

O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca

The paper of the dentist in relation to the oral cancer

Isabela Vieira Santos¹, Técia Daltro Borges Alves², Michelle Miranda Lopes Falcão³, Valéria Souza Freitas⁴

1. Graduanda em Odontologia na Universidade Estadual de Feira de Santana
2. Professora Adjunta da Universidade Estadual de Feira de Santana.
3. Professora substituta da Universidade Estadual de Feira de Santana.
4. Professora assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana.

DESCRIPTORIOS:

Conhecimento; Câncer bucal; Diagnóstico; Dentista; Neoplasias bucais; Boca; Diagnóstico Bucal.

Keywords:

Knowledge; Oral cancer; Diagnosis; Dentist; Mouth Neoplasias; Diagnosis; Oral.

RESUMO

O câncer bucal é um importante problema de saúde pública no mundo. A maior parte dos casos da doença é detectada em fase avançada. O diagnóstico precoce do câncer bucal favorece maiores possibilidades de cura da doença. A ausência de sintomatologia da doença na fase inicial, a falta de preparo do cirurgião-dentista, o medo e a falta de informação da população são fatores que podem estar associados ao diagnóstico tardio da doença. O cirurgião-dentista exerce um papel primordial na prevenção do câncer de boca, principalmente quando atua nos níveis de prevenção primária e secundária, ao propor ações que facilitem o reconhecimento dos indivíduos pertencentes ao grupo de risco e ao realizar práticas que busquem diagnosticar precocemente as lesões suspeitas. O objetivo deste estudo foi o de realizar a revisão de literatura sobre a importância do cirurgião-dentista em promover o diagnóstico precoce e a prevenção do câncer de boca bem como incentivar campanhas educativas relacionadas à doença e direcionadas à população geral.

ABSTRACT

The oral cancer is an important problem of public health in the world. Most of the illness' cases is detected in advanced stage. The precocious diagnosis of the oral cancer favors the biggest possibilities of the illness' cure. The absence of illness' pain, in the initial phase, the lack of preparation of the dentist, the fear and the lack of population's information are factors that can be associates to the delayed diagnosis of the illness. The dentist exerts a primordial paper in the prevention of the oral cancer, mainly when he acts in the levels of primary and secondary prevention, when considering actions that facilitate the recognition of the pertaining individuals to the group of practical risk and carrying through that, they search to diagnosis the injuries precociously suspicion. The objective of this study was to carry through the literature revision on the importance of the dentist in promoting the diagnosis and the prevention of the oral cancer precocious, as well as stimulating educative campaigns, related to the illness and directed the general population.

207

Endereço para correspondência

Técia Daltro Borges Alves
Rua Borsoroca, 53 - Brasília
Feira de Santana - BA CEP: 44100 - 000
e-mail: teciaalves@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Na atualidade, a Odontologia compreende a prevenção, o diagnóstico precoce e, não somente, o tratamento curativo das doenças bucais. Dentre essas doenças, o câncer de boca pode ser considerado um problema de saúde pública, merecendo, desse modo, atenção especial do cirurgião-dentista¹.

O câncer bucal figura entre as dez neoplasias malignas mais prevalentes que acometem os indivíduos (estimam-se 14.120 novos casos para o ano de 2010 no Brasil) e apresenta a maior taxa de mortalidade dentre os cânceres do segmento cabeça e pescoço^{2,3}. No ano de 2006, o câncer de boca levou a óbito cerca de 5.877 indivíduos em todo o Brasil⁴.

A etiologia do câncer bucal é multifatorial. Integra fatores endógenos, como a predisposição genética, e fatores exógenos ambientais e comportamentais, como uso do tabaco, ingestão de bebidas alcoólicas, exposição à radiação solar, produtos químicos carcinogênicos e alguns microrganismos, cuja integração pode resultar na manifestação do agravo^{5,6}.

O grupo de risco para o câncer de boca é composto por indivíduos do sexo masculino, com 40 anos ou mais, usuários do tabaco em suas mais variadas formas e de bebidas alcoólicas. É importante ressaltar que, apesar de as mulheres não

constituírem esse grupo, nas últimas décadas, o seu comportamento social tem-se transformado por meio da adoção de hábitos tabagistas e etilistas, o que permite uma análise da inclusão do sexo feminino no grupo de risco do câncer de boca⁷.

