

1 Introdução

Prevenir o aparecimento de um tipo de câncer é diminuir as chances de uma pessoa desenvolver essa doença através de ações que a afastem do que chamamos fatores de risco. O câncer é um somatório de fatores carcinógenos que podem levar ao aparecimento das doenças, fatores esses intrínsecos e extrínsecos. É uma doença agressiva, destrutiva, com capacidade para se desenvolver em outra região, podendo ser distante da região de origem do tumor (metástase), palavra que designa tumor maligno (INCA 2002; Silvestre, 2006).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA,2002), câncer ou neoplasia maligna é a doença assim denominada quando o tumor se dá pelo crescimento desorganizado do número de células. É um grupo de mais de cem doenças caracterizadas em comum, pela perda de controle da divisão celular e invasão de órgãos e tecidos podendo espalhar-se para outras regiões do corpo (metástases). A divisão celular se dá rapidamente, tendendo essas células a serem agressivas, formando o acúmulo das células cancerosas (tumor).

Quando tem início em tecidos epiteliais (pele ou mucosa) é denominado Carcinoma. Quando iniciado em tecido conjuntivo (osso, músculo ou cartilagem), denomina-se Sarcoma. Outra diferenciação entre os vários tipos de câncer é a velocidade com que as células se multiplicam e sua capacidade de invasão nos tecidos, órgãos vizinhos ou distantes (metástases) (INCA 2002).

Tommasi (1990) relata que o câncer bucal manifesta-se principalmente pelo aparecimento de feridas na boca que não cicatrizam após alguns dias. Podem surgir ulcerações superficiais com menos de dois cm de diâmetro, indolores, muitas vezes com sangramento e também manchas esbranquiçadas e/ou avermelhadas nos lábios ou na mucosa bucal. O estágio avançado da doença caracteriza-se pela

dificuldade para falar, mastigar e engolir, além de emagrecimento acentuado, dor e presença de linfadenopatia cervical (CARRION, 2008).

O câncer de boca também pode se apresentar como alteração de cor (manchas brancas, vermelhas e/ou pretas) e aumento de volume ("caroços", "carnes crescidas", "bolinhas"). Os locais preferencialmente acometidos são: lábio inferior, língua e assoalho de boca. A sintomatologia é pequena na fase inicial, sendo que o paciente procura atendimento somente quando sente dor, sintoma já característico de casos avançados. No Brasil, a estimativa média entre o início da sintomatologia e a procura pelo atendimento é de quatro a seis meses (INCA 2002; Silvestre, *et al* 2007).

De acordo com o Manual de Atenção Primária do Governo do Estado de Minas Gerais as lesões iniciais de câncer bucal são sempre indolores, e muitas vezes não são percebidas pelo usuário. Quando o câncer é diagnosticado nesta fase, sua cura pode aproximar-se dos 100%. Com a progressão da neoplasia, a possibilidade de cura se reduz (BRAGA, *et al.*2007).

É preciso concentrar esforços na educação dos profissionais da saúde que tenham contato com a cavidade bucal em atividade profissional. Cabe o cirurgião dentista examinar, reconhecer, diagnosticar e passar orientação com precisão e rapidez. Pode ser a primeira ou única chance de uma pessoa de risco ser diagnosticada precocemente. Também é preciso educar e orientar a população que, através do auto-exame, identificam-se alterações que podem ser os primeiros sinais de uma lesão bucal. Devido a isso, o cirurgião dentista tem papel fundamental na orientação e informação de seus pacientes para incentivá-los a realizarem o auto-exame da boca a fim de obter um diagnóstico precoce. Programas preventivos de câncer de boca podem e devem ser implantados devido ao baixo custo e por atingir um grande número de pessoas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FATORES DE RISCO

Os fatores de risco adquiridos ou herdados contribuem para o aparecimento do câncer bucal. Neste trabalho, abordaremos: tabagismo, etilismo, exposição solar, dieta não saudável, traumas crônicos, higienização bucal deficiente, patógenos e lesões pré-câncer.

