

**CÂNCER DE BOCA: DOS FATORES DE RISCO À PREVENÇÃO.
A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NESTE PROCESSO.**

Maria Clara Diniz de Oliveira
José Uchoa de carvalho
Antônio Alexandre Barbosa Santos
Magda Helena Rocha Dantas

Resumo

Devido ao aumento do número de casos de câncer de boca no Brasil, a Odontologia percebe a necessidade eminente de capacitar seus profissionais a detectar precocemente neoplasias malignas da cavidade oral. Através da revisão da literatura referente ao tema são abordados neste trabalho a etiologia da doença, suas características clínicas, métodos de diagnóstico e tratamento, com ênfase na sua prevenção, destacando-se a importância da educação da população sobre o tema, aprendizado da realização do auto-exame de boca e o papel imprescindível da equipe de saúde bucal em todo esse processo.

Palavras-chaves: Câncer de boca; Neoplasias malignas; Etiologia da doença; Educação da população; Auto-exame da boca.

Abstract

Due to the steady increase in the number of cases of mouth cancer in Brazil, the odontologists perceive the remarkable necessity of being quite able as professionals to detect malignant neoplasies in the oral socket precociously. By means of a careful analysis of the literature referring to the subject, the etiology of

the illness, its clinical characteristics, methods of diagnosis and treatment with emphasis in its prevention are the approaches of this study. The importance of the population's education regarding this subject, the training of people in the accomplishment of one's mouth auto-examination and the indispensable role of the buccal health team in all this process are put in strong relief.

Keywords: Mouth cancer; Malignant neoplasia; Etiology of the illness; Population's education; Mouth auto-examination.

I. INTRODUÇÃO

O câncer de boca é uma patologia que apesar de fácil identificação e diagnóstico, apresentando lesões precursoras bem definidas, tem seu diagnóstico realizado na maioria das vezes de forma tardia, comprometendo a eficácia do tratamento, a qualidade de vida do paciente e onerando os custos dispensados para o tratamento e reabilitação exigidos em casos avançados. O controle do câncer em nosso país representa, atualmente, um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta, pois sendo a segunda causa de morte por doença, demanda a realização de ações com variados graus de complexidade. Infelizmente, a maioria dos cânceres orais só é diagnosticada após já ter ocorrido a disseminação para os linfonodos da região mandibular e do pescoço. Devido à detecção tardia, 25% dos cânceres bucais são fatais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

No que tange ao câncer da boca, observou-se um aumento da taxa de mortalidade nos últimos anos, sendo este aumento principalmente observado no

sexo masculino. No Brasil, dados dos Registros de Câncer de Base Populacional mostram que o câncer de boca ocupa o 4º lugar entre os tipos de câncer mais incidentes no sexo masculino. Além disso, os dados dos Registros Hospitalares de Câncer brasileiros também mostram que a maioria dos pacientes chega aos hospitais em fase avançada, cujo tratamento deixa de ser curativo, e na maioria dos casos é mutilante, o que influi no tempo e qualidade de sobrevivência desses pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

O risco de câncer bucal é maior para os indivíduos tabagistas e alcoolistas. A combinação do álcool e do tabaco apresenta uma maior probabilidade de causar câncer que qualquer uma das duas substâncias usadas isoladamente. Cerca de dois terços dos cânceres orais ocorrem em homens, mas a incidência crescente do tabagismo entre mulheres ao longo das últimas décadas vem eliminando gradualmente essa diferença entre os sexos. O cigarro é uma das causas mais prováveis de câncer bucal, mais que o hábito de fumar charuto ou cachimbo. Uma área castanha, plana, comumente denominada como “mancha do fumante” pode aparecer no local onde habitualmente o tabagista mantém o cigarro ou o cachimbo nos lábios. Apenas uma biópsia pode determinar se a lesão é cancerosa ou não. A irritação mecânica crônica da mucosa oral provocada por bordas de unidades dentárias fraturadas, restaurações ou próteses dentárias mal-adaptadas pode também aumentar o risco de desenvolvimento do câncer bucal. Os indivíduos com antecedente de câncer oral apresentam um maior risco de desenvolver um outro tipo de câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Os cânceres bucais ocorrem mais comumente nas bordas laterais da língua, no assoalho da boca e no palato mole. Os cânceres da língua e do assoalho da boca geralmente são carcinomas epidermóides. Em indivíduos que possuem o hábito de mascar tabaco ou de cheirar rapé, as mucosas jugal e labial são localizações comuns de câncer. Esses cânceres freqüentemente são carcinomas verrucosos de crescimento lento, já o melanoma ocorre menos comumente na boca.

A falta de educação da população a respeito do câncer de oral, associado à negligência por parte de alguns cirurgiões-dentistas no exame minucioso dos tecidos moles da cavidade bucal, consiste nos principais entraves ao diagnóstico precoce desta patologia. Contribuindo dessa forma para que o câncer bucal ocupe o oitavo lugar entre as neoplasias mais freqüentes (ALVES, 2002). Vale ressaltar, ainda, que esta patologia não está exclusivamente relacionada a adultos e idosos, pois na faixa etária de 5 a 14 anos esta doença aparece entre as dez maiores causas de óbito, devendo, portanto, ser considerado um problema de saúde pública (THOMAZ, CUTRIM & LOPES, 2000).

É, portanto, fundamental que sejam articulados mecanismos por meio dos quais se possam promover o encontro de indivíduos motivados a cuidar de sua saúde com uma rede de serviços quantitativamente e qualitativamente capaz de suprir essa necessidade, em todo o território nacional. Para enfrentar tal desafio, a adoção de uma política que contemple, entre outras estratégias, a capacitação de recursos humanos para o diagnóstico precoce e prevenção do câncer, torna-se necessária para o seu efetivo controle.

