

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**

**O CÂNCER BUCAL NA POPULAÇÃO
IDOSA DO BRASIL**

THAISE FROEDE BRITO

**TEÓFILO OTONI/MINAS GERAIS
2011**

THAISE FROEDE BRITO

**O CÂNCER BUCAL NA POPULAÇÃO
IDOSA DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Estela Aparecida Oliveira Vieira

**TEÓFILO OTONI/MINAS GERAIS
2011**

THAISE FROEDE BRITO

**O CÂNCER BUCAL NA POPULAÇÃO
IDOSA DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Estela Aparecida Oliveira Vieira

Banca Examinadora

Prof. Estela Aparecida Oliveira Vieira
Prof. Renato Santiago Gomes

Aprovada em Belo Horizonte 10/12/2011

Agradeço a minha orientadora Estela Aparecida Oliveira Vieira pela disponibilidade, dedicação, paciência e orientação, com os quais conduziu este trabalho, contribuindo assim, para sua concretização.

Resumo

A população brasileira de idosos irá aumentar 16 vezes entre 1950 e 2025, sendo que hoje os brasileiros com mais de 60 anos representam 8,6% da população. É nessa faixa etária que se observa uma maior incidência do câncer bucal fazendo-se necessário a discussão da sua prevenção. O câncer bucal está entre os dez cânceres mais frequentes e apresenta a maior taxa de mortalidade no segmento da cabeça e pescoço. Entretanto, se detectado precocemente, há um aumento do índice de sobrevivência. Assim, torna-se importante o estudo deste tema, tendo em vista que o câncer bucal é um problema de saúde pública crescente na população idosa brasileira sendo fundamental sua prevenção através do auto-exame e campanhas de saúde realizada pelos profissionais da área, sobretudo pela classe odontológica. O presente estudo, realizado através de uma revisão integrativa da literatura, teve como objetivo analisar e descrever o câncer bucal na população idosa do Brasil. O estudo mostrou que o número de casos de câncer bucal vem aumentando, e, embora atinja preferencialmente o sexo masculino, nos últimos anos, houve um notável aumento na incidência entre as mulheres. Ressalta-se também, que fatores considerados de risco como o álcool, tabaco e radiação solar têm levado ao progressivo aumento da doença.

Palavras chaves: câncer bucal, idoso, fatores de risco, Brasil.

Abstract

The Brazilian elderly population will increase 16 times between 1950 and 2025, and today the country with more than 60 years represent 8.6% of the population. It is at this age that there is a higher incidence of oral cancer making it necessary to discuss its prevention. The oral cancer is among the ten most common cancers and has the highest mortality rate in the segment of the head and neck. However, if detected early, there is an increased survival rate. Thus, it becomes important to study this issue, considering that oral cancer is a growing public health problem in the elderly population is fundamental prevention through self-examination and health campaigns carried out by professionals, especially by dental profession. This study, conducted through an integrative literature review, aims to analyze and describe oral cancer in the elderly population of Brazil. The study showed that the number of cases of oral cancer is increasing, and, although preferably affects males in recent years, there was a marked increase in incidence among women. We also emphasize that considered risk factors such as alcohol, tobacco and solar radiation have led to the progressive increase of the disease.

Key words: oral cancer, elderly, risk factors, Brazil.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 OBJETIVO GERAL.....	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
3 METODOLOGIA.....	10
4 DISCUSSÃO.....	11
4.1 O envelhecimento e a saúde bucal do idoso no Brasil.....	11
4.2 Câncer bucal: distribuição quanto à faixa etária, gênero e localização anatômica.....	12
4.3 Fatores de risco para o câncer bucal.....	14
4.4 A importância do diagnóstico precoce e auto-exame.....	16
4.5 Influências da qualidade de vida no tratamento do câncer bucal e suas características.....	18
5 CÂNCER BUCAL E O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE.....	21
6 CONCLUSÃO.....	23
7 REFERÊNCIAS.....	24

INTRODUÇÃO

De acordo com resultados da pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2005, ocorre um declínio anual na taxa de fecundidade. Há uma tendência na diminuição da população jovem e aumento da população com mais de 60 anos no Brasil (Brasil, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 1950 e 2025 a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra 5 vezes o crescimento da população total, o que nos colocará em termos absolutos como a sexta população de idosos do mundo representando mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (Oliveira e Odell, 2000; Brasil 2003).

Nos países desenvolvidos, esse processo de envelhecimento se deu lentamente, em uma situação de evolução econômica, de crescimento do nível de bem-estar e redução das desigualdades sociais. No entanto, a expectativa de vida nesses países será comparativamente menor em relação ao Brasil, passando de 69,8 anos em 1960 para 77,2 em 2020; ao passo que no Brasil ela terá aumentado cerca de 20 anos (Giatti e Barreto 2003).

Para Perussi e colaboradores (2002), este acréscimo na expectativa de vida não é apenas benéfico, pois o aumento do tempo de vida das pessoas traz como consequência uma maior prevalência de doenças crônicas ou associadas aos processos de envelhecimento celular como o câncer. Esse fato nos mostra a necessidade de um maior preparo do profissional de saúde, e, apesar de políticas de prevenção e atendimento estarem sendo implantadas, o cuidado com o idoso no Brasil ainda é incipiente, mesmo com as iniciativas do poder público.

Guerra e colaboradores (2005), afirmam que essa modificação é conhecida como transição epidemiológica. Caracteriza-se pela mudança no perfil de mortalidade, com diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônicas-degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares e o câncer.

Conforme pesquisa realizada por Pucca (2011), os problemas bucais mais prevalentes no idoso são: cárie coronária e radicular, periodontopatias, edentulismo, desgastes dentais, lesões de tecidos moles como ulcerações, hiperplasias inflamatórias traumáticas e medicamentosas, infecções, etc. Podem também ser citados problemas como a xerostomia, dores orofaciais, desordens têmporo-mandibulares, problemas de oclusão e o câncer bucal.

Apesar de não citados em ordem de prevalência, merece destaque o câncer de boca, objeto desse estudo, muito comum em idosos brasileiros. Segundo (Shinkai e Cury, 2000) o câncer de boca mais comum é o carcinoma epidermóide.