2.1.1 TABACO

O tabaco é a principal causa de câncer de pulmão, faringe, laringe, bexiga, estômago, pâncreas e boca. No consultório odontológico é um tema difícil de abordar com o paciente. O dentista deve orientar seus pacientes e explicar que o tabaco além de iniciar o câncer bucal, atua nos processos de inibição da ação oxidante da saliva, na cicatrização dos tecidos orais, no aumento da queratina da mucosa, perdas dentárias, doenças periodontais além de causar defeitos congênitos. Sendo, deste modo, um importante fator de risco (FREITAS *et al*, 2010).

A boca está em contato direto com o tabaco. Este libera subprodutos que ressecam a mucosa, aumentando a camada de queratina o que facilita a ação de outros elementos carcinógenos (SILVESTRE, 2007).

A agressividade se dá pela liberação de substâncias cancerígenas aliada às altas temperaturas alcançadas pelo cigarro aceso. É importante salientar que o rapé e o tabaco para mascar também propiciam o aparecimento da doença porque deixam resíduos entre língua e bochechas o que favorece o contato prolongado dessas substâncias cancerígenas sobre a mucosa da boca (SILVESTRE, 2007).

O ato de fumar/mascar tabaco pode causar reações oxidativas nos tecidos, que implicam na iniciação de reações que produzem radicais livres nos eventos

celulares. Assim, a presença de oxigênio reativo pode causar dano às proteínas, carboidratos, lipídeos e DNA. O menor dano ao DNA pode resultar em mutagênese e alteração do ciclo celular. Vários produtos da combustão do ato de fumar tabaco são carcinogênicos, dentre os quais os hidrocarbonetos aromáticos polinucleares são predominantes. Um aumento da permeabilidade da mucosa bucal facilita a passagem da N-nitrosonorcicotina, uma das nitrosaminas carcinogênicas do cigarro (LEITE *et al.* 2005, apud SILVESTRE, 2007).

O tabaco associado ao álcool provoca sinergismo aumentando ainda mais a possibilidade de aparecimento do câncer bucal. Os não fumantes também podem ser acometidos pelos fatores etiológicos do câncer (SILVESTRE, 2007).

As medidas mais eficazes nos programas de controle do tabaco são aquelas destinadas a reduzir o consumo deste, tais como: elevar os impostos sobre os cigarros, informações aos consumidores, proibição de propagandas, fumarem em locais públicos e um maior acesso aos programas de cessação (FREITAS *et al.*, 2010).

2.1.2 ÁLCOOL

O etilismo constitui uma síndrome multifatorial, com comprometimento de origem física e mental, além dos impactos sociais. Ele se destaca hoje como um dos mais graves problemas de saúde pública, devido às complicações sobrevividas no plano somático e psíquico, além de profunda repercussão no meio social. É considerado o segundo fator causador do câncer de boca principalmente de língua e assoalho bucal (GIGLIOTTI *et al.*, 2007).

Reis e colaboradores, 1997, demonstram que substâncias tóxicas para os genes interagem com o DNA, provocando erros durante a multiplicação das células, o que pode acarretar no aparecimento do câncer. Quando a divisão celular é rápida e desordenada, devido à ação destas substâncias, o núcleo celular pode perder algumas porções de DNA, permanecendo do lado de fora do núcleo, e próximos a ele sob a forma de pequenas esferas (micronúcleos) o que indica que as células foram expostas às substâncias tóxicas, alterando o padrão de multiplicação celular produzindo lesões que podem levar ao desenvolvimento do câncer. O consumo de etanol, mesmo não associado ao tabagismo, induz a formação de micronúcleos nas células da língua. O acetaldeído, principal metabólito do etanol, parece agir como

solvente, facilitando a passagem de carcinógenos através das membranas celulares (SILVESTRE, 2007).