Este trabalho consiste em uma proposta teórica baseada em levantamento bibliográfico, que objetiva enfatizar o papel mister da equipe de saúde bucal qualificada para diagnosticar, educar e conscientizar a população sobre esta patologia, para que se desenvolva em toda rede de saúde uma campanha efetiva na prevenção do câncer de boca, contribuindo assim para a ampliação da curabilidade e controle desta importante patologia.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVOS GERAIS

Realizar uma revisão da literatura acerca do câncer de boca, com ênfase na sua prevenção.

Enfatizar a importância da equipe de Saúde Bucal na prevenção desta patologia.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Enfatizar a resolutividade da educação da população, no que concerne ao aprendizado da realização do auto-exame da boca na prevenção do câncer bucal.

II. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Fatores de risco

Diversos fatores de risco estão envolvidos na carcinogênese oral, entre eles: tabaco, etilismo, radiação, deficiências de alguns fatores dietéticos, tais como: ferro, dieta pobre em proteínas, vitaminas (A, C e E) e dieta rica em gorduras e álcool, infecção por cândida, imunossupressão, má higiene oral, próteses mal adaptadas ou irritações crônicas da mucosa bucal, oncogenes e genes supressores de tumor, quando ativados ou inativados respectivamente, por diversos agentes carcinogênicos, tais como os vírus oncogênicos (NEVILLE et al., 1998; D’COSTA et al., 1998; BUSTUS, 1999; MORSE, 1999; FRANCESCHI, 2000.), entre eles o papiloma vírus humano (HPV) (SUGIYAMA, 2003; KANSKY, 2003; TANG, 2003).

Sendo o fumo um dos mais potentes agentes cancerígenos que o ser humano introduz voluntariamente no organismo, já tendo sido identificadas cerca de 4.700 substâncias tóxicas no tabaco e na fumaça que dele se desprende. Dentre elas, 60 apresentam ação carcinogênica conhecida, destacando-se os hidrocarbonetos policíclicos e as nitrosaminas específicas do tabaco. Além da ação dessas substâncias, a exposição contínua ao calor desprendido pela combustão do fumo potencializa as agressões sobre a mucosa da cavidade bucal – a temperatura de um cigarro aceso varia de 835 a 884 graus centígrados.

O uso do tabaco, fumado, mascado ou aspirado, constitui um dos principais fatores de risco do câncer de boca, o que vem sendo exaustivamente comprovado

por estudos epidemiológicos em todo mundo. A depender do tipo e da quantidade utilizados, os tabagistas apresentam uma probabilidade de quatro a quinze vezes maior em desenvolver câncer de boca que os não-tabagistas. (CARVALHO, 2003).

Em relação ao uso do álcool, existem muitas evidências sobre o seu potencial carcinogênico. O consumo de bebidas alcoólicas aumenta cerca de nove vezes o risco de câncer de boca, e quando associado ao tabagismo este risco torna-se trinta e cinco vezes maior.

Quando ocorre a interação álcool e tabaco, a relação dose-resposta do consumo de tabaco e álcool é evidente, confirmando a potencialização do risco. Nesses indivíduos o risco relativo de câncer bucal é potencializado, sendo de 141 vezes maior, quando o consumo concomitante destas duas substâncias é alto e prolongado.

Outro fator que influencia na etiologia do câncer oral é a dieta dos indivíduos. Estudos etiopatogênicos sobre o câncer oral revelam o papel protetor de certos elementos da dieta, como o betacaroteno, extremamente eficiente contra radicais livres de oxigênio, além de melhorar o sistema imunológico do indivíduo. Dietas inadequadas funcionam como fontes desses radicais livres, que são responsáveis por provocar alterações no DNA das células tornando os tecidos mais vulneráveis ao desenvolvimento do câncer. Diversas pesquisas revelam que deficiências nutricionais, como exemplo carência de antioxidantes, de vitaminas (A, C, E, entre outras), dieta rica em gorduras, álcool ou pobre em proteínas e alguns minerais, tais como ferro, cálcio e selênio, são consideradas como um fator de risco (TAVARES & NOMA, 1997).

Irritações mecânicas crônicas da mucosa oral provocada pela ação de próteses dentárias mal-adaptadas ou com câmaras de sucção, bordas de unidades dentárias fraturadas, constituem com o passar do tempo causas de lesões hiperplásicas, que potencialmente podem transformar-se em neoplasias malignas. Nos últimos anos o papilomavírus humano (HPV) tem sido implicado na etiologia do câncer oral. Mais de 100 tipos de HPV já foram identificados, sendo que os subtipos HPV-16, 18, 31 e 33 são os mais fortemente associados às displasias e ao carcinoma oral de células escamosas (SMITH et al, 2004; ZHANG et al, 2004; KUI, XIU & NING, 2003; SUGIYAMA et al., 2003; SCULLY, 2001; MILLER & JOHNSTONE, 2001). No entanto, alguns estudos na literatura, relatam uma baixa prevalência do HPV em lesões pré-cancerosas e cancerosas. Sendo, portanto o papel deste vírus na carcinogênese oral ainda controverso (CHEN et al, 2002; LO MUZIO et al, 1997; PATRICK et al, 2002).

A radiação solar representa um importante fator de risco para o desenvolvimento do câncer de lábio inferior, pois apesar de não ser radiação ionizante, é capaz de produzir lesões de importância biológica. Sabe-se que períodos superiores a quinze anos de exposição repetida e excessiva aos raios ultravioletas, principalmente em pessoas de cor clara, com pouca pigmentação melânica, provocam alterações capazes de evoluir para o carcinoma. Muitos fatores concorrem para a potencialização das radiações solares, tais como: tempo de exposição, tipo de radiação, comprimento de onda dessas radiações e ângulo de incidência, hora do dia, estação do ano e suscetibilidade individual.

