobre hábitos das pessoas referentes aos fatores de risco para câncer bucal, tais como tabagismo, alcoolismo e exposição ao sol. Para a orientação nas avaliações bucais, continha também descrições sobre as alterações de cor, morfologia e localização das alterações encontradas, utilizando-se da linguagem coloquial e acessível a todos os participantes (figura 1).

Figura 1

O estudo foi realizado com as ACS do município de Carmo do Cajuru, Minas Gerais. Atualmente esse município possui 05 Equipes de Saúde da Família acrescidas de 04 equipes médicas convencionais, cuja cobertura populacional é de 100%. A assistência pública à saúde bucal cobre 73,37% da população do município, sendo 05 Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) acrescidas

por 06 equipes convencionais. Possui 33 Agentes Comunitários de Saúde, cada um responsável por uma média de 622,3 habitantes¹².

Foram convidadas todas as dez ACS, pertencentes à duas das equipes da ESF do município, responsáveis por uma população de 6400 habitantes. Todas as ACS eram do sexo feminino. Buscou-se contextualizar a pesquisa em um cenário mais próximo possível da realidade da Estratégia de Saúde da Família, adotada para reorganização da atenção primária do SUS.

Das duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), indicadas pelo gestor municipal, uma localizava-se em área urbana e a outra em um distrito na zona rural. Mediante o aceite e apoio dos Gestores Municipais de Saúde e gerentes das duas UBS convidadas, iniciou-se a capacitação dos ACS.

A capacitação das ACS foi realizada em 3 encontros presenciais. O objetivo do primeiro encontro foi de apresentação da pesquisa e de informação e convite para a participação nos trabalhos, reforçados pela sensibilização e pela motivação. Informações sobre a importância do diagnóstico precoce para o tratamento mais conservador e para a maior sobrevivência das pessoas com câncer bucal bem como a possibilidade de atuação dos ACS na captação dessas pessoas foram amplamente discutidas.

A capacitação propriamente dita teve início 10 dias após o primeiro encontro com a presença das ACS convidadas, momento em que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a participação nesse estudo. Foi entregue a cada uma delas um manual contendo a impressão de fotografias da cavidade bucal normal, com alterações fisiológicas e com diversas alterações patológicas. Seguiu-se com exposição de fotografias no programa Windows PowerPoint, utilizando para projeção um televisor com tela de 40 polegadas. Esse encontro teve duração de 06 horas em dois dias consecutivos, sendo que todas as fotografias foram discutidas exaustivamente com as ACS, visando a memorização das condições apresentadas. Os encontros diários foram sempre encerrados com a discussão e avaliação das atividades do dia. Como atividade extraclasse, foi solicitado a cada ACS que avaliasse a cavidade bucal de parentes e amigos, descrevendo e registrando os dados encontrados.

O terceiro encontro ocorreu 10 dias após, com a duração de dois dias e perfazendo um total de 06 horas, com a participação intensamente ativa das ACS. A atividade extraclasse foi inicialmente discutida seguida da apresentação de novas fotografias da cavidade bucal em sequência aleatória quanto à condição de normalidade e de anormalidade. O encontro foi finalizado com a entrega a cada ACS de um kit para a realização das avaliações nos domicílios, acondicionadas em caixa plástica e contendo espátulas de madeira, máscaras, luvas descartáveis, CD-ROM com todas as fotografias apresentadas durante a capacitação, caneta, instrumento de avaliação impresso e o TCLE para a pessoa a ser avaliada.

A próxima fase da pesquisa consistiu na avaliação da cavidade bucal pela ACS das pessoas da comunidade da sua área de abrangência e em seus domicílios. O número de pessoas a serem examinadas para avaliar a validade e reprodutibilidade do instrumento foi calculado tomando por base em um erro de 10%, significância de 95% e prevalência de 50% (sem estudos anteriores), perfazendo um total de 96 indivíduos. Utilizou-se o cálculo do tamanho da amostra para avaliar sensibilidade e especificidade: $N = Z^2 \cdot P \cdot (1 - P) / D^2$, onde P= proporção esperada; D= semi-amplitude do IC; Z= 1,96 (para $\alpha=0,05$ e IC 95%). Para facilitar a divisão, ficou definido que cada ACS avaliaria 10 pessoas, perfazendo um total de 100 avaliações, utilizando a luz natural e as espátulas fornecidas no kit. As observações feitas foram anotadas em ficha própria, instrumento elaborado para esse fim (figura 1). Na sequência, cada uma das pessoas avaliadas foi examinada pela pesquisadora (padrão ouro), treinada anteriormente por expert da área, utilizando as técnicas usuais, incluindo luz artificial e instrumental adequado ao exame proposto, reproduzindo os exames rotineiros realizados pelo cirurgião-dentista da UBS.

As avaliações nos domicílios, por se tratar de atividade a ser realizada concomitantemente à intensa rotina de trabalho das ACS nas UBS, foram iniciadas na área urbana 30 dias após o término da capacitação, com uma variação de até 3 semanas entre as avaliações das ACS e os exames realizados pela pesquisadora (padrão ouro). Na UBS localizada na zona do distrital rural, os trabalhos foram iniciados após 40 dias da capacitação, porém o intervalo entre as avaliações realizadas pelos ACS e a pesquisadora foi inferior a uma semana.

Os casos de alterações das mucosas bucais com diagnóstico clínico definido foram tratados pela pesquisadora e pela Equipe de Saúde Bucal nas respectivas UBS. Todos os casos que necessitaram exames complementares foram encaminhados à Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais para exames laboratoriais, diagnóstico, tratamento e/ou encaminhamentos.

Foi desenvolvido um banco de dados da pesquisa, no programa EXCEL, para o registro dos resultados. Os dados sociodemográficos (sexo e local de moradia) e os hábitos (uso de fumo, álcool e exposição ao sol) das pessoas avaliadas e participantes desse estudo, foram analisados descritivamente utilizando o programa estatístico SPSS.

