



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA ODONTOLÓGICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

MALENA REGINA DE FREITAS E SILVA

**AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LESÕES
POTENCIALMENTE MALIGNAS E CÂNCER DE BOCA DIAGNOSTICADOS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E CENTROS DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS EM DUAS REGIÕES DO INTERIOR DO ESTADO DO CEARÁ.**

FORTALEZA

2012

MALENA REGINA DE FREITAS E SILVA

**AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LESÕES
POTENCIALMENTE MALIGNAS E CÂNCER DE BOCA DIAGNOSTICADOS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E CENTROS DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS EM DUAS REGIÕES DO INTERIOR DO ESTADO DO CEARÁ**

**Dissertação submetida à Coordenação do
Programa de Pós-Graduação em Odontologia da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre em
Odontologia.**

Área de Concentração: Clínica Odontológica

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Bitu Sousa

FORTALEZA

2012

MALENA REGINA DE FREITAS E SILVA

AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS E CÂNCER DE BOCA DIAGNOSTICADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EM DUAS REGIÕES DO INTERIOR DO ESTADO DO CEARÁ.

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Clínica Odontológica

Área Temática: Estomatologia

Aprovada em: ___/___/____/

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fabrício Bitu Sousa (Orientador)

Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof. Dr. Aldo Angelim Dias

Universidade de Fortaleza-UNIFOR

Prof^a. Dr.^a Andréa Silva Walter Aguiar

Universidade Federal do Ceará-UFC

RESUMO

INTRODUÇÃO: Lesões malignas e potencialmente malignas são comuns na cavidade oral, sendo necessária a estruturação de redes em saúde para o estabelecimento do diagnóstico precoce dessas alterações. **OBJETIVO:** Neste trabalho foi avaliada a integração entre Atenção Primária e Secundária no diagnóstico de câncer oral, observando-se o contato com fatores de risco e ocorrência de Lesões Potencialmente Malignas (LPM) e Carcinoma de Células Escamosas (CEC), em duas regiões geográficas distintas do Estado do Ceará. **METODOLOGIA:** Indivíduos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde das duas regiões foram examinados. A região litorânea foi classificada como grupo 1, enquanto a região de sertão foi identificada como grupo 2. Variáveis de sexo, idade, contato com fumo, álcool, sol, Doença Sexualmente Transmissível (DST) e presença/ausência de lesão oral foram coletadas. Pacientes portadores de lesões foram encaminhados aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), para estabelecimento de diagnóstico. **RESULTADOS:** Foram examinadas 3.809 pessoas, nas quais foram encontradas 285 alterações orais, sendo 43% destas observadas em homens e 57% no sexo feminino. Quanto aos fatores de risco, 53%, 31%, 24% e 1% de indivíduos expostos à radiação, fumantes, etilistas e portadores de DST foram observados respectivamente. Foram biopsiadas 76 lesões, sendo 07 CEC (9,2%), com 06 tumores diagnosticados no grupo 2 e 15 LPM (19,7%), sendo 10 dessas lesões encontradas no grupo 1. O sexo feminino foi identificado em 71,4% dos CEC e 60% LPM foram observadas em homens. O lábio inferior foi a localização mais frequente de CEC (57%) e de LPM (87%). Quanto aos fatores de risco, a exposição solar esteve presente em 71,4% dos CEC e 86,6% das LPM. **CONCLUSÃO:** Os dados desta pesquisa apontaram um maior acometimento de Carcinomas no grupo 2, enquanto as LPM foram mais frequentes no grupo 1, sendo necessária a implementação de redes de diagnóstico em câncer oral, bem como uma política de prevenção permanente frente às populações vulneráveis a estas neoplasias.

Palavras-Chave: Epidemiologia. Estomatologia. Carcinoma de Células Escamosas.

ABSTRACT

BACKGROUND: Oral malignant and potentially malignant lesions (LPM) are common in oral cavity and diagnosis network health structure is required to improve early diagnosis. **OBJECTIVE:** This research had evaluated primary and secondary health care integration in oral cancer diagnosis evaluating contact with risk factors and presence of LPM and Oral squamous cell carcinoma (OSCC) in two different Ceará geographic regions. **STUDY DESIGN:** People served at two regions basic health unit (UBS) were examined. The coastal region was defined as Group 1, and the interior region as Group 2. Data collected: gender, age, tobacco and/or alcohol use, radiation and present lesions. When lesions were present patients were forwarded to dental centers (CEO) where diagnosis was made. **RESULTS:** 3.809 were examined, 285 lesions found, 43% in males and 57% in females. Risk factors analysis show: 31% smokers, 24% alcoholics, 53% exposed solar radiation, and 1% with sexually disease. Biopsies were performed in 76 lesions, with 7 OSCC (9,2%), 06 in Group 2 and 15 PMD (19,7%), 10 in Group 1. Most of OSCC (71,4%) occurred in females and 60% LPM in males. Lower lip was the most frequently localization with 57% of OSCC and 87% of LPM. Majority OSCC individuals (71,4%) and LPM individuals (86,6%) had solar exposition. **CONCLUSION:** Our data illustrate greater number of OSCC in Group 2, and LPM in Group 1, and warn that oral cancer diagnosis network structure need improve, and continuous prevention policy policy is necessary to access high risk population for OSCC.

Key Words: Epidemiology. Oral Diagnosis. Mouth Neoplasms.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CB= Câncer de Boca

CD= Cirurgião Dentista

CEC= Carcinoma de Células Escamosas

CEO= Centro de Especialidades Odontológicas

CRES= Célula Regional de Saúde

DST= Doença Sexualmente Transmissível

ESF= Estratégia Saúde da Família

G1= Grupo 1

G2= Grupo 2

HPV= Papiloma Vírus Humano

LPM= Lesão Potencialmente Maligna

OSCC= Oral Squamous Cell Carcinoma

UFC= Universidade Federal do Ceará

USB= Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO GERAL.....	08
<i>1.1</i>	<i>Revisão de Literatura.....</i>	<i>08</i>
2	PROPOSIÇÃO.....	11
<i>2.1</i>	<i>Objetivo Geral.....</i>	<i>11</i>
<i>2.2</i>	<i>Objetivos Específicos</i>	<i>11</i>
3	CAPÍTULOS	12
<i>3.1</i>	Capítulo 1: Identificação do perfil epidemiológico e clínico-patológico de câncer oral e lesões potencialmente malignas de boca, em cidades de pequeno e médio porte do nordeste brasileiro.	13
<i>3.1.1</i>	<i>Resumo.....</i>	<i>13</i>
<i>3.1.2</i>	<i>Abstract</i>	<i>14</i>
<i>3.1.3</i>	<i>Introdução</i>	<i>15</i>
<i>3.1.4</i>	<i>Metodologia</i>	<i>17</i>
<i>3.1.5</i>	<i>Resultados</i>	<i>19</i>
<i>3.1.6</i>	<i>Discussão</i>	<i>22</i>
<i>3.1.7</i>	<i>Referências</i>	<i>25</i>
<i>3.1.8</i>	<i>Anexos</i>	<i>28</i>
<i>3.2</i>	Capítulo 2:Câncer oral e cirurgiões-dentistas: atitudes conhecimentos na atenção primária e secundária em saúde	30
<i>3.2.1</i>	<i>Resumo</i>	<i>31</i>
<i>3.2.2</i>	<i>Abstract</i>	<i>32</i>
<i>3.2.3</i>	<i>Introdução</i>	<i>33</i>
<i>3.2.4</i>	<i>Metodologia</i>	<i>35</i>
<i>3.2.5</i>	<i>Resultados</i>	<i>36</i>
<i>3.2.6</i>	<i>Discussão</i>	<i>38</i>
<i>3.2.7</i>	<i>Referências</i>	<i>41</i>
<i>3.2.8</i>	<i>Anexos</i>	<i>43</i>

4	<i>DISCUSSÃO GERAL</i>	47
5	<i>CONCLUSÃO GERAL</i>	51
6	<i>REFERÊNCIAS</i>	52

1 INTRODUÇÃO GERAL

Uma grande quantidade de alterações e doenças pode afetar a cavidade oral, podendo ser encontradas alterações de desenvolvimento, anomalias dentárias, doenças da polpa, periápice e periodonto, infecções, injúrias químicas e físicas, doenças imunológicas, neoplasias de origem epitelial, conjuntiva, óssea, salivar ou odontogênica, além de cistos e manifestações orais de doenças sistêmicas. ⁽¹⁾

As lesões orais possuem um importante papel nas condições de saúde das populações, sendo encontradas com prevalência, variando de 2,5% a 84,9% ^(2, 3, 4) a depender dos critérios utilizados, população pesquisada e tipo de lesão.

Seguindo o exemplo de CARVALHO et al. 2011 pode-se sintetizar a classificação das lesões orais quanto à sua natureza em não neoplásicas, benignas, malignas e potencialmente malignas. ⁽⁵⁾

As lesões malignas orais representam um problema sério e crescente em muitas partes do mundo, com dois terços dos casos ocorrendo em países em desenvolvimento, sendo o Brasil um dos países com maior incidência e mortalidade por este câncer. ⁽⁶⁾

O termo Câncer oral refere-se a tumores de origens diversas, sendo aproximadamente 90% destes Carcinomas de Células Escamosas (CEC) originados do epitélio oral ⁽⁷⁾, motivo pelo qual muitas vezes o termo CEC é utilizado como sinônimo para câncer de boca.

Os fatores de risco para CEC oral são semelhantes aos descritos para outras malignidades de cabeça e pescoço, ⁽⁸⁾ sendo mais estabelecido e estudado o contato com as diversas formas de fumo e a ingestão de bebidas alcóolicas. ⁽⁹⁾ Vários outros fatores são implicados no aumento do risco de câncer de cavidade oral, como: idade maior que 40 anos, sexo masculino, ⁽⁹⁾ antecedente familiar de neoplasia maligna, ⁽¹⁰⁾ papiloma vírus humano, (principalmente para lesões de orofaringe) ⁽¹¹⁾ higiene oral deficiente ⁽¹²⁾ e más condições socioeconômicas. ⁽¹³⁾

Para o CEC labial, os fatores de risco são semelhantes aos do câncer de pele, tendo a exposição solar crônica como fator mais fortemente vinculado à sua ocorrência, ⁽¹⁴⁾ com quase totalidade dos casos acometendo o lábio inferior. ^(15,16) Nessa localização o comportamento

clínico das lesões é diferente das lesões intraorais, com ocorrência pouco comum de metástases. ⁽¹⁷⁾

A concepção de que algumas lesões ou desordens da mucosa oral são pré-malignas advém de evidências, como: transformação maligna de áreas descritas como pré-cancerosas em acompanhamentos de estudos longitudinais, coexistência dessas lesões nas margens de carcinomas de células escamosas, presença de alterações morfológicas e citológicas observadas em malignidades epiteliais, e de alterações cromossômicas, genéticas e moleculares, comuns em carcinomas orais. ⁽¹⁸⁾

As lesões pré-malignas, atualmente classificadas como Potencialmente Malignas (LPM), visto que nem todas as lesões e condições descritas como tal sofrerão transformação em câncer, ⁽¹⁸⁾ são caracterizadas histologicamente pela presença de displasia epitelial. ⁽¹⁹⁾

Segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde, as lesões e condições com potencial de malignidade são: Leucoplasias, Eritroplasias, Lesões de palato, causadas pelo Fumo Invertido, Fibrose Submucosa, Queilose Actínica, Líquen Plano e Lúpus Eritematoso Discoide. ⁽¹⁸⁾

As LPM da mucosa oral possuem diferentes Potenciais de Malignização, sendo este potencial elevado nas Eritroplasias, (85%) Queiloses actínicas (30%) e Leucoplasias não homogêneas (30%). ⁽²⁰⁾

As leucoplasias são definidas como placas brancas de risco duvidoso de malignidade, que não podem ser diagnosticadas como outras doenças ou desordens sem risco aumentado para o câncer. ^(18,21) Eritroplasias, segundo Barnes, 2005, são áreas em vermelho vivo, que não podem ser caracterizadas clínica ou histologicamente como outra doença definida. ⁽¹⁹⁾ Já a Queilose Actínica é definida como uma lesão ulcerativa, que pode formar crostas localizadas na borda mucosa do lábio inferior. ⁽²¹⁾

Dentre outros fatores associados à ocorrência de CEC oral, grande destaque vem sendo dado à presença de Papiloma Vírus Humano (HPV) intraoral, relacionado principalmente à ocorrência de malignidade em orofaringe. ⁽¹¹⁾

A grande importância da identificação das LPM orais reside na concepção de que seu tratamento poderá prevenir a ocorrência de lesões malignas. ⁽²⁾

Dois aspectos, em especial, contribuem para que se fortaleçam as redes de diagnóstico em câncer de boca. O primeiro destaca o fato da doença poder ser prevenível, ⁽⁶⁾ ter associação direta com LPM ⁽¹⁸⁾ e encontrar-se anatomicamente em região de fácil acesso ao exame clínico ⁽²²⁾. O segundo vincula-se ao aspecto de que desde 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal preconizou o diagnóstico precoce de lesões orais, como ampliação e qualificação da Atenção Básica, que deve realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade. ⁽²³⁾

Fortalecendo esse processo, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cujo objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nesse nível da atenção, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. No âmbito da saúde bucal instituiu o diagnóstico de alterações na mucosa como marcador de saúde bucal, estimulando a busca ativa de lesões orais e o diagnóstico precoce de Câncer. ⁽²⁴⁾

Historicamente, as fragilidades do diagnóstico precoce frente às malignidades orais podem ser associadas à dificuldade de acesso da população aos serviços especializados, principalmente em regiões distantes das capitais brasileiras, bem como ao baixo índice de diagnóstico de lesões precoces em níveis primários da atenção. A criação de processos de rede de diagnóstico que possibilitem a evidenciação de LPM e Câncer de boca na Atenção Básica pode ser considerada um importante passo na diminuição do número de casos avançados dessas neoplasias que chegam ao serviço especializado.

Neste trabalho são avaliadas as atitudes e o conhecimento sobre Câncer Bucal, entre dentistas da ESF e CEO de duas regiões do estado do Ceará, sendo identificado o perfil clínico patológico das lesões encontradas nessas regiões, a partir do referenciamento de pacientes da Atenção Primária para a Atenção Secundária. Esta pesquisa constituiu-se como um estudo do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS/2009), realizado pela Universidade Federal do Ceará, com o objetivo de promover uma avaliação do nível de diagnóstico precoce em câncer de cavidade oral e implementar o processo de diagnóstico, em rede, dessas lesões, em duas regiões geográficas distintas do estado do Ceará.

2 PROPOSIÇÃO

Este trabalho teve como objetivos:

2.1 - OBJETIVO GERAL:

- Identificar o perfil epidemiológico e clínico-patológico de Lesões Potencialmente Malignas e Câncer de Boca, em duas regiões do Estado do Ceará.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a ocorrência de alterações orais em indivíduos de uma Célula Regional de Saúde em área de Litoral (CRES Litoral) e outra Célula Regional de Saúde em área de Sertão (CRES Sertão) do Ceará.

- Identificar a ocorrência e o perfil clínico-patológico de lesões potencialmente malignas e malignas na CRES Litoral e na CRES Sertão.

- Descrever atitudes e o conhecimento dos Cirurgiões-dentistas da CRES Litoral e da CRES Sertão, sobre fatores de risco, epidemiologia, etiopatogênese, diagnóstico e tratamento de Câncer de Boca.

3 CAPÍTULOS

Esta dissertação está baseada no artigo 46 do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, o qual regulamenta o formato alternativo para Dissertações de Mestrado e teses de Doutorado, permitindo o uso de artigo científico de autoria ou coautoria do candidato. O projeto de pesquisa que originou este trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal do Ceará, sob protocolo nº 77/09. Esta dissertação é composta por dois capítulos, conforme descrição abaixo:

CAPÍTULO 1:

- **Identificação do perfil epidemiológico e clínico-patológico de câncer oral e lesões potencialmente malignas de boca, em cidades de pequeno e médio porte do nordeste brasileiro.**
- Será submetido à publicação no periódico: Cadernos de Saúde Pública.

CAPÍTULO 2:

- **Câncer oral e cirurgiões-dentistas: atitudes conhecimentos na atenção primária e secundária em saúde.**
- Será submetido à publicação no periódico: Revista ABO Nacional.

3.1 Capítulo 1

Identificação do perfil epidemiológico e clínico-patológico de câncer oral e lesões potencialmente malignas de boca em cidades de pequeno e médio porte do nordeste brasileiro

RESUMO

Lesões malignas e potencialmente malignas são comuns na cavidade oral, sendo necessária a estruturação de rede diagnóstica para seu reconhecimento e tratamento precoce. Neste trabalho avaliou-se a integração entre Atenção Primária e Secundária, no diagnóstico de câncer oral, através da avaliação de fatores de risco e ocorrência de Lesões Potencialmente Malignas (LPM) e Carcinomas de Células Escamosas, (CEC) em duas regiões do Ceará. A região litorânea foi classificada como grupo 1, enquanto a região de sertão foi identificada como grupo 2. Indivíduos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde foram examinados, e as variáveis de sexo, idade, contato com fatores de risco e presença/ausência de lesão oral foram coletadas. Pacientes com lesão foram encaminhados ao serviço especializado, para diagnóstico. Foram examinadas 3.809 pessoas e encontradas 285 alterações orais. Quanto aos fatores de risco, 53% estavam expostos à radiação, 31% eram fumantes, 24% etilistas e 1% portadores de Doença Sexualmente Transmissível. Foram biopsiadas 76 lesões, sendo 07 CEC (9,2%), com 06 desses tumores no grupo 2 e 15 LPM (19,7%), sendo 10 no grupo 1. O sexo feminino foi identificado em 71,4% dos CEC e 60% LPM ocorreram em homens. O lábio inferior foi a localização mais frequente de CEC (57%) e de LPM (87%). Quanto aos fatores de risco, a exposição solar esteve presente em 71,4% dos CEC e 86,6% das LPM. **CONCLUSÃO:** Os dados desta pesquisa mostram maior acometimento por CEC no grupo 2, e LPM no grupo 1, sendo necessária a implementação de redes de diagnóstico em câncer oral, bem como uma política de prevenção permanente frente às populações vulneráveis a estas neoplasias.

Palavras-Chave: Epidemiologia. Estomatologia. Carcinoma de Células Escamosas.

ABSTRACT

Oral squamous cell carcinoma (OSCC), and potentially malignant disorders (PMD) are common in oral cavity, so diagnostic network are important in these lesions early diagnose and treatment. Oral cancer diagnosis based on primary and secondary health care attention was measured by risk factors, PMD and OSCC occurrence in two different Ceará regions. Coastal region was defined as Group 1, and interior region, Group 2. People served at basic health unit were examined. Data collected: gender, age, tobacco and/or alcohol use, radiation exposition and present lesions. When lesions were present patients were forwarded to dental centers (CEO) to diagnosis. In 3.809 examined, 285 lesions were found. In risk factors: 31% were smokers, 24% alcoholics, 53% exposed solar radiation, and 1% had sexually disease. Seventy six biopsies were performed, with 07 OSCC (9,2%), 06 in Group 2, and 15 PMD (19,7%), 10 in Group 1. Women performed 71,4% OSCC and 60% PMD occurred in men. Lower lip was the most frequent OSCC (57%) and PMD(87%) localization. Most of OSCC(71,4%) and PMD (86,6%) were in solar exposed individuals. Most OSCC were in Group 2, and PMD in group 1. Implementation network OSCC diagnosis is necessary, as well as a permanent prevention policy against the most vulnerable to these cancers.

