

Informativo

DETECÇÃO PRECOCE

Boletim ano 7, n.1, janeiro/abril de 2016
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde

MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE DOS CÂNCERES DE LÁBIO E CAVIDADE ORAL

Apresentação

Este Informativo dá continuidade à temática dos cânceres de lábio e cavidade oral apresentada na edição n. 3 de 2014¹ e traz um panorama da oferta de alguns procedimentos relacionados ao diagnóstico desses tipos de câncer.

Foram analisados dados disponíveis na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage) e no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), com base nas regulamentações do Ministério da Saúde, principalmente na Política Nacional de Saúde Bucal; na Política Nacional de Atenção Básica e na Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer.

Espera-se que as informações apresentadas contribuam para o aprimoramento das estratégias de controle dos cânceres de lábio e cavidade oral, a partir de uma melhor compreensão da magnitude do problema e da organização da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. Ressalta-se a importância de essas análises serem replicadas, por Unidades da Federação (UF) e municípios, para uma avaliação mais próxima de suas realidades.

Cenário epidemiológico

Como não há norma ou padronização nas literaturas nacional e internacional sobre quais estruturas anatômicas compõem a sua definição, neste informativo, são consideradas como neoplasias malignas de lábio e cavidade oral aquelas que tenham como localização primária os lábios, a cavidade oral, as glândulas salivares e a orofaringe (C00-C10, CID-10²).

No Brasil, os cânceres de lábio e cavidade oral são o quinto tipo mais incidente entre homens e o 12º mais incidente entre mulheres (excluído o câncer de pele não melanoma), sendo estimados, para 2016, cerca de 15 mil novos casos das doenças. Tanto a incidência quanto a mortalidade são maiores em homens e as Regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores taxas das doenças. Em 2013 foram registrados mais de 5 mil óbitos pelas doenças, sendo as taxas brutas de mortalidade 4,25 e 1,06 por 100 mil homens e 100 mil mulheres, respectivamente.

Principais ações em saúde bucal no Brasil – breve histórico

Em 1986, na primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), foi elaborado um documento de referência para a saúde bucal em todo o país, que contribuiu para a organização do atendimento odontológico na rede pública de saúde, desde a criação do SUS. Em 1993, ocorreu a II CNSB, um desdobramento da IX Conferência Nacional de Saúde, com o tema *A Saúde Bucal como um Direito de Cidadania*.

O processo de reestruturação da atenção básica com a Estratégia Saúde da Família teve início em 1994 (chamado, àquela época, Programa de Saúde da Família), mas, apenas no ano 2000, a inclusão das equipes de saúde bucal foi regulamentada e passou a receber incentivo financeiro do governo federal (Portaria nº 1.444, de dezembro de 2000).

Em 2003, foi realizado um levantamento epidemiológico de âmbito nacional (Projeto Saúde Bucal Brasil) que identificou as necessidades da população nessa área e serviu de base para a proposta de construção de uma nova política nacional de saúde bucal.

As novas diretrizes para organização da saúde bucal no SUS foram publicadas em 2004, instituindo o Programa Brasil Sorridente, que promoveu a reorganização da prática e a qualificação das ações e dos serviços oferecidos, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico. Destaca-se a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO, Portaria nº 1.570, de 29 de junho de 2004) que ampliou a oferta de serviços de atenção especializada, entre eles os serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e na detecção do câncer de boca.

Em 2010, foi realizado um novo levantamento epidemiológico (Projeto Saúde Bucal Brasil 2010) para subsidiar o planejamento das ações futuras.

Organização da rede

A reorganização da atenção básica por meio da inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde

¹ Disponível em http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_deteccao_precoce_3_2014_errata2.pdf

² Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID-10).

da Família representa um avanço na oferta de serviços odontológicos no SUS. Entre 2002 e 2015, houve um aumento expressivo da cobertura de saúde bucal em todas as Regiões do país (Figura 1).

A Região Nordeste apresenta a maior cobertura de saúde bucal do país, com cerca de 60% da população coberta em 2015, enquanto a da Região Sudeste foi de apenas 24%. A cobertura entre 2008 e 2010 varia em todas as Regiões, o que pode estar relacionado a alguma mudança no método de cálculo.

