

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

ANA APARECIDA FERNANDES MONTEIRO

**PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER
BUCAL NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.**

Belo Horizonte – MG
2010

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

ANA APARECIDA FERNANDES MONTEIRO

**PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER
BUCAL NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Horácio Faria

Belo Horizonte – MG
2010

Monografia intitulada “Prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal na rede de atenção primária”, de autoria de Ana Aparecida Fernandes Monteiro e aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

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

Belo Horizonte
2010

RESUMO

O câncer representa um importante problema de saúde pública no mundo, devido ao aumento da sua prevalência, além do grande impacto individual, institucional e social. O câncer de boca representa o quinto lugar em incidência. O objetivo deste trabalho foi definir diretrizes para a implementação de ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal na rede de atenção primária, usando para tal finalidade a revisão de artigos literários e a caracterização do trabalho já existente nesse segmento de atenção. Concluiu-se que deve haver uma potencialização do trabalho, dando maior ênfase as ações de promoção e prevenção, incluindo tanto as ações individuais quanto as coletivas. Havendo maior conscientização sobre a doença e suas conseqüências é possível prevenir o câncer de boca, que, quando diagnosticado precocemente, tem aumentada a possibilidade de sua cura completa.

Palavras-chave: câncer de boca; prevenção; diagnóstico; atenção primária

ABSTRACT

Cancer represents a major public health problem worldwide due to its increased prevalence, and the great impact the individual, institutional and social. Oral cancer is the fifth in incidence. The objective of this study was to define guidelines for the implementation of prevention and early diagnosis of oral cancer in primary care network, using for this purpose to review the articles and literary characterization of existing work in this segment of attention. It was concluded that there should be an augmentation of labor, a greater emphasis on the promotion and prevention, including both the individual and collective actions. If there is greater awareness about the disease and its consequences can prevent cancer of the mouth, which, when diagnosed early, has increased the possibility of its complete cure.

Keywords: oral cancer - prevention - diagnosis - primary

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. JUSTIFICATIVA.....	8
3. OBJETIVOS.....	9
3.1 Objetivo Geral.....	9
3.2 Objetivos Específicos.....	9
4. METODOLOGIA.....	10
5. ESTUDO E CONCEITUAÇÕES.....	12
5.1 Prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal.....	12
5.2 Caracterização do trabalho da atenção primária em unidade de saúde em prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal no Município de Contagem.....	28
5.3 Definição de diretrizes gerais para potencialização do serviço de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal no Município de Contagem	31
6. CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	37

INTRODUÇÃO

O câncer é um grave problema de saúde pública mundial. O câncer de boca é o quinto tipo em incidência, apresentando um importante significado dadas as suas características de doença mutiladora, sendo sofrível o perfil de sobrevivência dos pacientes associados ao retardo no diagnóstico, além de ser considerado um importante indicador da existência de uma grande pobreza social (BIAZEVIC, 2003).

No Brasil, dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) mostram que o câncer bucal representa o quinto lugar entre os tumores que acometem os homens e sétimo entre as mulheres e é considerado o câncer mais comum da região de cabeça e pescoço, excluindo-se o câncer de pele. Estima para 2010 uma taxa bruta em homens e mulheres respectivamente, de 10,64 e 3,76 casos novos por 100.000 habitantes. Minas Gerais tem uma taxa bruta estimada de 8,67 para homens e 2,93 para mulheres casos novos por 100.000 habitantes. (INCA, 2010)

“O câncer de boca está relacionado a fatores de risco evitáveis, os principais são o fumo, a ingestão crônica de bebidas alcoólicas e a exposição prolongada à radiação solar” (AFONSO *et al.*, 1993). A combinação entre o tabagismo, o etilismo e a higiene oral negligenciada, é a causa de 80% das neoplasias bucais. Embora seja uma doença mais freqüente no sexo masculino, tem-se verificado um aumento de risco para cânceres da orofaringe e da cavidade bucal em mulheres, estando esse fato relacionado ao aumento do consumo do tabaco e a ingestão de álcool entre esse grupo (CARVALHO, 2001).

“Dentre os cânceres de boca, o carcinoma espinocelular representa aproximadamente 90% das neoplasias malignas. Acomete principalmente indivíduos do sexo masculino, com mais de 40 anos de idade, embora um número crescente desta doença venha sendo documentado em adultos jovens nos últimos anos.” (CARVALHO, *et al.* 2001).

A incidência do câncer de forma geral tem aumentado muito em todo o país, e dentre eles o câncer bucal. Isso se deve muito ao fato de um maior crescimento da expectativa de vida da população, que conseqüentemente leva ao aumento do aparecimento de doenças crônicas. (INCA, 2009)

Diante desses fatos, a prevenção do câncer de boca adquire grande relevância em saúde pública, se considerarmos que a abordagem preventiva é compatível com natureza dessa doença, pois a boca favorece o acesso visual. Além disso, é possível esclarecer a população sobre a necessidade da eliminação dos fatores de riscos associados ao desenvolvimento do câncer (NAVARRO, 2003, NAGÃO, 2000, 2003).

Por meio de revisão literária mais recente, pode-se relatar que no Brasil existe uma prevenção do câncer de boca, que consiste fundamentalmente em programas e medidas de combate ao consumo de tabaco e álcool, isso é prevenção primária, num esforço integrado de promoção da saúde que visa a redução de vários outros agravos. (ANTUNES, *et al.*, 2007).

O exame visual da boca para detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores não sintomáticos é uma estratégia de prevenção secundária, intuitiva e atraente, a partir da qual se espera o diagnóstico da doença em seus estágios iniciais e, assim, possibilitar um melhor prognóstico por meio da pronta e efetiva intervenção terapêutica. (ANTUNES, *et al.*, 2007)

Alguns estudos mostram que os encaminhamentos dos pacientes para o tratamento e o estadiamento dos tumores foram feitos mais pelos médicos do que pelos dentistas (somente 10% dos casos). Nota-se então a necessidade de um treinamento e uma capacitação mais adequada para os profissionais da equipe de saúde bucal, além das estratégias de prevenção e educação da população. (DETIVITIS, *et al.* 2004).

Assim, o Ministério da Saúde, por meio do programa *Brasil Sorridente*, tem investido nas ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, habilitando os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), pois, um dos fatores que dificultam a detecção do câncer bucal é o acesso aos serviços odontológicos. Um passo para aumentar esse acesso foi a inclusão do diagnóstico nas atividades de todas as Equipes de Saúde Bucal (ESB). A partir do momento em que a pessoa é diagnosticada com a doença, ela é encaminhada para tratamento. A ideia é que os CEO possam cuidar dos casos em estágio inicial. Pacientes com a doença em nível mais avançado serão encaminhados para as unidades de alta complexidade do SUS. Junto com as ações de diagnóstico e tratamento, o Ministério da Saúde realiza campanhas de informação de caráter permanente. (BRASIL, 2006).

2 JUSTIFICATIVA

Por meio de estudos e análises da literatura recente e com base nos dados do INCA, pude perceber a real necessidade do combate ao câncer bucal, considerando inclusive que este é um problema de saúde pública e, portanto, deve ser abordado como tal.

Mesmo que a cavidade bucal seja de fácil acesso tanto para os profissionais como para o paciente, o que se observa é um diagnóstico tardio tanto da lesão primária quanto da metástase cervical, chegando a maioria das pessoas para tratamento já em fase avançada, acarretando assim um grande malefício para o paciente e um aumento nos custos do tratamento para as instituições.

Ressalto, então, a importância e a necessidade um trabalho mais abrangente, abordando a promoção da saúde e a proteção específica, no caso a prevenção primária, pois essas constituem, sem sombra de dúvida, as formas mais efetivas de prevenir os agravos à saúde, sendo invariavelmente também, a melhor e principal forma de atuação do profissional na “luta contra o câncer”. Acredito, portanto, que esse trabalho que me proponho a fazer sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal na rede de atenção primária será de grande ajuda no enfrentamento dessa doença, esclarecendo e chamando a atenção para sua ocorrência e seus agravos.

Assim sendo, a promoção da saúde pode ser conseguida por meio de ações educativas, tentando-se mudar valores e comportamento do paciente, fazendo com este atue mais na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Orientando o paciente quanto aos riscos evitáveis, como os malefícios do fumo, álcool, exposição excessiva ao sol, a importância de uma boa higiene e saúde bucal, da integridade dos elementos dentais e aparelhos protéticos, dos benefícios da alimentação balanceada, orientando também sobre a importância e a técnica de auto-exame.

O diagnóstico precoce pode ser viabilizado pelos profissionais da área de odontologia, (equipes de saúde bucal capacitados), que ao abordarem os pacientes devem preocupar-se inicialmente em constatar a normalidade, e diante de qualquer alteração, implementar a

metodologia clínica necessária para o equacionar do diagnóstico. Criando desta forma, oportunidades para que uma das metas mais importantes na área da saúde seja atingida - o diagnóstico precoce - o que determinará ações terapêuticas mais eficientes e com um menor custo.

As equipes multidisciplinares de saúde bucal deverão realizar atividades necessárias à prestação de cuidados no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, atuando nas unidades e serviços de saúde públicos ou privados, conveniados ou não ao SUS, estando em expansão sua inserção em equipes de Saúde da Família.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Definir diretrizes para a implementação de ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal na rede de atenção primária.

