

1 INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde devem ter características específicas para que o sistema atue de forma eficaz (de forma rápida) e com efetividade (com custo adequado); serem organizadas de forma integral, com ações de promoção da saúde e de prevenção, cura, cuidado, reabilitação ou palição das doenças; serem coordenadas pela atenção primária à saúde; serem orientadas para a atenção às condições agudas e crônicas focadas no ciclo completo da atenção a uma condição ou doença (MENDES, 2002).

Em muitos municípios estas redes de atenção ainda não são realidade. Este é o caso de Itambacuri, situado no leste mineiro. Sobretudo com relação específica às lesões de mucosa bucal, não existe ainda a organização necessária, uma rede de atenção que possibilite a solução de problemas nesta área, que muitas vezes se configuram como câncer bucal, cuja mortalidade está associada, de alguma maneira, a ausência do diagnóstico e atendimento no momento certo.

Pretende-se, por meio de uma revisão de literatura, o aprofundamento do conhecimento sobre o assunto, para subsidiar os profissionais das unidades de atenção primária (dentistas, do município), preparando-os para capacitar os outros profissionais da equipe, auxiliando-os também no diagnóstico precoce de lesões encontradas na boca e na organização do referenciamento destes pacientes ao serviço especializado, quando necessário.

A meta a ser alcançada deverá ser a organização de redes de atenção para solução dos problemas vivenciados com relação às lesões de boca, Segundo MENDES (2009.p.7),

... a interação entre os serviços de saúde, e destes com outros setores, possibilitando que os sistemas de referência e contra-referência assegurem a ampliação do acesso e a integralidade do cuidado, a partir e sob a coordenação da atenção primária à saúde. A organização de redes de atenção permite a prestação de assistência contínua e a responsabilização pela situação de saúde destes grupos populacionais.

2 JUSTIFICATIVA

É de grande relevância priorizar este tema, pois, Itambacuri é um município em que se observam casos de câncer bucal, com certa frequência. O município possui uma zona rural extensa e por consequência, uma grande quantidade de trabalhadores rurais que estão expostos a alguns fatores de risco como sol, utilização da palha de milho para enrolar o tabaco, além dos fatores comuns a todos os indivíduos como alcoolismo, tabagismo e outros.

O município não tem um serviço organizado para o atendimento de câncer bucal. Dois profissionais, pela sua competência, realizam procedimentos quando observam lesões de mucosa. Um deles, que é referência clínica no município, faz o diagnóstico, com auxílio de exames laboratoriais, muitas vezes sem instrumental apropriado e sem oficialização do serviço prestado, para fins de ressarcimento financeiro. O outro, por sua habilidade em cirurgia, faz a remoção de algumas lesões e quando necessário, referencia para colegas, em Governador Valadares, Ipatinga e Belo Horizonte, nestes casos, uma “colaboração entre amigos”. O município não tem pactuações destes serviços com Governador Valadares e existe oficialmente a possibilidade de realizar somente uma biópsia de lábio por ano, em Teófilo Otoni. Não há como referenciar a demanda ocorrendo por isto uma desorganização geral nestes casos, incluindo os registros de histórico e os encaminhamentos.

Este trabalho pretende ser o ponto de partida para a organização do atendimento de paciente que deverá contemplar o conhecimento da prevalência, fatores determinantes e a possibilidade de encaminhamento por meio de pactuações que possam vir a ser efetivadas (PPI- Programação Pactuada Integrada) para atendimento dos usuários, com qualidade.

Pretende-se ainda, justificar a necessidade da importância da implantação do Centro de Especialidades Odontológicas-CEO no município, para facilitar o serviço de referência de odontologia do município em todas as áreas da odontologia (Portaria nº. 599/GM, de 23 de março de 2006). O CEO deve realizar um mínimo de atividades de estomatologia, com ênfase no diagnóstico de câncer bucal mas, não deve invalidar os esforços dos profissionais para o diagnóstico precoce de doenças bucais nas unidades básicas de saúde. (BRASIL, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Organizar o atendimento para o cuidado de pacientes com lesões de mucosa para o controle do câncer bucal, incluindo a prevenção, o diagnóstico, o monitoramento e o tratamento.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Capacitar os cirurgiões dentistas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e encaminhamento de lesões de mucosa.

Capacitar os dentistas para treinamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal (ASB e TSB), e outros profissionais do serviço, focalizando a importância da prevenção, da identificação de lesão de mucosa oral e o encaminhamento necessário.

Organizar uma rede de atenção direcionada ao atendimento dos pacientes com lesões bucais com a participação dos serviços de média e alta complexidade.

Implementar o uso da ficha de tratamento fora do município (TFD) no tratamento das lesões, como ficha de referência e contra-referência no acompanhamento destes usuários.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O usuário do Sistema Único da Saúde-SUS deve ser avaliado como um todo, e por todos os profissionais, ampliando o atendimento aos mesmos. Este fato está embasado nos princípios éticos e doutrinários deste sistema: a INTEGRALIDADE, considerando a pessoa como um todo, atendendo todas as suas necessidades; a EQUIDADE, tratando de forma diferenciada os "desiguais", oferecendo mais a quem precisa mais, com objetivo de reduzir as desigualdades; a UNIVERSALIDADE, garantindo a atenção à saúde para todo e qualquer cidadão (BRASIL 1990).

4.1 Câncer de boca

4.1.1 Aspectos conceituais e epidemiológicos

O câncer de boca é assim denominado, por incluir o câncer de lábio e o câncer do interior da cavidade oral que compreende as seguintes regiões anatômicas: mucosa jugal (bochechas), gengivas, palato duro (céu da boca), língua (principalmente as bordas), assoalho da boca (região abaixo da língua), amígdalas e orofaringe (úvula, palato mole e base de língua) (BRASIL, 2002).

De acordo com dados recentes do Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2010), a estimativa de novos casos por ano é de 14.120 casos, sendo 10.330 em homens (5º mais freqüente) e 3.790 casos em mulheres (7º mais freqüente).

