

BRUNO FERNANDO CANÇADO OLIVEIRA

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E DO AUTO-EXAME
NO CÂNCER BUCAL**

FORMIGA/MG

2011

BRUNO FERNANDO CANÇADO OLIVEIRA

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E DO AUTO-EXAME
NO CÂNCER BUCAL**

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

Orientadora: Professora Lia Silva De Castilho

FORMIGA/MG

2011

BRUNO FERNANDO CANÇADO OLIVEIRA

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E DO AUTO-EXAME
NO CÂNCER BUCAL**

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: Professora Lia Silva de Castilho

Banca Examinadora

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena – UFMG

Prof.^a Joseane Aparecida Messias Fernandes – UFMG

Aprovada em Formiga: 08/10/2011

RESUMO

Foi realizada uma revisão de literatura sobre câncer bucal a partir de 2000, em língua portuguesa. A etiologia é detalhada e aspectos epidemiológicos são apontados, tanto em nível mundial quanto em relação às estatísticas brasileiras. Enfocou-se, principalmente, como as medidas de prevenção podem ser simples, como o auto-exame, e eficientes no controle do aparecimento ou como auxiliar na cura da doença. Descrevem-se aspectos sobre as sequelas causadas em pacientes com este tipo de câncer, tempo estimado de sobrevida e a organização da saúde pública para o seu enfrentamento. O presente estudo deixa claro a importância do diagnóstico precoce e do tratamento imediato, assim como a necessidade de uma reorganização do sistema de saúde como um todo, incluindo a concatenação de esforços junto a entidades odontológicas como Conselho Regional de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia, Sindicato dos Odontólogos, Universidades e demais instituições de ensino odontológico. A odontologia insere-se neste grave problema de saúde pública que é o câncer bucal por possuir importante atuação na prevenção, no diagnóstico, no planejamento e na reabilitação do paciente.

Palavras-chave: Câncer bucal, Diagnóstico precoce.

ABSTRACT

Was performed a review of literature on oral cancer since 2000, in portuguese. The etiology is detailed and epidemiological aspects are pointed out, both globally and in relation to Brazilian statistics. Has focused primarily as preventive measures can be as simple as self-examination, and efficient in controlling the onset or as an aid in curing the disease. It describes aspects of the consequences caused in patients with this type of cancer, estimated time of survival and organization of public health to fight them. This study makes clear the importance of early diagnosis and prompt treatment, as well as the need for a reorganization of the health system as a whole, including the concatenation of dental work with institutions like the Regional Council of Dentistry, Brazilian Dental Association, union of Dentists, universities and other dental education institutions. Dentistry is part of this major public health problem that is oral cancer because it has important role in prevention, diagnosis, planning and rehabilitation.

Keywords: Oral cancer, Early diagnosis.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	METODOLOGIA.....	8
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	9
3.1	Anatomia bucal.....	9
3.2	Etiologia.....	10
3.3	Epidemiologia.....	12
3.4	Consequências do câncer bucal.....	14
3.5	Câncer bucal e a Saúde Coletiva.....	16
3.6	Auto-exame.....	18
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
5	REFERÊNCIAS	23

1- INTRODUÇÃO

O número de casos de câncer tem aumentado a cada ano, sendo considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial (GUERRA *et al.*, 2005).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, o câncer em geral, em 2008, foi responsável por mais de 7,6 milhões de óbitos no mundo (BRASIL, 2009).

O câncer bucal é tido como uma doença crônica, multifatorial, que resulta em alta morbidade e mortalidade, pois a grande maioria dos casos é detectada em estágios avançados (estadiamento III e IV). Isto aumenta a gravidade da seqüela do tratamento e diminui a sobrevida e a possibilidade de cura dos pacientes (GUERRA *et al.*, 2005).

O câncer bucal pode ser considerado o câncer mais comum da região de cabeça e pescoço, excluindo-se o câncer de pele (DEDIVITIS *et al.*, 2004).

Este trabalho realizou uma revisão bibliográfica sobre o câncer bucal abordando sua etiologia, epidemiologia, suas sequelas e a importância do diagnóstico precoce e o auto-exame.

