

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA

FABIANO TONACO BORGES

ATENÇÃO AO CÂNCER DE BOCA NO
ESTADO DE MATO GROSSO

Araçatuba-SP
2007

FABIANO TONACO BORGES

**ATENÇÃO AO CÂNCER DE BOCA NO
ESTADO DE MATO GROSSO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Araçatuba, para obtenção do título de "Mestre em Odontologia Preventiva e Social"

Orientadora: *Profa. Adj. Cléa Adas Saliba Garbin*

Araçatuba-SP

2007

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da FOA / UNESP

B732a Borges, Fabiano Tonaco
 Atenção ao câncer de boca no estado de Mato Grosso /
 Fabiano Tonaco Borges. -- Araçatuba: [s.n.], 2007.
 85 f. : il.

 Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista,
 Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2007.
 Orientadora: Profa. Dra. Cléa Adas Saliba Garbin

 1.Saúde pública. 2.Odontologia comunitária. 3.Políticas
 públicas. 4.Legislação sanitária. 5.Epidemiologia. 6.Medicina
 bucal. 7.Oncologia. 8.Neoplasias bucais.

Black D5
CDD 617.6

Dedicatória

A **Deus**, inteligência suprema e causa
primeira de todas as coisas.

Aos meus pais, James (*in memoriam*) e
Marilene, exemplos de amor
incondicional.

As minhas irmãs, Mari e Isra, inspirações
de um mundo melhor.

Ao povo do estado de Mato Grosso,
razão do meu trabalho.

Agradecimentos Especiais

A meu pai, pelo legado de honestidade.

Obrigado pelos anos maravilhosos proporcionados. Meu eterno amor!

A minha mãe, por seu amor, carinho e suporte
indispensáveis na realização deste trabalho. Sua força permitiu que
eu realizasse esse sonho. Com amor...

As minhas lindas irmãs, Mariana e Israelita,
pelo amor, carinho e companharismo.

À minha orientadora, Profa. Adj. **Cléa Adas
Saliba Garbin**, pela confiança, por sua competência e pelo exemplo
ético. Sou eternamente grato pela benéfica intervenção em minha
vida.

A Profa. Titular **Nemre Adas Saliba**, pelo espírito empreendedor e visionário. Sua força foi decisiva para a concretização deste sonho.

Aos meus tios **João e Zezé**, pelo carinho e exemplo de humildade. Inspirações de amor...

Aos amigos do peito e colaboradores desta dissertação, **Artur Aburad de Carvalhosa, Paulo Henrique de Souza Castro e Luiz Evaristo Ricci Volpato**.

Ao Hospital do Câncer de Mato Grosso e à Rede Feminina de combate ao câncer, por terem proporcionado campo fértil para realização deste trabalho.

Ao Governador **Blairo Borges Maggi**, ao Secretário de Estado de Saúde **Dr. Augustinho Moro** e ao ex Secretário de Estado de Saúde e promotor de justiça **Dr. Marcos Henrique Machado**, pela confiança em nosso trabalho.

Agradecimentos

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, nas pessoas do seu Diretor **Prof. Dr. Pedro Felício Estrada Barnabé e Vice-Diretora Profa. Dra. Ana Maria Pires**, por proporcionar a realização desta dissertação de Mestrado.

À coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, Profa. Titular **Nemre Adas Saliba** e à vice-coordenadora, Profa. Adj. **Cléa Adas Saliba Garbin**, pelo brilhante trabalho a frente do programa.

À Profa. **Suzely Adas Saliba Moimaz**, pelo exemplo de competência, dedicação e amor ao programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

Ao querido **Prof. Titular Orlando Saliba**, pelo legado de honra dedicada a docência e a ciência.

Ao **Prof. Doutor Renato Moreira Arcieri**, pela brilhante contribuição em minha vida acadêmica.

Aos professores do Curso de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, **Profa. Titular Nemre Adas Saliba**, **Prof. Titular Orlando Saliba**, **Profa. Adjunto Cléa Adas Saliba Garbin**, **Profa. Adjunto Suzely Adas Saliba Moimaz**, **Prof. Dr. Artênio José Isper Garbin**, **Prof. Dr. Renato Moreira Arcieri**, **Prof. Dr. Eliel Soares Orenha**, **Profa. Dra. Maria Lúcia Marçal Mazza Sundefeld**, pela edificante convivência. A todos meu eterno respeito e gratidão.

A todos os professores do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

Aos colaboradores desta pesquisa, **Profa. Dra. Maria Aparecida Andrade Moreira Machado**, **Milene Moreira Silva** e **Fernanda Vieira Bezerra**.

Aos alunos da minha turma do Curso de Mestrado em Odontologia Preventiva e Social, **Lívia Bino**, **Luciana** e **Rosana** pelo companheirismo, carinho e cumplicidade, a vocês minha eterna amizade.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social:
Daniela Lima, Diego, Klérison, Márcio, Najara, Daniela Coelho, Adriana, Marcos, Sérgio, Ana Paula, Karina, Ricardo, Maria de Lourdes, Jeidson, Joildo, Ana Valéria, Lívia Zina, Patrícia, Cristina, Nelly, Bruno, Keila, Cláudio, Alessandra, Wanilda, Natanel, César, Alessandro, Ronald e Andréia
pela afetuosa convivência.

À comissão de qualificação profissional da Secretaria de Estado de Saúde, que
viabilizou minha licença.

Ao Governo de Mato Grosso, que financiou meus estudos.

Aos colegas da Secretaria de Estado de Saúde, pelo apoio e companherismo.

À Universidade de Cuiabá - UNIC pelo apoio no ano de 2006.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade
de Odontologia de Araçatuba - UNESP, **Neusa Martins Rovina Antunes, Nilton
César Souza e Valderez Freitas Rosa**, pela amizade e disposição com que
sempre me auxiliaram.

A todos os funcionários e estimados amigos da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, **Ana Claudia Grieger Manzatti, Cláudio Hideo Matsumoto, Cláudio Marciel Júnior, Fernando Fukunishi, Ivone Rosa de Lima Munhoz, Izamar da Silva Freitas, Luzia Anderlini e Maria Cláudia de Castro Benez**, pela atenção e eficiência com que sempre me atenderam.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, **Diogo Reatto, Marina Midori Sakamoto Hawagoe e Valéria Queiroz Marcondes Zagatto**, pelo excelente trabalho, atenção dispensada, grande disposição em atender e ótimo relacionamento.

À todos os demais professores e funcionários da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, pela carinhosa atenção dispensada.

Obrigado!

Borges FT. Atenção ao câncer de boca no estado de Mato Grosso - Brasil [Dissertação]. Araçatuba: UNESP – Universidade Estadual Paulista; 2007.

Resumo Geral

O câncer de boca é um importante problema de saúde pública, se considerados os altos índices de morbidade e mortalidade desta doença no Brasil. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi analisar a atenção ao câncer de boca no estado de Mato Grosso após a introdução da política pública de atenção às doenças da boca e da face. **Metodologia:** Este estudo abordou a política de atenção às doenças da boca e da face, analisando-se o processo de construção da política e sua consonância com a legislação do SUS, com uma abordagem qualitativa, por meio de um estudo de caso. A análise qualitativa adequa-se ao estudo da configuração de um fenômeno ou processo e, o estudo de caso, sobressaiu-se como desenho metodológico mais adequado por este estudo tratar de acontecimentos contemporâneos e de um processo em construção. Para verificar os primeiros resultados da atenção ao câncer de boca após a introdução da política de atenção às doenças da boca e da face em Mato Grosso, realizou-se um estudo epidemiológico dos casos de câncer de boca no laboratório público do Estado – MT Laboratório. Trata-se de uma abordagem quantitativa, realizada por meio de análise documental, descritiva e longitudinal no banco de dados do MT laboratório. O objeto estudado foi o laudo histopatológico, onde se pesquisou um total de 1.324 laudos emitidos entre janeiro de 2005 e dezembro 2006. Verificaram-se as seguintes variáveis: registro dos casos de câncer de boca, percentual do câncer de boca no universo das lesões bucais, tipo histológico, gênero, idade, procedência dos pacientes (capital ou do interior). Após coleta e tabulação dos dados foi realizada uma análise descritiva. **Resultados:** A política de atenção às doenças da boca e da face foi instituída, inicialmente, por meio da portaria da Secretaria de Estado de Saúde - SES/MT 195, de 30 de novembro de 2004, consolidada em 30 de junho de 2005 com a lei 8.342. A política pública descentraliza as ações de diagnóstico numa rede hierarquizada, estando em acordo com a legislação constitucional e ordinária da saúde analisadas neste artigo. Os dados epidemiológicos evidenciaram um aumento de 266% no registro do câncer de boca entre 2005 e 2006, acompanhando por aumento de 269% na demanda de biópsias pelos municípios. O Carcinoma epidermóide foi a doença mais

incidente. Homens entre 40 e 60 anos de idade procedentes do interior do estado foram os mais acometidos pelo câncer de boca. **Conclusão:** Conclui-se com este estudo que a atenção ao câncer de boca em Mato Grosso está inserida na política pública de saúde do Estado, convergindo com os princípios do SUS. Os dados epidemiológicos do câncer de boca referendam as ações instituídas pela política de atenção às doenças da boca e da face.

Palavras-chave: Saúde pública. Odontologia comunitária. Políticas públicas. Legislação sanitária. Epidemiologia. Medicina bucal. Oncologia. Neoplasias bucais.

Borges FT. Oral Cancer Care in Mato Grosso State - Brazil [Dissertation].
Araçatuba: UNESP – São Paulo State University; 2007.

Abstract

The oral cancer is an important problem of public health, considering the high rates of morbidity and mortality of this pathology in Brazil. **Purpose:** The aim of this study was analyze the care at oral cancer on Mato Grosso State- Brazil after introduction of oral and facial diseases care public politic. **Method:** this study approached the oral and facial diseases care public politic, through analyze of construction process of politic and its consonance with Brazilian Heath System legislation, with qualitative approach, by study of case. The qualitative analyze is adapted at configuration study of a phenomenon or process and the case study was salient like the method draw more adequate cause this study approaches contemporaneous facts and the process in construction. To verify the first results of oral cancer carefulness after introduction of oral and facial diseases care politic in Mato Grosso State, it was realized an epidemiologic study of oral cancer cases on public laboratory of Mato Grosso State – MT Laboratory. It's a qualitative approach realized by documental, descriptive and longitudinal analyze on data banc of MT Laboratory. The studied subject was the hystopathological award which allows research the following variables: register of oral cancer cases, perceptual of oral cancer on the universe of oral lesions, histological type, gender, age, origin of patients (capital or interior of State). After collect and computation of data it was realized a descriptive analyze. **Results:** the oral and facial diseases care politic was instituted, initially by the governmental decree SES/MT number 195, 30th November 2004 and consolidated at 30th June 2005 with the law number 8.342. The public politic decentralize the diagnosis actions on a hierarchazed net, being according to constitutional and ordinary legislation of health analyzed on this study. Epidemiologic data evidenced an increase of 266% on oral cancer register between 2005 and 2006, followed by an increase of 269% on biopsies demand made by cities. Epidermoid carcinoma was the histological type more incident. Men between 4th and 6th life decade originated from State interior were the people more attacked by oral cancer. **Conclusion:** it's possible to conclude with this study that the care at oral cancer in Mato Grosso State is inserting on health public politic of Mato Grosso State – Brazil, converging with principles of Brazilian Health System. The epidemiological data of oral cancer countersign the actions instituted by oral and facial diseases care politic.

Keywords: Public health. Community dentistry. Public policies. Legislation health.

Epidemiology. Oral medicine. Medical oncology. Mouth neoplasms.

Lista de Figuras

Capítulo 3

- Figura 1** Distribuição percentual dos casos de câncer de boca em relação ao universo das lesões diagnosticadas. MT Laboratório, 2005 e 2006. 58
- Figura 2** Distribuição numérica dos casos de câncer de boca (N=44) por gênero (M: Masculino; F: Feminino) e por ano. MT Laboratório, 2005 e 2006. 59
- Figura 3** Distribuição Percentual dos casos de câncer (n=44) por década de vida mais incidente. MT Laboratório, 2005 e 2006. 60
- Figura 4** Procedência dos casos de câncer de boca (N=44). Mato Grosso, 2005 e 2006. 62

Lista de Tabelas

Capítulo 3

Tabela 1	Distribuição numérica dos tipos histológicos de câncer de boca (N=44) diagnosticados pelo MT Laboratório. Mato Grosso, 2005 e 2006.	61
-----------------	---	----

Lista de Abreviaturas

CERMAC - Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade

DOE/MT - Diário Oficial do Estado de Mato Grosso

DOU - Diário Oficial da União

HCMT - Hospital do Câncer de Mato Grosso

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional do Câncer

MT Laboratório - Laboratório Público do estado de Mato Grosso

SES/MT - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

SUS - Sistema Único de Saúde

Sumário

1 Introdução Geral	20
2 Proposição Geral	21
3 Capítulo 1 - A inclusão do câncer de boca na política pública de saúde em Mato Grosso	22
3.1 Resumo	23
3.2 Abstract	24
3.3 Introdução	25
3.4 Metodologia	27
3.5 Resultados e Discussão	28
3.6 Considerações Finais	33
3.7 Referências	34
4 Capítulo 2 - Análise da lei que instituiu a política de atenção às doenças da boca e da face no estado de Mato Grosso	37
4.1 Resumo	38
4.2 Abstract	39
4.3 Introdução	40
4.4 Metodologia	42
4.5 Resultados e Discussão	43
4.6 Considerações Finais	48
4.7 Referências	49
5 Capítulo 3 - Registro do câncer de boca no laboratório público do estado de Mato Grosso	52

5.1 Resumo	53
5.2 Abstract	54
5.3 Introdução	55
5.4 Metodologia	57
5.5 Resultados e Discussão	58
5.6 Considerações Finais	63
5.7 Referências	64
Anexos	67

1 Introdução Geral

O câncer de boca apresenta elevadas taxas de incidência em todo o mundo. Na Índia o câncer de boca é o mais incidente nos homens e o terceiro entre as mulheres. No Brasil o câncer de boca representa o quinto tipo de câncer mais incidente nos homens e o sétimo entre as mulheres. Estudos indicam a relação entre o Câncer de Boca e os pobres indicadores de morbidade e mortalidade em áreas de baixo desenvolvimento sócio-econômico.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA, homens acima de 40 anos, tabagistas e etilistas são os mais propensos a adquirir o câncer de boca. Clinicamente o câncer de boca apresenta-se como uma lesão ulcerada, com bordas elevadas e endurecidas que não cicatrizam em uma semana. Em alguns casos essa neoplasia tem o aspecto de uma lesão branca (leucoplasia) ou vermelha (eritoplasia) podendo sangrar ou não. O diagnóstico precoce pela rede básica de saúde deve ser seriamente considerado, evitando que os casos de câncer de boca cheguem aos serviços de saúde em estágios avançados, proporcionando assim maior chance de cura e um tratamento menos invasivo.

Em 2004, o governo de Mato Grosso instituiu, por meio da Portaria 195 da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES/MT, a política estadual de atenção às doenças da boca e da face. Tais ações foram consolidadas em 2005 com a lei 8.342, de 30 de junho de 2005, determinando que as unidades básicas de saúde de Mato Grosso atuem na realização dos exames de diagnóstico bucal (citologia esfoliativas e biópsia).