Outros fatores, tais como: fatores ocupacionais devido aos tipos de trabalho em que determinados indivíduos se expõem a certos agentes químicos cancerígenos,

como exemplo nas indústrias de tecidos, metais, madeiras, agricultura, má higiene oral, pacientes portadores de cirrose hepática, também são considerados como fator de risco para o desenvolvimento do câncer de língua, lábio e assoalho de boca. Suscetibilidade genética, pacientes portadores de algumas síndromes específicas, como por exemplo, síndrome de Plummer-Vinson, também apresentam alta incidência de carcinomas de língua, faringe e esôfago.

O cirurgião-dentista, além de identificar e eliminar os fatores de risco para o câncer bucal, após um exame minucioso de toda cavidade oral associado a um exame igualmente detalhado de inspeção e palpação da região cervical deve detectar lesões suspeitas e proceder a suas biópsias. Nos casos de confirmação de lesões malignas o paciente é submetido à remoção cirúrgica da lesão, associado ao tratamento radioterápico quando indicado. Na ocorrência de lesões mais extensas, as cirurgias são mutiladoras levando a necessidade de reabilitações funcionais, estéticas e psicossociais, através de próteses buco-maxilo-faciais e realização de cirurgias plásticas. Proporcionando ao paciente uma maior qualidade de vida e reintegração do mesmo ao convívio social. O tratamento nestes casos é mais complexo envolvendo uma equipe multidisciplinar com profissionais especializados, equipamentos e tecnologias altamente avançadas (INCA, 2002; MAUCH, 1997).

2.2 Epidemiologia

O câncer oral representa cerca de três por cento dos casos de neoplasias malignas. É o sexto e o décimo-segundo tipo de câncer mais comum,

respectivamente em homens e mulheres. Noventa por cento das malignidades orais são carcinomas de células escamosas (espinocelular) (NEVILE et al., 1998). Estudos epidemiológicos recentes sugerem que a incidência das neoplasias orais tem aumentado significativamente nas últimas décadas; e assim como em outras neoplasias malignas, tem seu desenvolvimento estimulado pela interação de fatores ambientais e fatores próprios do indivíduo (CARVALHO, 2003).

CLARKSON & WORTHINGTON (2000), relatam que a incidência do câncer de boca varia de acordo com a idade, sexo, ocupação, raça, localização geográfica e anatômica. Segundo esses autores as faixas etárias mais atingidas pela doença são aquelas acima dos 50 anos, sendo o sexo masculino o mais atingido. A proporção de casos entre homens e mulheres é de 3:1, no entanto, estudos epidemiológicos sugerem que essa proporção entre os sexos deverá diminuir consideravelmente com o passar do tempo, devido ao fato de as mulheres terem modificado seus hábitos e costumes, principalmente com relação ao uso do fumo e do álcool. A ocupação parece ser um fator de risco para aqueles indivíduos que trabalham diretamente expostos ao sol, como os trabalhadores rurais, os quais são mais suscetíveis ao câncer de lábio inferior. No que concerne à raça os indivíduos brancos são os mais afetados, representando cerca de 92 por cento dos casos de câncer de boca (ELIAS et al, 2002).

Em relação à localização geográfica, sabe-se que a região está diretamente ligada ao número e tipos de câncer de boca, devido aos hábitos e costumes, como exemplo podemos citar os casos de ocorrência mais significativa de câncer de esôfago no estado do Rio Grande do Sul, atribuído ao consumo habitual do chimarrão quente.

Quanto à localização anatômica, a literatura descreve a localização mais comum do câncer de boca o de lábio inferior. Contudo, estudos recentes demonstram que tumores envolvendo a língua são responsáveis por aproximadamente 10 por cento dos casos de câncer de boca do Brasil. Em seu estágio inicial, o câncer de língua é sempre indolor e é quase sempre detectado durante um exame odontológico de rotina, comumente aparece nas bordas laterais da língua e raramente no dorso, exceto em indivíduos com antecedente de muitos anos de sífilis não tratada. Os carcinomas epidermóides (de células escamosas) da língua freqüentemente manifestam-se como úlceras abertas e tendem a crescer em direção às estruturas subjacentes. Uma área eritematosa na boca deve ser pesquisada como uma potencial lesão precursora de câncer (pré-cancerosa), portanto, qualquer indivíduo com uma área eritematosa em um dos lados da língua deve consultar um dentista.

O Câncer de assoalho de boca, inicialmente é sempre indolor e é geralmente detectado durante um exame odontológico de rotina. Assim como o câncer de língua, o câncer do assoalho da boca é habitualmente um carcinoma epidermóide que se manifesta como úlceras abertas que tendem a crescer em direção às estruturas subjacentes. Qualquer indivíduo com uma lesão eritroplásica no assoalho da boca deve consultar um dentista.

O câncer do palato mole pode ser um carcinoma epidermóide ou um câncer originado nas pequenas glândulas salivares localizadas no palato mole. O carcinoma epidermóide freqüentemente assemelha-se a uma úlcera. O câncer originado nas pequenas glândulas salivares comumente aparece como um pequeno aumento de volume.