2- METODOLOGIA

Através de busca na base de dados Scielo, Medline, Lilacs e BBO, artigos em língua portuguesa, a partir do ano de 2000, que versavam sobre “Câncer bucal” foram recuperados para comporem esta revisão da literatura. Textos em língua inglesa que foram julgados pertinentes também foram introduzidos nesta revisão narrativa.

3- REVISÃO DA LITERATURA

3.1- Anatomia Bucal

O conhecimento da anatomia bucal é necessário para que se faça um exame adequado e para que a busca de alterações, que quase sempre possuem localização preferencial, seja correta (BRASIL, 2002).

Segundo Siqueira *et al.* (2009) e Brasil (2002) a cavidade bucal está dividida nas seguintes regiões ou sítios topográficos:

- Lábio;
- língua oral (representada pelos 2/3 anteriores da língua, também chamada de língua móvel. Dividida em quatro partes: ponta, bordas e superfícies ventral e dorsal. É limitada posteriormente pelas papilas circunvaladas);
- mucosa jugal (Juntamente com a parte interna dos lábios forma a mucosa oral);
- assoalho de boca (é um espaço que vai desde a superfície ventral da língua à parte inferior dos rebordos alveolares e está dividido anteriormente pelo freio da língua em dois lados (direito e esquerdo). Sua parte anterior inclui o ducto de Wharton e as glândulas sublinguais);
- rebordo gengival superior e inferior (constituídos pelos processos alveolares da mandíbula e maxilar superior);
- área retromolar (área triangular que recobre o ramo ascendente da mandíbula a partir do último dente molar até o ápice, que termina na tuberosidade maxilar);
- palato duro (Constituído por osso maxilar e ossos palatinos, aderidos à mucosa rica em glândulas salivares menores).

Deve-se acrescentar o palato mole, arcada dentária e o istmo da garganta. Existe um ponto de contato entre o lábio superior e o inferior, tida com uma camada, conhecida por “vermelhão” do lábio, que liga a pele externamente à mucosa endobucal e que também deve ser incluída (BRASIL, 2002).

3.2- Etiologia

O carcinoma epidermóide, também chamado de espinocelular ou de células escamosas corresponde entre 90 a 95% dos cânceres que ocorrem na boca. Ele se caracteriza pelo rompimento do epitélio, com formação de uma úlcera de consistência e base endurecida, e dificilmente apresenta consistência mole (BRASIL, 2002).

Segundo Neville (2008), a etiologia do carcinoma de células escamosas é multifatorial. A hereditariedade não parece ser um fator importante. Não se pode falar em um agente isolado, mas em uma soma de fatores extrínsecos e intrínsecos.

Os fatores extrínsecos seriam:

- Fumo de tabaco;
- raios solares (Apenas para o câncer de lábio).
- sífilis e,
- álcool;

Os fatores intrínsecos seriam os estados sistêmicos do paciente (Ex.: desnutrição, anemia). A associação deste tipo de câncer com lesões pré-cancerígenas, especialmente a leucoplasia tem sido relatada. As lesões pré-cancerígenas das mucosas da boca são:

- leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP);
- Estomatite nicotínica no fumante invertido;
- Eritoplasia;
- Fibrose submucosa oral;
- Eritroleucoplasia;
- Leucoplasia granular;
- Queilose actínica;
- Leucoplasia lisa e espessa;
- Língua vermelha e lisa da síndrome de Plummer- Vinson;
- Ceratoase de tabaco sem fumaça;
- Líquen plano (Existem controvérsias quanto ao seu potencial de malignidade)

(NEVILLE, 2008).

Segundo Soares de Lima *et al.*(2005), um fato alarmante é o de que em 80% dos casos, o câncer bucal está relacionado a fatores ambientais, assim, quase sempre poderia ser evitado. Posto isto, calcula-se que 30% das mortes sejam