Para determinação da validade e reprodutibilidade do instrumento utilizado na coleta dos dados, os valores de sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivos e negativos, falsos positivos e falso negativos, acurácia e teste *Kappa* foram calculados a partir de tabelas de contingência por meio do programa estatístico SPSS.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, e aprovado sob o número 40338714.1.0000.5149.

RESULTADOS

A média de idade das 95 pessoas avaliadas pelas ACS foi de 56,48 anos (DP= +ou – 11,56), sendo a máxima 83 a mínima 32 anos. Dados sociodemográficos e hábitos das pessoas examinadas estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

A prevalência das alterações das mucosas, definida a partir dos exames da pesquisadora, foi de 65,26%.

Na tabela 2 estão apresentados os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo, falso positivo e falso negativo e acurácia, do instrumento total e das categorias que o compõe (coloração, morfologia e localização).

Tabela 2

O teste *Kappa*, mostrou uma concordância geral do instrumento de 0,39 (*Kappa*). Esse estudo apresentou uma Sensibilidade de 0,55 e Especificidade de 0,67. Os Valores Preditivos Positivos e Negativos corresponderam a 0,75 e 0,44 respectivamente, sendo que o valor Falso Positivo foi de 0,45 e o Falso Negativo 0,33. A acurácia, ou seja, o somatório dos valores verdadeiros positivos e negativos das avaliações realizadas pelas ACS em relação à amostra estudada, representou 0,59.

DISCUSSÃO

Dentre todos os profissionais locados na Equipe de Saúde da Família (ESF-SUS), os ACS são os mais próximos da comunidade, conhecendo e participando da realidade de cada família^{13,14,15,16}. Entretanto, a interação entre o serviço odontológico e ACS ainda pode ser considerada tímida a julgar pela pouca produção científica sobre o tema. Assim sendo, a proposta desse estudo foi avaliar o efeito da capacitação dos ACS na busca ativa de pessoas adultas com alguma alteração em suas mucosas e desenvolver um instrumento cujas propriedades intrínsecas possibilitassem o rastreo de alterações de mucosa bucal, realizado por elas.

Considerando as exigências do Ministério da Saúde (MS) para o exercício profissional do ACS¹⁷ e estudos sobre o perfil desse profissional^{14,15,17}, que tem em sua maioria o nível de escolaridade de primeiro grau completo e segundo grau incompleto, esse instrumento utilizou-se da linguagem coloquial e acessível a todos os níveis de compreensão. O instrumento foi desenvolvido para rastreo de alterações na mucosa, uma vez que a definição diagnóstica é prerrogativa do cirurgião dentista¹⁸. Desta forma, as variáveis nele constantes, tais como a morfologia da lesão, a cor e a localização serviram como roteiro para que as ACS pudessem examinar a cavidade bucal integralmente.

Após a avaliação realizada pelas ACS e o respectivo exame realizado pela pesquisadora, os casos identificados tiveram prioridade no agendamento de consulta com o cirurgião dentista da Unidade Básica de Saúde para definir o

diagnóstico, instituir o tratamento clínico e providenciar os encaminhamentos aos serviços de exames laboratoriais dos casos de indefinição de diagnóstico clínico.

Das 100 pessoas recrutadas para exame, cinco casos foram perdidos (5%). Com relação ao gênero, 62% eram mulheres. A idade das pessoas avaliadas variou de 34 a 83 anos, com média de 56,5 anos (DP= +ou- 11,56). A faixa etária observada entre as pessoas avaliadas nesse estudo coincide com a de outros sobre a prevalência de lesões de mucosa ^{19,20,21,22} o que era esperado, já que se trata de uma amostra de conveniência cujo único critério de seleção foi sua composição especificamente de pessoas adultas.

Chama atenção nesse estudo a prevalência de fatores de risco para o câncer ^{4,5,6,23}, pois aproximadamente um terço das pessoas avaliadas relataram exposição ao sol e fumo, fatores essencialmente de risco para essa doença. É importante registrar 17,9% das pessoas residiam na área rural e a faixa etária contemplada no estudo abrangeu pessoas em idade produtiva, ou seja, trabalhadores rurais.

Os resultados indicaram que, no geral, as ACS mostraram melhor capacidade para descartar as alterações na mucosa quando inexistente (maior especificidade) do que para detectá-la quando realmente presente (sensibilidade). Por se tratar de uma proposta inédita de trabalho que envolve uma categoria profissional exclusiva da ESF, a comparação com outros estudos é limitada. O estudo encontrado na literatura que validou um instrumento para utilização pelo ACS foi o de Ribeiro *et al* (2014) ¹⁰, utilizado para rastreamento de condições de saúde bucal entre idosos. Considerando nesse estudo as lesões de mucosa, a sensibilidade foi 0,33, a especificidade 0,75 e acurácia 0,64, estes dois últimos semelhantes ao presente estudo.

Considerando que em nosso estudo a proporção de acertos correspondeu a 59% (acurácia 0,59), que correspondeu à primeira aproximação das ACS com o tema proposto e que a sua capacitação foi baseada exclusivamente em imagens da cavidade bucal, esse resultado mostrou-nos que esses profissionais têm boas possibilidades de atuação junto à ESB na busca ativa das pessoas com alterações em suas mucosas bucais, sendo uma estratégia promissora na identificação precoce do câncer bucal no grupo de risco para essa doença.

É importante destacar que o valor preditivo positivo foi alto (0,75), indicando que, embora a sensibilidade não tenha sido alta, de cada quatro casos encaminhados, três realmente tinham presentes alterações de mucosa. Ou seja, mesmo que as ACS tivessem dificuldade em detectar alterações entre aqueles que realmente as possuíam, quando o fizeram, agiram acertadamente. Assim, o percentual de falso negativo foi baixo (0,33). Este fato é bastante importante para o serviço de saúde uma vez que a possibilidade de um paciente doente ser descartado foi pequena. Porém, sendo o valor falso positivo (0,45) sem grandes interferências relativas nos resultados, tem como consequência prática a possibilidade de ocorrer encaminhamentos para o diagnóstico de pessoas que não apresentaram alterações em suas mucosas e, considerando que algumas doenças da boca têm um prognóstico ruim e tornam os seus portadores estigmatizados, esses resultados de cunho negativo poderiam levar a transtornos psicológicos e sofrimentos desnecessários às pessoas encaminhadas ²⁴. Nesse sentido, seria importante preparar corretamente as ACS para que não associem as avaliações às doenças bucais graves, mencionando apenas que as lesões de mucosa precisam ser tratadas visando a integridade da saúde e o bem-estar.