A partir destes dados, constata-se que o câncer de boca se mostra como um problema de saúde pública e a realização de diagnóstico precoce e do pronto tratamento representam uma forma de prevenção, mas também um meio de aumentar a sobrevida dos pacientes acometidos. (HONORATO *et al.*, 2009).

Outros tipos de tumores podem ocorrer na cavidade oral, apesar de se apresentarem em menor incidência como os tumores salivares, tumores das glândulas salivares menores e da glândula sublingual, os sarcomas que são os tumores de origem vascular e os tumores ósseos e o melanoma de mucosa (BRASIL, 2010).

O câncer de boca mais comum é o carcinoma epidermóide, que acomete várias regiões da cavidade bucal e tem maior incidência de casos. Tem origem no epitélio ou ectoderma e

representa 90 a 95 % das neoplasias malignas que ocorrem na boca. Os restantes, que tem sua origem no tecido mesodérmico ou mesenquimal (conjuntivo, ósseo, cartilaginoso, e outros), são os sarcomas (HONORATO *et al.*, 2009).

Em relação aos determinantes comportamentais, de acordo com a OMS (2002) o fumo é o mais importante fator de risco que pode ser mudado, pois depende do trabalho de prevenção, conscientização da população usuária do tabaco e do trabalho do controle social, na diminuição do uso do tabaco, além de ser a principal causa de morte prematura capaz de ser prevenida. O INCA (BRASIL, 2010) aponta como fatores de risco para o câncer bucal: idade superior a 40 anos, hábito de fumar cachimbos ou cigarros, o consumo de álcool, má higiene bucal e próteses mal ajustadas.

O câncer de lábio, carcinoma epidermóide, é mais freqüente em pessoas brancas, e tem maior ocorrência no lábio inferior em comparação ao superior. O câncer em outras regiões da boca acomete principalmente tabagistas e os riscos aumentam quando o álcool é associado, estando entre as principais causas de óbito por neoplasias. Representa uma causa importante de morbimortalidade sendo que 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença, pois ainda não existe ênfase no trabalho com o auto cuidado e auto exame da boca. O sexo masculino é acometido de forma mais intensa e 70% dos casos são diagnosticados em indivíduos com idade superior a 50 anos, muitas vezes já com a doença instalada e avançada há um tempo longo e com tratamento e prognóstico ruins. Este carcinoma localiza-se preferencialmente, na língua (20%), no assoalho da boca (16%), no triângulo retro-molar (7%) e gengivas (6%) (BRASIL, 2010).

Existem lesões que podem ser precursoras do câncer bucal. Dentre estas, as mais importantes são: a leucoplasia e a eritroplasia. A leucoplasia é uma lesão esbranquiçada, pode ocorrer em qualquer área anatômica da boca, não regride espontaneamente, pode ser única ou múltipla e não é removida quando raspada em seu leito. O risco cancerígeno é maior quando esta lesão é associada ao uso de tabaco em qualquer forma (mascado, cachimbo ou cigarro). A eritroplasia é uma lesão vermelha, persistente, indolor, sem sangramento que algumas vezes pode significar um câncer no seu estágio inicial de desenvolvimento (MINAS GERAIS, 1995).

Segundo a estimativa de incidência de câncer no Brasil o tumor carcinoma epidermóide representa cerca de 6% e o sarcoma representa cerca 2%, em relação aos outros tipos de

carcinoma, à exceção do câncer de pele não melanoma. Na maioria das vezes as lesões iniciais do carcinoma bucal, são indolores e o doente não percebe a existência do problema. Quando diagnosticado nesta fase a cura da doença pode se aproximar de 100%. Com o passar do tempo o prognóstico da doença não é bom. O carcinoma de boca pode resultar em metástase à distância e nesta fase, mesmo em tratamento, a expectativa de cura não ultrapassa a 20%. Algumas lesões cancerizáveis de boca são muito fáceis de serem detectadas por auto exame de boca, exames clínicos e exames complementares, porém em torno de 60% dos usuários chegam aos serviços de saúde com a doença em fase já avançada, dificultando a cura. (BRASIL, 2002).

A falta de diagnóstico precoce do câncer de boca é conseqüência de uma conjugação de fatores, entre eles a falta de acesso da população adulta à assistência odontológica, a desarticulação entre as ações de prevenção e diagnóstico e o despreparo dos profissionais de saúde em detectar feridas ou lesões que poderão se tornar o câncer de boca em seus estágios iniciais. Em Minas Gerais no período de 1998 a 2000, o câncer de boca foi a 7ª causa de mortes por câncer em homens e a 10ª em mulheres (MINAS GERAIS, 2002).

4.1.2 Sintomas

O câncer bucal pode se manifestar de diversas formas, tendo como sintomas feridas nos lábios ou na boca que não cicatrizam em uma semana, ulcerações superficiais com menos de 2 cm de diâmetro, caroços, inchaços, áreas de dormência, feridas indolores que podem ou não ter sangramento espontâneo ou provocado, dores de garganta que são persistentes, manchas esbranquiçadas ou avermelhadas na parte interna da boca ou dos lábios, sangramentos sem causa conhecida. Quando já em estágio avançado poderão surgir dores e caroços no pescoço, grande perda de peso em pequeno espaço de tempo, dificuldade para falar, deglutir, engolir (BRASIL, 2010).

4.1.3 Fatores de risco

Ainda de acordo com dados do INCA, os principais fatores de risco que podem facilitar ao desenvolvimento do câncer de boca (BRASIL, 2010):

- idade acima de 40 anos;