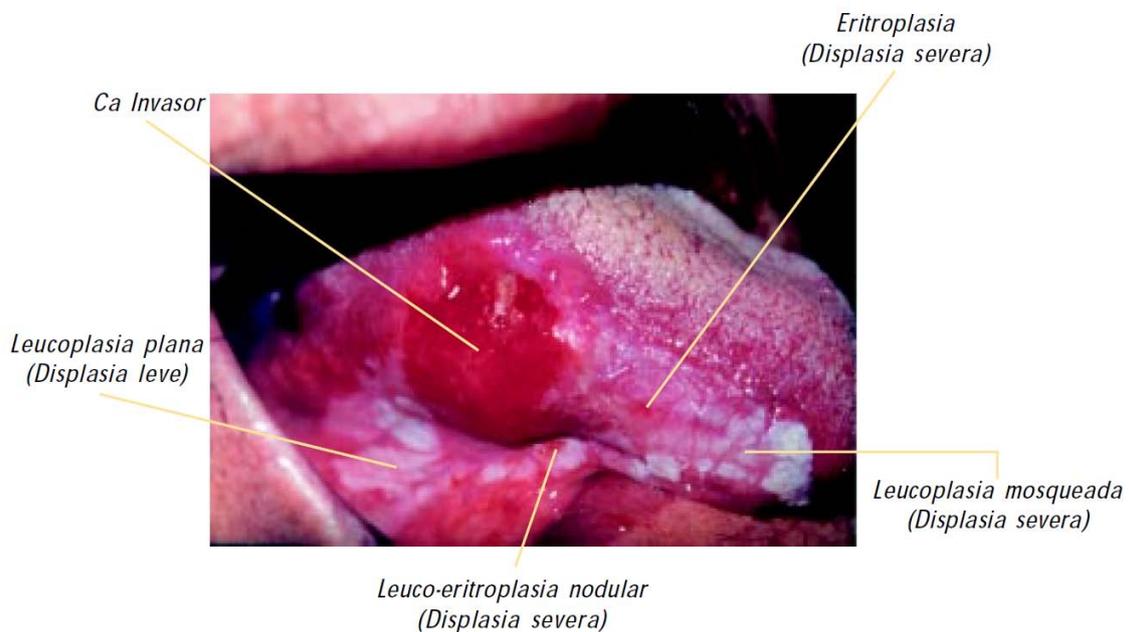
causadas pelo tabagismo, 35% por hábitos alimentares e os 35% restantes a outros fatores, tais como:

- vírus oncogênicos;
- agentes químicos cancerígenos ocupacionais;
- exposição às radiações ionizantes;
- carências nutricionais e
- uso de hormônios.

Segundo Neville (2008), o carcinoma de células escamosas bucal pode apresentar diferentes formas clínicas:

- Exofítica;
- Endofítica;
- Leucoplásica;
- Eritroplásica;
- Eritroleucoplásica.

Figura 1- Câncer bucal localizado na lateral da língua e diferentes estágios clínicos



Fonte: Brasil (2002)

3.3- Epidemiologia

O câncer bucal é um problema grave de saúde pública no Brasil e em muitos países. A maior parte dos casos da doença é detectada em fase avançada, em indivíduos de baixa renda e economicamente produtivos, com pouco acesso aos serviços de saúde (FALCÃO *et al.*, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o câncer bucal como a forma mais comum de neoplasia de cabeça e pescoço, com aproximadamente 390.000 novos casos a cada ano (SANTOS *et al.*, 2010) e, mundialmente, os cânceres da cabeça e pescoço correspondem a 10% de todos os tumores malignos (BRASIL, 2002).

A freqüência de tumores primários de cabeça e pescoço é de:

- 40% na boca;
- 25% na laringe;
- 15% na orofaringe e hipofaringe;
- 7% nas glândulas salivares e
- 13% em outras áreas (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

A região intra-bucal, a língua e o soalho bucal são consideradas as regiões de maior incidência do câncer bucal (BRASIL, 2002).

A incidência do carcinoma epidermóide oral difere significativamente entre os países, assim como dentro do Brasil, fato que se deve possivelmente às diferenças locais na prevalência dos fatores de risco (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Este neoplasma acomete em maior número caucasianos, com o surgimento acontecendo predominantemente entre os 50 e 70 anos de idade (DAHER *et al.*, 2008).

O câncer bucal é considerado de alta incidência no Brasil, possuindo uma das taxas mais altas do mundo, estando entre os seis tipos de câncer mais comum nos homens e entre os oito mais comuns nas mulheres (DEDIVITIS *et al.*, 2004).

Mundialmente, no ano de 2002, aproximadamente 274 mil novos casos de câncer bucal foram diagnosticados e cerca de 128 mil pacientes foram a óbito por esse tipo de neoplasia. A região de maior incidência é a Melanésia (31,5 casos por 100 mil homens e 20,2 casos por 100 mil mulheres) (PARKIN *et al.*, 2005).

