

FERNANDA OLIVEIRA SANTOS E CASTRO

**CÂNCER DE BOCA: UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO
DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO**

SANTO ANTÔNIO DO MONTE/MINAS GERAIS

2013

FERNANDA OLIVEIRA SANTOS E CASTRO

**CÂNCER DE BOCA: UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO
DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Maria Auxiliadora Guerra Pedroso

SANTO ANTÔNIO DO MONTE/MINAS GERAIS

2013

FERNANDA OLIVEIRA SANTOS E CASTRO

**CÂNCER DE BOCA: UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO
DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Maria Auxiliadora Guerra Pedroso

Banca Examinadora

Maria Auxiliadora Guerra Pedroso - orientadora

Heriberto Fiuza Sanchez

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

Resumo

O câncer de boca é uma neoplasia maligna cujos fatores etiológicos (tabagismo, etilismo, higiene bucal precária e trauma local) são amplamente conhecidos e passíveis de prevenção e promoção de saúde, porém constituem em sua maioria hábitos e vícios que requerem consciência e mudança no cotidiano dos indivíduos acometidos. O objetivo deste trabalho foi elaborar, a partir da revisão de dados técnico-científicos, uma proposta de protocolo para organizar e otimizar as ações preventivas e de diagnóstico para o câncer de boca. A metodologia utilizada foi a revisão de literatura, sendo que as publicações, que se alternam entre os idiomas inglês e português e período de busca entre 2001 a 2012, foram obtidas em bancos de dados direcionados pelo site de busca Google Scholar, pesquisa no acervo da Associação de Combate ao Câncer do Centro Oeste de Minas – ACCCOM e publicações do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e Universidade Federal de Minas Gerais. De acordo com a revisão de literatura utilizada neste estudo, concluiu-se que a prevenção, englobando todo seu contexto educativo e de conscientização, assim como o rastreamento do câncer de boca, buscando sempre o diagnóstico precoce, são ferramentas importantes e que devem ser utilizadas sistematicamente nos pacientes que compõem o grupo de risco.

Palavras-chave: câncer de boca, prevenção, diagnóstico precoce.

Abstract

Oral cancer is a malignant neoplasm which etiological factors (smoking, alcohol consumption, poor oral hygiene and local trauma) are widely known and possible to be prevented and promoted, but they are mostly habits and addictions that require the awareness and a change in daily life of the affected individuals. The aim of this study was to elaborate, from the review of technical and scientific data, a protocol proposal to organize and optimize the preventive and diagnostic actions regarding to Oral cancer. The methodology used was the literature research review, and the publications, which alternate between English and Portuguese and has its search period between 2001 to 2012 were obtained from databases targeted by Google Scholar; searches in the collection of the Cancer Fighting Association of the Middle-West of Minas Gerais – ACCCOM – (Brazilian acronym); publications of Brazilian Ministry of Health, Minas Gerais Health Department and Minas Gerais Federal University. According to the literature review used in this study, we conclude that prevention, encompassing all its educational context and awareness as well as mouth cancer screening, always looking for early diagnosis, are important tools that should be used systematically in patients comprising the high-risk group.

Keywords: Oral cancer, prevention, early diagnosis.

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACCCOM: Associação de Combate ao Câncer do Centro Oeste de Minas

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

DNA: Ácido Desoxirribonucléico

INCA: Instituto Nacional do Câncer

UBS: Unidade Básica de Saúde

Sumário

Introdução.....	07
Objetivos.....	08
Metodologia.....	09
Revisão de Literatura.....	10
Discussão.....	15
Resultados.....	16
Conclusão.....	17
Referências.....	18
Anexos.....	19

1 Introdução

A Odontologia está há muito imersa no desafio de melhor compreender, prevenir, diagnosticar e tratar o câncer de boca, em todas as suas variações. Entende-se por câncer de boca todos os cânceres que acometem a região dos lábios e da cavidade bucal (assoalho, palato, língua, mucosas, gengivas, mandíbulas, etc).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2012) aponta como fatores de risco para o câncer bucal: idade superior a 40 anos, vício de fumar cachimbos e cigarros, consumo de álcool, má higiene bucal e uso de próteses dentárias mal ajustadas.