O fígado também é muito prejudicado com o consumo de álcool ficando incapaz de depurar as toxinas que, por sua vez, ficam no sangue podendo afetar tecidos distantes (SILVESTRE, 2007).

O álcool de forma crônica em contato direto com a mucosa atua como solvente expondo-a a fatores carcinogênicos facilitando a penetração de diferentes substâncias. Por isso, quando associado ao cigarro, as toxinas carcinogênicas deste penetram no organismo com facilidade. Além disto, o álcool provoca injúria nas células e diminui a velocidade de reação de defesa do organismo (CARRARD *et al.*, 2008).

O etilista é vítima de muito preconceito. Devido a isso, o cirurgião dentista tem que ter muito cuidado na abordagem deste assunto com o paciente. É muito importante descobrir a quantidade, frequência e composição da bebida ingerida. Pacientes etilistas não possuem bom prognóstico de câncer de cabeça e pescoço, pois o álcool afeta o sistema imunológico diminuindo o número e função das células de defesa. Soma-se a isso, o etilista se alimenta mal devido ao alto teor calórico do álcool potencializando o estado de imunossupressão (CARRARD *et al.*, 2008).

2.1.3 DIETA

Existem diversos estudos que relacionam a dieta inadequada (rica em gorduras, açúcares, sal) com a incidência do câncer bucal. Esses alimentos são fontes de radicais livres os quais alteram o DNA tornando-o mais vulnerável ao desenvolvimento da doença (MARCHIONEL, 2007).

Já foi verificado que pacientes com câncer apresentam uma diminuição sérica de vitamina C e sabe-se que a sua administração, em doses preconizadas, aumenta as defesas imunológicas (INCA, 2002).

O selênio também é um poderoso antioxidante e atua só ou em sinergismo com a vitamina E. Por estes motivos, o consumo habitual de frutas e vegetais frescos tem sido considerado um fator protetor contra o câncer de boca (INCA, 2002).

O Cirurgião dentista deve conversar sobre a dieta com seu paciente. A alimentação deve ser rica em frutas, verduras, legumes e vitaminas. Cabe ao profissional orientá-lo a respeito do aparecimento de problemas sistêmicos relacionados a uma dieta inadequada tais como: colesterol, problemas cardiovasculares, diabetes e o próprio câncer.

2.1.4 EXPOSIÇÃO SOLAR

Segundo Hirota, *et al.* (2006) a radiação solar é capaz, em longo prazo, de produzir lesões de significativa importância biológica. Sendo assim, a exposição crônica à luz solar representa um fator de risco importante para o Carcinoma espinocelular (CEC) do lábio inferior. Este tipo de lesão é comum entre militares, pescadores e agricultores. O risco depende da intensidade e do tempo de exposição, além da quantidade de pigmentação dos tecidos (CARRION, 2008).

As pessoas devem ser informadas sobre a utilização de chapéus, camisetas e bonés, principalmente aquelas que trabalham muito expostas ao sol, à utilização de protetores solares e labiais (sempre reaplicados a cada duas horas com fator de proteção 15, no mínimo), a evitarem sol das 10h e 16h (horário de verão) e a procurarem o cirurgião dentista para consulta odontológica de controle.

2.1.5 TRAUMAS CRÔNICOS/ HIGIENIZAÇÃO BUCAL

Traumas crônicos presentes de forma constante e prolongada sobre a mucosa da boca tais como próteses totais com câmara de sucção e/ou próteses mal adaptadas devem ser removidas e ajustadas porque essa ação contínua pode ser um co-fator do desenvolvimento do câncer por favorecer a ação de outros carcinógenos (PRADO, *et al*,2009).

A adequação do meio deve ser efetuada, removendo dentes ectópicos, promovendo profilaxia e remoção de tártaros e cáries como também exodontias de raízes residuais. Dentes fraturados devem ser removidos por causarem injúria nos tecidos da boca (PRADO, *et al*,2009).

