

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL
E SUAS IMPLICAÇÕES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

NOARA AGUILAR RIBEIRO

ARAÇUAÍ - MINAS GERAIS

2013

NOARA AGUILAR RIBEIRO

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL
E SUAS IMPLICAÇÕES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

ARAÇUAÍ - MINAS GERAIS

2013

NOARA AGUILAR RIBEIRO

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL
E SUAS IMPLICAÇÕES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora

Bruno Leonardo de Castro Sena - Orientador

Simone Dutra Lucas - Examinador

Aprovada em Belo horizonte: 06/07/2013.

DEDICATÓRIA

A todos aqueles que contribuíram para a elaboração deste trabalho possibilitando mais uma conquista.

AGRADECIMENTO

Ao meu orientador Bruno Leonardo de Castro Sena pela dedicação e paciência.

Aos meus familiares pelo apoio e incentivo em todas as etapas da minha formação pessoal e profissional.

A Equipe de Saúde da Família Bela Alvorada por proporcionar a aplicação do conhecimento obtido durante todo o curso de especialização.

"Odontologia é uma profissão que requer daqueles que a exercem o senso estético de um artista, a destreza de um cirurgião, os conhecimentos científicos de um médico e a paciência de um monge."

Papa Pio XII

RESUMO

De acordo com o INCA câncer é o nome dado a um conjunto de doenças que possuem em comum o crescimento desordenado das células determinando a formação de tumores malignos com conseqüente invasão de tecidos e órgãos. Atualmente pode ser considerado um problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento como o Brasil e vem sendo o responsável por 13% de todas as causas de óbito no mundo. O câncer bucal engloba os crescimentos teciduais que afetam os lábios e o interior da cavidade oral como gengiva, mucosa jugal, palato duro, língua e assoalho. Nos últimos anos, houve um aumento no número de equipes de saúde bucal implantadas em conjunto com as equipes de saúde da família com conseqüente aumento no número de pessoas que tem acesso aos serviços odontológicos. Por a boca ser considerada um local de fácil acesso, o cirurgião-dentista torna-se o principal responsável pelo diagnóstico precoce do câncer bucal e encaminhamento responsável dos usuários acometidos. Os cirurgiões-dentistas devem informar corretamente a população quanto aos fatores etiológicos, estimular a adoção de hábitos de vida saudáveis e a realização do auto exame bucal. O município de Rubim, registrou nos últimos três anos a ocorrência de casos já em estádios avançados levando ao óbito três dos quatro pacientes acometidos, o que mostra a dificuldade das três equipes de saúde bucal em diagnosticar precocemente o câncer bucal, o que motivou a elaboração de um plano de ação para o enfrentamento do problema. Esse plano de ação foi elaborado a partir do diagnóstico situacional realizado através do método do planejamento estratégico situacional com a priorização do diagnóstico precoce do câncer bucal. Para fundamentação teórica, realizou-se uma busca junto a *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, *SciELO (Scientific Electronic Library Online)* e *Periódicos Capes* por artigos publicados em língua portuguesa e inglesa no período de 1999 a 2012. O objetivo do presente trabalho foi obter conhecimento para melhorar o diagnóstico precoce nas equipes de saúde bucal do município de Rubim. Concluiu-se que há necessidade da adoção de programas de avaliação de mucosa para as diversas faixas etárias, a prevenção e a promoção de saúde da população bem como a melhoria nos níveis de responsabilidade e conhecimento dos profissionais envolvidos.

Descritores: Câncer Bucal, Álcool, Tabaco, Fatores Etiológicos.

ABSTRACT

According to the INCA cancer is the name given to a group of diseases that have in common the uncontrolled growth of cells by determining the formation of malignant tumors with subsequent invasion of tissues and organs. Can currently be considered a public health problem both in developed and in developing as Brazil and has been responsible for 13% of all causes of death worldwide. Oral cancer includes tissue growths that affect the mouth and oral cavity and gums, buccal mucosa, hard palate, tongue and floor. In recent years, there has been an increase in the number of oral health teams deployed in conjunction with the family health teams with a consequent increase in the number of people who have access to dental services. By mouth is considered an easily accessible place, the dentist becomes primarily responsible for the early diagnosis of oral cancer and routing responsibility of the users involved. Dentists should properly inform the public as to the etiological factors, encourage the adoption of healthy lifestyles and self-realization oral examination. The municipality of Rubim, registered in the last three years the occurrence of cases already in advanced stages leading to death three of four patients affected, which shows the difficulty of three oral health teams in the early diagnosis of oral cancer, which motivated the development a plan of action to address the problem. This plan of action was drawn from the situational analysis conducted through the method of strategic planning with Situational prioritization of early diagnosis of oral cancer. For theoretical background, we carried out a search at the Virtual Health Library (VHL), SciELO (Scientific Electronic Library Online) and Portal.periodicos.Capes for articles published in Portuguese and English in the period 1999-2012. The aim of this study was to obtain knowledge to improve early diagnosis in oral health teams in the city of Rubim. It was concluded that there is need to adopt assessment programs mucosa for the various age groups, prevention and promotion of health of the population as well as improvement in the levels of responsibility and knowledge of the professionals involved.

Keywords: Oral Cancer, Alcohol, Tobacco, Etiological Factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCE – Carcinoma de células escamosas

CD – Cirurgião-dentista

CEC – Carcinoma espinocelular

CPOD – Dentes cariados, perdidos e obturados

CRO – Conselho Regional de Odontologia

DNA – Ácido desoxirribonucleico

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HPV – Papilomavírus Humano

INCA – Instituto Nacional do Câncer

INTPC – Índice das Necessidades de Tratamento Periodontal da Comunidade

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PT – Prótese total

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

TNM – Metástase-Tumor-Nodo

UBS – Unidade Básica de Saúde

UV – Radiação ultraviol

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 : Priorização dos problemas da ESF Bela Alvorada	36
Quadro 2 : Recursos críticos para colocar em prática os projetos que visam o diagnóstico precoce do câncer bucal, no município de Rubim.....	39
Quadro 3 : Análise da viabilidade dos projetos propostos para solucionar o problema de câncer bucal no município de Rubim	40
Quadro 4 : Operação do plano.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número total de habitantes da ESF Bela Alvorada de acordo com a faixa etária e sexo.....	34
Tabela 2: Morbidade referida, na área de abrangência da ESF Bela Alvorada, município de Rubim, no ano de 2013.....	35

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Correta realização do Auto exame bucal.....21
- Figura 2** - Aspectos clínicos de lesão em assoalho bucal e face inferior da língua; das próteses totais utilizadas pelo paciente, realização de biópsia incisional e os espécimes teciduais removidos25
- Figura 3** – Aspectos clínicos e radiográficos iniciais do paciente26
- Figura 4** – Organograma mostrando as causas e consequências do Câncer Bucal no município de Rubim – MG.....38

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	14
3	OBJETIVOS	15
	3.1 Objetivo Geral	15
	3.2 Objetivos Específicos	15
4	METODOLOGIA	16
5	REVISÃO DE LITERATURA	17
	5.1 Fatores de Risco	18
	5.2 Perfil Epidemiológico	22
	5.3 Diagnóstico precoce	24
	5.4 Conhecimento da população sobre Câncer Bucal	28
	5.5 Conhecimento e conduta clínica dos profissionais	29
	5.6 Principais tipos de tratamento realizados e prognóstico	30
	5.7 Prognóstico e sobrevida dos pacientes	32
6	PLANO DE AÇÃO	34
7	DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS	45
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	52

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) câncer é o nome dado a um conjunto de doenças que possuem em comum o crescimento desordenado das células que se tornam agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos com conseqüente invasão de tecidos e órgãos. Atualmente pode ser considerado um problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento como o Brasil e vem sendo o responsável por 13% de todas as causas de óbito no mundo.

O câncer bucal engloba os crescimentos teciduais que afetam os lábios e o interior da cavidade oral como gengiva, mucosa jugal, palato duro, língua e assoalho. As estimativas do INCA para o Brasil no ano de 2012 previam o surgimento de 14170 novos casos de câncer bucal, sendo que desses 9990 deveriam se manifestar em homens e 4180 em mulheres, o que corresponderia a 10 novos casos a cada 100 mil homens e a quatro a cada 100 mil mulheres, ocupando na região sudeste a quinta posição entre os mais comuns para o sexo masculino e a nona para o sexo feminino (INCA, 2013).

De acordo com Neville *et al.* (2004) os homens de cor branca e com idade superior a 65 anos possuem maiores chances de desenvolver a doença, sendo que a proporção entre homens e mulheres afetados é de 3:1. Ainda segundo esse autor, o carcinoma de células escamosas é o mais comumente encontrado na cavidade oral, correspondendo a 94% de todos os tumores e sua origem é multifatorial. Dentre os agentes causadores estão o consumo das diversas formas de tabaco, especialmente quando associadas ao uso de álcool, além dos fenóis, radiação, alimentação carente de vitaminas e nutrientes, infecção por cândida e vírus oncogênicos como o HPV. Atualmente vem-se relatando a influência da má higienização e uso de drogas como a maconha (ZHANG *et al.*, 1999).

O estágio de evolução da doença ou grau de estadiamento – Sistema Metástase-Tumor-Nodo (TNM) – influencia diretamente o prognóstico e índice de sobrevida de cada paciente. O diagnóstico precoce visa à detecção de lesões em seus estágios iniciais - Estágio I - aumentando as taxas de sobrevida dos pacientes,

suas chances de cura e diminuindo os índices de recidiva quando comparado às lesões nos estágios mais avançados - Estágio IV (NEVILLE *et al.*, 2004).

A boca é considerada um local de fácil acesso tanto para os cirurgiões-dentistas (CD) quanto para o próprio paciente verificar alterações suspeitas de câncer através da realização do autoexame (QUIRINO *et al.*, 2006). Porém, a população não é esclarecida e negligencia os sinais e sintomas (CIMARDI; FERNANDES, 2009).

Dados do programa Brasil Sorridente mostram que há um aumento no número de equipes de saúde bucal (ESB) implantadas em conjunto com as equipes de saúde da família (ESF). Esse fato leva a um consequente aumento do número de pessoas com acesso ao consultório odontológico, dando ao CD um papel de fundamental importância na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal.

O município de Rubim possui três equipes de saúde bucal em funcionamento e não possui nenhum programa de prevenção, busca ativa e avaliação de usuários expostos aos fatores de risco para o câncer bucal. Nos últimos três anos houve a confirmação diagnóstica de quatro casos de câncer bucal em fase avançada e que só chegaram ao conhecimento dos profissionais por já estarem causando algum tipo de desconforto ao paciente, levando ao óbito três dos quatro usuários acometidos.

De acordo com os dados apresentados acima, resolveu-se pela elaboração de um plano de intervenção com a proposta de criação de projetos e ações voltados para a prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, em especial pelo repasse de informações aos usuários quanto aos fatores de risco, agentes etiológicos, a importância da realização do autoexame e das visitas regulares ao CD. Também há a necessidade de buscar a capacitação dos profissionais envolvidos no reconhecimento das condições cancerizáveis, realização de biópsia e encaminhamento responsável.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) a incidência de câncer vem crescendo no Brasil e no mundo, acompanhando o envelhecimento da população.