3.2 Objetivos específicos:

- Conceituar e identificar o câncer bucal
- Caracterizar o trabalho da atenção primária em uma unidade de saúde em prevenção e diagnóstico precoce.
- Definir diretrizes gerais para potencialização do trabalho na atenção primária.

4 METODOLOGIA

Para uma melhor conceituação e referenciação do câncer bucal, suas implicações, análises e prevenção, realizou-se uma revisão de artigos mediante consulta ao Index Medicus Medline. Optou-se por esta base de dados por ser ela considerada uma das principais fontes de publicações científicas na atualidade. Foram selecionados apenas os artigos na língua portuguesa e publicados no período compreendido entre 01/01/00 e 14/05/10. Realizou-se leitura cuidadosa de todos os artigos selecionados, incluindo, neste estudo, aqueles que utilizaram métodos epidemiológicos na abordagem do risco de câncer no país.

Foram também incluídas publicações de órgãos oficiais sobre distribuição e frequência do câncer no âmbito nacional e internacional, assim como outros artigos originais restritos ou não ao intervalo pré-estabelecido de seleção dos demais, em decorrência de seu valor como referência histórica e/ou sua relevância no contexto apresentado, por meio de publicações eletrônicas como Scielo, Google Acadêmico, Portal periódicos (Caps), além de livros que abordam o tema.

Também se constituíram de suma importância para a elaboração desse trabalho, as linhas-guias da Secretaria de Estado de Saúde, que estão centradas no avanço da organização da atenção primária, e o protocolo estadual para exame do câncer bucal em Minas Gerais. O trabalho já executado na rede de atenção serviu de apoio para definir e potencializar as diretrizes para a implantação de ações de prevenção e diagnóstico de atenção primária do câncer bucal.

5 ESTUDO E CONCEITUAÇÕES

5.1 PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL

O câncer bucal é uma doença provavelmente genética, complexa e multifatorial, engloba um conjunto de neoplasias que acometem a cavidade bucal em suas mais variadas etiologias e aspectos histopatológicos. (CIMARD, FERNANDES.2009)

O processo de reorganização global ocorrido principalmente no século passado com mudanças nos fatores sociais e ambientais, assim como o aumento da expectativa de vida, caracterizou uma grande mudança no perfil de mortalidade com diminuição da taxa de doenças infecciosas e o aumento concomitante da taxa de doenças crônicas degenerativas, especialmente o câncer. (INCA, 2007)

A distribuição das taxas de incidência e de mortalidade de tumores malignos, tem sido de grande importância para o estabelecimento de diretrizes de políticas públicas em âmbito nacional, estadual e municipal e para o planejamento de ações de prevenção e controle do câncer, além de formas de tratamento ou assistência terapêutica. Para mudar a realidade e controlar o câncer, a informação de qualidade, detalhada e precisa, regionalizada, é condição essencial. (INCA, 2009).

Mundialmente os cânceres de cabeça e pescoço correspondem a 10% dos tumores malignos e, aproximadamente 40% dos cânceres dessa localização, ocorrem na cavidade bucal. O câncer bucal representa o quinto lugar em incidência mundial. No Brasil dados do INCA, revela que o câncer de boca, representa o quinto tipo em incidência nos homens e o sétimo nas mulheres. Estima-se para 2010 uma taxa bruta em homens e mulheres respectivamente de 10,64 e 3,76 casos novos por 100 mil habitantes. Em Minas Gerais estima-se uma taxa bruta para homens e mulheres respectivamente de 8,67 e 2,93 casos novos por 100 mil habitantes (INCA, 2009).

Com a mudança no comportamento feminino, que passou a se expor mais a associação álcool-tabaco, houve um aumento do câncer bucal nas mulheres, com conseqüente redução da razão homem/mulher. (DEDIVITIS *et al.* 2004, INCA, 2007)

Mesmo a prevenção tendo assumido um papel significativo no modelo de saúde brasileiro, o câncer bucal continua constituindo-se, pelos altos índices de mortalidade e pelas possibilidades do diagnóstico precoce, em um problema nacional de saúde pública, devendo ser encarado como um problema, sem dúvida, prioritário. (GUERRA *et al* , 2005)

A prevenção e o controle de câncer estão entre os mais importantes desafios, científicos e de saúde pública, da nossa época, pois além da tecnologia disponível, conhecimentos científicos e habilidades profissionais, devemos levar em conta valores e determinantes sociais. As doenças malignas requerem conhecimentos científicos e experiências que vão desde o conhecimento dos complexos mecanismos de regulação molecular intracelular às escolhas individuais do estilo de vida. (TOMASI, 2002, INCA, 2009).

A abordagem do câncer bucal torna-se complexa, pois, muitas vezes, enfrenta-se o desconhecimento e a falta de recursos dos profissionais de saúde, além de envolver o medo e o preconceito dos pacientes.(BRENER *et al.* 2007).

É preocupante o baixo índice de diagnóstico precoce e o pouco engajamento do profissional da odontologia no encaminhamento de pacientes para o tratamento do câncer de boca em unidades especializadas. Dedivitis *et al* (2004) constataram que somente 14% dos casos de encaminhamentos para tratamento de câncer de boca e orofaringe foram realizados por cirurgiões-dentistas, contra 81% feitos por médicos. A prevenção e o diagnóstico oportuno são as medidas mais eficazes de que se dispõe para melhorar o prognóstico do câncer. O diagnóstico precoce das neoplasias malignas bucais não deveria apresentar grandes dificuldades, uma vez que os grupos de maior risco são bem conhecidos e a região é de fácil acesso ao exame clínico, dispensando qualquer tipo de equipamento especial. Além disso, lesões potencialmente cancerizáveis podem ser diagnosticadas e tratadas antes da transformação carcinomatosa. No entanto, observa-se que a maior parte dos pacientes não é esclarecida e negligencia os sintomas; quanto aos profissionais de saúde, muitos não examinam rotineiramente a mucosa bucal (Kowalski, 2000) Essas intercorrências são prejudiciais, atrasando o diagnóstico e o tratamento, e piorando o prognóstico, tornando-se sofrível o perfil de sobrevivência dos pacientes associados ao retardo do diagnóstico.

Em outros estudos, Carvalho *et al*, (2002), mostram que a maioria dos portadores de câncer bucal chega com o estadiamento avançado, sendo submetidos a tratamentos mais agressivos, como cirurgias e radioterapia (52,7%). Esse fato também pode estar associado à dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte da população como também pela falta de efetividade da rede de atenção primária em realizar o diagnóstico precoce e em garantir a referencia e contra referencia com a rede especializada e hospitalar.

Diante desses fatos faz-se necessário um treinamento, isto é, um processo educacional para toda a Equipe de Saúde Bucal (ESB), e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no que se refere á atualização e capacitação desses profissionais para que possam realizar exames preventivos e diagnósticos e tornarem-se capazes de transmitir informações em todas as situações necessárias à sensibilização de grupos alvos. (BRASIL, 2010).

Isso posto, A Política Nacional de Atenção Oncológica, incorporada pela Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, define, para o país, abrangente controle do câncer, e considera vários componentes, desde as ações voltadas à prevenção até a assistência de alta complexidade, integradas em redes de atenção oncológica, com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer. Planejar é fundamental. (INCA, 2009).

Outra informação importante é o encaminhamento para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) dos casos suspeitos e ou diagnosticados pelos profissionais de saúde, como parte de uma política de governo implantada em 2004 (BRASIL, 2010).

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou o protocolo e o fluxograma para o referenciamento dos pacientes com lesões suspeitas para os CEO, os quais servem como um norteador para os profissionais tanto da rede pública como da privada. No entanto, observa-se que essa informação ainda não chegou à maior parte dos profissionais, haja vista a pequena porcentagem deles que apontou o referido serviço. (BORGES, *et al*. 2008).

Há controvérsia em relação à definição de saúde bucal na literatura, pode-se considerar condições inadequadas de saúde bucal em um paciente, quando se encontra qualquer espécie de processo inflamatório, infeccioso ou traumático e má higiene. Dentre os processos traumáticos, destacam-se a ação de próteses mal ajustadas e a presença de dentes fraturados,

com predomínio de lesões traumáticas localizadas em língua, na região gengivo-jugal e palato (REZENDE *et al* 2008).