Deve-se sempre estimular a realização diária da higienização oral utilizando escovas dentais adequadas com técnicas corretas de escovação e o fio dental.

2.1.6 PATÓGENOS

Apesar de controvérsias e dúvidas, o papiloma vírus humano (HPV) tem sido correlacionado com o câncer oral e de orofaringe. Consoante estudo de Papparotto Lopes e Meeks (2001), o sexo oral pode ser fator contributivo para a presença do HPV 16/18 no papiloma bucal, pois, neste estudo, todas as lesões positivas ocorreram em homens heterossexuais que admitiram contato sexual oral com parceiras femininas, e ainda, Herrero *et al* (2003) reportou a detecção do HPV-DNA em indivíduos que admitiram se relacionar sexualmente com mais de um parceiro, bem como praticar sexo oral; e Smith *et al* (2004), em seus estudos, também detectaram maior prevalência do vírus HPV-DNA em cânceres bucais de indivíduos praticantes de sexo oral-genital e ora-anal, apontando a transmissão via sexual como fator predisponente para aquisição deste vírus (VIDAL *et al*.2005).

2.1.7 LESÕES CANCERIZÁVEIS

Lesões cancerizáveis são benignas, porém, quando associadas aos fatores de risco podem ou não malignizar-se. Essas lesões são brancas ou vermelhas. No grupo das lesões brancas as principais são: leucoplasias, líquen plano, ceratose actínica. Dentre as lesões vermelhas estão as eritroplasias (PRADO *et al*,2009).

O Cirurgião dentista, através de exames complementares como a biópsia, é capaz de realizar o diagnóstico precoce melhorando o prognóstico e aumentando as chances de cura e sobrevida do paciente (PRADO *et al*, 2009).

3 OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo instrumentalizar e estimular a adoção de medidas preventivas e diagnósticas do câncer bucal entre cirurgiões-dentistas e usuários do Sistema Único de Saúde de Varginha, M. G. Entre os cirurgiões-dentistas pretende-se motivar a adoção e sistematização de condutas diagnósticas que possibilitem a detecção precoce da doença em suas diversas manifestações. Além disso, espera-se induzi-los à adoção de medidas educativas que, por sua vez, estimulem os usuários à adoção de comportamentos promotores da saúde, tais como mudanças de hábitos deletérios e a adoção do auto-exame como prática rotineira.

4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Como propostas de intervenção foram sugeridas e, posteriormente aprovadas, pela Secretária Municipal de Saúde de Varginha, as seguintes ações:

- a) Campanha sobre o Auto Exame da Cavidade Bucal, na praça central do Município de Varginha, como também, em Campanhas de Vacinação de idosos e crianças, com distribuição de cartilhas explicativas sobre os fatores de risco para o câncer de boca e auto-exame;
- b) Capacitação dos cinquenta e quatro (54) profissionais da Rede Pública sobre as lesões cancerizáveis, diagnóstico, tratamento;
- c) Criação de fluxograma de encaminhamento das UBS para o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), para estomatologista, a fim de realizar diagnóstico, tratamento e, quando necessário, encaminhamento e contra-referência para unidade básica.

4.1. O EXAME CLÍNICO

O Cirurgião dentista tem papel fundamental no diagnóstico precoce do câncer, pois é fácil seu acesso à cavidade oral. O exame clínico deve ser amplo, completo e ter uma sequência apropriada de modo que não se omita ou se esqueça de nenhum detalhe, sem ser fútil ou superficial na obtenção de dados inúteis ou que o profissional não saiba avaliá-los. Um exame clínico completo requer tato, habilidade e paciência (KIGNEL, 2007).