Quando consideradas as propriedades intrínsecas do instrumento por categoria: coloração, aparência e localização, observa-se que as categorias coloração e aparência mostraram valores de sensibilidade mais baixos que o instrumento geral e que a localização. Soma-se a isto, os maiores valores de falsos negativos encontrados nessas categorias, com destaque para coloração. Tal fato, sinaliza quanto a necessidade de aprimoramento do treinamento, para essas categorias especificamente.

Considerando apenas os dados da Unidade de Saúde São José dos Salgados, onde o intervalo entre os exames foi inferior a uma semana, a taxa de concordância não aleatória (*Kappa*) foi de 59%, considerada moderada ²⁵, sendo que esses dados foram superiores aos encontrados na Unidade de Saúde do município, 0,39, considerada razoável ²⁵. Este dado corrobora com a presença das lesões temporárias, muito frequentes nas mucosas jugal e labial, sendo de evolução rápida para a cura e sem sequelas que as possam identificar. Essa observação está presente em estudo realizado na área rural de Bangladesh, Índia, e que utilizou-se de categoria profissional correspondente aos ACS na identificação de doenças

neonatais ²⁶. O breve intervalo de tempo entre a avaliação realizada pelas ACS e do exame feito pela pesquisadora foi capaz de identificar essas lesões, o que não ocorreu na Unidade de Saúde do município. Considerando que as avaliações foram realizadas pelas ACS, sem formação anterior específica na área da cavidade bucal, podemos considerar estes resultados bastante promissores.

A prevalência das alterações nas mucosas bucais (65,26%) foi condizente com estudos realizados em diferentes países tais como no Yemen, Chile e Iran (77,1%, 67,5% e 98% respectivamente) ^{19,20,21}, e superior aos estudos de Taiwo, Juliana *et al.* ²² na Nigéria (22,46%). Sendo esses estudos realizados em instituições, contrastou com o presente estudo cuja amostra foi de conveniência e constituída por pessoas adultas e usuárias dos serviços gerais de saúde pública, residentes no território de referência das UBS selecionadas.

Com relação às limitações do estudo pode-se citar a dificuldade da avaliação das pessoas imediatamente após o término da capacitação devido ao fato de que os ACS têm atribuições diárias extensas, permeadas de atividades sazonais, cumprindo o calendário dos programas do Ministério da Saúde. O treinamento focado exclusivamente em imagens, sem apresentação de textos descritivos das condições bucais, foi insuficiente para que as ACS pudessem identificar as diferenças entre as condições normais das alteradas. Esta metodologia estava de acordo com o objetivo da pesquisa. Porém, possivelmente o longo espaço de tempo entre a capacitação dos ACS, realizado através de imagens, e o trabalho de campo superior a 30 dias, influenciou negativamente nas suas avaliações.

Outra limitação foi o curto período de capacitação das ACS. Embora a especificidade tenha sido maior que a sensibilidade, ou seja, as ACS tiveram mais facilidade em descartar a existência das alterações das mucosas do que detectá-las, quando o fizeram tiveram um acerto de 75%. Assim sendo, um treinamento mais prolongado e mais centrado na normalidade das estruturas da boca faz-se necessário. Nesse sentido, citamos as avaliações das ACS onde as varizes sublinguais enegrecidas foram confundidas com lesões pigmentadas, tecido linfóide na porção posterior da língua identificadas com lesões tumorais (caroço) e hiperplasias nos rebordos alveolares, comuns na faixa etária estudada, não foram por elas consideradas como alterações da mucosa alveolar.

Ainda como limitação desse estudo, salientamos também as lesões de placas brancas, leucoceratoses, que não foram suficientemente identificadas pelas ACS, possivelmente camufladas pela presença da saliva, uma vez que a inspeção bucal consistiu apenas no afastamento das estruturas moles da boca com uma espátula de madeira e utilização de luz natural. Essa condição de avaliação reproduziu o ambiente de trabalho das ACS, mas apontou para uma dificuldade na identificação destas lesões.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentaram-se promissores quanto ao envolvimento dos Agentes Comunitários de Saúde nas atividades da Equipe de Saúde Bucal para a busca ativa das pessoas com alterações de normalidade nas mucosas bucais, mostrando-se grandes aliados em suas atividades estratégicas.

O instrumento utilizado teve bom desempenho no sentido de orientar as avaliações realizadas pelas ACS.

Entretanto observou-se que, nesse estudo, a capacitação dos ACS foi insuficiente quanto à exploração do conteúdo relativo à normalidade da cavidade bucal e o tempo destinado a essa etapa precisa ser ampliado.

REFERÊNCIAS

- (1) BRASIL – INCA, 2015. Disponível em < www.inca.gov.br >. Acesso em: dezembro, 2015.
- (2) MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco – PAV/MG: Registros Hospitalares de Câncer em Minas Gerais / Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (v.1): Belo Horizonte: SES MG, 2013.
- (3) Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal câncer: Oral Oncology 2009; 45: 309-316.