Atualmente o câncer de boca no Brasil ocupa a 5ª. posição entre os mais comuns que afetam o sexo masculino e a 7ª posição no sexo feminino causando anualmente, a morte de 4891 pessoas sendo 3882 homens e 1009 mulheres.

O município de Rubim teve até hoje um número pequeno de diagnósticos de câncer bucal. Porém, os poucos casos diagnosticados apresentavam-se em estágios avançados de desenvolvimento o que evidencia as dificuldades encontradas pelas três equipes de saúde bucal no planejamento e execução de ações que visem o reconhecimento das condições cancerizáveis e atuem preventivamente.

Com isso, justifica-se a elaboração de um plano de ação que vise o reconhecimento precoce das condições cancerizáveis através da busca ativa e avaliação periódica dos usuários, bem como a introdução de programas para esclarecimento da população em relação aos diversos fatores etiológicos, formas de proteção, formas de tratamento, sintomas e na importância de se realizar o autoexame bucal.

3 OBJETIVOS

3.1 - Objetivo Geral

Obter conhecimento suficiente para o diagnóstico precoce do câncer bucal nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Rubim/MG.

3.2- Objetivos Específicos

- Criar ações que visem à avaliação periódica dos usuários pertencentes aos grupos de risco da área de abrangência das ESF.
- Sensibilizar os Cirurgiões-dentistas (CD) do município quanto à necessidade da realização de avaliações periódicas e de biópsias dos usuários de grupos de risco.
- Sensibilizar a população quanto aos cuidados com a sua saúde bucal incluindo os principais agentes causais, a necessidade de realização periódica do autoexame bucal e de visitas regulares ao dentista.
- Propor a realização de cursos de educação permanente para os profissionais envolvidos.
- Propor o encaminhamento responsável dos pacientes com diagnóstico positivo para câncer bucal.

4 METODOLOGIA

Visando a fundamentação teórica necessária para o desenvolvimento do presente plano de ação, foi realizada uma busca junto a *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, *SciELO (Scientific Electronic Library Online)* e *Periódicos Capes*, por artigos publicados em língua portuguesa e inglesa, no período de 1999 a 2012 e que tivessem relação como o tema proposto, com a utilização dos seguintes descritores: câncer bucal, álcool, tabaco, fatores etiológicos.

Propôs-se a elaboração de um plano de ação para o enfrentamento do problema levantado pela equipe de saúde da família de acordo com os princípios propostos pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES) desenvolvido pelo Prof. Carlus Matus e estudado no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde. O PES visa a resolução dos problemas priorizados, a partir da análise da situação vivida por diversos atores sociais que juntos são capazes de pensar e elaborar soluções para alcançar os objetivos, não se esquecendo de sempre avaliar os resultados alcançados após sua implantação.

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) priorizou o problema do Câncer Bucal e seu alto índice de mortalidade no município de Rubim, elaborando um plano de ação.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Fatores de Risco

Zhang *et al.* (1999) investigaram através de um estudo caso-controle a relação entre o uso de maconha e o câncer bucal. Também avaliaram a influência de outros fatores de risco conhecidos como o tabagismo e o consumo de álcool. Foram avaliados 173 casos com diagnóstico patológico comprovado de carcinoma de células escamosas em cabeça e pescoço e sem tratamento prévio e 176 pacientes controle que não possuíam câncer, no período entre 1992 e 1994. Os dados epidemiológicos foram coletados através de um questionário estruturado que incluía história de tabagismo, consumo de álcool e uso de maconha, além de variáveis como idade, sexo, raça, escolaridade, consumo de álcool, número de cigarros consumidos por dia e anos de consumo, entre outros. Os resultados mostraram que 24 (13,9%) dos pacientes acometidos pelo câncer consumiam ou já tinham consumido maconha. Desse total 22 usuários também eram tabagistas com consumo médio de 20 cigarros por dia por um período de um a 20 anos. Os autores concluíram que o consumo de maconha pode aumentar o risco de desenvolvimento do câncer bucal e interagir com outros fatores de risco e possui uma forte dose-resposta padrão.

Zavras *et al.* (2001) realizaram um estudo caso-controle de Câncer de boca em Atenas – Grécia, com o objetivo de avaliar o tabagismo e o consumo de álcool como fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Foram avaliados 110 casos incidentes e 115 casos controles de base hospitalar, no período de novembro de 1995 a janeiro de 1998. Os resultados do estudo mostraram que o uso do tabaco e o consumo do álcool foram fatores de risco quando utilizados de forma independente ou combinada. Os autores também relataram a influência do tipo de bebida consumida com o aumento no risco de desenvolvimento de câncer bucal, em especial aquelas com quantidades maiores de etanol como o ouzo e tsipouro,

bebidas típicas locais. Os autores concluíram que o tabaco e o álcool são fatores que aumentam o risco para o desenvolvimento do câncer bucal.

Uobe *et al.* (2001) examinaram a prevalência do HPV em carcinomas de células escamosas orais em japoneses e chineses. Os espécimes orais foram obtidos através do Departamento de Cirurgia Oral e Maxilofacial da Faculdade de Estomatologia da Universidade da China e foram submetidos à análise para presença positiva ou negativa do vírus do HPV pelo teste de PCR. Os resultados mostraram que o HPV pôde ser detectado em células epiteliais e tumorais das lesões orais tanto na população japonesa quanto na chinesa. A partir desses resultados, os autores sugeriram que o vírus do HPV pode ser considerado um dos vários fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento do câncer bucal em japoneses e chineses.

Neville *et al.* (2004) em seu livro citam os diversos fatores extrínsecos e intrínsecos que podem ser responsáveis por causar a malignidade. Os fatores extrínsecos incluem os agentes externos como o fumo de tabaco, álcool, sífilis e os raios solares para os cânceres de vermelhidão de lábio. Os fatores intrínsecos incluem os estados sistêmicos como a desnutrição e a anemia e relatam que fator hereditário não parece ser importante na malignidade. O fumo de cachimbo e charuto acarreta um risco muito maior que o fumo de cigarros, aumentando o risco relativo para o desenvolvimento de malignidade. O álcool, apesar de não se ter provas definitivas de que seu uso sozinho é capaz de desenvolver um câncer bucal, seria um potencializador para outros fatores etiológicos, especialmente, para o tabaco. Outros fatores etiológicos também podem ser associados com o desenvolvimento de câncer bucal como a exposição aos fenóis, que aumentariam o risco para desenvolvimento de malignidade, assim como a radiação (irradiação x) que poderia provocar anormalidades no material cromossômico. A deficiência grave e crônica de ferro está associada a um risco elevado de carcinoma de células escamosas por ser essencial para o funcionamento normal das células epiteliais do trato digestivo superior. A deficiência de vitamina A produz uma ceratinização excessiva da pele e das membranas e sua presença em quantidades adequadas na dieta pode proteger ou prevenir as lesões cancerígenas. A infecção por Cándida pode produzir lesões hiperkeratóticas no dorso da língua que podem ter o potencial de promover o desenvolvimento de câncer bucal. Os vírus oncogênicos como o

HPV, podem ser considerados como fatores de risco por comandarem a habilidade do hospedeiro para regular o crescimento normal e a proliferação das células infectadas, facilitando a transformação maligna. A imunossupressão do hospedeiro também pode ser considerada como um fator de risco, uma vez que as células não são reconhecidas e destruídas em um estágio inicial. Os Oncogenes, uma vez ativados podem estimular a produção de uma quantidade excessiva de material genético, estando envolvidos na iniciação e progressão de tumores e os genes supressores de tumor como o p53, pRb e E-caderinas permitem indiretamente a formação dos tumores quando se tornam inativos ou sofrem mutação. Os autores puderam concluir que o carcinoma de células escamosas é multifatorial sendo necessário mais de um fator para produzir a malignidade.

Melo *et al.* (2005) em um estudo observacional transversal quantitativo, investigaram a importância da família no início das atitudes consideradas como fatores de risco para as neoplasias bucais. Participou do estudo um total de 32 mulheres portadoras de câncer bucal e atendidas no Hospital de Câncer de Pernambuco no período de fevereiro a abril de 2004. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário e de uma entrevista semidirigida. Os resultados mostraram que as participantes possuíam idade média de 58 anos, 87% eram casadas ou mantinham uma união estável, 40% tinham seis ou mais filhos, 90% eram católicas, 46,9% eram agricultoras, 62,5% referiram nunca ter estudado, 62,5% vivem em zona rural e 65,6% são de famílias que vivem com até um salário mínimo mensal. Em relação ao tabagismo, 70% das participantes eram tabagistas e destas, 77% tinham iniciado o uso do tabaco ainda na infância com os pais (54,4%). Entre as participantes 96,6% possuíam em seu grupo familiar outros fumantes. Quanto ao etilismo, 18,8% das participantes faziam uso de bebida alcoólica e 37,5% eram ex-etilistas. Destas, 16,7% começaram a beber na infância com influência dos pais e 88,4% possuíam outras pessoas do grupo familiar que também eram etilistas. Os autores puderam concluir que os padrões familiares interferiram nos hábitos de tabagismo e etilismo pela imitação ou repetição de hábitos de parentes.

Ogden (2005) descreve as formas de atuação do álcool sobre a mucosa oral e sua associação com o uso de tabaco na etiologia dos carcinomas. De acordo com os estudos do autor, o álcool atua sobre as células do indivíduo diminuindo o tamanho de seus citoplasmas e alterando conseqüentemente os perfis de DNA.

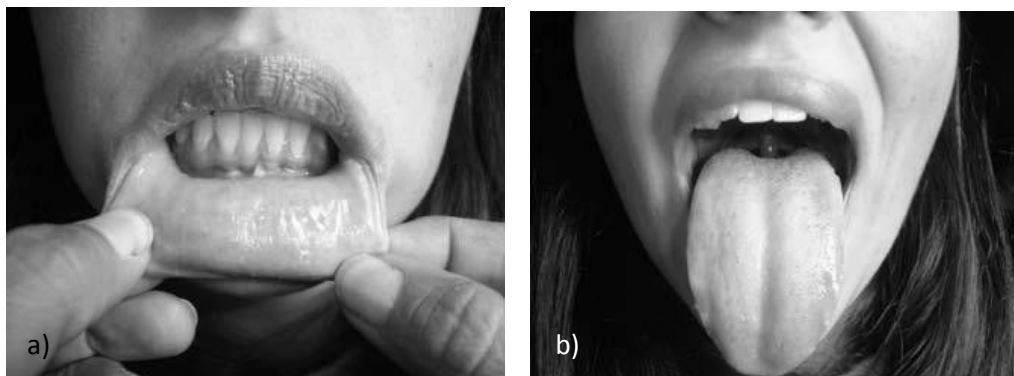
Outra forma de atuação do álcool sobre a mucosa seria pela alteração da permeabilidade da mucosa oral. Essa alteração da permeabilidade da mucosa seria maior com o aumento da concentração de álcool e da associação com o tabaco. O uso exagerado de álcool pode ainda interferir nos processos de transporte de membrana microcelular, através da redução do número de endocitoses das células. O autor conclui que são necessários mais estudos para confirmar suas afirmações.

