

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ADRIANO JOSÉ MOREIRA**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA FUNDAMENTAL NO  
DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CÂNCER BUCAL NA POPULAÇÃO  
IDOSA**

**CAMPOS GERAIS – MG**

**2013**

ADRIANO JOSÉ MOREIRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA FUNDAMENTAL NO  
DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CÂNCER BUCAL NA POPULAÇÃO  
IDOSA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização de Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para Obtenção de Título de Especialista.

Orientadora: Dra. Andréa Maria Duarte Vargas

CAMPOS GERAIS – MG

2013

ADRIANO JOSÉ MOREIRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA FUNDAMENTAL NO  
DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CÂNCER BUCAL NA POPULAÇÃO  
IDOSA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização de Atenção Básica em  
Saúde da Família da Universidade Federal de  
Minas Gerais como requisito parcial para  
Obtenção de Título de Especialista.

Orientadora: Dra. Andréa Maria Duarte Vargas

Banca Examinadora

Profa. Dra. Andréa Maria Duarte Vargas - Orientadora

Prof. Dr. Heriberto Fiuza Sanchez- Examinador

Aprovação em Belo Horizonte 12/04/2014.

*Dedico esse Trabalho, a Cristiane, Jonatas,  
Matheus e Raffael, meus Sólidos Alicerces  
na Caminhada da Vida.*

*Agradeço Primeiramente a Deus, que em todos os momentos da vida tem me Abençoado de maneiras Imensuráveis; A minha família, sem a qual nada sou e que em todas as etapas da minha caminhada profissional sempre esteve ao meu lado incentivando e inspirando. A minha Tutora, que de forma paciente e dedicada conduziu todo o processo de aprendizagem. E a minha Orientadora, que com sabedoria, equilíbrio e dedicação me auxiliou a conduzir esse trabalho. A toda a Equipe do CEABSF sempre prontos e prestativos em todas as fases do curso.*

## RESUMO

Este trabalho de conclusão de Curso de Especialização destaca, embasado em revisão bibliográfica, a importância de diagnóstico precoce na prevenção do câncer bucal em pacientes Idosos de uma unidade de Saúde da Família de Monte Santo de Minas. Demonstra a importância da educação em saúde como ferramenta fundamental na valorização de ações de Saúde Bucal e na valorização da saúde bucal. Demonstra que atividades simples como essa pode mudar realidades em pequenas comunidades do interior do Estado com baixo custo. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual de Saúde, na base Scielo, na biblioteca virtual do NESCON, e, também, no Portal do INCA e livros-texto citados nas referências. A pesquisa Bibliográfica foi realizada baseada em publicações nacionais nos últimos dez anos. Após esta fase foi construída uma proposta de intervenção para ser aplicada na Unidade Básica de Saúde com objetivo de promover saúde dos idosos e informá-los sobre câncer bucal. O Objetivo da pesquisa foi facilitar o acesso ao serviço de prevenção de câncer bucal e tornar o diagnóstico precoce pratica comum nas unidades de saúde da família.

Palavras-chave: **saúde bucal, câncer bucal, idoso.**

## **ABSTRACT**

The Final Course Specialization, grounded on literature review, pointed the importance of early diagnosis in the prevention of oral cancer in elderly patients of a Family Health Unit of Monte Santo de Minas. Demonstrating the importance of health education as a fundamental tool in the evaluation of Oral Health and that a tool like this can change realities in small communities in the state with low cost. The methodology used was the literature search based on the Virtual Health Library, based on SciELO and virtual library NESCON; Also, Portal INCA and textbooks cited in the references. After this phase we constructed a proposal for intervention to be applied in the Basic Health Unit in order to promote the health of older people and inform them about oral cancer. A bibliographic search was performed based on national publications over the last ten years. The goal of the research is to facilitate access to oral cancer prevention service and make early diagnosis common practice in family health units.

Keywords: **oral health, oral cancer, seniors.**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS – Agente Comunitária de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CEABSF – Curso de Especialização Atenção Básica Saúde da Família

DSS – Diagnóstico Situacional em Saúde

ESB - Equipe de Saúde Bucal

LE- Levantamento Epidemiológico

INCA – Instituto Nacional do Câncer

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

USF- Unidade de Saúde da Família

CAD único - Cadastro Unificado do Sistema Único de Saúde



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Descritores de Atendimento, 2012.

Quadro 2 – Produção da Equipe Saúde Bucal, 2012.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	09
2 OBJETIVOS .....	11
3 METODOLOGIA .....	12
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4.1. Câncer Bucal. ....	13
4.2. Etiologia do Câncer Bucal. ....	16
4.3 Os Idosos e o Câncer Bucal.. ....	17
4.4 As Alterações de Mucosa no Paciente Idoso .....	20
5 REALIDADE LOCAL ... ..	23
5.1 Principais Problemas Identificado .....	25
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....	26
6.1. Priorização de Problema.....	26
6.2. Descrição de Problema .....	26
6.3. Explicação de Problema .....	27
6.4. Seleção de Nós Críticos .....	27
6.5. Desenho de Operações .....	28
6.6. Identificando Recursos .....	28
6.7. Análise de Viabilidade .....	29
6.8. Elaboração de Plano Operativo . ....	30
7 RESULTADOS ESPERADOS .....	31
8 CONCLUSÃO. ....	32
REFERÊNCIAS. ....	33

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer bucal tem sido diagnosticado na população em geral em estágios tardios, quando seu prognóstico já se revela na maioria dos casos reservado e até mesmo comprometedor. Visando mudar essa realidade, partindo-se dos princípios de educação em saúde como chave para a promoção de saúde, com custos relativamente baixos para o sistema de saúde e com grande impacto nos resultados almejados, e, entendendo como principal porta de entrada para o Sistema de Saúde a Atenção Primária e, neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família, vimos propor um projeto de intervenção na Atenção Primária para melhorar a realidade da população de pequenos municípios do interior do Estado. Que informações sobre a saúde bucal um indivíduo da terceira idade deve ter? Como essas Informações poderiam ser revertidas em benefícios para usuários de um sistema de saúde que tem focado na doença e não no cuidado em promover a saúde? Conhecimento pode mudar essa realidade?