- (4) Brouha XDR, Tromp DM, Hordijk GJ, Winnubst JAM, Leeuw JRJ. Role of alcohol and smoking in diagnostic delay in head and neck cancer patients: *Acta Otolaryngol* 2005; 125: 552-556.
- (5) Garrote LF, Herrero R, Reye RMO, Vaccarella S, Anta L, Muñoz N, Franceschi S. Risk factors for cancer of the oral cavity and oro-pharynx in Cuba. *British Journal of Cancer* 2001; 85: 46.
- (6) Conway DI, Petticrew M, Marlborough H, Berthiller J, Hashibe M, Macpherson LMD. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies: *Int. J. Cancer* 2008; 122: 2811-2819.
- (7) Scott SE; Kwuaja M; Low EL; Weinman J; Grunfeld, EA. A randomised controlled trial of a pilot intervention to encourage early presentation of oral cancer in high-risk groups: *Patient Education and Counseling* 2012; 88.
- (8) Bsoul AS, Huber MA, Terezhalmay GT. Squamous cell carcinoma of the oral tissues: a comprehensive review for oral healthcare providers. *J Contemp Dent Pract* 2005; 6: 1-16. Review
- (9) Mehta FS, Gupta PC, Bhonsle RB, Murti PR, Daftary DK, Pindborg JJ. Detection of oral cancer using basic health workers in an area of high oral cancer incidence in India: *Cancer Detection & Prevention* 1986; 9: 219-225.
- (10) Ribeiro MTF; Ferreira, RC; Vargas, AMD; Ferreira, EF. Validity and reproducibility of the revised oral assessment guide applied by community health workers. *Gerodontology* 2013. 31: 101-110.
- (11) Melo N, Figueiredo PTS, Leite AF, Souza TAC, Lucena EHG, Zanetti CHG. Diagnóstico bucal precoce no SUS: análise individual, vigilância á saúde e trabalho em equipe como possibilidade (re)estruturante: *Tempus - Actas de Saúde Coletiva - Saúde Bucal*. Brasília, 2011.
- (12) BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014. Disponível em: <<http://datasus.sigtab>> Acesso em dezembro, 2015.
- (13) Martins RJ, Moimaz SAS, Garbin AJI, Gonçalves GCS. Relação entre a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e o

- nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2014; 9:343-349.
- (14)Marzari, Carla Kowalski, Junges, José Roque, Selli Lucilda. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(Supl. 1):873-880.
- (15)Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24:1304-1313.
- (16)Silva TB, Magalhães HLGO, Solá ACN, Rodrigues BC, Carneiro ACOMO, Schechtman NP, et al. Capacitação do Agente Comunitário de Saúde na prevenção do Câncer de Colo Uterino. *Rev Bras Educ Med* 2012; 36: 155-160.
- (17)BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10507, 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002; 11 Jul.
- (18)CFO - Conselho Federal de Odontologia. CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA. Cap. II. Art. 5º. I. Resolução CFO-118/2012.
- (19)Al-Maweri SA, Al-Jamae AA, Al-Sufyani G, Tarakji B, Shugaa-Addin B. Oral mucosal lesions in elderly dental patients in Sana'a, Yemen. *J Int Soc Prev Community Dent* 2015; 5: 12–19.
- (20)Cueto A, Martínez R, Niklander S, Deichler J, Barraza A, Esguep A. Prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population in the city of Valparaíso, Chile. *Gerodontology* 2013; 30: 201–206.
- (21)Mozafari P, Dalirsani Z, Delavarian Z, Amirchaghmaghi M, Shakeri MT, Shakeri MT, Esfandyari A, Falaki F. Prevalence of oral mucosal lesions in institutionalized elderly people in Mashhad, Northeast Iran. *Gerodontology* 2012; 29: 930-934.
- (22)Taiwo JO, Kolude B, Akinmoladun V. Oral mucosal lesions and temporomandibular joint impairment of elderly people in the South East Local Government Area of Ibadan. *Gerodontology* 2009; 26: 219-224.
- (23)Anantharaman D, Gaborieau ACV, Franceschi S, Herrero R, Rajkumar T, Mahimkar TSMB, Mahimkar P, McKay J. Genetic Variants in Nicotine Addiction and Alcohol Metabolism Genes, Oral Cancer Risk and the Propensity to Smoke and Drink Alcohol: A Replication Study in India. *PLoS One* 2014; 9: 88240.

- (24)Gigerenzer G. Reckoning with risk: learning to live with uncertainty. paperback – 320 pages (2002) Allen Lane The Penguin Press. ISBN: 0713995122.
- (25)Altmann DG, Bland JM. Measurement in medicine: The analysis of method comparison studies. *The Statistician* 1983; 32: 307-317.
- (26)Darmstadt GL, Baqui AH, Choi Y, Bari S, Rahman SM, Mannan I, Ahmed ANU, Saha SK, Rahman R, Chang S, Winch PJ, Black RE, Santosham M, Arifeen SE. Validation of community health workers' assessment of neonatal illness in rural Bangladesh. *Bull World Health Organ* 2009; 87:12-19.

Figura 1 - Instrumento de identificação e registro da avaliação da cavidade bucal das pessoas pertencentes ao grupo de risco para o câncer bucal.

IDENTIFICAÇÃO						
NOME						
IDADE						
PROFISSÃO						
GÊNERO (SEXO)				LOCAL DE MORADIA		
MASCULINO	FEMININO		URBANO	RURAL		
FATORES DE RISCO						
USO BEBIDA ALCÓOLICA		FUMANTE		EXPOSIÇÃO AO SOL		
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
ALTERAÇÕES DA MUCOSA BUCAL						
MUDANÇA DE COR						
ROXO	BRANCO	PRETO	MARROM	VERMELHO	AZULADO	AMARELO
APARÊNCIA						
CAROÇO	FERIDA	PLACA	MANCHA	BOLHA	VERRRUGA	SANGRAMENTO
LOCALIZAÇÃO						
GENGIVA	LÁBIO	CÉU DA BOCA	LÍNGUA	ABAIXO DA LINGUA	GARGANTA	BOCHECHAS

Tabela 1. Características sociodemográficas e hábitos das pessoas avaliadas pelas ACS. Carmo do Cajuru, 2015.