Rezende *et al.* (2008) verificaram, através de um estudo transversal e prospectivo, a associação entre hábitos de higiene oral, doença periodontal e câncer bucal e da orofaringe. Foram incluídos no estudo 50 pacientes com carcinoma espinocelular de boca e faringe, sem intervenção terapêutica, comparados com 50 pacientes pareados por idade e gênero, sem câncer. Ambos os grupos de pacientes foram atendidos no período entre fevereiro de 2003 a janeiro de 2004. Informações clínicas foram obtidas através de anamnese e exame clínico da boca com aferição das condições dando-se ênfase nos sinais de doença periodontal e cárie. O estado de saúde dentário foi determinado pelo índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) e a presença de doença periodontal pelo índice das necessidades de tratamento periodontal da comunidade (INTPC). Os resultados demonstraram evidências de doença periodontal avançada nos pacientes portadores de câncer de boca e orofaringe onde 76% dos pacientes apresentavam bolsas periodontais com mais de seis mm de profundidade. Não foram observadas diferenças significativas entre o índice CPOD e os hábitos de higiene bucal. Os autores concluíram que houve uma associação entre a presença de doença periodontal mais severa nos portadores de câncer sem alterações relacionadas aos hábitos de higiene bucal e condição dentária.

Prado e Passarelli (2009), em um trabalho de revisão de literatura, citam oito itens que seriam de fundamental importância para o cirurgião-dentista (CD) no aconselhamento de pacientes e para o diagnóstico do câncer bucal. A partir desses itens, o CD teria condições de orientar seus pacientes, além de reconhecer e conseqüentemente diagnosticar precocemente o câncer bucal com o encaminhamento responsável ao médico oncologista, favorecendo o prognóstico. Citam os fatores de risco que deveriam ser identificados e eliminados como o tabaco - por causar ressecamento da mucosa oral, aumento da camada de queratina e por produzir trauma térmico-mecânico - e o álcool, cujo contato de forma crônica com a

mucosa bucal agiria como um solvente, diminuindo a velocidade de reação do organismo e produzindo injúria celular. Relatam a importância da manutenção de uma dieta rica em nutrientes, especialmente em vitamina A, aconselham sobre o uso de proteção contra exposição solar, cuja radiação ultravioleta (UV) é capaz de causar danos celulares ao epitélio e tecido conjuntivo subjacente, e sobre a imunodeficiência, em especial pela presença do vírus HPV. Alertam sobre a importância do acompanhamento e biópsia de lesões precancerizáveis que aliadas aos fatores de risco aumentam as chances de se transformarem em Carcinoma *in situ* e outros tipos de carcinomas malignos. Relatam ainda a importância da adequação do meio bucal, removendo agentes irritantes e infecciosos à mucosa oral e orientam sobre a realização do autoexame bucal. Esse deve ser realizado em frente ao espelho e em local bem iluminado, após remoção de próteses. O paciente deve observar os lábios inferiores e os superiores, mucosa jugal, dorso, ventre e bordas laterais da língua, assoalho bucal, palato e tonsilas a procura de manchas brancas ou avermelhadas, feridas que não cicatrizam úlceras e outros. Os autores puderam concluir que os fatores de risco associados podem aumentar as possibilidades de desenvolvimento do câncer bucal e que por ter maior contato com os pacientes, o CD deve estar apto para diagnosticar e preveni-lo.

Figura 1- Autoexame Bucal





Legenda: a) auto exame começando pela vista interna do lábio inferior, b) dorso de língua, c) tracionamento da mucosa jugal para a direita, d) para a esquerda, e) borda de língua tracionada para o lado direito, f) para o lado esquerdo, g) vista do soalho bucal e carúncula sublingual e h) vista do palato duro e palato mole, tonsilas e região posterior da boca.

Fonte: Prado e Passarelli (2009, p.81-83).

5.2 Perfil Epidemiológico

Dedivitis *et al.* (2004) analisaram prontuários clínicos de pacientes com carcinoma espinocelular de boca (CEC) e faringe do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Ana Costa e da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do município de Santos – SP, com o intuito de caracterizar esses pacientes. Ao todo foram arrolados 43 casos de CEC e 25 de orofaringe. Dos pacientes com CEC 77% eram do sexo masculino, aposentados e com idade média entre 62 anos. Desses, 90,7% eram caucasianos, 81% tinham sido encaminhados para tratamento por médicos e outros 14% por cirurgiões-dentistas. Entre os pacientes 35% eram fumantes e 74% eram etilistas. O local mais comum de acometimento das lesões foi a língua (51,1%) seguida pelo assoalho bucal (25,5%). Quanto ao grau de estadiamento do tumor 32,5% encontravam-se no estágio II seguidos pelo estágio III (25,5%). Quanto ao grau de diferenciação histológica 72,1% apresentavam tumor moderadamente diferenciado. A sobrevida dos pacientes variou de 2 a 92 meses. Em relação aos pacientes com lesão na orofaringe 92% eram do sexo masculino, aposentados e com idade média de 58 anos. Desses, 92% eram caucasianos e 92% foram encaminhados por médicos e outros 4% por dentistas. Entre os pacientes 48% eram fumantes e 80% eram etilistas. O local mais comum de acometimento foi a tonsila palatina (76%) e a base de língua (20%). Quanto ao grau de estadiamento 56% encontravam-se no estágio IV e já quanto ao grau de diferenciação histológica 84% possuíam lesão moderadamente diferenciada. A sobrevida dos pacientes variou de um a 40 meses. Os autores concluíram que há pouca atuação do CD no diagnóstico e encaminhamento dos pacientes com câncer e enfatizam a importância do diagnóstico precoce.

Teixeira *et al.* (2009) identificaram o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de carcinoma espinocelular de boca, atendidos na Santa Casa de Misericórdia do município de Fortaleza - CE, no período de 1999 a 2005. De um total de 225 casos, 69,2% eram do sexo masculino, com idade média de 60 anos. Os outros 30,8% referiam-se a pacientes do sexo feminino, cuja idade média foi de 65 anos. O assoalho de boca foi o local mais acometido (22,7%) seguido pela língua (21,8%). Quanto ao grau de estadiamento clínico da lesão, verificou-se que 41,3% dos casos já se encontravam no estágio IV. Em relação ao estadiamento patológico,

40% dos casos possuíam metástases regionais e o tamanho do tumor que prevaleceu (40%) foi o pT2. Entre os casos 57,2% dos casos foram tratados com cirurgia aliada a radioterapia. Os autores concluíram que os pacientes do presente estudo chegavam para tratamento com estadiamento clínico avançado ressaltando a importância da implantação de uma política de prevenção e controle do câncer oral.

Melo *et al.* (2010) em um estudo clínico avaliaram o perfil epidemiológico de pacientes diagnosticados com carcinoma bucal epidermóide em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia na cidade de Juiz de Fora - MG, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007. No estudo foram verificados 101 prontuários médicos selecionando e avaliando variáveis sociodemográficas como gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade e profissão. As variáveis referentes ao estilo de vida foram o consumo de álcool e tabaco além das variáveis relacionadas à lesão como sua localização e o grau de estadiamento. Os pacientes tinham idade variando entre 23 e 57 anos, com predomínio de homens trabalhadores braçais e com baixa escolaridade. Entre os pacientes 60% eram do sexo masculino e relataram fazer uso de bebidas alcoólicas e 67,1% de todos os pacientes utilizavam tabaco e outros 26% eram ex-fumantes. Quanto ao grau de estadiamento da lesão 31% eram T2 e 39,4% eram T4 e predomínio de casos N2. Quanto à localização das lesões os principais sítios foram a língua (32%) seguida pela orofaringe (18,5%) e assoalho de boca (12,4%). Os autores concluíram que o diagnóstico das lesões bucais foi tardio, influenciando o prognóstico desfavoravelmente.

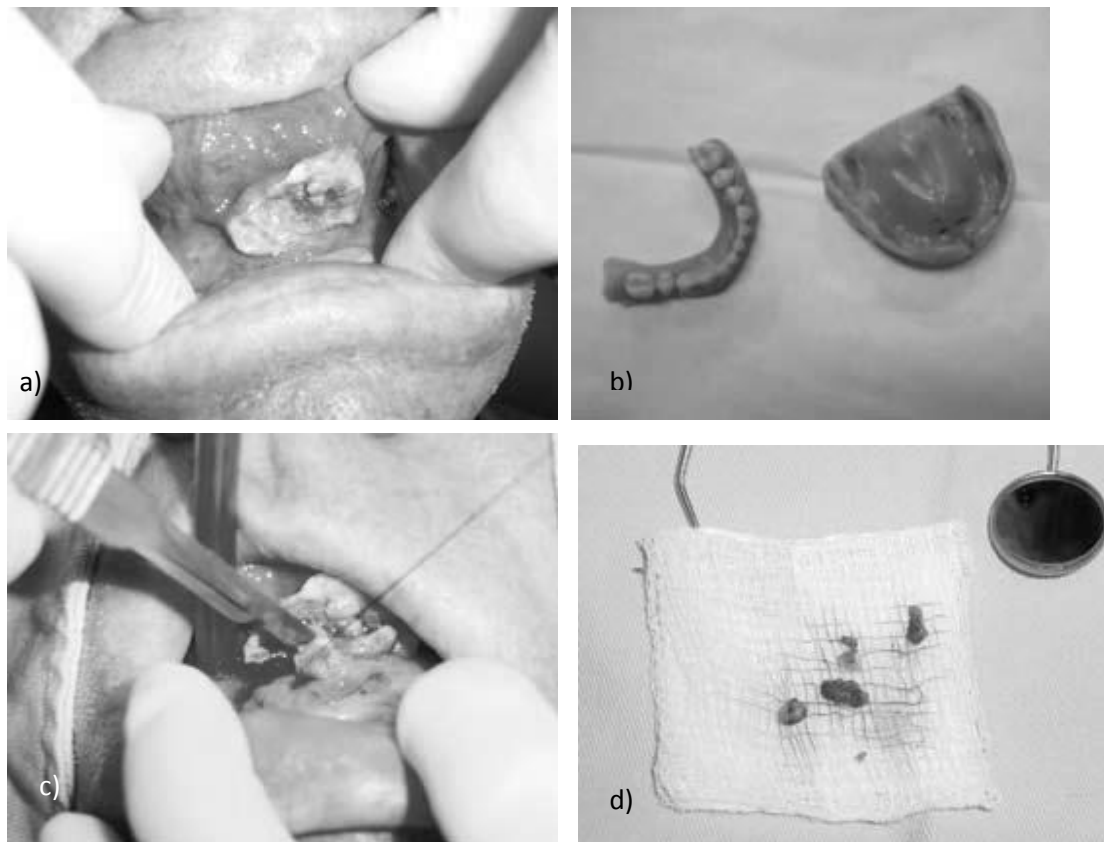
5.3 Diagnóstico Precoce

Antunes *et al.* (2007) relataram os resultados de uma campanha de prevenção e diagnóstico precoce de câncer bucal realizada no Estado de São Paulo no ano de 2004, em conjunto com a campanha anual de vacinação contra gripe para idosos. Os usuários preencheram um questionário com informações pessoais além de hábitos como etilismo e tabagismo. Aqueles que apresentaram lesões de tecidos moles foram encaminhados para exame nas unidades básicas de saúde, onde foram atendidos os encaminhados para serviços de referência. O total de usuários avaliados correspondeu a 6,8% da população na faixa etária de 60 anos ou mais. Desse total 5280 pessoas (8,5%) foram encaminhados para elucidação diagnóstica,