O diagnóstico tardio do câncer bucal pode resultar em prognóstico desfavorável, visto que, em estágio avançado, quando não leva a óbito, provoca mutilações e deformidades no indivíduo. Além disso, o tratamento torna-se longo, gerando um elevado custo social e econômico. Portanto, o cirurgião-dentista tem grande importância na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de boca^{8,9}.

Este estudo teve como objetivo realizar a revisão de literatura sobre a importância do cirurgião-dentista em promover o diagnóstico precoce e a prevenção do câncer de boca bem como participar de campanhas educativas relacionadas à doença e direcionadas à população geral bem como incentivá-las.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão realizada por meio de levantamento retrospectivo de artigos científicos publicados de 1989 a 2009, incluindo autores clássicos. Utilizaram-se os bancos de

dados MEDLINE, LILACS-BIREME, SCIELO.

Os artigos selecionados totalizaram 09 no idioma inglês e 13 em português. A pesquisa bibliográfica incluiu artigos originais, artigos de revisão, site do Instituto Nacional do Câncer, do DATASUS, livros e dissertações de Mestrado. Os descritores em saúde utilizados foram: conhecimento, câncer bucal, diagnóstico, dentista, knowledge, oral cancer, diagnosis, dentist.

REVISÃO DE LITERATURA

O câncer pode ser definido como uma multiplicação desordenada de células defeituosas ou atípicas, que não conseguem ser debeladas, totalmente, pelo sistema imunológico, por razão ainda desconhecida. Esse crescimento celular descontrolado pode vir a comprometer tecidos e órgãos¹⁰.

A localização anatômica mais frequente do câncer de boca é a língua¹¹, embora alguns artigos considerem a maior prevalência em região de soalho bucal^{12,13} ou ainda ambas as regiões como as de maior frequência¹⁴⁻¹⁶.

PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL

O câncer bucal é uma entidade patológica que pode ser minimizada em incidência e letalidade, se as medidas de prevenção, detecção precoce e o tratamento imediato forem adotados¹⁷.

A prevenção primária do câncer de boca consiste fundamentalmente em programas e medidas de combate ao consumo de tabaco e bebidas alcoólicas. O exame físico da boca para detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores não sintomáticos é uma estratégia de prevenção secundária, a partir da qual se espera viabilizar o diagnóstico da doença em seus estágios iniciais e, assim, possibilitar um melhor prognóstico por meio da pronta e efetiva intervenção terapêutica¹⁸.

A detecção da doença não deveria oferecer dificuldades, tendo em vista o fácil acesso à cavidade bucal e simplicidade no tocante à realização do exame da boca. Entretanto, o diagnóstico é realizado em estágios mais avançados de evolução da doença¹⁹. Essa realidade pode estar associada à ausência de sintomatologia dolorosa nessa fase, ou ainda, à não realização do exame clínico detalhado da cavidade bucal pelos cirurgiões-dentistas nas consultas de rotina²⁰.

Muitas vezes, o indivíduo procura para o primeiro diagnóstico o profissional médico, que dificilmente considera, de início, a hipótese de o paciente estar acometido do carcinoma, prejudicando a detecção imediata⁸.

O diagnóstico precoce pode ser estabelecido durante a fase pré-neoplásica ou em fases incipientes de evolução da doença, nas quais as chances de cura aproximam-se de 100% (leucoplasia, eritoplasia, carcinoma "in situ" e carcinoma microinvasivo). Para essa detecção, é necessário realizar o exame físico, que poderá ser confirmado pelo histopatológico e, por essa razão, um atraso durante a detecção pode resultar em um aumento de ocorrência de diagnóstico em estágios avançados²¹⁻¹⁹.

De acordo com Kowalski e colaboradores²¹, deve-se buscar identificar os indivíduos de alto risco (homens com mais de 40 anos, sobretudo se tabagistas e/ou etilistas) e estimular a se submeterem a exames periódicos anuais em centro de atenção primária. Todos os casos suspeitos devem ser encaminhados para centros secundários (nível de diagnóstico), e os casos com diagnóstico clínico altamente suspeito ou com confirmação histopatológica, para centros terciários (nível especializado para tratamento).

O cirurgião-dentista deve estar sempre preparado para detectar lesões cancerizáveis por meio do exame clínico bem

como ser capaz de avaliar possíveis fatores de riscos relacionados. Nesse contexto, o profissional poderá contribuir para o diagnóstico precoce do câncer bucal e, por conseguinte, para o sucesso em relação ao seu tratamento¹⁵⁻²².

