



Eixo 6 – Comunicação e informação em Saúde

Direito à informação para a integralidade do cuidado: informações essenciais a respeito do fluxo assistencial em casos de câncer bucal

Leonardo Carnut¹
Waleska de Oliveira Carvalho
Marianne de Vasconcelos Carvalho

RESUMO: Sob o marco dos Direitos Humanos, um conteúdo normativo do direito à saúde é o direito à informação em saúde, o que, em âmbito local, significa ampliar os mecanismos de comunicação e informação entre o sistema e o usuário. Assim este estudo visou revisar informações consideradas essenciais para que o usuário saiba como o sistema de saúde está organizado para lidar com a questão do câncer bucal, como forma de concretizar o direito à informação para garantia da integralidade do cuidado nesta rede de atenção. Para isso, realizou-se uma revisão narrativa conforme descrito por Rothers com a perspectiva de identificar o que há na literatura sobre a articulação ‘direito à informação’ e ‘fluxo assistencial para o câncer bucal’. As informações encontradas puderam ser agrupadas em três grandes temas: a) informações sobre o “fluxo assistencial e a atenção secundária à saúde como elementos do sistema de referência e contra referência”; b) informações sobre o “câncer bucal e as respostas do sistema de serviços de saúde frente ao problema”, e c) como/quando deve ocorrer a “referência de usuários com lesões suspeitas de câncer bucal”. Pode-se concluir que o direito à informação para integralidade do cuidado ao câncer bucal ainda é incipiente especialmente no que se refere a organização normativa dos serviços e o quede fato existe na rede.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Neoplasias. SUS. Fiscalização e Regulação em Saúde. Informação e Comunicação em Saúde.

Introdução

O trabalho em saúde é pautado pelo princípio da incerteza da demanda (1). Por mais que os arranjos organizacionais (como na Estratégia de Saúde da Família, por exemplo) conformem o processo de trabalho em saúde sob a égide da programabilidade (2), o fato é que a demanda espontânea ocorre, muitas vezes baseada na ausência de informação do cidadão sobre o escopo de atividades que determinado serviço oferta.

Dotado de uma perspectiva leiga, os usuários constroem um imaginário sobre os serviços de saúde que, por vezes, não correspondem a sua capacidade instalada. Segundo Oliveira et al (3), a comunidade percebe consideráveis barreiras de acesso aos

¹ Universidade de Pernambuco (UPE). E-mail: leonardo.carnut@upe.br



serviços básicos e demonstra ter uma imagem de grande limitação de recursos humanos e materiais em relação às unidades básicas de saúde. Por outro lado, prontos-socorros e hospitais se apresentam aos usuários, por várias razões, como espaços de maior resolubilidade.

Diante deste cenário, é possível identificar um hiato cada vez maior entre sistema de saúde e usuários dos serviços. Em virtude disso, neste milênio, vem crescendo a consciência dos movimentos de Saúde Pública e dos organismos internacionais sobre a importância da aplicação dos direitos humanos na área da saúde. O “Comitê dos Direitos Socioeconômicos e Culturais” estabeleceu, em seu 14º Comentário Geral de 2000, a dimensão e o conteúdo normativo do direito à saúde, no qual, dentre eles, encontra-se o direito à informação em saúde (4), o que, em âmbito local significa: a) ampliar os mecanismos de comunicação e informação e, b) incentivar a formas de acolhimento que levem à otimização dos serviços e ao acesso dos usuários a todos os níveis de atenção do sistema de saúde, com mecanismos de referência e contra referência (5).

Partindo-se desses pressupostos é que o direito à informação sobre o sistema é um passo para a consolidação do direito à saúde, que se constitui, por sua vez na expressão concreta do direito à vida e a da dignidade da pessoa humana. Logo, entender o rol de atividades destinadas a cada organização pública de saúde se trata de um direito fundamental do usuário do Sistema Único de Saúde conforme preconizado no art. 7º. Inciso VI da lei 8.080: “VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário” (6).

A concretização do direito à informação (7) sobre o sistema de saúde e suas possibilidades de intervenção não vem sendo uma tarefa trivial, particularmente no que tange a participação da mídia e de outros veículos de comunicação de largo alcance que incitam construções distorcidas e generalizadas do que a saúde e o sistema público, porventura, venham a ser (8). Esse fenômeno consolida, assim, o que Lefèvre (9) já chamava de uma construção de “mitologias sanitárias”.