Para o ano de 2010 foi estimado 14.120 novos casos, com uma clara predileção pelo sexo masculino, em uma proporção maior que 3 /1, com 10.330

homens e 3.320 mulheres afetadas. Deste total, 54% ocorreram na Região Sudeste (BRASIL, 2009).

Biazevic *et al* (2006), em um estudo sobre as tendências de mortalidade por câncer bucal e orofaringe na cidade de São Paulo, no período de 1980-2002, observaram um incremento anual de 0,72% destes cânceres e que a população urbana e a desprivilegiada de escolaridade e com poder aquisitivo baixo foi a mais afetada.

No Brasil, por se tratar de um país tropical, que possui uma economia baseada em atividades rurais, com grande exposição de seus trabalhadores aos raios solares, o câncer bucal assume importância devido ao câncer de lábio (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

Figura 2- Carcinoma invasor do lábio localizado em lábio inferior



Carcinoma invasor de lábio

Fonte: (Brasil, 2002).

Apenas 2% de todos os casos de câncer no mundo é carcinoma de células escamosas da cavidade oral e orofaringe. Devido a complicações, 50% destes casos vão a óbito (GORSKY *et al.*, 2004).

A UICC (International Union Against Cancer) desenvolveu um sistema de estadiamento clínico para o câncer. Consiste em uma avaliação do tamanho do tumor (T), sua disseminação aos linfonodos regionais (N) e a presença ou não de metástase em outras áreas (M), sendo conhecido como sistema TMN. Os vários valores encontrados em cada item deste sistema determinam os estádios que variam de I a IV. Esta divisão dos casos em grupos, de acordo com estádios, ocorre

porque as taxas de sobrevida são menores nos casos em que a doença havia se estendido além do órgão de origem e maiores quando estava localizada. O tratamento torna-se mais difícil, causando, nos casos de sobrevivência, desfiguração, disfunção e trauma psicológico pelo fato que 60% dos pacientes chegam aos hospitais especializados nos estágios III e IV (DAHER *et al.*, 2008).

Segundo Neville (2008), a taxa de sobrevivência para o carcinoma de células escamosas bucal segundo o estadiamento clínico TNM pode ser visto no quadro 1:

Quadro 1- Estadiamento, classificação e respectiva taxa de sobrevida do câncer bucal

ESTÁGIO	CLASSIFICAÇÃO TNM	TAXA DE SOBREVIVÊNCIA DE 5 ANOS
Estágio I	T1 N0 M0	85%
Estágio II	T2 N0 M0	66%
Estágio III	T3 N0 M0, ou T1, T2, ou T3, N1 M0	41%
Estágio IV	Qualquer lesão T4, ou Qualquer lesão N2 ou N3, ou Qualquer lesão M1	9%

3.4- Consequências do Câncer Bucal

Segundo Falcão *et al.* (2010), o tratamento do câncer bucal revela-se de alto custo econômico e social. Um fato que contribui, para isto, é que a maioria dos indivíduos com câncer bucal, no Brasil, chega aos hospitais em estágio avançado da doença, gerando prognósticos desfavoráveis. Isto deve ser evitado, porque esta doença pode levar à invalidez, a deformidades e a morte.

O tratamento depende do local e extensão do tumor primário e do status dos linfonodos regionais, podendo ser uma excisão radical cirúrgica, radioterapia ou uma combinação de ambas. Assim, o tratamento irá variar dependendo do estadiamento clínico da doença, sendo a quimioterapia somente empregada em casos muito avançados em que a cirurgia não é possível (BRASIL, 2001; SCIUBBA, 2001).

Segundo Modesto (2006), a radioterapia pode causar várias complicações clínicas ao paciente, as mais freqüentes são:

- Xerostomia;
- Mucosite;
- Disgeusia;
- Disfagia;
- Trismo muscular;
- Candidíase;
- Alterações no ligamento periodontal;
- Carie de irradiação e
- Osteorradionecrose.