tendo sido identificadas cerca de 511 lesões suspeitas de malignidade. Desse total de usuários encaminhados 45,8% tiveram seu problema resolvido no nível primário de atenção pela adoção de diversas condutas clínicas como a realização de biópsias, tratamento cirúrgico ou medicamentoso, entre outros. Outros 14,7% tiveram supostamente encaminhamento adequado e 26 usuários (0,5%) tiveram diagnóstico confirmado de câncer bucal, sendo que a metade foi diagnosticada nos serviços de atenção primária e a outra metade nos serviços de referência. Apenas um usuário (3,8%) não iniciou o tratamento no mesmo ano. Um total de 1070 pessoas (20,2%) não compareceram as unidades para elucidação diagnóstica e dos que compareceram 875 pessoas (20,7%) não tiveram seguimento no tratamento. Os autores concluíram que a pesquisa indicou insuficiente resolutividade do rastreamento de câncer bucal associada à campanha de vacinação de idosos.

De Carli *et al.* (2010) descreveram um caso clínico de carcinoma espinocelular em um paciente do sexo masculino com 54 anos de idade, usuário de próteses totais (PT), etilista e tabagista há 20 anos e enfatizaram seu protocolo de diagnóstico. Ao realizar o exame clínico bucal, os autores detectaram a presença de uma lesão ulcerada de bordos endurecidos e leito necrótico, com aproximadamente cinco cm em seu maior diâmetro, localizada no assoalho de boca, estendendo-se até a face inferior da língua. Havia enfartamento ganglionar sublingual e submandibular. Foram levantadas as hipóteses diagnósticas de carcinoma espinocelular e paracoccidiodomicose, sendo realizada biópsia incisional para confirmação. O diagnóstico histopatológico foi de Carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado – grau II. O paciente foi encaminhado para tratamento cirúrgico e radioterápico. Os autores concluíram que é imprescindível a realização de biópsia incisional e análise histopatológica para o correto encaminhamento do paciente.

Figura 2- Aspecto clínico da lesão, próteses utilizadas e o tratamento realizado.



Legenda: a) aspecto clínico da lesão em assoalho bucal e face inferior da língua; b) próteses totais utilizadas pelo paciente a mais de 15 anos; c) realização de biópsia incisional e d) os espécimes teciduais removidos.

Fonte: De Carli *et al.* (2010, p. 69-70).

Sassi *et al.* (2010) descreveram um caso clínico de um carcinoma espinocelular em um paciente jovem de 21 anos de idade, tabagista e usuário de maconha. Ao exame físico extraoral o paciente apresentava grande perda de peso e deformidade na região cervicofacial. Ao exame clínico intrabucal, o mesmo apresentava extensa lesão infiltrativa na boca, com destruição do rebordo alveolar e lábio inferior, partes da mandíbula, região mentoniana e cervical superior. A lesão apresentava-se ulcerada e havia presença de fístula salivar e trismo. Foram realizados exames de imagem complementares como a radiografia panorâmica e a tomografia computadorizada que evidenciaram extensa lesão expansiva com envolvimento e destruição de diversos tecidos. Foi realizada biópsia incisional e o

exame histopatológico confirmou a hipótese diagnóstica de carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado e invasor. O paciente foi encaminhado para tratamento quimio e radioterápico combinados. O mesmo abandonou o tratamento e evoluiu para óbito. Os autores concluíram que deve-se ressaltar a importância do diagnóstico precoce de lesões de câncer e o aumento de campanhas preventivas envolvendo os jovens e usuários de drogas.

Figura 3 - Exame clínico extraoral e radiográfico do paciente.



Legenda: a) aspecto clínico inicial do paciente e b) aspecto radiográfico inicial mostrando grande destruição óssea.

Fonte: Sassi *et al.* (2010, p. 107-108).

França *et al.* (2010) descreveram os resultados clínicos obtidos com o programa de diagnóstico e prevenção do câncer de boca da Univag no Estado do Mato Grosso. O programa consistia na realização de palestras e avaliação bucal de

usuários por alunos de graduação em Odontologia da referida Universidade. Os usuários preenchiam um questionário com suas informações pessoais e hábitos de etilismo e tabagismo, exame odontológico de cárie e necessidade de prótese e exame visual para detecção de lesões na cavidade oral e aqueles que apresentavam lesões eram encaminhados à clínica da Faculdade ou para serviços de referência. Durante os cinco anos de funcionamento do programa foram examinados 2573 pacientes e realizadas 249 biópsias e 73 citologias, tendo diagnosticado 13 casos de câncer bucal. Os autores concluíram que a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal são essenciais e sugerem a implantação de programas de prevenção e diagnóstico em outros serviços de saúde.

Scheufen *et al.* (2011) em um estudo clínico avaliaram a eficácia e viabilidade do diagnóstico de câncer bucal através do exame de pacientes assintomáticos pertencentes a grupos de risco para a doença. Foram identificadas as populações com maior concentração de fumantes e etilistas em diversos setores da sociedade como hospitais, grupos de apoio e igrejas. Nesses locais foram realizadas aulas expositivas com informações sobre tabaco, álcool, câncer bucal e discutida a importância da realização do autoexame bucal e manutenção de boa higiene oral. Após as palestras realizava-se o exame bucal dos presentes. Aqueles que apresentavam alterações da mucosa eram encaminhados à Faculdade de Odontologia da USP para realização de exame citopatológico ou biópsia. Foram avaliadas 509 pessoas sendo 215 (42,2%) homens e destes 59,7% eram brancos e com idade média de 49 anos. Dos 131 pacientes que foram encaminhados para a Faculdade apenas 48 (38,7%) compareceram à consulta sendo que destes em 11(22,9%) pacientes foi realizada biópsia e em 16 (33,3%) foi realizada citologia esfoliativa. Os dados obtidos com a biópsia foram diversos com maioria de resultados para hiperqueratose e hiperplasia e detecção de um caso de adenocarcinoma e um caso de carcinoma epidermóide. Na citologia esfoliativa cinco pacientes foram classificados como grau I e II de Papanicolau. Os autores concluíram que a estratégia adotada no estudo foi eficaz na detecção de lesões fundamentais em grupos de risco.

5.4 Conhecimento da população sobre Câncer Bucal

Souza *et al.* (2012) avaliaram o nível de informação sobre o câncer bucal em um grupo de horticultores de Teresina – PI, bem como suas atitudes e medidas preventivas aos fatores etiológicos. A pesquisa foi realizada em seis hortas comunitárias que englobavam cerca de 265 famílias. Foi entrevistado um membro de cada família, totalizando 265 indivíduos. Foi aplicado um formulário a 111 horticultores contendo perguntas relativas ao seu perfil sócio demográfico, conhecimento e adoção de medidas de prevenção aos fatores etiológicos do câncer bucal aos quais estavam expostos. Os resultados mostraram que a maioria dos horticultores era de cor parda (52,3%), do gênero feminino (59,5%) e possuíam baixa escolaridade (75,6%) e baixa renda (72%). Entre os horticultores 83,8% já tinham ouvido falar sobre câncer bucal, 81,9% utilizavam algum método de proteção contra o sol, 7,2% relataram realizar o autoexame da boca, 34,2% relataram ter ido ao dentista há mais de cinco anos e desses 44,1% procuraram por motivo de dor. Os autores concluíram que a maioria dos entrevistados já tinha ouvido falar em câncer bucal, mas apresentavam um conhecimento superficial e fragmentado.

5.5 Conhecimento e conduta clínica dos profissionais

Martins *et al.* (2008) avaliaram o conhecimento de alunos de graduação em Odontologia de diferentes períodos sobre câncer bucal. Os questionários foram aplicados a 148 alunos contendo perguntas quanto ao aspecto clínico do câncer bucal, seus fatores etiológicos, estágio de diagnóstico e quanto ao interesse dos alunos no assunto. Os resultados mostraram que os alunos do 1º. e 2º. ano realizam menos o exame para detecção do câncer e tem menor índice de acerto das perguntas. Os alunos do 3º. e 4º. ano apresentam maior nível de autoconfiança. Os autores concluíram que o nível de conhecimento sobre câncer bucal foi maior nos alunos de 3º. E 4º. ano e que é necessária a realização de programas universitários de prevenção do câncer bucal.

Melo *et al.* (2008) identificaram o nível de informação e o comportamento preventivo adotado pelos cirurgiões-dentistas do Programa de Saúde da Família

(PSF) de Aracaju/SE sobre câncer bucal. Participaram do estudo um total de 47 dentistas que responderam a um questionário que abordava os dados pessoais e profissionais dos cirurgiões-dentistas, o seu nível de conhecimento sobre câncer bucal e o seu comportamento preventivo. Entre os profissionais 40% sabiam dizer qual o carcinoma mais comumente encontrado na cavidade oral, 44,7% sabiam os locais mais comuns de acometimento, 62,8% não sabiam dizer quais lesões cancerizáveis mais comumente encontradas, 39,3% não sabiam quais as principais apresentações clínicas, 31,2% não sabiam dizer os principais fatores de risco para o câncer bucal. Quanto ao comportamento preventivo dos cirurgiões-dentistas 61,7% afirmaram que perguntavam a seus pacientes sobre fatores de risco para o câncer bucal e 76,5% ensinavam o auto exame da cavidade bucal para seus usuários. Os autores concluíram que os cirurgiões-dentistas do município apresentaram médio nível de informação e baixo nível de comportamento preventivo sobre o câncer bucal.

Cimardi e Fernandes (2009), em um estudo clínico, pesquisaram a prática e a conduta clínica dos profissionais da Odontologia sobre o câncer bucal. Foram enviados questionários via e-mail para cerca de 1600 CD devidamente inscritos no Conselho Regional de Odontologia de Santa Catarina (CRO-SC). As questões referiam-se às características dos CD participantes como gênero e tempo de formação, quanto à realização de exames pelo profissional em busca de lesões suspeitas de câncer de boca como rotina e qual a conduta adotada nos casos suspeitos e ainda qual o número de diagnósticos de câncer bucal realizados pelo mesmo durante seu tempo de exercício profissional. Houve um retorno de 19,7% (n=315) do total de questionários enviados. Deste total 72,73% dos profissionais realizam exames para detecção do câncer bucal, 44,7% encaminham esses pacientes para um especialista em estomatologia e 47,5% relatam nunca ter diagnosticado um caso de câncer bucal após sua formação. Os autores concluíram que exames em busca de lesões suspeitas são realizados, mas não há um diagnóstico frequente do câncer bucal.