- Tabagismo: vício de fumar cachimbos e cigarros - o alcatrão e as substâncias químicas utilizadas no cultivo do mesmo são potentes agentes cancerígenos. A exposição continuada ao calor da combustão do fumo é um agravante no fluxo deste processo;
- Hábitos de mascar fumo: os vestígios de fumo em contato com a mucosa da bochecha e da língua favorecem as ações cancerígenas do tabaco;
- Excesso no consumo de álcool: o etilismo causa imunodepressão e desidratação das mucosas, favorecendo a ação dos agentes carcinogênicos nas células;
- A associação e o uso crônico do álcool e do tabaco aumentam o desenvolvimento da patologia em questão;
- Agentes de irritação crônica: traumatismos mecânico-crônicos, causados por dentes fraturados, próteses totais ou próteses removíveis em boas condições ou mal ajustadas mas sem manutenção, ou restaurações com arestas cortantes, hábito de morder mucosas e somado a estes fatores a má higienização bucal, entre outros, favorecem o desenvolvimento de lesões malignas pré existentes;
- Fatores culturais e socioeconômicos: muitos casos de câncer bucal são originados pelas condições de vida da população, em que fatores como cultura da população, classe social a que pertence, e educação se manifestam a favor da patologia, pois muitos destes não acreditam na prevenção e necessidade de visita periódica ao dentista;
- Exposição à radiação solar sem proteção como bonés, chapéus, protetores solares.
- Deficiência imunológica (adquiridas ou congênitas), pacientes imunodeprimidos, fatores imunológicos. A imunodeficiência pode estar relacionada a doenças crônicas, infecções constantes e stress;
- Dietas pobres em proteínas, vitaminas: principalmente vitamina A, riboflavina, cálcio e antioxidantes, são assinalados como fator predisponente ao câncer de boca. Estudos sobre a etiopatogenia do câncer bucal revelam que o hábito de consumo e dietas saudáveis como uso habitual de frutas, verduras e vegetais ricos em betacaroteno (cenoura, mamão, abóbora, batata doce, couve e espinafre), previnem o aparecimento de lesões malignas;
- Fatores ocupacionais: indivíduos expostos às radiações solares, excessos de ventos, e geadas por períodos prolongados sem proteção (como trabalhadores rurais, de construção civil e pescadores) estão mais propensos a desenvolverem câncer de lábio. O uso de chapéus e filtros solares diminui o efeito lesivo das radiações solares sobre a pele e os lábios;

- Agentes biológicos: ultimamente o vírus do papiloma humano (HPV) tem sido relacionado às lesões que aparecem na mucosa bucal semelhantes às que também aparecem no trato genital sendo causa do carcinoma bucal. Outros vírus como herpes tipo 6, o citomegalovírus, o vírus tipo “C” da hepatite, o vírus Epstein Barr e o HTLV(vírus da leucemia e linfoma “T”) são suspeitos de indutores ou promotores do CA bucal. São também condições predisponentes ao CA Bucal, as estomatites crônicas causadas por *Candida albicans*, em áreas irritadas por próteses mal ajustadas;
- Síndromes: Portadores de HIV, Xeroderma pigmentoso, Plummer-Vinson (BRASIL, 1996).

4.1.4 Exames clínico, complementares e diagnóstico

O exame clínico como rotina, deve ser realizado por um profissional de saúde, preferencialmente o odontólogo da unidade, que poderá diagnosticar lesões ainda iniciais, antes de se transformarem em um carcinoma. Pessoas com mais de 40 anos que tem hábitos de fumar e beber continuamente, esta população deve ser prioridade para o sistema de saúde do município, sendo pesquisada, acompanhada e visitada com maior frequência pelos trabalhadores das unidades de saúde, ESF-Estratégias de Saúde Famílias (BRASIL, 2009).

É comum o profissional da saúde – odontólogo, examinar apenas a boca em seu interior e os dentes. Segundo o Manual de Prevenção (Minas Gerais, 1995), o exame do paciente deverá ser realizado sempre seguindo uma metodologia sistematizada. Para o exame extra oral (Ectoscopia) orienta-se examinar a face de frente e de perfil, observando assimetrias e na região sub-mandibular e sub-mentoniana a presença de nódulos que podem ser linfonodos, apalpando todas as estruturas. Para o exame intra oral (Oroscopia) deve-se iniciar pela inspeção e palpação dos lábios superior e inferior.

O exame clínico da cavidade bucal deve ser realizado de maneira sistemática, com os instrumentais necessários, sendo possível que todas as áreas sejam analisadas de forma minuciosa e também se possa diagnosticar a identificação de próteses ou qualquer outro tipo de trauma contínuo promovendo o aparecimento de futuras lesões. Verificar a extensão de uma lesão, o tempo, a forma, os traumas desta região e a localização irão contribuir para um melhor diagnóstico. Sempre que possível, palpar a lesão, com o intuito de confirmar seus reais limites e o acometimento de estruturas adjacentes (MINAS GERAIS, 1995).

Segundo orientações do INCA (BRASIL, 2010) é fundamental a palpação de toda a cadeia linfática (ganglionar, cabeça e pescoço), região cervical, sendo importante diagnosticar quaisquer alterações ou nódulos nesta região, tamanho dos linfonodos, mobilidade e relação com estruturas vizinhas sugerindo algum tipo de lesão neste local. Ocorrendo a identificação do tumor, é importante fazer o registro de suas dimensões e características: ulcerações, infiltrações, necroses, infecções secundárias, localizações (invasão da linha média da face), invasão óssea e ou da musculatura profunda.

A presença de leucoplasias, eritroplasias e possíveis lesões pré-neoplásicas devem ser investigadas com maior ênfase. A presença de trismo acompanhado de alguma lesão pode ser decorrente de invasão tumoral da musculatura pterigóidea.

Exames como tomografia computadorizada ou ressonância magnética são importantes como exames para diagnóstico complementar sendo utilizados para avaliação da extensão da lesão em casos que o exame clínico não seja suficiente para o diagnóstico final ou diferencial da lesão em estudo, ou quando o tamanho do tumor ou o status dos linfonodos cervicais deixarem dúvida para que se possa realizar o procedimento cirúrgico. Outros exames complementares diagnósticos são o exame endoscópico do cavum e a videolaringoscopia com o intuito de avaliar possível prolongamento do tumor para outras regiões ou para o diagnóstico de outro tumor primário.

O INCA (BRASIL, 2010) faz orientações ainda sobre as biópsias, a avaliação radiológica e o conhecimento da extensão da doenças (sistema de estadiamento).