Apenas a xerostomia pode causar desconforto oral, aumento da incidência de candidíase atrófica crônica, comprometimentos da fala, do engolir, da percepção gustativa, cáries cervicais e de raiz, doença periodontal, mucosa dolorida, além da dificuldade do uso da prótese mucossuportada pela ausência da ação física de adesão, coesão e tensão superficial. Devemos utilizar de artifícios como a saliva artificial, o uso de sialogogos, chicletes, balas, pastilhas a base de fosfato e acupuntura, visando uma melhor qualidade de vida aos pacientes com este problema (PONTES, 2002).

Segundo Siqueira *et al* (2009), a mutilação cirúrgica decorrente do tratamento do câncer algumas vezes deixa sequelas inevitáveis, com grandes perdas estruturais, que levam a restrições funcionais na mastigação, deglutição e fala. Estas sequelas podem causar:

- exposição da mucosa oral aos traumatismos mecânicos durante a mastigação;
- limitar o convívio social;
- produzir alterações psicológicas graves e
- causar distúrbios estéticos e funcionais ao paciente.

A reabilitação protética reduz estes problemas, sendo indispensável para a recuperação e melhora da qualidade de vida do paciente. Com o avanço das técnicas cirúrgicas e protéticas é possível reabilitar pacientes com diferentes níveis de complexidade. Os implantes ósseo-integrados de titânio também permitiram grandes avanços nessa complexa área de reabilitação (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

3.5- Câncer Bucal e a Saúde Coletiva

A prevenção do câncer bucal está intimamente relacionada ao diagnóstico precoce e à mudança de comportamento do indivíduo, como medidas de abandono do uso de tabaco e bebidas alcoólicas, principalmente (FALCÃO *et al.*, 2010).

Do ponto de vista dos principais fatores comportamentais reconhecidos como de risco para o agravo, o registro de mortalidade crescente para a doença indica o muito que ainda há a ser feito para o controle do tabagismo e do alcoolismo, e para a redução de seus efeitos deletérios sobre a saúde coletiva (BIAZEVIC *et al.*, 2006).

Os serviços públicos de diagnóstico bucal e estomatologia, no que diz respeito ao tratamento de câncer bucal e aos resultados obtidos com este tratamento, deixam a desejar (COSTA & MIGLIORATI, 2001).

Deve-se garantir nas unidades básicas de saúde atenção ao atendimento da demanda espontânea de pacientes para detecção de câncer bucal e manter programas de educação continuada da população com relação aos fatores de risco, estabelecer datas e momentos de mobilização da opinião pública (ALMEIDA *et al.*, 2011).

A campanha de vacinação de idosos contra a gripe é uma campanha que reúne um público alvo (maiores de 60 anos) e é uma das de menor diferencial de utilização entre os estratos sociais. Assim constituiria importante implemento para os esforços de diagnóstico precoce de lesões e para a difusão de orientações acerca do auto-exame, em grupos de população menos susceptíveis a outras iniciativas de promoção da saúde na atenção básica (BIAZEVIC *et al.*, 2006).

No Brasil, a prevenção primária do câncer bucal consiste fundamentalmente em programas e medidas de combate ao consumo de tabaco e álcool, num esforço integrado de promoção da saúde que visa à redução de vários outros agravos. O exame visual da boca para detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores não sintomáticos é uma estratégia de prevenção secundária, a partir da qual se espera viabilizar o diagnóstico da doença em seus estágios iniciais e, assim, possibilitar um melhor prognóstico (ANTUNES *et al.*, 2007).

Com base em dados epidemiológicos e artigos científicos, abrangendo desde a primeira campanha nacional de prevenção de câncer bucal, de caráter não-governamental, pode-se concluir que nunca houve no Brasil uma ação nacional de educação em câncer bucal, abordando de forma ampla e irrestrita suas causas,

formas de prevenção e de diagnóstico precoce (ALMEIDA *et al.*, 2011). Além disso, estudos populacionais relativos ao câncer bucal e seus fatores de risco são escassos em nosso país (OLIVEIRA *et al.*, 2006)

Almeida *et al.*, 2011, relatam que estratégias de campanha de prevenção do câncer bucal devem englobar:

- Educação de profissionais de saúde, os quais participariam de uma capacitação sobre diversos temas relacionados ao assunto.

- Educação da população em geral. Utilizando anúncios em revista, rádio e televisão sobre o tema e na formulação de um folder sobre o auto-exame da boca e seus fatores de risco.