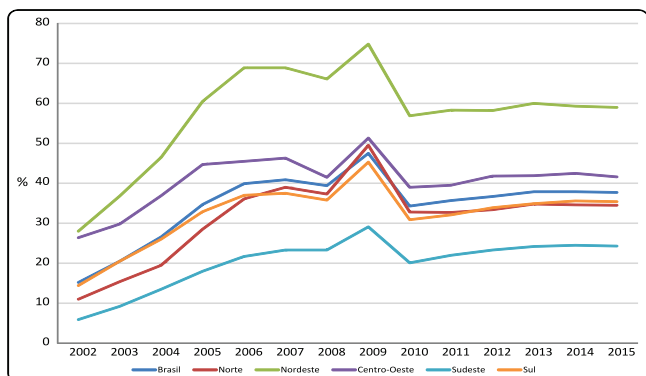


Figura 1 – Cobertura de saúde bucal. Brasil e Regiões, de 2002 a 2015

Fonte: Sage. Acesso em janeiro de 2016.

O aumento da oferta de procedimentos odontológicos na atenção básica demandou investimentos na média e na alta complexidades. Os CEO, estabelecimentos que oferecem serviços especializados, como o diagnóstico bucal e a cirurgia oral menor, têm a transferência de recursos financeiros atrelada a uma produção mínima mensal de procedimentos estabelecidos pela Portaria do Gabinete Ministerial (GM) nº 1.464, de 24 de junho de 2011, entre eles, a biópsia dos tecidos moles da boca. A evolução da implantação de CEO no Brasil pode ser vista na Figura 2. Como se observa, as Regiões Nordeste e Sudeste apresentam um número maior de habilitações. O perfil populacional, a cobertura de saúde bucal e a adesão a esse modelo de organização da atenção à saúde bucal são fatores que podem explicar essa diferença.

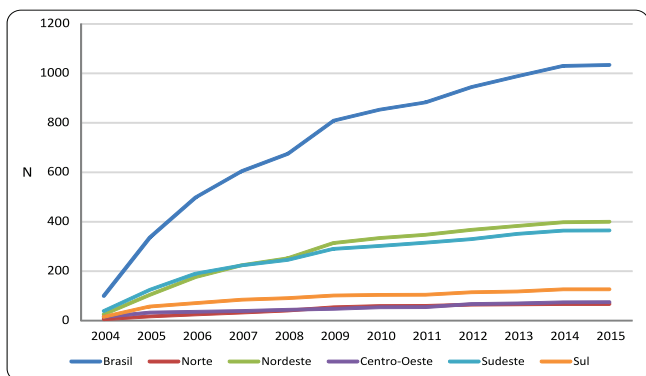


Figura 2 – Número de CEO implantados. Brasil e Regiões, de 2004 a 2015

Fonte: Sage. Acesso em março de 2016.

Procedimentos de diagnóstico precoce dos cânceres de lábio e cavidade oral

A biópsia é o principal procedimento diagnóstico para os cânceres de lábio e cavidade oral. Sendo assim, é importante que os profissionais na gestão monitorem a sua produção e os

prestadores desse serviço, com vistas a organizar a rede e a otimizar o fluxo para o diagnóstico precoce.

Como os cânceres de lábio e cavidade oral reúnem vários sítios anatômicos, foi analisada a oferta dos seguintes procedimentos: biópsia de faringe (0201010194), biópsia de glândula salivar (0201010232), biópsia de pele e partes moles (0201010372) e biópsia de tecidos moles da boca (0201010526), cujas CID que motivaram o exame tenham sido de câncer (C00-C10), lesões benignas (D10) e leucoplasias (K132). Para a análise dos procedimentos de investigação diagnóstica, foram incluídos os procedimentos: exame citopatológico (0203010035) e exame anatomopatológico (0203020030) que tivessem uma dessas CID informadas.

O período considerado, de 2011 a 2014, foi definido porque, somente a partir de janeiro de 2011 (Portaria nº 380, de 12 de agosto de 2010), esses procedimentos passaram a ser informados por Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), permitindo especificar a CID que motivou o procedimento.