A incidência de câncer tem aumentado significativamente em todo o mundo, configurando-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública (Fontes et al., 2008). Segundo o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), estima-se que no biênio 2010/2011 ocorram 489.270 novos casos de câncer no Brasil. Dentre todos os cânceres que incidem na região da cabeça e pescoço, 40% ocorrem na cavidade oral (Inca, 2011).

Segundo Lima e colaboradores (2005), o câncer de boca é uma doença crônica multifatorial, resultante da interação dos fatores etiológicos que afetam os processos de controle da proliferação e crescimento celular. Este processo está aliado às alterações nas interações entre as células e seu meio ambiente. Consideram ainda que:

Os principais fatores etiológicos são fumo, álcool, radiação solar, idade, dieta, microorganismos e deficiência imunológica. Caso a doença não seja diagnosticada precocemente, ela resultará na invasão de células vizinhas e na formação de metástases, a qual levará à morte do paciente (Lima et al., 2005, p.284).

Apesar de ainda não haver uma clara compreensão da etiologia do câncer bucal, vários fatores de risco têm sido detectados e investigados. O tabaco e o álcool são os mais importantes não só para o desenvolvimento da neoplasia, como também para o seu prognóstico (Oliveira et al., 2006). Esses autores destacam ainda que:

Entre os demais fatores que determinam o seu prognóstico estão: região anatômica, tamanho e espessura, comprometimento ganglionar, tratamento e diferenciação tumoral (Oliveira et al., 2006, p.03).

O câncer bucal está entre os dez cânceres mais freqüentes e apresenta a maior taxa de mortalidade no segmento cabeça e pescoço, mas apresenta também, um grande índice de sobrevida em relação a outros tipos de câncer se detectado precocemente (Silvestre e Jeronymo, 2011).

No entanto, estudos demonstram que o diagnóstico do câncer oral, na maioria dos casos, tem sido realizado tardiamente, o que tem contribuído, para os altos índices de morbimortalidade por essa doença e para eleição de terapêuticas mais agressivas. Deficiências na formação profissional ou na educação continuada têm sido apontadas como fatores que podem contribuir para o diagnóstico tardio do câncer oral (Pinheiro et al., 2010).

A educação dos pacientes e dos cirurgiões-dentistas, assim como de outros profissionais da saúde para o reconhecimento precoce de lesões da cavidade bucal, seja benigna ou com potencial de malignidade, bem como dos fatores de risco, seguidos de um encaminhamento correto e um início de tratamento imediato, com muita probabilidade diminuiria a morbidez e mortalidade associada a este tipo de câncer (Thomaz et al., 2011).

Tendo em vista que o câncer bucal é um problema de saúde pública crescente na população idosa brasileira, torna-se claro a importância de estudos sobre o assunto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar e descrever o câncer bucal na população idosa do Brasil a partir de uma revisão integrativa da literatura.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a situação da saúde bucal em idosos no Brasil
- Ressaltar a distribuição do câncer bucal na terceira idade levando em consideração o gênero e localização anatômica de ocorrência
- Pontuar fatores de risco que têm levado ao progressivo aumento da doença
- Ressaltar a importância de campanhas de prevenção de câncer de boca para auxiliar o diagnóstico precoce e o auto-exame
- Sintetizar o conhecimento e sua aplicabilidade prática no câncer bucal em idosos.

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada por meio de pesquisa bibliográfica em duas etapas:

- A primeira limitou-se no levantamento e análise de artigos publicados entre 2000 e 2011 disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através das bases de dados do LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), além de dissertações publicadas nos últimos cinco anos utilizando como descritores: câncer de boca, idoso, fatores de risco, Brasil.
- A segunda etapa consistiu na seleção dos artigos.

Na busca bibliográfica geral nas bases de dados observou-se que a maioria dos estudos enfocava o câncer bucal na população idosa brasileira e fatores de risco como álcool, tabaco, radiação solar e má higiene.

Por ser um campo abrangente optou-se como critérios de inclusão: artigos publicados entre 2000 e 2011 e que retratavam o assunto exposto. Foram excluídos os artigos que não abordavam a população idosa brasileira ou que foram publicados anteriormente ao período definido.

Após a análise e seleção crítica da literatura, a amostra foi constituída pela produção científica que atendeu aos critérios definidos acima.

4 DISCUSSÃO

4.1 O envelhecimento e a saúde bucal do idoso no Brasil

O envelhecimento da população brasileira já é uma realidade, no entanto, o fato de mais pessoas chegarem à terceira idade não implica em melhora na condição de saúde. O conceito de saúde como ausência de doença não é mais utilizado, estando diretamente relacionada com a qualidade de vida do indivíduo. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde ainda há grandes desigualdades sociais, o processo de envelhecimento nem sempre vem acompanhado de uma melhora na qualidade de vida. Além disso, o envelhecer traz um aumento das doenças crônicas, problemas como a desnutrição e doenças infecciosas, representando grandes gastos à saúde (Barbosa, 2011).

Além das desigualdades sociais, que refletem na qualidade de vida do idoso, outro fator complicador para a assistência à terceira idade é a situação de complexidade clínica frequentemente encontrada com o envelhecimento.

Segundo Shinkai e Cury (2000), outro aspecto a ser considerado é a mudança gradual que vem ocorrendo no perfil bucal do idoso. Segundo eles, apesar dos altos índices de edentulismo ainda presentes principalmente nos países menos desenvolvidos como o Brasil, em grande parte do mundo há tendência de maior retenção dos dentes naturais pela população que está envelhecendo, o que aumenta a complexidade de cuidados pessoais e de atenção profissional. No entanto, Barbosa (2011) afirma:

O quadro de saúde bucal da população idosa brasileira é precário; a própria epidemiologia mostra isso, ao passo que não há programas efetivos voltados para esse grupo populacional, em que o atendimento a esta faixa etária é muito precário (Barbosa, 2011, p. 01).

Segundo Pucca (2011), a saúde bucal no Brasil tem sido relegada ao esquecimento quando se discutem as condições de saúde da população idosa. A perda total de dentes ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas.