A biópsia incisional é realizada com pinça de saca-bocado sob anestesia local. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) é indicada naquelas lesões infiltrativas subjacentes à área de mucosa normal. O exame radiológico pode ser feito com auxílio de vários tipos de tomadas radiográficas (Rx) como, o Rx simples, de seios da face (lesões de palato duro), o Rx de tórax (pesquisa de metástases à distância) e o Rx panorâmico da mandíbula (para avaliar o acometimento ósseo). O sistema de estadiamento é uma forma de avaliação clínico-radiológica para se determinar a extensão da lesão antes que se inicie o tratamento. Tal avaliação é baseada na avaliação da lesão, palpação desta, e se necessário a realização do exame endoscópico indireto ou direto. A avaliação radiológica é um exame complementar,

que irá definir se há comprometimento ósseo e ou infiltração de regiões próximas à lesão. As áreas de cadeia ganglionar linfática devem ser examinadas e por palpação. (BRASIL, 2010)

4.1.5 Prevenção

Segundo o INCA (BRASIL, 2002), o prognóstico do carcinoma bucal depende muito de uma prevenção e de um diagnóstico bem realizado e ainda precoce. A população acima de 40 anos com dentes fraturados, portadores de próteses, próteses mal ajustadas, fumantes, má higiene bucal são a população alvo deste carcinoma. Tal população deve evitar fumo, álcool e fazer uma higiene bucal com maior cuidado, estar atentos a realização de uma consulta odontológica de controle na unidade de saúde, ao menos uma vez por ano. E a outra recomendação é ter uma dieta saudável, rica em vegetais e frutas. Além destas orientações anteriores para prevenção do câncer do lábio, deve-se evitar a exposição ao sol sem proteção, filtro solar e chapéu de aba longa, e também o combate ao tabagismo na população como trabalho de prevenção de várias outras doenças.

A detecção precoce do carcinoma bucal deve ser realizada através do auto-exame da boca, que deve ser realizado diante do espelho em local bem iluminado, pelo próprio usuário, verificando-se lábios, língua (principalmente as bordas), assoalho, bochechas, céu da boca, gengivas, freios, amígdalas. Ele deve ser realizado periodicamente, observando se não há anormalidades como: mudança de coloração nas mucosas, feridas que não cicatrizam, áreas irritadas abaixo de próteses, dentes fraturados ou carcosos.

O estímulo e a popularização do autoexame da boca realizado pelo próprio usuário irão alertá-lo sobre quaisquer alterações da mucosa oral fazendo com que ele mesmo faça o diagnóstico prévio de algo diferente da normal em sua boca. Por isso a campanha do auto-exame na população em geral é de grande importância, facilitando diagnósticos suspeitos (ALMEIDA *et al.*, 2005).

4.2 Abordagens individual e coletiva para prevenção

Desenvolver intervenções centradas na promoção da saúde, incluindo ações educativas individuais e coletivas, de prevenção e detecção precoce das lesões de mucosa e câncer de boca, para todas as faixas etárias enfatizando os usuários do grupo com maior propensão aos

fatores de risco, direcionadas ao controle dos fatores e condições de risco, estimulando o exame sistemático da cavidade bucal pelos profissionais de saúde para detecção precoce e também na orientação sobre o autoexame, através do autocuidado. (ALMEIDA *et al.*, 2005).

Realizar exames periódicos em usuários com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento do câncer de boca, possuindo mais de um dos seguintes fatores de risco: ser do sexo masculino, ter mais de 40 anos, ser tabagista e etilista, sofrer exposição ocupacional a radiação solar sem proteção, ser portador de deficiência imunológica (congenitas e/ou adquiridas). (BRASIL, 2010).

Integrar a Estratégia de Saúde da Família e a Equipe Saúde Bucal aos programas de controle do tabagismo, etilismo e outras ações de proteção e prevenção do câncer.

Segundo Starfield (2002) a atenção primária envolve a atenção aos usuários que tem múltiplas queixas, sendo difícil até mesmo a oferta de tratamentos tradicionais para que se modifique a qualidade de vida global deste usuário. Sendo que a atenção primária inicia um trabalho onde se encaixem soluções adequadas, pois trabalha em uma área adscrita conhecida por seus profissionais.

A saúde passa a ser vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela, bem como utilizar a seu favor os recursos sociais, as capacidades físicas e psíquicas dos usuários é uma forma positiva de se trabalhar o controle social, fazendo com que a comunidade trabalhe a seu favor e seja ela mesma autora da sua história. Assim entende-se que a atenção primária tem grande importância nos diagnósticos precoces das doenças, principalmente do câncer de bucal, através de palestras, de pesquisa e busca ativa da população de risco, através de levantamentos da população de programas de prevenção do tabagismo. (Programa antitabagismo; Ambientes Livre de tabaco, Promoção da saúde e Paz, Programa de promoção de paz e prevenção de álcool e drogas)

Entende-se assim que a atenção primária é de suma importância na promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças que estão a alcance da equipe de saúde da família e da população.

Através de campanhas educativas, folders, palestras nas unidades e acompanhamento da população alvo, aquela que tem como predisponentes os fatores de risco, consegue-se

umentar o diagnóstico precoce das lesões bucais, a tempo de encaminhar os usuários para o devido tratamento.

O diagnóstico precoce de lesões de mucosa e do câncer de boca deve ser uma ação desenvolvida sistematicamente pelas equipes de saúde bucal na atenção primária, ou seja, nas ESB- Equipes de Saúde Bucal das ESF – Estratégias de Saúde da Família e o trabalho deve ser, além da ESB, será interdisciplinar e multiprofissional com o trabalho realizado em equipe ACS, médicos, enfermeiros e técnicos. O estabelecimento do diagnóstico precoce é fundamental para que se assegurem medidas preventivas e um prognóstico favorável na abordagem da doença. Um dos passos mais importantes para o diagnóstico do câncer de boca é uma boa anamnese seguida de um correto e completo exame da cavidade bucal e palpação das cadeias ganglionares na primeira consulta e nas consultas de urgência.

Uma proposta de intervenção é que na Campanha de vacinação de gripe para os idosos, a ESB das ESF possa introduzir como rotina o exame para a detecção de lesões de mucosa e prevenção do câncer bucal, podendo utilizar neste trabalho, a Ficha de campo da Secretaria Estadual e Saúde – Lesões de Mucosa (anexos). Lembrando que os casos suspeitos necessitam de encaminhamento para um Centro Especializado de referência. (VARGAS et al., 2009).