O fato é que, a depender da demanda do usuário, é legítimo que ele não consiga resolutividade para seu agravo no âmbito da atenção básica. Isso ocorre porque, uma das características dos serviços de saúde é a fragmentação de suas organizações (10), o que remete, no conceito de redes, à interdependência constante de outros pontos de atenção (11). Assim, em casos mais complexos e que requeiram maior incorporação tecnológica no



processo do cuidado, o usuário deve ser captado pela equipe de atenção básica e essa deve ficar responsável pela referência adequada de cada caso a nível especializado.

Esse processo de garantia do acesso ao usuário a níveis mais complexos do sistema (se assim os precisar) é o que se entende por integralidade do cuidado (ou da assistência) conforme exposto em documentos oficiais (12, 6). Trata-se, portanto, de uma diretriz do Sistema Único de Saúde e que, resumidamente, significa um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (13).

A garantia da integralidade do cuidado não depende apenas de profissionais com forte capacidade de captação-diagnóstico-condução, mas também de todos os atores sociais que compõem os serviços de saúde, em especial o usuário. É pertinente lembrar que, conforme a lei orgânica da saúde (6), a responsabilidade do Estado com a saúde não exime a responsabilidade das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade.

Então, visando compreender como o direito à informação para garantia da integralidade do cuidado poderia ocorrer nos casos relacionados à usuários com lesões suspeitas de câncer bucal é que este artigo objetivou revisar as informações necessárias relacionadas ao atendimento para o usuário comum que precise saber como procurar o sistema, caso desenvolva uma lesão suspeita de câncer bucal.

Para isso, realizou-se uma revisão narrativa conforme descrito por Rothers (14) conforme três informações consideradas essências para que o usuário saiba sobre como o sistema de saúde está organizado para lidar com a questão do câncer bucal: 1) informações sobre o “fluxo assistencial e a atenção secundária à saúde como elementos do sistema de referência e contra referência”; 2) informações sobre o “câncer bucal e as respostas do sistema de serviços de saúde frente ao problema”, e 3) como/quando deve ocorrer a “referência de usuários com lesões suspeitas de câncer bucal”.

O fluxo assistencial e a atenção secundária à saúde como elementos do sistema de referência e contra referência

Entende-se por fluxo assistencial o deslocamento da população aos serviços de saúde (15). Normativamente, o primeiro documento ministerial que versou sobre o assunto foi a Norma Operacional de Assistência à Saúde 2001-2002 (16). Seu fim era a regionalização da assistência, remetendo aos estados a competência de organizar o fluxo



da assistência intermunicipal; definindo mecanismos para a reorganização dos fluxos de referência e contra referência e introduzindo o conceito de regulação assistencial (16).

Daí, 7 anos depois do processo de intensificação da regionalização, em 2008, a Política Nacional de Regulação foi promulgada, desta vez, oficializando termos e funções por ora já executadas pelas secretarias ou adicionando novas atribuições. Nesse sentido, oficializou-se atribuições em regulação como aqueles dispostos no art 8º., incisos V e VI (diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; construir e viabilizar as grades de referência e contra referência) (17).

Dentre as ações relativas à construção desses fluxos, o art 5º. da mesma portaria no. 1559/2008 elenca as seguintes ações a serem desenvolvidas pelos complexos reguladores em âmbito geral. São eles: a regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; o controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; a padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados (17).

Conforme exposto, percebe-se que os níveis de atenção à saúde caracterizam-se por um elemento fundamental da regulação assistencial, o que justifica, em grande parte, sua existência. Com efeito, pode-se afirmar que os níveis de atenção à saúde e seus pontos de atenção são elementos de um sistema de referência e contra referência e sua normatização é prerrogativa do poder público, e na área da saúde, o seu conceito está relacionado aos aspectos de organização dos fluxos dos usuários nos diversos níveis do sistema (18).

Focando-se no fluxo atenção básica-atenção secundária, o acesso aos procedimentos especializados, a padronização de solicitação de procedimentos via protocolização e o estabelecimento de unidades de referência inter/intra níveis são ações clássicas deste fluxo. Assim, a configuração de uma rede de atenção secundária que garanta suporte (ou em termos Merhyanos, uma “retaguarda”) para solucionar aquilo que foge o escopo da atenção básica é crucial. Assim sendo, a atenção secundária (ou também dita, especializada) compõe, com os demais níveis de atenção, o rol de elementos de um sistema de referência e contra referência básica.