A atenção ao câncer de boca no estado de Mato Grosso é o objeto de estudo desta pesquisa. A dissertação foi dividida em três capítulos: o primeiro analisou o processo de construção da política pública de atenção às doenças bucais. O segundo realiza um estudo de caso da lei 8342/05, verificando sua consonância com a legislação do SUS e analisando o instrumento legislativo para consolidação das políticas públicas de saúde. O terceiro e último capítulo realiza uma pesquisa epidemiológica dos casos de câncer de boca diagnosticados no laboratório público – MT Laboratório após a implantação da política pública de atenção às doenças da boca e da face.

2 Proposição Geral

Objetivo deste trabalho foi analisar a atenção ao câncer de boca no estado de Mato Grosso após a introdução da política pública de atenção às doenças da boca e da face, analisando-se o processo de construção da política pública, a lei que instituiu as ações de atenção às doenças da boca e da face e os dados epidemiológicos do câncer de boca no Estado.

3 Capítulo 1

**A inclusão do câncer de boca na
política pública de saúde em Mato
Grosso**

3.1 Resumo

O objetivo deste trabalho é apresentar a política pública de atenção ao câncer de boca e às doenças da mucosa bucal no estado de Mato Grosso, contextualizando o processo que culminou na elaboração da lei 8.342/05. Trata-se de um estudo de caso, caracterizando uma análise qualitativa. Foram utilizados como fonte de pesquisa documentos e registros em arquivos do Hospital do Câncer - HCMT, da Secretaria de Estado de Saúde – SES/MT e do Diário Oficial de Mato Grosso – DOE/MT. A política de atenção às doenças da boca e da face foi instituída, inicialmente, por meio da portaria SES/MT 195 de 30 de novembro de 2004, inspirada no trabalho realizado pelo HCMT na atenção ao câncer de boca. Em 30 de junho de 2005 foi promulgada a lei 8.342, determinando que as ações de diagnóstico de boca e da face iniciem nas unidades básicas de saúde de Mato Grosso. Após a publicação das ações de diagnóstico, constatou-se que a maior parte dos exames foi oriunda do interior do Estado, evidenciando a descentralização intencionada pela política de atenção às doenças bucais.

Palavras-chaves: Saúde pública; Medicina bucal; Neoplasias bucais; Legislação odontológica.

3.2 Abstract

The aim of this study is show the carefulness at oral cancer and oral mucous diseases in Mato Grosso state – Brazil. This public politic is an important part the law 8.342/05 development process. It's a qualitative study because cases were analyzed. Some documents and data of Mato Grosso state cancer hospital (HCMT), of Mato Grosso state health department (SES/MT) and Mato Grosso state official diary. (DOE/MT) were used for this research. First, the carefulness at oral and facial diseases public politic was established by SES/MT with decree 195 at 2004, 30th November, based on work realized by HCMT about carefulness at oral cancer. After, at 2005, 30th June the state law 8.342 was published, determining the actions of oral and facial diagnosis begin on Brazilian Health System (SUS) of Mato Grosso state. After diagnosis actions published, we jounded that majoritary of exams was from state interior, showing the purposed decentralization by carefulness at oral and facial diseases public politic.

Keywords: Public health; Oral medicine; Mouth neoplasms; Legislation, dental.

3.3 Introdução*

O câncer de boca, uma das dez neoplasias mais freqüentes em todo o mundo, apresenta taxas de incidência e mortalidade elevadas, constituindo-se em um importante problema de saúde pública [1,2,3,4,5]. A possibilidade de sua detecção precoce pela rede básica de saúde deve ser seriamente considerada [4], evitando que os pacientes portadores dessas lesões cheguem aos serviços públicos com elas em estágio avançado, consubstanciando uma assistência mais onerosa ao Estado [6], restando, em alguns casos aos pacientes, apenas o tratamento paliativo.

Ocorrem cerca de 210 mil novos casos de câncer de boca no mundo por ano, havendo uma variação grande na incidência do câncer de boca em vários países. No Japão a taxa variou em média de 1 a 2% entre todos os tumores malignos [7]. Porém, em países como o Sri Lanka as taxas estão acima de 40% e ao redor de 50% na Índia [8]. Explica-se esta variação pelas características sócio-culturais da população e o nível de acesso ao tratamento e à tecnologia em saúde pública [7]. A etiologia do câncer é uma combinação de fatores culturais e de riscos, tais como o tabagismo e o etilismo [7].

No Brasil, o câncer de boca exibe uma incidência relativamente alta. Segundo as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o câncer de boca no Brasil em 2006, ocorreram 10.060 casos entre os homens e 3.410 entre as mulheres [9].

O Estado de Mato Grosso conta com 141 municípios distribuídos em 903.357.908 km² de extensão territorial, com uma população estimada de 2.803.274 em 2005 [10]. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Estado possui um total de 1.346 estabelecimentos de saúde, sendo 434 privados e 912 públicos [11]. Devido à sua ampla extensão territorial, existem municípios a mais de 1.000 km de distância da capital, cuja ligação é prejudicada pelo estado de conservação da malha viária mato-grossense.

***Artigo elaborado de acordo com as normas da Revista Health Policy.**

Mato Grosso teve, segundo o INCA em 2006, 70 novos casos de câncer de boca em homens e 20 novos casos em mulheres [12]. No Hospital do Câncer de Mato Grosso - HCMT a maioria dos casos de câncer de boca chegam em estágios avançados (estadiamento III e IV) [2]. Este dado está em acordo com os estudos de Kerdpon e Sriplung [13] que afirmam que cerca de 60% dos casos de câncer de boca chegam aos hospitais especializados em fase avançada.

O câncer de boca, principalmente nos estágios mais avançados, tem forte impacto social para o paciente e sua família. Ele interfere em funções biológicas básicas como a alimentação e a fala, além de comprometer sobremaneira a estética do indivíduo por estar localizado na região de cabeça e pescoço. Assim, a pessoa fica estigmatizada com grande envolvimento psicológico levando-a muitas vezes a evitar o convívio social.

É importante que se divulgue a forma como vem sendo conduzida a política pública de atenção ao câncer de boca no Estado de Mato Grosso bem como sua legislação, gerando subsídios para uma discussão ampla com a comunidade científica e outros setores da sociedade. As ações publicadas neste artigo poderão servir de referência para outros Estados e Municípios que pretendam organizar um sistema de atenção às doenças bucais, aperfeiçoando o modelo matogrossense e adequando-o às suas realidades.

O objetivo deste trabalho é apresentar a política pública de atenção às doenças da boca e da face do estado de Mato Grosso, contextualizando o processo que culminou na elaboração da lei estadual 8.342 de 30 de julho de 2005 (Anexo E).

3.4 Metodologia

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo de caso, com a utilização de abordagem qualitativa. O que caracteriza um estudo de caso, segundo Yin [14], são as questões que se busca responder, o controle sobre os eventos e o grau de enfoque nos acontecimentos. Por se tratar de uma análise que dá ênfase a acontecimentos contemporâneos e processo ainda em construção, o estudo de caso acabou se sobressaindo como o desenho metodológico mais adequado.

A análise qualitativa adequa-se ao estudo da configuração de um fenômeno ou processo [15]. Segundo Weber [16] a tarefa qualitativa é elaborada como a procura de se atingir precisamente o conhecimento de um fenômeno histórico, isto é, significativo em sua singularidade.

Minayo e Sanches [15] nos dão subsídios para justificar a abordagem metodológica deste estudo ao definir o papel do estudo qualitativo: *“A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”*.

Neste trabalho foram utilizados basicamente documentos e registros em arquivos com o objetivo de, mediante coleta, leitura e análise, identificar a forma como se deu a organização da política pública de atenção às doenças da boca e da face do Estado de Mato Grosso. Foram utilizados como fontes documentais: documentos do Hospital do Câncer de Mato Grosso - HCMT, documentos da Secretaria de Estado de Saúde - SES-MT e o do Diário Oficial do estado de Mato Grosso – DOE/MT.

3.5 Resultados e Discussão

Em agosto de 2001, um grupo de cirurgiões-dentistas voluntários vinculados à Rede Feminina de Combate ao Câncer de Mato Grosso implantou o serviço de estomatologia no Hospital do Câncer de Mato Grosso - HCMT com o objetivo de prestar assistência odontológica aos pacientes com câncer, internos ou não do hospital.

Tratava-se de uma iniciativa pioneira, pois tais pacientes não dispunham de um local que lhes prestasse atenção à sua saúde bucal na rede pública. O mesmo ocorria com os usuários do SUS que apresentassem alguma lesão de boca. Não havia no estado um serviço de diagnóstico bucal nem um laboratório público de referência, para onde essas pessoas pudessem ser encaminhadas, permanecendo, então, sem o correto diagnóstico da lesão.

Assim, por assistir a uma demanda da população que não encontrava assistência na rede pública de saúde, informalmente, o serviço implantado no HCMT acabou por tornar-se referência para o diagnóstico e tratamento das lesões da boca evidenciando o descumprimento do princípio da hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na maioria dos casos, as neoplasias malignas de boca eram diagnosticadas pelo serviço do HCMT já em estado avançado [2] piorando sobremaneira seu prognóstico. É importante ressaltar que muitos pacientes com câncer de boca diagnosticados no HCMT relataram consultas prévias com médicos e dentistas, que não realizaram e nem solicitaram a realização de exames complementares de diagnóstico bucal.

Paralelamente às ações executadas no serviço de estomatologia, eram realizadas campanhas de combate ao câncer bucal em todo o Estado, diagnosticando e divulgando as neoplasias de boca, pouco conhecidas pela população matogrossense. As prefeituras, em parceria com o HCMT, viabilizavam o atendimento nas unidades de saúde disponíveis, onde eram realizados exames clínicos e, em caso de lesão suspeita de câncer ou não, como protocolo, eram realizadas citologias esfoliativas e biópsias incisionais. Simultaneamente, os profissionais do HCMT orientavam a população quanto à realização do auto-exame de boca.

A presença da imprensa local foi de fundamental importância para a divulgação do câncer de boca e, principalmente, do auto-exame bucal.

Apesar do esforço da equipe do HCMT, era consenso entre seus componentes a fragilidade das campanhas, por serem sazonais e sem retaguarda da rede de serviços do SUS, criando uma falsa sensação de atenção a essas doenças no Estado, fomentando a falta de iniciativa dos municípios em organizar um sistema de prevenção e intervenção às doenças da mucosa bucal.

Por atender a uma demanda reprimida que não encontrava assistência na rede pública da saúde do Estado, o serviço de estomatologia do HCMT tornou evidente a ausência de um plano estadual de atenção às doenças bucais, levando o Governo de Mato Grosso a desenvolver uma política estadual para doenças bucais no SUS.

Em nível nacional, tem-se nas diretrizes da política nacional de saúde bucal recomendação para que os Estados e Municípios realizem ações de diagnóstico bucal, com ênfase no câncer de boca, dentro do SUS [17]. Uma ação mais incisiva do Ministério da Saúde na atenção às doenças bucais foi a instituição das ações de diagnóstico bucal como requisito para a implantação dos Centros de Especialidade Odontológicas – CEO [18] incentivando a formação de serviços de diagnóstico de boca.

Neste contexto e considerando a lei 8.080/90 [19] que determina a competência dos estados na elaboração de políticas públicas para garantir a universalidade e a integralidade da assistência, bem como a descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde [19], a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES/MT publicou em 30 de novembro de 2004, a portaria 195 [20] (anexo D), instituindo a política estadual de atenção às doenças bucais, determinando as seguintes ações:

- 1) Cria um serviço de atenção às doenças bucais na Coordenadoria de Odontologia para Pacientes Especiais do Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade – CERMAC da SES/MT.

- 2) Determina a responsabilidade da SES/MT em propor, orientar e estimular as secretarias municipais de saúde a adotarem providências necessárias na organização e implantação de redes municipais de prevenção e diagnóstico das Doenças da Boca e da Face;
- 3) Estabelece que o atendimento deva iniciar nas unidades básicas de saúde, que deverão atuar em atividades preventivas e na realização de exames de diagnóstico das lesões bucais;
- 4) Estabelece o MT Laboratório, da SES/MT, como Centro de Referência Estadual para a realização de exames de Patologia Bucal (cito e histopatologia);
- 5) Determina que o serviço estadual de atenção às doenças da boca e da face atue como referência no âmbito estadual para a realização de exames de diagnóstico bucal;
- 6) Determina a comunicação compulsória dos casos diagnosticados de câncer de boca, conforme o Código Internacional de Doenças – CID, descrito em anexo da portaria, ao programa de avaliação e vigilância da coordenação de prevenção e controle do câncer da SES/MT, pelos laboratórios de anatomia patológica credenciados.

Essas ações tinham como objetivo a implantação de um sistema de atenção ao câncer de boca e às demais doenças da mucosa bucal no estado de Mato Grosso, que não existia de forma racionalizada e institucionalizada. Os municípios passaram a contar com um laboratório de anatomia patológica para enviarem suas citologias e biópsias e um ambulatório de retaguarda para realização dos exames de boca.

O Laboratório Público do Estado de Mato Grosso – MT Laboratório, criado em 2004, substituiu o Laboratório Central do Estado – LACEN, que não possuía serviço de patologia bucal. Tal serviço foi implantado na prática, no dia 25 de outubro de 2004, com a contratação de 02 patologistas bucais. Até esta data, o Estado de Mato Grosso não tinha um laboratório público de referência para onde os municípios enviassem seus exames de diagnóstico bucal (cito e histopatologia). Isto implicou uma ausência de estatísticas referentes à casuística do câncer de boca e de outras lesões bucais no período anterior à publicação da portaria 195/04 [20] e da implementação de suas ações.

Subsidiado pelo art. 2º da portaria 195/04 [20], que estabelece a responsabilidade da SES/MT em propor, orientar e estimular os municípios a adotarem medidas para organizar um sistema de atenção às doenças bucais, foi lançado a campanha MT contra o câncer de boca, no dia 07 de abril de 2005 com a seguinte meta: promover cursos teórico-práticos de prevenção e diagnóstico do câncer bucal para os cirurgiões-dentistas da rede pública de saúde bucal.

Desde então, em parceria com as prefeituras, por meio dos escritórios regionais de saúde, foram implantados pólos permanentes de atenção às doenças da boca nas unidades de assistência odontológica. Os primeiros municípios contemplados foram: Cuiabá, Várzea Grande, Rondonópolis, Tangará da Serra, Jaciara, Sorriso, Colíder, Diamantino, Sapezal, Juara, Sinop e Pontes e Lacerda. Este modelo foi inspirado na experiência das campanhas do HCMT, com o incremento dos cursos de prevenção e diagnóstico das lesões bucais, em que os protagonistas da campanha eram os cirurgiões-dentistas da rede pública, com a retaguarda dos profissionais da SES/MT e do HCMT. Todas essas ações foram possíveis de ser realizadas por que havia, a partir de então, um laboratório público com serviço de patologia bucal.