Considerando o aumento significativo da cobertura de saúde bucal na atenção básica e o número de CEO implantados no país, espera-se também um crescimento na produção de biópsias para confirmação diagnóstica dos casos suspeitos. Observa-se, nas Figuras 3 e 4, que houve um aumento significativo de aproximadamente 50% na produção de biópsias entre 2011 e 2014, tanto na atenção básica quanto nos CEO. Em números absolutos, destaca-se a maior produção nos CEO (quatro vezes mais), corroborando sua importância na rede de atenção para o diagnóstico das lesões de lábio e cavidade oral.

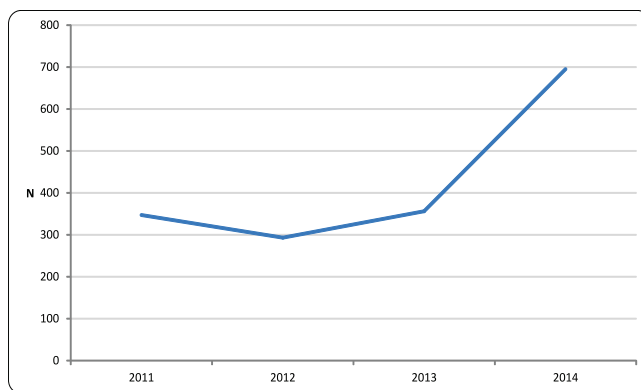


Figura 3 – Produção de biópsias para diagnóstico dos cânceres de lábio e cavidade oral na atenção básica. Brasil, de 2011 a 2014

Fonte: SIA/SUS. Acesso em março de 2016.

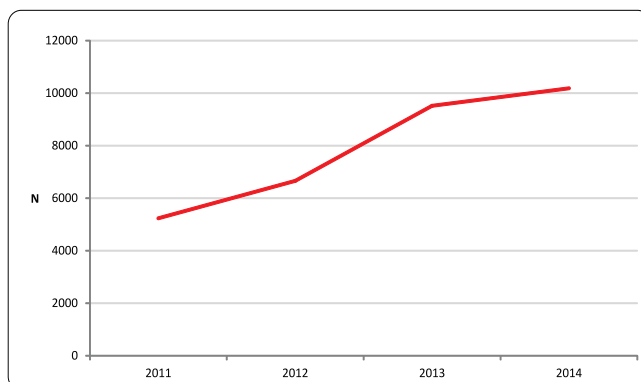


Figura 4 – Produção de biópsias para diagnóstico dos cânceres de lábio e cavidade oral nos CEO. Brasil, de 2011 a 2014

Fonte: SIA/SUS. Acesso em março de 2016.

Segundo a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS (Sigtap), as biópsias de lábio e de estruturas da cavidade oral podem ser realizadas por dentistas e algumas especialidades médicas. Os procedimentos específicos de biópsia de faringe e de pele e partes moles só podem ser realizados por algumas especialidades médicas. A análise segundo profissionais responsáveis pela realização do procedimento mostra que, enquanto a produção de biópsias de casos suspeitos dos cânceres de lábio e cavidade oral por médicos manteve-se estável, houve um aumento significativo do número de procedimentos realizados por dentistas, demonstrando a importância desse profissional para o acesso ao diagnóstico e o impacto positivo das ações do Programa Brasil Sorridente (Figuras 5 e 6).

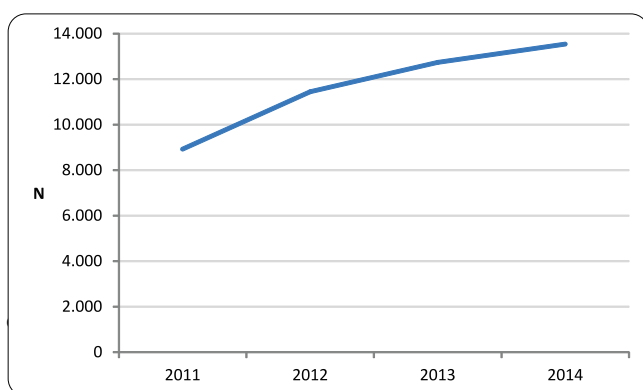


Figura 5 – Produção de biópsias para diagnóstico dos cânceres de lábio e cavidade oral realizadas por dentistas. Brasil, de 2011 a 2014
Fonte: SIA/SUS. Acesso em março de 2016.