Key Words: Epidemiology, Oral Diagnosis, Mouth Neoplasms.

INTRODUÇÃO

O termo câncer oral refere-se a tumores de diversas origens, sendo aproximadamente 90% destes, Carcinomas de Células Escamosas (CEC), originados do epitélio oral. ⁽¹⁾ Etiologicamente, o CEC de boca advém de Lesões Potencialmente Malignas (LPM), que representam lesões com diferentes potenciais de malignização, sendo mais comumente destacadas as Eritroplasias, Leucoplasias não homogêneas e Queiloses actínicas, que exibem respectivamente 85%, 30% e 30% de percentual de transformação maligna. ⁽²⁾

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, são estimados 14.170 casos novos de câncer oral no Brasil em 2012, correspondendo a um risco estimado de 10 casos novos a cada 100 mil homens e 4 a cada 100 mil mulheres. Desconsiderando os tumores da pele, não melanoma, o câncer da cavidade oral é o quarto mais comum em homens, na Região Nordeste, e o oitavo mais frequente em mulheres dessa região. ⁽³⁾

Normalmente, o prognóstico do câncer de boca, no Brasil, é considerado ruim. ⁽⁴⁾ Embora a cavidade oral seja facilmente acessível à exploração, o que torna mais fácil a detecção de lesões incipientes, ⁽⁵⁾ o diagnóstico do câncer oral, especialmente CEC, em estágio assintomático é incomum. ⁽¹⁾

Os principais fatores de risco para CEC intraoral são o contato com fumo e álcool, ^(3, 6, 7, 8) sendo estes fatores de risco similares aos descritos para outras malignidades de cabeça e pescoço, como o câncer de faringe e seio maxilar. ⁽⁹⁾ Já o CEC labial possui fatores de risco semelhantes ao câncer de pele, tendo a exposição solar crônica como fator mais fortemente vinculado à sua ocorrência. ⁽¹⁰⁾

Dentre outros fatores associados à ocorrência de CEC oral, grande destaque vem sendo dado à presença de Papiloma Vírus Humano (HPV) intraoral, relacionado principalmente à ocorrência de malignidade em orofaringe. ⁽¹¹⁾

Dois aspectos, em especial, contribuem para que sejam fortalecidas as redes de diagnóstico em câncer de boca. O primeiro destaca o fato da doença ser passiva de prevenção, ⁽⁴⁾ ter associação direta com LPM ⁽¹²⁾ e encontrar-se anatomicamente em região de fácil acesso ao exame clínico ⁽⁵⁾. O segundo vincula-se ao aspecto de que desde 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal preconizou o diagnóstico precoce de lesões orais, como ampliação e qualificação da Atenção Básica, que deve realizar rotineiramente exames preventivos para a detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade.

Fortalecendo esse processo, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cujo objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nesse nível de atenção, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. No âmbito da saúde bucal, instituiu o diagnóstico de alterações na mucosa, como marcador de saúde bucal, estimulando a busca ativa de lesões orais e o diagnóstico precoce de Câncer. ⁽¹³⁾

O estudo de LPM de boca é importante, pois se evidencia que nem todas essas lesões e condições sofrerão transformação em maligna. ⁽¹²⁾ Sabe-se que a grande importância da identificação das LPM orais fundamenta-se no princípio de que seu tratamento poderá prevenir a ocorrência de lesões malignas. ⁽⁷⁾

Historicamente, as fragilidades do diagnóstico precoce frente às malignidades orais podem ser associadas à dificuldade de acesso da população aos serviços especializados, principalmente em regiões distantes das capitais brasileiras, bem como ao baixo índice de diagnóstico de lesões precoces, em níveis primários da atenção. A criação de processos de rede de diagnóstico que possibilitem a evidenciação de LPM e Câncer de boca, na Atenção Básica, pode ser considerada um importante passo na diminuição do número de casos avançados dessas neoplasias que chegam ao serviço especializado.

Neste trabalho, objetiva-se identificar a possível associação entre fatores de risco para o Câncer de Boca e a ocorrência de Lesões orais Potencialmente Malignas e Malignas, em dois grupos populacionais, formados por municípios de pequeno e médio porte, a partir da integração entre saúde bucal na atenção Primária, Secundária e Terciária no que se refere ao diagnóstico de lesões malignas orais.

METODOLOGIA

Foi realizado estudo quantitativo, transversal, de indivíduos atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) em duas Células Regionais de Saúde (CRES) do estado do Ceará, no período de Agosto de 2010 a Julho de 2011. As duas regionais avaliadas eram formadas por municípios de até 65.000 habitantes, possuíam implantação do Estratégia de Saúde da Família, com cobertura mínima de 45% da população, em cada município, e um Centro de Especialidades Odontológicas em seus municípios sede, sendo o Grupo 1 representado por uma (CRES) localizada em área litorânea e o grupo 2 por uma população de área de sertão.

Na caracterização da amostra, o grupo 1 era composto por 05 municípios, 29 equipes de ESF e, aproximadamente, 154.548 habitantes, enquanto o grupo 2 era formado por 04 municípios, 27 equipes de ESF e, aproximadamente, 112.769 habitantes.

Esta pesquisa constitui-se como um estudo do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS/2009), realizado pela Universidade Federal do Ceará, com o objetivo de promover uma avaliação do nível de diagnóstico precoce em câncer de cavidade oral e estabelecer um processo de criação de diagnóstico, em rede, dessas lesões.

A população avaliada foi composta por indivíduos que chegaram à Unidade Básica de Saúde, (UBS) por demanda espontânea, para a primeira consulta odontológica, os quais concordaram em participar do estudo e apresentavam um ou mais fatores de inclusão: ter mais de 40 anos, ser tabagista e/ou etilista, apresentar alguma lesão oral, estar frequentemente exposto à radiação solar ou ser portador de doença sexualmente transmissível (DST). Dados referentes à identificação, sexo, idade, localidade, contato com fatores de risco (fumo, álcool, radiação solar e DST), presença ou ausência de lesão oral, e diagnóstico clínico das lesões avaliadas foram coletados.

Foram disponibilizados para os municípios participantes, equipamentos de informática para cadastro de todos os pacientes incluídos no estudo e formação de banco de dados para acompanhamento da população de risco para o desenvolvimento de LPM e CEC oral. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) receberam equipamento e instrumental específico para realização dos procedimentos de biópsia. Como fase preparatória da pesquisa, os Cirurgiões-dentistas e Agentes comunitários de Saúde participaram de curso de formação em Etiopatogenia e Diagnóstico de câncer oral.

Após exame clínico nas UBS, os pacientes que apresentaram lesões orais foram encaminhados aos CEOS regionais, para análise quanto à necessidade da realização de biópsias por profissional especializado nas áreas de Estomatologia/Cirurgia buco-maxilo-facial. Nestes centros, as informações sociodemográficas, comportamentais, relacionadas ao contato com os fatores de risco, e informações clínicas sobre as lesões encontradas, foram confirmadas. As peças de biópsia incisionais removidas foram fixadas em formol 10% e enviadas ao Laboratório de Patologia Bucal do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, (UFC) para exame histopatológico.

Os mapas de cadastro e atendimento dos participantes eram enviados mensalmente, pelos profissionais da atenção primária e secundária, aos pesquisadores, visando à avaliação contínua da participação dos municípios, estando prevista a possibilidade de momentos de intervenção dos pesquisadores frente à ocorrência de dificuldades técnicas em ambos os grupos. Os pacientes com diagnóstico confirmado de LPM foram agrupados para tratamento e acompanhamento nos Centros de Especialidades Odontológicas - Atenção Secundária, e os pacientes com diagnóstico de CEC foram encaminhados para tratamento médico na Atenção Terciária.

Como fator de exclusão da pesquisa foram destacados o não envolvimento dos municípios com a coleta de dados, sendo este caracterizado pelo não preenchimento e encaminhamento mensal dos mapas de risco aos pesquisadores, bem como o não encaminhamento de pacientes no processo da rede de diagnóstico.

Os dados coletados foram tabulados com o auxílio do programa *Epi Info* versão 3.5.1. Para análises estatísticas pelos testes *Qui-quadrado* e teste de *Fisher* foi utilizado *GrafPad Prism 5* para *Windows*, sendo considerados estatisticamente significantes valores de $p < 0,05$.

A coleta de dados dos pacientes foi precedida pela assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, tendo sido este projeto submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal do Ceará, sob número de protocolo 77/09.

RESULTADOS

Foram examinadas 3.809 pessoas, no período de maio de 2010 a julho de 2011, sendo 56,4% do sexo feminino e 43,6% do sexo masculino, com 30% pertencendo ao Grupo 1 e 70% ao Grupo 2. Foram encontradas 285 alterações, que corresponderam a 7,5% dos examinados, sendo 147 no Grupo 1 e 138 no Grupo 2. Dessa forma, as lesões foram encontradas em 13% dos examinados do Grupo 1 e em 5% dos examinados do Grupo 2. Devido a não adesão ao método de funcionamento da pesquisa, 03 municípios do Grupo 1 e 02 municípios do Grupo 2 foram excluídos do estudo, 06 meses após o início da coleta de dados.

A **Tabela 1** mostra a divisão dos indivíduos examinados, com lesão e sem lesão, por grupo e sexo, não havendo diferença estatisticamente significativa quanto ao sexo dos indivíduos com e sem lesão do Grupo 1 ($p=0,55$) e do Grupo 2 ($p=0,41$).

O contato com os principais fatores de risco para o câncer oral nos dois grupos analisados é avaliado na **Tabela 2**. A aplicação do teste *Qui-quadrado* evidenciou diferença estatisticamente significativa quanto ao contato com os Fatores de Risco nos dois grupos ($*p<0,0001$), sendo esta diferença observada na maior exposição crônica à radiação solar nos indivíduos do Grupo 2 (57%).

No CEO do grupo 1 não foi identificado profissional especializado para a realização de biópsia, havendo no CEO do grupo 02 um especialista em Cirurgia bucomaxilofacial. Diante das dificuldades da continuidade de encaminhamento nos níveis de atenção e barreiras técnicas vivenciadas pelo grupo 01, foi realizada intervenção dos pesquisadores para avaliação e realização de biópsias em pacientes deste grupo. Nenhum tipo de intervenção foi necessária no grupo 02.

O diagnóstico Clínico foi inconclusivo em 27%, e em 2% das alterações não houve diagnóstico clínico. Dentre as alterações encontradas, 76 (27%) foram biopsiadas, sendo 43 biópsias do Grupo 1 (58%) e 33 do Grupo 2 (42%). As condições benignas corresponderam a 71% das lesões biopsiadas, as LPM a 20% e os CEC a 9%.

O diagnóstico histopatológico mais encontrado foi Hiperplasia Fibroepitelial, com 28 casos (37%), tendo 10 (13%) possíveis associações com HPV e 02 (3%) presenças de displasia. Queilose Actínica foi o segundo diagnóstico histológico mais frequente (17%), seguida por Mucocele (10%), Carcinoma de Células Escamosas (9%), Fibroma Traumático

(5%) e Pólipo Fibroepitelial (4%). Laudos Descritivos e Hemangioliinfangiomias foram encontrados em 3% dos laudos/cada.

Outros diagnósticos histopatológicos encontrados foram: Cisto Inflamatório, Granuloma Piogênico, Hemangioma, Lipofibroma, Mácula Melanótica, Má formação vascular, Mioepitelioma, Processo Inflamatório Crônico e Tatuagem por Amálgama, representando 9% das biopsias realizadas.

A correta relação entre diagnóstico clínico e histológico ocorreu em 31 lesões biopsiadas, (41%) sendo 05 desses diagnósticos formulados pelos pesquisadores durante intervenção no grupo 01, 18 pelo profissional da atenção secundária do grupo 1 e 08 pelo profissional da atenção secundária do grupo 2. No grupo 1, 28% das lesões com diagnóstico clínico igual a diagnóstico histológico eram LPM, nenhuma delas era maligna. No grupo 2, 25% dessas lesões eram LPM e 50% CEC.

Quanto à localização, o Lábio Inferior foi o sítio mais frequente, apresentando 28 lesões. A Mucosa Jugal e o Palato foram sítios de 11 lesões, cada. Oito lesões ocorreram em Rebordo Alveolar, 06 em Língua, 04 em Fundo de Sulco, 04 em Gengiva e 01 em Região Retromolar. A Boca, na descrição inespecífica da localização, foi encontrada em 03 casos.

Dos 07 Carcinomas de células Escamosas (CEC) diagnosticados, 06 (86%) ocorreram no Grupo 2 e 01(14%) no Grupo 1 ($p=0,26$). A idade dos indivíduos com CEC variou de 59 a 85 anos, com idade média de 74 anos. A relação entre os sexos foi de 1: 2,5 (homens: mulheres). Cinco lesões malignas (71%) estavam localizadas em lábio inferior. Entre os fatores de risco pesquisados, o contato com o fumo ocorreu em 06 (86%) das 07 neoplasias malignas e a exposição à radiação solar diária, em 05 (71%). A **Tabela 03** demonstra idade e sexo dos habitantes, com diagnóstico de CEC, além do contato dos pacientes com os principais fatores de risco para esta malignidade oral ($p=0,46$), e localização dos carcinomas encontrados ($p=0,65$) nos Grupos 1 e 2.

Foram diagnosticadas 15 LPM, sendo 11 do Grupo 1 e 04 do Grupo 2. ($p=0,26$). Dentre os indivíduos que apresentaram LMP ocorreu uma variação de idade de 22 a 75 anos, com média de 45 anos. A relação entre os sexos foi de 1,5: 1 (homens: mulheres), não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p=0,71$). Treze LPM estavam localizadas em lábio inferior, uma em rebordo alveolar e uma em mucosa jugal, ($*p=0,01$). Em 05 LPM do Grupo 1 não foi possível determinar os fatores de risco associados. A **Tabela 04** avalia a distribuição das LPM por idade, sexo e contato com os principais fatores de risco para câncer oral nos Grupos 1 e 2.

A comparação entre a quantidade de Lesões Potencialmente Malignas e CEC, por sexo, nas duas regiões pesquisadas é vista na **Tabela 5**, não tendo sido encontrada diferença estatisticamente significativa quanto à presença de LPM e CEC no Grupo 1 ($p=0,33$) ou no Grupo 2 ($p=1,0$).

DISCUSSÃO

Estudos que abordam a presença de lesões orais, na literatura, apontam maior percentual de acometimento do sexo feminino, ^(14, 15, 16) entretanto, em alguns trabalhos há predominância do sexo masculino.⁽⁷⁾ Os dados da presente pesquisa demonstraram que houve semelhante porcentagem de alterações entre homens e mulheres, em ambos os grupos.

Inicialmente foram analisadas as LPM, nas quais se observou que 60% foram encontradas em homens e 40% em mulheres, sendo estes dados semelhantes aos encontrados em outros estudos, que, em análise de 630 lesões orais displásicas, verificou que 55,7% ocorreram em homens e 44,2% em mulheres.⁽¹⁷⁾

As lesões malignas corresponderam a 2,4% das alterações encontradas e a 9,2% das lesões biopsiadas, sendo o 4º diagnóstico histopatológico mais comum. Assim como autores que avaliaram 534 biópsias de mucosa oral em idosas de Pernambuco, encontrando 8% de CEC,⁽¹⁸⁾ e pesquisa que analisou 6.231 biópsias do Estado do Ceará, a qual encontrou 8,5% de CEC.⁽¹⁹⁾

A exposição à radiação solar foi o fator de risco mais prevalente nas duas regiões, sendo maior no Grupo 2, do qual 57% dos indivíduos pesquisados relatou exposição a este fator. Esta grande quantidade de indivíduos expostos ao sol pode estar relacionada às atividades agrícola e de pesca, nas regiões do estudo, e à proximidade das regiões pesquisadas da linha do equador, tendo o Grupo 1 latitude 0,2°54'08'' e o Grupo 2 latitude 0,6°00'11''.

A radiação solar foi também o fator de risco mais frequente entre os indivíduos que apresentaram LPM (53%) e Malignas (71%), justificando a grande ocorrência de LPM diagnosticadas como Quiloses Actínicas e CEC de lábio inferior, em ambos os grupos.

O fumo foi o segundo fator de risco mais presente na população (31%), seguido pelo álcool (24,5%). Em estudo realizado com 2.252 casos de CEC de trato aerodigestivo superior, observou-se aumento de 5.49 no risco de desenvolvimento de CEC de cavidade oral em fumantes, e de 4.62 em etilistas. Segundo o mesmo estudo, o uso concomitante de álcool e fumo mais que multiplicou este risco em cavidade oral, pois 74,3% dos casos de CEC foram atribuídos à combinação destes fatores.⁽²⁰⁾ Nesta casuística, todos os casos de CEC intraorais ocorreram na presença de contato com o fumo, sendo um desses vinculado ao contato concomitante com fumo e álcool.

Dentre as LPM, 10 (67%) tiveram possível associação com HPV, entretanto apenas 1% da amostra declarou possuir alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST), dado que

comparado às taxas de contaminação da população sexualmente ativa por infecções virais como o HPV, ^(21, 22, 23) pode representar o desconhecimento da população sobre as DST e a grande quantidade de indivíduos portadores de DST que não desenvolvem sintomas de doença.

Além disso, embora haja evidência da participação de vírus como o HPV, na carcinogênese de lesões de orofaringe e boca, ^(8, 24) muitos profissionais de saúde bucal desconhecem a relação HPV e câncer oral, e parecem desconfortáveis no estabelecimento de uma comunicação com os pacientes sobre as atitudes sexuais e sua interferência na saúde oral. ⁽²⁵⁾

Quatro lesões malignas (57%) e treze LPM (87%) estavam localizadas em lábio inferior, tendo sido a localização mais comum dessas lesões nesta avaliação, contudo o CEC oral é mais comumente encontrado na língua, com a ocorrência de CEC em lábio, variando de 1,1% a 20,3%. ^(8, 26, 27, 28, 29)

Todos os carcinomas de vermelhão do lábio mostraram associação com a exposição crônica à radiação solar. Em estudo realizado em Minas Gerais, com 30 casos de Carcinoma de células Escamosas de Lábio (CECL), verificou-se associação estatisticamente significativa entre a exposição solar crônica na atividade de trabalho e a incidência de CEC em lábio inferior. ⁽⁶⁾

Normalmente, a pouca associação, por parte da população, entre o do câncer de lábio e a exposição solar, quando comparado ao câncer de pele, cujo principal fator de risco também é a exposição solar, parece induzir à menor atenção para a prevenção do câncer labial. ⁽¹⁰⁾

Setenta e três por cento (73%) das LPM foram diagnosticadas no Grupo 1 e 85% das lesões malignas no Grupo 2, revelando a necessidade de realização de trabalhos preventivos nos dois grupos. Entretanto, destaca-se a necessidade de intervenção dos pesquisadores no processo de implementação da rede de diagnóstico do grupo 1, não tendo esta sido necessária no Grupo 2.

A intervenção dos pesquisadores frente às dificuldades técnicas e de encaminhamento de pacientes do Grupo 1 se deu através da realização de procedimento de biópsias em indivíduos previamente rastreados, e foi responsável pelo diagnóstico de 33% (05) das LPM, correspondendo a 45% dessas lesões nesse grupo.