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
Gênero		
Masculino	36	37,89
Feminino	59	62,10
Moradia		
Urbana	78	82,10
Rural	17	17,89
Etilismo		
Sim	21	22,10
Não	74	77,89
Tabagismo		
Sim	31	32,63
Não	64	67,36
Exposição ao sol		
Sim	35	36,84
Não	60	63,15

Tabela 2. Sensibilidade, especificidade, valores preditivos e falsos positivo e negativo do instrumento de avaliação das alterações de mucosas, aplicado por ACS. Carmo do Cajuru, 2015.

Sensibilidade	Especificidade	Valor preditivo +	Valor Preditivo -	Falso +	Falso -	Acurácia
Total						
0,548	0,666	0,755	0,444	0,451	0,333	0,589
Coloração						
0,452	0,666	0,717	0,39	0,548	0,54	0,526
Aparência						
0,381	0,656	0,685	0,350	0,282	0,619	0,473
Localização						
0,540	0,656	0,755	0,420	0,460	0,343	0,578

6-PRODUTO TÉCNICO

6.1- Metodologia de capacitação dos ACS para identificação de alterações da mucosa bucal de pessoas pertencentes ao grupo de risco para o câncer bucal.

A capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a busca ativa das pessoas com alterações da normalidade nas mucosas da boca: contribuição para o diagnóstico das neoplasias orofaciais.

OBJETIVO

Treinamento dos ACS para a avaliação e encaminhamento às Unidades Básicas de Saúde das pessoas que apresentam alterações nas mucosas bucais.

JUSTIFICATIVA

O ACS é o elo entre a comunidade e a equipe de assistência à saúde. É membro da comunidade onde atua e conhece o seu perfil, seus hábitos e cultura, tem facilidade de acesso a todas as residências e maior possibilidade de encontrar pessoas em horários não comerciais. Pela proximidade com a comunidade, apresenta-se como pessoa confiável e competente para o encaminhamento das necessidades das pessoas às Unidades Básicas de Saúde.

MODELO DA CAPACITAÇÃO

Modalidade: presencial e dispersão

Carga horária presencial: 14 horas

- 1º Encontro: duração de três horas diárias em dois dias consecutivos da semana.
- Intervalo de dez dias: atividade de dispersão.
- 2º Encontro: duração de três horas diárias em dois dias consecutivos da semana seguinte.

- Intervalo de dez dias: 3º encontro presencial para discussão, solução de conflitos e reforço do aprendizado (2 horas).

- Início dos trabalhos de campo

METODOLOGIA

Primeiro encontro presencial (02 dias consecutivos, 06 horas)

Objetivo: Mobilização, instrução e avaliação do aprendizado dos ACS.

1º dia

Sensibilização/motivação/ introdução do tema

1- Modalidade: Roda de conversa

Atividade	Participantes	Tempo previsto
Auto apresentação	Todo o grupo	10 min
Apresentação do tema	Pesquisadora c/ interação do grupo	20 min
Discussão do projeto	Pesquisadora c/ interação do grupo	20 min
Pontuações do grupo	Todo o grupo	10 min
Intervalo		10 min
Apresentação de fotos bucais	Pesquisadora c/ interação do grupo	50 min
Intervalo		10 min
Apresentação de fotos bucais	Pesquisadora c/ interação do grupo	20
Conclusões /fechamento	Pesquisadora c/ interação do grupo	10 min

2- Apresentação de vídeo: o trabalho do ACS – 20 min

2º dia

Início do treinamento

Modalidade: - Roda de conversa

- Discussão em grupo

Atividade	Participantes	Tempo previsto
Apresentação do consolidado do dia anterior	Pesquisadora c/ interação do grupo	10 min
Apresentação de fotos bucais	Pesquisadora c/ interação do grupo	30 min
Observação da cavidade bucal entre participantes	Todo o grupo	20 min
Intervalo		10 min
Apresentação de fotos bucais com exercício de identificação da normalidade e alterações/apresentação do instrumento de avaliação da cavidade bucal	Pesquisadora c/ interação do grupo	50 min
Intervalo		10 min
Identificação das fotos com e sem alterações da mucosa bucal	Grupo c/ interação da pesquisadora	20 min
Observação da cavidade bucal entre participantes	Todo o grupo	20 min
Distribuição do material apresentado	Todo o grupo	10 min

Intervalo de 10 dias: dispersão

Atividade: *in loco* – cada ACS deverá fotografar 10 cavidades bucais de pessoas da sua comunidade, identificando a normalidade e as alterações conforme instrumento de avaliação apresentado. As fotografias poderão ser tomadas através de telefone celular.

Segundo encontro presencial (02 dias consecutivos, 06 horas)

Objetivo: identificar concordância intra e inter participantes.

1º dia

Apresentação material dispersão, discussão e reforço do aprendizado.

Modalidade: grupo interativo

Atividade	Participantes	Tempo previsto
Apresentação do consolidado da semana	Pesquisadora c/ interação do grupo	10 min
Apresentação e discussão do material obtido na dispersão	Pesquisadora c/ interação do grupo	40 min
Intervalo		10 min
Apresentação de fotos bucais com e sem alterações na mucosa	Pesquisadora c/ interação do grupo	50 min
Intervalo		10 min
Observação da cavidade bucal entre os participantes	Todo o grupo	40 min
Conclusões /fechamento	Pesquisadora c/ interação do grupo	20 min

2º dia

Discussão e reforço do aprendizado.

Modalidade: grupo interativo

Atividade	Participantes	Tempo previsto
Apresentação do consolidado do dia anterior	Pesquisadora c/ interação do grupo	10 min
Exercício de identificação de fotos bucais com e sem alterações na mucosa	Grupo c/ interação da pesquisadora	40 min
Intervalo		10 min
Observação da cavidade bucal entre os participantes	Todo o grupo	20 min
Exercício de identificação de fotos bucais com e sem alterações na mucosa	Grupo c/ interação da pesquisadora	30 min
Intervalo		10 min
Discussão, conclusões e fechamento	Pesquisadora c/ interação do grupo	60 min

Terceiro encontro presencial

Objetivo: discussão, solução de conflitos e reforço do aprendizado.