A atenção especializada pode ser conceituada e ao mesmo tempo delimitada pelo território em que é desenvolvida como um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica, as chamadas tecnologias especializadas (19).

Segundo Merhy (20) os serviços da atenção especializada são espaços de saberes profissionais, onde se concretiza o encontro das tecnologias leves e leves-duras, ofertadas sobre a infraestrutura tecnológica dura. A atenção especializada deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo-benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada (19).

Em saúde bucal, a referência para a atenção secundária são os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Estas unidades foram criadas pela portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. São caracterizadas como Serviço de Apoio Diagnóstico e de Terapia (SADT) e é o principal espaço de atendimento de casos mais complexos que transcendem a capacidade físico-pessoal de resolução da atenção primária no SUS (21).

Câncer bucal: conceito, características gerais e respostas do sistema de serviços de saúde frente ao problema

“Câncer bucal” é uma categoria abrangente de localização para neoplasias, e inclui tumores de diferentes etiologias e perfis histológicos, embora majoritariamente se refira ao carcinoma epidermóide. A doença afeta principalmente as pessoas com mais de 45 anos de idade e, internacionalmente, há muita variação inter e intrarregional e de incidência e mortalidade (22).

Com base na faixa etária mais acometida, adultos e idosos são aos grupos populacionais mais propensos a esse tipo agravo. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, os serviços de saúde devem estar integrados para lidar com os problemas de saúde da velhice (23). Isso inclui orientações voltadas a essa população específica como o entendimento da patogênese do câncer bucal, em especial, seus fatores de risco, sinais clínicos e fatores sistêmicos associados (2).

Nas neoplasias malignas na cavidade oral, o tecido de origem é geralmente o epitélio de revestimento mucoso e, por essa razão, a grande maioria, cerca de 90% ou mais, se expressam como carcinoma epidermóide ou carcinoma de células escamosas ou, ainda,



espinocelular, uma variante dos tumores epiteliais que acomete a camada estratificada escamosa (24).

Conceitualmente falando, “câncer de boca”, “câncer bucal” e “câncer oral” são termos muito abrangentes, podendo a falta de especificação gerar confusões. Ao se referir ao câncer de cavidade bucal, a Organização Mundial de Saúde, por exemplo exclui os casos de câncer de lábio. Quanto às demais localizações anatômicas da boca (gengiva, assoalho da boca, mucosa da bochecha, vestibulo da boca, língua, palato e área retromolar) diferentes seleções podem ser efetuadas e estudos específicos. Além disso, uma perspectiva analítica mais abrangente permitiria aplicar o termo genérico “câncer bucal” aos tumores de amígdala e da orofaringe; de fato, alguns estudos efetuam esse recorte temático para análise em conjunto (22).

Já, epidemiologicamente, o câncer bucal apresenta um conjunto de fatores associados à sua incidência na população. Dentre aqueles cuja evidência é bem estabelecida o fumo se apresenta como o principal. Este, quando associado ao consumo de álcool potencializa a expressão da doença atuando de forma sinérgica. Exposições ocupacionais como à radiação solar (específico para os cânceres de lábio inferior) dentre outras substâncias reconhecidamente carcinógenas (como o asbesto, por exemplo) também são consenso na literatura. Outros fatores descritos como hábitos alimentares (hipovitaminoses), infecção oral pelo papiloma vírus humano (HPV) transmitido sexualmente ou pelo parto requerem maiores estudos (22).

O câncer bucal é considerado um problema de saúde (25, 26), uma vez que estudos epidemiológicos mostram uma taxa de sobrevida em 5 anos e, esta, não tem aumentado por décadas. Um dos principais fatores que contribuem para esse quadro é o diagnóstico tardio dessas lesões, onde pacientes se apresentam com estadiamento clínico avançado. A maioria das lesões malignas é o carcinoma espinocelular (CEC), ocorrendo predominantemente em homens a partir da quarta década de vida, tabagistas e etilistas (27, 28).

Embora a epidemiologia, os fatores de risco, as estratégias de diagnóstico precoce, o tratamento e mesmo os marcadores biológicos do câncer de boca sejam alvo de intensos esforços de pesquisa, pouco ainda se sabe sobre o impacto real das intervenções de saúde pública na prevenção da doença ou na minimização da mortalidade (29). Ainda segundo o mesmo autor, as estratégias de saúde pública têm sido correntemente adotadas



para garantir alguma resposta coletiva ao problema tem sido a implantação de “campanhas” preventivas focadas em uma ou no conjunto de três ações: o autoexame da boca, o rastreamento e o diagnóstico precoce.