No dia de 30 de junho de 2005 a Assembléia Legislativa decretou e o governador do estado de Mato Grosso sancionou a lei 8.342 [21] (Anexo E), de autoria do poder executivo, instituindo a política de atenção às doenças da boca e da face [21]. A lei 8.342 [21] é uma evolução da portaria 195/04 [20], com uma novidade: fica promulgada, no art. 2º a seguinte redação: *O atendimento aos pacientes com lesões de boca e da face deverá iniciar nas unidades básicas de saúde, as quais atuarão em atividades preventivas e na realização de diagnósticos das lesões buco-faciais* [21]. Isso vai ao encontro do trabalho de Garbin et al [2], que sugerem ser a descentralização dos meios de diagnóstico bucal a chave para a intervenção precoce do câncer de boca, possibilitando fácil acesso à população.

O objetivo do governo de Mato Grosso, quando da elaboração do projeto de lei, foi criar um instrumento legal que norteara a construção de uma política pública de saúde sólida, que não pudesse ser desfeita sem a consulta prévia da Assembléia Legislativa. Uma vez que atos governamentais do poder executivo podem ser alterados facilmente, somente um instrumento com a legitimidade de lei poderia fugir dessa fragilidade.

Com sua promulgação, Mato Grosso consolidou legalmente as ações da portaria 195/04 [20] e instituiu a responsabilidade dos municípios na atenção às doenças da mucosa bucal [21]. O Estado estabeleceu, assim, uma importante ferramenta para a descentralização das ações e serviços de saúde, fortalecendo os princípios de universalidade, integralidade e hierarquização do SUS.

O processo de descentralização pode ser verificado num estudo epidemiológico dos casos de câncer de boca diagnosticados pelo MT Laboratório no ano de 2005 realizado por Garbin et al [2], após a introdução da política de atenção às doenças bucais pela portaria 195/04 [20], onde foram registrados os seguintes resultados: de 354 biópsias de boca realizadas, 12 foram diagnosticadas como câncer de boca (3,3%) [2]. Ao avaliar a procedência desses casos, apenas um (8,3%) era de Cuiabá e os 11 (91,7%) restantes do interior do Estado [2]. Em outro estudo, ao avaliar o impacto da lei 8.342/05, por meio dos resultados obtidos no banco de dados do MT Laboratório, Borges et al [22] verificaram a ocorrência de outras lesões, com elevado grau de morbidade, como o Paracococidioidomicose com 14 diagnósticos em 2005.

Esses dados mostram que houve impacto das ações implantadas a partir de 2004. Os municípios passaram a contar com um laboratório público de anatomia patológica para realizar e enviar seus exames. Dos exames enviados em 2005, 68,9% eram provenientes do interior do Estado e 31,1% da capital matogrossense [23].

3.6 Considerações Finais

A atenção às doenças bucais em Mato Grosso evoluiu do voluntariado para um projeto de Estado. A lei 8.342 [21] é um marco regulatório na atenção das doenças buco-faciais, pois descentraliza os serviços de diagnóstico bucal nas unidades básicas de saúde dos municípios com o objetivo de reduzir o tempo de diagnóstico das lesões bucais, principalmente as malignas. O serviço de estomatologia do HCMT teve papel fundamental na construção da política de atenção às doenças bucais, no momento em que chamou a atenção da sociedade para a realidade e a ausência do poder público para atuar, não só no combate ao câncer, mas também a outras doenças bucais. A utilização do projeto de lei para consolidar as políticas públicas tem se mostrado eficaz no que diz respeito à legitimidade, aplicabilidade e legalidade das ações implementadas, indo ao encontro dos princípios norteadores do SUS.

3.7 Referências*

1. Andreotti M, Rodrigues AN, Cardoso LMN et al. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. Cadernos Saúde Pública 2006; 22: 543-52.
2. Garbin CAS, Moimaz SAS, Carvalhosa AA, Borges FT, Bezerra FV. Epidemiological survey of oral cancer cases in 2005 after the introduction of the carefulness at oral diseases politics in Mato Grosso State – Brazil In: Varma AK, Piemonte M. Oral Oncology. New Delhi: Northern Book Centre, 2006. V.11 p70-3.
3. Queiroz RCS, Mattos IE, Monteiro, GTR et al. Confiabilidade e validade das declarações de óbito por câncer de boca no Município do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19: 1645-53.
4. Jitomirski F. Câncer bucal. In: Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000 p. 445-56.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquout JE. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
6. Borges FT, Leite C, Tucci R, Aburad A, Curvo H. Câncer bucal, um problema de saúde pública – dados epidemiológicos revelam a necessidade de uma política de atenção para estas doenças no estado de Mato Grosso [Resumo]. Acta Oncológica Brasileira 2004, 24 (4): 700.
7. Oliveira EF, Silva O MP, Blachman IT, Pio MRB. Oral Cancer Epidemiological Profile in São Paulo City In Varma AK, Oral Oncology. New Delhi: Northern Book Centre 2005. V.10. p.13-21.
8. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J, Powell J. Estimate of worldwilde incidence of 25 major cancers in 1990. Internatonal Journal of Câncer 1990. 80: p. 827-41.

* Referências elaboradas de acordo as normas da Revista Health Policy (Anexo A).

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa2006. [cited 2006 jun 17] Available from: URL <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=BR>
10. Brasil. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2006. [cited 2006 jun 17] Available from: URL <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mt>
11. Brasil. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2006. [cited 2006 jun 17] Available from: URL <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=mt&tema=servicossaude&titulo=Servi%20os%20de%20sa%20FAd%202002>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. 2006. [cited 2006 jun 17] Available from: URL <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=MT>
13. Kerdpon D, Sriplung H. Factors related to advanced stage oral squamous cell carcinoma in Southern Thailand. *Oral Oncology* 2001; 37: 216-21.
14. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Ed. Bookman, 2001.
15. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública* 1993, 9: 237-48.
16. Weber M. The methodological foundation sociology. In: Coser LA Rosenberg B, editors. *Sociological Theory: A Book of Readings*. 3. ed. Toronto: MacMillan, 1969. p. 248-58.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº1570 de 29 de julho de 2004: estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de próteses dentárias. Brasília, Diário Oficial da União, n.146, 30 de julho de 2004, p.71-72.

19. Brasil. Lei 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. Brasília: Diário Oficial da União, 1990 22 set.
20. Mato Grosso. Portaria 195 de 30 de novembro de 2004: Dispõe sobre a política estadual de atenção às doenças da boca e da face, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Cuiabá: Diário Oficial do Estado de Mato Grosso, 2004 30 nov.
21. Mato Grosso. Lei estadual 8342 de 30 de junho de 2005: Institui a política estadual de atenção às doenças da boca e da face no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Cuiabá: Diário Oficial do Estado de Mato Grosso, 2005 30 jul.
22. Borges FT, Garbin CAS, Moimaz SAS, Carvalhosa AA, Castro PHS, Bezerra FV. Prevalência de lesões da mucosa bucal do laboratório público do estado de Mato Grosso. *Brasilian Oral Research* 2006; 20:311.
23. Garbin CAS, Garbin AJI, Carvalhosa AA, Borges FT, Bezerra FV. Lei estadual 8.342: um instrumento para a atenção às doenças da boca e da face no estado de Mato Grosso. In: *Odontologia e Sociedade* 2006. [cited 2006 jun17]. Available from: URL <http://www.fo.usp.br/revistas/odontologiaesociedade.pdf>.

4 Capítulo 2

**Análise da lei que instituiu a
política de atenção às doenças
da boca e da face no estado
Mato Grosso**

4.1 Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo é analisar a Lei Estadual MT 8.342 de 30 de junho de 2005 que instituiu a política Estadual de atenção às doenças da boca e da face no Estado de Mato Grosso.

Métodos: Trata-se de uma análise documental com uma abordagem qualitativa, por meio do estudo de caso. Neste trabalho foram utilizados como fonte de pesquisa documentos do Diário Oficial do Estado de Mato Grosso e do Diário Oficial da União. Analisou-se a Lei Estadual MT 8.342 verificando-se o mérito, a iniciativa e o conteúdo com a literatura científica, a Constituição Federal do Brasil – CF e a Lei orgânica da Saúde – 8.080 de 22 de setembro de 1990.

Resultados: Verificou-se neste trabalho que a política de atenção às doenças da boca e da face em Mato Grosso evoluiu de atos administrativos do executivo para uma lei ordinária infraconstitucional. A lei Estadual MT 8.342/05 descentraliza as ações de diagnóstico numa rede hierarquizada, estando em acordo com a legislação constitucional e ordinária da saúde analisadas neste artigo. O instrumento legislativo utilizado em Mato Grosso respalda os gestores responsáveis pela atenção à saúde, evitando a fragilidade dos atos administrativos do poder executivo.

Conclusões: A Lei Estadual MT 8.342/05 é um instrumento constitucional, o qual somente a assembleia legislativa poderá alterar a política implementada. Isso garante a continuidade da política de saúde entre governos, mesmo quando divergentes ideologicamente.

Descritores: Saúde Pública. Políticas Públicas. Legislação Sanitaria. Medicina Bucal.

4.2 Abstract

Objective: The aim of study is analyses Mato Grosso State Law number 8.342 at June 30th, 2005, which established the oral and facial care policies in Mato Grosso State – Brazil.

Method: This research is a documental analysis with qualitative disposition and so is a case study. Official Diary of Mato Grosso State and Official Diary of Union – Brazil documents were used like data base to describe and analyze the Mato Grosso State law number 8.342/05 through collect. The Law worth was confirmed when its contents were compared with scientific literature, Brazilian Constitution and health organic Brazilian Law number 8.080 at setember 19th, 1990.

Results: Oral and Facial Diseases Care Policies in Mato Grosso State – Brazil developed at administrative actions of executive power to an under constitutional ordinary Law. The Mato Grosso State Law number 8.342/05 decentralize diagnosis acts on a hierarchyed system being according to constitutional and health ordinary Brazilian Law that were analyzed in this study. The legislative instrument used in Mato Grosso State Supports the professionals on construction of health care. This is a State action that avoids the administrative acts of executive power fragility.

Conclusion: Mato Grosso State Law 8.342/05 is a constitutional instrument, where the state legislature will only be able to modify the implemented policies. It's is guarantees the continuity of the policies of health between governments, when exactly divergent Idea.

Keywords: Public Health. Public Policies. Legislation, Health. Oral Medicine.

4.3 Introdução*

O Sistema Único de Saúde – SUS, criado com a Carta Constitucional Brasileira de 1988⁵, é fruto do movimento sanitário, que teve seu momento de glória na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. O SUS consagra-se como uma ação social ousada, porém muito dependente do Estado. Narvai¹⁷ considera que a construção do SUS envolve também órgãos, instituições, entidades do movimento sindical, movimento de defesa dos pacientes entre outros, possibilitando superar o quadro de fragmentação e centralização das ações de saúde pública que predominou no país no século passado.

O Brasil implementa com o SUS uma das maiores políticas de inclusão social da história da humanidade, tendo como marco legal o artigo 196 da Constituição Federal Brasileira – CF⁵, com a seguinte redação; *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*. A tutela da saúde pelo Estado encontra referência na declaração dos princípios da carta da Organização Mundial da Saúde, a qual estabelece a responsabilidade dos governos na saúde de seus povos.²

Para Dallari¹⁰ *“Tendo o Estado assumido inicialmente a prestação de cuidados de saúde como prestação de um serviço público, é fácil supor-se a grande quantidade de textos legais que regem a execução desse serviço. Isso porque toda atividade administrativa do Estado moderno é realizada sob a lei”*. Partindo dessa consideração, interpreta-se no art. 196 da CF⁵ que a instrumentalização das políticas públicas em saúde podem ser realizadas por meio de legislação infraconstitucional.

O Estado de Mato Grosso implantou em 2005 a política estadual de atenção às doenças da boca e da face, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde¹⁴, por meio de lei ordinária, contrariando o costume da utilização das instruções normativas e portarias pelos órgãos de gestão das três esferas de governo.

* Artigo elaborado de acordo com as normas da Revista de Saúde Pública. (Anexo B)

A divulgação e a análise das políticas públicas de saúde do SUS merecem atenção, tanto no conteúdo como na forma, a partir das quais os órgãos governamentais poderão utilizar, adequar e aperfeiçoar a tecnologia de gestão empregada em Mato Grosso.

O objetivo deste estudo é analisar a Lei Estadual MT 8.342 de 30 de junho de 2005¹⁴ que instituiu a política de atenção às doenças da boca e da face no estado de Mato Grosso. Tal análise poderá fomentar a discussão na comunidade científica e entre os órgãos gestores quanto à utilização de textos legislativos na implantação de políticas públicas de saúde.

4.4 Metodologia

Trata-se de uma análise documental com uma abordagem qualitativa. Esta abordagem adequa-se a este estudo considerando que o objeto em análise configura um processo em construção. Por se tratar de uma análise que dá ênfase a acontecimentos contemporâneos e processo ainda em construção, o estudo de caso²⁰ acabou se sobressaindo como o desenho metodológico mais adequado. Esta abordagem metodológica foi inspirada no estudo de Cohn et al.⁹ que ao verificar a incorporação dos sistemas de informação disponíveis nos processos municipais de tomada de decisão no setor saúde, utilizaram a análise qualitativa “*Dadas as características do objeto de estudo... buscando-se captar a dinâmica e a complexidade do objeto em seu contexto histórico imediato, tendo, portanto, o ambiente social como fonte privilegiada de dados*”⁹. Os mesmos autores elegeram entre os vários tipos de abordagens qualitativas, pelo estudo de caso, que consiste em relacionar uma situação real tomada em seu contexto, e a partir de seu estudo verificar como se manifestam e evoluem os fenômenos em análise.⁹

Neste trabalho foi utilizada como fonte de pesquisa documentos do Diário Oficial do Estado de Mato Grosso e do Diário Oficial da União com o objetivo de, mediante coleta, descrever e analisar a Lei Estadual MT 8.342 de 30 de junho de 2005¹⁴ (Anexo E), de autoria do Governo de Mato Grosso, que institui a política Estadual de Atenção às doenças da Boca e da Face no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Foi realizada uma descrição integral dos artigos da Lei Estadual 8.342/05¹⁴ no qual cada um foi analisado individualmente. Analisou-se a referida Lei Verificando-se o mérito, a iniciativa e o conteúdo com a literatura científica a Constituição Federal do Brasil – CF⁵ e a Lei orgânica da Saúde – 8.080 de 22 de setembro de 1990.⁶

4.5 Resultados e Discussão

No dia de 30 de junho de 2005 a Assembléia Legislativa decretou e o governador do Estado de Mato Grosso sancionou a lei 8.342¹⁴, de autoria do poder executivo, que institui a política estadual de atenção às doenças da boca e da face, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde – SES/MT. Esta lei é composta de um preâmbulo, cinco artigos e um anexo (Anexo E).

A constatação de que as doenças da boca e da face são problemas de saúde pública^{1,4,11,12,13,18,19} garantem o mérito desta lei. Em nível nacional, tem-se nas diretrizes da política nacional de saúde bucal⁷ recomendação para que os Estados e Municípios realizem ações de diagnóstico bucal, com ênfase no câncer de boca, dentro do SUS. Uma ação mais incisiva do Ministério da Saúde na atenção às doenças bucais foi a instituição das ações de diagnóstico bucal como requisito para a implantação dos Centros de Especialidade Odontológicas – CEO⁸, incentivando a formação de serviços de diagnóstico de boca.