“De modo abreviado vale ressaltar que com o passar dos anos, os tecidos periodontais passam a apresentar modificações no epitélio escamoso estratificado que recobre a cavidade bucal, tornando-os mais finos, perdendo a elasticidade e evoluindo para um estado atrófico. A defesa imunológica local altera-se, aumentando o risco para trauma e infecção. A mucosa oral torna-se um sítio comum para doenças inflamatórias ulcerativas, infecções e tumores, que associadas a outros fatores cancerígenos levariam a transformação do material genético das células e conseqüentemente ao desenvolvimento de vários tipos de câncer bucal. (BRUNETTI, 2002; MIGLIORATTI, 2000)”

O câncer bucal é uma neoplasia, ou seja, um tumor maligno que acomete a cavidade bucal podendo aparecer em qualquer localização dentro da boca como língua, bochecha, gengiva, céu da boca, entre outras. O câncer se caracteriza por uma proliferação descontrolada de células com características malignas de crescimento e duplicação, que se diferenciam das demais células orgânicas pelo seu potencial de invasividade e padrão anormal de crescimento e duplicação. (SHAFFER, 1987)

O mecanismo de como o câncer se desenvolve pode ser descrito em três fases: Iniciação, é quando o ADN (Ácido desoxirribonucléico) da célula interage com algum carcinógeno a qual foi exposta, e a partir de então, sofre uma alteração permanente e permanece latente, podendo ser eliminada pelos mecanismos homeostáticos ou se ocorrer novos estímulos ela poderá desenvolver outras alterações. Após o desenvolvimento da lesão inicial, ocorre a segunda fase que é a promoção, as células iniciadoras, se submetidas à exposição aos chamados agentes promotores, viriam a apresentar os efeitos carcinogênicos. Como esses não são mutagênicos, seus efeitos podem ser reversíveis numa fase inicial e somente uma exposição prolongada poderia induzir efetivamente o processo de carcinogênese. Por último a terceira fase, a progressão, processo pelo qual são ultrapassados os mecanismos que regulam a replicação celular, assim como a organização espacial, estabelecendo-se o fenótipo maligno (INCA, 2009).

Em anos recentes a descoberta dos oncogenes e os genes de supressão tumoral vieram acrescentar mais entendimento mais completo desse processo. Em termos gerais, a evolução da célula normal para a tumoral é caracterizada por alterações dos cromossomos, que podem

resultar na ativação dos ontogêneses ou na inativação dos genes de supressão tumoral. (INCA, 2009).

“Clinicamente o câncer bucal é formado por uma úlcera (ferida) geralmente indolor nos estágios iniciais (se diagnosticado nessa fase as chances de cura podem se aproximar de 100%) e que pode aumentar de tamanho se não tratada atingindo tecidos vizinhos e estruturas subjacentes. Em 79% dos casos, sendo assintomáticos, o câncer evolui, dificultando um diagnóstico precoce (CUFARI *et al*, 2006).”

Em algumas ocasiões ocorrem as conhecidas metástases, que são disseminações de células malignas para locais distantes por meio da corrente sanguínea ou linfática. No caso do câncer de boca, esta disseminação ocorre principalmente para os linfonodos do pescoço, metástases cervicais, caracterizando as chamadas ínguas. Estes linfonodos são caroços endurecidos, fixos aos tecidos musculares profundos, indolores e sem aumento de temperatura, daí a importância, quando do exame físico, de se inspecionar e palpar detidamente essa região. (INCA, 2009).

O principal sintoma deste tipo de câncer é o aparecimento de feridas na boca que não cicatrizam em uma semana. Outros sintomas são ulcerações superficiais com menos de 2 cm de diâmetro e indolores, podendo sangrar ou não, e manchas esbranquiçadas ou avermelhadas nos lábios ou na mucosa bucal. Dificuldade de fala, mastigação e deglutição, além de emagrecimento acentuado, dor e presença de linfadenomegalia cervical (íngua no pescoço) são sinais de câncer de boca em estágio avançado. Cerca de 60% dos usuários chegam aos serviços de câncer já nessa fase, onde as chances de cura não ultrapassam os 20%. (INCA, 2009).

O carcinoma epidermóide, também chamado de espinocelular (CEC) ou de células escamosas corresponde entre 90% a 95% dos casos de câncer na boca. Por este aspecto, muitos autores utilizam o termo *câncer bucal* especificamente para se referir ao carcinoma epidermóide, que se classifica em bem *diferenciado*, *moderadamente diferenciado* e *pouco diferenciado*. Ele, geralmente, se caracteriza pelo rompimento do epitélio, com formação de uma úlcera de consistência e base endurecida, e raramente apresenta consistência mole, que mais comumente ocorre nas lesões herpéticas e traumáticas, assim como as aftas. O carcinoma exhibe normalmente um fundo granuloso e grosseiro, com bordas elevadas circundando a lesão. (TEIXEIRA *et al*. 2009)

Do ponto de vista clínico, pode-se classificar as lesões da boca em ulceradas, nodulares e vegetantes. As ulceradas são divididas em: *superficial*, quando se situam paralelamente ao plano do epitélio; *infiltrante*, quando invadem os tecidos subjacentes; e *infiltrante destrutiva*, quando, além da infiltração, ocorre perda de tecido e a lesão se aprofunda, constituindo-se numa lesão endolítica. As lesões nodulares caracterizam-se por serem recobertas de mucosa normal e geralmente representam lesões benignas ou malignas de glândulas salivares menores. Já as lesões vegetantes se exteriorizam e, por isso, são denominadas exofíticas. A palpação cuidadosa das áreas em torno da úlcera é importante para detectar endurecimento que, por sua vez, pode significar invasão de estruturas adjacentes, ou seja, a propagação do tumor. (TEIXEIRA, *et al.* 2009, TOMMASI, 2002).

A cavidade bucal está dividida nas seguintes áreas: Lábios, 2/3 anteriores da língua, Mucosa jugal, Assoalho da boca, Gengiva inferior, Gengiva superior, Área retromolar, Palato duro. Todas as áreas apresentam drenagem linfática para o pescoço, sendo que a primeira estação de drenagem inclui os linfonodos júbulo-digástricos, júbulo-omo-hioideos, submandibulares e submentonianos (ou seja, níveis I, II e III). Linfonodos do segundo escalão de drenagem são os parotídeos, os jugulares e os cervicais posteriores (superiores e inferiores).

As localizações mais comuns dos carcinomas são: lábio (44%), língua (22%), assoalho (16%), trígono retro-molar (7%) e gengivas (6%), segundo a linha guia da Secretária do Estado de Minas Gerais. Segundo BRENER *et al* (2007):

“A localização anatômica é considerada fator de influência no prognóstico, considerando-se que os tumores apresentam comportamento clínico diferente, conforme a sua localização. A mucosa jugal foi o sítio de maior incidência em pacientes acima de 60 anos. Em pacientes mais jovens, houve maior acometimento da língua, isolada ou associada ao assoalho bucal. Entre os anos de 1943 e 1952, o francês Pierre Denoix desenvolveu o sistema TNM para a classificação de tumores malignos, tendo sido incorporado pelo AJCC e pela UICC a partir de 1982, com a finalidade de unificar a linguagem dos oncologistas. A classificação por esse sistema dependeria de três características: tamanho do tumor (T), em centímetros; acometimento dos linfonodos e sua extensão (N); e presença ou não de metástases distantes (M). Quanto maior a classificação do estadiamento, pior o prognóstico. O sistema de estadiamento clínico TNM permite avaliar as características fundamentais do CCE bucal: extensão local, disseminação regional e metástase à distância. Neste estudo, 55% dos pacientes tiveram suas lesões diagnosticadas em fase avançada, porém aqueles com lesão de lábio inferior

apresentavam-se em fase inicial (I ou II), ressaltando que a localização influencia o curso da doença. (BRENER *et al*,2007):

Embora apresentem menor incidência, devem-se citar outros tipos de tumores que podem ocorrer na cavidade oral, tais como: os tumores salivares (das glândulas salivares menores e da sublingual), os sarcomas (os de origem vascular, os musculares e os ósseos) e o melanoma de mucosa.(INCA, 2009).

O termo risco, na linguagem comum, refere-se a probabilidade de um determinado evento indesejado ocorrer. Epidemiologicamente, quando certas pessoas possuem maiores possibilidades de adquirir uma doença, e têm em comum certas características dizemos que elas pertencem a um grupo de risco. Vale dizer que elas apresentam condições favoráveis ao desenvolvimento da doença, uma que vez que vivem expostas a determinados fatores de risco. Isso pode acontecer mesmo que o indivíduo não apresente qualquer sinal ou sintoma da doença naquele momento, ressaltando inclusive que as pessoas que pertencem ao grupo de risco não obrigatoriamente desenvolverão a doença, apenas têm maiores possibilidades de desenvolvê-las quando comparadas com a população em geral que não apresenta esses fatores que se associam ao aumento do risco de se contrair um câncer de boca são chamados de *fatores de risco para o câncer bucal*. (BRENER, 2007, INCA, 2009).

Estes fatores podem ser encontrados no ambiente físico, chamados de fatores de natureza ambiental, hábitos, e os fatores do hospedeiro, próprios do individuo. Ambos são variados e os seus papéis na gênese do câncer da boca não estão completamente esclarecidos, apesar da influência de fatores do hospedeiro, como herança genética, hábitos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural, sexo e idade, e de fatores externos, entre eles a agressão por agentes físicos, biológicos e químicos já estar suficientemente documentada. (BRENER, 2007, INCA, 2009).

A maioria dos casos de câncer (80%) está relacionada ao meio ambiente, no qual encontramos um grande número de fatores de risco. Entende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos), o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida). São raros os casos de cânceres que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos, apesar de o fator genético exercer um importante papel na oncogênese. As mudanças provocadas no meio

ambiente pelo próprio homem, os "hábitos" e o "estilo de vida" adotados pelas pessoas podem determinar diferentes tipos de câncer. (INCA, 2009).

Em contrapartida, há fatores que dão ao organismo a capacidade de se proteger contra determinada doença, daí serem chamados *fatores de proteção*. A interação entre os fatores de risco e os de proteção a que as pessoas estão submetidas pode resultar, ou não, na redução da probabilidade de elas adoecerem. (INCA, 2009).