Quando a mucosa oral sofre algum tipo de agressão durante um longo período, pode ocorrer o desenvolvimento de uma lesão branca e plana que não é eliminada pela fricção, denominada leucoplasia. A lesão apresenta coloração branca, pois se trata de uma camada espessa de queratina. A maioria das leucoplasias é decorrente da resposta fisiológica protetora da mucosa bucal contra outras lesões. No entanto, no processo de formação desse revestimento protetor, algumas células podem tornar-se cancerosas. Por outro lado, uma lesão vermelha na boca, denominada eritroplasia, é decorrente de um adelgaçamento do revestimento da mucosa oral. A área assume uma coloração vermelha porque os capilares subjacentes tornam-se mais visíveis. Em comparação com a leucoplasia, a eritroplasia é uma lesão que precede o câncer muito mais comumente. Todo indivíduo com qualquer lesão eritematosa na boca deve consultar um cirurgião-dentista (NEVILLE et al., 1998; REIS et al., 1997).

2.3 Diagnóstico

De acordo com as condutas do INCA, (2001), para o diagnóstico dos carcinomas epidermóides da cabeça e pescoço, entre os quais o câncer de boca é considerado o câncer mais comum da região da cabeça e pescoço, excluindo-se o câncer de pele, deve-se dividir a cavidade bucal nas seguintes regiões anatômicas: lábio, dois terços anteriores da língua, mucosa jugal, assoalho da boca, gengiva inferior, gengiva superior, região retromolar e palato duro.

Todas essas áreas apresentam drenagem linfática para o pescoço, sendo que a primeira estação de drenagem inclui os linfonodos jugulo-digástricos, jugulo-

omohioídeos, submandibulares e submentonianos. Linfonodos do segundo escalão de drenagem são os parotídeos, jugulares e cervicais posteriores superior e inferior.

A grande maioria dos tumores malignos da cavidade bucal é constituída pelo carcinoma epidermóide, que se classifica em: bem diferenciado, moderadamente diferenciado e pouco diferenciado.

O exame de toda a cavidade bucal deve ser realizado de maneira metódica, para que assim todas as áreas sejam examinadas. As lesões encontradas devem ser palpadas para a avaliação de seus limites reais e identificação de possível acometimento de estruturas adjacentes. A palpação das cadeias linfáticas cervicais deve completar o exame físico, sendo importante a determinação do tamanho dos linfonodos, sua mobilidade e relação com estruturas vizinhas.

A lesão deve ser submetida a uma biópsia, preferencialmente incisional, e ser encaminhada para o estudo histopatológico. Para que assim possa-se efetuar o diagnóstico. Se o profissional diagnosticar o câncer de boca em sua fase inicial e o tratamento for efetivado de imediato, o paciente tem de oitenta a oitenta e cinco por cento de chances de cura em contraposição de vinte a vinte e cinco por cento de chances quando o diagnóstico é feito em um estágio mais avançado da doença (CARVALHO, DIAS & CABRAL, 2003).

Infelizmente alguns profissionais ainda não estão devidamente capacitados para a detecção precoce do câncer de boca, não realizando exames minuciosos de toda cavidade oral, e por isso a maioria dos pacientes encaminhados aos centros de referência chega em estágios bastante avançados da doença. Associado à falta de capacitação de alguns profissionais, a falta de informação ainda permeia

grande parte da população sobre o câncer oral. E, para que se consiga diminuir a morbidade e mortalidade associadas ao câncer de boca é imprescindível diagnosticar precocemente essas lesões.

Programas de educação devem ser direcionados para a população no sentido de se buscar exames preventivos e o profissional deve estar capacitado e conscientizado para que realize exames da cavidade oral de forma detalhada e, ao encontrar lesões cancerizáveis ou sugestivas de câncer, proceder à biópsia ou encaminhar o paciente a um centro de referência.

2.4 Tratamento

O tratamento do câncer de boca deve ser programado em função da extensão da doença. O sistema de estadiamento consiste em avaliações clínicas baseadas na melhor determinação possível da extensão da lesão antes do tratamento. Essa avaliação clínica é baseada na inspeção e quando possível, palpação tanto por exame endoscópico indireto quanto direto, quando necessário. As áreas de drenagem devem ser examinadas por palpação cuidadosa.

Quando indicado, faz-se o estudo radiográfico panorâmico da mandíbula, para avaliação de acometimento ósseo, radiografia simples dos seios da face, para lesões de palato duro e, rotineiramente, faz-se raios-X do tórax (KLIGERMAN apud PETROIANU, 2001).

A tomografia computadorizada e o exame de ressonância magnética são procedimentos de exceção, devendo ser usados para avaliação da extensão da lesão em casos em que o exame clínico não é suficiente ou em casos em que o

tamanho do tumor ou o status dos linfonodos cervicais determinarão a operabilidade ou a extensão da cirurgia a ser proposta.

Os exames pré-operatórios consistem em hemograma completo, bioquímica sérica, eletrocardiograma e risco cirúrgico.

Dependendo do local e extensão do tumor primário e do status dos linfonodos cervicais, o tratamento do câncer da cavidade bucal pode ser cirúrgico, radioterápico, ou uma combinação de ambos. A cirurgia para ressecção dos tumores primários deve incluir sempre toda a lesão tumoral e uma margem de tecido livre de tumor em todas as dimensões (PARISE JR, 2000).

A radioterapia de lesões extensas deve incluir também as cadeias de drenagem linfáticas, mesmo quando clinicamente elas não estejam acometidas. Assim, as opções de tratamento vão variar de acordo com o estágio clínico das lesões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

O tratamento do Estádio I (T1 N0 M0) preferencialmente é cirúrgico e consiste na ressecção da lesão com margens de pelo menos um cm. Em casos de lesões localizadas na língua, deve-se associar o esvaziamento cervical supra-omohióide em virtude do alto índice de metástase cervical oculta. Nos casos de lesões em assoalho de boca a indicação de esvaziamento cervical eletivo supra-omohióide vai depender do caráter infiltrativo da lesão. Nos casos de pacientes com metástase cervical associar o esvaziamento cervical radical modificado em pacientes com apenas um linfonodo metastático e sem extravasamento capsular. Nos casos de mais de um linfonodo metastático ou extravasamento capsular, procede-se ao esvaziamento cervical radical.