Neste contexto a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso publicou a portaria SES/MT 195 de 30 de novembro de 2004¹⁵ (Anexo D), precedendo a Lei Estadual MT 8.342/05¹⁴, que determinava a criação de um serviço de atenção às doenças bucais; a responsabilidade da SES/MT em propor, orientar e estimular as Secretarias Municipais de Saúde a adotarem providências necessárias à organização e implantação de redes municipais de prevenção e diagnóstico das doenças da boca e da face; que o atendimento deveria iniciar nas unidades básicas de saúde, as quais deveriam atuar em atividades preventivas e na realização de exames de diagnóstico das lesões bucais; que O MT Laboratório, da SES/MT, atuasse como centro de referência estadual para a realização de exames de Patologia Bucal (cito e histopatologia); que o serviço estadual de atenção às doenças da boca e da face atuasse como referência no âmbito Estadual para a realização de exames de diagnóstico bucal e a comunicação compulsória dos casos diagnosticados de câncer de boca ao programa de avaliação e vigilância da coordenação de prevenção e controle do câncer/SES, pelos laboratórios de anatomia patológica credenciados.¹⁵

Verifica-se neste processo que a política de atenção às doenças da boca e da face evoluiu de atos administrativos do executivo para um instrumento legislativo. Bertolote³ (1995) analisou as regulamentações emanadas de autoridades administrativas e concluiu que as estas podem introduzir importantes modificações, em curto prazo, desde que não estejam em contradição com alguma lei maior. O mesmo autor ressalta que essa via é particularmente eficiente quando as autoridades de saúde em questão dispõem do controle orçamentário.³

Ao analisar as experiências de vários países no campo da legislação de saúde mental, Bertolote³ verificou que no caso de leis principais (por exemplo, lei nacional de saúde mental, códigos civis ou penais), o tempo transcorrido entre uma iniciativa para seu desenvolvimento ou modificação substancial e sua aplicação é de aproximadamente dez anos, em média. No mesmo ensaio o autor conclui que a via legislativa maior é lenta, porém pode representar o envolvimento de amplos e variados segmentos da sociedade, enquanto que a via administrativa, que envolve menor número de pessoas, pode produzir os resultados desejados em muito menos tempo³. Uma ponderação se faz necessária em relação aos instrumentos administrativos do poder executivo, devido a sua vulnerabilidade às mudanças de governo, inviabilizando a continuidade de políticas públicas que levam certo tempo para apresentarem resultados.

A iniciativa matogrossense de utilizar o instrumento legislativo para implantar sua política de saúde tem respaldo inicial em documentos da Organização Panamericana da Saúde e da Organização dos Estados Americanos, visto que os ministros da saúde dos países americanos, reunidos em Washington em 1963, concluíram *"ser indispensável que os Ministérios de Saúde promovam a criação de instrumentos legais e institucionais para a coordenação efetiva, no normativo e no executivo, das ações curativas e preventivas do Estado, entre si e destas com as organizações para-estatais, autárquicas e autônomas que prestam quaisquer tipos de cuidados de saúde"*.² Dallari¹⁰ afirma que o interesse público no moderno Estado de Direito é garantido por leis, porque os textos legislativos representam a vontade geral dessa sociedade, solidificando ainda mais a política de Mato Grosso.

Iniciando a análise da Lei Estadual MT 8.342/05¹⁴ pelo seu preâmbulo que *"Institui a Política Estadual de Atenção às doenças da Boca e da Face, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES/MT"* verifica-se a concordância

os artigos 196 e 197 da Constituição Federal – CF⁵. O primeiro determina o dever do Estado de promover saúde por meio de políticas públicas, interpreta-se que tal fato possa ser realizado por meio de leis infraconstitucionais, nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal⁵. O segundo subsidia a política matogrossense ao declarar de relevância pública as ações e serviços em saúde, e cabe ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.⁵

Quanto a sua abrangência, nota-se que a Lei MT 8.343/05¹⁴ está limitada a SES/MT, não exercendo efeitos diretos sobre os outros órgãos públicos responsáveis pela saúde no Estado, principalmente para as secretarias municipais de saúde. Porém, a SES/MT é o órgão público máximo na organização do sistema de saúde do Estado e, por consequência, suas ações vão refletir em todas as instituições do SUS de Mato Grosso, já que compete às Secretarias Estaduais de Saúde acompanhar, controlar e avaliar a rede hierarquizada do SUS, de acordo com a lei orgânica da saúde do Brasil, nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990.⁶

No artigo 1º, a Lei Estadual MT 8.342/05¹⁴ institui o serviço estadual de atenção às doenças da boca e da face, também no âmbito da SES/MT. A criação de um serviço de referência tem retaguarda nos princípios da universalidade, art. 7º inciso I da Lei 8.080/90,⁶ no momento em que se amplia o acesso aos usuários com mais um serviço, quando se buscou respaldar, com uma unidade de referência, a assistência às doenças da boca e da face em Mato-Grosso.

Outro princípio empregado verificado no parágrafo único do art. 1º da Lei Estadual 8.342/05¹⁴ é o da hierarquização, determinado pelo art. 198 da CF⁵ e pela Lei 8.080/90 em seu art. 7º inciso IX item b,⁶ quando fica determinado que o serviço de atenção às doenças da boca e da face atue como referência, no âmbito estadual, regulado pela Superintendência de Regulação da SES/MT, órgão responsável pela organização da demanda e oferta de serviços de saúde no Estado.

A descentralização das ações em saúde para os municípios constitui-se num grande desafio das autoridades Federais e Estaduais. Este preceito tem respaldo tanto na CF, art.198 inciso I⁵, quanto na Lei 8.080/90 art. 7º inciso IX e art. 17 inciso I⁶ que

dispõe da competência dos gestores estaduais de descentralizar as ações e serviços em saúde para os municípios. Neste contexto, a Lei MT 8.342/05¹⁴ cumpre papel importante na constituição de uma rede hierarquizada e regionalizada com a redação do seu art. 2º: *“O atendimento aos pacientes com lesões de boca e da face deverá iniciar nas unidades básicas de saúde, as quais atuarão em atividades preventivas e na realização de diagnósticos das lesões buco-faciais”*¹⁴. Além de descentralizar o atendimento aos pacientes com lesões de boca e da face para a realização do diagnóstico das moléstias buco-faciais, este artigo determina que tais unidades de saúde atuem em atividades preventivas, em acordo com o art. 198⁵, que determina no inciso II o atendimento integral com ênfase na prevenção. O art. 2º da Lei Estadual MT 8.342/05¹⁴ mostra ousadia das autoridades sanitárias do estado de Mato Grosso ao descentralizar ações restritas, em alguns casos, a centros de referência em diagnóstico de boca vinculados a universidades e hospitais.

Para a realização das atividades de prevenção e diagnóstico das lesões bucais faz-se necessária a retaguarda de um laboratório público de anatomia patológica. A Lei 8.080/90 no art. 17 inciso X⁶ é clara ao determinar a competência dos Estados em coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa. A Lei Estadual MT 8.342/05¹⁴ estabelece em seu art. 3º que o laboratório público do Estado – o MT Laboratório atue como referência estadual para a realização dos exames de cito e histopatologia, permitindo, por meio do parágrafo único deste artigo, que os municípios enviem seus exames a outros laboratórios credenciados. Esta ação respalda os municípios matogrossenses para a realização dos exames de anatomia-patológica com o laboratório público do Estado. O parágrafo único¹⁴ permite que os municípios programem seu próprio fluxo de encaminhamento dos exames realizados em suas unidades de saúde.

No momento em que se estabelece um programa de assistência a alguma doença ou agravo, acentua-se a necessidade de um programa de vigilância epidemiológica. A Lei 8.080/90⁶ determina a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e a consequente alocação de recursos. Considerando estas diretrizes a Lei Estadual MT 8.342/05¹⁴ traz no art. 4º a seguinte redação: *“É obrigatória a comunicação dos casos diagnosticados de câncer bucal, conforme o Código*

*Internacional de Doenças – CID, descrito no anexo único, ao programa de avaliação e vigilância da Coordenação de Prevenção e Controle do Câncer da Secretaria de Estado de Saúde – SES, pelos laboratórios de anatomia patológica credenciados”.*¹⁴

A partir de então fica criado um instrumento de comunicação compulsória dos casos de câncer, no qual o objeto será o laudo histopatológico emitido pelos laboratórios de anatomia patológica credenciados no Estado de Mato Grosso. Essa fonte de comunicação foi considerada padrão ouro na confirmação dos diagnósticos de câncer de boca por Queiroz et al¹⁸. O resultado será a criação de um banco de dados fidedigno de câncer de boca, permitindo aos gestores planejar, controlar e avaliar ações na atenção desta doença com dados epidemiológicos constantemente atualizados.

4.6 Considerações Finais

A formulação de normas para garantir a qualidade da atenção prestada é um importante elemento para a elevação dos padrões de qualidade dos serviços³. A política matogrossense converge com as diretrizes do SUS no momento em que define a responsabilidade da SES/MT em garantir a assistência aos pacientes com lesões bucais e organiza um fluxo de atendimento que inicia nas unidades básicas de saúde, com respaldo do serviço de atenção às doenças bucais e do laboratório público de anatomia-patológica de Mato Grosso. A Lei MT 8.342 descentraliza as ações de diagnósticos numa rede hierarquizada garantido o acesso universal e a integralidade da assistência às doenças buco-faciais.

Uma lei ordinária dá aos gestores o respaldo necessário para o aprimoramento da atenção à saúde constituindo uma política de Estado, “*perene*” evitando a “*fragilidade*” das ações governamentais, realizadas por decretos e portarias, facilmente desfeitas por vontade política. As ações instituídas com a legitimidade do instrumento Legislativo não podem ser desfeitas sem a consulta prévia e aprovação da maioria dos parlamentares. Este fato democratiza a gestão do SUS, permite continuidade entre governos com posições ideológicas diferentes evitando a fragmentação das políticas públicas no Brasil.

4.7 Referências*

1. Andreotti M, Rodrigues AN, Cardoso LMN, Figueiredo RAO, Eluf Neto J, Wunsch V. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad Saúde Pública* [periódico on line] 2006; 22 (3). Disponível na URL: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n3/09.pdf> [2006 jun 22]
2. Apreciação do "Plano Nacional de Saúde". *Rev Saúde Pública* [periódico on line] 2006; 40(3). Disponível na URL: <http://www.hygea.fsp.usp.br/rsp>. [2006 set 12].
3. Bertolote JM. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais. *Rev Saúde Pública* [periódico on line] 1995; 29(2). Disponível na URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n2/13> [citado 2006 set 13].
4. Borges FT, Garbin CAS, Moimaz SAS, Carvalhosa AA, Castro PHS, Bezerra FV. Prevalência de lesões da mucosa bucal do laboratório público do estado de Mato Grosso. *Bras Oral Res* 2006; 20(suppl): 311.
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Da Saúde: art. 196, 197 e 198. Disponível na URL: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/> [2006 jul 30]
6. Brasil. Lei 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. Disponível na URL: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacaointegra.asp?id=584idoriginal=0> [2006 jul 30].
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Disponível na URL: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/diretrizes da politica nacional de saúde bucal .pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf) [2006 jun10]

* Referências elaboradas de acordo com as normas da Revista de Saúde Pública. (Anexo B)

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº1570 de 29 de julho de 2004: estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de próteses dentárias. Disponível na URL: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/novo_site/biblioteca/legislacao_saude/informe_semana/sem_20040913_20040918/U_PT-MS-GM-1570re.htm [2006 jul 30]
9. Cohn A, Westphal MF, Elias PE. Informação e decisão política em saúde. *Rev Saúde Pública* [periódico on-line] 2005 Disponível na URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-89102005000100015&Ing=pt&nrm=iso> [2006 ago 10]
10. Dallari SG. Uma nova disciplina: o direito sanitário. *Rev Saúde Pública* [periódico on line] 1988; vol. 22 (4). Disponível na URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n4/08.pdf> [2006 set 12].
11. Garbin CAS, Moimaz SAS, Carvalhosa AA, Borges FT, Bezerra FV. Epidemiological survey of oral cancer cases in 2005 after the introduction of the carefulness at oral diseases politics in Mato Grosso State – Brazil. In: Varma AK, Piemonte M. Oral Oncology. New Delhi: Northern Book Centre, 2006. V.11 p70-3.
12. Jitomirski F. Câncer bucal. In: Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4.ed. São Paulo: Santos; 2000. p. 445-446.
13. Kerdpon D, Srlplung H. Factors related to advanced stage oral squamous cell carcinoma in Southern Thailand. *Oral Oncol* 2001; 37 (3): 216-221.
14. Mato Grosso. Lei estadual 8342 de 30 de novembro de 2004: dispõe sobre a política estadual de atenção às doenças da boca e da face no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES. Cuiabá: Diário Oficial do Estado de Mato Grosso; 2005 30 jul.
15. Mato Grosso. Portaria 195 de 30 de novembro; dispõe sobre a política estadual de atenção às doenças da boca e da face, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT. Cuiabá: Diário Oficial do Estado de Mato Grosso; 2004 30 nov.
16. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública* [periódico on line] 1993; 9 (3). Disponível na URL: <http://www.scielosp.pdf/csp/v9n3/02.pdf> [2006 jun 22]

17. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública* [periódico on line] 2006; 40. Disponível na URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-89102006000400019&Ing=pt&nrm=iso> [2006 set 01].
18. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
19. Queiroz RCS, Mattos IE, Monteiro GTR Koifman S.. Confiabilidade e validade das declarações de óbito por câncer de boca no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* [periódico on line] 2003; 19 (6). Disponível na URL: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n6/a09v19n6.pdf> [2006 ago 20]
20. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Ed. Bookman; 2001.

5 Capítulo 3

**Registro do câncer de boca
no laboratório público do
estado de Mato Grosso**

5.1 Resumo

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi analisar o registro dos casos de câncer de boca, diagnosticados no laboratório público do estado de Mato Grosso, após a instituição da política de atenção às doenças da boca e da face do estado de Mato Grosso.

Metodologia: Trata-se de um estudo epidemiológico longitudinal. O objeto estudado foi o laudo histopatológico, pesquisando-se um total de 1.324 laudos emitidos entre janeiro de 2005 e dezembro 2006. Verificaram-se os casos de câncer de boca analisando as seguintes variáveis: percentual do câncer de boca no universo das lesões bucais, tipo histológico, idade, procedência dos pacientes (capital ou do interior). **Resultados:** Após a análise dos dados verificaram-se 44 lesões de câncer de boca, representando 3% dos diagnósticos. O tipo histológico mais incidente foi o carcinoma epidermóide. A maioria dos diagnósticos foi referente aos homens nas 5ª e 6ª décadas de vida residentes no interior do Estado. **Conclusão:** Conclui-se com este estudo que em dois anos de série histórica o serviço público de patologia registrou um considerável número de casos de câncer de boca.

Descritores: Saúde Pública; Legislação sanitária; Medicina Bucal; Neoplasias Bucais; Epidemiologia.