Dois pontos devem ser enfatizados com relação aos fatores de risco. Primeiro, o mesmo fator pode ser de risco para várias doenças (por exemplo, o tabagismo, que é fator de risco de diversos tipos de câncer, é também fator de risco para várias doenças cardiovasculares e respiratórias), O outro se refere ao fato de que vários fatores de risco podem estar envolvidos na formação de uma mesma doença, constituindo-se em agentes causais múltiplos. DEDIVITIS *et al* 2004, INCA, 2009).

Nem sempre a relação entre a exposição a um ou mais fatores de risco e o desenvolvimento de uma doença é reconhecível facilmente, especialmente quando se presume que a relação se dê com comportamentos sociais comuns (o tipo de alimentação, por exemplo). Nas doenças crônicas, as primeiras manifestações podem surgir após muitos anos de exposição única (radiações ionizantes, por exemplo) ou contínua (radiação solar ou tabagismo, por exemplo) aos fatores de risco. Por isso, é importante considerar o conceito de período de latência, isto é, o tempo decorrido entre a exposição ao fator de risco e o surgimento da doença. (GUERRA, 2005).

A detecção de fatores de risco é uma ação pré-primária em combate ao câncer, uma vez que antecede a prevenção e o diagnóstico precoce. Sua viabilidade se dá através de sua simplicidade, o seu baixo custo e, acima de tudo, por divulgar os fatores que atingem as pessoas, permitindo que cada um mude o rumo do seu comportamento, evitando as causas possíveis de serem afastadas (BRASIL, 2010).

O conhecimento sobre os fatores de risco de câncer da boca é de grande importância para que possamos procurá-lo em toda a população, principalmente nos indivíduos que apresentem exposição a um ou mais fatores (GUERRA *et al*, 2005, INCA, 2009).

O fumo é um dos mais potentes agentes cancerígenos conhecidos que o ser humano introduz voluntariamente no organismo. Os subprodutos liberados pelo tabaco são em torno de 4.700 substâncias tóxicas, 43 elementos cancerígenos. Além destas substâncias existe a exposição contínua do calor desprendido pela combustão do fumo que potencializa as agressões sobre a mucosa da cavidade bucal (GUERRA *et al*, 2005, INCA, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o tabaco está intimamente ligado ao diagnóstico de câncer, em todas as suas formas, o tabaco fumado (cigarro, charuto, cigarro de palha), mascado (fumo de rolo) ou aspirado (rapé), sendo a principal causa de câncer de pulmão, laringe, faringe, pâncreas, bexiga e boca, que é confirmado por estudos epidemiológicos em todo o mundo. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, ele está associado a 90% dos cânceres de boca em homens e 60% nas mulheres, e quando combinado ao álcool eles atuam com grande sinergismo, podendo aumentar o risco de câncer bucal de 15 a 20 vezes. Dependendo do tipo e da quantidade do tabaco usado, os tabagistas apresentam uma probabilidade 4 a 15 vezes maior de desenvolver câncer da boca do que os não-tabagistas. (INCA, 2009).

O uso de próteses mal ajustadas, ou outras condições que favorecem o aparecimento de úlceras na mucosa bucal, parece contribuir para um risco ainda maior nos tabagistas, pois, as úlceras bucais mesmo que transitórias, permitem um maior contato das substâncias cancerígenas do tabaco, favorecendo agressões mais profundas e extensas sobre toda a mucosa. (GUERRA *et al*, 2005, INCA, 2009).

Segundo o Manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) em estudos sobre o tabagismo, a taxa de mortalidade do câncer da cavidade bucal é similar para qualquer forma de tabaco usada. Existe uma forte relação entre a quantidade de tabaco usada por dia e a duração do período de exposição (relação dose resposta), diminuindo o risco com cessação do tabagismo.

O consumo de álcool cresce a cada dia e cada vez mais a população inicia esse consumo mais cedo e, atualmente, as evidências comprovam o potencial carcinogênico do álcool para o homem. Os principais tipos de câncer relacionados ao seu consumo são o da boca (sobretudo os tumores do soalho bucal e da língua), faringe, laringe, esôfago, fígado e mama.

Conforme disse Prado e Passareli, 2009

“as bebidas fermentadas possuem menor teor alcoólico do que as bebidas destiladas. A cachaça apresenta 50% de teor alcoólico, o whisky 40%, a vodka 40%, vinho 18%, enquanto a cerveja 5%. Nos dias de hoje, o consumo de bebidas com alto teor alcoólico está muito mais em evidência, provocando um aumento nas estatísticas, principalmente do gênero feminino. De forma crônica em contato com a mucosa, o álcool age como um solvente, expondo a mucosa a inúmeros fatores carcinogênicos, diminuindo a velocidade de reação da defesa do organismo e provoca injúria celular. O álcool está relacionado diretamente com o aumento do desenvolvimento do CEC de boca quanto à intensidade, quantidade e qualidade de duração do vício de etilismo e tabagismo; portanto maior é o risco, quanto maior o número de doses de bebidas e quantidade de cigarros consumidos. (PRADO E PASSARELI, 2009)”

O consumo de bebidas alcoólicas aumenta cerca de nove vezes o risco de câncer da boca, e quando associado ao tabagismo esse risco torna-se 35 vezes maior. Ao consumo excessivo de álcool são atribuídas 2 a 4% das mortes por câncer e, mais especificamente, de 50 a 70% de todas as mortes por câncer de língua, cavidade oral, faringe e esôfago (INCA, 2009).

Segundo pesquisas do Ministério da Saúde, os mecanismos pelos quais as bebidas alcoólicas podem causar câncer ainda não são claros. A ação carcinogênica do álcool é atribuída principalmente a um de seus metabólitos, o acetaldeído, que tem a capacidade de causar mutações no ADN da célula com as quais entra em contato. Por outro lado, características individuais que determinam uma maior velocidade de transformação de etanol em acetaldeído no organismo podem, em parte, explicar porque algumas pessoas desenvolvem câncer e outras não, como resultado da exposição prolongada e excessiva ao álcool. (BRASIL, 2010).

Para atuar na prevenção do câncer bucal, a dieta deve ser rica em frutas, verduras, legumes e cereais que são ricos em vitaminas A, C, E, B2 e alguns minerais como o selênio e cálcio. Estudos epidemiológicos comprovam que há menos incidência de cânceres originários de epitélios de revestimento (boca, esôfago, estômago e pulmão) quando há uma dieta rica em frutas frescas e vegetais. Tem-se evidenciado que a vitamina A protege contra o câncer da cavidade bucal, faringe, laringe e pulmão, e é possível que a vitamina E diminua o risco de desenvolver o câncer. As deficiências nutricionais (como por exemplo, dos antioxidantes) e dietas inadequadas funcionam como fontes de radicais livres (RL) que seriam responsáveis por alterações no ADN, tornando-o mais vulnerável ao desenvolvimento do câncer. O hábito de consumir bebidas ou comidas quentes, na maioria das vezes, não é considerado fator isolado tão importante, apesar da agressão térmica que causa às células da mucosa. Também

não está bem estabelecida uma relação de causa e efeito entre o uso de condimentos e neoplasia. (BRENER, *et al*,2007, INCA, 2009)

Já foi verificado que pacientes com câncer apresentam uma diminuição séria de vitamina C e sabe-se que a sua administração em doses preconizadas aumenta as defesas imunológicas. Quando células são pré-tratadas com vitamina E e então expostas a raios X ou raios ultravioleta ou a carcinogênicos químicos, diminui-se acentuadamente a suscetibilidade das células a esses agentes. O selênio é também um poderoso antioxidante e atua só ou em sinergismo com a vitamina E. Por esses motivos, o consumo habitual de frutas e vegetais frescos tem sido considerado um fator protetor contra o câncer da boca. O baixo risco de desenvolvimento de câncer da boca verificado entre os indivíduos que consomem altos índices de frutas cítricas e vegetais ricos em beta-caroteno é outro ponto que enfatiza a importância dos fatores nutricionais. O betacaroteno é o precursor da vitamina A e é encontrado principalmente na cenoura, mamão, abóbora, batata doce, couve e espinafre. (BRENER, *et al*,2007, INCA, 2009).

A ação constante e prolongada (irritação crônica) sobre a mucosa bucal de próteses dentárias mal-ajustadas, de dentes quebrados ou restos dentários constituem, ao longo de anos, causas de lesões hiperplásicas. Esta ação contínua pode ser um co-fator do desenvolvimento do câncer da boca, por favorecer a ação de outros carcinógenos, particularmente, o tabaco e o álcool. (REZENDE *et al*, 2008).

Prado e Passarelli (2009) citando Alves *et al* (2002) e Brasil (2002),

“...deixa evidente que estimular a higiene bucal diariamente, observando e corrigindo técnicas de escovação, além de reforçar a importância do fio dental, são atitudes extremamente importantes. Todavia é difícil estabelecer-se uma relação de causa-efeito entre a má conservação dos dentes e o câncer da boca. Indivíduos que apresentam essas duas condições são frequentemente tabagistas e etilistas. Assim, a má higiene bucal e suas consequências são identificadas como determinantes adicionais de risco. A adequação do meio bucal deve ser feita removendo-se os agentes irritantes e infecciosos da mucosa no periodonto e os cálculos (tártaros) devem ser removidos. Já dentes cariados, fraturados, ectópicos e raízes residuais devem ser restaurados ou extraídos e as próteses irritativas, mal adaptadas e fraturadas, devem ser removidas, reembasadas ou readaptadas e, se possível, substituídas.”