As dentaduras tornam mais fácil a vida de muitas pessoas da terceira idade, mas exigem cuidados especiais. Caso ocorra qualquer problema com a prótese, o dentista deve ser informado. Os portadores de dentaduras definitivas devem fazer um exame bucal geral pelo menos uma vez por ano.

Problemas periodontais atingem pessoas de todas as idades e especialmente maiores de 40 anos. Vários fatores podem agravar esses problemas, como: higiene bucal inadequada; doenças sistêmicas como a diabete, enfermidades cardíacas e câncer, fatores ambientais, tais como o estresse e o fumo, medicamentos que podem influenciar os problemas periodontais e da mucosa bucal. Assim, como as doenças periodontais são reversíveis em seus primeiros estágios, é importante diagnosticá-las o mais cedo possível, assim como as lesões de mucosa oral e estruturas adjacentes. As consultas periódicas garantem o seu diagnóstico e o seu tratamento precoce. É importante saber que a boa higiene bucal evita o aparecimento de enfermidades, que a remoção de quaisquer fatores de trauma crônico reduz lesões de mucosa.

Destacamos que pacientes acima de 60 anos, usuários ou não de próteses, etilistas e fumantes deverão ser alvo de busca ativa em todos os territórios adscritos, pelas unidades de atenção primária, com a devida responsabilização da equipe por essas ações. Assim, teremos um grande impacto na detecção precoce de muitos casos da doença e a multiplicação de Informações que levarão a melhores condições de vida, além do impacto indireto no Sistema de Saúde com redução de custos na atenção especializada, com ferramentas simples.

## 2. OBJETIVOS

Tornar o diagnóstico precoce do câncer bucal prática comum nas unidades de saúde da família e facilitar o acesso ao serviço de prevenção de câncer bucal.

Propor um protocolo para a UBS para melhorar o diagnóstico do câncer bucal e o acesso dos usuários idosos ao serviço quando necessário.

### 3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica utilizando-se da base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, na base Scielo, e da biblioteca virtual do NESCON. Utilizou-se como palavra-chave os termos: câncer bucal, idosos e Odontologia. Utilizou-se também, o Portal do INCA como fonte da Pesquisa e livros-texto. Após esta fase foi construída uma proposta de intervenção para ser aplicada na Unidade Básica de Saúde com objetivo de promover saúde dos idosos e informá-los sobre câncer bucal. A pesquisa Bibliográfica foi realizada baseada publicações nacionais nos últimos dez anos.

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1. Câncer bucal

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2011) o câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Conforme a OMS, 2009 esta doença atinge cerca de 12,4 milhões de pessoas e ocasiona 7,6 milhões de mortes por ano no mundo.

O câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando 12% de todas as causas de morte no mundo. Embora as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, dos dez milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento. (INCA, 2011)

O processo global de industrialização, ocorrido principalmente no século passado, conduziu a uma crescente integração das economias e das sociedades dos vários países, desencadeando a redefinição de padrões de vida com uniformização das condições de trabalho, nutrição e consumo. Paralelamente, deu-se uma significativa alteração na demografia mundial, devido à redução nas taxas de mortalidade e natalidade com aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional. Este processo de reorganização global determinou grande modificação nos padrões de saúde-doença no mundo. Tal modificação, conhecida como transição epidemiológica, foi caracterizada pela mudança no perfil de mortalidade com diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares e o câncer. Esta transformação do perfil epidemiológico das populações vem tornando-se, ao longo dos anos, cada vez mais complexa e de difícil entendimento, em função do aparecimento de novas doenças e o ressurgimento de antigos agravos à saúde.

Em virtude das desigualdades sociais existentes na América Latina, o mapa global de distribuição dos tipos de câncer nesta região segue uma superposição semelhante à encontrada no perfil de morbimortalidade anteriormente mencionado (INCA 2011).

No Brasil, o câncer é a segunda causa de morte por doença, sendo, portanto, indubitavelmente um problema de saúde pública (BITTENCURT *et al.* 2004). As estimativas do INCA apontam para a incidência de 500 mil novos casos em 2011. Das diversas causas de morte no mundo, o câncer é a única que continua a crescer independente do país ou continente e, nos países em desenvolvimento, é atualmente responsável por uma entre dez mortes (WHO, 2002).

Neste contexto, o Brasil destaca-se como uma área interessante para monitoramento e controle das tendências na incidência de câncer, assim como para estudo das variações geográficas nos padrões desta doença. A distribuição epidemiológica do câncer no Brasil sugere uma transição em andamento, envolvendo um aumento entre os tipos de câncer normalmente associados a alto status socioeconômico (câncer de mama, próstata, cólon e reto) e, simultaneamente, presença de taxas de incidência persistentemente elevadas de tumores geralmente associados com a pobreza (câncer de colo de útero, pênis, estômago e cavidade oral).