A técnica do autoexame da boca é geralmente descrita como não-invasiva, de baixo custo, confiável e um método de controle de massa sobre a incidência da doença. Entretanto seus benefícios seriam alvo da prevenção secundária. O paciente seria capaz de identificar lesões suspeitas de malignidade e depois ser responsável por procurar serviços de atenção primária ou secundária (29). É o que relata os dados de Martins (30) em um estudo de acompanhamento de 9 anos de uma campanha de prevenção do câncer de boca com autoexame no município de São Paulo. Para o autor as campanhas de autoexame parecem mais mobilizar a população (pela associação à morte) (31) e ajudar no treinamento diagnóstico dos recursos humanos do que atuar na redução da incidência da doença.

Já o rastreamento baseia-se na ideia da detecção de casos na população até então não detectados com o objetivo de reduzir os danos causados pela doença. O rastreamento para cânceres só é efetivo se ele conseguir identificar e prover tratamento curativo para uma proporção grande de lesões que iriam progredir para a morte na ausência de intervenções. Apesar de grave e apresentar uma fase pré-clínica detectável e suficientemente longa, o fato de o câncer bucal ser uma doença rara e a presente ignorância sobre a efetividade do tratamento precoce enfraquece o argumento a favor do rastreamento para esse tipo de doença (32). Não obstante, alguns autores em um ensaio comunitário rigorosamente controlado comprovaram que os rastreamentos (screenings) para câncer bucal não são efetivos para evitar mortalidade pela doença (33).

O diagnóstico precoce ainda parece ser o melhor método de evitar a mortalidade pela doença. A análise do tempo decorrido desde o primeiro sintoma à aplicação do tratamento mostra que o atraso diagnóstico poder ser responsável pelas altas taxas de morbimortalidade. Em uma revisão da literatura (34), autores enfatizaram a necessidade de reconhecer os agentes responsáveis pela demora de diagnóstico, e que este atraso pode ser atribuído ao paciente, ao profissional de saúde e ao sistema de saúde (29). Assim sendo, o estudo de fatores relacionados à rede de serviços, especialmente se tratando do tempo decorrido entre os primeiros sintomas, diagnóstico e tratamento desses pacientes são de suma importância.



A referência de usuários com lesões suspeitas de câncer bucal para atenção secundária

É responsabilidade do cirurgião-dentista da atenção básica realizar o diagnóstico diferencial de lesões bucais e referenciar o usuário caso a lesão detectada seja suspeita. A portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, estabelece que todo Centro de Especialidade Odontológica deve realizar, dentre o elenco mínimo, atividades estabelecidas em estomatologia com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal. Mesmo com a avaliação estomatológica nos Centros Especializados esta não deve invalidar os esforços dos profissionais para o diagnóstico precoce de doenças bucais nas Unidades Básicas de Saúde (2).

A depender da oferta de estrutura da rede e da capacitação do cirurgião-dentista nos procedimentos de biópsia estes podem ser realizados na atenção básica ou delegados a âmbito especializado (2). É pertinente lembrar que fazer encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades diagnósticas na rede básica e sem as informações necessárias sobre o quadro mórbido revela um certo modo de operar o trabalho em saúde, em que há falta solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário (35). Contudo, na ordem do dia, os procedimentos de biópsia têm sido realizados na atenção especializada (36) mesmo em face do grave estrangulamento no acesso aos serviços especializados de atenção secundária em saúde bucal no SUS (37).

Diante deste cenário, o fluxo assistencial de usuários com lesões suspeitas tem sido orientado na condução por atendimento especializado. Neste nível, o cirurgião-dentista responsável pelos atendimentos em estomatologia tem sido o principal responsável pelo diagnóstico/tratamento (pelo menos inicial) dos cânceres de boca, uma vez que os procedimentos de biópsia podem ser encarados como diagnóstico ou tratamento a depender do caso (38). Entretanto, empiricamente percebe-se que o fluxo assistencial dos pacientes com lesões de câncer em potencial apresenta problemas que vão desde a capacidade diagnóstica e criação de um projeto terapêutico até o acesso a serviço especializado propriamente dito.