Outra forma de atuação que deve ser usada é aquela que utiliza ações de educação para saúde em currículos regulares dos ensinos médio e fundamental, atingindo assim um universo específico de estudantes, gerando a possibilidade destes alunos servirem de multiplicadores de informação (ALMEIDA *et al.*, 2011).

Sendo uma doença de fácil diagnóstico que requer apenas uma observação mais sistemática dos tecidos da cavidade bucal e reconhecimento das possíveis alterações encontradas, não se justifica que esta doença, altamente incapacitante, de alta letalidade e que vem atingindo um número cada vez maior de pessoas, não seja prevenida ou detectada precocemente (FALCÃO *et al.*, 2010). Assim, sendo a boca de fácil acesso, pode-se deduzir que existe uma deficiência importante no diagnóstico do câncer bucal no sistema de saúde como um todo (COSTA & MIGLIORATI, 2001).

Muitos fatores podem estar envolvidos no diagnóstico tardio deste câncer:

- o perfil do paciente portador de câncer bucal (fumante e/ou etilista severo);
- a falta de conhecimento da população sobre a doença;
- a baixa frequência dos pacientes a consultas odontológicas periódicas;
- a demora na sintomatologia da doença;
- a dificuldade de acesso a serviço de saúde especializado e
- a formação profissional deficiente nesta área (FALCÃO *et al.*, 2010).

Um estudo realizado com cirurgiões-dentistas de Feira de Santana, Bahia, revela que, em relação ao conhecimento sobre o câncer bucal, somente 3,8% o consideraram ótimo. Estes profissionais, apesar de conhecerem os fatores de risco, não investigam sobre a presença, não informam ou aconselham os pacientes sobre os mesmos durante a consulta. Ao fim de seu trabalho, os autores concluem que os

cirurgiões-dentistas não apresentaram o conhecimento mínimo necessário em relação à doença (FALCÃO *et al.*, 2010).

Essa situação sugere a necessidade de reformulação do ensino, a fim de capacitar os profissionais ao diagnóstico precoce e o investimento em políticas públicas saudáveis que possibilitem a adoção de estratégias de redução da morbimortalidade da doença (FALCÃO *et al.*, 2010).

Os baixos índices de sobrevida encontrados refletem a necessidade de maior atenção ao câncer bucal. A investigação do perfil e da sobrevivência dos pacientes de acordo com as regiões anatômicas específicas fornece bases científicas para orientar campanhas de prevenção educativas (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Os programas de saúde devem usar formas mais eficazes de divulgação e prevenção do câncer bucal. O grande número de analfabetos mostra que cartazes, cartilhas e panfletos não são veículos de divulgação satisfatórios para esse segmento da população (ABDO *et al.*, 2002).

Embora se saiba que o exame profissional e regular apresente evidências de efetividade no aumento da detecção precoce do câncer bucal, a realização periódica do auto-exame pode ser uma estratégia para o indivíduo perceber precocemente alterações dos tecidos e buscar auxílio. (FALCÃO *et al.*, 2010).

Sendo uma estratégia auxiliar para o diagnóstico precoce deste câncer, o auto-exame da boca pode ser ensinado em atividades de educação comunitária, em uma linguagem fácil e acessível à população. O auto-exame é um método simples, bastando para a sua realização um ambiente bem iluminado e um espelho. A finalidade deste exame é identificar anormalidades existentes na mucosa bucal, que alertem o indivíduo e o façam procurar um dentista ou um médico (BRASIL, 2002).

3.6 - Auto-exame

O passo a passo do auto-exame é o seguinte (BRASIL, 2002):

1. Lave bem a boca e remova as próteses dentárias, se for o caso.
2. De frente para o espelho, observe a pele do rosto e do pescoço. Veja se encontra algum sinal que não tenha notado antes. Toque suavemente, com a ponta dos dedos, todo o rosto.