Muitas propostas de trabalhos preventivos em Saúde Pública são citadas na literatura, mas pouco se sabe de ações baseadas em evidência, capazes de impactar a incidência ou promover o diagnóstico precoce do câncer oral, sendo desconhecida alguma política pública

capaz de reduzir a incidência de câncer oral pelo mundo, sob o exame minucioso de método científico.⁽⁹⁾

Entretanto, a implementação de estratégias contínuas de triagem dos indivíduos expostos aos fatores sabidamente envolvidos na carcinogênese oral, e/ou portadores de lesões com potencial de malignidade, associada à integração, em rede, das atenções primária e secundária de saúde, pode representar uma alternativa viável na prevenção e diagnóstico do câncer de boca, havendo dificuldades particulares a serem vencidas nas diferentes cidades e regiões.

Apesar da Política Nacional de Saúde Bucal já incluir no exercício das atividades dos dentistas da atenção básica, desde 2004, o Diagnóstico de Alterações Oraís com ênfase no câncer bucal, e da criação do indicador de Incidência de Alterações de Mucosa pelo PMAC em 2011⁽¹³⁾, muitos são os obstáculos observados na sensibilização e no exercício de práticas estomatológicas pelos CD da atenção básica.

Os dados apresentados por esta pesquisa foram semelhantes aos encontrados na literatura, em relação ao diagnóstico de LPM e Câncer oral, mas muitos obstáculos foram encontrados na implementação da estrutura da rede de diagnóstico. As dificuldades políticas das gestões municipais e o baixo envolvimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família podem ser destacados como barreiras na formação das redes, devendo ser considerados em futuras avaliações, para que haja um maior aproveitamento de pesquisas no SUS.

O grande número de diagnósticos de lesões potencialmente malignas e malignas orais na população pesquisada demonstra a necessidade do fortalecimento dessas redes de atenção e amplia a necessidade de se gerar novas perspectivas científicas para a redução do diagnóstico de neoplasias orais em estágio avançado, no estado do Ceará.

REFERÊNCIAS

1. Van der Waal I, Bree R, Brakenhoff R, Coebergh JW. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 1,16(3): e300-5.
2. Scully C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma overview. *Oral Oncology* 2009; 45: 301-08.
3. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2012.
4. Warnakulasuriya S, Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology* 2009; 45: 309-16.
5. Jornet PL, Nicolás AV, Beneyto YM, Soria MF. Attitude towards oral biopsy among general dentists in Murcia. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12: e 116-21.
6. Souza LR, Fonseca-Fonseca T, Oliveira-Santos CC, Corrêa GTB, Santos FBG, Cardoso CM et al. Lip squamous cell carcinoma in a Brazilian population: Epidemiological study and clinicopathological associations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16(6): e756-62.
7. Byakodi R, Shipurkar A, Byakodi S, Marathe K. Prevalence of Oral Soft Tissue Lesions in Sangli, India. *J Community Health* 2011; 36: 756-59.
8. Hirota SK, Braga FPF, Penha SS, Sugaya NN, Migliari DA. Risk factors for oral squamous cell carcinoma in Young and older Brazilian patients: A comparative analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008; 13(4): e 227-31.
9. Torres-Pereira C. Oral câncer public policies: Is there any evidence of impact? *Oral Medicine* 2010; 24: 37-42.
10. Busick TL, Uchida T, Wagner Jr RF. Preventing Ultraviolet Light Lip injury: Beachgoer Awareness about Lip Cancer Risk Factors and Lip Protection Behavior. *Dermatol Surg* 2005; 31: 173-76.
11. Hennessey PT, Westra WH, Califano JA. Human Papillomavirus and Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Recent evidence and clinical implications. *J Dent Res* 2009; 88 (4): 300-06.
12. Warnakulasuriya S, Johnson NW, Van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 575-80.

13. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Diário Oficial da União. 21 out 2011;
14. Jainkittivong A, Aneksuk1 V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Diseases* 2002; 8: 218–23.
15. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J. Oral Pathol Med* 2003; 32: 571-
16. Vieira-Andrade RG, Guimarães FFZ, Vieira CS, Freire STC, Ramos-Jorge ML, Fernandes AM. Oral mucosa alterations in a socioeconomically deprived region: prevalence and associated factors. *Braz Oral Res.* 2011; 25(5): 393-400.
17. Jaber MA, Porter SR, Speight P, Eveson JW, Scully C. Oral epithelial dysplasia: clinical characteristics of western European residents. *Oral Oncology* 2003; 39: 589-96.
18. Carvalho MV, Iglesias DPP, Nascimento GJF, Sobral APV. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. *Gerodontology* 2011; 28: 111-15.
19. Osterne RLV. Estudo epidemiológico de lesões orais em laboratórios de anátomo patologia na cidade de Fortaleza-Ce [dissertação de mestrado] Fortaleza: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Ceará; 2009.
20. Szymanska K, Hung RJ, Wunsch-Filho V, Eluf-Neto J, Curado MP, Koifman S, et al. Alcohol and tobacco, and the risk of cancers of the upper aerodigestive tract in Latin America: a case-control study. *Cancer Causes Control* 2011; 22: 1037-46
21. Lu B, Viscidi RP, Lee JH, et al. Human Papillomavirus (HPV) 6, 11, 16, and 18 Seroprevalence Is Associated with Sexual Practice and Age: Results from the Multinational HPV Infection in Men Study (HIM Study). *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011; 20(5): 989-1002.
22. Pinto DS, Fuzzi HT, Quaresma JAS. Prevalência de infecção genital pelo HPV em populações urbana e rural da Amazônia Oriental Brasileira. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(4): 769-78.
23. Repp KK, Nielson CM, Fu R, Schafer S, Lazcano-Ponce E, Samerón J, et al. Male Human Papillomavirus Prevalence and Association with Condom Use in Brazil, Mexico, and the United States. *The Journal of Infectious Diseases* 2012; 205: 1287-93.
24. Scully C. Oral cancer; the evidence for sexual transmission. *British Dental Journal* 2005; 199: 203-5.

25. Daley E, DeBate R, Dodd V, Dyer K, Fuhrmann H, Helmy H, Smith AS. Exploring awareness, attitudes, and perceived role among oral health providers regarding HPV-related oral cancers. *Journal of Public Health Dentistry* 2011; 71: 136-142.
26. Losi-Guembarovski R, Menezes RP, Polisel F, Chaves VN, Kuasne H, Leichsenring, et al. Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(2): 393-400.
27. Marocchio LS, Lima J, Sperandio FF, Corrêa L, Sousa SOM. Oral squamous cell carcinoma: an analysis of 1,564 cases showing advances in early detection. *Journal of Oral Science* 2010; 52(2): 267-73.
28. Weijers M, Leemans CR, Aartman IH, Karagozoglu KH, Van der Waal I. Oral cancer trends in a single head-and-neck cancer center in the Netherlands; decline in T-stage at the time of admission. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16(7): e 914-18.
29. Durazzo MD, Araujo CEN, Neto JSB, Potenza AS, Costa P, Takeda F, et al. *Clinics* 2005; 60(4): 293-98.

ANEXOS

TABELAS

Tabela 01: Distribuição dos indivíduos pesquisados nos Grupos 1 e 2 quanto a presença ou ausência de lesão oral.

	Grupo 1		Grupo 2		Não Informado	TOTAL
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
COM LESÃO	65(14%)	81(13%)	56(5%)	81(6%)	02(5%)	285(7%)
SEM LESÃO	389(86%)	539(87%)	1.082(95%)	1.354(94%)	37(95%)	3.401(93%)
TOTAL	454(100%)	620(100%)	1.138(100%)	1.435(100%)	39(100%)	*3.686(100%)

*Para 123 pesquisados, a informação sobre a presença ou ausência de lesão não estava presente.

Tabela 02: Contato dos Grupos 1 e 2 com os principais fatores de risco para câncer de Boca.

	Grupo 1 1.135 exames	Grupo 2 2.673 exames	Grupo Não Informado	População 3.808
FUMO	374(33%)	812(30%)	01	1.187(31%)
ÁLCOOL	270(24%)	664(25%)	00	934(24,5%)
RADIAÇÃO	483(42,5%)	1.522(57%)	01	2.005(53%)
DST	19(2%)	24(1%)	01	46(1%)
FUMO+ÁLCOOL	151(13%)	323(12%)	01	474(12,5%)

Tabela 03: Distribuição das Lesões Malignas por idade, sexo e contato com os fatores de risco nos Grupos 1 e 2.

	IDADE		SEXO		FATORES DE RISCO				
	Grupo1	Grupo2	Masc.	Fem.	Fumo	Álcool	Sol	DST	Local
Caso 01		X	59	x	+	+	+	-	Lábio
Caso 02		X	63	x	+	-	+	+	Jugal
Caso 03		X	73	x	-	-	+	-	Lábio
Caso 04	X		76	x	+	-	-	-	Lábio* /ML
Caso 05		X	80	x	+	+	-	-	Palato
Caso 06		X	83	x	+	-	+	-	Língua

Caso 07	X	85	x	+	-	+	-	Lábio
---------	---	----	---	---	---	---	---	-------

*ML= mucosa labial

Tabela 04: Distribuição das Lesões Potencialmente Malignas, por idade, sexo e contato com os fatores de risco nos Grupos 1 e 2.

	IDADE		SEXO		FATORES DE RISCO					
	Grupo 1	Grupo 2	Masc.	Fem.	Fumo	Álcool	Sol	DST	Local	
Caso 01	x		22	x	0	0	0	0	Lábio	
Caso 02	x		33		x	-	-	+	-	Lábio
Caso 03	x		34	x		0	0	0	0	Lábio
Caso 04		X	35		x	-	-	+	-	Rebordo
Caso 05	x		37		x	-	-	+	-	Lábio
Caso 06		X	43		x	+	-	-	-	Jugal
Caso 07	x		47	x		0	0	0	0	Lábio
Caso 08	x		47		x	-	-	-	-	Lábio
Caso 09	x		51	x		-	-	+	-	Lábio
Caso 10	x		51	x		0	0	0	0	Lábio
Caso 11	x		52	x		-	+	+	-	Lábio
Caso 12		X	52	x		-	-	+	-	Lábio
Caso 13		X	54		x	-	+	+	-	Lábio
Caso 14	x		75	x		0	0	0	0	Lábio
Caso 15	x		ausente	x		-	-	+	-	Lábio

Tabela 05: Comparação da ocorrência de Lesões Malignas e Potencialmente Malignas distribuídas por sexo nos Grupos 1 e 2.

SEXO	GRUPO 1		GRUPO 2		TOTAL
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	
CEC	00(0%)	01(14%)	02(29%)	04(57%)	07(100%)
LPM	08(%)	03(%)	01(%)	03(%)	15(100%)

3.2 Capítulo 2

Câncer oral e cirurgiões-dentistas: atitudes e conhecimentos na Atenção Primária e Secundária em Saúde

Oral Cancer and Dentists: attitudes and knowledge in primary and secondary health care attention.

Pesquisa Científica

Artigo apresentado como requisito para conclusão de curso de Mestrado em Clínica Odontológica, Universidade Federal do Ceará- 2012

***Malena Regina de Freitas e Silva, **Fabrício Bitu Sousa**

Câncer oral e cirurgiões-dentistas: atitudes e conhecimentos na Atenção Primária e Secundária em Saúde

RESUMO

OBJETIVO: Foram avaliados atitudes e conhecimento de Cirurgiões-Dentistas (CD) da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), sobre CB, em duas regiões do Ceará. **MÉTODO:** Foi aplicado questionário semiestruturado, e dados de idade, sexo, raça, tempo de formado, local de atividade e conhecimento de CB foram coletados nos Grupos 1, região de litoral, e 2, região de sertão. **RESULTADOS:** Foram avaliados 55 CD, sendo 32 do Grupo 1 (G1), com 90% na ESF e 10% no CEO, e 27 do Grupo 2 (G2), com 71% na ESF e 29% no CEO. A maioria dos CD era do sexo masculino (65%), com tempo médio de formado de 6,37 anos, tendo 53% já atendido paciente com CB e 83% suspeito de Lesão Potencialmente Maligna (LPM). Vinte e seis por cento dos CD da ESF do G1 consideraram erroneamente Quelite angular como uma LPM. Apenas 17% dos CD do CEO do G2 identificaram úlcera de bordos elevados, como lesão precoce de CB, e 26% dos CD da ESF do G1 consideraram a presença de dentes com bordos cortantes como risco para CB. Apenas 13% dos profissionais reconheceram que o tratamento para CB é cirúrgico e 58% tem ansiedade com paciente com CB. Quanto à avaliação da realização de biopsias, 73% responderam que não se sentem preparados para realizar esse procedimento, tendo sido observado que 70% da ESF do G1 e 60% da ESF do G2 nunca fez biopsia. **CONCLUSÃO:** O conhecimento dos CD avaliados, em relação à etiopatogenia, técnica de biopsia e tratamento do CB, se mostrou inconsistente. A não compreensão desses fatores pode prejudicar diretamente o diagnóstico e o encaminhamento de casos de CB e LPM nas populações estudadas.

Palavras-Chave: Carcinoma de Células Escamosas. Saúde bucal. Conhecimento.

Oral Cancer and Dentists: attitudes and knowledge in primary and secondary health care attention.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Oral cancer (OC) knowledge and attitudes of dentists from Family Health Strategy (ESF) and Center for Dental Specialties (CEO) health care attention in two Ceará regions were assessed. **METHODS:** Objective survey was used to collect data: age, gender, race, time after graduated, kind of work, and OC knowledge in two Ceará region. Coastal region was Group 1, and interior region, Group 2. **RESULTS:** 55 CD reply survey, 32 in first group (G1), 90% from ESF and 10% from CEO, 27 in second group (G2), 71% from ESF and 29% from CEO. Most dentists were male (65%), had 6,37 years medium time after graduated, 53% had already attended OC patient, and 83% already suspected pre malignant lesion (LPM). Twenty six percent ESF, G1 Dentists consider angular quelits as LPM. Just 17% CEO, G2, Dentists identify edge ulcers as early CB lesion, and 26% ESF, G1 Dentists consider people with cutting teeth in great risk for OC. Only 13% knew OC treatment used to be surgery, and 58% were anxious with OC patients. About perform biopsy, 73% weren't prepared to perform it, and 70% ESF, G1, Dentist`s and 60% ESF,G2 Dentist`s have ever made this procedure. **CONCLUSION:** Oral cancer`s etiophatogenesis, treatment, and biopsy knowledge have no consistence. Don't understand these factors can directly affect diagnosis and referral of OC and LPM in these populations.

Key-words: Oral cancer, Oral Health, Knowledge.

INTRODUÇÃO

O Câncer de Boca (CB) é considerado um problema grave e crescente em vários países do mundo, ⁽¹⁾ sendo mais de 90% das neoplasias do trato aerodigestivo superior carcinomas de células escamosas. ⁽²⁾ A estimativa mundial de 2008 apontou cerca de 264.000 casos novos de câncer oral anualmente, com 128,000 óbitos decorrentes desta neoplasia. ⁽³⁾

Para o Brasil são estimados 9.990 casos de CB em homens e 4.180 em mulheres, em 2012. O Nordeste brasileiro é apontado como a região na qual haverá maior frequência deste câncer, sendo a 4º neoplasia mais frequente entre os homens (6/100 mil) e a 8º mais frequente entre as mulheres, (3/100 mil) em 2012. ⁽³⁾

A maioria dos cânceres de lábio e cavidade oral pode ser prevenida, ⁽¹⁾ sendo, a prevenção e o diagnóstico precoce, práticas de grande impacto, pois a mortalidade por esta patologia tem relação direta com o estágio da doença no momento de diagnóstico, ⁽⁴⁾ havendo bom prognóstico para pacientes diagnosticados com câncer precocemente. ⁽³⁾

Muitos autores definem que o diagnóstico precoce do câncer oral e de Lesões Potencialmente Malignas (LPM) pode ser feito através da realização do rastreamento, definido como sendo o processo pelo qual o profissional avalia um paciente assintomático para determinar se ele é provável ou improvável portador de lesão maligna ou potencialmente maligna ⁽⁵⁾. O rastreamento para CB pode ser feito em ações coletivas e populações ou aplicado individualmente aos pacientes que procuram por atendimento odontológico. ⁽⁵⁾

As lesões suspeitas devem ser submetidas a procedimento de diagnóstico específico, sendo, o padrão ouro para o diagnóstico do CB e de LPM, o exame histopatológico dos espécimes de biópsia. ⁽⁵⁾

Alguns estudos alertam para o fato de que a falta de informações sobre o conhecimento e as atitudes dos dentistas do Brasil, sobre CB, podem dificultar o diagnóstico precoce dessas neoplasias. ⁽⁶⁾ Outros trabalhos identificaram a dificuldade dos Cirurgiões-Dentistas (CD) em realizar o exame preventivo, como prática de detecção deste câncer. ⁽⁴⁾

A cavidade oral é uma estrutura corpórea acessível à exploração, o que deveria facilitar a detecção de lesões incipientes ⁽⁷⁾ pelos profissionais que trabalham em contato direto com as estruturas orais, sendo os CD a categoria da área da saúde com maior possibilidade de atuar na detecção de LPM e lesões malignas em boca. Entretanto, segundo

alguns autores, o diagnóstico de CB, especialmente o carcinoma de células escamosas (CEC), em um estágio assintomático, é raro. ⁽²⁾

Dois aspectos, em especial, contribuem para que sejam fortalecidas as redes de diagnóstico em câncer de boca. O primeiro destaca o fato da doença ser passível de prevenção, ⁽¹⁾ ter associação direta com LPM ⁽⁸⁾ e encontrar-se anatomicamente em região de fácil acesso ao exame clínico ⁽⁷⁾. O segundo vincula-se ao aspecto de que desde 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal preconizou o diagnóstico precoce de lesões orais, como ampliação e qualificação da Atenção Básica, que deve realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade. ⁽⁹⁾

Fortalecendo esse processo, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o qual tem por objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, e, no âmbito da saúde bucal, instituiu o diagnóstico de alterações na mucosa como marcador de saúde bucal, estimulando a busca ativa de lesões orais e o diagnóstico precoce de Câncer. ⁽¹⁰⁾

O objetivo deste trabalho foi avaliar as atitudes e os conhecimentos dos CD da Estratégia Saúde Família e de CEO de duas regiões do Estado do Ceará, sobre LPM e CB, como forma de detectar as maiores dificuldades no processo diagnóstico dessas alterações, em duas regiões geográficas distintas.

METODOLOGIA

Foi realizado estudo quantitativo, transversal, com CD da Estratégia Saúde da Família (ESF) e CEO de duas Células Regionais de Saúde (CRES) do estado do Ceará, sendo uma localizada em área litorânea e outra em área de sertão.

Esta pesquisa constitui-se em estudo do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS/2009), realizado pela Universidade Federal do Ceará, com o objetivo de promover uma avaliação do conhecimento de câncer oral de profissionais da atenção primária e secundária de saúde.

As duas células regionais avaliadas eram formadas por municípios de até 65.000 habitantes, possuíam implantação do Estratégia de Saúde da Família, com cobertura mínima de 45% da população, em cada município, e um Centro de Especialidades Odontológicas em seus municípios sede.

Os profissionais da CRES, localizada em área de Litoral, compõem o Grupo 1 da amostra e os profissionais da CRES em área de Sertão, o Grupo 2.