A ficha clínica do paciente (exame clínico, conduta e preservação) deve ser sempre preenchida de maneira cuidadosa e principalmente legível, de modo que o próprio dentista ou outro profissional possa, após algum tempo, compreender e acompanhar toda a evolução do caso clínico. Tradicionalmente o exame clínico divide-se em anamnese (exame subjetivo) e exame físico (exame objetivo). O primeiro visa à coleta de sintomas e o segundo estuda os sinais (KIGNEL, 2007).

A anamnese deverá ser realizada pelo dentista a fim de estabelecer o primeiro contato dentista-paciente e criar vínculo. É verificado qual a queixa principal, sua duração, a história da doença atual, hábitos, vícios e antecedentes familiares. O profissional deve prestar atenção aos sintomas não-verbalizados, à comunicação não-verbal: sorriso, movimentos corporais, tom de voz, as pausas, velocidade e lapsos de linguagem (KIGNEL, 2007).

No exame físico geral, o paciente deverá remover as próteses, se as possuir, lavar bem a boca e tanto paciente quanto dentista deve estar num mesmo plano. O dentista tem que realizar a inspeção e observar toda face e pescoço a procura de sinais, manchas, caroços, assimetrias, feridas que sangram e não cicatrizam. É realizada a palpação utilizando as manobras: digital; bidigital; digitopalmar; auscultação; olfação; punção, se necessário, com finalidade diagnóstica; percussão; raspagem; vitropressão (diascopia) e fotografias (KIGNEL, 2007).

No exame intra-bucal o dentista deve ficar atento aos lábios observando se há presença de lesões, modificação de volume, alterações de forma e simetria, coloração e alterações da rima labial.

Na inspeção da mucosa jugal e fundo de sulco desde a região retro-comissural até seu limite posterior, a mucosa deve ser bem afastada com o dedo ou espelho e observar se há presença de lesões e sua coloração bem como alterações de forma e simetria. O fundo de sulco é estudado utilizando a palpação digital (KIGNEL, 2007).

No rebordo alveolar observa-se presença de lesões e seu contorno, alterações de cor e textura. A palpação digital é realizada pressionando-se o tecido contra o osso (KIGNEL, 2007).

O assoalho bucal, para um melhor detalhamento, seca-se com gaze e observa se há presença de lesões e coloração, modificação do volume e a textura da mucosa (KIGNEL, 2007).

O estudo da língua abrange o dorso, ventre e bordas laterais. Observa-se presença de lesões, coloração e textura, sua forma e tamanho e mobilidade (KIGNEL, 2007).

Para o palato duro, o paciente deve estar com a cabeça bem inclinada para trás. Verificar se há presença de lesões, sua coloração, forma e textura (KIGNEL, 2007).

Por fim, observar o palato mole e porção visível da orofaringe observando presença de lesões, coloração e textura e sua mobilidade. O abaixamento da língua é necessário (KIGNEL, 2007).

Toda realização do exame clínico se faz na procura de alterações de normalidade que, geralmente, em 15 dias ainda permanecem na cavidade oral (KIGNEL, 2007).

O dentista deve realizar um exame clínico minucioso utilizando um local com iluminação natural ou fonte de luz direta, realizar o afastamento e secagem das estruturas da boca, espelho bucal, abaixador de língua, espátulas de madeira, luvas descartáveis, gaze além de possuir conhecimento e contar com a cooperação do paciente (KIGNEL, 2007).

4.2. AUTO-EXAME

A finalidade do auto-exame é identificar anormalidades existentes na mucosa da boca, que alertem o indivíduo e o façam procurar um cirurgião dentista (AUGUSTO *et al*, 2007). Cabe ao profissional de saúde bucal estimular os pacientes à sua execução rotineira. Deve ser realizado em um local bem iluminado, diante do espelho (Figuras 1 a 6).