3. Puxe com os dedos o lábio inferior para baixo, expondo a sua parte interna (mucosa). Em seguida, palpe todo o lábio. Puxe o lábio superior para cima e repita a palpação.
4. Com a ponta de um dedo indicador, afaste a bochecha para examinar a parte interna da mesma. Faça isso nos dois lados.
5. Com a ponta de um dedo indicador, percorra toda a gengiva superior e inferior.
6. Introduza o dedo indicador por baixo da língua e o polegar da mesma mão por baixo do queixo e procure palpar todo o soalho da boca.
7. Incline a cabeça para trás, e abrindo a boca o máximo possível examine atentamente o céu da boca. Palpe com um dedo indicador todo o céu da boca, em seguida diga ÁÁÁÁ... e observe o fundo da garganta.
8. Ponha a língua para fora e observe a sua parte de cima. Repita a observação com a língua levantada até o céu da boca. Em seguida, puxando a língua para a esquerda, observe o lado direito da mesma. Repita o procedimento para o lado esquerdo, puxando a língua para a direita.
9. Estique a língua para fora, segurando-a com um pedaço de gaze ou pano, e palpe em toda a sua extensão com os dedos indicador e polegar da outra mão.
10. Examine o pescoço. Compare os lados direito e esquerdo e veja se há diferença entre eles. Depois, palpe o lado esquerdo do pescoço com a mão direita. Repita o procedimento para o lado direito, palpando-o com a mão esquerda. Veja se existem caroços ou áreas endurecidas.
11. Finalmente, introduza um dos polegares por debaixo do queixo e palpe suavemente todo o seu contorno inferior.

Durante o exame, o paciente deve estar atento para:

- Mudanças na aparência dos lábios e parte interna da boca;
- Endurecimentos;
- Caroços;
- Feridas;
- Sangramento;
- Inchações;
- Áreas dormentes e
- Dentes amolecidos ou quebrados.

O auto-exame deve ser realizado regularmente e o paciente deve procurar um dentista ou um médico para a realização do exame clínico da boca, semestralmente ou anualmente (BRASIL, 2002).

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em função do contexto apresentado, é importante destacar a importância das atividades de prevenção primária, tais como controle do uso de tabaco, redução do consumo de álcool e estímulo à dieta com qualidade nutricional e à prática de atividades físicas regulares, com a finalidade de eliminação ou diminuição dos fatores de risco associados ao câncer. Como estes hábitos são fatores de risco comum para várias outras doenças, é importante pontuar que a prevenção do câncer bucal deve adotar uma abordagem de risco comum, integrando-se as iniciativas de promoção de saúde que visem a adoção de hábitos saudáveis, e de proteção específica como por exemplo as campanhas de vacinação contra gripe em idosos.

Deve-se investir na criação de campanhas baseadas nos níveis de informação e escolaridade apresentados pelos diversos grupos a receberem as estratégias de educação para a saúde. O Brasil possui um grande número de analfabetos e desta forma, por exemplo, o uso de panfletos, cartazes e cartilhas não gera grande impacto na modificação dos hábitos deletérios em populações não alfabetizadas.

Os baixos índices de sobrevivência encontrados refletem a necessidade de maior atenção ao câncer bucal, que quase sempre começa num local de fácil visualização e inspeção para o próprio paciente. Sugere-se que programas de diagnóstico e prevenção de câncer bucal devam e podem ser implementados em outros serviços de saúde, haja vista o baixo custo e a alta capacidade diagnóstica. É possível realizar ações educativas voltadas para o câncer bucal, com captação de recursos e agregando parceiros.

Os municípios podem arcar com a qualificação dos profissionais ou podem fazer uso de convênios com instituições não-governamentais. O autor participou de um destes convênios quando esteve trabalhando na atenção básica da prefeitura de Divinópolis. Nesta cidade existe a ACCCOM (Associação do Combate ao Câncer do Centro-Oeste de Minas) que realizou um convênio com os municípios da macro-região em que se comprometeu a treinar os cirurgiões dentistas com aulas teóricas e realização de biópsias para o combate ao câncer bucal, em contra-partida as prefeituras cederiam os profissionais nos dias específicos de treinamento. Estes profissionais (dois de cada prefeitura) seriam os multiplicadores de conhecimento

para os outros profissionais da rede. Foi uma experiência muito enriquecedora profissionalmente, pois a qualificação recebida não foi ofertada pela Universidade. Justamente por isso o autor optou por realizar uma monografia relacionada a este tema. Há muito a ser feito para modificar esta realidade.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO E.N.; GARROCHO A.A.; AGUIAR M.C.F. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol. 48, no.3, p.357-362, 2002.