É importante ressaltar que todo paciente portador de prótese móvel deve submeter-se a controle odontológico anual e o uso de prótese dentária em si, não está associado com o risco de desenvolver câncer bucal. Entretanto outros fatores têm sido associados ao desenvolvimento do câncer de boca, incluindo agentes biológicos, como o Papilomas Vírus Humano (HPV), história pregressa de neoplasias do trato aerodigestivo, fatores ocupacionais e exposição excessiva à luz solar. (SIMONATO; MIYAHARA, 2007).

Dentre esses fatores a susceptibilidade genética é, sem dúvida, um dos mais importantes. A sensibilidade a diversos agentes mutagênicos aos quais a mucosa oral se expõe, reflexo da deficiência do hospedeiro em reparar o seu ADN danificado, é o mecanismo de indução-promoção da carcinogênese mais freqüente. (INCA, 2009, NEVILLE *et al*, 2004).

Há evidências de que a incidência de luz solar está associada ao aumento de câncer em lábios, segundo o INCA. Sabe-se que a radiação solar não é ionizante, mas apesar disso, ela é capaz de, em longo prazo, produzir lesões de significativa importância biológica. A exposição crônica, repetida e excessiva aos raios ultravioleta por períodos superiores de 15 a 30 anos, causa sérios danos celulares tanto no epitélio quanto no tecido conjuntivo subjacente, aumentando o risco de desenvolver carcinoma principalmente no lábio inferior. Os indivíduos que sofrem exposição solar diariamente devem sempre utilizar protetores solares, protetores labiais, chapéus e óculos de sol, devendo evitar o sol, principalmente das nove às dezessete horas. (INCA, 2009; MARCUCCI, 2004).

Devido ao fato do câncer bucal apresentar uma aparência inofensiva e especialmente por não existir sintomas específicos em suas fases iniciais, é um grande desafio suspeitar que uma lesão possa ser maligna, geralmente isso ocorre quando o câncer já em estado avançado. (GUERRA *et al*, 2005).

Essas *lesões-cancerizáveis* são constituídas por tecido benigno, morfológicamente alterado, cujo risco de transformação maligna é maior que o do tecido normal e quando associadas aos fatores de risco, aumentam a probabilidade de malignização, evoluindo para carcinomas *in situ* ou espinocelulares e outros tipos de tumores malignos. Assim, ao examinar qualquer indivíduo, principalmente os que se incluem nos grupos considerados de risco para câncer da

boca, deve-se estar atento a todas as alterações da mucosa, buscando detectar aquelas que tenham maior potencial de malignização, as quais serão descritas a seguir (MARCUCCI, 2004):

Lesões brancas são aquelas cuja coloração acinzentada ou esbranquiçada contrasta com a coloração róseo-avermelhada da mucosa normal. As principais são: *leucoplasia*, *líquen plano*, *ceratose actínia*. (MARCUCCI, 2004; TOMMASI, 2002).

O termo **leucoplasia** é utilizado apenas no sentido "clínico" para denominar uma placa predominantemente branca da mucosa bucal, não removível à raspagem. É a lesão cancerizável mais freqüente da cavidade bucal. Sua etiologia está relacionada, em muitos casos, a hábitos como tabagismo, e outras vezes é considerada idiopática. Sua ocorrência se dá principalmente em pacientes de meia idade, do sexo masculino, Clinicamente são representadas por placas brancas, firmemente aderidas ao epitélio que lhes deu origem. Podem ser lisas, rugosas ou verrucosas, únicas ou múltiplas. Eventualmente encontram-se entremeadas de áreas avermelhadas que representam formas crônicas de candidíase ou eritroplasia. Pode desenvolver-se em qualquer região; no entanto, a mucosa jugal, o lábio inferior e a língua têm sido as áreas mais afetadas Apresenta muitos aspectos, desde delicados salpicos brancos em áreas de 6-7mm até densas placas que podem envolver áreas consideráveis da mucosa oral ou ser multifocal. O quadro histológico da doença também apresenta variações; porém, duas características são consideradas importantes: a hiperkeratose e a displasia epitelial em vários graus de severidade. Essas alterações são significativas do ponto de vista evolutivo da lesão, por determinarem comportamentos biológicos diferentes. Histologicamente, as lesões podem ser classificadas em seis grupos: hiperkeratose com ausência de displasia epitelial; displasia epitelial leve; displasia epitelial moderada; displasia epitelial severa, carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo. (MARCUCCI, 2004; TOMMASI, 2002).

O processo de diagnóstico da leucoplasia é um tanto complexo, por isso torna-se necessário fazer um diagnóstico por exclusão de outras lesões que se apresentam como placas brancas na mucosa bucal. Como parte do processo de diagnóstico, as leucoplasias foram divididas clinicamente em dois tipos: homogênea e não-homogênea. (MARCUCCI, 2004; TOMMASI, A F 2002).

Leucoplasia homogênea: lesão predominantemente branca, de superfície plana, fina, que pode exibir fendas superficiais com aspecto liso, enrugado e textura consistente;

Leucoplasia não-homogênea: lesão predominantemente branca ou branco-avermelhada, que pode ter superfície irregular, nodular, ou exofítica.

A raspagem também é um importante meio para fazer-se o diagnóstico diferencial, mas a biópsia é que dará o diagnóstico definitivo (RODRIGUES *et al* 2000).

De acordo com Shaffer *et al* (1987):

“As leucoplasias ocorrem com maior freqüência em homens com mais de 50 anos de idade e se localizam preferencialmente nas bordas e face ventral da língua, no soalho da boca e na mucosa jugal. O prognóstico das leucoplasias depende do seu aspecto clínico, da sua localização e da idade do paciente, já que sua malignização é mais freqüente nas idades mais avançadas. Do ponto de vista de localização, tem-se observado que o risco de malignização é maior no soalho bucal e no ventre lingual. O tabaco é inegavelmente um fator preponderante no desenvolvimento da leucoplasia, sendo a sua ação potencializada quando associada ao uso do álcool. A sífilis e as hipovitaminoses são os fatores gerais mais relacionados com a leucoplasia. Estudos atualmente em andamento têm demonstrado que o emprego sistêmico ou local dos antioxidantes no tratamento da leucoplasia são promissores. O beta-caroteno, só ou em combinação com outros antioxidantes, como as vitaminas C e E, poderá reverter a leucoplasia, sem toxicidade, em períodos curtos de aplicação”. (SHAFFER *et al* 1987):

O **Líquen plano** é uma doença cutânea que afeta a boca com muita freqüência. Na pele, as lesões consistem de pápulas avermelhadas ou brancas que podem apresentar uma depressão central. As lesões bucais são freqüentemente múltiplas, bilaterais, estriadas e mostram-se como placas esbranquiçadas, ocasionalmente erodadas. Como característica, tem-se um aspecto “rendilhado” de linhas brancas, denominado estrias de Wickham. As lesões podem ser dolorosas ou não e têm baixo potencial de cancerização. Na maioria das vezes, podem ser diagnosticadas clinicamente; no entanto, em caso de dúvida, deve-se recorrer à biópsia, sobretudo nas formas erosivas. Como não há tratamento curativo, o portador do líquen plano deve ser acompanhado por toda a sua vida. . (MARCUCCI, 2004; TOMMASI, 2002; INCA, 2009).

As **Ceratoses actínicas** na boca, são lesões que se apresentam geralmente como placas esbranquiçadas que envolvem o vermelhão do lábio inferior principalmente de indivíduos de

pele clara. Frequentemente estas lesões sofrem processos inflamatórios agudos secundários e têm elevado potencial de degeneração maligna. (MARCUCCI, 2004; TOMMASI, 2002; INCA, 2009).

O diagnóstico diferencial das lesões brancas da boca deve ser feito com as seguintes doenças: (MARCUCCI, 2004; TOMMASI, 2002; INCA, 2009).