Para lesões em Estádio II (T2 N0 M0) o tratamento de escolha é também cirúrgico, com ressecção da lesão com margens de pelo menos um cm. Nos casos de tumores localizados na língua ou assoalho de boca associar o esvaziamento cervical eletivo supra-omohióide. Para pacientes com metástase cervical associar o esvaziamento cervical modificado em pacientes com apenas um linfonodo metastático e sem extravasamento capsular. Nos casos de mais de um linfonodo metastático ou extravasamento capsular, procede-se ao esvaziamento cervical radical.

No Estádio III (T3 N0 M0) / T1,2,3 N1 M0) a cirurgia é o tratamento preferencial e consiste na ressecção completa da lesão com margens de no mínimo um cm e associada ao esvaziamento cervical supra-omohióide em casos de pescoço clinicamente negativo. Nos casos de pacientes com metástase cervical, associar o esvaziamento cervical radical modificado em pacientes com apenas um linfonodo metastático e sem extravasamento capsular. Nos casos de mais de um linfonodo metastático ou extravasamento capsular, procede-se ao esvaziamento cervical radical. A radioterapia deve ser usada como tratamento complementar, em casos de pescoço positivo ou lesão primária T3.

O tratamento do Estádio IV (T4 N0,1M0) / (T qualquer N2,3 M0) / (T qualquer N qualquer M1) preferencialmente é cirúrgico e consiste na ressecção completa da lesão com margens de no mínimo um cm e associada ao esvaziamento cervical supra-omohióide em casos de pescoço clinicamente negativo. Nos casos de pacientes com metástase cervical, associar o esvaziamento cervical radical modificado em pacientes com apenas um linfonodo metastático e sem extravasamento capsular. Nos casos de mais de um linfonodo metastático ou

extravasamento capsular, procede-se ao esvaziamento cervical radical. A radioterapia deve ser usada como tratamento complementar. Para pacientes considerados inoperáveis a radioterapia deve ser utilizada como tratamento exclusivo com objetivo de propiciar efeito paliativo. A mandíbula poderá ser ressecada parcialmente, procedimento denominado mandibulectomia marginal, em casos de invasão mínima.

Os pacientes deverão ser assistidos por fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo nas reabilitações pós-cirúrgicas.

Todos os pacientes tratados de câncer de boca devem manter-se sob uma rotina de acompanhamento em busca de detecção o mais precoce possível de qualquer recidiva da lesão primária ou metastática. O exame físico desses pacientes deve ser mensal no primeiro ano, trimestral no segundo, semestral após o terceiro ano e anual após o quinto ano. Este exame deve incluir: exame da cavidade bucal e cadeias linfáticas cervicais, avaliação do estado geral do paciente (qualidade de vida / ganho ponderal), radiografia simples do tórax realizada anualmente, esofagoscopia realizada anualmente com a finalidade de pesquisa de segundo tumor primário no trato aerodigestivo superior e laringoscopia indireta para pesquisa de segundo tumor primário no trato aerodigestivo superior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A terapia do câncer de boca pode associar a cirurgia, radioterapia ou quimioterapia. Independentemente do tipo de terapia a ser utilizada, o paciente estará sempre correndo o risco de sofrer complicações na cavidade oral. Estima-se que cerca de cinquenta por cento dos pacientes sofram algum tipo de complicação na cavidade oral em decorrência da terapia, tais como: dor, alteração

na forma e função da cavidade oral, mucosite oral e alteração do paladar, levando à perda do apetite, sangramento, xerostomia, cárie radífera, infecção e, em casos extremos osteorradiocrose da mandíbula.

O objetivo mais importante do tratamento deve ser a cura, com prolongamento da sobrevida em segundo plano. A abordagem multidisciplinar dos pacientes visa a melhor forma de curá-los e conservar a função do órgão acometido.

2.5 Prevenção

O câncer de boca sendo a condição mais séria entre as entidades patológicas que afetam a cavidade oral, levando à morte a grande maioria dos pacientes que, uma vez desinformados, demoram a procurar ajuda de um profissional, tem na grande maioria das vezes o seu diagnóstico realizado de forma tardia. O retardo no diagnóstico prende-se a vários fatores, entre eles: a desinformação da população leiga, que mantém crenças ultrapassadas e negativas sobre o câncer e seu prognóstico, a falta de alerta dos profissionais da saúde para o diagnóstico precoce dos casos, e a falta de rotinas abrangentes programadas nos serviços de saúde públicos e privados que favoreçam a detecção do câncer. Vale ainda ressaltar que a enfermidade, muitas vezes, exige internação hospitalar e acompanhamento ambulatorial freqüentes, tornando-se evidente o alto custo econômico do tratamento.

Chama-se atenção para o fato de que vários programas de saúde realizados no Brasil não têm considerado o diagnóstico precoce do câncer, mas apenas as doenças periodontal e cárie. HOROWITZ et al, 1995, afirmam que uma das

necessidades mais prementes, caso se queira diminuir a quantidade de indivíduos predispostos ao câncer oral, é se dar um enfoque educacional à população sobre os fatores de risco em relação ao câncer de boca em programas de promoção e educação em saúde oral. Entretanto, as campanhas educacionais e de incentivo à busca do saber não devem se restringir apenas à população, deve-se conscientizar também o cirurgião-dentista e toda a equipe de saúde bucal da necessidade constante de atualização e reciclagem profissional a respeito do tema.