Os fatores que podem contribuir para a carência de se detectarem precocemente as lesões de câncer e subsequente diagnóstico avançado são: a falta de sintomas nos pacientes; a localização incerta das lesões; o baixo número de exames de diagnóstico realizados; o baixo nível de conhecimento da população e também dos que promovem a saúde a respeito dos sinais, sintomas e fatores de risco; a detecção precoce dos comportamentos de risco em relação ao câncer e a falta de atividades educativas que almejem a redução dos fatores de risco²³.

Fatores de risco, incidência, diagnóstico precoce, autoexame, tipos e técnicas de biópsia, modalidades de tratamento e reabilitação são questões que devem ser cada vez mais incorporadas ao cotidiano do cirurgião-dentista²⁴. O abandono de hábitos de risco e a proteção adequada em relação aos agentes carcinogênicos constituem-se em medidas eficazes de prevenção da doença¹⁹.

PANORAMA ATUAL DO CONHECIMENTO E ATITUDE DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE O CÂNCER BUCAL

De uma maneira geral, pressupõe-se que todo cirurgião-dentista, independente de sua inserção na rede pública ou particular odontológica, deva ter conhecimentos sobre os fatores de risco e diagnóstico precoce do câncer bucal e articular esses conhecimentos em sua prática rotineira. Entretanto, vários indícios, como a persistência do câncer de boca como problema relevante de saúde, indicam que tal pressuposto não tem se mantido no cotidiano dos serviços odontológicos de atenção básica nem em consultórios particulares^{8-25,26}.

Em estudo realizado por Cimardi e Fernandes (2009), com a finalidade de avaliar a prática e atitude clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina em relação ao câncer de boca, pôde-se concluir que a maioria da amostra da pesquisa relatou realizar o exame em busca de lesões suspeitas, mas 47,5% dos participantes disseram nunca terem realizado o diagnóstico da doença. Apenas 11,7% dos entrevistados encaminhavam seus pacientes para o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)²⁷.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo implementou, em 2001, a participação de cirurgiões-dentistas nas campanhas anuais de vacinação de idosos contra a gripe. Nesse contato, os profissionais de saúde buscaram prover orientações quanto à prevenção e redução do consumo de tabaco e bebidas alcoólicas. Entretanto, o rastreamento de câncer bucal pelo exame visual da mucosa não é uma medida incorporada à rotina dos serviços de saúde de São Paulo¹⁸.

Dados relatados por Seoane²⁷ destacaram a necessidade do aumento em estabelecer intervenções educacionais realizadas pelos cirurgiões-dentistas. É necessário também organizar o treinamento específico que reforça o conhecimento dos dentistas e de suas atitudes preventivas em relação ao câncer bucal.

Estudo realizado por Falcão⁸, com o objetivo de verificar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal no município de Feira de Santana - BA, revelou que 69,5% dos profissionais consideraram baixo o nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico de câncer bucal. Os profissionais relataram não investigar a presença de lesões na primeira consulta em 21,1% dos casos. Somente 58,3% apontaram o carcinoma espinocelular como o tipo de câncer bucal mais frequente. O consumo de tabaco (100%), o uso de bebidas alcoólicas (89,2%), a exposição solar (83,3%) e

a história familiar (93,3%) foram os fatores de riscos mais apontados. Entretanto, (96,3%) e (71,3%) acreditavam que o uso de próteses mal adaptadas e a presença de dentes em mau estado constituíam-se em fatores de risco para a doença, respectivamente. Apenas 3,75% dos entrevistados obtiveram o maior conceito em relação ao conhecimento.

Os resultados da pesquisa realizada por Vasconcelos²⁵ reafirmaram os achados de Falcão⁸ ao verificar que além do baixo grau de conhecimento constatado quanto aos fatores de risco relacionados à etiologia do câncer bucal, a maioria dos participantes expôs limitações relevantes quanto ao apoio à cessação do tabagismo e etilismo e às aptidões para executar citologia esfroliativa e biópsia. Notou-se a necessidade do aperfeiçoamento dos cirurgiões-dentistas das unidades em relação a esses problemas e a necessidade de melhor estruturação desses locais para a realização dos exames complementares com finalidade diagnóstica.