Período de realização: 07 dias após término do 2º encontro presencial.

Modalidade: grupo interativo.

Atividade: discussão em grupo, entrega do material a ser utilizado nas avaliações bucais.

Início dos trabalhos de campo

Início: 03 dias após término do 3º encontro presencial.

Duração: 07 dias

Atividade:

- Avaliação da cavidade bucal das pessoas pertencentes ao grupo de risco para o câncer bucal e residentes na área de abrangência de cada ACS.
- Registro dos dados no instrumento de avaliação da cavidade bucal elaborado a essa finalidade.
- Encaminhamento dos casos com alteração da mucosa bucal à Equipe de Saúde Bucal da Unidade Básica de Saúde.
- Tratamento e/ou encaminhamentos necessários à conclusão dos casos.
- Acompanhamento dos casos pela ESB da UBS em todas as suas fases.

6.2-Instrumento de identificação e registro da avaliação da cavidade bucal das pessoas pertencentes ao grupo de risco para o câncer bucal.

IDENTIFICAÇÃO						
NOME						
IDADE						
PROFISSÃO						
SEXO			LOCAL DE MORADIA			
MASCULINO	FEMININO		URBANO	RURAL		
FATORES DE RISCO						
USO BEBIDA ALCÓOLICA		FUMANTE		EXPOSIÇÃO AO SOL		
SIM	NÃO		SIM	NÃO	SIM	NÃO
ALTERAÇÕES DA MUCOSA BUCAL						
MUDANÇA DE COR						
ESBRANQUIÇADO		AVERMELHADO		ENEGRECIDO		
APARÊNCIA						
CAROÇO		PLACA		FERIDA		
LOCALIZAÇÃO						
GENGIVA	BOCHECHA	CÉU DA BOCA	LÍNGUA	ABAIXO DA LINGUA	GARGANTA	LÁBIO

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha do tema “ Diagnóstico precoce do câncer bucal” teve as suas origens há aproximadamente 10 anos, ocasião em que eu exercia uma atividade voluntária na assistência às pessoas portadoras do câncer bucal, parceria da Faculdade de Odontologia com o Departamento de Oncologia do Hospital das Clínicas, ambos da UFMG, PROJETO ALFA, após concluir o curso de Especialização em Estomatologia.

As mutilações causadas pelo tratamento das lesões, o sofrimento pessoal e dos familiares e a reduzida expectativa de vida das pessoas acometidas, marcaram significativamente a minha existência. Nessa ocasião, minhas atividades clínicas no Centro de Saúde Padre Fernando Mello foram intensificadas, com maior atenção às lesões precursoras do câncer bucal.

Na busca por maiores conhecimentos sobre o câncer bucal, minha atenção voltou-se aos altos níveis de estadiamento dos casos encaminhados para o tratamento nos serviços assistenciais de oncologia: nos últimos 10 anos não houve redução desses níveis de estadiamento.

Assim sendo, a busca por métodos alternativos para o diagnóstico precoce do câncer bucal tornou-se prioridade nos meus estudos. A ideia de incluir nesse trabalho os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro foi assimilada durante a apresentação desse tema no II Encontro Nacional “Brasil Sorridente”, em 2014, pela Professora Dra. Nilce Melo.

A capacitação dos ACS no rastreamento das alterações da mucosa bucal no grupo de risco para o câncer bucal foi então apresentada como projeto no Curso de Mestrado de Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da UFMG, 2014.

Apesar das dificuldades inerentes ao trabalho dos ACS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da ESF, acredito que essa categoria profissional, quando capacitada, tem atributos para contribuir com a Equipe de Saúde Bucal no diagnóstico precoce do câncer bucal. Minha esperança é que possamos

consolidar os métodos de prevenção ao câncer bucal e, quando isso não for possível, que esse trabalho seja um guia para o seu diagnóstico precoce, contribuindo para o bem-estar e para a elevação da qualidade de vida das pessoas por ele acometidas.

REFERÊNCIAS

Antonsson A, Cornford M, Perry S, Davis M, Dunne MP, Whiteman DC Prevalence and risk factors for oral infection in young australians. PLoS ONE. 2014; 9(3): e91761.

BRASIL. IBGE, 2010. Disponível em <<http://tabnet.datasus>>. Acesso em: junho, 2014.

BRASIL. INCA, 2015. Disponível em < www.inca.gov.br >. Acesso em: novembro, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015. Disponível em: <<http://datasus.sigtab>> Acesso em agosto, 2015.

BRASIL. Portaria MS n. 1 444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. COSAC. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Portaria nº 1886/GM, 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Anexo 1. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Lei nº 10507, 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, Diário Oficial da União 2002.

BRASIL. LEI nº 12.732, 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília: Casa Civil, Diário Oficial da União 2012.

Brouha XDR, Tromp DM, Hordijk GJ, Winnubst JAM, Leeuw JRJ. Role of alcohol and smoking in diagnostic delay in head and neck cancer patients. Acta Otolaryngol. 2005;125(5):552-6.

Bsoul AS, Huber MA, Terezhalmay GT. Squamous cell carcinoma of the oral tissues: a comprehensive review for oral healthcare providers. *J Contemp Dent Pract.* 2005;6:1-16. Review.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, 1999. Disponível em <www.inca.gov.br>. Acesso em: maio, 2014.

Conway DI, Petticrew M, Marlborough H, Berthiller J, Hashibe M, MacPherson LMD. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Int J Cancer.* 2008;122(12): 2811-19.

D'Souza G, Gross ND, Pai SI, Haddad R, Anderson KS, Rajan S, Gerber J, Gillison ML, Posner MR. Oral Human Papillomavirus (HPV) infection in HPV- positive patients with oropharyngeal cancer and their partners. *J Clin Oncol.* 2014;32:2408-15.