Até alguns anos atrás, não haviam políticas públicas direcionadas para esta população. De fato, o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, realizado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1986, incluiu apenas o grupo de pessoas com idade entre 50 e 59 anos, onde um dos grupos não examinados foi aquele com idade acima de 60 anos. O índice CPOD, que indica o

número de dentes permanentes cariados, perdidos (extraídos e com extração indicada) e restaurados, foi de 27,2 para essa faixa etária, com 86% de participação dos dentes extraídos, já sugerindo as péssimas condições em que se encontravam as pessoas com mais de sessenta anos (Ministério da Saúde, 2004).

Nos últimos cinquenta anos, a odontologia dedicou seus estudos principalmente a descobertas na prevenção e no tratamento da cárie em crianças de até 12 anos. Foram implantados projetos incrementando a fluoroterapia e as atividades de educação em saúde bucal. Porém, os resultados deste investimento ainda não têm seus reflexos na população idosa, que está longe de atingir a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000. Segundo ela, cerca de 50% das pessoas na faixa etária de 65-74 anos deveriam apresentar pelo menos vinte dentes em condições funcionais (Parajara e Guzzo 2000).

Para Barbosa (2011), o Brasil tem sido freqüentemente referido como um país detentor de altos índices de prevalência de doenças bucais, em particular a cárie dentária e as doenças de gengiva – periodontais -, e também o câncer bucal.

Segundo dados do INCA (2011), a incidência do câncer de boca aumenta na terceira idade, principalmente devido a um diagnóstico e tratamento tardio. Este fato tem implicações graves como causa direta de aumento da mortalidade ou amplas mutilações pós-cirúrgicas, assim como, complicações bucais severas pós-radioterapia como lesão de glândulas salivares, lesões vasculares e ósseas.

Desse modo, torna-se fundamental a necessidade de realizar estudos com a finalidade de gerar dados epidemiológicos em nível nacional, estadual e municipal que permitam o conhecimento do processo saúde-doença da cavidade bucal, além de analisar a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, contribuindo com o estabelecimento de políticas de promoção, prevenção, controle ou tratamento, fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, execução e avaliação das ações de saúde bucal do idoso no Brasil.

4.2 Câncer bucal: distribuição quanto à faixa etária, gênero e localização anatômica

O câncer bucal no Brasil é uma doença de altos índices de prevalência. Encontra-se no ranking nacional como a oitava neoplasia mais prevalente (Oliveira e Odell, 2000; Brasil 2003).

Moreira e colaboradores (2011), realizaram um estudo da prevalência de doenças epiteliais da região bucomaxilofacial no Instituto de Oncologia Aldenora Bello em São Luís,

no Maranhão, no período de Janeiro de 1985 a dezembro de 2005. Foram analisados 784 prontuários considerando as variáveis gênero, localização anatômica e faixa etária. Os autores constataram a prevalência de 69% de lesões malignas e 31% de lesões benignas. Dentre as lesões malignas predominou o carcinoma epidermóide (49,2%) e a lesão benigna mais freqüente foi a hiperplasia epitelial (9,8%). Esta predominou na faixa etária de 0 a 39 anos, ao passo que as lesões malignas tiveram maior prevalência no intervalo de 40 até maiores de 80 anos no sexo masculino. Quanto à localização anatômica, a língua foi o local de maior ocorrência para as lesões malignas e, para as benignas, o sítio mais acometido foi o lábio superior seguido do inferior.

Para Santos e colaboradores (2009), a incidência e a mortalidade por câncer bucal no Brasil, continua a ser elevada e apresenta características que variam ao longo do país. No intuito de analisar aspectos como prevalência, tipo e localização da lesão, desenvolveram um estudo em hospital do estado do Alagoas onde analisaram prontuários de 396 pacientes de janeiro de 2000 a dezembro de 2006. Os dados encontrados confirmam os resultados expostos pelos autores anteriores, pois a maioria eram do gênero masculino (62,7%). Quanto ao tipo e localização da lesão predominou a língua, seguida do assoalho da boca.

No intuito de analisar os aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes atendidos no Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço em um hospital do noroeste do Estado de São Paulo, Alvarenga et al. (2008), desenvolveram o seguinte estudo: analisaram dados de 427 pacientes atendidos no período de 2000 a 2005, tendo como variáveis: idade, gênero, profissão, hábitos como tabagismo e etilismo, sítio primário do tumor e grau de diferenciação histológica. Observou-se, novamente, apesar de a idade ter variado entre 30 a 94 anos (média de 61,7 anos), uma maior incidência no gênero masculino (86%). Quanto à influência da profissão, constatou-se que 24% dos homens realizavam atividades rurais estando mais expostos à radiação solar do que as mulheres. Destas, 60% realizavam atividades domésticas. Em relação ao consumo de cigarro e álcool, 83% eram tabagistas e 65% etilistas. O sítio primário de tumor mais freqüente foi a cavidade oral, com o tipo histológico espinocelular.

Mosele et al. (2008), realizaram uma pesquisa a partir da análise dos laudos histopatológicos com diagnóstico de carcinoma epidermóide da cavidade bucal (CECB), do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Passo Fundo/ RS no período de 1984 a 2006. Também utilizaram como variáveis: gênero, idade, raça, além da localização da lesão. Dos 80 casos analisados, 77,5% eram do gênero masculino, a faixa etária predominante foi de

50 a 59 anos sendo que 68% eram da raça branca. Quanto à localização, o lábio inferior foi o local mais acometido (23,7%), seguido do assoalho bucal (18,7%) e língua (17,5%).

Embora o câncer bucal atinja preferencialmente os homens, nos últimos anos houve um aumento notável na incidência entre mulheres. Alvarenga e colaboradores (2008), acreditam que isso é devido à mudança no comportamento feminino que passou a se expor mais à associação álcool-tabaco.

Durazzo e colaboradores (2005), no intuito de caracterizarem a epidemiologia e a clínica da população atendida por câncer de boca em hospital-escola de atenção terciária e quaternária realizaram um estudo a partir da revisão dos prontuários dos pacientes operados por câncer oral de 1994 a 2002. Foi constatado que a maioria dos pacientes eram portadores de tumores da língua e/ou do soalho da boca (55,6%) e 20,3% tinham tumores dos lábios. O carcinoma epidermóide foi encontrado em 90,3% dos casos e o carcinoma glandular em 4%. Ressaltaram ainda, que há um predomínio de lesões avançadas localmente no gênero feminino.