5.2 Abstract

Purpose: The aim of this study was analyze the register of oral cancer cases diagnosed on public laboratory of Mato Grosso State after institution of care politic of oral and facial cancer of Mato Grosso State. **Method:** It's a longitudinal and epidemiologic study. The studied object was the histopathological award, being 1.324 emitted awards between January 2005 and December 2006. The oral cancer cases were verified through the analysis of fallowing variables: percentage of oral cancer among oral lesions, histological type, age, and the local that the patients were from (interior or capital of State). **Results:** After analyses of data, 44 lesions of oral cancer were found, representing 3% of all diagnosis. The histological type more incident was epidermoid cancer. The majority of diagnosis was referent at men with age between 5th and 6th decade of life and lives on interior of State. **Conclusion:** We can conclude with this study that during the period of two years of historic series, the public service of pathology registered a considerable number of oral cancer cases.

Keywords: Public Health; Legislation, Health; Oral Medicine; Mouth Neoplasms; Epidemiology.

5.3 Introdução*

O câncer de boca é o quinto tipo de câncer em incidência em todo o mundo¹ sendo muito freqüente na Ásia (Índia, Singapura e outros países da região) representando mais de 50% de todos os diagnósticos de câncer.²

Na Índia o câncer de boca é o mais incidente nos Homens e o terceiro entre as mulheres¹. Estudos relacionam a associação entre o câncer de boca e a pobreza, uma vez que os indicadores de mortalidade e morbidade são ruins nas áreas de baixo nível sócio-econômico³. Países desenvolvidos como o Japão e Chile apresentam uma baixa incidência do câncer de boca, estimada entre 1% e 2% de todos os tumores.^{4,5}

No Brasil o câncer de boca representa o quinto tipo de câncer em incidência entre os homens e o sétimo entre as mulheres⁶. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou em 2006 uma taxa bruta em homens de 10.91 por 100.000 habitantes e de 3.58 por 100.000 habitantes entre as mulheres⁷. Os maiores valores das taxas médias anuais de incidência em homens, ajustadas por idade por 100 mil habitantes, foram constatadas no Rio de Janeiro – 20.22 e no Paraná 4.95 em mulheres⁷.

Oliveira et al.⁴ destacam que as características culturais do povo combinado com o nível de acesso ao tratamento e tecnologia nos serviços públicos de saúde determinam a variação da incidência do câncer de boca no mundo.

Leite e Koifman² ao analisarem os casos de câncer de boca em um hospital de referência no Rio de Janeiro verificaram uma correlação entre mortalidade por câncer de boca e o estágio clínico do diagnóstico, quando 18.1% dos pacientes com diagnóstico em estágio I morreram, sendo que esse número sobe para 65.4% nos diagnósticos no estágio IV. A detecção precoce do câncer de boca pela rede básica de saúde deve ser seriamente considerada⁸. A universalização do acesso aos meios de diagnóstico possibilitará a intervenção precoce ao câncer de boca.

*** Artigo elaborado de acordo com as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (Anexo C)**

Em 2004 o estado de Mato Grosso publicou a política pública de atenção às doenças da boca e da face⁹, consolidada em 2005 pela lei 8.342¹⁰, instituindo o serviço de patologia bucal no laboratório público do Estado – MT laboratório, determinando que este seja responsável pela realização dos exames anátomo-patológicos da rede pública de saúde do estado.

O objetivo deste trabalho é analisar o registro dos casos de câncer de boca, diagnosticados no serviço público de patologia, após a instituição da política de atenção às doenças da boca e da face do estado de Mato Grosso.

5.4 Metodologia

Neste estudo realizou-se uma abordagem quantitativa por meio de uma pesquisa epidemiológica, documental, descritiva e longitudinal no banco de dados do laboratório público de Mato Grosso – MT Laboratório. O objeto estudado foi o laudo histopatológico, pesquisando-se um total de 1.324 laudos emitidos entre janeiro de 2005 e dezembro 2006. O laudo histopatológico foi considerado por Queiroz et al¹¹ padrão ouro na confirmação do diagnóstico de câncer de boca. Analizaram-se os registros do câncer de boca e as seguintes variáveis: percentual do câncer de boca no universo das lesões bucais, tipo histológico, gênero, idade e procedência dos pacientes (capital ou do interior). Uma vez realizada a coleta e tabulação dos dados, realizou-se análise descritiva. O projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” UNESP, aprovado pelos processos FOA 2006-01605 e FOA 2006-01686 (anexo F).

5.5 Resultados e Discussão

O primeiro ano de funcionamento da política pública de atenção às doenças da boca foi 2005, não havendo registros anteriores de casos de lesões de boca no laboratório público de Mato Grosso – MT - Laboratório. No primeiro ano foram encaminhadas ao MT Laboratório - 358 lesões de boca, sendo que em 2006 registraram-se 966 lesões de boca, evidenciando um aumento de 269% entre 2005 e 2006 nos registros de lesões bucais. Os dois anos de funcionamento do serviço de patologia totalizaram 1.324 laudos diagnósticos, dos quais 44 casos (3%) correspondiam ao câncer de boca (Figura 1).

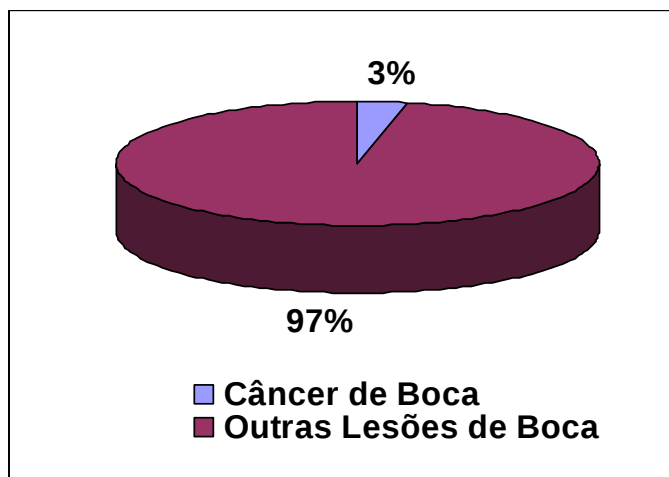


Figura 1 - Distribuição percentual dos casos de câncer de boca em relação ao universo das lesões diagnosticadas. MT Laboratório, 2005 e 2006.

Moimaz et al.¹² verificaram a ocorrência de 1% de lesões malignas no universo das lesões de boca diagnosticadas em pacientes idosos no interior paulista. Correa et al.¹³ analisaram 2.250 laudos histopatológicos de boca de pacientes, em dois grupos: pacientes idosos, com 60 anos ou mais, e não idosos, menos de 60 anos. Verificou-se uma participação de 11.5% de lesões malignas epiteliais em pacientes idosos e 1.8% de lesões malignas epiteliais em pacientes não idosos, no universo de todas as lesões estudadas.

Em 2006 registraram-se 32 casos de câncer de boca, num aumento de 266% nos registros de câncer entre 2005 e 2006 (Figura 2). Este aumento pode ser explicado pela subnotificação do câncer de boca em 2005, em decorrência da sedimentação do serviço.

Riera e Martinez⁵ verificaram um aumento na taxa bruta dos casos de câncer de boca no Chile entre 1969 e 2002 de 3.0 para 5.3 por 100.000 habitantes. Wunsch-Filho⁶ constatou um aumento na taxa bruta entre as mulheres entre 1983 e 1998 na cidade de São Paulo/SP.

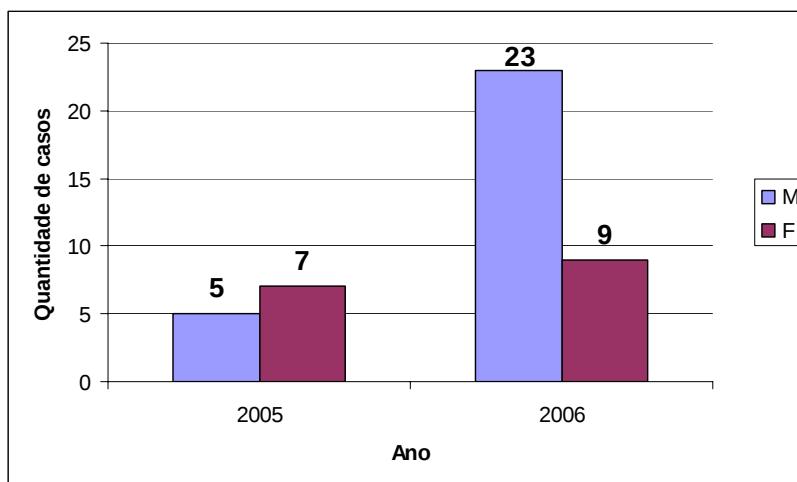


Figura 2 - Distribuição numérica dos casos de câncer de boca (N=44) por gênero (M: Masculino; F: Feminino) e por ano. MT Laboratório, 2005 e 2006.

A média de idade dos pacientes com câncer foi de 55.2 anos, média próxima da verificada por Durazzo et al.¹⁴, que analisaram 374 prontuários entre 1994 a 2002, constatando uma média de idade de 57.4 anos. Os pacientes com menos de 60 anos representam 68.1% e os com 60 anos ou mais 31.9%.

Os dados do MT Laboratório mostram que os pacientes são jovens, em sua maioria entre a 5ª e 6ª décadas de vida (Figura 3). Llewellyn et al.¹⁵ analisaram a ocorrência de câncer no Reino Unido em pacientes com menos de 45 anos, com N=116 e verificaram que 52% dos pacientes tinham entre 41 e 45 anos, ou seja, na 5ª década de vida. Os autores notaram na pesquisa a relação da ocorrência do câncer de boca em adultos jovens com exposição maior ao tabaco e ao álcool do que no grupo controle.¹⁵

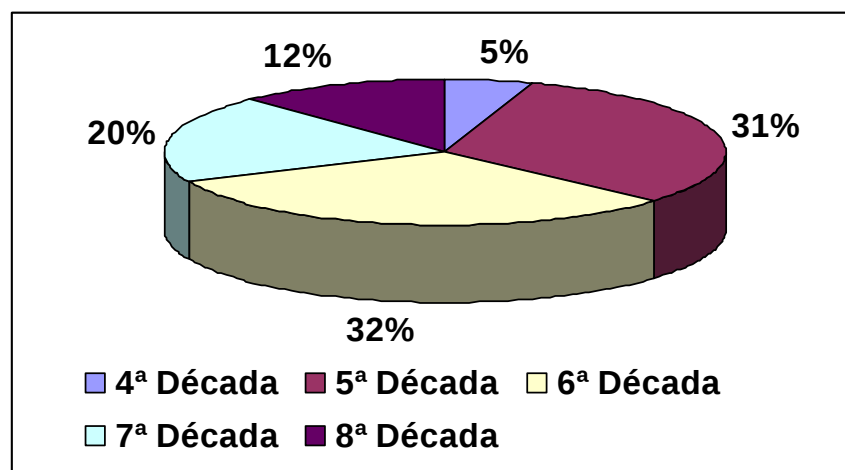


Figura 3: Distribuição Percentual dos casos de câncer (n=44) por década de vida mais incidente. MT Laboratório, 2005 e 2006.

O gênero feminino superou o masculino em 2005 com 58.3% dos diagnósticos de câncer de boca. No ano de 2006 o gênero que predominou foi o masculino com 71.8%. Este dado está próximo ao verificado na cidade do Rio de Janeiro por Leite e Koifman² entre 1996 e 1997. Vários estudos que indicam o gênero masculino o mais acometido pelo câncer de boca ^{1,5,6,14,16}. Shafer et al¹⁷ em 1987 discorriam sobre a tendência à diminuição da diferença registrada na ocorrência do câncer de boca entre os dois sexos, principalmente devido ao fato de que certos hábitos masculinos provavelmente relacionados à etiologia da doença tenham sido adotados pelas mulheres, o que pode justificar, pelo menos em parte, a maior prevalência no gênero feminino. No estudo de Iamarron et al.¹⁸ houve uma discreta predominância do câncer de boca nos homens com 57.3% em relação às mulheres com 42.7%. O mesmo fenômeno foi verificado por Hamada et al.¹⁹ na cidade de Bombay – Índia, onde as taxas entre 1973 e 1975 foram idênticas.

O tipo histológico mais prevalente foi o carcinoma epidermóide nos dois anos estudados (Tabela 1) com 72.7% dos casos de câncer de boca, em consonância com os estudos de Gervásio et al.²⁰, Corrêa et al.¹³. Oliveira et al.⁴ analisaram o perfil epidemiológico da cidade de São Paulo entre 1997 e 1999 e tiveram a mesma constatação, o mesmo ocorrendo no Chile, onde 90% dos casos de câncer de boca também corresponderam ao carcinoma epidermóide.⁵

Tabela 1 - Distribuição numérica dos tipos histológicos de câncer de boca (N=44) diagnosticados pelo MT Laboratório. Mato Grosso, 2005 e 2006.

<i>Tipo Histológico</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2005/2006</i>
Carcinoma Epidermóide	07	25	32
Carcinoma Basocelular	02	04	06
Carcinoma Adenóide Cístico	01	01	02
Carcinoma Indiferenciado	01	zero	01
Carcinoma Muco Epidermóide	01	zero	01
Adenocarcinoma	zero	01	01
Ameloblastoma	zero	01	01
Maligno			
Total	12	32	44

Ao analisar a procedência dos casos de câncer de boca verificou-se que a grande maioria procedia do interior do Estado nos dois anos estudados (Figura 4). Em uma análise retrospectiva de 740 casos de câncer de boca no Brasil Gervásio et al.²⁰ verificaram que a maior parte dos pacientes -36%- tinha como ocupação o trabalho no campo, mesmo fato verificado por Günerý et al.²¹ na Turquia. Mato Grosso é estado que tem sua economia com base na agricultura e na pecuária, com um grande contingente de trabalhadores rurais.

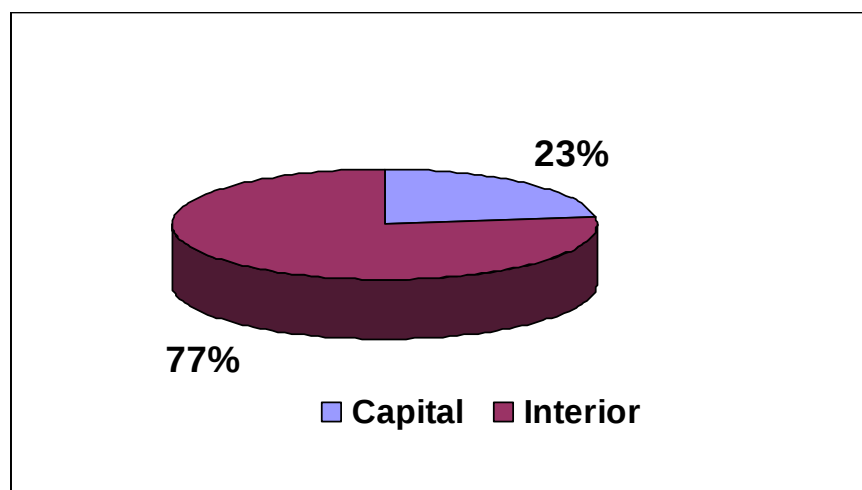


Figura 4: Procedência dos casos de câncer de boca (N=44). Mato Grosso, 2005 e 2006.