Tomando-se o termo projeto terapêutico como o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde (39), pode-se dizer que o problema inicia na tomada de decisão desse ato. Martino e Botazzo (40) pesquisando o processo de capacitação de cirurgiões-dentistas da rede de saúde de Osasco, São Paulo demonstram



que a prática da clínica ampliada, mesmo quando adquirida do ponto de vista filosófico, apresenta obstáculos no seu exercício, seja pela rotina de trabalho ou pela incapacidade de relacionar a integralidade como uma capacidade diagnóstico-terapêutica.

No cotidiano das práticas da atenção básica este fenômeno foi registrado por Cimardes e Fernandes (41). Os resultados de suas pesquisas permitiram avaliar que a prática do profissional de realizar o exame em busca de lesões suspeitas de câncer de boca foi relatada pela maioria da amostra (72%), mas 47,5% dos participantes relataram nunca terem realizado um diagnóstico de câncer de boca. Conclui-se que a política do governo federal para encaminhamento dos pacientes com lesões suspeitas não vem sendo posta em prática, pois somente 11,7% dos entrevistados relataram estar encaminhando seus pacientes para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

Quando a barreira da capacidade diagnóstica do cirurgião-dentista é superada, os problemas passam a residir no deslocamento à unidade de referência. Júnior e Serra (42) ao estudarem o sistema de referência e contra referência do Município de Resende perceberam que o constante deslocamento dos usuários para os centros de referências e a impossibilidade da realização de uma série de exames complementares para fins de diagnóstico em unidades próximas a sua residência, além de transtornos e gastos adicionais com transporte, submete o usuário a uma lógica de cuidado em saúde onde somente o especialista localizado no hospital ou no centro de referência pode dar resolubilidade ao seu agravo, comprometendo inclusive o diagnóstico precoce.

Outros achados de Chaves et al (43) caracterizam o problema do acesso propriamente dito à atenção secundária. Em suas pesquisas sobre o acesso aos CEO na Bahia percebeu-se que usuários com facilidade de acesso geográfico foram os mais jovens que tiveram mais chance de receber assistência integral. Isto vem gerando uma baixa taxa de utilização dos serviços públicos odontológicos especializados nos CEO analisados, conforme os padrões propostos pela Portaria GM nº. 1.101/2002 e pela consulta aos especialistas, ou seja, a oferta disponível está, de fato, sendo subutilizada para um tipo de serviço essencial na garantia da integralidade da atenção à saúde bucal.

Portanto, de posse dessas evidências, percebe-se que os atuais mecanismos de regulação assistencial ainda têm permitido um fluxo não-regulado dos usuários na rede assistencial (44). Adicionalmente, o sistema de saúde e seu funcionamento são fortes corresponsáveis pelo atraso diagnóstico e tratamento dos casos de câncer bucal (34).



Portanto, de acordo com a normatização vigente e todas as características relativas a um processo de regulação assistencial, a produção desse fluxo é complexo e que possivelmente falhas na compreensão e estabelecimento deste fluxo responde importantes questões relativas a morbimortalidade do câncer de boca.

Considerações Finais

Ao revisar as informações necessárias relacionadas ao atendimento para o usuário sobre o fluxo assistencial para casos de lesões suspeitas de câncer bucal, foi possível perceber que grande parte das informações essenciais ainda destoa das práticas nos serviços, podendo gerar menos possibilidade de acolhida dos casos que chegam precisando de diagnóstico e, porventura, condução no interior do sistema.

Isso demonstra o quanto se tem a trabalhar no que tange ao direito à informação para integralidade do cuidado no SUS especialmente se tratando de lesões que poderiam gerar maior sobrevida caso os usuários pudessem identificar mais facilmente quais serviços buscar e que fluxo devem enfrentar.

Referências

1. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saude Publica*. 2004; 20(2):438-446.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. 92 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. Oliveira LA, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(5):1929-1938.
4. Junges JR. Right to health, biopower and bioethics. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2009; 13(29):285-95.
5. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3):30-35.
6. Brasil. Lei no. 8.080 de 19 de setembro 1990. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 12 set. 1990a, Seção 1, p 1.*
7. Barata RCB. Saúde e direito à informação. *Cad Saude Publica*. 1990; 6(4): 385-399.