Esta distribuição certamente resulta de exposição a um grande número de diferentes fatores de risco ambientais relacionados ao processo de industrialização – agentes químicos, físico e biológico - e de exposição a outros fatores relacionados às disparidades sociais. As principais causas de morte por câncer no Brasil, em 2001, foram os tumores de pulmão, próstata, estômago, esôfago, boca e faringe em homens (INCA, 2009). O câncer atinge milhões de pessoas no mundo independente de classe social, cultura ou religião.

O impacto do diagnóstico é geralmente aterrador, pois apesar dos avanços terapêuticos ainda permanece o estigma de doença dolorosa, incapacitante, mutilante e, por vezes, mortal. Assim, apesar dos recentes avanços no diagnóstico e tratamento da doença, que asseguram a remissão e possível cura, o câncer



permanece como uma doença relacionada com a desesperança, dor, medo e morte. (CAMARGO,2000)

Compreende-se como câncer bucal o grupo de tumores classificados pela Classificação Internacional de Doenças - CID-10 - como: neoplasia maligna da gengiva, neoplasia maligna do assoalho da boca, neoplasia maligna do palato, neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca. O câncer bucal no Brasil, segundo estimativa de incidência do INCA 2012, acometerá 9.990 homens o que representa a quinta localização anatômica no sexo masculino, além de 4.180 mulheres (INCA, 2012).

A etiologia dessa neoplasia é multifatorial e, apesar de todo o avanço tecnológico obtido até o momento, os agentes etiológicos para o câncer ainda são uma incógnita. São considerados fatores de risco extrínsecos para o carcinoma bucal as substâncias químicas, agentes físicos e biológicos e os intrínsecos são aqueles que correspondem aos estados sistêmicos do indivíduo (NEVILLE, 1995). São fatores de proteção, o consumo de frutas e de vegetais como uma medida efetiva para o CA de boca (GÜNERI 2005; TAKEZAKI 1996;TAVA,2001).

A mortalidade por câncer bucal corresponde a pouco menos de 30% dos casos novos, o que significa um prognóstico razoável. A sobrevida média estimada mundial em cinco anos é de 46% (INCA 2010).

A grande maioria das neoplasias malignas da boca e complexo maxilo mandibular é constituída por carcinomas epidermóides, atingindo 90% dos casos, e o restante é representado por sarcomas, melanomas e tumores malignos de glândulas salivares. O carcinoma epidermóide representa, portanto, a condição mais séria entre as neoplasias que acometem a cavidade bucal, levando à morte grande parcela dos pacientes, pois a desinformação contribui para postergar a procura por um serviço de saúde ou um serviço especializado. O diagnóstico tardio pode estar relacionado a diversos fatores, dentre eles: a desinformação da população, a falta de alerta dos profissionais da saúde para o diagnóstico precoce dos casos e a falta de rotinas abrangentes programadas nos serviços de saúde pública (THOMAZ, 2000).

Segundo Sturgis *et al.* (1999) , existe uma associação entre o câncer de boca e a pobreza, sendo os indicadores de mortalidade e morbidade ruins nas áreas de baixo nível socioeconômico e destacam que as características culturais do povo, o nível socioeconômico da sociedade e o grau de acesso ao tratamento e tecnologia aos serviços públicos de saúde determinam a variação da incidência do câncer de boca no mundo.

Em países desenvolvidos, segundo o INCA, o câncer de boca apresenta taxas de incidência e mortalidade menores quando comparados aos países em desenvolvimento. No Brasil, o câncer de boca representa o quinto tipo de câncer em incidência entre os homens e o sétimo entre as mulheres. (INCA, 2010). A falta de um sistema de atenção ao câncer de boca corrobora com a tese de que pacientes com câncer de boca ficam sem diagnóstico precoce e são descobertos clinicamente em estágios avançados (estadiamento III e IV).

Este fato torna-se preocupante quando se analisam estudos como o de Leite & Koifman (2007), que ao estudarem a sobrevida dos pacientes com câncer de boca no Rio de Janeiro verificaram a correlação entre o estágio clínico e a mortalidade, onde 18,1% dos pacientes estágios III morreram, sendo que esta taxa sobe para 4% nos em estágio IV. Diante desses fatos, a detecção precoce do câncer de boca pela rede básica de saúde deve ser seriamente considerada.

#### **4.2. Etiologia do Câncer Bucal**

Com etiologia multifatorial e complexa, a ocorrência do câncer de boca pode ser influenciada tanto por fatores ambientais como por fatores relacionados ao hospedeiro. Dentre os fatores de risco para o seu desenvolvimento estão o tabagismo, o etilismo, a exposição profissional, os traumatismos crônicos, os hábitos de higiene bucal, fatores nutricionais, estados de imunodeficiência, infecções fúngicas e virais, a radiação ultravioleta, o uso de fogão a lenha, o grupo étnico e as condições socioeconômicas (PUCCA JR, 1999; ODELL, 2000; K. NISHIMOTO, 2000).

Além dos fatores de risco, existem também as lesões cancerizáveis, definidas pela Organização Mundial de Saúde, “*como sendo tecidos morfológicamente alterados no qual é mais provável a ocorrência de câncer do que nos tecidos locais normais*”. São consideradas lesões cancerizáveis de alto risco a leucoplasia, eritroplasia, estomatite nicotínica e líquen plano, e de baixo risco a hiperplasia gengival, periodontite, lesões brancas reativas e a candidose hiperplásica crônica (OLIVEIRA; ODELL, 2000; TAVARES, 2000).