Devem ser observados sinais como mudança na cor da pele e mucosas, endurecimentos, caroços, feridas, inchações, áreas dormentes, dentes quebrados ou amolecidos e úlcera rasa, indolor e avermelhada. O auto-exame deve ser realizado da nas seguintes etapas (VARGINHA, 2010):

- Lavar bem a boca e remover próteses dentárias, se este for o caso;
- De frente para o espelho, observar a pele do rosto e do pescoço. Veja se encontra algum sinal que não tenha notado antes. Tocar suavemente com as pontas dos dedos todo o rosto;
- Com a ponta do dedo indicador, afastar a bochecha para examinar a parte interna da mesma. Realizar isto dos dois lados;

- Com a ponta do dedo indicador, percorrer toda a gengiva superior e inferior;
- Introduzir o dedo indicador, por baixo da língua e o polegar da mesma mão por baixo do queixo e procurar palpar todo o assoalho da boca;
- Inclinar a cabeça para trás e abrindo a boca o máximo possível, examinar atentamente o céu da boca. Palpar com o dedo indicador todo o céu da boca. Em seguida diga ÀÀÀÀ...E observar o fundo da garganta;
- Examinar o pescoço. Comparar os lados direito e esquerdo e ver se há diferenças entre eles. Depois, apalpar o lado esquerdo do pescoço com a mão direita. Repetir o procedimento para o lado direito, palpando com a mão esquerda. Veja se existem caroços ou áreas endurecidas;
- Finalmente, introduzir o polegar por debaixo do queixo e apalpar suavemente todo o seu contorno inferior. (VARGINHA, 2010).

O QUE PROCURAR?

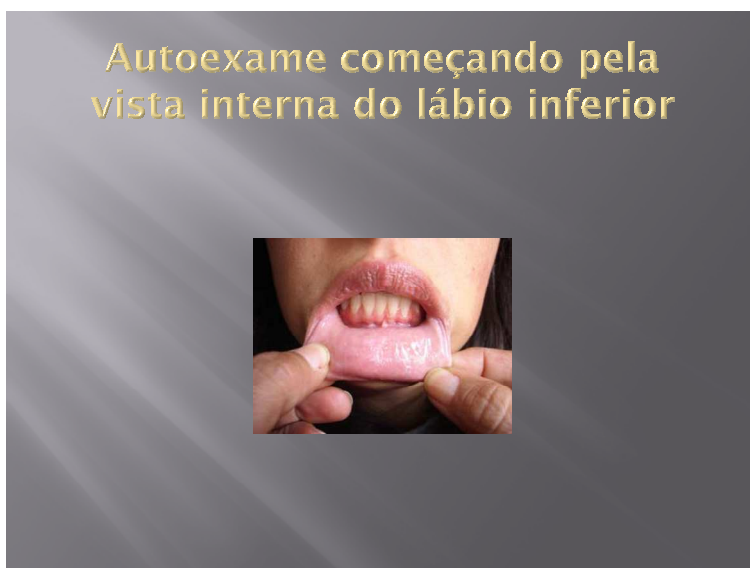
- Mudança na cor da pele e mucosas;
- Partes endurecidas;
- Caroços e abscessos;
- Feridas que não cicatrizam dentro de 14 dias;
- Inchaços;
- Áreas dormentes;
- Dentes amolecidos;
- Dificuldade em engolir, falar ou mastigar (VARGINHA, 2010).

Todas as regiões da boca devem ser examinadas. Procurar um espelho em um local bem iluminado e observar:

- Lábio;
- Língua (principalmente as bordas);
- Assoalho (região embaixo da língua);
- Gengivas;
- Mucosa jugal (bochecha);
- Palato (céu da boca);

- Tonsilas ou amídalas (VARGINHA, 2010).

Figura 1



(PRADO, *et al* 2009).