Estudo realizado na Itália concluiu que os dentistas tinham a habilidade técnica necessária para detectar precocemente o câncer bucal, mas possuíam dificuldade em estabelecer relação entre o conhecimento teórico e a prática. Essa situação sugere a necessidade de discussão quanto à formação/capacitação desses profissionais em relação a essa doença¹⁶.

Em uma pesquisa realizada por Morais²⁶, verificou-se que os cirurgiões-dentistas inscritos em um curso de estética não apresentavam conhecimento e treinamento ideais para difundir os meios de prevenção e detecção do câncer de boca. Notou-se, através de um questionário respondido por 506 profissionais, que existiam dúvidas acerca dos fatores de risco relacionados ao câncer bucal. Observou-se que 14,2% não realizavam exames para identificar lesões bucais, sendo que, destes, 80,3% não sabiam fazê-lo. Apenas 5,8% realizavam procedimentos de diagnóstico. Somente 16,6% tinham confiança para realizar o diagnóstico. Mais de 50,0% estavam desatualizados em relação à doença, apesar de demonstrarem interesse em participar de cursos futuros.

Estudo realizado na cidade de Lages (SC) revelou que a maioria dos cirurgiões-dentistas considerou-se preparada para diagnosticar lesões cancerizáveis. No entanto, somente a metade costumava fazê-lo. Em relação à atualização, quase todos os entrevistados relataram que sempre buscam informação sobre o tema, sendo que a leitura de artigos científicos recebeu o maior percentual de indicação, seguida dos livros, participação em congressos, palestras e cursos²⁸.

As campanhas educativas e de incentivos à busca do conhecimento sobre câncer bucal não devem se restringir somente à população geral mas também, aos cirurgiões-dentistas²⁹.

Em pesquisas realizadas na cidade de Maryland (E.U.A.), percebeu-se que os dentistas tinham como métodos preferidos para a educação continuada as aulas expositivas e demonstrações clínicas em livros e revistas. Esses profissionais não eram tão informados sobre os reais fatores de risco e sobre os procedimentos de diagnóstico para o câncer. Os cirurgiões-dentistas foram identificados como importantes ao intervir nas estratégias que visam reduzir e identificar os fatores de risco do câncer bucal bem como no seu papel de diagnosticar precocemente o câncer e como incentivador de mensagens educativas a respeito dos riscos para a doença¹⁵.

O cirurgião-dentista precisa sair da faculdade preparado para agir como agente transformador, capaz de perceber a realidade e enfrentá-la por meio de ações que associem a teoria à prática²⁴. Entretanto, os acadêmicos dos cursos de Odontologia em função da limitada experiência clínica ou do pouco conhecimento dos aspectos relacionados às lesões cancerizáveis e neoplasias malignas bucais revelaram-se despreparados para reconhecer os sinais e sintomas e fatores de risco relacionados ao câncer bucal³⁰.

Por esse motivo, a reciclagem profissional e o ensino da oncologia, nas escolas médicas e odontológicas, com ênfase na prevenção e no diagnóstico de lesões cancerizáveis, são fundamentais à redução dos indicadores de morbimortalidade²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os elevados índices de mortalidade e de morbidade devido ao câncer bucal indicam que essa doença se constitui em um problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. A possibilidade de redução da incidência do câncer de boca está relacionada ao conhecimento e controle dos fatores de risco que levam ao desenvolvimento da doença.

O cirurgião-dentista exerce um papel primordial na prevenção do câncer de boca, principalmente quando atua nos níveis de prevenção primária e secundária, ao propor ações que facilitem o reconhecimento dos indivíduos pertencentes ao grupo de risco e ao realizar práticas que busquem diagnosticar precocemente as lesões suspeitas.

O panorama atual do conhecimento e a atitude dos cirurgiões-dentistas sobre o câncer bucal apontam para a necessidade de reformulação do ensino em odontologia, de forma a capacitar os profissionais para a prevenção e o diagnóstico precoce da doença.