Segundo Petti (2000), a etiologia do câncer de boca está relacionada com a interação entre fatores intrínsecos do hospedeiro e exposição ambiental, tais como fumo, dieta e infecções. O carcinoma epidermóide oral exibe elevadas taxas de mortalidade, mesmo com o avanço das modalidades terapêuticas, o que se atribui principalmente à resposta variada ao tratamento e a falha no diagnóstico precoce. A hereditariedade é um fator a ser considerado, pois encontramos 17% dos pacientes com história familiar de câncer, especialmente em parentes de primeiro grau. Entretanto, há poucos estudos evidenciando tal associação. Além disso, não havia informação sobre os tipos tumorais encontrados nos familiares. O uso crônico de tabaco e álcool foi confirmado, de acordo com a literatura, como os principais fatores de risco para câncer de boca, e quando usados de forma associada.

É preciso buscar campanhas de educação continuada no intuito de orientar a população quanto aos fatores de risco e sintomatologia precoce associada à doença, bem como de manter uma higiene e saúde bucais adequadas. Estudos têm mostrado o perfil dos idosos acometidos por câncer de boca, sendo possível concluir que estímulos ambientais são os principais fatores de risco para o surgimento deste grupo de neoplasias, embora outros fatores possam ser levados em consideração, tais como a hereditariedade. Nesse ponto de vista, aspectos clínicos e epidemiológicos são fundamentais para a elaboração de estratégias de prevenção, diagnóstico e abordagens terapêuticas adequadas.

O tabagismo contribui não somente para o aumento da carga de câncer de pulmão em nosso país, mas também para o aumento da incidência de outros tipos de câncer, tais como de laringe, esôfago, boca e faringe, os dois últimos principalmente

se associado a consumo de álcool e precárias condições de nutrição, outros fatores de risco muito comuns no Brasil (PUCCA JR, 1999).

A incidência de câncer de boca e de faringe tem aumentado no mundo nas últimas décadas, acompanhando o aumento no consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas. Em estudo conduzido para investigar a ocorrência de câncer de boca e de faringe em população residente nas cinco regiões do Brasil, verificou-se que a mais alta taxa de incidência, ajustada por idade pela população mundial, destes dois tipos de câncer combinados, encontrava-se em São Paulo, na região Sudeste do país (25,3/100.000 em homens e 4,9/100.000 em mulheres), achado semelhante a outras regiões do mundo que apresentavam alta incidência destes cânceres. Cabe comentar que a mortalidade do câncer de boca em São Paulo permaneceu estacionada em níveis elevados durante o período de 1980 a 1998 (BRASIL, 2003). Estatísticas do Ministério demonstram que os maiores valores das taxas anuais de incidência, ajustadas por idade, de câncer de boca encontram-se, na população masculina, em São Paulo (7,6/100.000) e, na população feminina, em Natal (3,3/100.000), (BRASIL, 2008).

Ao cirurgião-dentista cabe realizar, durante a sua rotina de atendimento, um correto exame clínico para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal e afastamento dos fatores de risco, diagnosticando e tratando as lesões cancerizáveis, realizando exames complementares e orientando e estimulando a realização do auto exame bucal.

### **4.3. Os idosos e o câncer bucal**

A população brasileira de idosos de acordo com a OMS irá aumentar 16 vezes entre 1950 e 2025, sendo que hoje os brasileiros com mais de 60 anos representam 8,6% da população. Esta proporção chegará a 14% em 2025, representando a sexta maior população idosa do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos (OLIVEIRA; ODELL, 2001; BRASIL, 2003). Essa realidade é fruto da melhoria das condições de vida e do acesso aos avanços da medicina como medidas profiláticas, saneamento básico, controle de doenças parasitárias,

imunização de doenças infecciosas, controle das infecções por antibióticos e tratamentos preventivos das doenças fatais.

Com o aumento da expectativa de vida da população, o conceito de saúde passou a ser visto no sentido ampliado, apoiado na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, tendo no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante, e estando centrado na capacidade do idoso viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade (MINAYO, 2000).

A saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte e lazer, liberdade e acesso e posse de terra, ao serviço de saúde e informação. O atendimento a um indivíduo idoso apresenta características peculiares sendo necessário o conhecimento de alguns princípios básicos e essenciais. (MINISTERIO SAUDE, 2002).

O envelhecimento constitui-se em um processo biológico, necessitando-se diferenciar entre a patologia e a consequência normal da idade; um dos principais critérios utilizados para identificar um idoso com boas condições de vida é a manutenção por toda a vida de sua dentição natural, saudável e funcional, e todos os benefícios biológicos e sociais que possam advir dela com estética, conforto e capacidade mastigatória (PUCCA JR, 2002).

É importante que a saúde bucal, antes negligenciada, passe a fazer parte dos requisitos necessários para se alcançar uma qualidade de vida adequada para os idosos, uma vez que quando há comprometimento da mesma, verificamos um reflexo negativo no nível nutricional, no bem estar físico e mental, e também no convívio social desta população. Para tanto, um programa de saúde bucal coletiva direcionado às pessoas idosas deve incluir a detecção de problemas nos tecidos moles, no periodonto e nos dentes remanescentes, além de avaliar a higiene bucal, a necessidade de próteses e a condição das existentes (BRUNETTI, 2003).

Dentro deste panorama, a prevenção do câncer de boca passa a ser um ponto extremamente importante a ser discutido, uma vez que a faixa etária onde encontramos a maior incidência é a terceira idade (PUCCA JR, 1999).

Embora seja considerado de fácil diagnóstico, uma vez que na maioria dos casos podemos visualizar a lesão na cavidade bucal, o câncer de boca em mais de 80% dos casos ao serem atendidos em serviços especializados pela primeira vez, encontram-se em fase avançada da doença - estágio III e IV, fato que prejudica o prognóstico da doença (WECKX, 1993).