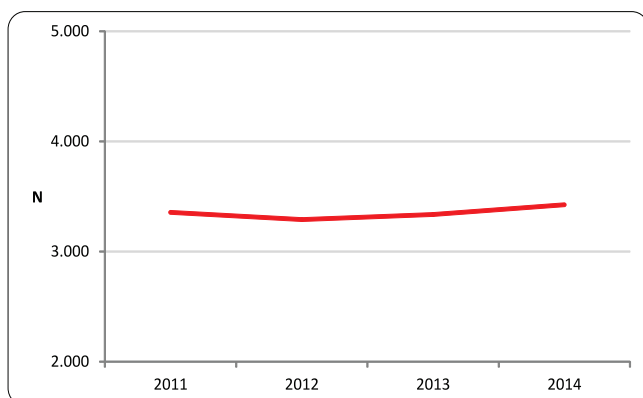


Figura 6 – Produção de biópsias para diagnóstico dos cânceres de lábio e cavidade oral realizadas por médicos. Brasil, de 2011 a 2014
Fonte: SIA/SUS. Acesso em março de 2016.

Uma análise mais detalhada da produção de biópsias, considerando a UF e o tipo de estabelecimento onde foram realizados os procedimentos, pode auxiliar no mapeamento da rede existente, identificando quais pontos de atenção estão atuando no diagnóstico dos casos suspeitos dos cânceres de lábio e cavidade oral.

No Brasil, a maioria das biópsias (60%) foi realizada em CEO, chegando a 82% na Região Centro-Oeste, demonstrando o papel estratégico desses serviços na detecção precoce dos cânceres de lábio e cavidade oral. Vale ressaltar que, em algumas UF, os CEO concentraram a totalidade da produção de biópsia realizada no ano, como no Acre, no Amapá e no Distrito Federal (Tabela 1).

Entretanto, ainda há uma parcela desses exames sendo realizada em hospitais (27,5%). Em Roraima e no Amazonas, observa-se que os hospitais habilitados em oncologia são responsáveis por mais de 70% das biópsias realizadas. Na Bahia, apesar dos mais de 70 CEO implantados desde 2011, observa-se que 95% das biópsias foram realizadas em hospitais (habilitados ou não em oncologia). A prática de alguns hospitais solicitarem a repetição de biópsias em pacientes admitidos pode ser uma das justificativas para a realização de biópsias nesses estabelecimentos. Mas há de se considerar possíveis erros no registro das informações. De toda forma, é importante que esses casos sejam investigados pelos gestores locais, com vistas a primar pela qualidade da informação e pela otimização do fluxo dos usuários na rede de atenção à saúde.

Dado que a garantia de diagnóstico precoce demanda não só a coleta do material pela biópsia, mas também sua leitura, buscou-se verificar se as UF realizam e se estão informando os procedimentos de exame citopatológico e exame anatomopatológico para investigação diagnóstica de lesões suspeitas do lábio e da cavidade oral. De acordo com a Tabela 2, há uma variação entre os anos analisados, como observado em Pernambuco, no ano de 2012, e no Amazonas, no ano de 2014, o que pode indicar problemas de informação. Também chama atenção a queda gradativa de exames anatomopatológicos em São Paulo, entre 2012 e 2014.

A produção de exames com finalidade de investigação diagnóstica em 2014 deve ser analisada com a produção de biópsias apresentada na Tabela 1. Nessa comparação, é possível perceber diferenças expressivas. As cinco UF que registraram as maiores produções de biópsia (Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná) apresentam números bem inferiores de exames diagnósticos (exames citopatológicos e anatomopatológicos).

Ainda que se considere que a citologia e a anatomopatologia possam ser financiados com recursos próprios do ente local, eximindo-o da obrigatoriedade de informar no SIA/SUS, tal discrepância precisa ser verificada e monitorada.

A Figura 7 apresenta o quantitativo de estabelecimentos que oferecem citologia e anatomopatologia e que registraram a produção de um ou ambos procedimentos para investigação diagnóstica das lesões suspeitas. Constatou-se que, em algumas UF, não houve informação da produção de citologia nem anatomopatologia. É importante que o gestor local verifique se esses procedimentos estão sendo realizados, onde estão sendo realizados e porque não estão sendo informados no SIA/SUS, já que a alimentação desse sistema garante o repasse financeiro referente aos procedimentos, assim como contribui para o monitoramento das ações de detecção precoce do câncer.