Estudo de Juliasse e colaboradores (2010), comprovou esses achados: há uma predominância do câncer oral no sexo feminino (2,4: 1), e quanto à localização anatômica, a mucosa bucal foi o local mais afetado (53,7%); seguido pelo sulco vestibular (14,6%) e língua (9,8%).

Da mesma forma, Freitas e colaboradores (2009), ao analisarem as características clínicas dos casos de lipoma na cavidade oral de uma população brasileira de 2002 a 2006, concluíram que os homens acometidos pela doença tinham idade variando de 29 a 91 anos, mas houve uma predileção por mulheres. Quanto à região anatômica, a mucosa bucal foi a localização mais comum, seguido pela língua, lábio inferior, assoalho da boca, área retro-molar e sulco bucal.

O conhecimento desses dados é essencial para o cirurgião-dentista obter um perfil dos pacientes, possibilitando a identificação dos fatores de risco, a prevenção das lesões, bem como o seu diagnóstico precoce e entender a importância dessa doença no Brasil (Mosele et al., 2008).

4.3 Fatores de risco para o câncer bucal

A etiologia dessa neoplasia é multifatorial e, apesar de todo avanço tecnológico obtido até o momento, os agentes etiológicos para o câncer ainda são uma incógnita. Dentre os fatores de risco do carcinoma oral, podem-se citar os extrínsecos – as substâncias químicas

(tabaco e álcool), agentes físicos (traumas mecânicos) e biológicos e, os intrínsecos que correspondem ao estado sistêmico ou geral do indivíduo (Borges et al., 2009).

Segundo Kowalsi e Nishimoto (2000), dentre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal estão: o tabagismo, o etilismo, a exposição ao sol, a exposição profissional - processamento de metais, indústria têxtil, processamento de couro, álcool isopropílico e ácido sulfúrico - traumatismos crônicos, hábitos de higiene oral deficiente, carências nutricionais e estados de imunodeficiência.

Para Ribeiro e colaboradores (2008), as pessoas pertencentes ao grupo de risco para o câncer oral são os homens com mais de 40 anos, fumantes, etilistas crônicos e pessoas expostas à radiação solar de maneira contínua e freqüente.

Lima e colaboradores (2005), afirmam que os fatores de risco para esta doença podem ser facilmente detectados durante a anamnese e geralmente estão ligados ao estilo de vida do indivíduo. O estudo desses autores consistiu em avaliar o nível de conhecimento dos estudantes universitários da cidade de Curitiba/PR sobre o câncer bucal e seus fatores causais. Os dados obtidos demonstraram que 86,3% dos entrevistados sabiam que o câncer poderia ocorrer na boca e cerca de 39% afirmaram que conheciam a existência de lesões pré-cancerosas. O tabagismo (69,3%), a falta de higiene bucal (20,3%) e as radiações (10,6%) foram os fatores de risco mais apontados.

Além dos fatores de risco existem também as lesões pré-cancerosas, que é definida pela OMS, “como sendo um tecido morfológicamente alterado no qual é mais provável a ocorrência de câncer do que no tecido local normal” (Oliveira e Odell; Tavares, 2000). Destacam ainda, que as lesões pré-cancerosas de alto risco são a leucoplasia, eritroplasia, estomatite nicotínica e líquen plano; e, de baixo risco, a hiperplasia gengival, periodontite, lesões brancas reativas e a candidose hiperplásica crônica.

Para Silvestre e Jeronymo (2011), esses fatores denominados cancerígenos ou carcinógenos atuam alterando a estrutura genética da célula (DNA). Relatam também, que a maioria dos casos de câncer (80%) são relacionados a fatores externos, ambientais, e dependem da intensidade e duração da exposição das células a esses agentes. Estes, por sua vez, podem agir em conjunto para iniciar o processo de carcinogênese.

Para Carvalho (2003), o câncer bucal acomete principalmente, tabagistas, aumentando consideravelmente os riscos de incidência quando o indivíduo, além de tabagista, é também alcoolista.

Segundo (Freitas et al., 2005), o etilismo aumenta o risco de câncer bucal, principalmente na região da língua e assoalho da boca pois ele aumenta a permeabilidade das células da mucosa bucal aos agentes carcinogênicos devido ao seu efeito solubilizante.

Como fatores ambientais predisponentes do câncer bucal, o tabagismo constitui o fator primordial (90%), sendo que os tabagistas apresentam uma probabilidade de 4 a 15 vezes maior de desenvolver a doença do que os indivíduos não tabagistas (Leite et al., 2005). Além disso, afirmam:

O ato de fumar/mascar tabaco pode causar reações oxidativas nos tecidos, que implicam na iniciação de reações que produzem radicais livres nos eventos celulares. O menor dano ao DNA pode resultar em mutagênese e em alteração do ciclo celular. Vários produtos da combustão do ato de fumar tabaco são carcinogênicos; dentro os quais os hidrocarbonetos aromáticos polinucleares são predominantes (Leite et al., 2005, p.31).

Levando-se em conta o alto número de tabagistas e etilistas na população brasileira, e que a maioria dos indivíduos com câncer bucal procura tratamento em estágios avançados da doença, não restam dúvidas de que o câncer bucal é um problema de saúde pública, merecendo assim, uma maior atenção por parte dos governantes e profissionais da saúde (Silvestre e Jeronymo, 2011).

4.4 A importância do diagnóstico precoce e auto-exame

O carcinoma epidermóide representa a condição mais séria entre as entidades que afetam a cavidade oral levando à morte a grande maioria dos pacientes que, uma vez desinformados, demoram a procurar ajuda de um profissional (Thomaz et al., 2011). Também consideram:

O retardo do diagnóstico prende-se a diversos fatores, entre eles: a desinformação da população leiga que mantém crenças ultrapassadas e negativas sobre o câncer e seu prognóstico; a falta de alerta dos profissionais da saúde para o diagnóstico precoce dos casos e a falta de rotinas abrangentes programadas nos serviços de saúde públicos e privados que favoreçam a detecção do câncer (Thomaz et al., 2011, p. 01-02).