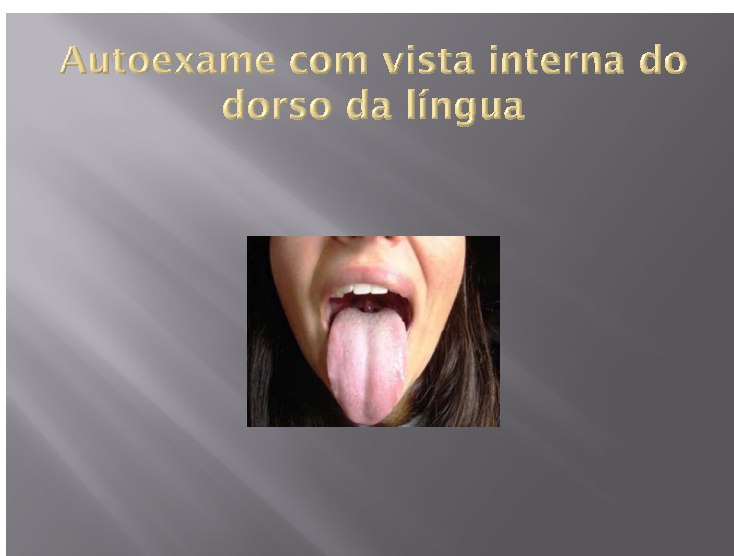
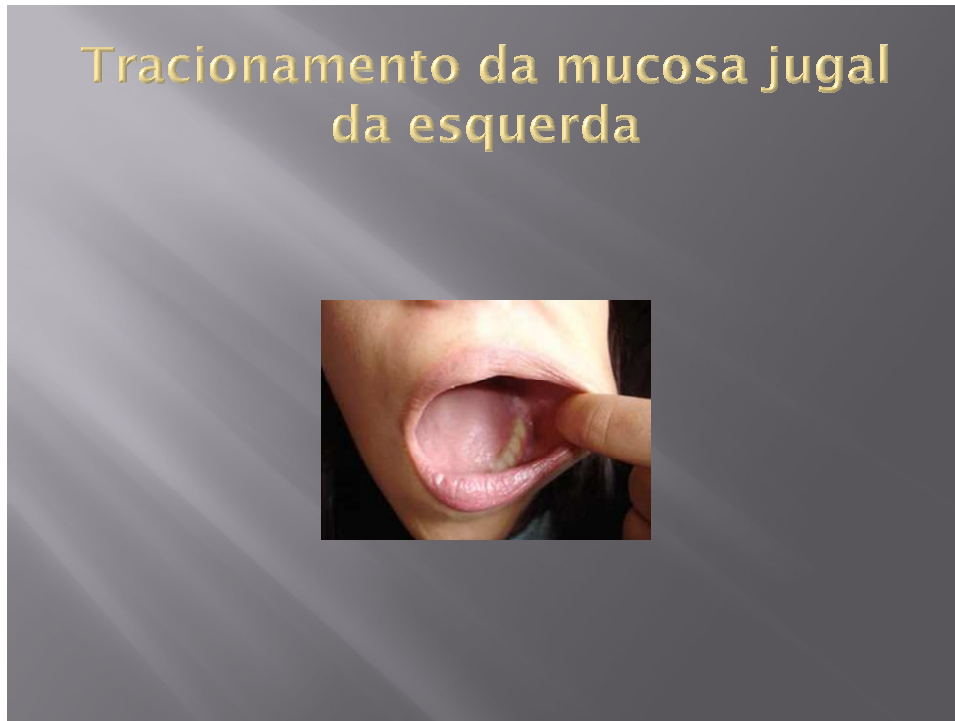


Figura 2

(PRADO, *et al* 2009).

Figura 3



(PRADO, *et al* 2009).