O principal sintoma da doença é o aparecimento de feridas na boca que não cicatrizam em até 15 dias. Outros sintomas também podem ocorrer como áreas dormentes, manchas esbranquiçadas ou avermelhadas e nódulos. Em nível avançado, a doença tem como sintomas dificuldades da fala, dor e a presença de linfadenopatia (INCA, 2012).

Os esforços no sentido de prevenção e diagnóstico precoce, tanto pelo setor privado e principalmente pelo público, são ínfimos. No Brasil, segundo estimativas do INCA no ano de 2012, a neoplasia maligna bucal totalizou cerca de 14.170 novos casos, sendo que a divisão por sexo é de 9.990 homens e 4.180 mulheres acometidas. Uma realidade que, sem dúvida, merece uma maior atenção do sistema de saúde e da Odontologia em particular.

O Cirurgião-Dentista tem a responsabilidade de prevenir e fazer a investigação diagnóstica do câncer bucal, por meio de um exame clínico completo e investigação do histórico de saúde do paciente. A detecção precoce de lesões bucais pré-cancerosas pode causar um impacto na redução da mortalidade por câncer de boca, melhorar a qualidade de vida, minimizar a debilidade e extensão do trauma causado pelos tratamentos. Neste sentido e baseado em um levantamento técnico-científico, este trabalho visa elaborar um modelo de protocolo simples e de fácil aplicação no que tange aos aspectos de prevenção do câncer de boca e seu diagnóstico precoce.

2 Objetivos

O presente trabalho tem como objetivo a elaboração de uma proposta de protocolo de prevenção e diagnóstico para o câncer de boca.

3 Metodologia

Para efetivar tal propósito, a metodologia utilizada foi uma revisão de literatura, sendo que as publicações estão compreendidas dentro do período de 2001 a 2012. Os idiomas dessas publicações (artigos, linhas-guia e manuais) são o inglês e o português. Os locais de pesquisa foram bancos de dados direcionados pelo site de busca Google Scholar, pesquisa no acervo da Associação de Combate ao Câncer do Centro Oeste de Minas – ACCCOM e publicações do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e Universidade Federal de Minas Gerais.

4 Revisão de Literatura

O câncer de boca representa cerca de 2% de todos os novos casos de câncer em todo o mundo. Aproximadamente 90% de todos os cânceres bucais são carcinomas de células escamosas do epitélio oral. Os 10% restantes consistem em tumores malignos intra-orais de glândulas salivares, melanomas, sarcomas dos tecidos moles e da mandíbula, linfomas não-Hodgkin e os extremamente raros tumores odontogênicos e metastáticos de câncer primário localizado em outras partes do corpo (WAAL, 2011).

Localizações mais comuns dos carcinomas de boca: lábio (40%), língua (20%), assoalho (16%), trígono retro-molar (7%) e gengivas (6%) (MINAS GERAIS, 2006).

A probabilidade de detecção de câncer em fase assintomática está relacionada com a taxa de crescimento e a sensibilidade da técnica de detecção utilizada. Tumores de crescimento rápido têm curto período de rastreamento potencial, enquanto que tumores de crescimento lento têm maior período de rastreamento potencial (WAAL, 2011).

O tratamento precoce de um tumor primário conduzirá a uma redução da mortalidade, particularmente se o tumor primário puder ser eliminado antes de ocorrerem metástases, assumindo que não há tratamento disponível para tal disseminação de câncer. A maioria dos cânceres bucais é diagnosticada no momento em que os sinais ou sintomas já tenham ocorrido. É bastante raro diagnosticar o câncer de boca, particularmente o carcinoma de células escamosas, numa fase assintomática (WAAL, 2011).

A falta de diagnóstico precoce do câncer de boca é consequência de uma conjugação de fatores, entre eles a falta de acesso da população adulta à assistência odontológica, a desarticulação entre as ações de prevenção e diagnóstico e o despreparo dos profissionais da saúde em detectar o câncer de boca em seus estágios iniciais (MINAS GERAIS, 2006).

O câncer de boca parece estar aumentando em incidência e os índices de mortalidade quase não melhoraram nos últimos 25 anos. O câncer é o resultado de mutações do Ácido Desoxirribonucléico (DNA) surgindo espontaneamente e a partir da ação de agentes mutagênicos diversos, especialmente o tabaco e álcool (SCULLY, 2011).