O câncer de boca no Brasil ainda apresenta altos índices de incidência e mortalidade, com diferentes características no território nacional, sendo o estado de São Paulo o de maior prevalência. A maioria dos casos é diagnosticada tardiamente, porém há grande chance de cura quando tratados no início (Santos et al., 2010). Conforme estudo realizado por esses

autores, no estado do Alagoas no período de julho de 2007 a setembro de 2008, os pacientes procuraram mais o médico que o dentista quando apresentaram uma lesão na boca, tendo como consequência um encaminhamento para o dentista em estágio avançado da doença. Além disso, acham necessário programas de educação continuada da população e profissionais mais qualificados para identificação de sintomas precoces da doença.

Para Shinkai e Cury (2000), ao considerar a diversidade e complexidade do idoso, é fundamental a atuação de uma equipe interdisciplinar, na medida em que participa, analisa e integra conhecimentos específicos de diversas áreas no intuito de promover e manter a saúde do idoso. Segundo eles, a assistência à terceira idade necessita de contato com outras especialidades, pois a troca de conhecimentos facilita a atuação de cada elemento do grupo e, conseqüentemente, levaria a um diagnóstico e encaminhamento adequado.

Thomaz e colaboradores (2011), afirmam que vários programas de saúde oral têm sido realizados no Brasil; entretanto, a maioria não tem considerado o diagnóstico precoce do câncer, mas as doenças periodontal e cárie.

Abdo et al. (2006), mostraram em sua pesquisa, o nível de desinformação da população avaliada sobre os fatores de risco, deixando clara a necessidade de programas odontológicos que trabalhem de maneira sistemática a informação sobre esses fatores estendendo os conceitos de saúde oral além dos limites da cárie e da doença periodontal.

No estudo de Ribeiro et al. (2008), verificou-se que a maior parte dos entrevistados acreditam que o câncer oral provoca dor. Isso mostra que as pessoas avaliadas desconhecem o curso da doença, o que favorece o diagnóstico tardio, pois os quadros de câncer oral que exibem sintomatologia dolorosa estão situados em estadiamento clínico avançado, que necessitam de intervenções mais mutiladoras e com maior seqüela para os pacientes.

Assim sendo, esses autores afirmam a necessidade de intensificar os ensinamentos da população não apenas sobre os fatores de risco, mas também, da importância do auto-exame para identificação precoce do câncer oral.

Para se obter o diagnóstico do câncer oral em fase inicial, uma das estratégias mais importantes é o auto-exame de boca. Este é um método simples, bastando para sua realização um ambiente bem iluminado e um espelho, devendo-se procurar por mudanças na cor da pele e da mucosa, endurecimentos, caroços, feridas, inchaços, áreas dormentes ou dolorosas, dentes quebrados ou com mobilidade e sangramento (Thomaz et al., 2011).

França e colaboradores (2010), também relatam que o elevado número de óbitos por esta doença, no período de 06 a 12 meses da época do diagnóstico, configura o diagnóstico

tardio; sendo que essas lesões poderiam ser facilmente identificadas na cavidade bucal e buco/faríngea sem necessidade de técnicas especiais, tendo em vista o fácil acesso para o exame direto.

O principal aspecto relacionado com câncer oral que deve ser melhorado é o diagnóstico precoce, entretanto, Tomita e colaboradores (2000), afirmam que apenas 5% da população têm acesso regular a bens e serviços de saúde, estimando-se que 15% a 17% o utilizam de forma irregular. Segundo eles, novas políticas governamentais devem ser instituídas para melhorar a avaliação oral e favorecer o diagnóstico precoce do câncer.

Diversas medidas de prevenção deveriam ser instituídas em todo o país, como por exemplo, ações de educação continuada dos profissionais de saúde, informação da população de uma forma geral, sobre como realizar o auto-exame, conscientizar de como o tabaco e o álcool podem ser prejudiciais para a saúde e a importância de se procurar um profissional da saúde quando uma lesão suspeita aparecer na boca (Durazzo et al., 2005).

Ribeiro e colaboradores (2008), confirmam essas medidas ao ressaltarem que o Brasil necessita de políticas públicas claras e com ações de longo prazo em educação em saúde, como o Brasil Sorridente, que tem por objetivo ampliar o acesso ao tratamento odontológico, disseminar os princípios básicos de higiene e cuidados com a boca e promover ações educativas e preventivas em saúde oral.

4.5 Influências da qualidade de vida no tratamento do câncer bucal e suas características

Dentre as enfermidades que afetam a qualidade de vida destaca-se o câncer de cabeça e pescoço, que é um dos principais problemas de saúde do Brasil (Pithan et al., 2004).

Jesus e colaboradores (2010), desenvolveram um estudo em duas instituições de tratamento de câncer em Juiz de Fora, Minas Gerais, entre 2000 e 2007. O intuito desse estudo foi descrever o perfil epidemiológico, características do tumor (histopatologia, localização anatômica e estágio), bem como, identificar a frequência dos fatores de risco e avaliar a qualidade de vida dos pacientes tratados de câncer bucal. Dos 88 pacientes registrados com câncer oral, 16 foram selecionados para a amostra do estudo.

Segundo análise desses autores, a maioria da amostra do estudo era composta pelo gênero masculino (87%) com média de 57 anos, e tinham um rendimento mensal inferior a um salário mínimo. Um número significativo fumava antes do diagnóstico (83,7%) e 43,8% dessa amostra continuaram a fumar após tratamento. Além disso, 33,3% consumiram álcool antes de concluir o tratamento. Quanto a localização anatômica, a língua foi o local

predominante (40%). Através desse estudo foi possível avaliar a qualidade de vida desses pacientes; sendo que aqueles com renda familiar superior ao salário mínimo mensal obtiveram melhores índices do que aqueles com menor renda.

Antunes e colaboradores (2001), confirmam o referido estudo ao relatar a existência de uma relação entre as condições socioeconômicas, estilo de vida e o câncer oral, mostrando que grupos socialmente desprivilegiados tendem a ter um maior contato com os fatores de risco, como também precárias condições de saúde bucal e carências nutricionais.

Os pacientes com maior nível de escolaridade, frequentemente, têm mais recursos financeiros, melhores empregos e recebem benefícios, como licença para tratamento de saúde e aposentadoria. Esses fatores podem ser responsáveis pela melhor qualidade de vida em pacientes que cursaram o ensino médio e superior (Ângelo et al., 2010).