A CRES do Grupo 1 era composta por cinco municípios de até 62 mil habitantes, com população total de 153.189 e 29 equipes de Saúde da Família. A CRES do Grupo 2 possuía quatro municípios de até 57 mil habitantes, com população total de aproximadamente 111.935 e 27 equipes de Saúde da Família.

Após aplicação do questionário, como benefício da pesquisa, todos os CDs participaram do curso: Diagnóstico precoce de lesões potencialmente malignas e malignas de cavidade oral, ministrado pelos pesquisadores.

Os dados foram tabulados, com auxílio do programa *EpiInfo* versão 3.5.1(2008) para *Windows*, e analisados por estatística descritiva.

A participação dos CDs na pesquisa foi de livre escolha, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, tendo este projeto sido submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal do Ceará, sob número de protocolo 77/09.

RESULTADOS

Foi avaliado o conhecimento de 55 profissionais, sendo 42 atuantes na Estratégia Saúde da Família e 9 nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dos quais, 32 dentistas pertenciam ao Grupo 1 e 23 ao Grupo 2.

O maior número de profissionais era do sexo masculino (63%), representando 55% do Grupo 1 e 71% do Grupo 2. A faixa etária mais prevalente foi a de 25 a 30 anos, com 21 profissionais, sendo a média de idade 30,13 anos. A distribuição dos profissionais quanto ao local de trabalho, sexo, faixa etária e raça é mostrada no **Quadro 1**.

O tempo médio de formado dos profissionais variou de 04 meses a 42 anos, com média de 6,37 anos, sendo 20 destes profissionais formados em universidades cearenses.

Quanto ao contato com pacientes com Câncer de Boca (CB), 52,7% dos profissionais declararam já haver atendido paciente portador de CB, correspondendo a 50% dos profissionais do Grupo 1, e 56,5% dos profissionais do Grupo 2.

Oitenta e três por cento dos CDs já suspeitaram da presença de alguma Lesão Potencialmente Maligna (LPM) em seus pacientes, sendo este percentual semelhante nos dois Grupos pesquisados.

A **Tabela 1** mostra ordem decrescente das lesões consideradas pelos profissionais como potencialmente malignas, e a diferenciação entre os profissionais da ESF e CEO, dos Grupos 1 e 2, quanto ao diagnóstico dessas lesões.

Cinquenta e dois profissionais que responderam ao questionamento sobre transmissão negaram essa possibilidade, e um profissional da ESF, do Grupo 1, declarou não saber sobre a transmissão de CB.

As três principais características da lesão precoce de câncer oral foram reconhecidas: lesão endurecida (31,5%), úlcera de bordos elevados (46,3%) e lesão indolor (68,5%). A **Tabela 02** demonstra o nível de conhecimento dos profissionais dos grupos 1 e 2, sobre as características clínicas de CB.

Cinquenta e quatro profissionais consideraram o fumo como fator carcinogênico associado ao Câncer de Boca. A exposição ao sol, bebida alcoólica e trauma protético foram considerados por 48 (87%), 40 (73%) e 35(64%) profissionais, respectivamente. Já as doenças sexualmente transmissíveis (DST), a doença periodontal agressiva e a cárie foram citadas por 21, 11 e 1 dos CDs pesquisados.

O fator de risco mais associado ao CB foi o fumo, reconhecido por 38(69,1%) pesquisados. A associação fumo + sol foi citada por 11% dos pesquisados. Contato isolado com sol e as associações fumo + álcool, e fumo + álcool + sol foram citados por 3,6%, cada. Doença periodontal e as associações fumo + álcool + sol + DST, e fumo + trauma + sol foram citadas por um CD, cada.

Quanto à ocorrência de indivíduos mais vulneráveis ao câncer, 96,4% dos CDs reconheceram a existência de pessoas com maior vulnerabilidade a esta neoplasia. A **Tabela 03** mostra a distribuição decrescente dos níveis de vulnerabilidade.

A possibilidade do CB gerar metástases foi reconhecida por 94,5% dos dentistas, havendo, porém, discordância quanto à principal via metastática, com a maioria dos CDs do Grupo 2 considerando, como via mais comum de metástase, a via linfática (69,6%), e maior percentual dos dentistas do Grupo 1(50%) considerando a via mista-hematogênica e linfática como a via mais comum de disseminação das metástases desse câncer.

A **Tabela 04** mostra a forma de tratamento entendida pelos CDs pesquisados como sendo a mais comum no tratamento do câncer de boca.

Quanto ao tratamento e prognóstico do Câncer de Boca no Brasil, 29 (53%) profissionais consideraram que este prognóstico é ruim; 15 (27%), que é duvidoso e 9 (16%) profissionais afirmaram não saber sobre o prognóstico. Um profissional da ESF, do Grupo 1, (2%) afirmou haver bom prognóstico para esta neoplasia no Brasil.

O câncer de boca foi considerado frequente no Estado do Ceará, por 79% dos profissionais, raro ou pouco frequente por 11%, e 11% relataram não saber sobre a frequência da neoplasia no referido estado.

A maior parte dos profissionais pesquisados (87%) relatou realizar o exame dos tecidos moles durante o atendimento odontológico e 66% afirmaram não falar cotidianamente com seus pacientes sobre o autoexame oral. Já o questionamento dos pacientes quanto à existência de doenças sexualmente transmissíveis é feito por 40% dos dentistas.

Os sentimentos dos CD frente a um paciente com CB estão descritos na **Tabela 5**, prevalecendo o estado de ansiedade em 32 (58%) profissionais.

Um grande número de profissionais declarou que não se sente seguro para a realização de procedimentos de biópsia 40 (73%), sendo, o fato de nunca haver realizado este procedimento, a principal causa de insegurança (59,3%). A **Tabela 6** avalia a frequência e o percentual do nível de segurança dos Grupos 1 e 2 quanto à realização ou não de biópsia.

DISCUSSÃO

A Leucoplasia foi a LPM identificada pelo maior número de profissionais (74,1%) tanto no Grupo 2 (74%) como do Grupo 1(72%). O potencial maligno desta lesão pode chegar a 30% em algumas condições específicas. ⁽¹¹⁾ Muitos estudos apontam que a taxa anual de transformação maligna de todos os tipos de leucoplasias é de aproximadamente 1%, havendo risco estatisticamente aumentado de transformação maligna nas leucoplasias encontradas em mulheres e não fumantes, assim como lesões leucoplásicas de longa duração e ou extensão, do tipo não homogêneo, com displasia epitelial. ⁽¹²⁾

A Eritroplasia, que possui o mais alto potencial de transformação maligna dentre as LPM, com autores reportando 85% de potencial de malignidade, ⁽¹¹⁾ foi reconhecida por 57,4% dos dentistas, sendo este percentual ainda mais preocupante no Grupo 1, no qual apenas 53% dos CD consideraram esta lesão como potencialmente maligna, sendo a terceira LPM mais reconhecida nesse grupo.

A Queilose Actínica (QA) foi reconhecida por 18 (56%) profissionais do Grupo 1 e 12 (56%) do Grupo 2, sendo a terceira LMP mais reconhecida. Clinicamente a QA se apresenta na forma de úlcera, com ou sem áreas de crosta, na parte mucosa da borda do vermelhão do lábio inferior. ⁽¹²⁾ Por apresentar como fator etiológico a exposição desprotegida ao sol, ⁽¹³⁾ a Queilose Actínica deve ser foco de grande atenção, na prevenção do câncer labial, em trabalhadores da agricultura, pesca, pecuária e construção civil, além de surfistas, carteiros, agentes comunitários de saúde e endemias e de indivíduos de qualquer outra atividade, com longa exposição à radiação ultravioleta.

Os profissionais do Grupo 1 demonstraram conhecimento inadequado quanto às lesões que são consideradas potencialmente malignas pela literatura, tendo sido Quelite Angular, que é uma lesão de origem fúngica, e Hiperplasia Fibrosa Inflamatória, que possui etiologia traumática, sido erroneamente caracterizadas como LPM, por 28% e 19% desses CD, respectivamente.

As principais características da lesão precoce de Câncer Oral: indolor, endurecida e úlcera de bordos elevados ⁽⁵⁾ foram reconhecidas por 67%, 46% e 31,5% dos CD, respectivamente. Estudo semelhante apontou que 34,1% de 129 CD analisados descreveu corretamente as características clínicas gerais do Câncer Oral⁽⁶⁾, tendo sido esta uma descrição geral das características de CEC orais e não especificada por sensibilidade, palpação e inspeção clínica como neste trabalho.

Características comumente associadas às lesões benignas, como a lesão pouco endurecida e úlceras sem bordos foram erroneamente identificadas como características de lesões malignas, por 18,5% e 16,7% dos CD, respectivamente.

É preocupante o fato de que 64,8% dos CD tenham reconhecido erroneamente o Trauma Protético como fator carcinógeno para as neoplasias orais. Outros trabalhos já alertam para o falso conceito de muitos dentistas de que o trauma protético seja fator de risco para o Câncer oral. ⁽¹⁴⁾

Em pesquisa de 32 dentistas generalistas, um estudo apontou que 87,5% destes, afirmaram realizar exame de rotina dos tecidos moles durante a prática clínica, e 84,4% dos dentistas consideraram que o procedimento de biópsia deve ser uma prática obrigatória na rotina básica dos cirurgiões-dentistas. ⁽¹⁵⁾ Nesta casuística, 89% dos profissionais afirmaram fazer o exame dos tecidos moles durante o atendimento odontológico, porém 72,2% declararam não ter segurança para realizar procedimento de biópsia. Entretanto, o exame histopatológico dos espécimes de biópsia é considerado padrão ouro para o diagnóstico de lesões potencialmente malignas e Câncer Bucal. ⁽⁵⁾

Alguns autores ^(2, 7, 14, 15, 16) já demonstraram a necessidade de intervenções educacionais junto aos cirurgiões-dentistas, para aumentar a sensibilidade diagnóstica destes frente a lesões malignas e potencialmente malignas, e seus conhecimentos acerca de atitudes preventivas para o Câncer Bucal.

O reconhecimento epidemiológico é relevante frente às atitudes dos CD em relação ao diagnóstico precoce. Neste trabalho, 26% dos profissionais pesquisados consideraram o Câncer Oral pouco frequente, raro, ou não souberam informar a frequência desta neoplasia no Ceará. Este desconhecimento sobre a incidência da doença pode afetar o interesse dos CD pelas formas de diagnóstico e tratamento de CB.

A possibilidade do CB gerar metástases foi bem reconhecida pelos pesquisados (94,5%), entretanto mais da metade dos profissionais identificou incorretamente a via de metástase ou não soube identificá-la (56,4%). Devendo-se considerar que o desconhecimento dessa via metastática pode trazer implicações na precisão diagnóstica dessa neoplasia.

Apenas 3% dos dentistas do Grupo 1 e 22% dos dentistas do Grupo 2 identificaram o tratamento cirúrgico como principal forma de tratamento do CB. Autores definem que o tratamento do Câncer Oral é prioritariamente cirúrgico, sendo a cirurgia realizada isoladamente para estágios I e II. Para os tumores avançados, estágios III e IV, ressecáveis, a associação de cirurgia à radioterapia é utilizada. ⁽¹⁷⁾

Embora muito se tenha estipulado sobre a importância do conhecimento dos profissionais e de suas práticas acerca do Câncer Bucal na elaboração de intervenções educacionais ^(16, 18) e no estabelecimento de processos de educação continuada sobre esta patologia, para melhoria do conhecimento dos profissionais da atenção primária, ⁽¹⁵⁾ são desconhecidos os locais onde estas estratégias tenham sido utilizadas, assim como seu impacto real na diminuição da morbidade e mortalidade dos pacientes com Câncer Bucal.

Os presentes resultados apontam que as atitudes e o nível de conhecimento dos fatores associados ao Câncer podem ser preocupantes em municípios do interior do Brasil, havendo necessidade da implantação de um programa continuado de capacitação dos profissionais de saúde bucal, da atenção primária e secundária, para o rastreamento do câncer de cavidade oral.

REFERÊNCIAS

1. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*. 2009; 45: 309-316.
2. Van der Waal I, Bree R, Brakenhoff R, Coebergh JW. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 1,16(3): e300-5.
3. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2012.
4. Applebaum E, Ruhle TN, Kronenberg FR, Hayes C, Peters ES. Oral cancer knowledge, attitudes and practices - A survey of dentists and primary care physicians in Massachusetts. *JADA* 2009; 140: 461-467.
5. Rethman MP, et al. Evidence-based clinical recommendations regarding screening for oral squamous cell carcinomas. *JADA* 2010; 141: 509-518.
6. Leão JC, Góes P, Sobrinho CB, Porter S. Knowledge and clinical expertise regarding oral câncer among Brazilian dentists. *Oral and Maxillofacial Surgery*. 2005; 34: 436-439.
7. Jornet PL, Nicolás AV, Beneyto YM, Soria MF. Attitude toward oral biopsy among general dentists in Murcia. *Med Oral Patol Oral Bucal*. 2007; 12: E116-121.
8. Warnakulasuriya S, Johnson NW, Van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 575-80.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasília, 2004.
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Diário Oficial da União. 21 out 2011.
11. Scully C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma overview. *Oral Oncology* 2009; 45: 301-08.
12. Van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; present concepts of management. *Oral Oncology* 2010;
13. Markopoulos A, Albanidou-Farmaki E, Kayavis I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. *Oral Diseases* 2004; 10: 212-16.
14. Yellowits J, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Survey of U.S. Dentists' knowledge and opinions about oral pharyngeal cancer. *JADA* 2000; 131: 653-661.

15. Seone 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.
16. Yellowitz J, Horowitz AM, Goodman AS, Canto MT, Farooq NS. Knowledge opinions and practices of general dentists. Regarding oral cancer: a pilot survey. *JADA* 1998; 129: 579-83.
17. Rapoport A, Kowalski LP, Herter NT, Brandão LG, Walder F. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Boca. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina 2001.
18. Hertrampf K, Wenz HJ, Koller M, Springer I, Jargot A, Wiltfang J. Assessing dentists' knowledge about oral cancer: Translation and linguistic validation of a standardized questionnaire from American English into German. *Oral Oncology* 2009; 45: 877-82.

ANEXOS

QUADROS

Quadro 01: Distribuição por sexo, faixa etária e raça dos profissionais atuantes nos PSFs e CEOs nos grupos pesquisados.

SEXO		ESF. G1	CEO. G1	ESF. G2	CEO. G2	NI
Masculino	32	14 (54%)	02 (67%)	11 (73%)	04 (67%)	01
Feminino	19	12 (46%)	01 (33%)	04 (27%)	02 (33%)	
Total	51	26	03	15	06	01
FAIXA ETÁRIA						
FAIXA ETÁRIA		ESF. G1	CEO. G1	ESF. G2	CEO. G2	-
Menos de 25	11	06 (22%)	01 (33%)	04 (27%)	-	-
25 a 30 anos	21	11 (41%)	02 (67%)	05 (33%)	03 (50%)	-
31 a 50 anos	17	08 (30%)	-	05 (33%)	03 (50%)	01
Mais de 50 anos	03	02 (7%)	-	01 (67%)	-	-
Total	52	27	03	15	06	01
RAÇA						
RAÇA		ESF. G1	CEO. G1	ESF. G2	CEO. G2	NI
Branca	32	17 (68%)	03 (100%)	08 (80%)	03 (60%)	01
Parda	10	07 (28%)	-	02 (20%)	01 (20%)	-
Negra	02	01 (4%)	-	-	01 (20%)	-
Total	44	25	03	10	05	01

G1=Grupo1, G2=Grupo2, NI= Não informado

TABELAS

Tabela 01: Identificação das Lesões consideradas Potencialmente Malignas pelos Dentistas dos PSF e CEO nos Grupos 1 e 2.

Lesão	Freq	%	Grupo 1		Grupo 2		NI
			ESF	CEO	ESF	CEO	
Leucoplasia	40	74,1%	19	02	10	05	04
Eritroplasia	31	57,4%	14	02	08	04	03
Queilote Actínica	30	55,6%	14	03	07	04	02
Queilite Angular	11	20,4%	07	-	01	02	01
Líquen Plano	08	14,0%	04	01	03	-	-
Hiperplasia Fibrosa Inflamatória	07	13,0%	06	-	01	-	00
Candidíase	02	3,7%	01	-	01	-	-
Úlcera Aftosa	01	1,9%	01	-	-	-	-
Não Sei	03	5,6%	02	-	01	-	-

Tabela 02: Identificação das características de Lesões Precoce de Câncer Oral pelos profissionais do Grupo 1 e Grupo 2:

Como você definiria uma lesão precoce de câncer Oral?	Frq	%	Grupo 1		Grupo 2		NI
			ESF	CEO	ESF	CEO	
Lesão Indolor	37	67%	18 (67%)	03 (100%)	09 (60%)	05(83%)	2
Úlcera de Bordos Elevados	25	46%	15 (56%)	01 (33%)	06 (40%)	01 (17%)	2
Lesão Endurecida	17	31,5%	09 (33%)	-	04 (27%)	02 (33%)	2
Lesão Pouco Endurecida	10	18,5%	07 (26%)	02 (67%)	01 (7%)	-	-
Úlcera sem Bordos	09	17%	04 (15%)	01 (33%)	02 (13%)	02 (33%)	-
Lesão Pouco Dolorosa	05	9,0%	04 (15%)	-	-	01 (17%)	-

Lesão Muito Dolorosa	03	5,6%	02 (7%)	-	-	-	1
Não sei	03	5,6%	03 (11%)	-	-	-	-

Tabela 03: Indivíduos considerados mais vulneráveis ao desenvolvimento de Câncer Oral segundo os CDs da ESF e CEO nos Grupos 1 e 2.

Indivíduos/Características	Frq	%	Grupo 1		Grupo 2		NI
			ESF	CEO	ESF	CEO	
Fumantes	51	93%	26 (96%)	03 (100%)	13 (87%)	05 (83%)	04
Agricultores	48	87%	25 (93%)	03 (100%)	12 (80%)	06 (100%)	02
Pescadores	40	73%	23 (85%)	03 (100%)	09 (60%)	03 (50%)	02
Carteiros	30	54%	15 (56%)	03 (100%)	07 (47%)	03 (50%)	02
Pessoas expostas a produtos químicos	20	36%	09 (33%)	03 (100%)	04 (27%)	02 (33%)	02
Pessoas com dentes com bordos cortantes	13	24%	07 (26%)	-	02 (13%)	01 (17%)	03
Profissionais do Sexo	11	20%	05 (18%)	01 (33%)	02 (13%)	01 (17%)	02
Donas de Casa	-	-	-	-	-	-	-
Não sei	-	-	-	-	-	-	-

Tabela 04: Formas de tratamento para o Câncer Oral apontadas como mais comum pelos CDs da ESF e CEO dos Grupos 1 e 2.

Forma comum de Tratamento do Câncer de Boca	Freq	%	Grupo 1		Grupo 2		NI
			ESF	CEO	ESF	CEO	
Apenas por cirurgia	07	13%	01 (4%)	01 (33%)	03 (20%)	01 (17%)	01
Cirurgia + Quimioterapia	19	35%	12 (44%)	01 (33%)	04 (27%)	02 (33%)	-
Cirurgia + Radioterapia	16	29%	06 (22%)	01 (33%)	06 (40%)	01 (17%)	02
Radioterapia + Quimioterapia	10	18%	06 (22%)	-	02 (13%)	02 (33%)	-
Não sei	03	7%	03 (11%)	-	-	-	-

Tabela 05: Percepção subjetiva dos profissionais durante o atendimento de paciente com Câncer de Bucal.