Du J, Nordfors C, Richhter AA, Sobkowiak M, Romanitan M, Näsman A, Andersson S, Ramqvist T, Dallianis T. Prevalence of oral human papillomavirus infection among youth, Sweden. *Emerging Infectious Diseases.* 2012;18(9):1468-71.

Eadie D, MacKintosh AM, MacAskill S, Brown A. Development and evaluation of an early detection intervention for mouth cancer using a mass media approach. *Br J Cancer.* 2009;101(2):73-9.

Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer.* 2010;127(12):2893-917.

Frazão P, Marques D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. *Rev. Saúde Pública.* 2009;43(3):463-71.

Garrote LF, Herrero R, Reye RMO, Vaccarella S, Anta JL, Ferbeye L, Muñoz N, Franceschi S. Risk factors for cancer of the oral cavity and oropharynx in Cuba. *British Journal of Cancer.* 2001;85(1):46-54.

Gigerenzer G. *Reckoning with risk: learning to live with uncertainty.* Paperback – 320 pages. 2002. Allen Lane The Penguin Press. ISBN: 0713995122.

Gomez I, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles PI, Lopez-Jornet P, Suarez-Cunqueiro M, Diz-Dios P, Seoane J. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay?. *Oral Diseases*. 2010;16:333-42.

Melo N. Câncer de Boca na Atenção Básica e no CEO. II ENCONTRO NACIONAL DO PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE. São Paulo. 2014.

Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people: a comprehensive literature review. *Oral Oncol*. 2001;37(5):401-18.

Martins RJ, Moimaz SAS, Garbin JAI, Gonçalves PRV, Garbin CAS. Relação entre a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e o nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde. *Ver Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(33):343-9.

Marzari CK, Jungues JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(1):873-80.

Mehta FS, Gupta PC, Bhonsle RB, Murti PR, Daftary DK, Pindborg JJ. Detection of oral cancer using basic health workers in an area of high oral cancer incidence in India. *Cancer Detect Prev*. 1986;9(3-4):219-25.

Melo N, Figueiredo PTS, Leite AF, Souza TAC, Lucena EHG, Zanetti CHG. Diagnóstico bucal precoce no SUS: análise individual, vigilância à saúde e trabalho em equipe como possibilidade (re)estruturante. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva - Saúde Bucal*. 2011;3(5):1045.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco – PAV/MG. Registros Hospitalares de Câncer em Minas Gerais / Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (v.1). Belo Horizonte, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB_SUS MG, 10 de dezembro de 2013. Institui a Rede de Saúde Bucal SUS-MG e dá outras providências. Belo Horizonte, 2013.

Moraes GM, Muniz LV. Epidemiologia. In: SALLES JMP. Câncer de Boca. Uma visão multidisciplinar. Belo Horizonte: Editora Coopmed; 2007. p. 7-14.

Nadanovsky P, Costa AJL. Teste Diagnóstico e Rastreamento (Screening) em Saúde Bucal. In: Costa AJL, Nadanovsky P, Raggio LR. Epidemiologia e Bioestatística na Pesquisa Odontológica. Editora Ateneu; 2005. p. 181-98.

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad. Saúde Pública. 2002;18:1639-46.

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

Peacock ZS, Pogrel MA, Schmidt BL. Exploring the reasons for delay in treatment of oral cancer. J Am Dent Assoc. 2008;139(10):1346-52.

Petti S, Scully C. Oral cancer knowledge and awareness: primary and secondary effects of an information leaflet. Oral Oncol. 2007;43:408-15.

Pereira CCT, Dias AA, Melo NS, Lemos CA Jr, Oliveira EMF. Abordagem do câncer de boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. Cad. Saúde Pública. 2012;28:30-9.

Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática: Ed. Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro, 2001.

Ribeiro MTF, Ferreira RC, Vargas AMD, Ferreira EF. Validity and reproducibility of the revised oral assessment guide applied by community health workers. Gerodontology. 2014;31(2):101-10.

Sankaranarayanan R. Health care auxiliaries in the detection and prevention of oral cancer. Oral Oncol. 1997;33(3):149-54.

Sartori LC. Rastreamento do câncer bucal: aplicações no Programa Saúde da Família (Dissertação). São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2004.

Scott SE, Grunfeld EA, McGurk M. Patient's delay in oral cancer: a systematic review. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2006;34:337-43.

Scott SE, McGurk M, Grunfeld EA. Patient delay for potentially malignant oral symptoms. *Eur J Oral Sci* 2008;116:141-7.

Scott SE, Khwaja M, Low EL, Weinman J, Grunfeld EA. A randomised controlled trial of a pilot intervention to encourage early presentation of oral cancer in high risk groups. *Patient Education and Counseling.* 2012;88:241-8.

Silva TB, Magalhães HLGO, Solá ACN, Rodrigues BC, Carneiro ACMO, Schechtman NP. Capacitação do Agente Comunitário de Saúde na prevenção do Câncer de Colo Uterino. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36(1):155-60.

Stahl S, Meskin LH, Brown LJ. The American Dental Association's oral cancer campaign: the impact on consumers and dentists. *J Am Dent Assoc.* 2004;135(9):1261-7.

van der Waal I, Bree R, Brakenhoff R, Coebergh JW. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible?. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011;16(3):300-5.

van der Waal I. Are we able to reduce the mortality and morbidity of oral cancer; some considerations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013;18(1):33-7.

Vidal AKL, Silveira RCJ, Soares EA, Cabral AC, Caldas AF Jr, Souza EHA, Lopes RM. Prevenção e diagnóstico precoce do Câncer de boca: uma medida simples e eficaz. *Odontologia: Clín.-Científ.* 2003;2(2):109-14.

Warnakulasuriya, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol.* 2009;45:309-16.