Segundo Borges e colaboradores (2009), há uma grande diferença dos indicadores sócio-econômicos entre as regiões, o que é um reflexo da política econômica implementada ao longo dos anos, que privilegia as regiões Sul e Sudeste do país. A expectativa de vida na região Sul, por exemplo, é bem maior que a do Nordeste brasileiro. O inerente aumento da expectativa de vida da população e o conseqüente incremento do número de idosos, público-alvo para o câncer, explica a alta correlação com as doenças crônico-degenerativas.

O abandono de hábitos de risco e a proteção adequada em relação aos agentes carcinogênicos constituem-se em medidas eficazes de prevenção da doença. Tanto a população quanto os profissionais de saúde não estão devidamente atentos para o problema, o que determina um atraso considerável no estabelecimento do diagnóstico e o início do tratamento (Kowalsi, 2000).

Terrell e colaboradores (2004), relatam que o paciente pode escolher o tratamento a partir da probabilidade de sobrevida, uma vez que quando dois tratamentos diferentes apresentam taxa de sobrevida similar, os fatores que afetam a qualidade de vida devem ser considerados.

Costa e colaboradores (2005), afirmam que há uma correlação entre a classificação clínica TNM (classificação clínica dos tumores malignos) e as características histológicas de malignidade do carcinoma epidermóide oral. Segundo eles, o tipo de área invasiva pode ser primariamente responsável pelo comportamento clínico do tumor e isso pode ser imprescindível para a escolha do tratamento.

Mendonça e colaboradores (2005), afirmam que o tratamento para o câncer bucal consiste em inibir a proliferação excessiva de células neoplásicas, podendo incluir cirurgia,

quimioterapia e/ou radioterapia. Segundo eles, esses dois últimos métodos acarretam efeitos colaterais destacando principalmente: mucosite, xerostomia, sangramento gengival, herpes labial, queilite angular dentre outras.

A função mastigatória nesses indivíduos é deficiente tanto devido à falta de elementos dentários quanto à diminuição da saliva, que ocorre principalmente como complicação do tratamento e mostra-se mais severa em pacientes com idade avançada. Esse fato denota a grande importância da mastigação na qualidade de vida dos pacientes e fica clara a necessidade do acompanhamento odontológico em todas as fases do tratamento oncológico (Andrade et al., 2006).

Para Cardoso e colaboradores (2005), o acompanhamento odontológico sistemático, junto com medidas preventivas como adequação bucal prévia, orientações sobre higienização, utilização de bochechos de água bicarbonatada, aplicação tópica de flúor, contribuem para promover melhores condições de restabelecimento dos pacientes submetidos à radioterapia.

É imprescindível orientar o cirurgião-dentista no acompanhamento do paciente submetido à quimioterapia e/ou radioterapia na região de cabeça e pescoço e ressaltar a importância de sua participação numa equipe multidisciplinar para prevenir, diagnosticar, controlar e tratar os efeitos colaterais na boca, pois dessa forma, pode-se oferecer qualidade de vida e aumentar a possibilidade de sucesso do tratamento (Mendonça et al., 2005).

5 CÂNCER BUCAL E O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Existe uma discussão constante acerca da reestruturação dos serviços de saúde baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), emergindo como centro de transformação nesse contexto, o Programa Saúde da Família (PSF). Apesar disso, ainda se verificam práticas fundadas em um modelo individualista e desarticulado das necessidades da população (Almeida e Ferreira, 2008).

Embora inserida somente em 2001 nesse contexto do PSF, a equipe de saúde bucal apresenta-se como parte integrante e importante para a saúde da população (Ministério da saúde, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), os profissionais de nível superior realizam educação em saúde numa proporção maior no estabelecimento de saúde quando se compara ao trabalho desenvolvido na comunidade. Ressalta ainda, que o desenvolvimento das atividades em espaços na comunidade é necessário.

A segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal e o Ministério da Saúde (2005), enfatizam essa questão, demonstrando que a educação em saúde deve ser desenvolvida nos diferentes espaços sociais como centros comunitários, igrejas, associações de moradores, escolas, fábricas, dentre outros. Expandindo assim as atividades para além das paredes da unidade, característica importante no PSF.

A terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal (Ministério da saúde, 2005), propõe o inter-relacionamento das alterações bucais com as manifestações sistêmicas. Afirma também, que essa integração é importante e deveria ser mais expressiva, utilizando fatores de risco comuns entre os diversos problemas de saúde para o desenvolvimento das atividades educativas.

Nadanovsky (2003), também defende a integração da saúde oral com a saúde geral, ressaltando a necessidade de relacionar as atividades de saúde bucal às políticas e aos programas de saúde através de fatores como consumo do álcool e do tabaco, a dieta e o consumo de açúcar, higiene corporal como um todo, integração com programas HIV/AIDS, trabalhos desenvolvidos contra doenças parasitárias, entre outros. Segundo esse mesmo autor, o câncer de boca destaca-se nessa relação de integração dos fatores de risco comuns a problemas de saúde geral.

A Portaria nº 648 (Brasil, 2006), afirma que acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família

buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar, são atribuições dos cirurgiões-dentistas do PSF.

Almeida e Ferreira (2008), desenvolveram um estudo com 80 dentistas do PSF de Natal, no Rio Grande do Norte onde constataram que as práticas preventivas direcionavam-se à cárie dentária, com maior atenção aos escolares, sendo necessária a ampliação para diferentes problemas bucais, grupos e espaços sociais; e que as visitas domiciliares, a busca de lesões e orientações sobre o auto-exame foi relatada por uma minoria de cirurgiões-dentistas.

No município de Poté, Minas Gerais, onde trabalho como cirurgiã-dentista há dois anos e meio não é muito diferente. Como ações de âmbito individual destacam-se: ação terapêutica intensiva com flúor por sessão, controle de placa bacteriana, restaurações com resina e amálgama e extrações. No âmbito coletivo predominam escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor gel e palestras para adolescentes e gestantes. Não há, no entanto, palestras ou grupos direcionados exclusivamente aos idosos.