O que sente ao atender paciente com CAO	Frq	%	Grupo 1		Grupo 2		NI
			ESF	CEO	ESF	CEO	
Ansiedade	32	58%	18 (67%)	03 (100%)	07 (47%)	03 (50%)	01
Medo	02	4%	-	-	01 (7%)	01 (17%)	-
Pena	16	29%	07 (26%)	-	04 (27%)	01 (17%)	04
Preconceito	01	2%	-	-	01 (7%)	-	-

Tabela 06: Distribuição dos CDs que não se sentem preparados para realização de biópsia na ESF e CEO nos Grupos 1 e 2, e motivos apontados pelos CDs para a não realização de Biópsia.

CDs que não realizam Biópsia	Frq	%	Grupo 1		Grupo 2		NI
			ESF	CEO	ESF	CEO	
	40	73%	23 (85%)	01 (33%)	11 (73%)	03 (50%)	02
Motivo para não realização de Biópsia	Frq	%	Grupo 1		Grupo 2		NI
Não conhece a Técnica			09 (33%)	-	-	01 (17%)	
Nunca Fez			19 (70%)	01 (33%)	09 (60%)	02 (33%)	
Medo de erro na anestesia			-	-	-	-	
Medo de Hemorragia			01 (4%)	01 (33%)	02 (13%)	-	

4 DISCUSSÃO GERAL

Estudos que abordam a presença de lesões orais, na literatura, apontam maior percentual de acometimento do sexo feminino, ^(3, 25, 26) entretanto, em alguns trabalhos há predominância do sexo masculino. ⁽²⁾ Os dados deste trabalho demonstraram que houve semelhante porcentagem de alterações em homens e mulheres de ambos os grupos.

Inicialmente foram analisadas as LPM, assim, se observou que 60% foram encontradas em homens e 40% em mulheres, sendo estes dados semelhantes aos encontrados por **Jaber, 2003** que, na análise 630 lesões orais displásicas, verificou que 55,7% ocorreram em homens e 44,2% em mulheres. ⁽²⁷⁾

As lesões malignas corresponderam a 2,4% das alterações encontradas e a 9,2% das lesões biopsiadas, sendo o 4º diagnóstico histopatológico mais comum, assim como **Carvalho, 2011**, que avaliou 534 biópsias de mucosa oral em idosas de Pernambuco, encontrando 8% de CEC, ⁽⁵⁾ e **Osterne, 2009**, que ao analisar 6.231 biópsias, no Estado do Ceará, encontrou 8,5% de CEC. ⁽²⁸⁾

A exposição à radiação solar foi o fator de risco mais prevalente nas duas regiões, sendo maior no Grupo 2, no qual 57% dos indivíduos pesquisados relataram exposição a este fator. Esta grande quantidade de indivíduos expostos ao sol pode estar relacionada às atividades agrícola e de pesca, nas regiões do estudo, e à proximidade das regiões pesquisadas da linha do equador, tendo o Grupo 1 latitude 0,2°54'08'' e o Grupo 2 latitude 0,6°00'11''.

O reconhecimento da exposição solar como fator carcinógeno associado ao Câncer Oral foi corretamente indicado por 88,9% dos CD da Estratégia Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas pesquisados, sendo este resultado semelhante à literatura. ^(29, 30) Entretanto, Queilose Actínica (QA) foi reconhecida por apenas 18 (56%) dos profissionais do Grupo 1 e 12(56%) do Grupo 2, sendo a terceira LMP mais reconhecida. Por apresentar como fator etiológico a exposição desprotegida ao sol, ⁽³¹⁾ a Queilose Actínica deveria ser foco de grande atenção na prevenção do câncer labial, em trabalhadores da agricultura, pesca, pecuária e construção civil, além de surfistas, carteiros, agentes comunitários de saúde e endemias e de qualquer outra atividade com longa exposição à radiação ultravioleta.

O fumo foi o segundo fator de risco mais presente na população (31%), seguido pelo álcool (24,5%). Em estudo com 2.252 casos de CEC de trato aerodigestivo superior, **Szymanska, 2011**, encontrou aumento de 5.49 no risco de desenvolvimento de CEC de cavidade oral em fumantes e de 4.62 em etilistas. Segundo o mesmo autor, o uso

concomitante de álcool e fumo mais que multiplicou este risco em cavidade oral, uma vez que 74,3% dos casos de CEC foram atribuídos à combinação destes fatores. ⁽³²⁾ Nesta casuística, todos os casos de CEC intraorais ocorreram na presença de contato com o fumo, sendo um desses vinculado ao contato concomitante com fumo e álcool.

O reconhecimento de fumo e álcool como fatores carcinogênicos associados ao Câncer Oral foi visto em 100% e 74,1% dos CD, respectivamente, sendo estes resultados semelhantes à literatura. ^(29,30)

Os profissionais do Grupo 1 demonstraram conhecimento inadequado quanto às lesões que são consideradas potencialmente malignas pela literatura, tendo sido Quelite Angular, que é uma lesão de origem fúngica, e Hiperplasia Fibrosa Inflamatória, que possui etiologia traumática, sido erroneamente caracterizadas como LPM, por 28% e 19% desses CD, respectivamente.

Setenta e três por cento (73%) das LPM foram diagnosticadas no Grupo 1 e 85% das lesões malignas foram diagnosticadas no Grupo 2, revelando a necessidade de intervenções preventivas nos dois grupos, entretanto vale destacar que a interferência dos pesquisadores para a realização de biópsias em indivíduos do grupo 1 foi responsável pelo diagnóstico de 33% (05) das LPM, correspondendo à 45% das 11 (onze) LPM desse grupo.

Quanto à avaliação do conhecimento da etiologia do Câncer Oral, é preocupante que 64,8% dos CD tenham reconhecido erroneamente o Trauma Protético como fator carcinógeno para as neoplasias orais. Outros trabalhos já alertam para o falso conceito de muitos dentistas de que o Trauma Protético seja fator de risco para o Câncer Oral. ⁽³⁰⁾

Quanto ao reconhecimento clínico de lesões orais malignas, características comumente associadas a lesões benignas, como lesão pouco endurecida e úlceras sem bordos, foram erroneamente identificadas como características de lesões malignas, por 18,5% e 16,7% dos CD, respectivamente.

Em seu trabalho, **J.Seoane**, 2006, avaliou 32 dentistas generalistas, tendo 87,5% destes afirmado realizar exame de rotina dos tecidos moles durante a prática clínica e 84,4% dos dentistas consideraram que o procedimento de biópsia deve ser uma prática obrigatória na rotina básica dos cirurgiões-dentistas. ⁽³³⁾ Na presente casuística, 89% dos profissionais afirmaram fazer o exame dos tecidos moles durante o atendimento odontológico, porém 72,2% declararam não ter segurança para realizar procedimento de biópsia, tendo como principal motivo o fato de nunca terem realizado este procedimento, observado em 70% dos CD da ESF do G1 e 60% dos CD da ESF do G2.

Entretanto, o exame histopatológico dos espécimes de biópsia é considerado padrão ouro para o diagnóstico de lesões potencialmente malignas e Câncer Bucal, ⁽³⁴⁾ e, desde 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal preconizou o diagnóstico precoce de lesões orais como ampliação e qualificação da Atenção Básica, que deve realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do Câncer Bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade. ⁽²³⁾

Dentre as LPM, 10 (67%) tiveram possível associação com HPV, entretanto apenas 1% da amostra declarou possuir alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST), dado que, comparado às taxas de contaminação da população sexualmente ativa por infecções virais como o HPV, ^(35, 36, 37) pode representar o desconhecimento da população sobre as DST e a grande quantidade de indivíduos portadores de DST que não desenvolvem sintomas de doença.

Quatro lesões malignas (57%) e treze LPM (87%) estavam localizadas em lábio inferior, tendo sido a localização mais comum dessas lesões, contudo o CEC oral é mais comumente encontrado na língua, com a ocorrência de CEC em lábio, variando de 1,1% a 20,3%. ^(10, 38, 12)

Todos os carcinomas de vermelhão do lábio mostraram associação com a exposição crônica à radiação solar. Em estudo de 30 casos de Carcinoma de células Escamosas de Lábio (CECL) em Minas Gerais, **Souza, 2011**, encontrou associação estatisticamente significativa entre a exposição solar crônica na atividade de trabalho e a incidência de CEC em lábio inferior. ⁽¹⁶⁾

Setenta e três por cento (73%) das LPM foram diagnosticadas no Grupo 1 e 85% das lesões malignas no Grupo 2, revelando a necessidade de realização de trabalhos preventivos nos dois grupos. Entretanto, destaca-se a necessidade de intervenção dos pesquisadores no processo de implementação da rede de diagnóstico do grupo 1, não tendo esta sido necessária no Grupo 2.

Apenas 3% dos dentistas do Grupo 1 e 22% dos dentistas do Grupo 2 identificaram o tratamento cirúrgico como principal forma de tratamento do CB. Para **Rapoport, 2001**, o tratamento do Câncer Oral é prioritariamente cirúrgico, sendo a cirurgia realizada isoladamente para estágios I e II. Para os tumores avançados, estágios III e IV, ressecáveis, a associação de cirurgia à radioterapia é utilizada. ⁽³⁹⁾

O reconhecimento epidemiológico é relevante frente às atitudes dos CD em relação ao diagnóstico precoce. Neste trabalho, 26% dos profissionais pesquisados consideraram o Câncer Oral pouco frequente, raro, ou não souberam informar a frequência desta neoplasia no

Ceará. Este desconhecimento sobre a incidência da doença pode afetar o interesse dos CD pelas formas de diagnóstico e tratamento de CB.

Embora muito se tenha estipulado sobre a importância do conhecimento dos profissionais e de suas práticas acerca do Câncer Bucal na elaboração de intervenções educacionais ^(29, 40) e no estabelecimento de processos de educação continuada sobre esta patologia, para melhoria do conhecimento dos profissionais da atenção primária, ⁽³³⁾ são desconhecidos os locais onde estas estratégias tenham sido utilizadas, assim como seu impacto real na diminuição da morbidade e mortalidade dos pacientes com Câncer Bucal.

Muitas propostas de intervenção em saúde pública são citadas na literatura, mas pouco se sabe sobre ações baseadas em evidência capazes de impactar a incidência ou promover o diagnóstico precoce do Câncer Oral, sendo desconhecida alguma política pública capaz de reduzir a incidência deste tipo de câncer pelo mundo, sob o exame minucioso de método científico. ⁽⁴¹⁾ Entretanto, a implantação de estratégias contínuas de triagem dos indivíduos expostos aos fatores sabidamente envolvidos na carcinogênese oral e/ou portadores de lesões com potencial de malignidade, associada à integração de atenção primária e secundária de saúde, representa uma alternativa viável na prevenção e diagnóstico do Câncer de Boca, havendo dificuldades particulares a serem vencidas nas diferentes cidades e regiões.

Salienta-se que os principais obstáculos na execução deste projeto podem ser caracterizados por: não adesão de profissionais, alta rotatividade de profissionais de saúde bucal, não estabelecimento de diagnóstico clínico das alterações orais na ESF, dificuldade de encaminhamento e seguimento dos pacientes da atenção básica para atenção secundária e ausência de profissional qualificado no CEO do grupo 1.

O grande número de diagnósticos de lesões potencialmente malignas e malignas orais na população pesquisada demonstra a necessidade de fortalecimento dessas redes de atenção e amplia a necessidade da geração de novas perspectivas científicas para a redução de diagnóstico de neoplasias orais em estágio avançado no estado do Ceará.

5 CONCLUSÃO GERAL

Alterações orais foram encontradas em 14% dos indivíduos examinados na CRES Litoral e 5% dos indivíduos examinados na CRES Sertão.

Foram diagnosticados nas duas CRES 07 CEC e 15 LPM. A maioria dos CEC ocorreu na CRES Sertão (86%), afetando mais o sexo feminino (71,4%), na região de lábio inferior (57%), e pessoas expostas ao sol (71,4%). Já as LPM ocorreram, principalmente, na CRE Litoral (73%), no sexo masculino (60%), em indivíduos expostos ao sol (86,6%).

As dificuldades técnicas encontradas pelo grupo levaram à necessidade de ação interventiva, caracterizando a grande fragilidade da rede de diagnóstico do Câncer Oral.

Os Cirurgiões-dentistas demonstraram desconhecimento sobre aspectos gerais de epidemiologia, etiopatogenia, clínica oncológica e tratamento do Câncer de Boca, declarando sentir ansiedade no atendimento de pacientes com Câncer Oral, e insegurança para realização de procedimento de biópsia.

Embora muitos dos dados apresentados neste trabalho tenham sido semelhantes aos encontrados na literatura, em relação ao diagnóstico de LPM e Câncer Oral, muitos obstáculos foram encontrados na implementação da estrutura de rede diagnóstica, entretanto a necessidade de fortalecimento desta rede e a capacitação dos CD foram demonstradas, gerando novas perspectivas científicas para redução de diagnóstico de neoplasias orais em estágio avançado.

REFERÊNCIAS

1. NEVILLE, BRAD W. DAMM, D. D; BOUQUOT, J. E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
2. BYACODI, R; SHIPURKAR, A; BYAKODI, S; MARATHE, K. Prevalence of Oral Soft Tissue Lesions in Sangli, India. **J Community Health**, v. 36, p.756-759, 2011.
3. ESPINOZA, I; ROJAS, R; ARANDA, W; GAMONAL J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. **J. Oral Pathol Med**, v. 32, p. 571-575. 2003.
4. VIEIRA-ANDRADE, RG; GUIMARÃES, FFZ; VIEIRA, CS; FREIRE, STC; RAMOS-JORGE, ML; FERNANDES, AM. Oral mucosa alterations in a socioeconomically deprived region: prevalence and associated factors. **Braz Oral Res**, v. 25, n. 5, p. 393-400. 2011.
5. CARVALHO, MV; IGLESIAS, DPP; NASCIMENTO, GJF; SOBRAL, APV. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. **Gerodontology**, v. 28, p. 111-115. 2011.
6. WARNAKULASURIYA, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. **Oral Oncology**, v.45, p. 309-316, 2009.
7. VAN DER WAAL, I; BREE, R; BRAKENHOFF, R; COEBERGH JW. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.16, n.3, p. e300-e305. 2011.
8. TORRES-PEREIRA, C. Oral câncer public policies: Is there any evidence of impact? **Oral Medicine**, v. 24, p. 37-42. 2010.
9. BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2012.
10. HIROTA, SK; BRAGA, FPF; PENHA, SS; SUGAYA, NN; MIGLIARI, DA. Risk factors for oral squamous cell carcinoma in Young and older Brazilian patients: A comparative analysis. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 13 n. 4, p. 227- 231. 2008.
11. HENNESSEY, PT; WESTRA, WH; CALIFANO, JA. Human Papillomavirus and Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Recent evidence and clinical implications. **J Dent Res**, v.88, n.4, p.300-306, Dec. 2009.
12. MAROCCHIO LS, LIMA J, SPERANDIO FF, CORRÊA L, SOUSA SOM. Oral squamous cell carcinoma: an analysis of 1,564 cases showing advances in early detection. **Journal of Oral Science**, v. 52, n. 2, p. 267-273. 2010.

13. CONWAY DI, PETTICREW M, MARLBOROUGH H, BERTHILLER J, HASHIBEM, MACPHERSON LM. Significant oral cancer risk associated with low socioeconomic status. **Evidence-based dentistry**, v. 10, p. 4-5, 2009.
14. LÓPEZ EP – M, MORAL RMM, MARTÍNEZ-GARCIA C, ZANETTI R, ROSSO S, SERRANO S et al. Lifestyle environmental and phenotypic factors associated with lip cancer: a case-control study in Southern Spain. **British journal of cancer**, v.88, p. 1702-1707. 2008.
15. OSTERNE, RLV. Estudo epidemiológico de lesões orais em laboratórios de anatomopatologia na cidade de Fortaleza-Ce. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2009; 66f.
16. SOUZA LR, FONSECA-FONSECA T, OLIVEIRA-SANTOS CC, CORRÊA GTB, SANTOS FBG, CARDOSO CM et al. Lip squamous cell carcinoma in a Brazilian population: Epidemiological study and clinicopathological associations. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 16, n. 6, p. e756- e762. 2011.
17. BATISTA AC, COSTA NL, OTON-LEITE AF, MENDONÇA EF, ALENCAR RCG, SILVA TA. Distinctive clinical and microscopic features of squamous cell carcinoma of oral cavity and lip. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 109, p. e74-e79. 2010.
18. WARMAKULASURIVA S, JOHNSON NW, VAN DER WAAL I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. **J Oral Pathol Med**, v. 36, p. 575-580. 2007.
19. BARNES L, EVENSON J.W., REICHART P., SIDRANSKY D. (Eds): World Health Organization Classification of Tumour. Pathology and genetics of head and neck Tumours. **IARC Press: Lyon**. 2005.
20. SCULLY C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma overview. **Oral Oncology**, v. 45, p. 301-308. 2009.
21. VAN DER WAAL. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. **Oral Oncology**, v. 45, p. 317-323. 2010.
22. JORNET PL, NICOLÁS AV, BENEYTO YM, SORIA MF. Attitude towards oral biopsy among general dentists in Murcia. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 12, p. 116-121. 2007.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasília, 2004.

24. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Diário Oficial da União. 21 out 2011.
25. JAINKITTVONG, A; ANEKSUK, V, LANGLAIS R.P. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. **Oral Diseases**, v.8, p. 218-223. 2002.
26. VIEIRA-ANDRADE R.G, GUIMARÃES F.F.Z; VIEIRA C.S; FREIRE, STC; RAMOS-JORGE, ML; FERNANDES, AM .Oral mucosa alterations in a socioeconomically deprived region: prevalence and associated factors. **Braz Oral Res**. V. 25, n. 5, p. 393-400. 2011.
27. JABER, MA; PORTER, SR; SPEIGHT, P; EVESON, JW; SCULLY, C. Oral epithelial dysplasia: clinical characteristics of western European residents. **Oral Oncology**, v. 39, p. 589-596.2003.
28. OSTERNE, RLV. Estudo epidemiológico de lesões orais em laboratórios de anátomo patologia na cidade de Fortaleza-Ce [dissertação de mestrado] Fortaleza: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Ceará; 2009.
29. YELLOWITZ, J; HOROWITZ, AM; GOODMAN, AS; CANTO, MT; FARROOQ, NS. Knowledge opinions and practices of general dentists. Regarding oral cancer: a pilot survey. **JADA**, v. 129, p. 579-583.1998; 129: 579-83. 1998.
30. YELLOWITS, J; HOROWITS, AM; DRURY TF, GOODMAN, HS. Survey of U.S. Dentists' knowledge and opinions about oral pharyngeal cancer. **JADA**, V. 131, P. 653-661. 2000.
31. MARKOPOULOS, A, ALBANIDOU-FARMAKI, E; KAYAVIS I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. **Oral Diseases**, v. 10, p. 212-216. 2004.
32. SZYMANSKA, K; HUNG, RJ; WUNSCH-FILHO V; ELUF-NETO, J; CURADO, MP; KOIFMAN, S, et al. Alcohol and tobacco, and the risk of cancers of the upper aerodigestive tract in Latin America: a case-control study. **Cancer Causes Control**, V. 22, P. 1037-1046. 2011.
33. SEONE, 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**, v.12, p. 487-492. 2006.
34. RETHMAN, MP; CARPENTER, W; COHEN, EEW; EPSTEIN, J; EVANS, CA; FLAITZ, CM. et al. Evidence-based clinical recommendations regarding screening for oral squamous cell carcinomas. **JADA**, v. 141, p. 509-518. 2010.
35. LU, B; VISCIDI, RP; LEE, JH. et al. Human Papillomavirus (HPV) 6, 11, 16, and 18 Seroprevalence Is Associated with Sexual Practice and Age: Results from the Multinational

- HPV Infection in Men Study (HIM Study). **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**, v. 20, n. 5, p. 989-1002. 2011.
36. PINTO, DS; FUZZI, HT, QUARESMA, JAS. Prevalência de infecção genital pelo HPV em populações urbana e rural da Amazônia Oriental Brasileira. **Cad Saúde Pública**, v.27, n. 4, p. 769-778. 2011.
37. REPP, KK, NIELSON, CM; FU, R; SCHAFFER, S; LAZCANO-PONCE, E; SAMERÓN, J. et al. Male Human Papillomavirus Prevalence and Association with Condom Use in Brazil, Mexico, and the United States. **The Journal of Infectious Diseases**, v. 205, p. 1287-1293. 2012.
38. DALEY, E, DEBATE, R; DODD, V; DYER, K, FUHRMANN, H; HELMY, H; SMITH, AS. Exploring awareness, attitudes, and perceived role among oral health providers regarding HPV-related oral cancers. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 71, p. 136-142. 2011.
39. RAPOPORT, A; KOWALSKI, LP, HERTER, NT; BRANDÃO, LG, WALDER, F. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Boca. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**. 2001.
40. HERTRAMPF, K; WENZ, HJ; KOLLER, M; SPRINGER, I, JARGOT, A; WILTFANG, J. Assessing dentists' knowledge about oral cancer: Translation and linguistic validation of a standardized questionnaire from American English into German. **Oral Oncology**, v. 45, p. 877-882. 2009.
41. TORRES-PEREIRA, C. Oral cancer public policies: Is there any evidence of impact? **Oral Medicine**, v. 24, p. 37-42. 2010.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA ODONTOLÓGICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

MALENA REGINA DE FREITAS E SILVA

**AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LESÕES
POTENCIALMENTE MALIGNAS E CÂNCER DE BOCA DIAGNOSTICADOS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E CENTROS DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS EM DUAS REGIÕES DO INTERIOR DO ESTADO DO CEARÁ.**

FORTALEZA

2012

MALENA REGINA DE FREITAS E SILVA

**AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LESÕES
POTENCIALMENTE MALIGNAS E CÂNCER DE BOCA DIAGNOSTICADOS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E CENTROS DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS EM DUAS REGIÕES DO INTERIOR DO ESTADO DO CEARÁ**

**Dissertação submetida à Coordenação do
Programa de Pós-Graduação em Odontologia da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre em
Odontologia.**

Área de Concentração: Clínica Odontológica

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Bitu Sousa

FORTALEZA

2012

MALENA REGINA DE FREITAS E SILVA

AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS E CÂNCER DE BOCA DIAGNOSTICADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EM DUAS REGIÕES DO INTERIOR DO ESTADO DO CEARÁ.

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Clínica Odontológica

Área Temática: Estomatologia

Aprovada em: ___/___/___/

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fabrício Bitu Sousa (Orientador)

Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof. Dr. Aldo Angelim Dias

Universidade de Fortaleza-UNIFOR

Prof^a. Dr.^a Andréa Silva Walter Aguiar

Universidade Federal do Ceará-UFC

RESUMO

INTRODUÇÃO: Lesões malignas e potencialmente malignas são comuns na cavidade oral, sendo necessária a estruturação de redes em saúde para o estabelecimento do diagnóstico precoce dessas alterações. **OBJETIVO:** Neste trabalho foi avaliada a integração entre Atenção Primária e Secundária no diagnóstico de câncer oral, observando-se o contato com fatores de risco e ocorrência de Lesões Potencialmente Malignas (LPM) e Carcinoma de Células Escamosas (CEC), em duas regiões geográficas distintas do Estado do Ceará. **METODOLOGIA:** Indivíduos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde das duas regiões foram examinados. A região litorânea foi classificada como grupo 1, enquanto a região de sertão foi identificada como grupo 2. Variáveis de sexo, idade, contato com fumo, álcool, sol, Doença Sexualmente Transmissível (DST) e presença/ausência de lesão oral foram coletadas. Pacientes portadores de lesões foram encaminhados aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), para estabelecimento de diagnóstico. **RESULTADOS:** Foram examinadas 3.809 pessoas, nas quais foram encontradas 285 alterações orais, sendo 43% destas observadas em homens e 57% no sexo feminino. Quanto aos fatores de risco, 53%, 31%, 24% e 1% de indivíduos expostos à radiação, fumantes, etilistas e portadores de DST foram observados respectivamente. Foram biopsiadas 76 lesões, sendo 07 CEC (9,2%), com 06 tumores diagnosticados no grupo 2 e 15 LPM (19,7%), sendo 10 dessas lesões encontradas no grupo 1. O sexo feminino foi identificado em 71,4% dos CEC e 60% LPM foram observadas em homens. O lábio inferior foi a localização mais frequente de CEC (57%) e de LPM (87%). Quanto aos fatores de risco, a exposição solar esteve presente em 71,4% dos CEC e 86,6% das LPM. **CONCLUSÃO:** Os dados desta pesquisa apontaram um maior acometimento de Carcinomas no grupo 2, enquanto as LPM foram mais frequentes no grupo 1, sendo necessária a implementação de redes de diagnóstico em câncer oral, bem como uma política de prevenção permanente frente às populações vulneráveis a estas neoplasias.

Palavras-Chave: Epidemiologia. Estomatologia. Carcinoma de Células Escamosas.

ABSTRACT

BACKGROUND: Oral malignant and potentially malignant lesions (LPM) are common in oral cavity and diagnosis network health structure is required to improve early diagnosis. **OBJECTIVE:** This research had evaluated primary and secondary health care integration in oral cancer diagnosis evaluating contact with risk factors and presence of LPM and Oral squamous cell carcinoma (OSCC) in two different Ceará geographic regions. **STUDY DESIGN:** People served at two regions basic health unit (UBS) were examined. The coastal region was defined as Group 1, and the interior region as Group 2. Data collected: gender, age, tobacco and/or alcohol use, radiation and present lesions. When lesions were present patients were forwarded to dental centers (CEO) where diagnosis was made. **RESULTS:** 3.809 were examined, 285 lesions found, 43% in males and 57% in females. Risk factors analysis show: 31% smokers, 24% alcoholics, 53% exposed solar radiation, and 1% with sexually disease. Biopsies were performed in 76 lesions, with 7 OSCC (9,2%), 06 in Group 2 and 15 PMD (19,7%), 10 in Group 1. Most of OSCC (71,4%) occurred in females and 60% LPM in males. Lower lip was the most frequently localization with 57% of OSCC and 87% of LPM. Majority OSCC individuals (71,4%) and LPM individuals (86,6%) had solar exposition. **CONCLUSION:** Our data illustrate greater number of OSCC in Group 2, and LPM in Group 1, and warn that oral cancer diagnosis network structure need improve, and continuous prevention policy policy is necessary to access high risk population for OSCC.

Key Words: Epidemiology. Oral Diagnosis. Mouth Neoplasms.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CB= Câncer de Boca

CD= Cirurgião Dentista

CEC= Carcinoma de Células Escamosas

CEO= Centro de Especialidades Odontológicas

CRES= Célula Regional de Saúde

DST= Doença Sexualmente Transmissível

ESF= Estratégia Saúde da Família

G1= Grupo 1

G2= Grupo 2

HPV= Papiloma Vírus Humano

LPM= Lesão Potencialmente Maligna

OSCC= Oral Squamous Cell Carcinoma

UFC= Universidade Federal do Ceará

USB= Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO GERAL.....	08
1.1	<i>Revisão de Literatura.....</i>	08
2	PROPOSIÇÃO.....	11
2.1	<i>Objetivo Geral.....</i>	11
2.2	<i>Objetivos Específicos</i>	11
3	CAPÍTULOS	12
3.1	Capítulo 1: Identificação do perfil epidemiológico e clínico-patológico de câncer oral e lesões potencialmente malignas de boca, em cidades de pequeno e médio porte do nordeste brasileiro.	13
3.1.1	<i>Resumo.....</i>	13
3.1.2	<i>Abstract</i>	14
3.1.3	<i>Introdução</i>	15
3.1.4	<i>Metodologia</i>	17
3.1.5	<i>Resultados</i>	19
3.1.6	<i>Discussão</i>	22
3.1.7	<i>Referências</i>	25
3.1.8	<i>Anexos</i>	28
3.2	Capítulo 2: Câncer oral e cirurgiões-dentistas: atitudes conhecimentos na atenção primária e secundária em saúde	30
3.2.1	<i>Resumo</i>	31
3.2.2	<i>Abstract</i>	32
3.2.3	<i>Introdução</i>	33
3.2.4	<i>Metodologia</i>	35
3.2.5	<i>Resultados</i>	36
3.2.6	<i>Discussão</i>	38
3.2.7	<i>Referências</i>	41
3.2.8	<i>Anexos</i>	43

4	<i>DISCUSSÃO GERAL</i>	47
5	<i>CONCLUSÃO GERAL</i>	51
6	<i>REFERÊNCIAS</i>	52

1 INTRODUÇÃO GERAL

Uma grande quantidade de alterações e doenças pode afetar a cavidade oral, podendo ser encontradas alterações de desenvolvimento, anomalias dentárias, doenças da polpa, periápice e periodonto, infecções, injúrias químicas e físicas, doenças imunológicas, neoplasias de origem epitelial, conjuntiva, óssea, salivar ou odontogênica, além de cistos e manifestações orais de doenças sistêmicas. ⁽¹⁾

As lesões orais possuem um importante papel nas condições de saúde das populações, sendo encontradas com prevalência, variando de 2,5% a 84,9% ^(2, 3, 4) a depender dos critérios utilizados, população pesquisada e tipo de lesão.

Seguindo o exemplo de CARVALHO et al. 2011 pode-se sintetizar a classificação das lesões orais quanto à sua natureza em não neoplásicas, benignas, malignas e potencialmente malignas. ⁽⁵⁾

As lesões malignas orais representam um problema sério e crescente em muitas partes do mundo, com dois terços dos casos ocorrendo em países em desenvolvimento, sendo o Brasil um dos países com maior incidência e mortalidade por este câncer. ⁽⁶⁾

O termo Câncer oral refere-se a tumores de origens diversas, sendo aproximadamente 90% destes Carcinomas de Células Escamosas (CEC) originados do epitélio oral ⁽⁷⁾, motivo pelo qual muitas vezes o termo CEC é utilizado como sinônimo para câncer de boca.

Os fatores de risco para CEC oral são semelhantes aos descritos para outras malignidades de cabeça e pescoço, ⁽⁸⁾ sendo mais estabelecido e estudado o contato com as diversas formas de fumo e a ingestão de bebidas alcóolicas. ⁽⁹⁾ Vários outros fatores são implicados no aumento do risco de câncer de cavidade oral, como: idade maior que 40 anos, sexo masculino, ⁽⁹⁾ antecedente familiar de neoplasia maligna, ⁽¹⁰⁾ papiloma vírus humano, (principalmente para lesões de orofaringe) ⁽¹¹⁾ higiene oral deficiente ⁽¹²⁾ e más condições socioeconômicas. ⁽¹³⁾

Para o CEC labial, os fatores de risco são semelhantes aos do câncer de pele, tendo a exposição solar crônica como fator mais fortemente vinculado à sua ocorrência, ⁽¹⁴⁾ com quase totalidade dos casos acometendo o lábio inferior. ^(15,16) Nessa localização o comportamento

clínico das lesões é diferente das lesões intraorais, com ocorrência pouco comum de metástases. ⁽¹⁷⁾

A concepção de que algumas lesões ou desordens da mucosa oral são pré-malignas advém de evidências, como: transformação maligna de áreas descritas como pré-cancerosas em acompanhamentos de estudos longitudinais, coexistência dessas lesões nas margens de carcinomas de células escamosas, presença de alterações morfológicas e citológicas observadas em malignidades epiteliais, e de alterações cromossômicas, genéticas e moleculares, comuns em carcinomas orais. ⁽¹⁸⁾

As lesões pré-malignas, atualmente classificadas como Potencialmente Malignas (LPM), visto que nem todas as lesões e condições descritas como tal sofrerão transformação em câncer, ⁽¹⁸⁾ são caracterizadas histologicamente pela presença de displasia epitelial. ⁽¹⁹⁾

Segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde, as lesões e condições com potencial de malignidade são: Leucoplasias, Eritroplasias, Lesões de palato, causadas pelo Fumo Invertido, Fibrose Submucosa, Queilose Actínica, Líquen Plano e Lúpus Eritematoso Discoide. ⁽¹⁸⁾

As LPM da mucosa oral possuem diferentes Potenciais de Malignização, sendo este potencial elevado nas Eritroplasias, (85%) Queiloses actínicas (30%) e Leucoplasias não homogêneas (30%). ⁽²⁰⁾

As leucoplasias são definidas como placas brancas de risco duvidoso de malignidade, que não podem ser diagnosticadas como outras doenças ou desordens sem risco aumentado para o câncer. ^(18,21) Eritroplasias, segundo Barnes, 2005, são áreas em vermelho vivo, que não podem ser caracterizadas clínica ou histologicamente como outra doença definida. ⁽¹⁹⁾ Já a Queilose Actínica é definida como uma lesão ulcerativa, que pode formar crostas localizadas na borda mucosa do lábio inferior. ⁽²¹⁾

Dentre outros fatores associados à ocorrência de CEC oral, grande destaque vem sendo dado à presença de Papiloma Vírus Humano (HPV) intraoral, relacionado principalmente à ocorrência de malignidade em orofaringe. ⁽¹¹⁾

A grande importância da identificação das LPM orais reside na concepção de que seu tratamento poderá prevenir a ocorrência de lesões malignas. ⁽²⁾

Dois aspectos, em especial, contribuem para que se fortaleçam as redes de diagnóstico em câncer de boca. O primeiro destaca o fato da doença poder ser prevenível, ⁽⁶⁾ ter associação direta com LPM ⁽¹⁸⁾ e encontrar-se anatomicamente em região de fácil acesso ao exame clínico ⁽²²⁾. O segundo vincula-se ao aspecto de que desde 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal preconizou o diagnóstico precoce de lesões orais, como ampliação e qualificação da Atenção Básica, que deve realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade. ⁽²³⁾

Fortalecendo esse processo, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cujo objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nesse nível da atenção, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. No âmbito da saúde bucal instituiu o diagnóstico de alterações na mucosa como marcador de saúde bucal, estimulando a busca ativa de lesões orais e o diagnóstico precoce de Câncer. ⁽²⁴⁾

Historicamente, as fragilidades do diagnóstico precoce frente às malignidades orais podem ser associadas à dificuldade de acesso da população aos serviços especializados, principalmente em regiões distantes das capitais brasileiras, bem como ao baixo índice de diagnóstico de lesões precoces em níveis primários da atenção. A criação de processos de rede de diagnóstico que possibilitem a evidenciação de LPM e Câncer de boca na Atenção Básica pode ser considerada um importante passo na diminuição do número de casos avançados dessas neoplasias que chegam ao serviço especializado.

Neste trabalho são avaliadas as atitudes e o conhecimento sobre Câncer Bucal, entre dentistas da ESF e CEO de duas regiões do estado do Ceará, sendo identificado o perfil clínico patológico das lesões encontradas nessas regiões, a partir do referenciamento de pacientes da Atenção Primária para a Atenção Secundária. Esta pesquisa constituiu-se como um estudo do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS/2009), realizado pela Universidade Federal do Ceará, com o objetivo de promover uma avaliação do nível de diagnóstico precoce em câncer de cavidade oral e implementar o processo de diagnóstico, em rede, dessas lesões, em duas regiões geográficas distintas do estado do Ceará.

2 PROPOSIÇÃO

Este trabalho teve como objetivos:

2.1 - OBJETIVO GERAL:

- Identificar o perfil epidemiológico e clínico-patológico de Lesões Potencialmente Malignas e Câncer de Boca, em duas regiões do Estado do Ceará.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a ocorrência de alterações orais em indivíduos de uma Célula Regional de Saúde em área de Litoral (CRES Litoral) e outra Célula Regional de Saúde em área de Sertão (CRES Sertão) do Ceará.

- Identificar a ocorrência e o perfil clínico-patológico de lesões potencialmente malignas e malignas na CRES Litoral e na CRES Sertão.

- Descrever atitudes e o conhecimento dos Cirurgiões-dentistas da CRES Litoral e da CRES Sertão, sobre fatores de risco, epidemiologia, etiopatogênese, diagnóstico e tratamento de Câncer de Boca.

3 CAPÍTULOS

Esta dissertação está baseada no artigo 46 do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, o qual regulamenta o formato alternativo para Dissertações de Mestrado e teses de Doutorado, permitindo o uso de artigo científico de autoria ou coautoria do candidato. O projeto de pesquisa que originou este trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal do Ceará, sob protocolo nº 77/09. Esta dissertação é composta por dois capítulos, conforme descrição abaixo:

CAPÍTULO 1:

- **Identificação do perfil epidemiológico e clínico-patológico de câncer oral e lesões potencialmente malignas de boca, em cidades de pequeno e médio porte do nordeste brasileiro.**
- Será submetido à publicação no periódico: Cadernos de Saúde Pública.

CAPÍTULO 2:

- **Câncer oral e cirurgiões-dentistas: atitudes conhecimentos na atenção primária e secundária em saúde.**
- Será submetido à publicação no periódico: Revista ABO Nacional.

3.1 Capítulo 1

Identificação do perfil epidemiológico e clínico-patológico de câncer oral e lesões potencialmente malignas de boca em cidades de pequeno e médio porte do nordeste brasileiro

RESUMO

Lesões malignas e potencialmente malignas são comuns na cavidade oral, sendo necessária a estruturação de rede diagnóstica para seu reconhecimento e tratamento precoce. Neste trabalho avaliou-se a integração entre Atenção Primária e Secundária, no diagnóstico de câncer oral, através da avaliação de fatores de risco e ocorrência de Lesões Potencialmente Malignas (LPM) e Carcinomas de Células Escamosas, (CEC) em duas regiões do Ceará. A região litorânea foi classificada como grupo 1, enquanto a região de sertão foi identificada como grupo 2. Indivíduos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde foram examinados, e as variáveis de sexo, idade, contato com fatores de risco e presença/ausência de lesão oral foram coletadas. Pacientes com lesão foram encaminhados ao serviço especializado, para diagnóstico. Foram examinadas 3.809 pessoas e encontradas 285 alterações orais. Quanto aos fatores de risco, 53% estavam expostos à radiação, 31% eram fumantes, 24% etilistas e 1% portadores de Doença Sexualmente Transmissível. Foram biopsiadas 76 lesões, sendo 07 CEC (9,2%), com 06 desses tumores no grupo 2 e 15 LPM (19,7%), sendo 10 no grupo 1. O sexo feminino foi identificado em 71,4% dos CEC e 60% LPM ocorreram em homens. O lábio inferior foi a localização mais frequente de CEC (57%) e de LPM (87%). Quanto aos fatores de risco, a exposição solar esteve presente em 71,4% dos CEC e 86,6% das LPM. **CONCLUSÃO:** Os dados desta pesquisa mostram maior acometimento por CEC no grupo 2, e LPM no grupo 1, sendo necessária a implementação de redes de diagnóstico em câncer oral, bem como uma política de prevenção permanente frente às populações vulneráveis a estas neoplasias.