No Estado do Paraná observou-se um aumento na taxa de mortalidade por câncer de boca, sendo que nos homens essa taxa era de 3,88% no período de 1979-1983 e passou para 4,25% no período de 1995-1999. Neste último período as taxas consolidadas apresentadas pelo estado, 3,98%, não apresentam diferença estatística da encontrada para o Brasil, 4,06% (BRASIL, 2002).

Dentre os fatores responsáveis pelo diagnóstico tardio do câncer bucal está o fato da maioria dos pacientes serem idosos, desdentados e não possuírem o hábito de visitar o cirurgião-dentista. No entanto, o medo e/ou a falta de conhecimento, a inacessibilidade aos serviços de saúde, a falha do profissional no diagnóstico precoce e a inexistência de sintomas nas lesões iniciais também contribuem para este quadro (OLIVEIRA; ODELL, 2000).

#### **4.4. Alterações de Mucosa no Paciente Idoso**

As doenças bucais, embora na sua maioria não seja ameaçadora à vida ou produza consequências severas, podem contribuir para agravamentos do quadro de saúde geral. Além disso, o quesito risco social associado ao conforto em falar, mastigar, e se relacionar socialmente são aspectos fundamentais quando tratamos de Saúde Bucal na Terceira Idade.

A Saúde Bucal é um padrão de saúde das estruturas bucais que permite ao indivíduo falar e socializar-se sem doenças ativas, desconforto ou embaraços e que contribui para o bem estar geral. Dentre as condições bucais mais comuns no idoso

temos: alterações fisiológicas que ocorrem durante o envelhecimento como desgastes dos dentes, alterações nos canalículos dentinários e na polpa dental, diminuição da vascularização que pode levar a diminuição acentuada na capacidade de regeneração tecidual, reduções de fluxo salivar e xerostomia.

Mudanças estruturais da mucosa bucal como atrofia epitelial, perda de elasticidade e diminuição de espessura também podem ocorrer o que a torna mais susceptível a diversas lesões e agravos.

Ainda pode-se citar diversos fatores que predis põem idosos a doenças bucais, tais como: dificuldades de higiene bucal ou de próteses por declínios de saúde e dificuldades cognitivas ou motoras e a própria diminuição de acuidade visual, efeitos colaterais de remédios que podem gerar hiperplasias, diminuição de fluxo salivar, problemas na fala, deglutição e paladar, alterações sistêmicas como síndromes e doenças degenerativas em geral.

Além disso, também influencia o seu histórico de hábitos dietéticos e tratamentos odontológicos ao longo da vida e de fatores culturais como o mito de que velho não precisa mais de tratamento odontológico. Hiperqueratose e Leucoplasias são achados frequentes na mucosa de idosos, segundo Boraks (1998). Deficiências nutricionais, traumas e condições debilitantes fazem também da candidíase um achado frequente. Irritações mecânicas e reações alérgicas são estomatites comuns encontradas associadas às próteses dentais.

Excessos de saburra, varizes, e atrofia de papilas e fissuras são associados com frequência à língua. A região da língua pode ser apontada como a segunda com maior frequência de incidência por região de câncer bucal (HANCKE, 1982). Essas atrofia podem estar associadas a distúrbios de paladar e Síndrome de Ardência (LORANDI, 1990). A Quelite Angular tem sido outro achado bucal muito frequente associado principalmente a candidíase e perda da dimensão vertical, seja por deficiências nas próteses ou seu não uso pelos pacientes, a deficiências de vitaminas ou ressecamentos de mucosa, (ELIAS, 1999).

Sabe-se que muitos idosos, na sua maioria edêntulos, não realizam consultas odontológicas e têm um aumento no risco de aparecimento do câncer bucal. A responsabilidade por diagnóstico precoce e busca ativa desses pacientes, usuários

dos serviços de saúde é da equipe de saúde bucal. Além disso, a prevenção dessa patologia deve ser voltada e associada com redução de tabaco e álcool, à orientação para melhor qualidade de vida e hábitos nutricionais adequados, um controle com redução de agentes irritantes locais que causem quaisquer injúria a mucosa por exames odontológicos sistematizados e rotineiros nessa população (ELIAS, 1999).

Atenção especial deve ser dada não só a nódulos ou áreas escamosas ou eritematosas, dores ou dormências, mas também a história de vida desses pacientes como ocupação ao longo da vida, hábitos, fatores predisponentes, e adoção de forma sistemática e protocolada de biópsias (ELIAS, 1999).



## 5. A REALIDADE LOCAL

A área de abrangência da UBS apresenta-se com um total de 3015 indivíduos distribuídos em 1057 famílias cadastradas e divididas em 06 micros áreas, com 95% das crianças e adolescentes de 7 a 14 anos na escola; 93 % da população acima de 15 anos alfabetizada; 9% de pessoas com plano de saúde; 99% das residenciais construídas em tijolos; 99% da área de abrangência com energia elétrica; 99% com cobertura por rede de água e esgoto tratada. Possui 3% de usuários cadastrados em bolsa família e 3,5% de usuários no CAD único, cadastro unificado do sistema único de saúde (dados levantados no SIAB da Unidade). A área de abrangência da UBS está composta por 07 bairros sendo que dois deles ocupam a maior cobertura territorial e alguns deles são partilhados com outras equipes na divisão do território; fazemos divisa com as ESF “São Camilo” e “Ana Carolina”. A equipe de saúde da família é composta por seis Agentes Comunitárias de Saúde, sendo que, uma delas desenvolve funções de recepcionista na unidade de saúde. A equipe conta ainda com um Médico, um Cirurgião Dentista, uma Enfermeira, um Auxiliar de Enfermagem e um Auxiliar de Saúde Bucal.