O exame clínico intra-bucal, extra-bucal e palpação das cadeias ganglionares e regiões da face, deve ser realizado pelo cirurgião-dentista pois é uma maneira de diagnosticar alguma anormalidade. Deve-se ficar atento a alguns tipos de lesões com potencial de malignização como leucoplasias, queilose actínica, líquem plano ou outras lesões que podem anteceder a lesão de carcinoma. Qualquer tipo de lesão que com o passar de 3 semanas não apresentar regressão, é digna de ser examinada e estudada, devendo ser referenciada para o diagnóstico do cirurgião-dentista. Todas as áreas da cavidade bucal apresentam drenagem linfática para o pescoço, a primeira estação de drenagem de linfonodos são júbulo-digástricos, júbulo-omohioideos, submandibulares e submentonianos. E os de segunda estação estão os parotídeos, jugulares e os cervicais superiores. (BRASIL, 2002).

4.3 Tratamento e prognóstico

O tratamento depende da localização, estadiamento clínico (estágio), gradação histopatológica, condições físicas do paciente. (HONORATO *et al.*, 2009).

Conforme o local, a extensão e do status dos linfonodos cervicais do tumor primário, o tratamento do câncer da cavidade bucal deverá ser cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico ou uma combinação destes. A cirurgia para remoção dos tumores primários deve incluir sempre, a lesão tumoral como um todo, e margem de tecido livre de tumor em todas as dimensões (mínimo de 1,0cm de margem) onde se denomina área de segurança, para que não ocorra nenhum problema de células tumorais residuais naquela região, sempre confirmada. (HONORATO *et al.*, 2009).

Em 80% dos casos, o resultado é de cura quando o tratamento é realizado em lesões iniciais, com cirurgias ou radioterapias, tendo bons resultados, dependendo da localização do tumor e das alterações funcionais para a tomada de decisão sobre o tipo de tratamento adequado. Hoje ocorre uma melhora no tratamento do câncer bucal, no que se refere a cirurgia radical, pois as técnicas de reconstrução imediata estão bem avançadas, o que permitiu após grandes ressecções uma boa recuperação do paciente, apesar de ainda gerar grandes deformidades nos pacientes. Quando o processo cirúrgico não é possível opta-se pelo tratamento a base de quimioterapia associado a radioterapia, o que ocorre em casos mais avançados. Não obtendo nestes casos um prognóstico bom (BRASIL, 2009).

A radioterapia de lesões extensas deve incluir também as cadeias de drenagem linfáticas, mesmo quando, clinicamente, estas não estiverem acometidas. Podendo chegar este tratamento, cinco a sete semanas. Assim, as opções de tratamento irão variar de acordo com o estágio clínico das lesões. O tratamento de reabilitação corresponde a todos os procedimentos cirúrgicos e protéticos destinados a repor as perdas estéticas e funcionais causadas pela doença (HONORATO *et al.*, 2009).

No tratamento complementar temos um aliado muito importante no que se refere ao carcinoma bucal, como qualquer outro câncer em geral, que é o acompanhamento da área da psicologia tanto do usuário como da família que vive e convive com esta patologia. Importante tanto no período pré como pós operatório, já que tal patologia traz ao usuário, devido a sua gravidade, possibilidade de mutilações e outras conseqüências, transtornos

psicológicos dos mais diversos, o que algumas vezes implica na perda do convívio social. (BRASIL, 2010)

Há casos em que há também a necessidade de acompanhamento de um fisioterapeuta e o fonoaudiólogo para acompanhar a reabilitação destes pacientes. O fonoaudiólogo vai minimizar os problemas com a fala e deglutição, provocados pelas mutilações das cirurgias, que tem por objetivo reintegrar o paciente na meio social novamente. (BRASIL, 2010)

O impacto da realidade do câncer bucal para o indivíduo, a sua família, no seu trabalho na comunidade em geral é muito grande. O tratamento não se reduz à cirurgia ou radioterapia, mas depende de um complexo trabalho inter e multidisciplinar, ou seja, o trabalho realizado por vários profissionais e várias áreas. O tratamento cirúrgico e radioterápico deverá ser feito em nível de média e alta complexidade, sempre com acompanhamento da Equipe Saúde Bucal da atenção primária. O controle de recidivas, bem como, o controle dos fatores de risco para o câncer e outras doenças faz parte da gama de cuidados a ser oferecido pelo serviço de saúde bucal na fase de acompanhamento dos usuários após o retorno a unidade de ESF como contra-referência. O prognóstico da doença está diretamente relacionado com a área da cavidade oral comprometida, do estadiamento do sistema TNM ((Classificação de Tumores Malignos), do local das lesões e do tempo do diagnóstico das lesões em que foi realizado, ou seja, se a lesão está em regiões mais anteriores da cavidade bucal, lesões descobertas em fase inicial e sem o comprometimento de linfonodos, o prognóstico é melhor (BRASIL, 2010).

As lesões iniciais são aquelas restritas ao seu local de origem e que não apresentam disseminação para gânglios linfáticos do pescoço ou para órgãos à distância. Mesmo lesões iniciais da cavidade oral, principalmente aquelas localizadas na língua e/ou assoalho de boca, podem apresentar disseminação subclínica para os gânglios linfáticos cervicais em 10% a 20% dos casos. Portanto, nestes casos, pode ser indicado o tratamento cirúrgico ou radioterápico eletivo do pescoço (HONORATO *et al.*, 2009)

Nas demais lesões, se operáveis, a cirurgia está indicada, independentemente da radioterapia. Quando existe linfonomegalia metastática (aumento dos 'gânglios'), é indicado o esvaziamento cervical do lado comprometido. Nestes casos, o prognóstico é afetado negativamente.

5 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura que segundo Martins (2001), é uma abordagem metodológica mais adequada para a elaboração de um trabalho acadêmico. A pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos e outros. Busca também, conhecer e analisar conteúdos científicos sobre determinado tema.