O auto-exame da boca é uma das estratégias mais importantes para se obter o diagnóstico do câncer oral ainda em sua fase inicial, possibilitando uma melhora significativa no prognóstico do paciente. A realização do auto-exame mensal ou a cada seis meses é definido como um método simples e eficaz na busca de sinais precoces da doença. Este procedimento deveria ser sistematicamente ensinado nas atividades de educação comunitária em linguagem fácil e acessível à população. Entretanto a grande maioria da população ainda desconhece este fato (HASSAY, 1998).

O auto-exame da boca é um método simples de exame, sendo necessário para a sua realização um ambiente bem iluminado e um espelho, devendo-se procurar por mudanças de coloração da pele e da mucosa, endurecimentos, caroços, feridas que não cicatrizam em duas semanas, inchaços, áreas dormentes ou dolorosas, dentes fraturados ou com mobilidade e sangramento. A técnica de execução do auto-exame consta de preparo de boca - limpeza e remoção de próteses; inspeção da pele do rosto e pescoço; inspeção e palpação dos lábios; inspeção e palpação bochechas; inspeção e palpação de toda a gengiva; inspeção

e palpação do assoalho bucal e glândulas salivares; inspeção e palpação do palato duro, visualização do palato mole e orofaringe; inspeção, palpação e movimentação da língua, palpação do pescoço e de toda a cadeia cervical ganglionar.

TOMHAZ, CUTRIM & LOPES, (2000), realizaram um trabalho no estado do Maranhão, com o objetivo de realizar um programa de prevenção do câncer oral através do auto-exame da boca e do esclarecimento sobre a necessidade do diagnóstico precoce desta entidade patológica, contribuindo desta forma para a melhoria da saúde pública no estado. O trabalho constituiu-se na realização de palestras educacionais sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral realizadas em creches públicas, centros comunitários, hospitais públicos, escolas públicas estaduais de 2º grau, direcionadas a pessoas de comunidades carentes, sem distinção de sexo ou idade. Inicialmente foi aplicado um questionário referente ao câncer oral, em seguida foi realizada uma palestra utilizando uma linguagem simples, objetiva e compatível com o nível de instrução da platéia, posteriormente a palestra foi aplicado novamente o mesmo questionário com o intuito de avaliar os conhecimentos adquiridos pelo público, e em seguida foi distribuído um folder educativo a cada um dos participantes.

Com base nos resultados obtidos no trabalho realizado, os pesquisadores puderam constatar que os participantes do programa assimilaram bem as informações, revelando assim a importância de programas educacionais de prevenção primária no tocante à melhoria da saúde pública. Estes resultados somam-se aos resultados de programas educacionais realizados em outros locais, como o realizado em Bauru, no qual os pesquisadores concluíram a importância

fundamental da presença de um cirurgião dentista capacitado para ensinar o auto-exame da boca.

No município de Goiânia foi desenvolvido um programa de prevenção contra o câncer bucal cujas informações foram transmitidas à população através dos meios de comunicação, palestras, painéis, ensinando sobre o câncer oral e realização do auto-exame. Os pacientes foram examinados, conscientizados a respeito do tema e, quando necessário, encaminhados aos centros de referência em câncer oral. Os resultados iniciais do programa mostraram que os pacientes ainda são poucos informados sobre o câncer de boca, e que o sucesso dos programas de prevenção a cerca do tema depende da atuação de toda equipe de saúde bucal capacitada, motivada e atuante (MENDONÇA, VÊNCIO & CAIXETA, 1998).

Em Curitiba, devido à alta prevalência do câncer de boca foi criado o Centro de Diagnóstico de Lesões Bucais – CDLB, pela Secretaria Municipal de Saúde. Foram atendidos mil trezentos e dezesseis pacientes em um período de quinze meses, dos quais dois terços dos pacientes tiveram confirmação diagnóstica de alguma doença benigna ou maligna, com quinze casos de câncer bucal confirmado. Os resultados iniciais indicaram que, com o amadurecimento e ampliação do programa, existe um grande potencial de se causar impacto na saúde bucal da população, assim como na epidemiologia do câncer de boca em Curitiba (MIYACHI, S. et al, 2002).

O Instituto Nacional do Câncer – INCA, (2002), publicou como consenso do Seminário Interno de Prevenção e Controle do câncer, as seguintes recomendações: estimular o rastreamento oportunístico mediante sensibilização dos profissionais, Promover a sistematização do exame clínico da boca em

pacientes de alto risco (usuários de tabaco e álcool), estimular junto às universidades a inclusão da prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer de boca no currículo das escolas médicas e de odontologia, estimular através de campanhas educativas a higiene oral e a visita regular ao dentista (a cada seis meses) como medida de prevenção primária.

Uma maior conscientização e prevenção sobre o câncer oral deve ser proporcionado à população, através de programas de saúde bucal. No entanto, é importante salientar que a eficácia e o sucesso de um programa de prevenção sobre o câncer de boca deve basear-se na capacitação da equipe de saúde bucal, para que a mesma esteja apta e preparada para educar a população, pois quanto mais a comunidade estiver consciente dos cuidados que deve ter com a sua saúde maior será a procura pela prevenção e tratamento precoce desta grave patologia.