Alvarenga *et al.* (2012) avaliaram o conhecimento dos CD da cidade de Lavras/MG sobre o câncer bucal. Foram distribuídos 224 questionários aos CD em seus consultórios e recolhidos após uma semana. As questões abordadas referiam-se ao conhecimento das características clínicas e fatores de risco do câncer, além

do interesse do profissional em relação à doença. Os CD seriam classificados em conceitos de acordo com o total de pontos obtidos sendo que o conceito A referia-se a um total entre nove e 10 pontos e o conceito D, para notas inferiores a 4,99 pontos, que seria considerado insatisfatório. Um total de 74 (33,03%) questionários foram devolvidos. Os resultados mostraram que 89,2% dos CD relataram realizar o exame bucal para diagnóstico de lesões suspeitas. Desses 4% encaixaram-se no conceito A, 16,3% no conceito B e 12,2% nos conceitos C e D. Os autores concluíram que há necessidade de conscientização e treinamento dos CD para a prevenção e detecção precoce do câncer bucal.

5.6 Principais tipos de tratamentos realizados e prognóstico

Costa e Migliorati (2001), em um estudo clínico, avaliaram o serviço de atendimento a pacientes portadores de câncer bucal da Faculdade de Odontologia da USP (FOUSP). Foram entrevistados 15 pacientes com lesões malignas na cavidade bucal que foram encaminhados para diagnóstico e tratamento na disciplina de Semiologia da referida faculdade. O questionário abordava questões como o tempo de detecção da lesão, a presença de sinais ou sintomas, quantos profissionais tinham sido consultados até o encaminhamento e quais os procedimentos que haviam sido realizados. Os resultados mostraram que houve demora no início do tratamento após o diagnóstico, que os pacientes não procuraram diretamente a Faculdade e foram examinados por mais de um profissional da área da saúde até serem encaminhados à Faculdade de odontologia da Universidade de São Paulo. Os autores concluíram que o serviço público de diagnóstico e tratamento dos pacientes da FOUSP deve ser reavaliado.

Freitas *et al.* (2011) relataram, a partir de uma revisão de literatura, questões pertinentes às sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço e a importância desse conhecimento pelo cirurgião-dentista como forma de proporcionar melhores condições de vida ao paciente com câncer. Um tipo comum de tratamento é a radioterapia, que consiste na aplicação de doses terapêuticas de radiação ionizante que atuando sobre o DNA células leva a incapacidade de proliferação ou sua morte. Esse tipo de tratamento pode apresentar efeitos indesejáveis como a xerostomia que leva o paciente a queixar-se de desconforto bucal, perda do paladar

e dificuldades na fala e deglutição. Outro efeito indesejado trata-se do favorecimento da ocorrência de osteorradionecrose sendo importante a realização de uma avaliação odontológica pré-radioterápica, com o levantamento das necessidades do paciente e tratamento prévio. A complicação oral mais comumente encontrada em pacientes em tratamento radioterápico trata-se da mucosite oral levando a sinais e sintomas como dor, desconforto e queimação da mucosa que podem ser exacerbados em contato com alimentos duros e muito temperados, interferindo nas condições nutricionais dos pacientes. Outra consequência do tratamento radioterápico trata-se da candidose que é causada por patógeno oportunista e que pode ser exacerbada pela redução do fluxo salivar. Os autores concluíram que o tratamento radioterápico de pacientes com câncer pode provocar efeitos indesejáveis no organismo e que o CD tem papel fundamental na detecção e abordagem dessas sequelas.

5.7 Prognóstico e Sobrevida dos Pacientes

Oliveira *et al.* (2006), em um estudo retrospectivo, avaliaram o perfil epidemiológico, os fatores de risco, parâmetros de sobrevida de pacientes diagnosticados com carcinoma epidermóide oral no Hospital das Clínicas da faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, e os fatores implicados no diagnóstico precoce e no prognóstico da doença. Os dados do trabalho foram obtidos a partir dos prontuários clínicos e a sobrevida global foi calculada a partir do início do tratamento até o último seguimento ou óbito do paciente. Os resultados mostraram que 84,4% dos pacientes eram do sexo masculino, com idade média de 60 anos e com predominância das lesões que acometiam a língua (27,9%) e o assoalho bucal (27,1%). 18,5% dos pacientes relataram ser tabagistas, 1,5% relataram ser etilistas e 68,5% relataram ser etilistas e tabagistas. O tempo médio para procura de tratamento foi de 13 meses. A taxa de sobrevida global em cinco anos foi de apenas 24%. Os pacientes sem recidivas ou metástases tiveram sobrevida maior do que aqueles que as apresentavam e do que os pacientes mais idosos. Os autores concluíram que os baixos índices de sobrevida refletem a necessidade de uma maior atenção ao câncer bucal.

Honorato *et al.* (2009) analisaram a possível associação entre os fatores de risco e prognósticos com a sobrevida do carcinoma de células escamosas (CCE) de boca. O grupo analisado constituiu-se de 320 indivíduos que foram avaliados e diagnosticados com CCE no período de primeiro de janeiro a 31 de dezembro de 1999 no INCA no Rio de Janeiro/RJ. A partir da análise dos prontuários foram obtidos dados sócio demográficos como idade, sexo, raça e comportamentais como etilismo e tabagismo. Também foram obtidos dados clínico-patológicos como estadiamento clínico, gradação histopatológica, localização e tratamento. A taxa de sobrevida global foi calculada a partir da data do diagnóstico histopatológico e de acordo com as consultas de acompanhamento clínico registradas no prontuário. Os resultados obtidos mostraram que 79,4% da amostra estudada correspondiam à pacientes do sexo masculino com idade média de 57 anos, da raça branca (47%) e o sítio anatômico mais afetado foi a língua. Entre os pacientes 53,6% foram tratados exclusivamente com radioterapia e outros 33,7% tiveram associação de tratamentos como cirurgia e radioterapia e/ou quimioterapia. O tempo médio entre o diagnóstico da doença e o início do tratamento foi de 2,6 meses. O estadiamento clínico demonstrou associação significativa com a raça, com a localização em mucosa jugal, gengiva inferior e palato duro, onde foi mais comum lesões com o estadiamento III ou IV. A gradação histológica teve associação com o etilismo, sendo mais comum a observação de tumores bem e moderadamente diferenciados nessa amostra. O óbito demonstrou associação com a raça, com a localização em gengiva inferior e com o tipo de tratamento realizado. A média do tempo de acompanhamento foi de 29,5 meses e ao final do período de estudo 56,9% dos pacientes evoluíram para óbito. Os pacientes diagnosticados em estágio avançado possuem pior sobrevida global do que aqueles diagnosticados em estágio inicial. Os tumores de menor tamanho possuem melhor sobrevida. Os pacientes que apresentavam ao exame clínico, metástase em apenas um linfonodo obtiveram a melhor sobrevida. Os pacientes cujo tratamento foi a cirurgia exclusiva apresentaram melhor sobrevida global quando comparados com as outras formas de terapia. Os autores concluíram que as taxas de sobrevida permanecem baixas na população estudada e relataram a importância da realização de campanhas que visem o diagnóstico precoce, a conscientização da população sobre os fatores de risco e da importância da realização de inspeção periódica da cavidade oral.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Diagnóstico Situacional

O município de Rubim está localizado no baixo Jequitinhonha com população total de 9.919 habitantes, cuja principal fonte de renda trata-se da prestação de serviços, em especial para a Prefeitura e Estado e as atividades agropecuárias.

A ESF Bela Alvorada situa-se no Bairro Bela Vista, na zona urbana do município de Rubim/MG e responsabiliza-se pela população residente nesse bairro e ainda nos bairros Alvorada, Guaraná e parte do Centro da cidade. Responsabiliza-se também pelo Distrito de Itapiru, situado a cerca de 30 km da sede do município e demais zonas rurais do entorno que sofrem com a dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde, em especial nos períodos chuvosos do ano.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB 2013) a população total da ESF Bela Alvorada é de 2901 pessoas, sendo 955 famílias cadastradas e divididas em 08 micro-áreas.

Tabela 1- Número total de habitantes da ESF Bela Alvorada de acordo com a faixa etária e sexo.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
	Número	Número	
Menor de 1 ano	16	13	29
1 a 4 anos	81	49	130
5 a 6 anos	38	37	75
7 a 9 anos	65	46	111
10 a 14 anos	123	126	249
15 a 19 anos	143	124	267
20 a 39 anos	420	394	814
40 a 49 anos	178	200	378
50 a 59 anos	142	135	277
>60 anos	268	303	571
Total	1206	1695	2901

Fonte: SIAB (2013).

De acordo com dados do SIAB 2013 as residências da área de abrangência da ESF Bela Alvorada são de tijolo/adobe (96,44%) e contam com abastecimento público de água (78,32%), esgoto (67,54%), energia elétrica (92,89%), e coleta de lixo (64,61%). Quanto aos aspectos sócios demográficos há uma grande variação tanto nos níveis de escolaridade quanto a renda familiar, onde uma parcela da população vive exclusivamente com o dinheiro de benefícios sociais e aposentadorias. Cerca de 299 chefes de família são analfabetos e 51 famílias têm renda per capita inferior a 60,00 reais.

É pequeno o número de pessoas que trabalham com carteira assinada, vivendo na informalidade, ou recebendo salários bem abaixo do mínimo. O principal órgão empregador é a prefeitura municipal, o emprego doméstico e as fazendas que oferecem maior chance de empregos para os homens, por se tratar de trabalho braçal. Essa falta de disponibilidade de emprego é motivo de grande êxodo da população para cidades de maior porte, como Belo Horizonte e São Paulo e pode ser uma das causas dos altos índices de uso de drogas, alcoolismo e prostituição, pois a população não possui chances de crescimento profissional e pessoal.

Os principais problemas/doenças existentes na área de abrangência da ESF Bela Alvorada são a hipertensão arterial com 516 usuários – correspondendo a 17,78% da população adscrita, quando a média do país é de 23,3%, seguido pela *diabetes mellitus* com 67 usuários representando 2,30% da população – média nacional é de 3,6%. Quanto aos problemas relacionados à saúde bucal, pode-se identificar o alto número de cárie dentária, doença periodontal, necessidade de colocação de próteses parciais e totais e a presença mesmo que em pequeno número de usuários com Câncer Bucal.

Tabela 2 - Morbidade referida, na área de abrangência da ESF Bela Alvorada, município de Rubim, no ano de 2013.

Morbidade Referida	0 a 14 anos	15 anos e mais	Total
Alcoolismo	0	25	25
Deficiência	1	64	65
Diabetes	0	67	67
Epilepsia	1	24	25
Hanseníase	0	1	1
Hipertensão	0	516	516

Fonte: SIAB (2013).