Mutações no DNA ocorrem espontaneamente, especialmente através de danos por oxidação química e radicais livres. A taxa de mutações no DNA, no entanto, é vastamente aumentada por vários fatores de risco de câncer, principalmente fatores exógenos: tabaco e álcool e em alguns casos, produtos químicos, radiação, infecções e dieta. A etiologia do câncer de boca é multifatorial, dos fatores de risco mais importantes estão o consumo de tabaco e álcool, fatores que agem separadamente e em sinergia. Muitas vezes são esses

fatores de estilo de vida que são mais importantes na predisposição ao câncer, mas em alguns casos, os fatores ambientais e genéticos podem desempenhar papéis em diferentes graus (SCULLY, 2011).

O risco de desenvolver câncer aumenta com o avançar da idade, a maioria dos casos ocorre em indivíduos com 50 anos ou mais. No entanto, cerca de 6% dos cânceres bucais ocorrem em jovens com idade inferior a 45 anos e, nos países de alta incidência no mundo, muitos casos são notificados antes dos 40 anos (SCULLY, 2011).

Segundo Vargas *et al*, 2011:

“... O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerada uma conquista na medida em que o acréscimo de anos seja com qualidade de vida. A histórica exclusão da saúde bucal do idoso e a percepção de saúde bucal como um dos fortes componentes da qualidade de vida e autoestima para essa população levam-nos a priorizar ações a serem realizadas para esse grupo. Sabe-se que a saúde bucal do idoso sempre ficou alijada das políticas de promoção e prevenção...”.

Homens com mais de 40 anos de idade, dentes fraturados, fumantes e portadores de próteses mal-ajustadas devem evitar o fumo e o álcool, promover a higiene bucal, ter os dentes tratados e fazer uma consulta odontológica de controle a cada ano. Outra recomendação é a manutenção de uma dieta saudável, rica em vegetais e frutas (INCA, 2012).

O câncer bucal tem impacto nos índices de mortalidade geral, pois pode ser letal. Considerando o idoso como grupo etário de risco para o desenvolvimento de câncer bucal, as ações dirigidas à prevenção contra essa doença devem ser rotina na Unidade Básica de Saúde (UBS). Os idosos devem ser estimulados a receber orientações para o autoexame bucal. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), idosos tabagistas e etilistas são um grupo eletivo para participar de exames anuais na detecção precoce e prevenção contra essa doença (VARGAS *et al*, 2011).

Segundo Scully (2011), pelo menos três quartos dos cânceres de boca podem ser prevenidos pela eliminação de hábitos nocivos à saúde como tabagismo e consumo de álcool. Cessar o hábito de fumar contribui para reduzir 35% o risco de cânceres bucais no intervalo de 01 a 04 anos e redução de 80% de risco se o paciente para de fumar no intervalo de 20 anos consecutivos, atingindo o nível de nunca fumantes.

O consumo de álcool (etanol) tem aumentado em várias populações, e a faixa etária dos indivíduos consumidores tem sido cada vez mais baixa. Diversos estudos epidemiológicos têm mostrado que o consumo de álcool é um fator de risco para o desenvolvimento de

carcinoma espinocelular, que é o tipo de câncer mais comum na cavidade oral (CARRARD *et al*, 2008).

Esta relação é mais evidente quando há associação com o hábito de fumar, o que se observa na maioria dos indivíduos, dificultando o estudo de sua ação isolada (LLEWELLYN *et al*, 2004 apud CARRARD *et al*, 2008).

Muitos estudos epidemiológicos ao longo das últimas três décadas nos Estados Unidos, Europa e Ásia têm fornecido fortes evidências de uma associação entre uso de álcool e tabaco e um aumento do risco de tumores bucais e de faringe. O baixo *status* socioeconômico é também significativamente associado com maior risco de câncer bucal tanto em países desenvolvidos quanto subdesenvolvidos. Sugere-se que o risco ao câncer seja inversamente proporcional ao nível crescente de educação e *status* econômico (MADANI *et al*, 2010).