Optou-se por trabalhar com revisão narrativa, pela possibilidade de acesso à experiências de autores que já pesquisaram sobre o assunto, e ainda porque permite a escolha daquilo que se deseja narrar. Segundo Silva et al. (2002), a revisão narrativa não é imparcial porque permite o relato de outros trabalhos, a partir da compreensão do pesquisador sobre como os outros fizeram.

Foram pesquisados artigos nas seguintes bases de dados: Scielo, Lilacs e sites como do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e do Ministério da Saúde (MS), que publicaram informações sobre o câncer da cavidade oral. Foram considerados somente os artigos publicados no período de 2000 a 2009 e textos de autores brasileiros que abordassem o tema proposto. Na busca foram utilizados os descritores: câncer bucal e serviços, câncer bucal e prevenção, câncer bucal e diagnóstico, câncer bucal e tratamento, odontologia, saúde pública. Inicialmente foi realizada a leitura crítica dos textos e artigos que fizeram parte da amostra.. Em seguida as principais informações foram compiladas, buscando estabelecer uma compreensão dos dados coletados e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado e elaborar o referencial teórico

Os conhecimentos adquiridos vão permitir posteriormente a elaboração de uma proposta de capacitação de recursos humanos e organização do atendimento.

Considerada a literatura pesquisada, passou-se a elaborar o desenvolvimento de uma estratégia para a organização do serviço de prevenção, diagnóstico, tratamento, encaminhamento e monitoração das lesões de mucosa oral.

6 DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Algumas dificuldades serão encontradas aqui, na viabilização integral desta organização uma vez que, no município de Itambacuri ainda não temos a unidade CEO (Centro de Especialidades Odontológicas). Isto, no entanto, não inviabiliza a realização de programas de prevenção do câncer bucal, diagnósticos e indicações de tratamento, através da atenção primária. Não temos patologistas bucais, mas existem profissionais que são referências técnicas, pela sua maior experiência na área em questão. Estes, como já o fazem, poderão realizar exames clínicos, diagnósticos, definir as necessidades de tratamentos e fazer o encaminhamento dos pacientes.

O Programa será organizado em três vertentes: prevenção do câncer bucal, diagnóstico, tratamento e monitoramento das lesões de mucosas e capacitação dos profissionais da rede pública de serviços de saúde.

6.1 Prevenção do câncer bucal

Seguindo as recomendações observadas na literatura consultada (BRASIL, 2002), com a participação de todos os profissionais da equipe, programas educativos deverão ser implementados, considerando, sobretudo a faixa etária de risco (maiores de 40 anos), fumantes e etilistas.

Investir em atividades que possam estimular uma dieta saudável, rica em vegetais e frutas, e trabalhar para a declínio do consumo de tabaco e álcool, o que certamente contribuirá não só para prevenção do câncer bucal mas, para poderá impactar na saúde geral das pessoas. Além destas orientações anteriores para prevenção do câncer do lábio (e de pele), deve-se evitar a exposição ao sol sem proteção, filtro solar e chapéu de aba longa.

O estímulo e a popularização do auto-exame da boca realizado pelo próprio usuário irão alertá-lo sobre quaisquer alterações da mucosa bucal, fazendo com que ele mesmo faça a identificação prévia de algo diferente do normal em sua boca. Por isso a campanha do auto-exame na população em geral é de grande importância, facilitando diagnósticos precoces (ALMEIDA *et al.*, 2005). O auto-exame da boca deve ser realizado diante do espelho, em local bem iluminado, pelo próprio usuário, verificando-se lábios, língua (principalmente as

bordas), assoalho, bochechas, céu da boca, gengivas, freios, amígdalas. Ele deve ser realizado periodicamente, observando se não há anormalidades como: mudança de coloração nas mucosas, feridas que não cicatrizam, áreas irritadas abaixo de próteses, dentes fraturados ou carcos.

6.2 Diagnóstico, tratamento e monitoramento das lesões de mucosas.

Com o intuito de atender todos os usuários será necessário realizar um estudo da população adulta acima de 40 anos de ambos os sexos, da área da unidade de saúde, através de um levantamento, denominado de “Levantamento de Índice de Necessidade” de tratamento e monitoramento de toda esta população, o que não permitirá a inclusão de todos os usuários. Posteriormente serão feitos os agendamentos para a avaliação odontológica seguindo as prioridades, permitindo assim que toda população seja atendida. Esta população além de ser examinada com o objetivo de diagnóstico de lesões, passará também a ter acesso à unidade e ao tratamento odontológico, estando mais próxima, em contato mais freqüente com a equipe odontológica, facilitando o monitoramento da saúde bucal deste indivíduo, a prevenção de lesões através das orientações recebidas e a captação até mesmo futura de alguma lesão.

6.2.1 Critérios de prioridades

Para inserção do paciente no programa de controle de câncer bucal foram estabelecidos alguns critérios de inclusão com a finalidade de priorizar os atendimentos.

1- Usuários com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, onde se necessite de maior esclarecimento clínico, exame histopatológico (biópsia) ou solicitação de outros exames complementares adicionais.

2- Usuários com áreas da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou enfartamento ganglionar, apresentem-se com formação de placas esbranquiçadas, áreas atróficas ou manchas escurecidas. Deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar e que estejam acima de 40 anos de idade.

3- Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou na mandíbula.

4- Pacientes com nódulos, vesículas ou bolhas e infartamento ganglionar.

5- Na presença de lesões ulceradas, atróficas, hiperkeratóticas ou nodulares, avaliar a vigência de possíveis agentes causais locais, removendo-os, quando possível, e acompanhando a evolução antes do encaminhamento.

6.2.2 O protocolo

Será necessária a implantação de algumas estratégias de intervenção na organização do processo de atendimento dos pacientes com lesões na cavidade oral.

O protocolo para o encaminhamento dos pacientes seguirá as orientações dos “Requisitos básicos para a referência” (BRASIL, 2006).

1- As necessidades de avaliação estomatológica deverão ser encaminhadas com formulários específicos de referência e contra-referências, nos quais constem o motivo de encaminhamento, dados clínicos e localização da enfermidade ou da lesão.