6.2 Definição dos Problemas

Como foi evidenciado anteriormente no diagnóstico situacional, os principais problemas encontrados na área de abrangência da comunidade foram:

- Hipertensão arterial;
- Diabetes;
- Doença mental;
- Câncer bucal;
- Desemprego;
- Alcoolismo;
- Cárie dentária.

6.3 Priorização dos Problemas

Quadro 1- Priorização dos problemas da ESF Bela Alvorada.

Priorização dos Problemas				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Câncer Bucal	Alta	1	Parcial	1
Hipertensão	Alta	3	Parcial	3
Diabetes	Alta	4	Parcial	4
Doença Mental	Alta	4	Parcial	5
Alcoolismo	Alta	6	Parcial	6
Cárie Dentária	Alta	2	Parcial	2
Desemprego	Alta	7	Fora	7

Fonte: Autoria Própria (2013).

Por entender que a saúde bucal é muitas vezes negligenciada pelos programas federais/estaduais de saúde pública não tendo um projeto específico, por viver as dificuldades de atuar na promoção/prevenção da saúde bucal na ESF e por acreditar que a mesma tem capacidade de reduzir consideravelmente os índices atuais de Câncer Bucal através do diagnóstico precoce, a equipe optou pelo Câncer Bucal como problema prioritário a ser enfrentado.

6.4 Como o Problema foi Identificado?

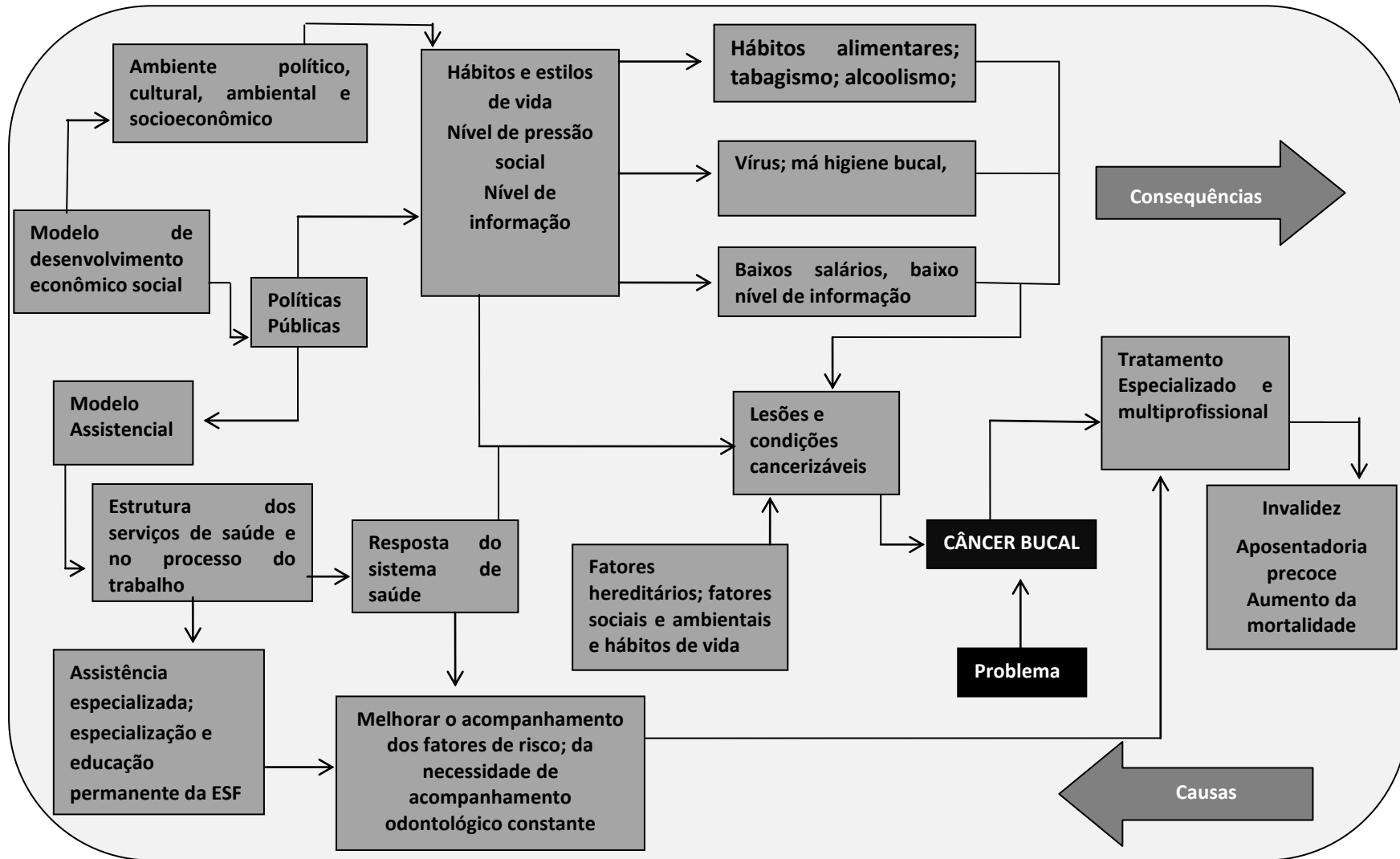
Devido à inexistência de registros oficiais no município, o problema priorizado não pôde ser identificado através das bases de dados. O câncer bucal só foi “visualizado” pelos profissionais após procura pelos usuários acometidos pelos serviços de saúde bucal por estarem sofrendo algum tipo de desconforto.

6.5 Descrição e Explicação do Problema

O câncer bucal possui implicações de grande alcance social, econômico e de direitos humanos por afetar pessoas de todas as idades e muitas delas em fase produtiva. Constitui-se assim, um grande desafio ao desenvolvimento cuja prevenção é a forma mais econômica e sustentável de reduzir o seu ônus em longo prazo. Por isso, torna-se essencial a criação de programas que promovam a adoção de estilos de vida saudáveis pela população, com a redução no consumo de tabaco, álcool, dieta pouco saudável e falta de exercício físico. Também se faz importante a tomada de consciência e educação da população quanto aos demais fatores de risco e ao reconhecimento dos sinais e sintomas, possibilitando um diagnóstico em tempo hábil, aumentando as chances de cura (INCA, 2013).

A equipe observa que há entre a população a ideia de que o câncer é uma sentença de morte, sendo considerado até então um assunto proibido. Os usuários têm medo do diagnóstico e muitas vezes não retornam às consultas quando há necessidade da realização de biópsia. Como já ocorrido no município, o problema quando não enfrentado precocemente pode levar ao óbito ou deixar grandes sequelas, incapacitando o usuário para o trabalho, além de afetar suas relações sociais.

Figura 4 – Organograma mostrando as causas e consequências do Câncer Bucal no município de Rubim/MG.



Fonte: Autoria Própria (2013).

6.6 Nós Críticos

- Falta de dados oficiais sobre a prevalência de câncer bucal no município;
- Hábitos e estilo de vida da comunidade:
 - ✓ Sedentarismo;
 - ✓ Alto consumo de álcool;
 - ✓ Tabagismo;
 - ✓ Dieta pouco nutritiva;
- Falta de conhecimento da comunidade sobre os fatores etiológicos;
- Necessidade de educação permanente dos profissionais envolvidos.

6.7 Desenho das Operações

Realizar um levantamento epidemiológico com o intuito de conhecer a realidade da área de abrangência da ESF Bela Alvorada para o câncer bucal, possibilitando a atuação sobre os fatores etiológicos passíveis de intervenção.

Quadro 2 – Recursos críticos para colocar em prática os projetos que visam o diagnóstico precoce do câncer bucal, no município de Rubim/MG.

Operação/Projeto	Recursos Críticos
“Melhor Idade”	<p>Político: articulação com a população correspondente a 3ª. idade, demais profissionais da saúde e secretaria municipal de saúde.</p> <p>Cognitivo: elaboração do projeto;</p> <p>Organizacional: organização da demanda e das atividades a serem desenvolvidas;</p> <p>Financeiro: para a aquisição de material educativo.</p>
“Adeus Cigarro”	<p>Político: articulação com a população tabagista, demais profissionais da saúde e secretaria municipal de saúde.</p> <p>Cognitivo: elaboração do projeto;</p>

	<p>Organizacional: adequação dos horários de atendimento, organização da demanda de atendimento e das atividades a serem desenvolvidas;</p> <p>Financeiro: para a aquisição de material.</p>
Melhor Trabalho	<p>Político: articulação com a população, demais profissionais da saúde e secretaria municipal de saúde.</p> <p>Cognitivo: elaboração do projeto;</p> <p>Organizacional: adequação dos horários de atendimento e da demanda de atendimento;</p> <p>Financeiro: para a aquisição de material.</p>

Fonte: Autoria Própria (2013).

Quadro 3- Análise da viabilidade dos projetos propostos para solucionar o problema de câncer bucal no município de Rubim/MG

Operação/ Projeto	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ação Estratégica
“Melhor Idade”	Político: articulação com a população correspondente a 3ª. idade, demais profissionais da saúde e secretaria municipal de saúde.	ESF	Favorável	Necessidade de incentivo a frequência e permanência dos idosos no grupo operativo.
	Cognitivo: elaboração do projeto.	ESF	Favorável	Não é necessária
	Organizacional: organização da demanda e das atividades a serem desenvolvidas.	ESF	Favorável	Não é necessária
	Financeiro: para a aquisição de material educativo.	SMS	Favorável	Não é necessária
“Adeus Cigarro”	Político: articulação com a população tabagista, demais profissionais da saúde e secretaria municipal de saúde.	ESF	Favorável	Necessidade de incentivo a participação da população tabagista no grupo operativo.
	Cognitivo: elaboração do projeto;	ESF	Favorável	Não é necessária

	Organizacional: adequação dos horários de atendimento, organização da demanda de atendimento e das atividades a serem desenvolvidas.	ESF	Favorável	Não é necessária
	Financeiro: para a aquisição de material.	SMS	Favorável	Não é necessária
“Melhor Trabalho”	Político: articulação com a população, demais profissionais da saúde e secretaria municipal de saúde.	ESF	Favorável	Não é Necessária
	Cognitivo: elaboração do projeto.	ESF	Favorável	Não é Necessária
	Organizacional: adequação dos horários de atendimento e da demanda de atendimento.	ESF	Favorável	Não é Necessária
	Financeiro: para a aquisição de material.	SMS	Favorável	Não é Necessária

Fonte: Autoria Própria (2013).

Quadro 4: Operação do Plano.