De acordo com Bunnell *et al* (2010), estudos recentes demonstraram que as taxas de câncer bucal têm estado em constante declínio entre os homens, mas cresceram agudamente entre as mulheres. Mais especificamente, as taxas de declínio observadas no sexo masculino eram específicas para homens da raça branca, enquanto que a incidência foi crescente em indivíduos masculinos da raça negra.

Torna-se fundamental no diagnóstico da neoplasia maligna o exame cuidadoso das mucosas da cavidade oral e das vias aerodigestivas superiores. A confirmação diagnóstica somente é possível através da biópsia prévia ao tratamento, devendo-se evitar investigações diagnósticas demoradas e onerosas que apenas retardam o início do tratamento (KOWALSKI *et al*, 1991 apud RAPOPORT *et al*, 2001).

O exame de toda a cavidade bucal deve ser feito de maneira metódica para que todas as áreas sejam analisadas e seja possível a identificação de próteses dentárias ou outras prováveis causas de trauma contínuo. As lesões mais posteriores da cavidade bucal, por vezes, necessitam de visualização com o auxílio de instrumentos ou por espelho para a avaliação de sua extensão. As lesões, sempre que possível, devem ser palpadas, a fim de se confirmar seus reais limites e o acometimento de estruturas adjacentes. A palpação das cadeias linfáticas cervicais completará o exame, sendo importante a determinação do tamanho dos linfonodos, sua mobilidade e relação com estruturas vizinhas. Ao ser identificado o tumor, é importante registrar suas dimensões e características: se é ulcerado, infiltrativo, necrosado, com infecção secundária, se ultrapassa a linha média, se há indícios de invasão óssea e/ou da musculatura profunda. A presença de leucoplasias, eritroplasias e possíveis lesões pré-neoplásicas simultâneas devem ser investigadas. O trismo, quando

presente, pode ser decorrente da invasão tumoral da musculatura pterigóidea ou por dor local. Exames de imagem (como a tomografia computadorizada ou a ressonância magnética) são importantes nesses casos, mas, às vezes, só o exame sob narcose, no centro cirúrgico, vai esclarecer essa dúvida (INCA, 2012).

O autoexame, além de colaborar para a autonomia do usuário em avaliar o seu estado de saúde, é uma das estratégias que podem contribuir para a suspeita de alterações patológicas da boca. O ideal é que o autoexame seja feito mensalmente. Consiste em: orientação sobre as estruturas da boca e os aspectos de normalidade; orientações sobre sinais de risco em saúde bucal: mancha nos dentes, cavidade nos dentes, falta de escovação diária, mobilidade dentária, sangramento, secreção, lesão em tecidos moles e outros sintomas ligados à possibilidade de câncer bucal e limitações estéticas e funcionais em função de problemas bucais. Em relação aos tecidos moles, a seguinte técnica pode ser preconizada, com adaptação individual: lavar a boca e remover as próteses dentárias se for o caso. O exame deve ser voltado para a identificação de algo diferente, que não tenha sido notado antes, como: mudanças na cor da pele e da mucosa, caroços, feridas, inchaços, áreas dormentes ou doloridas, dificuldade de movimento, entre outros (MINAS GERAIS, 2006).

É necessária uma atuação cada vez maior da equipe de saúde no diagnóstico precoce, cabendo à mesma examinar, reconhecer e orientar o usuário com precisão e rapidez, não perdendo a oportunidade que se apresenta quando o indivíduo, por qualquer motivo, acessa um serviço de saúde ou uma campanha educativa. Essa atuação deve envolver toda a equipe de saúde, sendo que compete ao cirurgião-dentista, a realização do completo exame de mucosas nos exames clínicos, inclusive nas consultas de emergência, incluindo a palpação das estruturas anatômicas; à equipe de saúde bucal e toda a equipe de saúde compete a conscientização sobre os sinais e sintomas do câncer bucal, e do encaminhamento para o cirurgião-dentista para diagnóstico e compete aos usuários o interesse e a conscientização sobre sinais de risco em saúde bucal (MINAS GERAIS, 2006).

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas (BRASIL, 2008 apud WERNECK et al, 2009).

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente

baseada na melhor informação científica. São orientações concisas sobre teste diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelos profissionais de saúde no dia-a-dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica. Cada protocolo clínico deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar (BRASIL, 2008 apud WERNECK *et al*, 2009).