5.6 Considerações Finais

Neste estudo os dados epidemiológicos mostraram a assimilação, por parte das unidades de saúde, do serviço de patologia bucal do MT Laboratório, que aumentou sua rotina em 269%. O registro do câncer de boca no MT Laboratório aumentou em 266% entre 2005 e 2006. Os homens em idade produtiva foram os mais acometidos pelo câncer de boca. A maioria dos pacientes procede do interior do estado. Conclui-se com este estudo que em dois anos de série histórica o serviço público de patologia registrou um considerável número de casos de câncer de boca.

5.7 Referências*

1. Stugis EM. A review of social and behavioral efforts at oral cancer preventions in Índia. *Head Neck* 2004; 26(11):937-44.
2. Leite ICG, Koifman S. Survival analysis in a sample of oral cancer patients at a reference hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Oral Oncol* 1998; 34(5): 347-52.
3. Antunes JLF, Biazevic MGH, Araújo ME, Tomita NE, Chinellato, Narvai PC. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in São Paulo, Brazil, 1980-1998. *Oral Oncol* 2001.; 37(4): 345-50.
4. Oliveira EF, Silva O MP, Blachman IT, Pio MRB. Oral Cancer Epidemiological Profile in São Paulo City. In: Varma, AK. *Oral Oncology*. New Delhi: Northern Book Centre, 2005. v. 10. p. 13-21.
5. Riera P, Martínez R. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. *Rev Med Chil* 2005; 133(5): 555-63.
6. Wunsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncol* 2002; 38 (8): 737-46.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2006. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=BR> (Acessado em 17/jul/2007).
8. Jitomirski F. Câncer bucal. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000. p.445-56.

* Referências elaboradas de acordo com as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (Anexo C)

9. Mato Grosso. Portaria 195 de 30 de novembro de 2004: dispõe sobre a política estadual de atenção às doenças da boca e da face, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT. Cuiabá: *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso*; 2004 30 nov.
10. Mato Grosso. Lei estadual 8342 de 30 de junho de 2005: institui a política estadual de atenção às doenças da boca e da face no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Cuiabá: *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso*; 2005 30 jul.
11. Queiroz RCS, Mattos IE, Monteiro GTR, Koifman S. Confiabilidade e validade das declarações de óbito por câncer de boca no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19 (6): 1645-53.
12. Moimaz SAS, Saliba NA, Antonio MNR in Varma AK. Prevention and diagnosis of the Oral Câncer in Ederly People. In: Varma A. *Oral Oncology*. New Delhi: Northern Book Centre, 2005. v.10. p. 13-21.
13. Corrêa L, Frigerio MLMA, Souza SCOM; Novelli MD. Oral lesions in ederly population: a biopsy survey using 2250 histopatological records. *Gerodontology* 2006; 23(1): 48-54.
14. Durazzo MD, Araújo CE de, Brandão Neto JS, Potenza AS, Costa P, Takeda F, et al. Clinical and epidemiological features of oral cancer in a medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases. *Clinics* 2005; 60 (4): 293-300.
15. Llewellyn CD, Linklater K, Bell J, Johnson NW, Warnakulasuriya S. An analisys of risk factors for oral cancer in young people: a case-control study. *Oral Oncol* 2004; 40 (3): 304-13.
16. Luna-Ortiz K, Güemes-Meza A, Villavicencio-Valencia V, Mosqueda Taylor A. Lip cancer experience in Mexico. An 11 year retrospective study. *Oral Oncol* 2004; 40 (10): 992-9.

17. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de Patologia Bucal*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.
18. Iamaroon A, Pattanaporn K, Pongsirwet S, Wanachantararak S, Prapayasatok S, Jittidecharaks S, Chitapanarux I, Iorvidhaya V. Analysis of 587 cases of oral squamous cell carcinoma in northern Thailand with a focus on young people. *Int. J Oral Maxillofac. Surg* 2004; 33 (1): p 84-8.
19. Hamada GS, Bös AJG, Kasuga H, Hirayama T. Comparative Epidemiology of oral cancer in Brazil and India. *Tokai J Exp. Clin Méd* 1991; 16 (1): p 63-72.
20. Gervasio OLAS, Dutra RA, Tartaglia SMA, Vasconcellos WA, Barbosa AA, Aguiar MC. Oral squamous cell carcinoma: A Retrospective Study of 740 Cases in a Brazilian population. *Braz Dent J* 2001; 12 (1): p 57-61.
21. Guneri P, Cankaya H, Yanuzer A, Guneri EA, Erise L, Dzkul D, et al. Primary Oral Cancer in a Turkish population sample: association with sociodemography features, smoking, alcohol, diet and dentition. *Oral Oncol* 2005; 41(10): 1005-12.

Anexos

Anexo A

Normas para os autores da Revista Health Policy

Guide for Authors

Health Policy is intended to be a vehicle for the exploration and discussion of health policy issues and is aimed in particular at enhancing communication between health policy researchers, legislators, decision-makers and professionals concerned with developing, implementing, and analysing health policy.

The journal encourages the submission of original, empirically based, comparative and/or global studies. To achieve the journal's objectives, Authors are encouraged to write in a non-technical style, which is understandable to health policy practitioners and specialists from other disciplines.

Health Policy is affiliated with The International Society for Equity in Health and AcademyHealth.

Types of contributions

Four types of articles are possible.

1. *Research articles* should report *original research*. The material should not have been previously published elsewhere.
2. *Review articles* should cover subjects, which are of current interest and which are within the scope of the journal. They may be submitted or invited.
3. A *Second Opinion* is a response to a paper recently published in the Journal. Second Opinions may be submitted or invited.
4. *Letters to the Editor* are welcome.

Health Policy is a truly international journal. Papers are invited from any country in the world. However, Authors should provide sufficient background and context, to ensure that their manuscript can be appreciated by an international readership.

Online submission of manuscripts

Submission to *Health Policy* proceeds totally online. Via the journal's homepage, <http://www.ees.elsevier.com/heap>, Elsevier Editorial System™ guides the Author stepwise through the creation and uploading of the various files. During the submission process, Authors provide an electronic version of their manuscript to Elsevier Editorial System™. Once the uploading is done, the system automatically generates an electronic (PDF) proof, which is then used for reviewing. The review process is fully anonymous. All correspondence, including the Editor's decision and request for revisions, will be processed through the system and will reach the corresponding Author by e-mail.

Size and layout of manuscripts

Manuscripts should be written in English. They should be clear, concise and logical.

Manuscripts should in principle be no longer than 4000 words, excluding references,

figures and tables. Papers below this word limit are preferred. Exceptionally, if the topic requires a more extensive approach (e.g. review articles), manuscripts exceeding this word limit may be accepted.

Manuscripts should be structured as follows:

1. Title page: this page lists the full title, the names and affiliations of all Authors, the full address (including e-mail, phone and fax) of the corresponding Author and the word count
2. Abstract
3. Introduction
4. Materials and methods
5. Results
6. Discussion
7. Conclusions
8. Acknowledgements (e.g. to sponsors) / conflicts of interest (when relevant)
9. References

Health Policy applies a double-blind review process, whereby the Authors are not revealed to the referees (and vice versa). Authors should very carefully follow the guidelines for preparing the manuscript to ensure anonymity in the electronic submission system. Authors should furthermore be aware that certain elements in the manuscript (e.g. referring to the own institution, or to own published work) may, unwillingly, reveal their identity to reviewers. It is the responsibility of the submitting Author to assure that all personal details are provided on a separate Title Page.

Abstract

The abstract should not exceed 200 words and should be structured as follows: objectives, methods, results, conclusions. The abstract should not contain references to other published work.

The abstract page should also include 3 to 6 keywords, using terms from the Medical Subject Headings from *Index Medicus*.

Figures, tables and equations

Figures and tables, and especially equations or other formulae should be kept to a minimum. Only those figures, tables and equations that are essential to clarify arguments in the manuscript should be included. Figures and tables should still be legible when reduced in size for printing.

Figures

Figures of good quality should be submitted online as a separate file. The lettering should be large enough to permit photographic reduction. The legend should be typed on a page separate from the figure. If there are multiple figures, the legends should be compiled together on one page (or more if necessary).

Tables

Tables should be submitted online as a separate file and should bear a short descriptive title. Legends for each table should appear on the same page as the table.

Throughout the manuscript text, Authors must indicate where approximately the tables and figures should be included.

Literature references

Citation of literature references in the text should be done as numbers in square brackets. All references should be listed at the end of the paper on a separate page (also double spaced), arranged in numerical order of their appearance in the text, *not* in alphabetical order.

The Authors should ensure that there is a strict one-to-one correspondence between the names and years in the text and those on the reference list.

Examples:

- [1] Maynard A. Rationing health care: an exploration. *Health Policy* 1999;49:5-11.
- [2] World Health Organization. The World Health Report 2000: improving health system performance. Geneva. 2001.
- [3] Figueras J, Saltman RB, Busse R, Dubois FW. Patterns and performance in social health insurance systems. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J, editors. *Social health insurance systems in western Europe*. Berkshire: Open University Press; 2004. p.81-140.
- [4] Canadian Institute of Health Information. Health Care in Canada 2002, www.cihi.ca; 2002.

Revised version of the manuscript

On the basis of the comments of the referees and editors, Authors may be asked to revise their manuscript. In order to facilitate the evaluation of the revisions by the referees and editors, upon revision, Authors are asked:

- to indicate all changes to the original manuscript by means of 'track changes'
- to add a letter for the referees, explaining how they dealt with all of the recommendations and questions from the referees

Author Agreement

Submission of a manuscript to *Health Policy* implies that it has not been published elsewhere, or it is not under consideration for publication elsewhere.

Submission of a manuscript by one of the Authors implies that this submission is approved by all Authors and, if relevant, by the authorities where the manuscript was produced.

After the manuscript is accepted for publication, it will not be published elsewhere, in English or in any other language, without the written consent of the copyright-holder.

Upon acceptance of an article, Authors will be asked to transfer copyright (for more information on copyright see <http://www.authors.elsevier.com>). This transfer will ensure the widest possible dissemination of information.

If excerpts from other copyrighted works are included, the Author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has preprinted forms for use by Authors in these cases: contact Elsevier's Rights Department, Philadelphia, PA, USA: phone (+1) 215 239 3804, fax (+1) 215 239 3805, e-mail healthpermissions@elsevier.com

Conflicts of interest and funding

It is the responsibility of the Authors to recognise and disclose any financial or other conflicts of interest that might potentially bias the work. Authors are responsible for

disclosing this information upon submission of a manuscript.

Language Editing

Language Editing: International Science Editing and Asia Science Editing can provide English language and copyediting services to Authors who want to publish in scientific, technical and medical journals and need assistance *before* they submit their article or, *before* it is accepted for publication. Authors can contact these services directly: International Science Editing (✉ <http://www.internationalscienceediting.com>) and Asia Science Editing (✉ <http://www.asiascienceediting.com>) or, for more information about language editing services, please contact authorsupport@elsevier.com who will be happy to deal with any questions. For more information please check: ✉ <http://www.elsevier.com/locate/languagepolishing>

Proofs

Proofs will be sent electronically to the Authors to be carefully checked for printer's errors. ***Changes or additions to the edited manuscript cannot be allowed at this stage.*** Corrected proofs should be returned to the publisher within 2 days of receipt.

Reprints

Twenty-five reprints will be supplied free of charge. The publisher will send Authors a form enabling further reprints to be ordered at prices listed on the form.

All questions arising after acceptance of the manuscript, especially those relating to proofs, should be directed to Elsevier Ireland Ltd., Elsevier House, Brookvale Plaza, East Park, Shannon, Co. Clare, Ireland, Tel: (+353) 61 709677; Fax: (+353) 61 709114.

Health Policy has no page charges.

Special Subject Repositories

Certain repositories such as PubMed Central ("PMC") are authorized under special arrangement with Elsevier to process and post certain articles. The following agreements have been established for authors whose articles have been accepted for publication in an Elsevier journal and whose underlying research is supported by one of the following funding bodies:

National Institutes of Health. Elsevier will send a version of the author's accepted manuscript that includes author revisions following peer-review for public access posting 12 months after final publication. Because the NIH 'Public Access' policy is voluntary, authors may elect not to deposit such articles in PMC. If you wish to 'opt out' and not deposit to PMC, you may indicate this by sending an e-mail to

NIHauthorrequest@elsevier.com. More information regarding the agreement between Elsevier and the National Institutes of Health can be found at ✉

<http://www.elsevier.com/wps/find/authorshome.authors/nihauthorrequest>

The Wellcome Trust. Elsevier will send to PMC the version of the author's manuscript that reflects all author-agreed changes including those made post peer review, for public access posting immediately after final publication. Authors are required to initially subsidize their manuscript with fees reimbursed by the Wellcome Trust. Wellcome Trust authors, whose manuscripts are subsidized, will have the corresponding articles made free to non-subscribers on ScienceDirect and Elsevier's electronic publishing platforms. More information regarding the agreement between Elsevier and The

Wellcome Trust can be found at 

<http://www.elsevier.com/wps/find/authorhome.authors/wellcometrustauthors>

Anexo B

Normas para os autores da Revista de Saúde Pública

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as "Instruções aos Autores" da Revista.

- Os manuscritos devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf. Deve ser apresentado com letras arial, corpo 12, em folha de papel branco, tamanho A-4, mantendo margens laterais de 3 cm, espaço duplo em todo o texto, incluindo página de identificação, resumos, agradecimentos, referências e tabelas.
- Cada manuscrito deve ser enviado em uma via em papel, por correio e o arquivo do texto para o e-mail da Revista.
- Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação.

Página de identificação - Deve conter: a) Título do artigo, que deve ser conciso e completo, evitando palavras supérfluas. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais importante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância. Deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. O limite de caracteres é 93, incluindo os espaços. b) Indicar no rodapé da página o título abreviado, com até 40 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas. c) Nome e sobrenome de cada autor pelo qual é conhecido na literatura. d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço. e) Nome do departamento e da instituição no qual o trabalho foi realizado. f) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência. g) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo. h) Se foi baseado em tese, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada. i) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização. (Verificação de itens)

Resumos e Descritores - Os manuscritos para as seções Artigos Originais, Revisões, Comentários e similares devem ser apresentados contendo dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito foi escrito em espanhol, deve ser acrescentado resumo nesse idioma. Para os artigos originais os resumos devem ser apresentados no formato estruturado, com até 250 palavras, destacando o principal objetivo e os métodos básicos adotados, informando sinteticamente local, população e amostragem da pesquisa; apresentando os resultados mais relevantes, quantificando-os e destacando sua importância estatística; apontando as conclusões mais importantes, apoiadas nas evidências relatadas, recomendando estudos adicionais quando for o caso. Para as demais seções, o formato dos resumos deve ser o narrativo, com até 150 palavras. Basicamente deve ser destacado o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. Abreviaturas e siglas devem ser evitadas; citações bibliográficas não devem ser incluídas em qualquer um dos dois tipos. Descritores devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), quando acompanharem os "Abstracts". Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos" desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outros.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grifados. Publicações com 2 autores até o limite de 6 citam-se todos; acima de 6 autores, cita-se o primeiro seguido da expressão latina et al.

Exemplos:

Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1988. Rev. Saúde Pública 1988; 32: 79-83.