2- O paciente referenciado para diagnóstico especializado de lesões com potencial de malignização ou com suspeita de malignidade na boca deve ser acompanhado e continuamente sensibilizado para seu comparecimento aos locais, desde a suspeita da lesão e comprovação do diagnóstico até o eventual tratamento.

3- Diante das dificuldades do sistema de saúde em operacionalizar os tratamentos de alta complexidade, a referência ao nível superior deve ser formalizada por documentos de referência e acompanhada pelos profissionais do CEO.

4- A execução de biópsias no CEO são procedimentos incluídos na tabela SIA SUS. A Portaria 566/SAS, de 06 de outubro de 2004, incluiu o código 12.011.03-7 para a realização do procedimento laboratorial de exame anatomopatológico pelo patologista bucal.

5- O atendimento de referência para as lesões suspeitas de câncer, lesões com potencial de malignização ou de outros agravos estomatológicos (de etiologia diversa) nos centros de

especialidades odontológicas não devem inviabilizar a realização destes procedimentos nas unidades básicas de saúde.

6.2.3 Organização da rede de atenção

Propõe-se a utilização dos formulários já existentes de uma forma mais pontual como uma obrigatoriedade que se faz necessária para o atendimento do paciente, visto que este procedimento vai otimizar o trabalho dos profissionais.

- Utilizar de forma efetiva a ficha do SUS – “LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO” mais conhecida como TFD (em anexo) disponibilizada pelo município. É utilizada de forma esporádica pelos cirurgiões-dentistas. No caso de câncer bucal seu preenchimento é de primordial importância, pois irá facilitar o atendimento pelos profissionais do serviço de referência e a contra - referência, porque nas fichas contém os dados do paciente, histórico e a descrição para o acompanhamento da patologia.(em anexo).
- Após o diagnóstico realizado pelo cirurgião-dentista da ESF, o usuário será encaminhado ao Ambulatório Municipal para avaliação da lesão por um profissional que é referência técnica. Caso necessite de outro encaminhamento o profissional irá encaminhá-lo com a ficha preenchida ao atendimento de média ou alta complexidade. O profissional da referência deverá preencher o laudo de TFD e o cabeçalho da ficha de contra-referência encaminhando as duas fichas e a cópia do prontuário do usuário. Orientar o usuário sobre a importância do retorno à unidade de ESF para futuro acompanhamento, e orientar o ACS sobre o monitoramento do tratamento deste usuário.

6.3 Capacitação dos profissionais

Para que esta nova modalidade de organização funcione, será necessária a atuação efetiva da equipe, principalmente dos ACS, ASB, TSB e cirurgiões-dentistas, que vão inserir em uma reprogramação dos atendimentos nas unidades. Além disso, todos deverão estar capacitados e com conhecimento suficientes para operacionalização das atividades a serem implementadas.

Para isto será realizada uma capacitação desses profissionais, posteriormente estendida aos outros profissionais da equipe. Esta atividade poderá ser realizada no horário das reuniões mensais da equipe (parte do período) e se necessário, em outras ocasiões, de acordo com a disponibilidade dos funcionários e do serviço.

Esta capacitação constará de:

- Apresentação e discussão do projeto e ajustes, se necessário.
- Capacitação teórica que abordará os conceitos de lesão de mucosa e câncer bucal, com auxílio desta monografia.
- Discussão de casos ilustrados com fotos sobre os vários tipos de câncer bucal e lesões de mucosa, com ênfase nas lesões cancerizáveis.
- Apresentação e discussão das fichas, formulários e documentos que serão utilizadas no programa.
- Discussão e planejamento da busca ativa dos usuários da área de abrangência.

Em comum acordo com os profissionais e o serviço, esta estratégia de organização poderá ser implantada em uma Unidade Básica de Saúde inicialmente, para avaliação e implementação e depois, se estenderá para as outras unidades.

7 CONCLUSÃO

Após esse estudo pude concluir sobre a importância da organização da rede de serviços, e o quanto esta rede influencia na saúde do usuário do sistema único de saúde, e como ainda temos muito a organizar.

Espero que com a implantação da proposta de intervenção apresentada e com a utilização de prontuário e formulários mais organizados e completos, preenchidos adequadamente, que o trabalho dos profissionais seja facilitado uma vez que teremos um histórico mais detalhado do usuário, dos exames complementares e os procedimentos realizados, facilitando o monitoramento do profissional da ESF.

Espera-se com esta proposta que o problema das lesões de mucosa e câncer bucal seja equacionado, o atendimento seja organizado e a população consiga ter o atendimento que necessita e tem o direito.

O envolvimento dos profissionais será fundamental para o sucesso dessa proposta

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA F.C.S.; CAZAL C.; BRANDÃO T.B.. *et al.* Campanha de Popularização do auto exame da boca – universidade de São Paulo, Brasil (Parte 1). Revista Brasileira de Patologia Oral, 2005. Disponível site: <http://www.patologiaoral.com.br/texto107.asp>. Acessado em 29.9.2010.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: www.inca.gov.br. Brasil. Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: www.inca.gov.br. Brasil. Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: www.inca.gov.br. Acessado em 16 de Agosto de 2005. Brasil. Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, set.1990 (a). Seção1.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aprova a política nacional de atenção básica. Portaria GM/MS 648 de 28 de março de 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de detecção de Lesões Suspeitas. Coordenação de Programas de Controle do Câncer, Divisão de Educação, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. – INCA, Falando Sobre o Câncer da Boca. – Rio de Janeiro: INCA 2002. 52 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica 17 – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CHAIMOWICZ, Flávio. Saúde do Idoso. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 172p
- HONORATO J.; Camisaca D. R.; Silva L. E. *et al.* Análise da sobrevida global em pacientes diagnosticados com carcinoma de células escamosas de boca no INCA no ano de

1999. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n1, mar.2009. Disponível no site <http://www.scielo.br>. Acessado em 14/10/2009.