- a) **Candidíase pseudomembranosa**, mais conhecida como monilíase ou sapinho, a candidíase pseudomembranosa é caracterizada pela presença de áreas brancas espessadas que, quando removidas, permitem a exposição da mucosa subjacente, hiperemiada. É causada pela proliferação intra-bucal de *Candida albicans*. Embora este fungo seja encontrado na maioria das bocas aparentemente saudáveis, seu desenvolvimento patogênico só ocorre a partir de uma condição facilitadora, tal como doenças crônicas debilitantes, desidratação, antibioticoterapia prolongada, corticoterapia e AIDS/SIDA ou fatores locais, como o uso de prótese, má higiene da boca e xerostomia.
- b) **Candidíase crônica hiperplásica** - as lesões desta forma de candidíase são mais difíceis de serem diferenciadas das leucoplasias, visto que elas se acompanham de uma resposta hiperplásica da mucosa, que produz ceratinização excessiva. As placas não podem ser removidas pela raspagem da mucosa e o diagnóstico diferencial só pode ser feito por meio de biópsia. Esta lesão é um achado comum em indivíduos com exame imunológico positivo para a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).
- c) **A Estomatite nicotínica** apresenta-se como pápulas esbranquiçadas com pontos avermelhados no centro, que ocasionalmente confluem em placas cortadas por sulcos ou fissuras. Essas lesões mais frequentemente estão localizadas no palato mole e duro. Elas representam uma resposta individual mais intensa ao tabagismo e devem ser diferenciadas das leucoplasias. (INCA, 2009)
- d) **Lesões vermelhas**; são aquelas que apresentam coloração mais avermelhada que a da mucosa normal da boca. As principais lesões vermelhas, consideradas de risco de câncer, são as **eritroplasias**, que é o termo clínico usado para designar as placas de

cor vermelho escuro, circunscritas, brilhantes, geralmente homogêneas, que não fazem parte do quadro clínico de alguma doença já diagnosticada no indivíduo. As eritroplasias são geralmente assintomáticas. Quando intercaladas com algumas áreas leucoplásicas são chamadas nodulares, que ocorrem com maior frequência em indivíduos do sexo masculino com mais de 50 anos de idade. As placas eritroplásicas surgem em qualquer local da boca, mas são encontradas principalmente no soalho, no palato e nas bordas da língua. As eritroplasias são muito mais raras que as leucoplasias, porém apresentam alto potencial de cancerização. Em 90% dos casos, a eritroplasia é diagnosticada como displasia grave ou carcinoma. Seu diagnóstico diferencial pode ser feito com a candidíase eritematosa, o líquen plano erosivo e o lúpus eritematoso.

Alguns autores (TOMMASI, 2002; SHAFFER, 1987) enfatizam mais as lesões eritroplásicas, dizendo que essas lesões não são pré-cancerosas; elas são carcinomas precoces. Essas áreas parecem uma inflamação, provavelmente como resultado de infiltrado de células mononucleares na submucosa que aparece abaixo das células malignas escamosas em resposta ao neoplasma em desenvolvimento. Quando secas, estas lesões vermelhas parecem mais granulares e discretamente erodidas. Portanto, elas devem ser secadas cuidadosamente com um pedaço de gaze e examinadas com cuidado com boa luz. Dois tipos distintos de lesões eritroplásicas foram identificados: uma lesão granular, vermelha (parecendo veludo usado) pontilhada com ilhas de ceratina (branca) ou mucosa normal no interior ou perifericamente ao componente vermelho; e outra lesão vermelha, não granular e lisa com mínima ceratina associada, semelhante à inflamação não específica. Ambos os tipos podem ter bordas irregulares e mal definidas; geralmente, a palpação não traz ajuda ao diagnóstico, pois poucas lesões são endurecidas ou elevadas. Todas as lesões eritroplásicas que não respondem ao tratamento e persistem mais que 14 dias devem ser consideradas carcinoma *in situ* ou carcinoma invasivo e requerem biópsia. Infelizmente, o carcinoma de células escamosas geralmente não é diagnosticado nos estágios mais precoces e aparece mais tarde como uma úlcera profunda com margens endurecidas, lisas e elevadas, fixada aos tecidos profundos. Entretanto, a biópsia é necessária para diagnosticar o carcinoma. (TOMMASI, 2002; SHAFFER, 1987; INCA, 2009).

A **queilite actínica** é uma reação inflamatória e pré-maligna do lábio, causada pela exposição prolongada e crônica aos raios solares. Acomete quase exclusivamente o lábio inferior, por ser

o mais exposto, e é mais freqüente nos indivíduos de cor branca e do sexo masculino e que exercem atividades ao sol. Caracteriza-se clinicamente pelo aparecimento de manchas brancacentas com perda da coloração uniforme da semi-mucosa ou vermelhão do lábio, ficando borrada a linha de delimitação do mesmo com a pele. O lábio fica ressecado, descamativo, tornando-se cada vez mais áspero. Com a continuação da exposição solar há atrofia e surgem crostas e erosões. A presença de ulceração na queilite actínica pode ser indicativa de malignização. (INCA, 2009).

Prado e Passarelli (2009) citam em seu trabalho que as lesões negras, **os melanomas**, quando surgem são os de mais agressividade. São raros, porém de grande importância pela sua alta malignidade e mortalidade. Os melanomas e nevos devem ser tratados com tratamento cirúrgico radical, com margem de segurança, além de uma preservação e acompanhamento clínico. Os autores dizem que (Speight, Farthing e Bouquot, 1997), analisaram as lesões pré-cancerígenas no câncer de boca, faringe e laringe e as relacionaram quanto ao seu potencial de malignização. Em ordem decrescente, as lesões que mais têm o potencial de malignização são: leucoplasia verrucosa proliferativa, estomatite nicotínica em palato, eritroplasia, fibrose em mucosa, eritroplasia associada à leucoplasia, líquen plano erosivo e queratocistos em pacientes fumantes.

Os **cânceres das glândulas salivares** podem ser encontrados em qualquer localização da boca, porém, ocorrem mais freqüentemente no palato mole e na parte interna do lábio, onde se situam em grande número as glândulas salivares menores. Clinicamente, eles se apresentam como tumores nodulares, de evolução lenta e assintomática, delimitados, e que se ulceram somente quando atingem grande volume. Os tipos histológicos malignos mais freqüentes são os carcinomas adenocísticos (também chamados de cilindromas), os carcinomas muco-epidermóides, os tumores de células acinares e o adenocarcinoma. Entre os tumores benignos, o adenoma pleomórfico ou tumor misto da glândula salivar é o mais freqüente e apresenta raramente um correspondente maligno. O diagnóstico diferencial dos tumores da glândula salivar só pode ser feito por meio da biópsia. Diferentemente dos outros tumores da boca, a maior incidência dos tumores da glândula salivar se verifica no sexo feminino (INCA, 2009)

Os **Sarcomas**, são tumores raros na boca. De origem mesenquimatosa, os sarcomas se apresentam muito vascularizados e de evolução rápida. Ao contrário dos carcinomas, ocorrem com maior freqüência em crianças e nos adultos jovens. São tumores de extrema gravidade,

que se metastatizam por via hematogênica, alcançando principalmente os pulmões (INCA, 2009).

5.2 Caracterização do trabalho da atenção primária em unidade de saúde em prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal no Município de Contagem.

Existe um trabalho desenvolvido pela Coordenação de Saúde Bucal no Município de Contagem, baseado na promoção e prevenção do câncer bucal como preconizado pelo SUS, através do programa Brasil Sorridente. Foi habilitado em Contagem um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

As ações se fazem de uma forma hierarquizada por meio de uma equipe multidisciplinar de saúde bucal e houve uma capacitação dos técnicos em higiene dental. De acordo com o Perfil de Competências Profissionais dos Técnicos em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) elaborado pelo Ministério da Saúde em 2004, eles realizam atividades necessárias à prestação de cuidados no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. Atuam nas unidades e serviços de saúde públicos ou privados, conveniados ou não ao SUS, estando em expansão sua inserção em equipes de Saúde da Família. São ações voltadas para o diagnóstico precoce (BRASIL, 2007)

A partir do momento em que algum paciente, que é avaliado por THD e cirurgiões-dentistas clínico-gerais, apresenta alguma lesão suspeita na cavidade bucal, ele é encaminhado ao Centro de Especialidades Odontológicas da Prefeitura Municipal de Contagem (CEO), onde atua um estomatologista, ressaltando-se que este serviço está funcionando de forma bastante efetiva e eficiente.

Os requisitos básicos para a referência são:

As necessidades de avaliação estomatológica são encaminhadas com formulários específicos de referência e contra-referência, onde consta o motivo do encaminhamento, dados clínicos e localização da enfermidade ou da lesão, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias. As consultas são agendadas para o estomatologista do centro de Especialização Odontológica (CEO), diretamente por telefone, tornando assim indiscutivelmente um serviço mais ágil e mais efetivo.

O paciente referenciado para diagnóstico especializado de lesões com potencial de malignização ou com suspeita de malignidade na boca é acompanhado e continuamente sensibilizado para seu comparecimento aos locais de referência desde a suspeita da lesão e comprovação do diagnóstico até o eventual tratamento.

Diante das dificuldades do sistema de saúde em operacionalizar os tratamentos de alta complexidade, a referência ao nível de maior complexidade é formalizada por documentos de referência e acompanhada pelos profissionais do CEO.

O atendimento de referência para as lesões com suspeitas de câncer, lesões com potencial de malignização ou de outros agravos estomatológicos (de etiologia diversa) nos Centros de Especialidades Odontológicas, não inviabilizam a realização destes procedimentos nas Unidades Básicas de Saúde.

Os Critérios de inclusão são:

- a) Encaminhar pacientes com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, onde esteja indicado, ou seja, desejado o esclarecimento clínico, exame histopatológico (biópsia) ou solicitação de outros exames complementares adicionais.
- b) Pacientes com áreas da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou infartamento ganglionar, apresentem-se com formação de placas esbranquiçadas, áreas atróficas ou manchas escurecidas. Deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar e que tenham acima de 40 anos de idade. Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou na mandíbula.
- c) Pacientes com presença de nódulos, vesículas ou bolhas e infartamento ganglionar.