Tabela 1 – Produção de biópsias segundo tipo de estabelecimento. Brasil, UF e Regiões, 2014

Região e UF	Produção Total de Biópsias (N) ^b	Local de realização da biópsia ^a											
		Atenção básica ^c		CEO		Atenção especializada ^d		Hospitais habilitados em oncologia		Hospitais não habilitados em oncologia		Universidades	
		Produção de biópsias (%)	Unidades (N)	Produção de biópsias (%)	Unidades (N)	Produção de biópsias (%)	Unidades (N)	Produção de biópsias (%)	Unidades (N)	Produção de biópsias (%)	Unidades (N)	Produção de biópsias (%)	Unidades (N)
Norte	494	0	0	66,6	13	4,9	3	26,7	3	1,8	6	0	0
AC	94	0	0	100,0	1	0	0	0	0	0,0	0	0	0
AM	70	0	0	20,0	2	4,3	1	74,3	1	1,4	1	0	0
AP	1	0	0	100,0	1	0	0	0	0	0,0	0	0	0
PA	174	0	0	82,2	4	11,5	1	4,0	1	2,3	2	0	0
RO	13	0	0	38,5	1	0	0	38,5	0	23,1	2	0	0
RR	8	0	0	0	0	0	0	87,5	0	12,5	1	0	0
TO	134	0	0	53,7	4	0,7	1	45,5	1	0,0	0	0	0
Nordeste	2.798	0	1	34,2	77	0,4	2	32,5	16	32,8	13	0	0
AL	18	0	0	50,0	4	0	0	50,0	1	0,0	0	0	0
BA	1.151	0	0	5,0	14	0	0	20,6	4	74,5	3	0	0
CE	630	0	0	86,5	23	0	0	13,2	3	0,3	2	0	0
MA	5	0	0	60,0	1	0	0	0	0	40,0	1	0	0
PB	212	0	0	30,7	11	0	0	67,9	2	1,4	2	0	0
PE	525	0,4	1	26,5	5	0	0	65,5	4	7,6	3	0	0
PI	28	0	0	39,3	2	0	0	42,9	1	17,9	1	0	0
RN	129	0	0	28,7	8	9,3	2	62,0	1	0,0	0	0	0
SE	100	0	0	91,0	9	0	0	0	0	9,0	1	0	0
Centro-Oeste	1.400	6	0	82,4	27	5,9	4	0,8	3	0,8	1	7,6	1
DF	77	0	0	100,0	5	0	0	0	0	0,0	0	0	0
GO	378	0	0	41,0	4	31,0	3	0	0	0,0	0	28,0	1
MS	345	0	0	93,6	11	0	0	3,2	3	3,2	1	0	0
MT	600	0	0	99,8	7	0,2	1	0	0	0,0	0	0	0
Sudeste	9.483	6,1	67	63,8	207	8,4	41	15,7	61	4,8	46	2,7	4
ES	290	15,5	11	39,3	5	4,1	1	39,3	4	1,7	3	0	0
MG	1.272	5,4	4	57,5	44	10,2	4	11,1	15	13,9	9	0	0
RJ	1.049	22,5	11	67,7	34	1,0	3	4,6	6	4,2	3	0	0
SP	6.872	3,3	41	65,4	124	5,9	33	17,2	36	3,3	31	3,8	4
Sul	2.788	4,1	15	60,8	58	8,9	8	24,6	30	1,5	13	0,0	0
PR	1.378	3,3	1	60,4	23	9,3	2	25,5	13	1,6	1	0	0
RS	802	3,6	7	39,9	12	14,7	3	39,9	14	1,9	8	0	0
SC	608	6,4	7	89,3	23	0,5	3	2,6	3	1,0	4	0	0
Brasil	16.963	4,1	83	60,0	764	5,7	116	19,0	226	8,4	158	2,2	10

a – Foram excluídas unidades de apoio e terapia e outros estabelecimentos (pronto atendimento e consultório isolado) por não apresentarem produção relevante na maioria dos Estados.

b – Refere-se aos procedimentos 201010194 – biópsia de faringe; 201010232 – biópsia de glândula salivar; 201010372 – biópsia de pele e partes moles; e 201010526 – biópsia dos tecidos moles da boca, informados no SIA-SUS em que a CID informada seja de C00 a C10, D10 e K132.

c – Inclui todas as modalidades de atenção básica (tradicional, Estratégia Saúde da Família com e sem equipes de saúde bucal).

d – Inclui policlínicas e centros de especialidades.