A infraestrutura da Unidade segue modelos de construção do Ministério da Saúde. Porém, no quesito Consultório Odontológico é preciso melhoria nos equipamentos já que se encontram bem defasados e em má situação geral de funcionamento, necessitando assistência técnica constante.

Aspectos ambientais: a estrutura de saneamento básico e água tratada têm índices excelentes quando comparados a municípios de mesmo porte de outras regiões do estado, tanto no que se refere a esgoto sanitário, quanto ao acesso à água tratada pela companhia de águas e saneamento do estado. Destaca-se, também, a fluoretação sistematizada das águas de abastecimento.

Aspectos socioeconômicos: a população apresenta neste aspecto um grau de diversificação de atividades variado, desde trabalho em agricultura familiar em propriedades rurais de cultura cafeeira e de cana de açúcar, como alguns funcionários municipais e do comércio local, além de alguns pequenos comerciantes informais e um número significativo de aposentados. A área de abrangência possui 2450 indivíduos economicamente ativos.

Aspectos Epidemiológicos: como principais causas de morbidade referida estiveram em 2012: alcoolismo, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, Doença de Chagas, neoplasias.

Outros problemas relatados baseados em observação ativa e levantamentos epidemiológicos locais: alta prevalência de cárie dental em jovens e adolescentes; alta prevalência de doenças periodontais e de lesões de mucosa bucal que ocorrem sem diagnósticos e pela ausência de programas educativos. Observa-se, também, altos índices de edentulismo, pouca adesão ao tratamento odontológico por população adulta e poucos tratamentos concluídos em relação ao número de tratamentos iniciados no mesmo período. Os quadros a seguir registram dados da Unidade de Saúde quanto o Atendimento Odontológico.

Quadro 1 – Descritores de Atendimento, 2012.

<b>Descritor</b>	<b>2012</b>
Cadastrados	3015
Atendimentos	1370
Primeiras Consultas	240
Urgências	178
Faltosos	407
Procedimentos coletivos	1205
Exodontias	75
Procedimentos Periodontais	1567
Procedimentos Restauradores	608
Término Tratamento	182
Gestantes atendidas	27
Menores de 02 anos atendidos	78

Quadro 2 – Produção da Equipe Saúde Bucal, 2012.

Ação	2012
Primeira Consulta	240
Alta	182
Atendimentos	1370
Procedimentos Individuais	5205
Procedimentos Coletivos	1205
Primeira Consulta Gestante	16
Atendimento Gestante	27

Fonte: SIAB 2012

### 5.1. Principais problemas Odontológicos Identificados

Considerado, os diagnósticos situacionais e dados do levantamento epidemiológico e do Sistema de Informação de Atenção Básica; é correto afirmar que frente aos recursos e ações desenvolvidas ao longo do ano, tendo em vista os altos índices de lesões de mucosa sem diagnóstico e a pouca procura por serviço de diagnóstico precoce e prevenção de câncer bucal pela população idosa. A Implantação de programa de Educação em saúde pode mudar a realidade desta população. Porém, mesmo com a facilidade de acesso ao serviço, ainda observa-se baixos índices de procura por serviços voltados a esse diagnóstico precoce e a ações de prevenção de doenças e alterações de mucosa oral em especial pela população Idosa. Percebe-se pouco ou nenhum conhecimento da população adscrita sobre a importância de programas de prevenção e promoção de saúde bucal e seu impacto sobre a redução dos casos de câncer bucal em adultos, idosos e edêntulos, pouco valorizando ações de educação em saúde.

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Divulgação de Informações sobre Câncer Bucal à população de abrangência da Unidade de Saúde Juvenal de Magalhães. Implantação do Projeto de Informação em Saúde Bucal.

### 6.1. Priorização do Problema

Estabelecimento de ações de diagnóstico precoce para o câncer bucal, Estabelecimento de ações de divulgação de informações sobre a doença estabelecendo uma Rede de Atenção Local para dar suporte ao diagnóstico precoce do câncer bucal ajudando, também, na valorização de saúde bucal pelos pacientes acima de 50 anos.

### 6.2. Descrição do Problema

Os pacientes idosos não conhecem a importância do diagnóstico precoce na evolução de doenças bucais na sua faixa etária. Estes pacientes acreditam que por já usarem próteses totais ou por serem “desdentados” não têm mais necessidade de consultas odontológicas.

Este fato cultural associado a poucas ações de educação em saúde gerou nos dias de hoje uma grande demanda reprimida por serviços de diagnóstico para a população idosa do município, em específico lesões cancerizáveis. Importante frisar que por se tratar a população onde a principal ocupação laborativa ao longo da vida foi o trabalho no campo exposto ao tempo, temos nesta história de vida um fator agravante para doenças na região da mucosa labial. Porém, mesmo tendo facilidade de acesso ao serviço ainda temos presenciado baixos índices de procura e adesão aos tratamentos odontológicos nesta faixa etária.

### 6.3. Explicações para o Problema

Tentando compreender essa realidade e partindo dos princípios de problematização e suas diversas vertentes explicativas afirma-se que cultural e socialmente a saúde bucal foi em tempos passados, de certa forma, “menosprezada” pela própria população na busca de serviços de prevenção, promoção e educação em saúde.

Este fato, agravado por essa falta de conhecimento da real importância das consultas odontológicas, gerou nos dias de hoje uma grande demanda reprimida. Talvez pela crença de não precisar mais da atenção primária ou julgar erroneamente suas necessidades de tratamento e atenção em saúde bucal, essa camada da população não tenha valorizado os serviços, aqui demonstrando mais uma vez que a educação em saúde pode mudar essa concepção, e reverter em resultados melhores no prognóstico do câncer realizando a precocidade de seu diagnóstico. Aqui os fatores sócio culturais locais deverão ser vencidos como principal barreira, tanto a informação quanto a procura pelos serviços de saúde.