Na presença de lesões ulceradas, atróficas, hiperkeratóticas ou nodulares, deve se avaliar a presença de possíveis agentes locais, removendo-os quando possível e acompanhando a evolução até a consulta de avaliação estomatológica. Após o término do tratamento estomatológico, o paciente será encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento clínico e manutenção, com o formulário de contra-referência devidamente preenchido onde conste a identificação do profissional, diagnóstico e tratamento

realizado. Deve-se preencher a guia de referência de forma completa, com todas as informações sobre as características gerais das lesões:

- a) Localização da lesão: intra ou extra-bucal, intra ou extra-óssea.
- b) Consistência da lesão: firme, flácida.
- c) Sintomatologia: sintomática ou assintomática.
- d) Cor da lesão: semelhante á da mucosa normal, vermelha, branca, castanha, negra, azul ou outra.
- e) Tempo de evolução: dias, meses ou anos.
- f) Tamanho: em centímetros.
- g) Tipo de manifestação: primitiva, secundária ou recorrente.
- h) Localização específica: mucosa juga, lábio inferior, etc.

As ações de promoção e prevenção estão um pouco negligenciadas, tanto ao nível das ações individuais quanto as ações coletivas. Existe um projeto piloto desenvolvido em uma unidade básica do município para o rastreamento do câncer bucal, envolvendo no caso o diagnóstico precoce das lesões de mucosa e câncer de boca, para todas as faixas etárias, direcionadas ao controle dos fatores e condições de risco, estimulando o exame sistemático da cavidade bucal pelos profissionais de saúde para detecção precoce.

5.3 Definição de diretrizes gerais para potencialização do serviço de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal no Município de Contagem

A prevenção do câncer bucal envolve dois níveis de prevenção: primária e secundária. A prevenção primária se caracteriza pela disseminação de informações sobre o câncer de boca, sobre o auto-exame, sobre os fatores de risco associados e sobre a prevenção. A prevenção secundária é caracterizada pelos exames bucais preventivos realizados por uma equipe especializada e treinada para esse fim.

Partindo do princípio que existe um serviço de assistência estomatológica bastante resolutivo no Município de Contagem (atenção secundária), cabe a nós, então, formular diretrizes para a potencialização do serviço baseando-se mais na promoção e na prevenção, enfatizando mais a atenção ao nível de atendimento primário, sem deixar de estimular, reconhecer e implementar os programas de saúde bucal já existentes no município. E ressalto aqui, mais uma vez que é de responsabilidade do cirurgião dentista o diagnóstico precoce desta doença.

No objetivo geral desse trabalho proponho o desenvolvimento das seguintes diretrizes para potencialização do serviço (algumas, inclusive, que já são propostas pela linha guia da Secretaria Estadual de Saúde):

- Vigilância sobre os sinais de risco
- Desenvolver intervenções centradas na promoção e prevenção da saúde bucal, incluindo ações individuais e coletivas educativas, direcionadas ao controle dos fatores e condições de risco a toda população e a alguns grupos de risco específicos, identificando e difundindo informações sobre os fatores de proteção a saúde, por meio de cartazes, folhetos, entrevistas em rádio e televisão, cartilhas nos quais sempre se utiliza linguagem simples, clara e objetiva.
- Promover reuniões educativas (palestras, grupos de reflexão, mostra de vídeos, etc.), sobre o câncer, visando à mobilização e conscientização para o auto cuidado, à importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de boca, à quebra dos preconceitos e a diminuição do medo da doença.
- Buscar parcerias para a captação de recursos financeiros para a compra de material de consumo e para a obtenção de assessoria de propaganda, visto que a informação é uma ferramenta fundamental para o sucesso de qualquer ação que se queira implantar.
- Realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade, mediante negociação e pactuação com representantes das três esferas de governo.
- Realizar exames periódicos em usuários com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento do câncer de boca, possuindo mais de um dos seguintes fatores de risco: ser do sexo masculino, ter mais de 40 anos, ser tabagista e etilista, sofrer exposição ocupacional a

radiação solar sem proteção, ser portador de deficiência imunológica (congenitas e/ou adquiridas), portadores de distúrbios nutricionais graves ou síndromes relacionadas, possuir dentes fraturados e que usem próteses mal ajustadas.

- Integrar a Equipe Saúde Bucal aos programas de controle do tabagismo, etilismo e outras ações de proteção e prevenção do câncer, orientando sobre a mudança de hábitos de vida que expõem os indivíduos a fatores de risco.

- Aumentar os índices de diagnóstico precoce do câncer bucal e de lesões potencialmente malignas oferecendo oportunidades de identificação das lesões bucais iniciais (busca ativa) e do esclarecimento à população sobre o auto exame e da importância do diagnóstico precoce, seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas (por exemplo: vacinação de idosos, projeto piloto já em implantação no distrito).

- Acompanhar casos suspeitos e confirmados por meio da definição e, se necessário, criação de um serviço de referência, garantindo-se o tratamento e reabilitação.

- Estabelecer parcerias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer bucal com Universidades e outras organizações.

- Estabelecer parcerias com Secretária do Trabalho, indústrias em geral, para que possam atuar juntamente nos locais de trabalho onde se concentram maior número de usuários com maior risco, levando informações sobre fatores de risco, auto exame e fatores de proteção do câncer bucal..

- Estimular a educação continuada dos profissionais da equipe de saúde bucal e toda a equipe de saúde, capacitando-os, através de aulas com conteúdo programático específico para cada grupo de profissionais: Cirurgiões-dentistas (CD), Técnico em Higiene Dental (THD), Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Auxiliar de Centro de Saúde (ACS), respeitando-se os limites de atuação de cada um e favorecendo o trabalho em conjunto, para que possam atuar no diagnóstico precoce; examinando, reconhecendo e orientando o paciente com precisão e rapidez.

- Capacitar adequadamente os profissionais de saúde, para evitar sofrimento e apreensão injustificados, com elaboração de manuais de procedimentos, com fotografias coloridas das lesões a serem identificadas, explicitação de mucosa normal, de lesões benignas, de lesões

pré-cancerosas e de câncer, definindo os procedimentos do exame clínico, com a exploração sistemática de todas as regiões da boca.

- Orientar sobre condutas de tratamento das doenças presentes.
- Aumentar o acesso da população à atenção da saúde bucal, reduzindo as iniquidades.
- Informar sistematicamente a população sobre locais de referência para exame de diagnóstico precoce do câncer de boca.
- É de suma importância que se crie um sistema de comunicação compulsório dos casos de câncer de boca ao programa de avaliação e vigilância da Secretária Municipal de Contagem para a avaliação e monitoramento do trabalho.

Segundo o ministério da saúde, “O autoexame da boca pode ser feito diante do espelho em um local bem iluminado, verificando-se lábios, língua (principalmente as bordas) assoalho (região embaixo da língua) gengivas, bochechas, palato (céu da boca) e amígdalas. O autoexame deve ser feito regularmente, observando-se se não há anormalidades como: mudança de coloração, áreas irritadas debaixo de próteses (dentaduras, pontes móveis), feridas que não cicatrizam em uma semana, dentes fraturados ou amolecidos, caroços ou endurecimento. Mesmo sem encontrar nenhuma alteração, a visita anual ao dentista não deve ser esquecida”.

Não deve se esquecer de retirar próteses e aparelhos removíveis. Os pacientes não fumantes devem fazer o autoexame a cada seis meses, e os fumantes de três em três meses. É imprescindível que o cirurgião dentista ensine didaticamente ao seu paciente a realizar o autoexame.

Deve-se observar também úlceras superficiais com menos de dois cm, indolores, que podem sangrar ou não, manchas brancas ou avermelhadas, se existe dor ao falar ou desconforto na mastigação, dor e presença de linfadenomegalia cervical (íngua). (BRASIL, 2007).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dados epidemiológicos apontam uma elevada incidência com uma alta mortalidade por câncer bucal em todo o mundo. No Brasil o câncer bucal ocupa o quinto lugar entre os homens e o sétimo entre as mulheres, constituindo-se um problema sério de saúde pública. No entanto, o câncer é uma doença prevenível, os fatores de risco são, na sua maioria, ambientais, os grupos de risco são bem determinados, a boca é de fácil acesso ao exame clínico, dispensando o uso de equipamentos especiais.

O câncer bucal mais comum é o carcinoma epidermóide, representa 90 a 95% das neoplasias malignas que ocorrem na boca. Pessoas com mais de 40 anos de idade constituem grupo predominante em todos os estudos. As localizações mais comuns dos carcinomas são: lábio (44%), língua (22%), assoalho (16%), trígono retro-molar (7%) e gengivas (6%).

Existem lesões cancerizáveis na boca que são facilmente detectadas por exames clínicos e complementares. A falta de diagnóstico precoce do câncer de boca é conseqüência de uma conjugação de fatores, entre eles a falta de acesso da população adulta à assistência odontológica, a desarticulação entre as ações de prevenção e diagnóstico e o despreparo dos profissionais da saúde em detectar o câncer de boca em seus estágios iniciais. As lesões iniciais de câncer bucal são sempre indolores, e muitas vezes não são percebidas pelo usuário.

Cerca de 60% dos usuários chegam aos serviços de câncer com a doença já em fase avançada, momento em que a cura já não é mais possível. A maioria é encaminhada por profissionais que não são da área odontológica. Faz-se necessária uma capacitação para os profissionais de saúde bucal. Quando o câncer é diagnosticado na fase inicial, sua cura pode se aproximar dos 100%. Com a progressão da neoplasia, a possibilidade de cura se reduz. Podem fazer metástases a distância e, nessa fase, mesmo sendo tratados corretamente, o índice de cura não ultrapassa 20%.