Forattini OP. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo; EDUSP; 1992.

Laurenti R. A medida das doenças. In: Forattini, OP. Epidemiologia geral. São Paulo: Artes Médicas; 1996. p. 64-85.

Rocha JSY, Simões BJB, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. Rev Saúde Pública [periódico on line] 1997; 31(5). Disponível em URL: <http://www.fsp.usp.br/~rsp> [1998 mar 23].

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Referências a comunicação pessoal, trabalhos inéditos ou em andamento e artigos submetidos à publicação não devem constar da listagem de Referências. Quando essenciais, essas citações podem ser feitas no rodapé da página do texto onde foram indicadas. Referências a documento de difícil acesso, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição, a um evento e a outros similares, não devem ser citadas; quando imprescindível, podem figurar no rodapé da página que as cita. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de monografias ou de artigos eletrônicos, não mantidos permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente, podendo ser acrescido do nome(s) do(s) autor(es) e ano da publicação. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pela conjunção "e"; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguida da expressão "et al".

Exemplo:

Terris et al⁸ (1992) atualiza a clássica definição de saúde pública elaborada por Winslow.

O fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante parece evidente.^{9,12,15}.

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabelas extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Tabelas consideradas adicionais pelo Editor não serão publicadas, mas poderão ser colocadas à disposição dos leitores, pelos respectivos autores, mediante nota explicativa.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar colume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente, e os custos de impressão são de responsabilidade do(s) autor (es) do manuscrito. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Abreviaturas e Siglas - Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecem nas tabelas e nas figuras devem ser acompanhadas de explicação quando seu significado não for conhecido. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

Apresentação

Categorias de artigos

Autoria

Processo de julgamento dos manuscritos

Preparo dos manuscritos

Envio dos manuscritos

Verificação de itens

Conflito de interesses

Anexo C

Normas para os autores da Revista Cadernos de Saúde Pública

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, nutrição, parasitologia, ecologia e controle de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde, ciências sociais aplicadas à saúde, dentre outras.

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções: **(1) Revisão** – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras); **(2) Artigos** – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras); **(3) Notas** – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras); **(4) Resenhas** – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras); **(5) Cartas** – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP ou nota curta, relatando observações de campo ou laboratório (máximo de 1.200 palavras); **(6) Debate** – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras); **(7) Fórum** – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total).

O limite de palavras inclui texto e referências bibliográficas (folha de rosto, resumos e ilustrações serão considerados à parte).

Apresentação do texto

Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês. O original deve ser apresentado em espaço duplo e submetidos em 1 via, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com margens de 2,5cm. Deve ser enviado com uma página de rosto, onde constará título completo (no idioma original e em inglês) e título corrido, nome(s) do(s) autor(es) e da(s) respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo apenas do autor responsável pela correspondência. Todos os artigos deverão ser encaminhados acompanhados de disquete ou CD contendo o arquivo do trabalho e indicação quanto ao programa e à versão utilizada (somente programas compatíveis com Windows). Notas de rodapé não serão aceitas. É imprescindível o envio de carta informando se o artigo está sendo encaminhado pela primeira vez ou sendo reapresentado à nossa secretaria.

No envio da segunda versão do artigo deverá ser encaminhada uma cópia impressa do mesmo, acompanhadas de disquete.

Colaboradores

Deverão ser especificadas, ao final do texto, quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Ilustrações

As figuras deverão ser enviadas em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. Os custos adicionais para publicação de figuras em cores serão de total responsabilidade dos autores.

É necessário o envio dos gráficos, separadamente, em arquivos no formato WMF (Windows Metafile) e no formato do programa em que foram gerados (SPSS, Excel, Harvard Graphics etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis. Também é necessário o envio de mapas no formato WMF, observando que os custos daqueles em cores serão de responsabilidade dos autores. Os mapas que não forem gerados em meio eletrônico devem ser encaminhados em papel branco (não utilizar papel vegetal). As fotografias serão impressas em preto-e-branco e os originais poderão ser igualmente em preto-e-branco ou coloridos, devendo ser enviados em papel fotográfico no formato 12x18cm.

O número de tabelas e/ou figuras deverá ser mantido ao mínimo (máximo de cinco tabelas e/ou figuras). Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse este limite.

Resumos

Com exceção das contribuições enviadas às seções *Resenha* ou *Cartas*, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. Os resumos não deverão exceder o limite de 180 palavras e deverão ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave.

Nomenclatura

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

Pesquisas envolvendo seres humanos

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 e 2000), da World Medical Association (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. 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 Metodologia do artigo). 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.

Referências

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 (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* (<http://www.icmje.org>).

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).

Exemplos

Artigos de periódicos

• Artigo padrão

Até 6 autores:

Barbosa FS, Pinto R, Souza OA. Control of schistosomiasis mansoni in a small north east Brazilian community. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1971; 65:206-13.

Mais de 6 autores:

DeJong RJ, Morgan JA, Paraense WL, Pointier JP, Amarista M, Ayeh-Kumi PF, et al. Evolutionary relationships and biogeography of *Biomphalaria* (Gastropoda: Planorbidae) with implications regarding its role as host of the human bloodfluke, *Schistosoma mansoni*. *Mol Biol Evol* 2001; 18:2225-39.

• Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 116:41-2.

• Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [Editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

• Volume com suplemento

Deane LM. Simian malaria in Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1992; 87 Suppl 3:1-20.

• Fascículo com suplemento

Lebrão ML, Jorge MHPM, Laurenti R. Hospital morbidity by lesions and poisonings. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(4 Suppl):26-37.

• Parte de um volume

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann Clin Biochem* 1995; 32(Pt 3):303-6.

• Parte de um fascículo

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. *N Z Med J* 1994; 107(986 Pt 1):377-8.

Livros e outras monografias

• Indivíduo como autor

Barata RB. Malária e seu controle. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.

• Editor ou organizador como autor

Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

• Instituição como autor e publicador

Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid programme. Washington DC: Institute of Medicine; 1992.

• Capítulo de livro

Coelho PMZ. Resistência e suscetibilidade à infecção por *Schistosoma mansoni* em caramujos do gênero *Biomphalaria*. In: Barbosa FS, organizador. Tópicos em malacologia médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 208-18.

• Eventos (anais de conferências)

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto; Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

• Trabalho apresentado em evento

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

• Dissertação e tese

Escobar AL. Malária no sudoeste da Amazônia: uma meta-análise [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.

Outros trabalhos publicados

• Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil 2004; 31 jan.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996; 21 jun.

• Documentos legais

Decreto no. 1.205. Aprova a estrutura regimental do Ministério do Meio Ambiente e da Amazônia Legal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1995; 2 ago.

Material eletrônico

• CD-ROM

La salud como derecho ciudadano [CD-ROM]. Memoria del VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.

• Internet

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 05/Fev/2004).

Cadernos de Saúde Pública

Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil

cadernos@ensp.fiocruz.br

© 2007 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Anexo D

Publicação da Portaria GAB/SES 195 de 30 de novembro de 2004 no diário oficial do estado de Mato Grosso

Antonio Eduardo da C. e Silva
Membro

Membro

Francisco Aurélio P. Borges
Membro

FTO. 1.3291

SECRETARIA DE SAÚDE

PORTARIA Nº 195, DE 29 DE NOVEMBRO DE 2004.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições, e;

Considerando a necessidade de regulamentar a atenção às doenças da boca e da face;

Considerando o disposto no art. 7º, incisos I e II, da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que garantem a universalidade e a integralidade da assistência em todos os níveis de complexidade do sistema;

Considerando o art. 17, inciso IX, da Lei 8.080, de 19 de setembro de 2004, que dispõe sobre a competência do Estado na identificação de estabelecimentos hospitalares de referência e o gerenciamento de sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

Considerando o item 3.3, das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, de 2004, que dispõe sobre a busca do acesso universal e a atenção a toda demanda expressa ou reprimida desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais, assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população em determinado espaço geográfico;

Considerando a necessidade da normatização de referência e contra-referência em saúde bucal e do estímulo ao atendimento ao paciente especial, entre eles o portador de câncer bucal;

Considerando que o câncer bucal ocupa o quinto lugar entre todos os tumores malignos, exibindo taxa de mortalidade em torno de 50% (cinquenta por cento), devido ao seu comportamento biológico agressivo, tratamento mutilante, promovendo exclusão social e alto custo no tratamento e reabilitação;

Considerando a necessidade de estabelecer um Centro de Referência em diagnóstico bucal, que atenda a demanda de usuários com lesões buco-maxilo-faciais oriundos de todo Estado de Mato Grosso;

Considerando que o diagnóstico precoce irá promover uma melhor qualidade de vida, diminuindo os índices de morbidade e mortalidade;

Considerando a necessidade de estabelecimento de um sistema e um fluxo de referência e contra-referência no âmbito do Sistema Único de Saúde,

RESOLVE:

Art. 1º Implantar o Serviço Estadual de Atenção às doenças da boca e da face na Coordenadoria de Odontologia para Pacientes Especiais do Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade.

Art. 2º Garantir suporte técnico/científico a todos os Municípios do Estado de Mato Grosso na atenção às doenças da boca e da face.

Art. 3º Definir que o atendimento deve iniciar nas unidades básicas de saúde, que deverão atuar em atividades preventivas e na realização de exames de diagnóstico das lesões bucais.

Art. 5º Incumbir o MT-Laboratório para realizar os exames de Patologia Bucal (cito e histopatologia).

Parágrafo único. Os exames realizados nas unidades de saúde poderão ser encaminhados para outros laboratórios de anatomia patológica, devidamente credenciados pelo Município.

Art. 6º Determinar que o Serviço Estadual de Atenção às Doenças da Boca e da Face atue como referência, regulada pela Central Estadual de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde, no âmbito estadual para a realização de exames de diagnóstico bucal.

Art. 7º Determinar a comunicação compulsória dos casos diagnosticados de Câncer Bucal, conforme o Código Internacional de Doenças, descrito no Anexo I, ao Programa de Avaliação e Vigilância da Coordenação de Prevenção e Controle do Câncer da Secretaria de Estado de Saúde, pelos laboratórios de anatomia patológica, credenciados.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Registrada;
Publicada;
CUMPRASE.

Cuiabá - MT, 29 de novembro de 2004.

Marcos Henrique Machado
Secretário de Estado de Saúde

Anexo E

Publicação da Lei 8.342 de 30 de julho de 2005 no diário oficial do estado de Mato Grosso

Página 02

DIÁRIO OFICIAL QUINTA-FEIRA, 30 DE JUNHO DE 2005

LEI Nº 8.342, DE 30 DE JUNHO DE 2005.

Autor: Poder Executivo

Cria o Hospital Regional de Água Boa-MT, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde - SES.

A ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO, tendo em vista o que dispõe o art. 42 da Constituição Estadual, aprova e o Governador do Estado sanciona a seguinte lei:

Art. 1º Fica criado o Hospital Regional de Água Boa, no Município de Água Boa-MT, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde - SES.

Art. 2º Compete ao Hospital Regional de Água Boa-MT:

- prestar assistência integral ao paciente, família e comunidade, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação no processo saúde-doença;
- atuar como hospital de referência regional, em parceria com associações e com instituições assistenciais e sanitárias existentes na região;
- prestar atendimento ao trauma de média e alta complexidade;
- desenvolver atividades de investigação científica e tecnológica no campo das ciências da saúde e contribuir para estudos e pesquisa sobre os problemas de saúde da população e servir de campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins;
- prover na respectiva microrregião assistência pública hospitalar especializada, com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, em apoio diagnóstico, internações e emergências de forma a garantir um atendimento de excelência e de saúde respeitando os direitos dos usuários.

Art. 3º Ficam criados, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde - SES, os seguintes cargos em comissão:

- 01 (um) cargo de Diretor-Geral, Nível DGA-4;
- 01 (um) cargo de Diretor Administrativo e Financeiro, Nível DNS-1;
- 01 (um) cargo de Gerente de Apoio Logístico, Nível DAS-2;
- 01 (um) cargo de Gerente Financeiro e Orçamentário, Nível DAS-2;
- 01 (um) cargo de Diretor Clínico, Nível DNS-1;
- 01 (um) cargo de Diretor Técnico, Nível DNS-1;
- 01 (um) cargo de Gerente de Apoio Técnico, Nível DAS-2;
- 01 (um) cargo de Gerente Ambulatorial, Nível DAS-2.

Art. 4º O nome do Hospital Regional de Água Boa será denominado por decreto ou indicação legislativa.

Art. 5º As despesas decorrentes da aplicação desta lei correrão à conta da Secretaria de Estado de Saúde - SES.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio Paissaguá, em Cuiabá, 30 de junho de 2005, 184ª da Independência e 117ª da República.

BLAIRO BORGES MAGGI
CELIO WILSON DE OLIVEIRA
ORÉSTES TEODORO DE OLIVEIRA
YENES JESUS DE MAGALHÃES
WALDIR JULIO TEIS
SIRIO PINHEIRO DA SILVA
JILSON FRANCISCO DA SILVA
ALEXANDRE MERCULIANO COELHO DE SOUZA FURLAN
TEREZINHA DE SOUZA MAGGI
YEDA MARLI DE OLIVEIRA ASSIS
LUIZ ANTONIO PAGOT
ANA CARLA MUNIZ
GERALDO APARECIDO DE VITTO JÚNIOR
MARCOS HENRIQUE MACHADO
JOSE CARLOS DIAS
JOAO VIRGILIO DO NASCIMENTO SOBRINHO
FABIO CESAR GUIMARAES NETO
LOURENÇO RIBEIRO NUNES ROCHA
CLOVES FELICIO VITORATO
JOSE JOAQUIM DE SOUZA FILHO
JOAO CARLOS VICENTE FERREIRA
FLAVIA MARIA DE BARROS NOGUEIRA

LEI Nº 8.342, DE 30 DE JUNHO DE 2005.

Autor: Poder Executivo

Institui a Política Estadual de Atenção às Doenças da Boca e da Face, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde - SES.

A ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO, tendo em vista o que dispõe o art. 42 da Constituição Estadual, aprova e o Governador do Estado sanciona a seguinte lei:

Art. 1º Esta lei institui o Serviço Estadual de Atenção às Doenças da Boca e da Face, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde - SES.

Parágrafo único. O Serviço Estadual de Atenção às Doenças da Boca e da Face atuará como referência, no âmbito estadual, será regulado pela Superintendência de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde - SES, para a realização de exames de diagnóstico.

Art. 2º O atendimento aos pacientes com lesões da boca e da face deverá iniciar nas unidades básicas de saúde, as quais atuarão em atividades preventivas e na realização de exames de diagnóstico das lesões buco-faciais.

Art. 3º O MT Laboratório atuará como referência estadual para a realização de exames de patologia bucal - cito e histopatologia.

Parágrafo único. Os exames realizados nas unidades de saúde do Estado de Mato Grosso poderão ser encaminhados para outros laboratórios de anatomia patológica, devidamente credenciada pelos municípios.

Art. 4º É obrigatória a comunicação dos casos diagnosticados de câncer bucal, conforme o Código Internacional de Doenças - CID, descrito no Anexo Único, ao Programa de Avaliação e Vigilância da Coordenação de Prevenção e Controle do Câncer da Secretaria de Estado de Saúde - SES, pelos laboratórios de anatomia patológica credenciados.