#### **6.4. Seleção dos Nós Críticos**

Falta de informação da população sobre a facilidade do diagnóstico precoce, sobre as possibilidades de cura quanto mais cedo for realizado o diagnóstico, falta de informação da disponibilidade de acesso ao Serviço na Rede Pública, temor natural pela doença e a cultura de tratamentos curativos são os nós críticos encontrados.

A proposta de intervenção deve enfatizar que todas as lesões de mucosa devem ter um diagnóstico precoce e que isso torna o tratamento mais efetivo e com melhores resultados bem como valorizar a promoção de saúde em todos os grupos etários, assim como os bons hábitos de vida inestimáveis para qualquer idade.

Há falta de uma rede local para executar biópsias e encaminhar o paciente diagnosticado para tratamento adequado no nível de atenção necessário. Aqui temos a referência de atenção secundária, porém, nos falta um laboratório conveniado e disposição de profissionais capacitados a realizar os exames.

## **6.5. Desenhos das Operações**

### **Projeto de Educação em Saúde Bucal.**

Resultados esperados - aumentar a adesão ao tratamento Odontológico preventivo na população de idosos visando aumentar o diagnóstico precoce de lesões de câncer bucal e reduzir os agravos gerados pela doença. Instalação de uma rede local onde o paciente com lesões de mucosa possa ser submetido a exame de biópsia e ter um laboratório credenciado pela Secretaria Municipal de Saúde para realizar os exames no menor prazo possível para facilitar a referência dos casos.

Produto Esperado - um programa de educação orientado e sistematizado de caráter permanente voltado para população idosa. Incentivo à adesão ao Tratamento Odontológico preventivo nestes Idosos. Programa de formação de uma Rede na Atenção Primária para resolver esse problema - o Câncer Bucal e seu diagnóstico precoce.

Produto Esperado - uma rede local para diagnóstico precoce ágil que tenha seu gerenciamento na própria Coordenação de Saúde Bucal para facilitar trâmites e agilizar o tratamento precocemente melhorando os prognósticos de maneira significativa

## **6.6. Identificando os Recursos**

Organizacionais: propor espaços físicos de alcance e acesso a população acima de 60 anos de idade, onde dúvidas possam ser esclarecidas em grupos, multiplicando assim os conhecimentos divulgados. Capacitar os profissionais de Odontologia através de cursos de atualização para realização segura de biópsias. Credenciar laboratório anatomopatológico local para realização dos exames.

Cognitivos: O conhecimento deve ser divulgado observando-se práticas pedagógicas modernas. Elaboração e divulgação de informações de caráter prático e em linguagem compreensiva por todo o grupo. A capacitação de profissionais de odontologia deverá ser realizada por Instituição de Ensino capacitada para realização das biópsias.

Políticos: Demonstrando aos gestores que educação em saúde promove qualidade de vida e reduz custos futuros com tratamentos de média complexidade e logísticas de transportes de pacientes para centros especializados distantes. Demonstrando aos gestores os benefícios da capacitação do cirurgião dentista pode agilizar o processo entre o diagnóstico e a cura. Demonstrando em reunião interna os benefícios e a importância de um laboratório conveniado com a gestão municipal na praticidade da realização de um diagnóstico precoce e todos seus benefícios para população Idosa.

Profissionais: Equipes multiprofissionais bem preparadas reforçam essas informações e ajudam na fundamental integração das diversas áreas da saúde e fortalecem a Odontologia. Equipe Odontológica atualizada e capacitada.

Financeiros: promovendo os recursos necessários para materiais de divulgação e educação preparados e direcionados para o Projeto. Utilizando-se de recursos já disponíveis no programa saúde em casa para a capacitação dos profissionais.

#### **6.7. Análises de Viabilidade, identificando os atores:**

Políticos - Gestor de Saúde da Atenção Primária do Município e Coordenadores de Saúde. Financeiros; Prefeitura Municipal através da Secretaria Municipal de Saúde. Profissionais de saúde.

Estratégia para motivação dos atores: Reunião de Apresentação do Projeto Educação em Saúde Bucal. Nesta reunião serão apresentados dados estatísticos comparativos entre custos com atenção secundária ou média complexidade coletados junto à própria Secretaria Municipal de Saúde e Custo Efetivo do Projeto de Educação em saúde como horários na Programação da Radio Local, Folders explicativos e utilização do tempo dos profissionais da própria Secretaria de Saúde.

Aos profissionais será apresentado o Projeto sob o ponto de vista clínico e estatístico das reais possibilidades de melhora nas condições de qualidade de vida da população idosa. Ainda serão apresentados aos profissionais e gestores os benefícios de capacitar e atualizar os cirurgiões dentistas do quadro de funcionários, de onde virão recursos para essa capacitação.

### **6.8. Elaboração do Plano Operativo**

**Operação:** Importância do Diagnóstico Precoce no Tratamento do câncer Bucal.  
**Resultado:** Evitar o diagnóstico tardio melhorando a probabilidade de prognóstico no tratamento. Estabelecer rede local para facilitar e agilizar os trâmites de referência dos casos diagnosticados.

**Produtos:** Programa informativo que traga os indivíduos até a Unidade de Saúde para exames e orientações que utilizam como ferramenta a informação em saúde direcionada de forma sistemática. Capacitação profissional da rede local. Estabelecer uma rede local para o diagnóstico precoce do câncer bucal.