ANEXOS

Anexo A

Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 40338714.1.0000.5149

Interessado(a): Profa. Andréa Maria Duarte Vargas
Departamento de Odontologia Social e Preventiva
Faculdade de Odontologia - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 16 de março de 2015, o projeto de pesquisa intitulado **"Diagnóstico precoce das neoplasias orofaciais: capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para busca ativa das pessoas que apresentam alterações na mucosa bucal"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES:

1.1 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.2 - Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. ([leia mais](#));

1.3 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.4 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.5 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.6 - Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.10 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o

artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Nederlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (*Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.100 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 - *Agradecimentos*. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e

Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24

horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.enp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Anexo C

Comprovação da submissão de artigo em periódico.

[Login: jussaraguim](#) [Português](#) [English](#) [Español](#)



SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#)

[Autor](#)

[Consultor](#)

[Editor](#)

[Mensagens](#)

[Sair](#)

CSP_2039/15

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Título	Diagnóstico precoce de lesões orofaciais: A participação dos Agentes Comunitários de Saúde na busca ativa de pessoas com alterações na mucosa bucal.
Título corrido	Participação de ACS na busca de pessoas com alterações orofaciais
Área de Concentração	Políticas Públicas de Saúde
Palavras-chave	Agente Comunitário de Saúde, capacitação em serviço, rastreamento, mucosa bucal
Autores	JUSSARA GUIMARAES SOUSA (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais) Marco Túlio Freitas Ribeiro (Federação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Casa de Saúde Santa Izabel) Ricardo Santiago Gomez (Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Odontologia) Andrea Maria Duarte Vargas (Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Odontologia)

DECISÕES EDITORIAIS: [Exibir histórico]

Versão	Recomendação	Decisão	Pareceres	Data de Submissão
1	<i>Em avaliação.</i> Artigo enviado em 10 de Dezembro de 2015.			

APÊNDICES

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada “**Diagnóstico precoce das neoplasias bucais: capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a identificação das alterações das mucosas da boca**” que está sendo realizada pela aluna do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Jussara Guimarães Sousa e orientada pela profa. Andréa Maria Duarte Vargas e prof. Ricardo Santiago Gomez.

O objetivo da pesquisa é a identificação precoce de doenças bucais que poderão comprometer a saúde geral das pessoas. O seu desenvolvimento contribuirá com a organização dos serviços de saúde no que se refere às doenças da cavidade bucal, o que também beneficiará outras pessoas.

Seu papel nessa pesquisa é identificar alterações na cavidade bucal das pessoas pertencentes ao grupo de risco para o câncer bucal.

Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando o seu consentimento, o que não lhe trará qualquer prejuízo ou penalidade. Sua participação nessa pesquisa não será remunerada e você não terá qualquer despesa com ela.

Esta pesquisa não oferece risco nem desconforto aos seus participantes, é segura e será realizada dentro das técnicas e higiene preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e não haverá, em hipótese alguma, a identificação ou publicação do seu nome nem dos demais participantes. Os dados obtidos serão arquivados por cinco anos em local seguro e serão destruídos após este período.

Você ficará com uma cópia deste Termo. A responsável por essa pesquisa prontifica-se em esclarecer toda e qualquer dúvida a ela relacionada, que porventura ocorra em seu transcorrer.

NOME DO PARTICIPANTE _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE _____

LOCAL _____ DATA _____

Responsável pela pesquisa: Jussara Guimarães Sousa

Contatos: 31 9146 4880 e 31 3426 2594

jussaraguim@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa – COEP
Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2015
Campos Pampulha – Belo Horizonte, MG – Brasil – CEP: 31270-901
e-mail: coep@prpq.ufmg.br – telefax: 31 3409-4592

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada “**Diagnóstico precoce das neoplasias orofaciais: capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a identificação das alterações das mucosas da boca**”, que está sendo realizada pela aluna do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Jussara Guimarães Sousa e orientada pela profa. Andréa Maria Duarte Vargas e prof. Ricardo Santiago Gomez.

O objetivo da pesquisa é a identificação precoce de doenças bucais que poderão comprometer a saúde geral das pessoas. Seu desenvolvimento contribuirá com a organização dos serviços de saúde no que se refere às doenças da cavidade bucal, o que também beneficiará outras pessoas.

Você será avaliado no seu domicílio pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e, se necessário, encaminhado à Equipe de Saúde Bucal da Unidade Básica de Saúde para o exame completo da sua cavidade bucal.

Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando o seu consentimento, o que não lhe trará qualquer prejuízo ou penalidade. Sua participação nessa pesquisa não será remunerada e você não terá qualquer despesa com ela.

Esta pesquisa não oferece risco nem desconforto aos seus participantes, é segura e será realizada dentro das técnicas e higiene preconizadas pelo Ministério da Saúde. Caso sejam detectadas alterações em sua cavidade bucal, você será prontamente encaminhado aos serviços de saúde pública, para o devido tratamento.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e não haverá, em hipótese alguma, a identificação ou publicação do seu nome. Os dados obtidos serão arquivados por cinco anos em local seguro e serão destruídos após este período.

Você ficará com uma cópia deste Termo. A coordenadora dessa pesquisa prontifica-se em esclarecer toda e qualquer dúvida a ela relacionada, que porventura ocorra em seu transcorrer.

NOME DO PARTICIPANTE _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE _____

LOCAL _____ DATA _____

Responsável pela pesquisa: Jussara Guimarães Sousa

Contatos: 31 9146 4880 e 31 3426 2594

jussaraguim@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa – COEP
Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2015
Campos Pampulha – Belo Horizonte, MG – Brasil – CEP: 31270-901
e-mail: coep@prpq.ufmg.br – telefax: 31 3409-4592

FICHA CATALOGRÁFICA

S725c
2016
T

Sousa, Jussara Guimarães.
A capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a busca ativa das pessoas com alterações da normalidade nas mucosas da boca: contribuição para o diagnóstico das neoplasias orofaciais / Jussara Guimarães Sousa. – 2016.

71 f.: il.

Orientadora: Andrea Maria Duarte Vargas.
Co-orientador: Ricardo Santiago Gomez.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Capacitação em serviço. I. Vargas, Andrea Maria Duarte. II. Gomes, Ricardo Santiago. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK D047

Elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Odontologia da UFMG