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
“Melhor Idade”	Realizar avaliação bucal para averiguação de condições cancerizáveis, leucoplasias, eritroplasias e encaminhamento responsável quando necessário.	Realização de palestras educativas na UBS ensinado a realizar o autoexame bucal, os principais fatores de risco e possibilidades de tratamento disponíveis;	Sensibilizar a população quanto à importância da realização do autoexame bucal.	ESF e Equipe de Saúde Bucal.	Imediato.

		aumentar as possibilidades de diagnóstico precoce do câncer bucal.			
“Adeus Cigarro”	Reduzir o número de tabagistas do município.	Criação de Grupo operativo com apoio da SMS e farmacêutico; realização de palestras educativas na UBS.	Sensibilizar a população para participação e frequência no grupo operativo, realizar parceria com farmacêutico municipal e com a SMS.	ESF e SMS	3 meses para início das atividades
“Melhor Trabalho”	Aumentar o tempo de trabalho extra consultório; aumentar o número de palestras realizadas anualmente; adequar o horário de trabalho aos projetos propostos; realizar o correto registro dos casos	Melhorar o atendimento curativo; aumentar o trabalho de promoção e prevenção ao câncer bucal.	Sensibilização de todos os funcionários da ESF e da população da área de abrangência.	ESF e Equipe de Saúde Bucal	3 meses para início das atividades

	confirmados.				
--	--------------	--	--	--	--

Fonte: Autoria Própria (2013).

6.8 Projeto “Melhor Idade”

6.8.1 - Descrição:

- ✓ Realizar avaliação de toda a cavidade oral da população com faixa etária igual ou superior a 60 anos de idade juntamente com a Campanha Nacional de Vacinação Contra Influenza;
- ✓ Realizar palestras na UBS para melhorar o nível de conhecimento da população idosa acerca dos principais fatores de risco para o câncer bucal, bem como da importância de se realizar o auto exame bucal;
- ✓ Fazer biópsia nos casos necessários e encaminhamento responsável para tratamento dos casos confirmados de câncer bucal, através de exame histopatológico.

6.8.2 - Produtos esperados:

- ✓ Melhorar o conhecimento da população acerca do câncer bucal;
- ✓ Melhoria no nível de autocuidado da população idosa;
- ✓ Aumentar o diagnóstico precoce do câncer bucal na área de abrangência da ESF.

6.9 Projeto “Adeus Cigarro!”

6.9.1 - Descrição:

- ✓ Realizar, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e com o farmacêutico municipal, grupo operativo como forma de apoio e incentivo a população para redução no consumo das diversas formas de tabaco até a extinção do hábito.

6.9.2 - Produtos esperados:

- ✓ Reduzir o número de fumantes do município;
- ✓ Melhorar o nível de conhecimento da população sobre os malefícios do cigarro e suas implicações nas condições de saúde geral e bucal;
- ✓ Incentivar o autocuidado da população tabagista.

6.10 Projeto “Melhor Trabalho”

6.10.1 - Descrição:

- ✓ Adequar o trabalho realizado normalmente na ESF aos projetos propostos;
- ✓ Melhorar a qualidade no atendimento realizado.

6.10.2 - Produtos esperados:

- ✓ Criar vínculo com toda a população, em especial a população mais idosa que não possui o hábito de consultar com frequência o dentista;
- ✓ Melhorar a qualidade e aumentar a frequência das atividades de promoção e prevenção ao câncer bucal;
- ✓ Realizar reuniões periódicas com os membros da ESF e SMS para propor novas ações e avaliação dos resultados obtidos com os projetos implantados.

7 DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS

Nenhuma outra área da saúde possui tanto foco na cavidade oral como a Odontologia, o que torna o cirurgião-dentista (CD) o principal responsável pela diminuição da incidência, morbidade e mortalidade do câncer bucal, bem como o diagnóstico precoce e repasse de informações para os pacientes (MELO *et al.*, 2008).

Os baixos níveis de conhecimento tanto de profissionais que já atuam nos serviços públicos de saúde como os de estudantes de Odontologia (MARTINS *et al.*, 2008; MELO *et al.*, 2008; CIMARDI e FERNANDES, 2009; ALVARENGA *et al.*, 2012) tornam o CD incapaz de executar um correto exame clínico para detecção de lesões bucais bem como de informar corretamente a população (MELO *et al.*, 2008), refletem a pouca atuação dos CD no diagnóstico e encaminhamento dos pacientes com câncer de boca para tratamento (DEDIVITIS *et al.*, 2004) e a deficiência no diagnóstico precoce destes tipos de cânceres (MELO *et al.*, 2010). Essa falta de conhecimento dos CD pode estar relacionada a formações acadêmicas mais voltadas para procedimentos cirúrgico-restauradores e pouco preocupadas com a habilitação de profissionais que sejam capazes de realizar promoção e prevenção em saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2009).

A falta de preparo dos profissionais envolvidos pode ser refletida também nos baixos níveis de conhecimento sobre o câncer bucal relatados pela população como nos estudos de Souza *et al.* (2012). Ao entrevistar uma população altamente exposta a fatores etiológicos como a exposição solar e hábitos de tabagismo e etilismo, os autores constataram que o nível de conhecimento variava de acordo com o grau de escolaridade e renda onde a maioria dos entrevistados já tinham ouvido falar sobre a doença, porém muitos desconheciam sua patologia e consideravam o câncer como uma doença transmissível cuja cura pode estar associada a uma vacina.

Para Melo *et al.* (2008) é imprescindível que o CD tenha conhecimento sobre o tipo histológico de câncer bucal mais prevalente, o perfil sócio demográfico da população mais acometida, os sítios anatômicos mais comuns, além das

características clínicas que devem ser investigadas durante a consulta, pois o não reconhecimentos de lesões pelo CD pode aumentar o tempo para o diagnóstico mesmo que o usuário frequente a ESF e o consultório odontológico diversas vezes durante o ano.

Diversos autores relatam a necessidade de estímulo a criação de programas que visem o diagnóstico precoce do câncer bucal, ações de promoção e prevenção em saúde (DEDIVITIS *et al.*, 2004; MELO *et al.*, 2008; HONORATO *et al.*, 2009; TEIXEIRA *et al.*, 2009; FRANÇA *et al.*, 2010; MELO *et al.*, 2010; SASSI *et al.*, 2010; SCHEUFEN *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2012) e o treinamento dos profissionais (DEDIVITIS *et al.*, 2004; MARTINS *et al.*, 2008; MELO *et al.*, 2010; ALVARENGA *et al.*, 2012) para a desmistificação da doença e redução da mortalidade (FRANÇA *et al.*, 2010), uma vez que a cavidade oral pode ser considerada como um local de fácil acesso ao exame físico (MELO *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2012). Antunes *et al.* (2007) propõem que os exames clínicos para detecção de lesões sejam realizados em conjunto com a Campanha Nacional de vacinação contra a gripe, sendo essa integração vista como um esforço suplementar do serviço de saúde, além de aproveitar o momento de interação com a população com idade superior ou igual a 60 anos e pelos recursos físicos e humanos que já são alocados.

Quanto aos aspectos epidemiológicos, de acordo com Neville *et al.* (2004) o câncer bucal acomete mais homens brancos, com faixa etária acima de 65 anos. Esses aspectos variam de acordo com os artigos pesquisados. Em relação ao gênero afetado há concordância pela predileção pelo sexo masculino (DEDIVITIS *et al.*, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2006; HONORATO *et al.*, 2009; TEIXEIRA *et al.*, 2009; MELO *et al.*, 2010). Há, porém uma grande variação na idade média da população acometida. Melo *et al.* (2010) obtiveram uma idade média de 56,5 anos. Já Dedivitis *et al.* (2004) encontraram uma idade média de 62 anos. Teixeira *et al.* (2009) encontraram ainda em sua amostra, uma pequena porcentagem de pacientes com idade inferior a 40 anos de idade. Essas diferenças nas médias de idade são importantes uma vez que por não serem faixas etárias comumente afetadas, podem ficar de fora de ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal.

As localizações anatômicas predominantes foram a língua (NEVILLE *et al.*, 2004; DEDIVITIS *et al.*, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2006; HONORATO *et al.*, 2009; MELO *et al.*, 2010) seguido pelo assoalho bucal (NEVILLE *et al.*, 2004; DEDIVITIS *et al.*, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2006; MELO *et al.*, 2010). Já Teixeira *et al.* (2009) encontraram maior predominância das lesões acometendo o assoalho bucal, seguida pela língua.

Em relação aos hábitos carcinogênicos mais comumente encontrados nos pacientes acometidos está o tabaco e o álcool (NEVILLE *et al.*, 2004; DEDIVITIS *et al.*, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2006; MELO *et al.*, 2010). O uso de próteses totais não foi associado a um aumento nas chances de desenvolvimento do câncer bucal, mas as úlceras que são provocadas devido a sua má adaptação sim (DEDIVITIS *et al.*, 2004).

O estadiamento clínico do tumor e a disseminação de sua extensão são os melhores indicadores do prognóstico do paciente (NEVILLE *et al.*, 2004) De acordo com Teixeira *et al.* (2009) a maioria dos pacientes portadores de câncer bucal chegam aos centros de tratamento já com o estadiamento avançado e precisam ser submetidos a tratamentos mais agressivos como a cirurgia e radioterapia que podem levar a um comprometimento da sobrevida e qualidade de suas vidas. Para o autor, esses dados são preocupantes, já que o exame clínico para detecção e prevenção do câncer de boca é de fácil execução, pode e deve ser realizado tanto nas unidades de saúde pelo CD como pelo próprio paciente. Esse estadiamento avançado pode ser resultado tanto da dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte da população como a falta de efetividade da rede de atenção básica e inabilidade dos profissionais que nela trabalham em diagnosticar precocemente e realizar os encaminhamentos necessários (TEIXEIRA *et al.*, 2009; MELO *et al.*, 2010). Martins *et al.* (2008) tratam o estadiamento avançado como um fator desencadeado pela falta de compromisso com o correto exame bucal aliado a erros políticos e estratégicos por considerar o câncer como a doença mais grave que afeta a boca e que só foi incluída em 2005 no rol de responsabilidades da Coordenação Nacional de Saúde Bucal.

Nos artigos utilizados, observou-se predominância de estágios mais avançados, estágio IV (TEIXEIRA *et al.*, 2009; MELO *et al.*, 2010) sendo utilizado o

tratamento cirúrgico e radioterápico (TEIXEIRA *et al.*, 2009). Já Dedivitis *et al.* (2004) encontraram predominância pelo estágio II. Honorato *et al.* (2009) afirmam que os pacientes diagnosticados em estágio mais avançados possuem pior sobrevida global quando comparados aos pacientes com estágios mais iniciais e lesões de menor tamanho e tiveram uma evolução para óbito em 56,9% de seus pacientes. Dados ainda mais preocupantes foram encontrados por Oliveira *et al.* (2006) que tiveram uma sobrevida global de cinco anos em apenas 26% de seus pacientes.

O tempo médio entre o diagnóstico da lesão e o início do tratamento variou. Costa e Migliorati (2001) mostraram que houve demora para o início do tratamento, sendo os pacientes examinados por mais de um profissional da saúde até serem encaminhados. Em seu estudo os pacientes demoraram cerca de 19 dias para serem diagnosticados e o tempo médio entre a primeira visita e o início do tratamento foi de 84 dias. Os resultados dos estudos de Honorato *et al.* (2009) mostraram que houve uma demora de 2,6 meses entre o diagnóstico e o início do tratamento. Esse tempo de espera é um fator importante na redução da mortalidade e morbidade causada pelo câncer (COSTA e MIGLIORATI, 2001). Portanto, o tratamento deve ser iniciado imediatamente após o diagnóstico da lesão.