8. Xavier C. Mídia e saúde, saúde na mídia. In: Santos, Adriana (Org.). Caderno mídia e saúde pública. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED, 2006, p. 43-56.
9. Lefèvre F. Mitologia Sanitária: saúde, doença, mídia e linguagem. São Paulo: EDUSP, 1999.
10. Nogueira RP. Trabalho em serviço de saúde. In: Santana JP, Santos I, Fekete MC, Galvão EA, Mandelli MJ, Penna ML, Mota MV, Ribeiro WM. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Programa de desenvolvimento de recursos humanos, 1997 pp 183-186.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(5): 2297-2305.
12. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.
13. Santana FR et al. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(supl. 1):1653-1664.
14. Rother ET. Editorial: Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem. 2007; 20(2):v-vi.
15. SESAU. Secretaria do Estado de Saúde de Alagoas. Superintendência de Gestão e Participação social. Resumo do processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização da saúde – PDR. Acessado em: 25/01/2013. Disponível em: http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/pdri-_nota_tecnica_-revisao_alagoas_0.pdf.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 267, de 26 de janeiro de 2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/2001) Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan, 2001.
17. Brasil. Portaria GM no. 1.559, de 1º de agosto de 2008b. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília – DF.
18. Torres-Pereira C et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(Sup):S30-S39.
19. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L. et al (orgs). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Editora: Fiocruz, 2008. pp. 627-664.
20. Merhy EE. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec. 1997.
21. Brasil. Portaria no. 599/GM de 23 de março de 2006b. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília – DF.
22. Biazevic et al. Tendências de mortalidade de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(10):2105-2114.
23. Brasil. Portaria no. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília – DF, 2006c.



24. Dias AA et al. Políticas públicas e epidemiologia do câncer de boca. In: ____ (org.). Saúde bucal coletiva – metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Editora Santos. pp. 297-314.
25. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Patologia Oral: correlações clinicopatológicas. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
26. Ahmedin J, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistical, 2010. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2010; 60(5):1-24.
27. Johnson N, Franceschi S, Ferlay J, et al. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. Tumours of the oral cavity and the Oropharynx. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology & Genetics. Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Press, 2005.
28. Honorato J, Amisasca DR, Dias FL, Faria PAS, Lourenço SQC. Análise de sobrevida global em pacientes diagnosticados com carcinoma de células escamosas de boca no INCA no ano de 1999. Rev Bras Epidemiol. 2009; 12(1): 69-81.
29. Torres-Pereira C. Oral cancer public policies: is there any evidence of impact? Brazilian Oral Research. 2010; 24(Suppl. 1):37-42.
30. Martins JS et al. Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. Rev Panam Salud Publica. 2012; 31(3):246-252.
31. Ramos C, Carvalho JEC, Mangiacavalli MASC. Impacto e (i)mobilização: um estudo sobre campanhas de prevenção ao câncer. Ciência & Saúde Coletiva. 12(5):1387-1396, 2007.
32. Costa AJL, Nadanovsky P. Teste diagnóstico e rastreamento (screening) em saúde bucal. In: Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky P. Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica. São Paulo: Editora Atheneu. 2005. pp. 181-200.
33. Sankaranarayanan R et al. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. The Lancet. 2005; 365(4):1927-1933.
34. Gómez I et al. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? Oral Dis. 2010;16(4):333-42.
35. Franco TB, Júnior HMM. Integralidade da assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: _____. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª. edição; São Paulo : HUCITEC, 2004,
36. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(2):259-267.
37. Magalhães Jr. HM. Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2002. (Pensar BH – política social).
38. Marcucci G. Fundamentos de Odontologia: Estomatologia. Guanabara Koogan. 1ª ed. 2005.
39. Franco CM, Franco TB. Linhas de produção do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. Acessado em 24/01/2013. Disponível em:



http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf.

41. Martino LVS, Botazzo C. Curso de clínica ampliada de odonto-estomatologia para cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde – SUS: monitoramento de resultados após um ano. BIS Boletim do Instituto de Saúde. 2007; 43:15-21.
42. Cimardes e Fernades (2009). Cimardi ACBS, Fernandes APS. Câncer bucal – a prática e a realidade clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina. RFO. 2009; 14(2):99-104.
43. Júnior SC, Guerra CG. Diagnóstico e Continuidade do Cuidado do Câncer Bucal em pacientes acompanhados pelas Equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família: a experiência do município de Resende, no Estado do Rio de Janeiro. Cadernos UniFOA. 2011; 6(15):73-90.
44. Chaves SCL et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. Rev. Saúde Pública. 2010; 44(6):1005-1013.
45. Alves M et al. A regionalização e a organização das redes de assistência ao câncer de mama na macrorregião sudeste de Minas Gerais. Revista de APS. 2010; 13(5):26-34.