Palavras-Chave: Epidemiologia. Estomatologia. Carcinoma de Células Escamosas.

ABSTRACT

Oral squamous cell carcinoma (OSCC), and potentially malignant disorders (PMD) are common in oral cavity, so diagnostic network are important in these lesions early diagnose and treatment. Oral cancer diagnosis based on primary and secondary health care attention was measured by risk factors, PMD and OSCC occurrence in two different Ceará regions. Coastal region was defined as Group 1, and interior region, Group 2. People served at basic health unit were examined. Data collected: gender, age, tobacco and/or alcohol use, radiation exposition and present lesions. When lesions were present patients were forwarded to dental centers (CEO) to diagnosis. In 3.809 examined, 285 lesions were found. In risk factors: 31% were smokers, 24% alcoholics, 53% exposed solar radiation, and 1% had sexually disease. Seventy six biopsies were performed, with 07 OSCC (9,2%), 06 in Group 2, and 15 PMD (19,7%), 10 in Group 1. Women performed 71,4% OSCC and 60% PMD occurred in men. Lower lip was the most frequent OSCC (57%) and PMD(87%) localization. Most of OSCC(71,4%) and PMD (86,6%) were in solar exposed individuals. Most OSCC were in Group 2, and PMD in group 1. Implementation network OSCC diagnosis is necessary, as well as a permanent prevention policy against the most vulnerable to these cancers.

Key Words: Epidemiology, Oral Diagnosis, Mouth Neoplasms.

INTRODUÇÃO

O termo câncer oral refere-se a tumores de diversas origens, sendo aproximadamente 90% destes, Carcinomas de Células Escamosas (CEC), originados do epitélio oral. ⁽¹⁾ Etiologicamente, o CEC de boca advém de Lesões Potencialmente Malignas (LPM), que representam lesões com diferentes potenciais de malignização, sendo mais comumente destacadas as Eritroplasias, Leucoplasias não homogêneas e Queiloses actínicas, que exibem respectivamente 85%, 30% e 30% de percentual de transformação maligna. ⁽²⁾

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, são estimados 14.170 casos novos de câncer oral no Brasil em 2012, correspondendo a um risco estimado de 10 casos novos a cada 100 mil homens e 4 a cada 100 mil mulheres. Desconsiderando os tumores da pele, não melanoma, o câncer da cavidade oral é o quarto mais comum em homens, na Região Nordeste, e o oitavo mais frequente em mulheres dessa região. ⁽³⁾

Normalmente, o prognóstico do câncer de boca, no Brasil, é considerado ruim. ⁽⁴⁾ Embora a cavidade oral seja facilmente acessível à exploração, o que torna mais fácil a detecção de lesões incipientes, ⁽⁵⁾ o diagnóstico do câncer oral, especialmente CEC, em estágio assintomático é incomum. ⁽¹⁾

Os principais fatores de risco para CEC intraoral são o contato com fumo e álcool, ^(3, 6, 7, 8) sendo estes fatores de risco similares aos descritos para outras malignidades de cabeça e pescoço, como o câncer de faringe e seio maxilar. ⁽⁹⁾ Já o CEC labial possui fatores de risco semelhantes ao câncer de pele, tendo a exposição solar crônica como fator mais fortemente vinculado à sua ocorrência. ⁽¹⁰⁾

Dentre outros fatores associados à ocorrência de CEC oral, grande destaque vem sendo dado à presença de Papiloma Vírus Humano (HPV) intraoral, relacionado principalmente à ocorrência de malignidade em orofaringe. ⁽¹¹⁾

Dois aspectos, em especial, contribuem para que sejam fortalecidas as redes de diagnóstico em câncer de boca. O primeiro destaca o fato da doença ser passiva de prevenção, ⁽⁴⁾ ter associação direta com LPM ⁽¹²⁾ e encontrar-se anatomicamente em região de fácil acesso ao exame clínico ⁽⁵⁾. O segundo vincula-se ao aspecto de que desde 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal preconizou o diagnóstico precoce de lesões orais, como ampliação e qualificação da Atenção Básica, que deve realizar rotineiramente exames preventivos para a detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade.

Fortalecendo esse processo, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cujo objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nesse nível de atenção, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. No âmbito da saúde bucal, instituiu o diagnóstico de alterações na mucosa, como marcador de saúde bucal, estimulando a busca ativa de lesões orais e o diagnóstico precoce de Câncer. ⁽¹³⁾

O estudo de LPM de boca é importante, pois se evidencia que nem todas essas lesões e condições sofrerão transformação em maligna. ⁽¹²⁾ Sabe-se que a grande importância da identificação das LPM orais fundamenta-se no princípio de que seu tratamento poderá prevenir a ocorrência de lesões malignas. ⁽⁷⁾

Historicamente, as fragilidades do diagnóstico precoce frente às malignidades orais podem ser associadas à dificuldade de acesso da população aos serviços especializados, principalmente em regiões distantes das capitais brasileiras, bem como ao baixo índice de diagnóstico de lesões precoces, em níveis primários da atenção. A criação de processos de rede de diagnóstico que possibilitem a evidenciação de LPM e Câncer de boca, na Atenção Básica, pode ser considerada um importante passo na diminuição do número de casos avançados dessas neoplasias que chegam ao serviço especializado.

Neste trabalho, objetiva-se identificar a possível associação entre fatores de risco para o Câncer de Boca e a ocorrência de Lesões orais Potencialmente Malignas e Malignas, em dois grupos populacionais, formados por municípios de pequeno e médio porte, a partir da integração entre saúde bucal na atenção Primária, Secundária e Terciária no que se refere ao diagnóstico de lesões malignas orais.

METODOLOGIA

Foi realizado estudo quantitativo, transversal, de indivíduos atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) em duas Células Regionais de Saúde (CRES) do estado do Ceará, no período de Agosto de 2010 a Julho de 2011. As duas regionais avaliadas eram formadas por municípios de até 65.000 habitantes, possuíam implantação do Estratégia de Saúde da Família, com cobertura mínima de 45% da população, em cada município, e um Centro de Especialidades Odontológicas em seus municípios sede, sendo o Grupo 1 representado por uma (CRES) localizada em área litorânea e o grupo 2 por uma população de área de sertão.

Na caracterização da amostra, o grupo 1 era composto por 05 municípios, 29 equipes de ESF e, aproximadamente, 154.548 habitantes, enquanto o grupo 2 era formado por 04 municípios, 27 equipes de ESF e, aproximadamente, 112.769 habitantes.

Esta pesquisa constitui-se como um estudo do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS/2009), realizado pela Universidade Federal do Ceará, com o objetivo de promover uma avaliação do nível de diagnóstico precoce em câncer de cavidade oral e estabelecer um processo de criação de diagnóstico, em rede, dessas lesões.

A população avaliada foi composta por indivíduos que chegaram à Unidade Básica de Saúde, (UBS) por demanda espontânea, para a primeira consulta odontológica, os quais concordaram em participar do estudo e apresentavam um ou mais fatores de inclusão: ter mais de 40 anos, ser tabagista e/ou etilista, apresentar alguma lesão oral, estar frequentemente exposto à radiação solar ou ser portador de doença sexualmente transmissível (DST). Dados referentes à identificação, sexo, idade, localidade, contato com fatores de risco (fumo, álcool, radiação solar e DST), presença ou ausência de lesão oral, e diagnóstico clínico das lesões avaliadas foram coletados.

Foram disponibilizados para os municípios participantes, equipamentos de informática para cadastro de todos os pacientes incluídos no estudo e formação de banco de dados para acompanhamento da população de risco para o desenvolvimento de LPM e CEC oral. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) receberam equipamento e instrumental específico para realização dos procedimentos de biópsia. Como fase preparatória da pesquisa, os Cirurgiões-dentistas e Agentes comunitários de Saúde participaram de curso de formação em Etiopatogenia e Diagnóstico de câncer oral.

Após exame clínico nas UBS, os pacientes que apresentaram lesões orais foram encaminhados aos CEOS regionais, para análise quanto à necessidade da realização de biópsias por profissional especializado nas áreas de Estomatologia/Cirurgia buco-maxilo-facial. Nestes centros, as informações sociodemográficas, comportamentais, relacionadas ao contato com os fatores de risco, e informações clínicas sobre as lesões encontradas, foram confirmadas. As peças de biópsia incisionais removidas foram fixadas em formol 10% e enviadas ao Laboratório de Patologia Bucal do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, (UFC) para exame histopatológico.

Os mapas de cadastro e atendimento dos participantes eram enviados mensalmente, pelos profissionais da atenção primária e secundária, aos pesquisadores, visando à avaliação contínua da participação dos municípios, estando prevista a possibilidade de momentos de intervenção dos pesquisadores frente à ocorrência de dificuldades técnicas em ambos os grupos. Os pacientes com diagnóstico confirmado de LPM foram agrupados para tratamento e acompanhamento nos Centros de Especialidades Odontológicas - Atenção Secundária, e os pacientes com diagnóstico de CEC foram encaminhados para tratamento médico na Atenção Terciária.

Como fator de exclusão da pesquisa foram destacados o não envolvimento dos municípios com a coleta de dados, sendo este caracterizado pelo não preenchimento e encaminhamento mensal dos mapas de risco aos pesquisadores, bem como o não encaminhamento de pacientes no processo da rede de diagnóstico.

Os dados coletados foram tabulados com o auxílio do programa *Epi Info* versão 3.5.1. Para análises estatísticas pelos testes *Qui-quadrado* e teste de *Fisher* foi utilizado *GrafPad Prism 5* para *Windows*, sendo considerados estatisticamente significantes valores de $p < 0,05$.

A coleta de dados dos pacientes foi precedida pela assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, tendo sido este projeto submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal do Ceará, sob número de protocolo 77/09.

RESULTADOS

Foram examinadas 3.809 pessoas, no período de maio de 2010 a julho de 2011, sendo 56,4% do sexo feminino e 43,6% do sexo masculino, com 30% pertencendo ao Grupo 1 e 70% ao Grupo 2. Foram encontradas 285 alterações, que corresponderam a 7,5% dos examinados, sendo 147 no Grupo 1 e 138 no Grupo 2. Dessa forma, as lesões foram encontradas em 13% dos examinados do Grupo 1 e em 5% dos examinados do Grupo 2. Devido a não adesão ao método de funcionamento da pesquisa, 03 municípios do Grupo 1 e 02 municípios do Grupo 2 foram excluídos do estudo, 06 meses após o início da coleta de dados.

A **Tabela 1** mostra a divisão dos indivíduos examinados, com lesão e sem lesão, por grupo e sexo, não havendo diferença estatisticamente significativa quanto ao sexo dos indivíduos com e sem lesão do Grupo 1 ($p=0,55$) e do Grupo 2 ($p=0,41$).

O contato com os principais fatores de risco para o câncer oral nos dois grupos analisados é avaliado na **Tabela 2**. A aplicação do teste *Qui-quadrado* evidenciou diferença estatisticamente significativa quanto ao contato com os Fatores de Risco nos dois grupos ($*p<0,0001$), sendo esta diferença observada na maior exposição crônica à radiação solar nos indivíduos do Grupo 2 (57%).

No CEO do grupo 1 não foi identificado profissional especializado para a realização de biópsia, havendo no CEO do grupo 02 um especialista em Cirurgia bucomaxilofacial. Diante das dificuldades da continuidade de encaminhamento nos níveis de atenção e barreiras técnicas vivenciadas pelo grupo 01, foi realizada intervenção dos pesquisadores para avaliação e realização de biópsias em pacientes deste grupo. Nenhum tipo de intervenção foi necessária no grupo 02.

O diagnóstico Clínico foi inconclusivo em 27%, e em 2% das alterações não houve diagnóstico clínico. Dentre as alterações encontradas, 76 (27%) foram biopsiadas, sendo 43 biópsias do Grupo 1 (58%) e 33 do Grupo 2 (42%). As condições benignas corresponderam a 71% das lesões biopsiadas, as LPM a 20% e os CEC a 9%.

O diagnóstico histopatológico mais encontrado foi Hiperplasia Fibroepitelial, com 28 casos (37%), tendo 10 (13%) possíveis associações com HPV e 02 (3%) presenças de displasia. Queilose Actínica foi o segundo diagnóstico histológico mais frequente (17%), seguida por Mucocele (10%), Carcinoma de Células Escamosas (9%), Fibroma Traumático

(5%) e Pólipo Fibroepitelial (4%). Laudos Descritivos e Hemangioliinfangiomias foram encontrados em 3% dos laudos/cada.

Outros diagnósticos histopatológicos encontrados foram: Cisto Inflamatório, Granuloma Piogênico, Hemangioma, Lipofibroma, Mácula Melanótica, Má formação vascular, Mioepitelioma, Processo Inflamatório Crônico e Tatuagem por Amálgama, representando 9% das biopsias realizadas.

A correta relação entre diagnóstico clínico e histológico ocorreu em 31 lesões biopsiadas, (41%) sendo 05 desses diagnósticos formulados pelos pesquisadores durante intervenção no grupo 01, 18 pelo profissional da atenção secundária do grupo 1 e 08 pelo profissional da atenção secundária do grupo 2. No grupo 1, 28% das lesões com diagnóstico clínico igual a diagnóstico histológico eram LPM, nenhuma delas era maligna. No grupo 2, 25% dessas lesões eram LPM e 50% CEC.

Quanto à localização, o Lábio Inferior foi o sítio mais frequente, apresentando 28 lesões. A Mucosa Jugal e o Palato foram sítios de 11 lesões, cada. Oito lesões ocorreram em Rebordo Alveolar, 06 em Língua, 04 em Fundo de Sulco, 04 em Gengiva e 01 em Região Retromolar. A Boca, na descrição inespecífica da localização, foi encontrada em 03 casos.

Dos 07 Carcinomas de células Escamosas (CEC) diagnosticados, 06 (86%) ocorreram no Grupo 2 e 01(14%) no Grupo 1 ($p=0,26$). A idade dos indivíduos com CEC variou de 59 a 85 anos, com idade média de 74 anos. A relação entre os sexos foi de 1: 2,5 (homens: mulheres). Cinco lesões malignas (71%) estavam localizadas em lábio inferior. Entre os fatores de risco pesquisados, o contato com o fumo ocorreu em 06 (86%) das 07 neoplasias malignas e a exposição à radiação solar diária, em 05 (71%). A **Tabela 03** demonstra idade e sexo dos habitantes, com diagnóstico de CEC, além do contato dos pacientes com os principais fatores de risco para esta malignidade oral ($p=0,46$), e localização dos carcinomas encontrados ($p=0,65$) nos Grupos 1 e 2.

Foram diagnosticadas 15 LPM, sendo 11 do Grupo 1 e 04 do Grupo 2. ($p=0,26$). Dentre os indivíduos que apresentaram LMP ocorreu uma variação de idade de 22 a 75 anos, com média de 45 anos. A relação entre os sexos foi de 1,5: 1 (homens: mulheres), não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p=0,71$). Treze LPM estavam localizadas em lábio inferior, uma em rebordo alveolar e uma em mucosa jugal, (* $p=0,01$). Em 05 LPM do Grupo 1 não foi possível determinar os fatores de risco associados. A **Tabela 04** avalia a distribuição das LPM por idade, sexo e contato com os principais fatores de risco para câncer oral nos Grupos 1 e 2.

A comparação entre a quantidade de Lesões Potencialmente Malignas e CEC, por sexo, nas duas regiões pesquisadas é vista na **Tabela 5**, não tendo sido encontrada diferença estatisticamente significativa quanto à presença de LPM e CEC no Grupo 1 ($p=0,33$) ou no Grupo 2 ($p=1,0$).

DISCUSSÃO

Estudos que abordam a presença de lesões orais, na literatura, apontam maior percentual de acometimento do sexo feminino, ^(14, 15, 16) entretanto, em alguns trabalhos há predominância do sexo masculino.⁽⁷⁾ Os dados da presente pesquisa demonstraram que houve semelhante porcentagem de alterações entre homens e mulheres, em ambos os grupos.

Inicialmente foram analisadas as LPM, nas quais se observou que 60% foram encontradas em homens e 40% em mulheres, sendo estes dados semelhantes aos encontrados em outros estudos, que, em análise de 630 lesões orais displásicas, verificou que 55,7% ocorreram em homens e 44,2% em mulheres.⁽¹⁷⁾

As lesões malignas corresponderam a 2,4% das alterações encontradas e a 9,2% das lesões biopsiadas, sendo o 4º diagnóstico histopatológico mais comum. Assim como autores que avaliaram 534 biópsias de mucosa oral em idosas de Pernambuco, encontrando 8% de CEC,⁽¹⁸⁾ e pesquisa que analisou 6.231 biópsias do Estado do Ceará, a qual encontrou 8,5% de CEC.⁽¹⁹⁾

A exposição à radiação solar foi o fator de risco mais prevalente nas duas regiões, sendo maior no Grupo 2, do qual 57% dos indivíduos pesquisados relatou exposição a este fator. Esta grande quantidade de indivíduos expostos ao sol pode estar relacionada às atividades agrícola e de pesca, nas regiões do estudo, e à proximidade das regiões pesquisadas da linha do equador, tendo o Grupo 1 latitude 0,2°54'08'' e o Grupo 2 latitude 0,6°00'11''.

A radiação solar foi também o fator de risco mais frequente entre os indivíduos que apresentaram LPM (53%) e Malignas (71%), justificando a grande ocorrência de LPM diagnosticadas como Quiloses Actínicas e CEC de lábio inferior, em ambos os grupos.

O fumo foi o segundo fator de risco mais presente na população (31%), seguido pelo álcool (24,5%). Em estudo realizado com 2.252 casos de CEC de trato aerodigestivo superior, observou-se aumento de 5.49 no risco de desenvolvimento de CEC de cavidade oral em fumantes, e de 4.62 em etilistas. Segundo o mesmo estudo, o uso concomitante de álcool e fumo mais que multiplicou este risco em cavidade oral, pois 74,3% dos casos de CEC foram atribuídos à combinação destes fatores.⁽²⁰⁾ Nesta casuística, todos os casos de CEC intraorais ocorreram na presença de contato com o fumo, sendo um desses vinculado ao contato concomitante com fumo e álcool.

Dentre as LPM, 10 (67%) tiveram possível associação com HPV, entretanto apenas 1% da amostra declarou possuir alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST), dado que

comparado às taxas de contaminação da população sexualmente ativa por infecções virais como o HPV, ^(21, 22, 23) pode representar o desconhecimento da população sobre as DST e a grande quantidade de indivíduos portadores de DST que não desenvolvem sintomas de doença.