III. CONCLUSÃO

O câncer, nos anos 80, substituiu as doenças infecciosas e passou a ocupar o segundo lugar entre as causas de óbitos por doenças. Atualmente, ele ainda ocupa uma posição de destaque se mantendo em terceiro lugar como causa de morte da população brasileira. Esta modificação do perfil epidemiológico está relacionada às transformações ocorridas na estrutura sócio-econômica do país cuja conjugação industrial, aumento precoce da expectativa de vida e mudanças de hábitos propiciaram um incremento ao aglomerado populacional que se encontra exposto aos chamados fatores de risco para o câncer.

Segundo a literatura, o câncer de boca está entre as oito neoplasias mais freqüentes, com incidência de morte para os homens quatro vezes maior em relação à verificada para o sexo feminino. Acredita-se que a diferença pode ser atribuída ao fato de que os homens estão mais sujeitos aos fatores de risco para o câncer bucal do que as mulheres. Em relação às localizações primárias do câncer oral os estudos demonstram que a língua representa o local onde ocorre o maior número de casos, vindo a seguir na respectiva ordem, o lábio, assoalho de boca e gengiva. O tipo histológico mais freqüentemente encontrado, representando noventa por cento dos casos, é o carcinoma epidermóide.

A atual situação do câncer de boca no Brasil demonstra que embora existam alguns programas de saúde bucal sendo desenvolvidos, a maioria não aborda a prevenção do câncer oral, gerando dessa forma falta de conhecimento sobre o mesmo junto à população. Desse modo cria-se uma desarticulação entre as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce desta patologia.

O objetivo destes programas deve ser detectar precocemente o câncer de boca, com ênfase na sua prevenção e educação da população, através de palestras que informem sobre o câncer de boca e ensinem a realização do auto-exame, e concomitantemente, acompanhar e tratar os pacientes com diagnóstico confirmado.

O câncer boca, portanto, é um problema de saúde pública que possui métodos eficazes para sua prevenção e controle, porém, estes métodos não têm sido utilizados de forma adequada, através de programas de saúde coletiva que poderiam modificar o atual quadro brasileiro. Devido a esse fato, grande parte dos pacientes portadores de neoplasias malignas da cavidade oral chega aos serviços

de saúde especializados neste tipo de tratamento, já em fase avançada, quando o tratamento é altamente oneroso para o Estado. O paciente, por sua vez, passa por cirurgias muitas vezes mutiladoras, gerando conflitos internos, familiares e sociais. Quanto mais avançada a doença, maior o sofrimento do paciente e de seus familiares e, maiores os custos com internação hospitalar e acompanhamento ambulatorial. O investimento nas áreas de educação e promoção de saúde na prevenção e detecção precoce do câncer oral torna-s, portanto, bastante relevante não apenas para a saúde pública do nosso país, mais também no ponto de vista econômico e social.

Dois principais motivos apresentam-se como as principais causas da atual situação em relação ao câncer de boca no Brasil. O primeiro deles é o fato de os profissionais de saúde, por falta de capacitação específica, deixarem de diagnosticar lesões malignas iniciais em seus pacientes. O segundo se refere aos pacientes que, por desconhecimento, geralmente só procuram os serviços de saúde quando sentem dor ou quando a lesão já atingiu um tamanho razoável, fase na qual que geralmente já existem metástases.

De acordo com dados do Registro Hospitalar de Câncer do Instituto Nacional do Câncer, quarenta e dois por cento dos casos de câncer bucal são diagnosticados em estágio IV, e vinte e dois por cento em estágio III, caracterizando falhas na prevenção e detecção precoce da doença.

O cirurgião-dentista tem, portanto, o dever de informar-se e capacitar sua equipe de saúde bucal sobre o câncer oral, para que assim possam diagnosticar precocemente, tratar e prevenir esta patologia de forma eficaz.

A prevenção do câncer de boca, portanto, para surtir resultados satisfatórios deve focar-se em promoção de saúde, educando a população com ênfase na importância do auto-exame da boca e instruindo toda a equipe de saúde bucal sobre esta doença. Incentivando-a a adotar uma rotina de trabalho criteriosa que objetive a identificação precoce das condições cancerizáveis e suas lesões precursoras, além do diagnóstico das lesões malignas ainda em seus estágios iniciais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A.T.N.N.; MAIA, A.B.P.; LIBÉRIO, A.O.; PLASESI, J.L.; SOUZA, C.B.; RIBEIRO, B.F. Diagnóstico precoce e prevenção do câncer oral: um dever do cirurgião-dentista. *Revista Brasileira de Odontologia.*, 59 (4): 259-260, jul./ago, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. TNM. Classificação de tumores malignos. UICC, 6ed, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA/Pro-Onco. Condutas do INCA. Carcinoma Epidermóide da Cabeça e Pescoço. *Revista Brasileira de Cancerologia.*, 47 (4): 361-376, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. Prevenção e controle do câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia.*, 48 (3): 317-332, 2020.

BUSTUS, D.A.; PAVAN, J.V.; CARRICART, S.E.; TALAVERA, A.D.; SECCHI, D.; CARRICA, V.; PANICO, R.L.; GENDELMAN, H. Detección del virus papiloma

humano en lesiones cancerosas orales en la ciudad de Córdoba. Rev. Méd. Córdoba., 56 (1): 65-71, 1999.

CARVALHO, C. Cresce a incidência de câncer de boca no Brasil. Rev. Brasl. Odontol., 60 (1): 36-39, Jan./Fev, 2003.

CARVALHO, F. C. R.; DIAS, E. P.; CABRAL , M. G. Fatores prognósticos do câncer bucal. Rev. bras. Odontol., 60 (1): 21-23, jan.-fev, 2003.