**Ação Estratégica:** Utilizar dos meios já disponíveis para fomentar através da educação uma oportunidade de aumentar os índices de diagnóstico precoce do câncer bucal. Estruturar uma equipe de profissionais engajados em diagnosticar precocemente o câncer bucal dentro de uma rede local.

**Responsáveis:** Adriano Moreira e Coordenação de Saúde Bucal.

**Prazos:** Seis meses após apresentação e aprovação do projeto pela Coordenação de Saúde e Gestores Municipais.



## 7. RESULTADOS ESPERADOS

Divulgar Informações sobre a Importância do Diagnóstico Precoce nas Lesões de Mucosa em especial nas lesões de câncer bucal. Divulgar conhecimento para proporcionar uma mudança de atitude da população idosa em relação às consultas odontológicas e motivar a participação no programa de prevenção e diagnóstico precoce de câncer bucal. Estabelecer uma rede local onde o idoso terá informação, diagnóstico clínico e laboratorial das lesões de mucosa de forma precoce; e pronta referencia, quando necessário, facilitando seu tratamento e melhorando as chances de cura.

## 8. CONCLUSÕES

A divulgação do conhecimento dos profissionais quando direcionada e sistematizada com os recursos pedagógicos adequados poderá mudar os estágios em que entra os casos de câncer bucal no SUS a cada ano os casos de câncer bucal no Estado. Aproximando os usuários do sistema de saúde e da informação sobre o diagnóstico precoce e sua importância, facilitando o vínculo com as Unidades Básicas, a principal porta de entrada do usuário no sistema, poderemos impactar, com ações que demandam pequenos recursos financeiros, de forma significativa as estatísticas do Instituto Nacional do Câncer no Brasil.

A criação de uma rede local envolvendo os profissionais de odontologia do quadro municipal e credenciando laboratórios locais de diagnóstico tornaria o projeto completo, pois além de informar a população e realizar o diagnóstico clínico e laboratorial seguros, os trâmites de referenciar os casos já diagnosticados à atenção secundária seria realizado rapidamente e teria sua gestão de casos na própria Secretaria Municipal e Coordenação de Saúde Bucal. Todas essas ações conjuntas resultariam em maior procura e adesão aos tratamentos e no tão almejado diagnóstico precoce melhorando a qualidade de vida da população idosa do município.

## REFERÊNCIAS

- BIRMAN, E.G. et al. A study of oral mucosal lesions in Geriatric patients. **Rev.Fac.Odontol. F.Z. L**, v.3, n.1, p. 17-25, 1991.
- BORAKS, S. Atendimento ao Idoso. **Rev. APCD**, ano 32, n.491, p.20, 1998
- CAMPOS, F.C. C et al.**Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª Ed, Belo Horizonte: Copmed, 2010.
- CARRANZA, F.A. **Periodontia Clínica**: tratamento periodontal para pacientes geriátricos. 8ª ed. 1999, p. 449-452.
- CORREA, E.J et al.**Iniciação a Metodologia científica**:participação em eventos e elaboração de textos científicos 2ª Ed, Belo Horizonte: Copmed, 2011.
- ELIAS, R. Odontogeriatrics: problemas bucais. **JBC**, v.3, n.16, p.22-24, 1999.
- FARIA H.P; COELHO, I.B; WERNECK, M.A. F; SANTOS, M.A, **Modelo assistencial e Atenção Básica à Saúde**. 2ª Ed, Belo Horizonte: Copmed, 2010.
- FARIA H.P; COELHO, I.B; WERNECK, M.A.F; SANTOS,M.A, **Processo de Trabalho em saúde** .2ª Ed, Belo Horizonte: Copmed,2009.
- FRARE, S.M. et al. Terceira idade: guias dos problemas bucais existentes. **Rev. APCD**, v.51, n.4, p.573-576.1997.
- LORANDI, C..S. et al., Alterações fisiológicas frequentemente presentes na cavidade bucal do paciente idoso.**Rev. Odonto-Ciencia**,v.10,n.2,p.57-61,1990.
- LOURENÇO, R.A; MOTTA, L.B. Prevenção de doenças e promoção de saúde na terceira idade. In: VERAS, Renato (org.) **Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição**. Rio de janeiro: Relume-Dumara/UNATI-UERJ, 1999.
- MANFREDINI, E.M, **Planejamento em saúde bucal em odontologia em saúde coletiva**. Porto Alegre: Artemed. 2003
- MENDES, E. VILAÇA. **Os grandes desafios do SUS**.Tomo I- Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em Saúde bucal**. Belo Horizonte. 2007.2ªed.290p.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em Saúde do Idoso**. Belo Horizonte. 2007.2ª ed.186p.
- MINISTÉRIO DA SAUDE. Projeto SB Brasil 2003. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**: Resultados principais. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).
- MORAES, E.N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Copmed, 2006.

NEVILLE, B. et al. **Patologia Oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998

PUCCA Jr., G. A, Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: **Gerontologia**, p. 297-310, São Paulo: Ateneu. 1996.

PUCCA Jr., G. A., 1998. **Perfil do Edentulismo e do Uso de Prótese Dentária em Idosos Residentes no Município de São Paulo**. Dissertação de Mestrado São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VARGAS, A M.D; VASCONCELOS, M; RIBEIRO, M.T.F. **Saúde Bucal; Atenção ao Idoso**. Belo Horizonte: Copmed, 2011.

WERNECK, M.A.F et al. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Copmed, 2009.

WERNER, C.W. et al. Odontologia Geriátrica. **Rev. Fac. de Odontol. F.Z.L**, v.11 , n.1, p.62-69.1998.