REFERÊNCIAS

1. Amorim AG, Amorim RFB, Freitas, RA. Estudo epidemiológico do carcinoma epidermoide oral: análise de 85 casos. *Odontologia Clín.-Cientif.* 2002; 1(1):1-86.
2. Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS) [homepage na internet]. Estimativa de incidência de câncer no Brasil. [acesso em maio 2008]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>
3. Antunes AA, Takano JH, Queiroz TC, Vidal AKL. Perfil epidemiológico do câncer bucal no CEON/HUOC/UPE e HCP. *Odontologia Clín.-Cientif.* 2003; 2(3):181-6.
4. Base de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS/MS) [homepage na internet]. Base de dados. [acesso em julho 2008]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>
5. Lima AAS, França BHS, Ignácio AS, Baioni CS. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. *Rev Bras Cancerologia.* 2005; 51(4):283-8.
6. Mahboubi E, Sayed GM. Oral cavity and pharynx. In: Schottenfeld D, Fraumeni Jr. JF, editors. *Cancer epidemiology and prevention.* 2 ed. New York: Oxford University Press; 1996. p. 583-95.
7. Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS) [homepage na internet]. Estimativa de incidência de câncer no Brasil. [acesso em agosto 2007]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>
8. Falcão MML. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal [Dissertação de Mestrado]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2006.
9. Carvalho C. Cresce incidência de câncer de boca no Brasil. *Rev Bras Odontol.* 2003; 60(1):36-9.
10. Barbosa AMG. Câncer: direito e cidadania. Informações que pacientes e familiares precisam ter em mente. Recife: Bagaço, 2002.
11. Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004;70(1)35-40.
12. Franco EL, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP, Pereira RN, Silva ME, et al. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case-control study. *Int J Cancer.* 1989;43(6):992-1000.
13. Velly AM, Franco EL, Schlecht N, Pintos J, Kowalski LP, Oliveira BV, et al. Relationship between dental factors and risk of

- upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncol.* 1998; 34:284-91.
14. Almodovar J, Perez SI, Arruza M et al. Descriptive epidemiology of head and neck squamous cell carcinoma in Puerto Ricans. *Puerto Rico Health Sci J.* 1996;15(4):251-5.
15. Syme SE, Drury TF, Horowitz AM. Maryland dental hygienists' knowledge and opinions of oral cancer risk factors and diagnostic procedures. *Oral Diseases.* 2001; 7: 177-84.
16. Nicotera G, Gnisci F, Bianco A, Angelillo IF. Dental hygienists and oral cancer prevention: knowledge, attitudes and behaviors in Italy. *Oral Oncology.* 2004; 40:638-44.
17. Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003.
18. Antunes JLF, Toporcov TN, Wünsch-Filho V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2007; 21(1):30-6.
19. Kowalski LP. Carcinoma da boca: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Acta AWHO.* 1991;10(3):128-34.
20. Kowalski LP, Magrin J, Riera C, Coelho FR, Zeferino LC. Modelo de programa de prevenção e detecção precoce do câncer bucal. *Saúde debate.* 1991;(32): 66-71.
21. Ries L, Kosary CL, Hankey et al. SEER Cancer Statistics Review, 1973-1995. Bethesda, MD, NCI.2. American Cancer Society, Facts and Figures, 2000.
22. Rodrigues TLC, Costa LJ, Sampaio MCC, Rodrigues FG, Costa ALL. Leucoplasias bucais: relação clínico-histopatológica. *Pes Odontol Bras.* 2000;14.(4):357-61.
23. Horowitz AM, Nourjah P, Gift HG. U.S. adult knowledge of risk factors and signs of oral cancers. *J Am Dent Assoc.* 1990;126:39-45.
24. Parajara F. Enfrentando o câncer bucal. *Rev. APCD.* 1999; 53(5):353-60.
25. Vasconcelos EM. Comportamento dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal [Dissertação Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2006.
26. Morais TMN. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2003.
27. Cimardi ACBS, Fernandes APS. Câncer bucal – a prática e a realidade clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina. *RFO, maio/agosto 2009; 14(2): 99-104.*
28. Seoane J, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles P, Esparza G, Dios PD. Oral cancer: experiences and diagnostic abilities elicited by dentists in North-western Spain. *Oral Diseases.* 2006; 12, 487-492.
29. Matos IB, Araújo LA. Práticas acadêmicas, cirurgiões-dentistas, população e câncer bucal. *Revista da ABENO.* 2003;3(1):76-81.
30. Thomaz EBAF, Cutrim MCFN, Lopes FF. A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. *Acta Oncologica Brasileira.* 2001.
31. Jaber MA, Diz DP, Vazquez GE, Cutando SA, Porter SR. Spanish dental students knowledge of oral malignancy and premalignancy. *Eur J Dent Educ.* 1997;1:167-71.