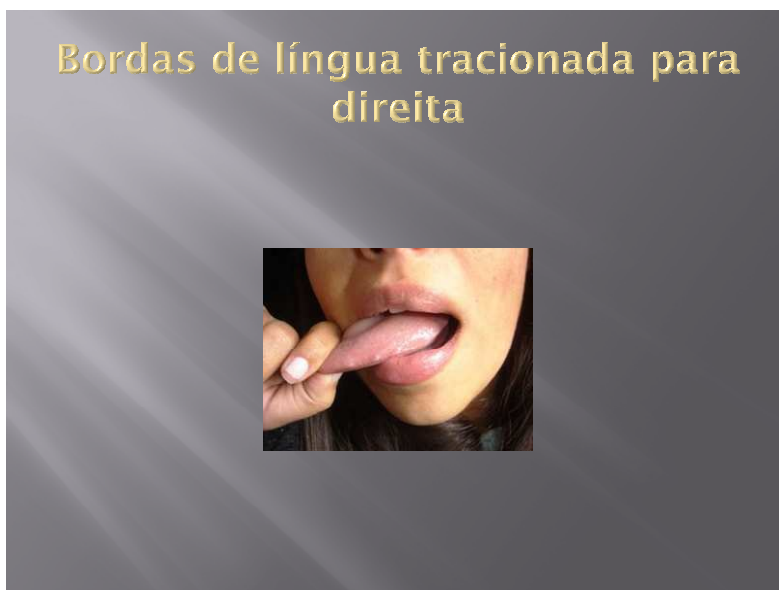


Figura 4 (PRADO *et al*, 2009).

Bordas da língua tracionada para esquerda



Figura 5 (PRADO, *et al* 2009)

Vista do palato duro e mole, tonsilas e região posterior da boca



Figura 6 (PRADO, *et al* 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de boca é um problema de saúde pública. O conhecimento dos fatores de risco é relevante e com a iniciação de programas preventivos relacionados a esses fatores e ao câncer de boca pretende-se reduzir o número de novos casos da doença.

Os programas preventivos do câncer de boca podem e devem ser implantados devido ao baixo custo e por atingir um grande número de indivíduos.

O cirurgião dentista deve ser difusor de informações assim como orientar o paciente na realização do auto-exame da boca a fim de realizar o diagnóstico precoce. É necessário que o exame bucal e auto-exame faça parte da rotina dos cirurgiões dentistas e pacientes.

Este estudo será utilizado como instrumento de divulgação e motivação junto aos profissionais de saúde bucal e usuários do Sistema Único de Saúde do município de Varginha, MG

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Augusto, T. A, et al. Medidas Preventivas do Câncer Bucal-revisão de Literatura. Prêmio Colgate Profissional-Prevenção na área de saúde bucal. Campinas, Fevereiro de 2007.

Braga, W, T, et al. Atenção em Saúde Bucal: Secretaria do Estado de Minas Gerais. 2 ed. Belo Horizonte, 2007.

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

Carrion, S. J. A exposição solar como fator de Risco ao desenvolvimento do Carcinoma espinocelular de lábio: uma revisão de literatura. Rio de Janeiro, 2008 22.f. 30 cm.

Freitas A. R. et al. Restrição ao uso de tabaco e a prevenção do câncer bucal. Arq Ciênc Saúde 2010 jan - mar; 17(1): 54-7.

Kignel, Sergio. et al. Estomatologia base do diagnóstico para o clínico geral. . 1. ed. São Paulo: Robe, 2007. 450p.

Marchionel, D. M. L. et al. Fatores dietéticos se câncer oral: estudo caso-controle na Região Metropolitana d São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3): 553-564, mar, 2007.

Prado B. N.; Passarelli D. H. C. Uma Nova Visão Sobre Prevenção do Câncer Bucal no Consultório Odontológico. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo 2009 jan - abr. 21(1): 79-85

Silvestre, J. A. O.; Jeronymo, D.V.Z. Câncer Bucal e sua Correlação com Tabagismo e Alcoolismo. Revista Eletrônica Lato Sensu – Ano 2, nº1, julho de 2007. ISSN 1980-6116.

Vidal, A. K. L. et al. Papiloma Virus Humano (HPV) como fator de risco para o Carcinoma Escamoso celular (CEC) Oral – Revisão de Literatura. Odontologia. Clín.-Científ. Recife, 5 (1) : 07-25, jan/mar., 2005.