Quanto aos fatores etiológicos, o câncer bucal pode ser considerado como uma doença multifatorial sendo necessária a atuação de mais de um fator para produzir a malignidade (NEVILLE *et al.*, 2004).

O fumo de tabaco vem sendo considerado como um dos principais fatores etiológicos para o câncer bucal onde cerca de 80% dos indivíduos acometidos são fumantes ou ex-fumantes. Os riscos relativos de desenvolvimento do câncer ainda são maiores dependendo da dose e da forma como o tabaco é utilizado. Há maiores chances de malignidade os usuários de cachimbo e charuto e ainda maiores para aqueles que praticam o hábito do fumo invertido (NEVILLE *et al.*, 2004). Ainda de acordo com Prado e Passarelli (2009) o fumo do tabaco libera cerca de cinco mil subprodutos dos quais 43 são elementos químicos cancerígenos. O tabaco ainda provoca o ressecamento da mucosa oral, provoca o aumento da camada de queratina facilitando a ação de outros elementos carcinogênicos, além de ser um fator de traumatismo térmico-mecânico levando a divisão e diferenciação das células epiteliais. O artigo clínico de De Carli *et al.* (2010) reflete os dados relatados por

Neville *et al.* (2004) com o desenvolvimento de um câncer bucal de grande extensão em um paciente tabagista e etilista a mais de 20 anos.

Zhang *et al.* (1999) relataram que que o fumo de maconha também pode ser considerado como um fator etiológico para neoplasias em vias aéreas superiores de jovens e adultos e que o risco é aumentando em usuário que fazem uso frequente da droga. Por isso, Sassi *et al.* (2010) ressaltam a importância da realização de campanhas de prevenção que também englobem pacientes jovens e usuários de drogas lícitas e ilícitas como a maconha.

Embora o consumo isolado do álcool não seja capaz de desenvolver um câncer bucal, seu consumo serviria como um potencializador significativo para outros fatores etiológicos, em especial, o tabaco. Os autores lembram ainda que os grandes bebedores são também grandes fumantes e essa combinação de fatores por longos períodos poderia aumentar os riscos de desenvolver o câncer bucal (NEVILLE *et al.*, 2004). Em concordância com Neville *et al.* (2004), Zavras *et al.* (2001) mostraram que o tabaco e o álcool foram fatores etiológicos para o desenvolvimento do câncer bucal quando utilizados de forma isolada ou combinada e que esse risco ainda seria maior dependendo da dose e do tipo de bebida consumida, em especial aquelas que contém maior teor alcóolico como é o caso de bebidas típicas da Grécia como o ouzo e o tsipouro. Odgen (2005) relata as possíveis formas de atuação do álcool sobre a mucosa oral e sua associação com o tabaco. O álcool seria capaz de alterar o tamanho dos citoplasmas celulares e conseqüentemente os padrões de DNA, além de interferir na permeabilidade celular alterando os padrões de transporte celular favorecendo a atuação de outros fatores etiológicos. Concordando com os estudos de Zavras *et al.* (2001), Ogden (2005) relata que bebidas com maior teor alcóolico como o uísque, interferem na capacidade endofítica das células reduzindo muito a endocitose e favorecendo conseqüentemente a atuação de outros fatores. Relata ainda que grande parte dos profissionais médicos e dentistas e a população em geral desconhecem a patogênese do álcool na etiologia do câncer bucal. Prado e Passarelli (2009) alertam para o aumento do consumo de bebidas destiladas por mulheres cujo teor alcóolico é bem maior do que o das bebidas fermentadas e lembram que o risco tende a aumentar de acordo com a intensidade, quantidade e qualidade de duração do vício de etilismo e tabagismo.

Em relação a influência desses dois fatores etiológicos com o estágio de evolução da doença, os estudos de Dedivitis *et al.* (2004) não encontraram diferenças significativas entre o tabagismo e o etilismo com estadiamento clínico do tumor nos casos de lesões malignas situadas na cavidade oral. Já para lesões situadas na orofaringe os pacientes que possuíam o hábito de beber se encontravam em um estágio mais avançado da doença. Honorato *et al.* (2009) encontraram associações significativas entre a gradação histológica e o etilismo, sendo mais comum nesses casos, a presença de tumores bem e moderadamente diferenciados.

Outros fatores etiológicos também devem ser lembrados como a influência da dieta rica em vitaminas e minerais na proteção da pele e mucosas (Neville *et al.*, 2004; Prado e Passarelli, 2009) além das alterações provenientes de vírus como o HPV (Uobe *et al.*, 2001; Neville *et al.*, 2004), infecções por cândida, oncogenes e genes supressores de tumor (Neville *et al.*, 2004).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pode ser visto durante a elaboração deste trabalho, o câncer bucal afeta milhares de pessoas anualmente e tem sido responsável por 13% das mortes em todo o mundo, além de causar, em muitos casos, invalidez, deformações e aposentadorias precoces.

Os cirurgiões-dentistas (CD) por terem fácil acesso à cavidade oral, deveriam ser os principais responsáveis por informar corretamente a população sobre os fatores de risco, incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis e da realização de medidas simples como o auto exame, além do diagnóstico precoce e encaminhamento responsável. Porém, o pouco conhecimento e as deficiências na formação dos profissionais têm levado ao diagnóstico de lesões em estágios mais avançados com menores chances de cura.

O município de Rubim necessita de maiores investimentos para melhorar e ampliar o acesso da população aos serviços odontológicos e para a capacitação dos profissionais que atuam na atenção básica. Além disso, há a necessidade da adoção, pela ESB, de programas mais voltados para a prevenção e promoção de saúde, que tem resultados positivos no diagnóstico precoce do câncer bucal.

Com base na literatura revisada e discutida para a elaboração do presente trabalho, pode-se concluir que:

- ✓ Há a necessidade de capacitar os CD para que esses possam reconhecer e identificar as alterações da normalidade favorecendo o diagnóstico precoce do câncer bucal;
- ✓ Deve-se orientar corretamente a população sobre as formas de prevenção, os fatores de risco relacionados ao câncer e incentivar a realização do auto exame bucal e as visitas constantes ao dentista;
- ✓ Deve-se instituir programas de avaliação de mucosas para a população de diversas faixas etárias, em especial daqueles que são tabagistas e etilistas.

REFERÊNCIAS

1. ALVARENGA, M. L. *et al.* Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto ao câncer bucal. **RFO**, 1(17), p. 31-35, 2012.
2. ANTUNES, J. F. F.; TOPORCOV, T. N.; WÜNSCH-FILHO, V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica.**, 21(1), p. 30-6, 2007.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21125. Acesso em: 09 mar. 2013.
4. CIMARDI, A. C. B. S.; FERNANDES, A. P. S. Câncer bucal – a prática e a realidade clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina. **RFO.**, 2(14), p. 99-104, 2009.
5. COSTA, E. G.; MIGLIORATI, C. A. Câncer Bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia.**, 47(3), p. 283-9, 2001.
6. DE CARLI, J. P. *et al.* Carcinoma espinocelular bucal de grande extensão – protocolo diagnóstico. **Odonto.**, 18(36), p. 67-71, 2010.
7. DEDIVITIS, R. A. *et al.* Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia.**, 70(1), p. 35-40, 2004.
8. FRANÇA, D. C. C. *et al.* Programa de diagnóstico e prevenção de câncer de boca: Uma estratégia simples e eficaz. **Rev Odontol Bras Central.**, 19(49), p. 159-161, 2010.
9. FREITAS, D. A. *et al.* Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. **Rev CEFAC.**, 13(6), p. 1103-08, 2011.
10. HONORATO, J. *et al.* Análise de sobrevivência global em pacientes diagnosticados com carcinoma de células escamosas de boca no INCA no ano de 1999. **Rev Bras Epidemiol.**, 12(1), p. 61-81, 2009.
11. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Ações de enfermagem para o controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. Rio de Janeiro, 2008.
12. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/boca/definicao>. Acesso em 09 mar. 2013.
13. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/wcm/dmcd/2013/mitos-verdades-sobre-cancer.asp>. Acesso em 07 abr. 2013.
14. MARTINS, M. A. T. *et al.* Avaliação do conhecimento sobre o câncer bucal entre universitários. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço.**, 4(37), p. 191-7, 2008.
15. MELO, A. U. C. *et al.* Informação e comportamento de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família de Aracaju a respeito de câncer bucal. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço.**, 2(37), p. 114-9, 2008.

16. MELO, L. C. *et al.* Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **RGO.**, 3(58), p. 351-5, 2010.
17. MELO, M. C. B. *et al.* A família e o processo de adoecer de câncer bucal. **Psicologia em estudo.**, 10(3), p. 413-9, 2005.
18. NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
19. OGDEN, G. R. Alcohol and oral cancer. **Alcohol.**, 35, p. 169-163, 2005.
20. OLIVEIRA, L. R.; SILVA, A. R; ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. **J Bras Patol Med Lab.**, 42(5), p. 385-392, 2006.
21. PRADO, N. F.; PASSARELLI, D. H. C. Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo.**, 21(1), p. 79-85, 2009.
22. QUIRINO, M. R. S. *et al.* Avaliação do conhecimento sobre o câncer de boca entre participantes de campanha para prevenção e diagnóstico precoce da doença em Taubaté – SP. **Rev Odontol UNESP.**, 35(4), p. 327-33, 2006.
23. REZENDE, C. P. *et al.* Alterações da saúde bucal em portadores de câncer da boca e orofaringe. **Rev Bras Otorrinolaringol.**, 74(4), p. 596-600, 2008.
24. SASSI, L. M. *et al.* Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia.**, 7(1), p. 105-9, 2010.
25. SCHEUFEN, R. C.; ALMEIDA, F. C. S.; SILVA, D. P. Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Boca: Screening em Populações de Risco. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.**, João Pessoa, 11(2), p. 245-249, 2011.
26. SOUZA, L. R. L. *et al.* Conhecimento acerca do Câncer Bucal e Atitudes frente à sua Etiologia e Prevenção em um Grupo de Horticultores de Teresina (PI). **Revista Brasileira de Cancerologia.**, 58(1), p. 31-9, 2012.
27. TEIXEIRA, A. K. M. *et al.* Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. **Revista Brasileira de Cancerologia.**, 55(3), p. 229-236, 2009.
28. UOBE, K. *et al.* Detection of HPV in Japanese and Chinese oral carcinomas by in situ PCR. **Oral Oncology.**, 37, p. 146-152, 2001.
29. ZAVRAS, A. I. *et al.* Smoking and alcohol in the etiology of oral cancer: gender-specific risk profiles in the south of Greece. **Oral Oncology.**, 37, p. 28-35, 2001.
30. ZHANG, Z. F. *et al.* Marijuana use and increased risk of squamous cell carcinoma of the head and neck. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.**, 8(12), p. 1071-8, 1999.