Fonte: SIA/SUS. Acesso em março de 2016.

Tabela 2 – Produção de exames de investigação diagnóstica de lesões suspeitas de cânceres de lábio e cavidade oral, segundo UF, Regiões e Brasil, de 2011 a 2014

Região e UF	EXAME CITOPATOLÓGICO (0203010035)				EXAME ANATOMOPATOLÓGICO (0203020030)			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Norte	0	4	3	1	11	19	698	2.718
AC	0	0	0	0	0	0	0	0
AM	0	4	3	1	11	19	681	2.553
AP	0	0	0	0	0	0	0	0
PA	0	0	0	0	0	0	17	165
RO	0	0	0	0	0	0	0	0
RR	0	0	0	0	0	0	0	0
TO	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordeste	11	7	16	11	277	1.330	232	205
AL	0	0	0	0	11	4	0	0
BA	3	1	0	6	103	18	43	59
CE	0	0	0	0	4	5	8	11
MA	0	0	0	0	0	0	0	0
PB	0	0	0	0	65	77	55	115
PE	3	2	1	0	44	1.165	13	4
PI	5	4	15	5	38	57	30	6
RN	0	0	0	0	0	0	76	10
SE	0	0	0	0	12	4	7	0
Centro-Oeste	16	6	8	7	178	133	225	284
DF	0	0	0	0	0	39	13	0
GO	0	0	0	0	0	8	66	21
MS	16	6	8	7	146	43	111	240
MT	0	0	0	0	32	43	35	23
Sudeste	42	39	64	22	1.744	3.320	2.451	1.441
ES	11	0	4	0	3	6	41	49
MG	0	1	0	0	66	69	125	114
RJ	1	2	2	2	19	16	27	20
SP	30	36	58	20	1.656	3.229	2.258	1.258
Sul	4	0	12	4	227	96	187	187
PR	4	0	2	2	69	23	45	48
RS	0	0	10	2	99	24	37	62
SC	0	0	0	0	59	49	105	77
Brasil	73	56	103	45	2.437	4.898	3.793	4.835

Fonte: SIA/SUS. Acesso em março de 2016.

Nota: Foram consideradas as CID de C00 a C10, D10 e K132.

Região e UF	Somente anatomopatológico	Somente citopatológico	Anatomopatológico e citopatológico
Norte	2	0	1
AC	0	0	0
AM	1	0	1
AP	0	0	0
PA	1	0	0
RO	0	0	0
RR	0	0	0
TO	0	0	0
Nordeste	29	0	4
AL	2	0	0
BA	6	0	2
CE	3	0	0
MA	0	0	0
PB	4	0	0
PE	9	0	1
PI	0	0	1
RN	1	0	0
SE	4	0	0
Centro-Oeste	15	0	4
DF	2	0	0
GO	2	0	0
MS	6	0	4
MT	5	0	0
Sudeste	89	2	16
ES	5	0	1
MG	16	0	1
RJ	5	0	3
SP	63	2	11
Sul	28	1	6
PR	8	0	4
RS	9	1	2
SC	11	0	0
Brasil	163	3	31