Os fatores de risco são tabagismo, etilismo, hábitos alimentares inadequados, irritações crônicas, agentes biológicos, susceptibilidade genética, radiação solar, condição econômica. O uso de prótese dentária em si não está associado com o risco e a participação do tabaco na carcinogênese bucal é uma unanimidade entre os autores. A associação entre o tabagismo,

consumo de álcool e má condição bucal, aumenta significativamente o desenvolvimento do câncer bucal.

Devido ao fato de não existir sintomas específicos em fases iniciais do câncer bucal e esse apresentar uma aparência inofensiva deve-se ter muito cuidado tratando com muita atenção todas as lesões que aparecerem na cavidade bucal, pois existem muitas lesões pré-cancerizáveis. A prática do autoexame e as visitas regulares ao dentista aumentam a possibilidade de um diagnóstico precoce.

Todos os casos suspeitos devem ser encaminhados para centros secundários, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e os casos com diagnóstico clínico altamente suspeito ou já com confirmação histológica para centros terciários (nível especializado para tratamento).

De acordo com os dados obtidos nesse trabalho e com os estudos feitos no município de Contagem, sente-se a necessidade de programas para potencializar a política de promoção e prevenção no Município de Contagem. O melhor meio de combater e ou diminuir o câncer bucal é a prevenção primária e secundária, viabilizando a redução no número de casos novos, diagnóstico precoce e melhor prognóstico e tratamento para os cânceres.

REFERÊNCIAS

AFONSO JUNIOR, W. et al. Oral carcinoma and potentially malignant lesions in Brazil. **Eur. J. Cancer Oral Oncol.**, New York, v. 30B, n.2, p.142, 1993.

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 pública](#) (on line) 21(1):30-36, ene. 2007. tab. BR1.1 - BIREME

BIAZEVIC, M. G. H. **Tendências e diferenciais socioeconômicos da mortalidade por câncer bucal e de glândulas salivares no Município de São Paulo, de 1980 a 2000**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

BORGES, F.T.*et al.* Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cadeno Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.9

BRASIL. Ministério da Saúde. Perfil de competências profissionais do técnico em higiene dental e do auxiliar de consultório dentário / **Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 24 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília : **Ministério da Saúde**,. il. – Cadernos de Atenção Básica, n. 17,Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2006. 92 p.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretária de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer, INCA, **Falando Sobre Câncer da Boca**. – *Rio de Janeiro*: INCA, 2002. 52 p Neoplasias Bucais.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer – uma proposta de integração ensino-serviço**. Acessado em maio de 2010. 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. 2ª edição. Rio de Janeiro..Acessado em maio de 2010. 2007

BRENER, S.; JEUNON, F.A.;BARBOSA, A.A.; GRANDINETTI, H.A.M. **Carcinoma de células escamosas bucal**: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2007; 53(1): 63-69

BRUNETTI, R.F. MONTENEGRO, F.L.B. Efeitos Bucais das Drogas: Cuidados na Terceira Idade. In: **Odontogeriatria: Noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, p. 133-150, 2002, 480p.

CARVALHO, M. B.; L. J; Lehn, C. N *et al.* Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. **Rev. Assoc. Med. Bras.**(on line) jul.-set. 2001. p.208-214.

C.A.C.B.s; F. A.P.S. Câncer bucal – a prática e a realidade clínica dos cirurgiões dentistas de Santa Catarina. **RFO**, v. 14, n. 2, p. 99-104, maio/agosto 2009.

CIMARDI ACBS, FERNANDES APS. Câncer bucal – a prática e a realidade clínica dos cirurgões-dentistas de Santa Catarina. **RFO**, maio/agosto 2009; 14(2): 99-104.

CUFARRI L, SIQUEIRA JTT, NEMR K, RAPAPORT A. Pain complaint as the first symptom of oral cancer: A descriptive study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** 2006, Jul; 102(1):56-61 Epub 2006 Apr.24.

DEDIVITIS RA; FRANÇA CM, MAFRA ACB *et al.* Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Rev Bras Otorrinolaringologia.** 2004; 70(1): 35-40.

FRANCO El, *et al.* Risk factors for Oral Cancer in Brasil: A Case Control Study. *Int. J. Cancer*; 43:982-1000, 1989. **Ministério da saúde.** Falando sobre tabagismo. Rio de Janeiro. Instituto Nacional de Câncer/Pro-Onco,

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** 2005.

INCA, Instituto Nacional do Câncer, Tipos de câncer, Boca. [Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco](#). Acessado dia 05/05/2010. 2009.

INCA, Instituto Nacional do Câncer, **Estimativa 2010**, Incidência de câncer no Brasil 2009.

Linha-guia da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção em saúde bucal.** 2ª Ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 290 p.

MARCUCCI, G. Fundamentos de Odontologia: Estomatologia. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2005. 243 p. NEVILLE, B *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 820p.

MELO, MCB; LORENZATO, FRB; CABRAL F; *et al.* A família e o processo de adoecer de câncer bucal / **Family and oral câncer.** [Psicol. estud](#);10(3):413-419, set.-dez. 2005. BR85.1 - Biblioteca Dante Moreira Leite

MIGLIORATTI, C.A. O conceito atual da medicina bucal. In: **Odontogeriatrics: Noções de interesse clínico.** BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p.115-130.

NAGAO, T.; WARNAKULASURIYA, K.A.A.S. Annual screening for oral cancer detection. **Cancer Detect. Prevent.**, New York, v. 27, n.5, p. 333-337, 2003.

NAGAO, T. *et al.* Oral cancer screening as an integral part of general health screening in Tokonamo City, Japan. **J. Med. Screen.** London, v.7, n. 4, p. 203-208, 2000. ISSN 1679 – 4605 *Revista Ciência em Extensão* – 170

NAVARRO, C. M. Campanha de prevenção do câncer bucal. In: CONGRESSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA - UNESP, 1., São Pedro, 1999. **Anais...** São Paulo: Edunesp, 1999. p.254-255.

NAVARRO, C. M. Fatores de risco no desenvolvimento do câncer bucal. **Rev. CROMG**, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 98-102, 1996.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. – **Patologia Oral & Maxilo Facial**. 2. ed. Guanabara Koogan, 2004.

NOGUEIRA, LT; RÊGO, C F N; *ET AL*. **Confiabilidade e validade das Declarações de Óbito por câncer de boca no Município de Teresina**, Piauí, Brasil, no período de 2004 e 2005. (on line) [Cad. saúde pública = Rep. public health](#);25(2):366-374, fev. 2009.

PRADO BN; PASSARELLI DHC. 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

REZENDE C.P.; RAMOS M.B.; DAGUÍLA C.H.; A. Alterações da saúde bucal em portadores de câncer da boca e orofaringe. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** vol.74 no.4 São Paulo July/Aug. 2008

RODRIGUES, T. L. C.; COSTA, L. J. DA; SAMPAIO, M. C. C.; Leucoplasias bucais: relação clínico-histopatológica. **Pesqui Odontol Bras**, v. 14, n. 4, p. 357-361, out./dez. 2000.

SHAFFER, W.G.; HINE, M.K.; LEVY, B.M.; **Tratado de Patologia Bucal**. 4ª ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1987.

SPEIGHT, PM, FARTHING, PM, BOUQUOT, JE. **The pathology of oral cancer and precancer**. *Curr Diag Path* 1996 Sep; 3(3):165-76.

SIMONATO, L.E.; MIYAHARA, G.I.; O Papel do Papilomavírus Humano na Carcinogênese Bucal. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2007; 53(4): Sylvie B; Franca AJ; *et al*. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2007; 53(1): 63-69

TEIXEIRA, A.K.M.; ALMEIDA, M.E.L.; HOLANDA, M.E.; SOUSA, F.B.; ALMEIDA, P.C.; Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. **Revista Brasileira de Cancerologia**.2009; 55(3).

TOMMASI, A F; **Diagnóstico em patologia bucal-Semiologia do Câncer da Boca**; 3 ° ed.São Paulo, Ed.Pancast, 2002.

VIDAL, AKL; SILVEIRA, RC J; *et al*. **Prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca**: uma medida simples e eficaz. [Odontol. clín.-cient](#); (on line) 2(2):109-114, maio-ago. 2003. ilus, tab.

Sites visitados

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>. Acessado dia 05/05/2010

<http://www.odontologia.com.br/noticias.asp?id=821&idesp=5&ler=s>. Acessado dia 05/05/2010

<http://www.unesp.br/proex/campanhas/cancerbucal.htm>. Acessado dia 05/05/2010

<http://www.odontologia.com.br/noticias.asp?id=821&idesp=5&ler=s>. Acessado dia 05/05/2010

http://www.odontodicas.com/artigos/tumores_das_glandulas_salivares.htm. Acessado dia 09/05/2010

http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578. Acessado dia 09/05/2010

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24025. Acessado dia 09/05/2010

<http://www.prevencaoocancer.com.br/risco.php>. Acessado dia 09/05/2010

<http://boasaude.uol.com.br/realce/emailorprint.cfm?id=15224&type=lib>. Acessado dia 09/05/2010