- MARTINS, G.A; PINTO, R.L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos**. São Paulo: Atlas, 2001.
- MENDES E.V. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA – REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE; Guia do Tutor/Facilitador Oficina 01 PDAPS, SES-MG/ESP-MG:2009.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. – 2 ed. – Belo Horizonte: SES/MG, 2007. 290p.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Manual de Prevenção, Suspeita, Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação do Câncer Bucal. – Belo Horizonte: SES/MG, 1995. 46p.
- PALMIER, Andréa Clemente et al. Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 72p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Geneva: 2002. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.
- SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; TRENTINI, Mercedes. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Am. de Enferm.** Maio/Jun. 2002; 10(3). Disponível em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 19 mai. 2010.
- STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
- VARGAS, Andréa Maria Duarte; VASCONCELOS, Mara; RIBEIRO, Marco túlio de Freitas. Saúde Bucal – Atenção ao Idoso. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 50p.

ANEXOS

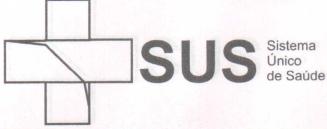
Anexo 1: Esta é uma ficha, que irá nortear o Cirurgião Dentista, para a realização do diagnóstico através de lesões que preconizam o Câncer Bucal.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA DO CÂNCER E SEUS FATORES DE RISCO
SB-2000 - AÇÃO COMPLEMENTAR - PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO LESÕES CANCERIZÁVEIS E
CÂNCER DA BOCA - MINAS GERAIS - (POPULAÇÃO: 35-44 e 65-74 ANOS) - Ficha de Campo

<p>1-Mácula</p>  <p>Lesão plana localizada apresentando apenas alteração da coloração normal da mucosa.</p>	<p>2-Placa</p>  <p>Elevação da superfície da mucosa com alteração da coloração e que não se desprende à raspagem.</p>	<p>3-Pápula</p>  <p>Elevação circunscrita apresentando até 3mm de diâmetro com conteúdo sólido.</p>	<p>4- Nódulo</p>  <p>Elevação circunscrita maior que 3mm de diâmetro apresentando conteúdo sólido</p>
<p>5-Vesícula</p>  <p>Elevação circunscrita apresentando até 3mm de diâmetro com conteúdo líquido no seu interior.</p>	<p>6-Bolha</p>  <p>Elevação circunscrita maior que 3mm de diâmetro com conteúdo líquido no seu interior.</p>	<p>7-Erosão</p>  <p>Descamação superficial do tecido epitelial da mucosa bucal sem exposição do tecido conjuntivo.</p>	<p>8-Ulcera</p>  <p>Rompimento do tecido epitelial da mucosa bucal com exposição do tecido conjuntivo, tornando esta lesão extremamente dolorosa e com tendência a sangramento.</p>
<p>9-Vegetante</p>  <p>Lesão elevada sólida exofítica de superfície rugosa, úmida ou seca. Pode apresentar consistência mole ou firme.</p>	<p>10-Fístula</p>  <p>Conduto patológico, estreito e alongado, que comunica uma superfície mucosa ou cutânea com um órgão interno, dando passagem a um conteúdo líquido ou purulento.</p>	<p>11-Fissura</p>  <p>É uma úlcera retilínea, apresentando as mesmas características da úlcera.</p>	<p>12-Pseudomembrana</p>  <p>Formação de tecido destacável sobre uma superfície de erosiva ou ulcerada da mucosa bucal. Sua origem é a coagulação do plasma formando uma rede de fibrina e restos de epitélio necrótico.</p>
<p>13-Crosta</p>  <p>É o ressecamento de um conteúdo líquido em lesões de pele.</p>	<p>14- Hiperplásica</p> <p>Lesão de crescimento exofítico sésil ou pediculada.</p>	<p>0- Não se aplica (sem lesão)</p>	

Anexo 2: É uma ficha que já é utilizada no município, mas que deverá ficar uma cópia no prontuário do usuário (não ocorre hoje), o que facilitará a conclusão e futuro acompanhamento dos casos.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBACURI
SECRETARIA DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

1 - MUNICÍPIO DE ORIGEM		2 - DRS	3 - Nº
PACIENTE	4 - NOME		5 - IDENTIDADE
	6 - RESIDÊNCIA	TEL.:	CEP
	7 - PROFISSÃO		8 - DATA DE NASCIMENTO
ACOMPANHANTE	9 - NOME		10 - IDENTIDADE
	11 - RESIDÊNCIA	TEL.:	CEP
12 - RELAÇÃO C/O PACIENTE			
13 - HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL			
14 - EXAME FÍSICO			
15 - DIAGNÓSTICO			
16 - EXAMES, COMPLEMENTARES, REALIZADOS, INEXIB. CÓPIAS			
17 - TRATAMENTO(S) PRETENDIDO(S)			
18 - TRATAMENTO(S) E EXAME(S) INDICADO(S)			
19 - JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO / EXAME NA LOCALIDADE			
20 - JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE			
21 - JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE			
22 - TRANSPORTE RECOMENDAVEL		JUSTIFICAR	
23 - OUTRAS ANOTAÇÕES			
LOCAL E DATA		MÉDICO ASSISTENTE	
24 - PARECER DO MÉDICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE			
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO	<input type="checkbox"/> COM ACOMPANHANTE	TIPO DE TRANSPORTE	
<input type="checkbox"/> NEGADO	<input type="checkbox"/> SEM ACOMPANHANTE		

Anexo 3: Esta ficha foi elaborada para a realização e continuidade deste trabalho, para que o serviço tenha o histórico do usuário e tenha a contra-referência do tratamento realizado na Média e/ou Alta Complexidade.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBACURI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA SAÚDE BUCAL
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

Município de Origem _____ GRS _____

Nome usuário: _____

Data Nascimento: ____/____/____ TEL:(____) _____

Profissão: _____ Município: _____

Endereço: _____ CEP: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Dados Acompanhante:

Nome: _____ Identidade _____

End.: _____ Tel.:(____) _____

Relação com o usuário em tratamento: _____

CEP: _____

Local realização tratamento: _____

Exames realizados: _____

Resultados exames: _____

Descrição do tratamento realizado: Laudo médico odontológico (Letra legível)

Orientações a serem seguidas: _____

Necessidade de retorno para acompanhamento em: ____/____/____.

Local, Data

Cirurgião Dentista ou Médico responsável
(Nome, Assinatura e Carimbo com CRO ou CRM)