ALMEIDA F.C.S.; SILVA D.P.; AMOROSO M.A.; BRITO E DIAS R.; JUNIOR O.C.; ARAÚJO M.E. Popularização do autoexame da boca:um exemplo de educação não formal - Parte II. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16(Supl. 1): 1589-1598, 2011.

ANTUNES J.L.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** , vol.21, no.1, p.30-36. Janeiro, 2007.

BIAZEVIC, M.G.H.; CASTELLANOS, R.A.; ANTUNES, J.L.F.; MICHEL-CROSATO, E. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22, n.10, p. 2105-2114, Out, 2006.

_____. Conduas do INCA/MS. Carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço: câncer da cavidade bucal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 361-76, 2001.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando Sobre Câncer da Boca**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

COSTA, E. G.; MIGLIORATI, C. A. Câncer bucal: Avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. **Rev. Bras. Cancerologia**. v. 47, n. 3, p. 283-289, 2001.

DAHER, G.C.A.; PEREIRA, G.A.; OLIVEIRA, A.C.D. Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003. **Rev. Bras. Epidemiol**. v. 11, n. 4, p. 584-96, 2008.

DEDIVITIS, A.R.; FRANÇA, C.M.; MAFRA, A.C.B; GUIMARÃES, F.T.; GUIMARÃES, A.V. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe **Rev. Bras. Otorrinolaringologia** v.70, n.1, p.35-40, jan./fev, 2004.

FALCÃO, M.M.L.; ALVES, T.D.B.; FREITAS, V.S.; COELHO, T.C.B. "Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal". **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 58, n.1, p. 27-33, jan./mar, 2010.

GORSKY, M.; EPSTEIN, J.B.; OAKLEY, C.; LE N.D.; HAY. J.; STEVENSON-MOORE, P. Carcinoma of the Tongue: a Case Series Analysis of Clinical Presentation, Risk Factors, Staging, and Outcome. **Oral Surg. Oral Med. Oral pathol. Oral Radiol endond.** v.98, n.5, p. 546-552, 2004.

GUERRA, M.R.; MOURA GALLO, C.V.; MENDONÇA, G.A.S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 51, n.3, p. 227-234, 2005.

MODESTO, D.L. **Avaliação das alterações orais em pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia.** 2006. 71 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica, área de concentração, Diagnóstico Bucal). Universidade Vale do Rio Verde, UNINCOR, Três Corações, 2006.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral & Maxilofacial.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

OLIVEIRA, L. R.; RIBEIRO-SILVA, A.; ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira . **J Bras Patol Med Lab** , v. 42 , n. 5 , p. 385-392. Outubro, 2006.

PARKIN, D.M.; BRAY, F.; FERLAY, J.; PISANI, P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J. Clin.*, v. 55, n. 2, p. 74-108, 2005 apud OLIVEIRA, L. R.; RIBEIRO-SILVA, A.; ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. **J. Bras. Patol. Med. Lab.** v. 42, n. 5, p. 385-392. Outubro, 2006.

PONTES, C.B.; FREITAS, K.M.; PARANHOS, H.F.O.; SPADARO, A.C.C. Reabilitação oral com prótese total em paciente curado de câncer bucal, tratado com cirurgia e radioterapia. **Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial**, Curitiba, Vol.4, n. 21, p. 402-406, 2002.

SANTOS, G.L.; FREITAS, V.S.; ANDRADE, M.C.; OLIVEIRA, M.C. Fumo e álcool como fatores de risco para o câncer bucal. **Odontol. Clín.Cient.**, Recife, 9 (2) 131-133, abr./jun., 2010.

SCIUBBA, J.J. Oral Cancer. The Importance of early Diagnosis and Treatment. **Am J Clin Dermatol**, v.2, n.4, p.239-251, 2001.

SCULLY, C.; PORTER, S. ABC of oral health. Oral cancer. **British Medical Journal**, v. 321, p. 97-100, 2000.

SIQUEIRA, J.T.T.; JALES, S.; VILARIM, R.C.B.; SIQUEIRA, S.R.D.T.; TEIXEIRA, M.J. Dor em pacientes com câncer de boca: do diagnóstico aos cuidados paliativos. **Rev. Dor**, v.10, n. 2, p. 150-157, Abr/Mai/Jun, 2009.