A gestão do conhecimento tem possibilitado o uso eficaz do conhecimento em benefício dos serviços, por meio da construção de protocolos médicos-assistenciais. O mesmo raciocínio pode ser adotado quando se pensa no emprego de protocolos no campo da atenção primária, onde se situam as unidades básicas de saúde. De acordo com os autores deste estudo, os protocolos propiciam *“processos ricos em aprendizagem organizacional e, como prescrevem racionalmente os melhores recursos a serem utilizados, são a garantia da maior probabilidade de resultados assistenciais almejados”* (JACQUES; GONÇALO, 2007 apud WERNECK *et al*, 2009).

5 Discussão

Baseado nos dados técnico-científicos levantados em nossa revisão de literatura é possível afirmar que o câncer bucal manifesta-se com maior prevalência em indivíduos do sexo masculino e acima de 40 anos de idade (SCULLY, 2001; INCA, 2012; VARGAS *et al*, 2011).

No que diz respeito ao nível de escolaridade e renda, a literatura evidencia que os indivíduos acometidos por esta doença possuem baixo status socioeconômico e de educação (MADANI *et al*, 2010).

Podemos constatar uma forte relação entre os hábitos de fumar e consumir bebidas alcoólicas com o surgimento do câncer de boca (SCULLY, 2011; INCA, 2012; VARGAS *et al*, 2011; CARRARD *et al*, 2008; LLEWELLYN *et al* 2004 apud CARRARD *et al* 2008; MADANI *et al*, 2010).

Considerando-se os efeitos residuais do álcool e do fumo, deve-se acreditar que mesmo ex-fumantes e ex-etilistas necessitam de um período longo para redução do risco em relação a esses fatores (SCULLY, 2011; INCA, 2012).

Finalmente e principalmente, é oportuno ressaltar a importância das ações que objetivam a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de boca (WAAL, 2011; MINAS GERAIS, 2006; VARGAS *et al*, 2011; SCULLY, 2011).

É de fundamental importância a elaboração de um protocolo, como forma de nortear as ações de prevenção e diagnóstico precoce, para que sejam aumentadas as chances de obtenção dos resultados assistenciais almejados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008 apud WERNECK *et al*, 2009; JACQUES; GONÇALO, 2007 apud WERNECK *et al* 2009).

6 Resultados

Como resultado da revisão de literatura do presente estudo, foi elaborada uma proposta de protocolo de prevenção e diagnóstico para o câncer de boca (vide anexo).

7 Conclusão

Podemos considerar através deste estudo que o câncer bucal é uma doença altamente evitável, porém possui como fatores de risco hábitos nocivos de difícil renúncia e modificação para os indivíduos, como o consumo de fumo e álcool, má higiene bucal e trauma local (próteses mal ajustadas). Ações direcionadas à prevenção do agravo, promoção da saúde e diagnóstico precoce desta neoplasia são importantes ferramentas para a diminuição do número de casos, desde que sejam realizadas de forma organizada e sistemática, visando principalmente ações voltadas para o grupo de risco. A incorporação de protocolos no processo de prevenção e diagnóstico do câncer bucal organiza as ações e serviços voltados para este tema e constitui um elemento facilitador para a prática efetiva da atenção odontológica. No cotidiano clínico das unidades básicas de saúde, os protocolos permitem o atendimento de forma integral dos pacientes e padronizam as condutas dos profissionais envolvidos.

8 Referências

BUNNEL, A. et al. Analysis of primary risk factors for oral câncer from select US states with increasing rates. **Tobacco Induced Diseases** 2010, 8:5. Disponível em: www.tobaccoinduceddiseases.com/content/8/1/5. Acesso em: 03/10/2011.

CARRARD, V. C. et al. Álcool e Câncer Bucal: Considerações sobre os Mecanismos Relacionados. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2008; 54(1): 49-56.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Câncer de Boca**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=324>. Acesso em: 07 de maio 2012.

MADANI, A. H. et al. Relationship between Select Socio-Demographic Factors and Cancer Oral Cavity – A Case Control Study. **Cancer Informatics** 2010:9 163-168. Disponível em: www.la-press.com. Acesso em: 03/10/2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 290 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008 apud WERNECK, M. A. F et al. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84p.