Art. 5º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio Paissaguá, em Cuiabá, 30 de junho de 2005, 184ª da Independência e 117ª da República.

BLAIRO BORGES MAGGI
CELIO WILSON DE OLIVEIRA
ORÉSTES TEODORO DE OLIVEIRA
YENES JESUS DE MAGALHÃES
WALDIR JULIO TEIS
SIRIO PINHEIRO DA SILVA
JILSON FRANCISCO DA SILVA
ALEXANDRE MERCULIANO COELHO DE SOUZA FURLAN
TEREZINHA DE SOUZA MAGGI
YEDA MARLI DE OLIVEIRA ASSIS
LUIZ ANTONIO PAGOT
ANA CARLA MUNIZ
GERALDO APARECIDO DE VITTO JÚNIOR
MARCOS HENRIQUE MACHADO
JOSE CARLOS DIAS
JOAO VIRGILIO DO NASCIMENTO SOBRINHO
FABIO CESAR GUIMARAES NETO
LOURENÇO RIBEIRO NUNES ROCHA
CLOVES FELICIO VITORATO
JOSE JOAQUIM DE SOUZA FILHO
JOAO CARLOS VICENTE FERREIRA
FLAVIA MARIA DE BARROS NOGUEIRA

ANEXO ÚNICO
Neoplasias de Comunicação Compulsória
CÓDIGO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS - CID

Localização da Neoplasia	Maligna - Primária	Maligna - Secundária	In Situ	Bênigna	Comportamento incerto ou desconhecido
- Alveolar	C03.9	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- mucosa	C03.1	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- inferior	C03.0	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- superior	C41.1	C79.5		D16.5	D48.0
- processo ou rebordo	C03.9	C79.8			
- carcinoma	C03.1	C79.8			
- inferior	C03.0	C79.8			
- superior	C41.1	C79.5		D16.5	D48.0
- inferior	C03.9	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- mucosa	C03.1	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- inferior	C03.0	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- superior	C41.0	C79.5		D16.4	D48.0
- inferior	C06.1	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- Alveolo	C03.9	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- inferior	C03.1	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- superior	C03.1	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- Amígdala	C09.9	C79.8	D00.0	D10.4	D37.0
- faríngea	C11.1	C79.8	D00.0	D10.4	D37.0
- fauce, Fauçial	C02.4	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- lingual	C09.9	C79.8	D00.0	D10.4	D37.0
- palatina	C09.1	C79.8	D00.0	D10.5	D37.0
- pilar (anterior)					
- (posterior)					
- Articulação	C41.9	C79.5		D16.9	D48.0
- temporomandibular	C41.1	C79.5		D16.5	D48.0
- Ala do nariz (externa)	C44.3	C79.2	D04.3	D23.3	D48.5
- Boca	C06.9	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- abóbada palatina	C03.9	C79.8	D00.0	D10.2	D37.0
- alveolar	C04.9	C79.8	D00.0	D10.2	D37.0
- anterior	C04.1	C79.8	D00.0	D10.2	D37.0
- lateral	C05.9	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- céu	C06.8	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- parte especificada					
- NCOP					
- vestibulo	C06.1	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- Bochecha	C76.0	C79.8	D09.7	D36.7	D48.5
- externa (face)	C44.3	C70.2	D04.3	D23.3	D48.5
- interna (face)	C06.0	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- mucosa	C06.0	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- Cavidade Bucal	C06.9	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- mucosa	C06.0	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- sulco (inferior)	C06.1	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- (superior)					
- Cavidade nasal	C70.0	C78.3	D02.3	D14.0	D38.5
- Cavidade oral	C06.9	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- Comissura labial, lábio	C06.6	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- (boca)					
- Conduto da parótida	C07	C79.8	D00.0	D11.0	D37.0
- Face NCOP	C76.0	C79.8	D04.3	D26.7	D48.7
- Frenulo da língua	C02.2	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0

QUINTA FEIRA, 30 DE JUNHO DE 2005

DIÁRIO OFICIAL

Página 03

- Gengiva (alveolar)	C03.9	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - inferior	C03.1	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - mandibular	C03.1	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - maxilar	C03.0	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - superior	C03.0	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- Glândula					
- - salivar (maior)	C08.9	C79.8	D00.0	D11.9	D37.0
- - menor	C06.9	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - parótida	C07	C79.8	D00.0	D11.9	D37.0
- - sublingual	C08.1	C79.8	D00.0	D11.7	D37.0
- - submandibular	C08.0	C79.8	D00.0	D11.7	D37.0
- - submaxilar	C08.0	C79.8	D00.0	D11.7	D37.0
- - submandibular, submaxilar	C08.0	C79.8	D00.0	D11.7	D37.0
- Junção					
- - palato duro e mole	C05.8	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- Labio (externo, vermelho)	C06.8	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - comissura	C00.6	C79.8	D00.0	D10.0	D37.0
- - freio ou frenulo	C00.6	C79.8	D00.0	D10.0	D37.0
- - inferior	C00.1	C79.8	D00.0	D10.0	D37.0
- - interno	C00.4	C79.8	D00.0	D10.0	D37.0
- - interno	C00.5	C79.8	D00.0	D10.0	D37.0
- - inferior	C00.4	C79.8	D00.0	D10.0	D37.0
- - superior	C00.3	C79.8	D00.0	D10.0	D37.0
- - pele (comissura) (inferior) (superior)	C44.0	C79.2	D04.0	D23.0	D48.5
- - sulcos (inferior) (superior)	C06.1	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - superior	C00.0	C79.8	D00.0	D10.0	D37.0
- - interno	C00.3	C79.8	D00.0	D10.0	D37.0
- Linfático (gânglio)					
- - face	C77.0	C77.0	D36.0	D48.7	
- - mandibular	C77.0	C77.0	D36.0	D48.7	
- - parótida	C77.0	C77.0	D36.0	D48.7	
- - submandibular	C77.0	C77.0	D36.0	D48.7	
- - sublingual	C77.0	C77.0	D36.0	D48.7	
- - submaxilar	C77.0	C77.0	D36.0	D48.7	
- - Lingua	C02.9	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - amígdala	C02.4	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - anterior (dois terços)	C02.3	C79.8	D00.0		
- - NCOP					
- - face	C02.0	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - dorsal	C02.2				
- - ventral	C02.1				
- - base (face dorsal)	C01	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - borda (lateral)	C02.1	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - face (dorsal)	C01	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - base	C01	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - ventral	C02.2	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - freio, frenulo	C02.0	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - linha média NCOP	C02.1	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - margem (lateral)	C02.1	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - parte					
- - fixa	C01	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - móvel NCOP	C02.3	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - ponta	C02.1	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - posterior (terço)	C01	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - raiz	C01	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - zona de transição	C02.8	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - Lingual NCOP	C02.9	C79.8	D00.0	D10.1	D37.0
- - Mandíbula	C41.1	C79.8		D16.5	D48.0
- - alveolar					
- - mucosa	C03.1	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - rebordo ou processo	C41.1	C79.8		D16.5	D48.0
- - Mandíbula					
- - alveolar					
- - mucosa					
- - - carcinoma	C03.1	C79.8			

- - carcinoma	C03.1	C79.8			
- - Maxila, maxilar (superior)					
- - alveolar					
- - - mucosa	C03.0	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - - rebordo ou processo	C41.0	C79.5		D16.4	D48.0
- - - carcinoma	C03.0	C79.8			
- - - antro	C31.0	C78.3	D02.3	D14.0	D38.5
- - - carcinoma	C03.0	C79.8			
- - - seio					
- - - mucosa					
- - - alveolar (rebordo ou processo)	C03.9	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - - inferior	C03.1	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - - superior	C03.0	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - - bochecha	C06.0	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - - bucal	C06.0	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - - nasal	C30.0	C78.3	D02.3	D14.0	D38.5
- - - oral	C06.0	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - - Nervo Trigêmio	C72.5	C79.8		D33.3	D43.3
- - - Oral (cavidade)	C06.9	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - - mucosa	C06.0	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - - Osso					
- - - mandíbula	C41.1	C79.5		D16.5	D48.0
- - - maxila, maxilar (superior)	C41.0	C79.5		D16.4	D48.0
- - - inferior	C41.1	C79.5		D16.5	D48.0
- - - Palato	C05.9	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - - duro	C05.0	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - - junção entre o palato duro e mole	C05.8	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - - mole	C05.1	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - - superfície					
- - - - nasofaringea	C11.3	C79.8	D00.0	D10.6	D37.0
- - - - posterior	C11.3	C79.8	D00.0	D10.6	D37.0
- - - - superior	C11.3	C79.8	D00.0	D10.6	D37.0
- - - Pele					
- - - bochecha	C44.3	C79.2	D04.3	D23.3	D48.5
- - - lábio					
- - - - boca (inferior) (superior)	C44.0	C79.2	D04.0	D23.0	D48.5
- - - maxilar, região (inferior) (superior)	C44.3	C79.2	D04.3	D23.3	D48.5

- Periodontico, periodontal, tecido NCOP	C03.9	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- Presa					
- - Glosopalatina	C09.1	C79.8	D00.0	D10.5	D37.0
- Região					
- - maxilar	C76.0	C79.8	D04.5	D36.7	D48.7
- - - carcinoma (qualquer tipo) (inferior) (superior)	C76.0	C79.8			D48.7
- - - osso	C41.9	C79.5		D16.4	D48.0
- - - carcinoma (mucosa)	C03.0	C79.8			
- - - inferior	C41.1	C79.5		D16.5	D48.0
- - - superior	C41.0	C79.5		D16.4	D48.0
- - - pele	C44.3	C79.2	D04.3	D23.3	D48.5
- - - tecidos moles	C03.9	C79.8		D10.3	D37.0
- - - inferior	C03.1	C79.8		D10.3	D37.0
- - - superior	C03.0	C79.8		D10.3	D37.0
- Retromolar (área) (triângulo) (trigono)	C06.2	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- Seio					
- - maxilar	C31.0	C78.3	D02.3	D14.0	D38.5
- - Sublingual	C04.9	C79.8	D00.0	D10.2	D37.0
- - glândula ou conduto	C08.1	C79.8	D00.0	D11.7	D37.0
- - Submandibular, glândula	C08.0	C79.8	D00.0	D11.7	D37.0
- - Submaxilar, glândula ou conduto	C08.0	C79.8	D00.0	D11.7	D37.0
- Submentoniano	C76.0	C79.8	D09.7	D36.7	D48.7
- Sulco					
- - labial (inferior) (superior) (boca)	C06.1	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0
- - nasolabial	C44.3	C79.2	D04.3	D23.3	D48.5
- - Vestíbulo					
- - boca	C06.1	C79.8	D00.0	D10.3	D37.0

LEI Nº 8,343, DE 30 DE JUNHO DE 2005.

Autor: Poder Executivo

Cria o cargo em comissão de Assessor Jurídico no Conselho Estadual de Saúde – CES, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde – SES, e dá outras providências.

A ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO, tendo em vista o que dispõe o artigo 42 da Constituição Estadual, aprova e o Governador do Estado sanciona a seguinte lei:

Art. 1º Esta lei cria cargo em comissão no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde – SES.

Art. 2º Fica criado, no Conselho Estadual de Saúde – CES, o cargo em comissão de Assessor Jurídico, Nível DNS-2, subordinado à Superintendência de Assuntos Jurídicos.

Parágrafo único. Cabe ao Assessor Jurídico do Conselho Estadual de Saúde – CES:

I - assistir o Conselho Estadual de Saúde nos processos e atividades que requeiram análise jurídica;

II - interpretar a legislação pertinente à Administração Pública;

III - emitir parecer em processos que necessitem de interpretação e análise jurídica;

IV - efetuar estudos e preparar pareceres sobre assuntos específicos determinados pelo Conselho Pleno e pelo Presidente do Conselho Estadual de Saúde.

Art. 3º Os cargos em comissão de Ouvidor Geral e Secretário Geral do Conselho Estadual de Saúde – CES, Nível DAS-4, passam a perceber pela simbologia remuneratória, Nível DNS-2.

Art. 4º As despesas decorrentes da aplicação desta lei correrão à conta da Secretaria de Estado de Saúde – SES.

Art. 5º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio Paiaçu, em Cuiabá, 30 de junho de 2005, 184ª da Independência e 117ª da República.

BLAÍRO GORGES MAGGI
CELIA PRISCILA OLIVEIRA
ORESTES TEODORO DE OLIVEIRA
YENES JESUS DE MAGALHÃES
WALDIR JÚLIO TEIS
SIRIO PINHEIRO DA SILVA
JILSON FRANCISCO DA SILVA
ALEXANDRE HEICULANO COELHO DE SOUZA FUILLAN
TEREZINHA DE SOUZA MAGGI
YEDA MARLI DE OLIVEIRA ASSIS
LUIZ ANTONIO FAGOT
ANA CARLA MUNIZ
GERALDO APARECIDO DE VITTO JÚNIOR
MARCOS HENRIQUE MACHADO
JOSE CARLOS DIAS
JOÃO VIRGÍLIO DO NASCIMENTO SOBRINHO
FÁBIO CESAR GUIMARÃES NETO
LOUREMBERG RIBEIRO NUNES ROCHA
CLOVES FELICIO VETTORATO
JOSE JOAQUIM DE SOUZA FILHO
JOÃO CARLOS VICENTE FERREIRA
FLÁVIA MARIA DE BARROS NOGUEIRA

Anexo F

Aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA –CEP–

OF. 136/2006
CEP
SFCD/bri

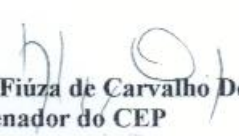
Araçatuba, 18 de setembro de 2006.

Referência Processo FOA 2006-01605

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável do relator que analisou o projeto **"PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE CÂNCER DE BOCA DIAGNOSTICADOS NOS SERVIÇOS DE PATOLOGIA BUCAL DO ESTADO DE MATO GROSSO ENTRE OS ANOS DE 1996 A 2006"** expede o seguinte parecer:

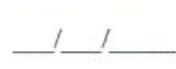
Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, **deverá ser enviado relatório final em 14/09/2007.**


Prof. Dr. Stefan Fiúza de Carvalho Dekon
Coordenador do CEP

Ilmo. Senhor
Dr.FABIANO TONACO BORGES
Araçatuba-SP-

Ciente.De acordo.



Dr.Fabiano Tonaco Borges



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA –CEP-

OF. 137/2006

CEP

SFCD/bri

Araçatuba, 18 de setembro de 2006.

Referência Processo FOA 2006-01686

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável do relator que analisou o projeto **"EPIDEMIOLOGIA DAS LESÕES BUCAIS DIAGNOSTICADAS NOS SERVIÇOS DE PATOLOGIA BUCAL DO ESTADO DE MATO GROSSO ENTRE OS ANOS DE 2000 A 2006"** expede o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, **deverá ser enviado relatório final em 14/09/2007.**

Prof. Dr. Stefan Fiúza de Carvalho Dekon
Coordenador do CEP

Ilmo. Senhor
Dr.FABIANO TONACO BORGES
Araçatuba-SP-

Ciente.De acordo.

____/____/____

Dr.Fabiano Tonaco Borges