CHEN, P.C.; KUO, C.; PAN, C.C.; CHOU, M.Y. Risk of oral associated with human papillomavirus in betel quid chewing, and cigarret smoking in Taiwan – molecular and epidemiological study of 58 cases. J. Oral Pathol. Med., 31 (6): 317-322, May, 2002.

CLARKSON, J. E.; WORTHINGTON, H. V. Oral cancer. Cochrane Database Syst Rev., 01 (2), 2000.

D´COSTA, J.; SARANATH, D.; DEDHIA, P.; SANGHVI, V.; MEHTA, A.R. Detection of HPV-16 genome in human oral cancers and potentially malignant lesions from India. Oral Oncology., 34: 413-420, 1998.

ELIAS, R.; OLIVA FILHO, A.; BARINO, B.; ANDRADE, T. Câncer bucal. J. Bras. Clin. Odontol., 36 (31): 25-.28, Jan/fev., 2002.

FRANCESCHI, S. Comparision of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. Oral oncol., 36 (1): 471-475, Sept, 2000.

HOROWITZ, A. M. Adult knowledge of risk factors and signs of cancers. J Am Dent Assoc., 126: 39-45, 1995.

HASSAY, A. Câncer bucal no setor público de saúde. Rev Brás Odontol., 55: 173-175, 1998.

KANSKY, A.A. POLJAK, M.; SEME, K.; KOCJAN, B.B.; GALE, N.; LUZAR, B. Human papillomavirus DNA in oral squamous cell carcinoma and in normal oral mucosa. *Acta Virol.*, 47 (1): 11-16, 2003.

KLIGERMAN, J. & LIMA, R.A. Tratamento cirúrgico do câncer de boca. Apud: PETROIANU, A. *Terapêutica cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 20-25, 2001.

KUI, L.L.; XIU, H.Z. & NING, L.Y. Condyloma acuminatum and human papilloma virus infection oral mucosa of children. *Pediatr. Dent.*, 25 (2): 149-153, May/Apr, 2003.

LO MUZIO, L.; MIGNOGNA, M.D.; STAIBANO, S.; DE VICO, G.; SALVATORE, G.; DAMIANO, S.; BUCCI, E.; PROCACCINI, M.; MEZZA, E.; DE ROSA, G. Morphometric study of Nucleolar Organiser Regions (AgNOR) in HPV- associated precancerous lesions and microinvasive carcinoma of the oral cavity. *Oral Oncology.*, 33 (4): 247-259, 1997.

MAUCH, S.D.N. Proposta de Programa de Prevenção e Diagnóstico Precoce de Câncer Bucal no Distrito Federal. *Revista de Saúde do Distrito Federal.*, 8 (4): 5-9, out/dez., 1997.

MENDONÇA, E. F.; VÊNCIO, E. F. & CAIXETA, W. B. C. Programa de prevenção do câncer bucal no município de Goiânia. *Robrac.*, 7 (23), 1998.

MILLER, C.S.; JOHNSTONE, B.M. Human papillomavirus as a risk factor for oral squamous cell carcinoma: a meta-analysis, 1982-1997. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*, 91 (6): 622-635, jun, 2001.

MORSE, D.E. Trends in the incidence of lip, oral and pharyngeal cancer. *Oral Oncol.*, 35 (1): 01-08, Jan, 1999.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. *Patología Oral & Maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan., p.252-313, 1998.

PATRICK, K., PAI, S.I.; WESTRA, W.H.; GILLISON, M.L.; TONG, B.C.; SIDRANSKY, D.; CALIFANO, J.A. Real-time quantitative demonstrates low prevalence of human papillomavirus type 16 in premalignant and malignant lesions of the oral cavity. *Clinical Cancer Research.*, 8: 1203-1209, May, 2002.

PARISE JR, O. Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos. 1ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

REIS, S. R. Et al. Fatores de risco do câncer da cavidade oral e da orofaringe. *Revista Pós-graduação.*, 2 (4): 127-132, abr-jun, 1997.

SCULLY,C. Oral squamous cell carcinoma; from an hypothesis about a vírus, to concern about possible sexual transmission. *Oral Oncology.*, 38: 227- 234, Aug, 2001.

SMITH, E.M.; RITCHIE, J.M.; SUMMERSGILL, K.F.; HOFFMAN, H.T.; WANG, D.H.; HAUGEN, T.H.; TUREK, L.P. Human papillomavirus in oral exfoliated cells and risk of head and neck cancer. *J Natl Cancer Inst.*, 96 (6): 449-455, mar, 2004.

SUGIYAMA, M.; BHAWAL, U.K.; DOHMEN, T.; ONO, S.; MIYAUCHI, M.; ISHIKAWA, T. Detection of human papillomavirus –16 and HPV-18 DNA in normal, dysplastic and malignant oral epithelium. *Oral and Maxillofacial Pathology.*; 95 (5): 594-600, May, 2003.

TANG, X.; JIA, L.; TAKAGI, M. Comparative study of HPV prevalence in japanese and north Chinese oral carcinoma. *Oral Pathol Med.*, 32 (7): 393-398. Aug, 2003.

TAVARES, M.R.; NOMA, R. K. Epidemiologia e fatores de riscos do câncer da cavidade oral. *Rev Méd.*, 76 (5): 256- 259. Set- out, 1997.

THOMAZ, E. B. A. F., CUTRIM, M. C. F.; LOPES, F. F. A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral. *Acta Oncol Brás.*, 20 (4): 149-152. Out-nov-dez, 2000.

ZHANG, Z.Y.; SEDK, P.; CAO, J.; CHEN, W.T. Human papilomavirus type 16 and 18 in oral squamous cell carcinoma and normal mucosa. *Int J Oral Maxillofac Surg.*, 33 (1): 71-74, jan, 2004.