As orientações sobre o câncer de boca e estímulo ao auto-exame direcionado a essa população existe e é feita pela classe odontológica do município, porém ainda é muito incipiente; há apenas palestras esporádicas. A nossa maior dificuldade está na orientação e realização do exame clínico dos idosos acamados, pois como já disse, não são visitas regulares, além do difícil acesso.

Acredito que a abrangência à políticas preventivas sobre o câncer bucal deveria ser mais expressiva e não se limitar a orientações sobre o tema, sendo necessária maior parceria com a Equipe de Saúde da Família nos programas educativos sobre fumo, álcool e exposição solar.

6 CONCLUSÃO

Nesse trabalho, procurou-se estabelecer uma síntese de conhecimento e aplicabilidade prática sobre o câncer bucal na população idosa do Brasil. Ressalta-se, portanto, a importância do conhecimento através da troca de informações. Esse aspecto é fundamental em todos os níveis de atendimento, seja na promoção de saúde, na prevenção específica ou reabilitação, e envolve não apenas a equipe de profissionais, mas também os próprios idosos e seus familiares, as autoridades e a comunidade.

A informação possibilita o encontro das diversas atuações profissionais por meio de ações integradas mais objetivas e eficazes, que respeitem as necessidades reais do idoso. Nesse contexto, a participação do cirurgião-dentista se faz necessária. O câncer de boca é um problema importante da classe odontológica, já que estes são os profissionais que com mais frequência têm a oportunidade de examinar a cavidade oral, e, portanto, estabelecer o diagnóstico precoce. Além disso, podem contribuir na difusão de medidas de conscientização e prevenção da doença abordados neste estudo. Sabe-se que a maioria dos pacientes oncológicos submetidos à tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico apresentam complicações bucais, cabendo ao cirurgião-dentista adotar medidas que melhorem a qualidade de vida do paciente.

A partir das análises realizadas nos textos, podemos inferir que há uma predominância do câncer oral na região sudeste, especialmente no estado de São Paulo; e que alguns estudos feitos entre 2005 e 2008 demonstraram uma prevalência no gênero masculino com idade variando entre 60 a 80 anos. Porém, alguns estudos mais recentes demonstram que a incidência no gênero feminino vem aumentando devido à mudança no seu comportamento que passou a se expor mais à associação álcool-tabaco.

Diante do exposto, esse estudo procurou não só informar, mas também, compartilhar estas informações com os profissionais de saúde, sobretudo com aqueles que trabalham no município onde atuou. Esperamos que possamos conscientizá-los e ao mesmo tempo motivá-los para o desenvolvimento de atividades direcionadas especialmente aos idosos. Além disso, a informação e a orientação básica da população constituem os meios mais efetivos para modificar os aspectos de saúde do idoso, inclusive a saúde bucal. São também fundamentais para que os idosos, familiares e/ou cuidadores mantenham a motivação para o autocuidado e o seguimento das orientações por parte da equipe de profissionais.

7 REFERÊNCIAS

1. ABDO, E.M.; GARROCHO, A.A.; AGUIAR, M.C.F. Avaliação do nível de informação dos pacientes sobre o álcool e o fumo como fatores de risco para o câncer bucal. **Revista ABO**, v.14, n.1: p. 44-48, 2006.
2. ANTUNES, J.L.F.; BIAZEVIC, M.G.H.; ARAÚJO, M.E. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in São Paulo, Brazil, 1980-1998. **Oral Oncol**, 2001; 37: 345-50.
3. ALMEIDA, G.C.M e FERREIRA, M.A.F. Saúde bucal no contexto do programa saúde da família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.9: p.2131-2140, set. 2008.
4. ALVARENGA, L.M. et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.74, n.1: p. 68-73, jan/fev 2008.
5. ANDRADE, F.P.; ANTUNES, J.L.F.; DURAZZO, M.D. Evaluation of the quality of life of patients with oral cancer in Brazil. **Braz Oral Res**, v.20, n.4: p.290-6, feb. 2006.
6. ANGELO, A.R.; MEDEIROS, A.C.; DE BIASE, R.C.C.G. Qualidade de vida em pacientes com câncer na região de cabeça e pescoço. **Revista Odontologia UNESP**, Araraquara, v.39, n.1: p.1-7, jan/fev 2010.
7. BARBOSA, K.G.N. Condições de saúde bucal em idosos: uma revisão da realidade brasileira. **Odontologia Clínica Clent**, Recife, v.10, n.3: p.227-231, jul/set 2011.
8. BORGES, M.A. et al. Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômico no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2: p.321-327, fev. 2009.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso/Ministério da Saúde. -1ª ed., 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

10. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Indicadores sócio demográficos e de saúde no Brasil 2009. V. 25, 2009. 154p. Disponível em: < HTTP: //WWW.ibge.gov.br/home/estatística/população/indicadores/2009/indicadores.pdf>. Acesso em 04 setembro 2011.
11. Brasil. Portaria nº 648. Aprova a política nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 28 março 2006.
12. CARDOSO, M.F.A. et al. Prevenção e controle das seqüelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. **Radiol Brás**, v. 38, n.2: p.107-115, mar/abr 2005.
13. CARVALHO, C. Cresce Incidência de Câncer de Boca no Brasil. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 60, n.1: p.36-39, jan/fev 2003.
14. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final, Brasília: Comitê Executivo da IICN SB; p.01-23, 1993.
15. III Conferência Nacional de Saúde Bucal. Acesso e qualidade superando exclusão social. Relatório final, Brasília: p.01-148, Ministério da saúde; 2005.
16. COSTA, A.L.L. et al. Correlação entre a classificação clínica TNM e as características histológicas de malignidade do carcinoma epidermoide oral. **Revista Brasileira Otorrinolaringologia**, v.71, n.2: p. 181-187, mar./abr 2005.
17. DURAZZO, M.D. et al. Clinical and epidemiological features of oral cancer in medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases. **Clinics**, v.60, n.4: p. 293-298, agosto 2005.