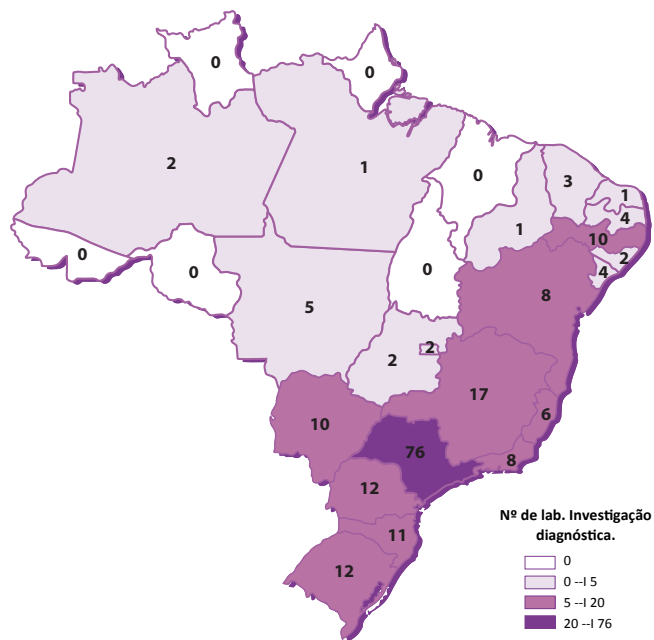


Figura 7 – Número de laboratórios que registraram procedimentos de investigação diagnóstica dos cânceres de lábio e cavidade oral (exames citopatológicos e/ou anatomopatológicos). UF, Regiões e Brasil, 2014
 Fonte: SIA/SUS. Acesso em março de 2016.

Considerações finais

O aumento da cobertura de saúde bucal no país e da oferta de procedimentos para a investigação e confirmação diagnóstica dos cânceres de lábio e cavidade oral, observado na análise aqui apresentada, é um marco positivo que pode contribuir para melhoria do cenário atual de incidência e mortalidade por essas doenças. No entanto, para que esses objetivos sejam alcançados, é necessário um efetivo planejamento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, baseado no monitoramento contínuo de todas essas etapas.

As informações devem subsidiar o planejamento e a programação local, visando a uma melhor utilização dos serviços de saúde. É importante que os gestores mapeiem a rede de atenção à saúde e estruturem os fluxos de referência, de acordo com a realidade local e os protocolos de acesso. Assim, será possível evitar a sobrecarga de estabelecimentos de maior complexidade, como hospitais, para realização de procedimentos simples, passíveis de serem feitos tanto na atenção básica quanto na média complexidade. Ressalta-

-se, por fim, que as UF que têm CEO devem privilegiar o encaminhamento de biópsias para esses estabelecimentos, por se tratar de um procedimento utilizado para o monitoramento desses centros.

Dicas e informes

- O cartaz e o folder sobre câncer de boca estão disponíveis em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca/materiais_campanha. Esses materiais também podem ser solicitados pelo e-mail: atencao_oncologica@inca.gov.br.
- As Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero ficaram em consulta pública entre fevereiro e março de 2016. Em breve, a versão final e atualizada estará disponível na página do INCA.
- O INCA publicou a segunda edição atualizada do Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia. O documento está disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_completo_manual_citopatologia.pdf.

Câncer: a INFORMAÇÃO pode SALVAR VIDAS

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

www.inca.gov.br

CÂNCER DE BOCA: é preciso falar disso.

Se diagnosticado no início, o câncer de boca tem cura. Esclareça suas dúvidas com um profissional de saúde.

A saúde é um direito da população e dever do Estado.
Para informações sobre os serviços de saúde de sua cidade, procure a Secretaria Municipal de Saúde.

INCA
SUS
Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

Divisão de Comunicação Social - INCA / 2015
NÃO JOGUE ESTE IMPRESSO EM VIA PÚBLICA.

nº 438

Expediente:

Informativo quadrimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações – 4.0 Internacional. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA (INCA)
Coordenação de Prevenção e Vigilância
Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede
Rua Marquês de Pombal, 125
20230-092 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5512/5639
E-mail: atencao_oncologica@inca.gov.br

Edição
Coordenação de Prevenção e Vigilância
Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica
Rua Marquês de Pombal, 125
20230-092 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5979

Coordenação: Maria Beatriz Kneipp Dias. **Elaboração:** Adriana Atty, Caroline Ribeiro, Danielle Nogueira e Maria Asuncion Sole Pla. **Colaboradores:** Denise Sant'ana Rangel, Itamar Claro, Jeane Tomazelli, Marcos Felix, Mônica de Assis.

Supervisão Editorial: Taís Facina. **Revisão:** Rita Rangel de S. Machado. **Projeto Gráfico e Diagramação:** Cecília Pachá