RAPOPORT, A. et al. **Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Boca**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina 2001.

SCULLY, C. Oral cancer aetiopathogenesis; past, present and future aspects. **Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal**. 2011 May 1;16 (3):e306-11.

VARGAS, A. M.; RIBEIRO, M. T. F. **Saúde Bucal: atenção ao idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

WAAL, I. et al. Early diagnosis in primary oral câncer: is it possible? **Oral Medicine and Pathology Publication Types** 2011 May 1;16 (3):e300-5

WERNECK, M. A. F et al. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84p.

ANEXOS

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE BOCA.

1. Requisitos básicos para as ações de prevenção

- 1.1 Capacitação de toda a equipe de saúde sobre o câncer de boca e sua etiologia, principais locais anatômicos de acometimento, grupo de risco, autoexame e acolhimento dos pacientes. Um manual de procedimentos deve ser elaborado, com fotos coloridas das lesões a serem identificadas, de forma a ser possível visualizar mucosa saudável, lesões benignas, lesões pré-cancerosas e o câncer propriamente;
- 1.2 Realização de levantamento efetivo do público alvo (grupo de risco), para dar início às atividades educativas que serão realizadas em campo (domicílios, comércio, escolas, igrejas, etc). Atividades educativas como noções de higiene bucal e autoexame podem ser realizadas pelas agentes comunitárias de saúde e pelas técnicas de higiene bucal das unidades básicas de saúde;
- 1.3 Confeção e distribuição de material educativo ilustrado sobre o autoexame.

2. Requisitos básicos para as ações de diagnóstico

- 2.1 Desenvolvimento de ficha clínica adequada, contemplando cabeçalho, anamnese completa, inspeção de mucosas (com descrição correta das lesões), avaliação de próteses e higiene bucal;
- 2.2 Treinamento e calibragem do profissional cirurgião-dentista para a detecção das lesões, em suas diferentes formas e nichos;
- 2.3 Treinamento e calibragem do profissional cirurgião-dentista para referência dos casos suspeitos;
- 2.4 Ambiente adequado para exame clínico: consultório odontológico bem iluminado;
- 2.5 Instrumental adequado: espelhos clínicos e espátulas de madeira.

3. Requisitos básicos para a referência dos casos suspeitos

- 3.1 Estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência;
- 3.2 As necessidades de avaliação estomatológica deverão ser encaminhadas com formulários específicos de referência e contra-referência, nos quais constem o motivo do encaminhamento, dados clínicos, descrição e localização da lesão;
- 3.3 O paciente referenciado para diagnóstico especializado de lesões com potencial de malignização ou com suspeita de malignidade na boca deve ser acompanhado e

continuamente sensibilizado para seu comparecimento aos locais, desde a suspeita da lesão e comprovação do diagnóstico até o eventual tratamento;

- 3.4 Diante das dificuldades do sistema de saúde em operacionalizar os tratamentos de alta complexidade, a referência ao nível superior deve ser formalizada por documentos de referência e acompanhada pelos profissionais do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- 3.5 O atendimento de referência para as lesões suspeitas de câncer, lesões com potencial de malignização ou de outros agravos estomatológicos (de etiologia diversa) nos centros de especialidades odontológicas não deve inviabilizar a realização destes procedimentos nas unidades básicas de saúde;

4. Critérios de inclusão no sistema de referência e contra-referência

- 4.1 Encaminhar pacientes com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, onde esteja indicado, ou seja, desejado o esclarecimento clínico, exame histopatológico (biópsia) ou solicitação de outros exames complementares adicionais;
- 4.2 Pacientes com áreas da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou infartamento ganglionar, apresentem-se com formação de placas esbranquiçadas, áreas atróficas ou manchas escurecidas. Deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar e que estejam acima de 40 anos de idade;
- 4.3 Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou mandíbula;
- 4.4 Pacientes com nódulos, vesículas ou bolas e infartamento ganglionar. Na presença de lesões ulceradas, atróficas, hiperkeratóticas ou nodulares, avaliar a vigência de possíveis agentes causais locais, removendo-os, quando possível, e acompanhando a evolução antes do encaminhamento.