18. FONTES, K.B. et al. Contribuição da citopatologia para o diagnóstico de carcinoma de células escamosas oral. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial** [on line] v.44, n.1: p.17-24, fev. 2008.
19. FRANÇA, D.C.C. et al. Programa de diagnóstico e prevenção de câncer de boca: uma estratégia simples e eficaz. **Revista de Odontologia Brasileira Central**, v.49, n.49, agost. 2010.
20. FREITAS, M.A. et al. Lipomas intra-oral: um estudo de 26 casos em uma população brasileira. **Quintessence Int**, v.40, n.1: p. 79-85, jan.2009.
21. FREITAS, V.S. et al. Efeito Genotóxico de fatores considerados de risco para o câncer bucal. **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 29, n.2: p. 189-199, jul/dez 2005.
22. GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3: p.759-771, mai/jun 2003.
23. GUERRA, M.R. et al. Risco de Câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n.3: p. 227-234, maio 2005.
24. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2010. Disponível em URL: [HTTP: //www.inca.gov.br/estimativa/2010/](http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/) Acesso em 15 setembro 2011.
25. JESUS, R.R. et al. Perfil Epidemiológico e qualidade de vida dos pacientes tratados de câncer bucal em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Medicina Oral Patologia Ora Cirurgia Bucal**, v.15, n.1: p.20-24, jan. 2010.
26. JULIASSE, L.E. et al. Lipomas da cavidade oral: estudo clínico e histopatológico de 41 casos em uma população brasileira. **Eur Arch Otorhinolaryngol**, v.267, n.3: p.459-65, mar. 2010.

27. KOWALSI, L.P.; NISHIMOTO, I. N. Epidemiologia do Câncer de Boca. In: PARISE JR. **Câncer de Boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier, 2000. p.3-11.
28. LEITE, A.C.E.; GUERRA, E.N.S.; MELO, N.S. Fatores de Risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal. **Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica**, v.1, n.3: p.30-36, jan/mar 2005.
29. LIMA, A.A.S.L. et al. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.51, n.4: p.283-288 out/nov/dez 2005.
30. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2004.
31. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica saúde bucal. Brasília: MS; 2006.
32. MENDONÇA, E.F. et al. Complicações bucais da quimioterapia e radioterapia no tratamento do câncer. **Revista ABO Nac**, v.13, n.3: p.151-157, jun/jul. 2005.
33. MOREIRA, A.R.O. et al. Levantamento epidemiológico das doenças epitiliais da região bucomaxilofacial: casuística de 20 anos. **RGO-Revista Gaúcha Odontológica**, Porto Alegre, v.59, n.1, p.65-70, jan./mar. 2011.
34. MOSELE, J.C. et al. Levantamento epidemiológico dos casos de carcinoma epidermoide da cavidade bucal registrados no serviço de diagnóstico histopatológico do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Passo Fundo/RS. **Revista de Odontologia**. Ano 16, n. 32, jul/dez. 2008, São Bernardo do Campo, SP, Metodista.
35. NADANOVSKY, P. Promoção da saúde e prevenção das doenças bucais. In: Pinto VG, organizador. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Editora Santos; 2003. Cap.9 p.293-310

36. OLIVEIRA D.T., ODELL E.W. Diagnóstico precoce e prevenção de câncer de boca. In: BUISCHI, Y.P. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. Cap.11, p.280-293.
37. OLIVEIRA, L.R.; SILVA, A.R.; ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermoide oral em uma população brasileira. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v.42, n.5, out. 2006.
38. PARAJARA, F.; GUZZO, F. Sim é possível envelhecer saudável! **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões – Dentistas**, v.54, n.2: p.91-99, mar/abr 2000.
39. PERUSSI, M.R. et al. Carcinoma epidermoide da boca em idosos de São Paulo. **Revista Associação de Medicina do Brasil**, v.48, n.4: p.341-344, jun. 2002.
40. PINHEIRO, S.M.S.; CARDOSO, J.P.; PRADO, F.O. Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer Bucal entre Profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia 2010. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.56, n.2: p.195-205, fev. 2010.
41. PITHAN, S.A. et al. Perfil Epidemiológico do carcinoma espinocelular de boca em pacientes do serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da PUC-RS. **Revista Odonto Ciências**, v.2, n.19: p.126-30, 2004.
42. PUCCA Jr., G.A. A saúde bucal do idoso - Aspectos demográficos e epidemiológicos. Medcenter, 1 abril 2002. Disponível em <[HTTP: //www.odontologia.com.br/artigos](http://www.odontologia.com.br/artigos)>. Acessado em 20 agosto 2011.
43. RIBEIRO, R. Avaliação do nível de conhecimento de uma população envolvendo câncer oral. **Robrac**, v.17, n.44: p.104-109, 2008.
44. SANTOS, L.C. et al. Câncer bucal: amostra da população do estado de Alagoas em um hospital de referência. **Braz J. Otorhinolaryngol**, v.75, n.4: p.524-9, jul/agos 2009.

45. SANTOS, L.C.O.; BATISTA, O.M.; CANOUSS, M. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado do Alagoas. **Braz J, Otorhinolaryngol**, v.76, n.4: p.416-422, jul/ago 2010.
46. SHINKAI, R.S.A.; CURY, A.A.D.B. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.4: p.1099-1109, out/dez, 2000.
47. SILVESTRE, J.A.O.; JERONYMO, D.V.Z. Câncer bucal e sua correlação com tabagismo e alcoolismo. **Revista Eletrônica Lato Sensu** - Ano 2, nº 1, julho de 2007. Disponível em < [HTTP://www.unicentro.br](http://www.unicentro.br) > Acesso em 20 agosto 2011.
48. TAVARES, M.R. Lesões Pré-Neoplásicas ou cancerizáveis. In: PARISE JR. **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier, 2000. p.3-11.
49. THOMAZ, E.B.A.F.; CUTRIM, M.C.F.N.; LOPES, F.F. A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral. **Acta Oncologia Brasileira** Art. 26, p.07, 2000. Disponível em <<http://www.busde.paho.org>> Acesso em 13 agosto 2011.
50. TERRELL, J.E. et al. Clinical predictors os quality of life in patients with head and neck câncer. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**, v.02, n130: p.401-8, apr. 2004.
51. TOMITA, N.E. et al. Relação entre determinantes sócio econômicos e hábitos bucais de risco para más-oclusões em pré-escolares. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.14, n.2: p. 169-75, abr./jun 2000.