Além disso, embora haja evidência da participação de vírus como o HPV, na carcinogênese de lesões de orofaringe e boca, ^(8, 24) muitos profissionais de saúde bucal desconhecem a relação HPV e câncer oral, e parecem desconfortáveis no estabelecimento de uma comunicação com os pacientes sobre as atitudes sexuais e sua interferência na saúde oral. ⁽²⁵⁾

Quatro lesões malignas (57%) e treze LPM (87%) estavam localizadas em lábio inferior, tendo sido a localização mais comum dessas lesões nesta avaliação, contudo o CEC oral é mais comumente encontrado na língua, com a ocorrência de CEC em lábio, variando de 1,1% a 20,3%. ^(8, 26, 27, 28, 29)

Todos os carcinomas de vermelhão do lábio mostraram associação com a exposição crônica à radiação solar. Em estudo realizado em Minas Gerais, com 30 casos de Carcinoma de células Escamosas de Lábio (CECL), verificou-se associação estatisticamente significativa entre a exposição solar crônica na atividade de trabalho e a incidência de CEC em lábio inferior. ⁽⁶⁾

Normalmente, a pouca associação, por parte da população, entre o do câncer de lábio e a exposição solar, quando comparado ao câncer de pele, cujo principal fator de risco também é a exposição solar, parece induzir à menor atenção para a prevenção do câncer labial. ⁽¹⁰⁾

Setenta e três por cento (73%) das LPM foram diagnosticadas no Grupo 1 e 85% das lesões malignas no Grupo 2, revelando a necessidade de realização de trabalhos preventivos nos dois grupos. Entretanto, destaca-se a necessidade de intervenção dos pesquisadores no processo de implementação da rede de diagnóstico do grupo 1, não tendo esta sido necessária no Grupo 2.

A intervenção dos pesquisadores frente às dificuldades técnicas e de encaminhamento de pacientes do Grupo 1 se deu através da realização de procedimento de biópsias em indivíduos previamente rastreados, e foi responsável pelo diagnóstico de 33% (05) das LPM, correspondendo a 45% dessas lesões nesse grupo.

Muitas propostas de trabalhos preventivos em Saúde Pública são citadas na literatura, mas pouco se sabe de ações baseadas em evidência, capazes de impactar a incidência ou promover o diagnóstico precoce do câncer oral, sendo desconhecida alguma política pública

capaz de reduzir a incidência de câncer oral pelo mundo, sob o exame minucioso de método científico.⁽⁹⁾

Entretanto, a implementação de estratégias contínuas de triagem dos indivíduos expostos aos fatores sabidamente envolvidos na carcinogênese oral, e/ou portadores de lesões com potencial de malignidade, associada à integração, em rede, das atenções primária e secundária de saúde, pode representar uma alternativa viável na prevenção e diagnóstico do câncer de boca, havendo dificuldades particulares a serem vencidas nas diferentes cidades e regiões.

Apesar da Política Nacional de Saúde Bucal já incluir no exercício das atividades dos dentistas da atenção básica, desde 2004, o Diagnóstico de Alterações Oraís com ênfase no câncer bucal, e da criação do indicador de Incidência de Alterações de Mucosa pelo PMAC em 2011⁽¹³⁾, muitos são os obstáculos observados na sensibilização e no exercício de práticas estomatológicas pelos CD da atenção básica.

Os dados apresentados por esta pesquisa foram semelhantes aos encontrados na literatura, em relação ao diagnóstico de LPM e Câncer oral, mas muitos obstáculos foram encontrados na implementação da estrutura da rede de diagnóstico. As dificuldades políticas das gestões municipais e o baixo envolvimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família podem ser destacados como barreiras na formação das redes, devendo ser considerados em futuras avaliações, para que haja um maior aproveitamento de pesquisas no SUS.

O grande número de diagnósticos de lesões potencialmente malignas e malignas orais na população pesquisada demonstra a necessidade do fortalecimento dessas redes de atenção e amplia a necessidade de se gerar novas perspectivas científicas para a redução do diagnóstico de neoplasias orais em estágio avançado, no estado do Ceará.

REFERÊNCIAS

1. Van der Waal I, Bree R, Brakenhoff R, Coebergh JW. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 1,16(3): e300-5.
2. Scully C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma overview. *Oral Oncology* 2009; 45: 301-08.
3. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2012.
4. Warnakulasuriya S, Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology* 2009; 45: 309-16.
5. Jornet PL, Nicolás AV, Beneyto YM, Soria MF. Attitude towards oral biopsy among general dentists in Murcia. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12: e 116-21.
6. Souza LR, Fonseca-Fonseca T, Oliveira-Santos CC, Corrêa GTB, Santos FBG, Cardoso CM et al. Lip squamous cell carcinoma in a Brazilian population: Epidemiological study and clinicopathological associations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16(6): e756-62.
7. Byakodi R, Shipurkar A, Byakodi S, Marathe K. Prevalence of Oral Soft Tissue Lesions in Sangli, India. *J Community Health* 2011; 36: 756-59.
8. Hirota SK, Braga FPF, Penha SS, Sugaya NN, Migliari DA. Risk factors for oral squamous cell carcinoma in Young and older Brazilian patients: A comparative analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008; 13(4): e 227-31.
9. Torres-Pereira C. Oral câncer public policies: Is there any evidence of impact? *Oral Medicine* 2010; 24: 37-42.
10. Busick TL, Uchida T, Wagner Jr RF. Preventing Ultraviolet Light Lip injury: Beachgoer Awareness about Lip Cancer Risk Factors and Lip Protection Behavior. *Dermatol Surg* 2005; 31: 173-76.
11. Hennessey PT, Westra WH, Califano JA. Human Papillomavirus and Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Recent evidence and clinical implications. *J Dent Res* 2009; 88 (4): 300-06.
12. Warnakulasuriya S, Johnson NW, Van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 575-80.

13. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Diário Oficial da União. 21 out 2011;
14. Jainkittivong A, Aneksuk1 V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Diseases* 2002; 8: 218–23.
15. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J. Oral Pathol Med* 2003; 32: 571-
16. Vieira-Andrade RG, Guimarães FFZ, Vieira CS, Freire STC, Ramos-Jorge ML, Fernandes AM. Oral mucosa alterations in a socioeconomically deprived region: prevalence and associated factors. *Braz Oral Res.* 2011; 25(5): 393-400.
17. Jaber MA, Porter SR, Speight P, Eveson JW, Scully C. Oral epithelial dysplasia: clinical characteristics of western European residents. *Oral Oncology* 2003; 39: 589-96.
18. Carvalho MV, Iglesias DPP, Nascimento GJF, Sobral APV. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. *Gerodontology* 2011; 28: 111-15.
19. Osterne RLV. Estudo epidemiológico de lesões orais em laboratórios de anátomo patologia na cidade de Fortaleza-Ce [dissertação de mestrado] Fortaleza: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Ceará; 2009.
20. Szymanska K, Hung RJ, Wunsch-Filho V, Eluf-Neto J, Curado MP, Koifman S, et al. Alcohol and tobacco, and the risk of cancers of the upper aerodigestive tract in Latin America: a case-control study. *Cancer Causes Control* 2011; 22: 1037-46
21. Lu B, Viscidi RP, Lee JH, et al. Human Papillomavirus (HPV) 6, 11, 16, and 18 Seroprevalence Is Associated with Sexual Practice and Age: Results from the Multinational HPV Infection in Men Study (HIM Study). *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011; 20(5): 989-1002.
22. Pinto DS, Fuzzi HT, Quaresma JAS. Prevalência de infecção genital pelo HPV em populações urbana e rural da Amazônia Oriental Brasileira. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(4): 769-78.
23. Repp KK, Nielson CM, Fu R, Schafer S, Lazcano-Ponce E, Samerón J, et al. Male Human Papillomavirus Prevalence and Association with Condom Use in Brazil, Mexico, and the United States. *The Journal of Infectious Diseases* 2012; 205: 1287-93.
24. Scully C. Oral cancer; the evidence for sexual transmission. *British Dental Journal* 2005; 199: 203-5.

25. Daley E, DeBate R, Dodd V, Dyer K, Fuhrmann H, Helmy H, Smith AS. Exploring awareness, attitudes, and perceived role among oral health providers regarding HPV-related oral cancers. *Journal of Public Health Dentistry* 2011; 71: 136-142.
26. Losi-Guembarovski R, Menezes RP, Poliseli F, Chaves VN, Kuasne H, Leichsenring, et al. Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(2): 393-400.
27. Marocchio LS, Lima J, Sperandio FF, Corrêa L, Sousa SOM. Oral squamous cell carcinoma: an analysis of 1,564 cases showing advances in early detection. *Journal of Oral Science* 2010; 52(2): 267-73.
28. Weijers M, Leemans CR, Aartman IH, Karagozoglu KH, Van der Waal I. Oral cancer trends in a single head-and-neck cancer center in the Netherlands; decline in T-stage at the time of admission. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16(7): e 914-18.
29. Durazzo MD, Araujo CEN, Neto JSB, Potenza AS, Costa P, Takeda F, et al. *Clinics* 2005; 60(4): 293-98.

ANEXOS

TABELAS

Tabela 01: Distribuição dos indivíduos pesquisados nos Grupos 1 e 2 quanto a presença ou ausência de lesão oral.

	Grupo 1		Grupo 2		Não Informado	TOTAL
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
COM LESÃO	65(14%)	81(13%)	56(5%)	81(6%)	02(5%)	285(7%)
SEM LESÃO	389(86%)	539(87%)	1.082(95%)	1.354(94%)	37(95%)	3.401(93%)
TOTAL	454(100%)	620(100%)	1.138(100%)	1.435(100%)	39(100%)	*3.686(100%)

*Para 123 pesquisados, a informação sobre a presença ou ausência de lesão não estava presente.

Tabela 02: Contato dos Grupos 1 e 2 com os principais fatores de risco para câncer de Boca.

	Grupo 1 1.135 exames	Grupo 2 2.673 exames	Grupo Não Informado	População 3.808
FUMO	374(33%)	812(30%)	01	1.187(31%)
ÁLCOOL	270(24%)	664(25%)	00	934(24,5%)
RADIAÇÃO	483(42,5%)	1.522(57%)	01	2.005(53%)
DST	19(2%)	24(1%)	01	46(1%)
FUMO+ÁLCOOL	151(13%)	323(12%)	01	474(12,5%)

Tabela 03: Distribuição das Lesões Malignas por idade, sexo e contato com os fatores de risco nos Grupos 1 e 2.

	IDADE		SEXO		FATORES DE RISCO				
	Grupo1	Grupo2	Masc.	Fem.	Fumo	Álcool	Sol	DST	Local
Caso 01		X	59	x	+	+	+	-	Lábio
Caso 02		X	63	x	+	-	+	+	Jugal
Caso 03		X	73	x	-	-	+	-	Lábio
Caso 04	X		76	x	+	-	-	-	Lábio* /ML
Caso 05		X	80	x	+	+	-	-	Palato
Caso 06		X	83	x	+	-	+	-	Língua

Caso 07	X	85	x	+	-	+	-	Lábio
---------	---	----	---	---	---	---	---	-------

*ML= mucosa labial

Tabela 04: Distribuição das Lesões Potencialmente Malignas, por idade, sexo e contato com os fatores de risco nos Grupos 1 e 2.

	IDADE		SEXO		FATORES DE RISCO					
	Grupo 1	Grupo 2	Masc.	Fem.	Fumo	Álcool	Sol	DST	Local	
Caso 01	x		22	x	0	0	0	0	Lábio	
Caso 02	x		33		x	-	-	+	-	Lábio
Caso 03	x		34	x		0	0	0	0	Lábio
Caso 04		X	35		x	-	-	+	-	Rebordo
Caso 05	x		37		x	-	-	+	-	Lábio
Caso 06		X	43		x	+	-	-	-	Jugal
Caso 07	x		47	x		0	0	0	0	Lábio
Caso 08	x		47		x	-	-	-	-	Lábio
Caso 09	x		51	x		-	-	+	-	Lábio
Caso 10	x		51	x		0	0	0	0	Lábio
Caso 11	x		52	x		-	+	+	-	Lábio
Caso 12		X	52	x		-	-	+	-	Lábio
Caso 13		X	54		x	-	+	+	-	Lábio
Caso 14	x		75	x		0	0	0	0	Lábio
Caso 15	x		ausente	x		-	-	+	-	Lábio

Tabela 05: Comparação da ocorrência de Lesões Malignas e Potencialmente Malignas distribuídas por sexo nos Grupos 1 e 2.

SEXO	GRUPO 1		GRUPO 2		TOTAL
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	
CEC	00(0%)	01(14%)	02(29%)	04(57%)	07(100%)
LPM	08(%)	03(%)	01(%)	03(%)	15(100%)

3.2 Capítulo 2

Câncer oral e cirurgiões-dentistas: atitudes e conhecimentos na Atenção Primária e Secundária em Saúde

Oral Cancer and Dentists: attitudes and knowledge in primary and secondary health care attention.

Pesquisa Científica

Artigo apresentado como requisito para conclusão de curso de Mestrado em Clínica Odontológica, Universidade Federal do Ceará- 2012

***Malena Regina de Freitas e Silva, **Fabrício Bitu Sousa**

Câncer oral e cirurgiões-dentistas: atitudes e conhecimentos na Atenção Primária e Secundária em Saúde

RESUMO

OBJETIVO: Foram avaliados atitudes e conhecimento de Cirurgiões-Dentistas (CD) da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), sobre CB, em duas regiões do Ceará. **MÉTODO:** Foi aplicado questionário semiestruturado, e dados de idade, sexo, raça, tempo de formado, local de atividade e conhecimento de CB foram coletados nos Grupos 1, região de litoral, e 2, região de sertão. **RESULTADOS:** Foram avaliados 55 CD, sendo 32 do Grupo 1 (G1), com 90% na ESF e 10% no CEO, e 27 do Grupo 2 (G2), com 71% na ESF e 29% no CEO. A maioria dos CD era do sexo masculino (65%), com tempo médio de formado de 6,37 anos, tendo 53% já atendido paciente com CB e 83% suspeitado de Lesão Potencialmente Maligna (LPM). Vinte e seis por cento dos CD da ESF do G1 consideraram erroneamente Quelite angular como uma LPM. Apenas 17% dos CD do CEO do G2 identificaram úlcera de bordos elevados, como lesão precoce de CB, e 26% dos CD da ESF do G1 consideraram a presença de dentes com bordos cortantes como risco para CB. Apenas 13% dos profissionais reconheceram que o tratamento para CB é cirúrgico e 58% tem ansiedade com paciente com CB. Quanto à avaliação da realização de biopsias, 73% responderam que não se sentem preparados para realizar esse procedimento, tendo sido observado que 70% da ESF do G1 e 60% da ESF do G2 nunca fez biopsia. **CONCLUSÃO:** O conhecimento dos CD avaliados, em relação à etiopatogenia, técnica de biopsia e tratamento do CB, se mostrou inconsistente. A não compreensão desses fatores pode prejudicar diretamente o diagnóstico e o encaminhamento de casos de CB e LPM nas populações estudadas.

Palavras-Chave: Carcinoma de Células Escamosas. Saúde bucal. Conhecimento.

Oral Cancer and Dentists: attitudes and knowledge in primary and secondary health care attention.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Oral cancer (OC) knowledge and attitudes of dentists from Family Health Strategy (ESF) and Center for Dental Specialties (CEO) health care attention in two Ceará regions were assessed. **METHODS:** Objective survey was used to collect data: age, gender, race, time after graduated, kind of work, and OC knowledge in two Ceará region. Coastal region was Group 1, and interior region, Group 2. **RESULTS:** 55 CD reply survey, 32 in first group (G1), 90% from ESF and 10% from CEO, 27 in second group (G2), 71% from ESF and 29% from CEO. Most dentists were male (65%), had 6,37 years medium time after graduated, 53% had already attended OC patient, and 83% already suspected pre malignant lesion (LPM). Twenty six percent ESF, G1 Dentists consider angular quelits as LPM. Just 17% CEO, G2, Dentists identify edge ulcers as early CB lesion, and 26% ESF, G1 Dentists consider people with cutting teeth in great risk for OC. Only 13% knew OC treatment used to be surgery, and 58% were anxious with OC patients. About perform biopsy, 73% weren't prepared to perform it, and 70% ESF, G1, Dentist`s and 60% ESF,G2 Dentist`s have ever made this procedure. **CONCLUSION:** Oral cancer`s etiophatogenesis, treatment, and biopsy knowledge have no consistence. Don't understand these factors can directly affect diagnosis and referral of OC and LPM in these populations.

Key-words: Oral cancer, Oral Health, Knowledge.

INTRODUÇÃO

O Câncer de Boca (CB) é considerado um problema grave e crescente em vários países do mundo, ⁽¹⁾ sendo mais de 90% das neoplasias do trato aerodigestivo superior carcinomas de células escamosas. ⁽²⁾ A estimativa mundial de 2008 apontou cerca de 264.000 casos novos de câncer oral anualmente, com 128,000 óbitos decorrentes desta neoplasia. ⁽³⁾

Para o Brasil são estimados 9.990 casos de CB em homens e 4.180 em mulheres, em 2012. O Nordeste brasileiro é apontado como a região na qual haverá maior frequência deste câncer, sendo a 4º neoplasia mais frequente entre os homens (6/100 mil) e a 8º mais frequente entre as mulheres, (3/100 mil) em 2012. ⁽³⁾

A maioria dos cânceres de lábio e cavidade oral pode ser prevenida, ⁽¹⁾ sendo, a prevenção e o diagnóstico precoce, práticas de grande impacto, pois a mortalidade por esta patologia tem relação direta com o estágio da doença no momento de diagnóstico, ⁽⁴⁾ havendo bom prognóstico para pacientes diagnosticados com câncer precocemente. ⁽³⁾

Muitos autores definem que o diagnóstico precoce do câncer oral e de Lesões Potencialmente Malignas (LPM) pode ser feito através da realização do rastreamento, definido como sendo o processo pelo qual o profissional avalia um paciente assintomático para determinar se ele é provável ou improvável portador de lesão maligna ou potencialmente maligna ⁽⁵⁾. O rastreamento para CB pode ser feito em ações coletivas e populações ou aplicado individualmente aos pacientes que procuram por atendimento odontológico. ⁽⁵⁾

As lesões suspeitas devem ser submetidas a procedimento de diagnóstico específico, sendo, o padrão ouro para o diagnóstico do CB e de LPM, o exame histopatológico dos espécimes de biópsia. ⁽⁵⁾

Alguns estudos alertam para o fato de que a falta de informações sobre o conhecimento e as atitudes dos dentistas do Brasil, sobre CB, podem dificultar o diagnóstico precoce dessas neoplasias. ⁽⁶⁾ Outros trabalhos identificaram a dificuldade dos Cirurgiões-Dentistas (CD) em realizar o exame preventivo, como prática de detecção deste câncer. ⁽⁴⁾

A cavidade oral é uma estrutura corpórea acessível à exploração, o que deveria facilitar a detecção de lesões incipientes ⁽⁷⁾ pelos profissionais que trabalham em contato direto com as estruturas orais, sendo os CD a categoria da área da saúde com maior possibilidade de atuar na detecção de LPM e lesões malignas em boca. Entretanto, segundo

alguns autores, o diagnóstico de CB, especialmente o carcinoma de células escamosas (CEC), em um estágio assintomático, é raro. ⁽²⁾

Dois aspectos, em especial, contribuem para que sejam fortalecidas as redes de diagnóstico em câncer de boca. O primeiro destaca o fato da doença ser passível de prevenção, ⁽¹⁾ ter associação direta com LPM ⁽⁸⁾ e encontrar-se anatomicamente em região de fácil acesso ao exame clínico ⁽⁷⁾. O segundo vincula-se ao aspecto de que desde 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal preconizou o diagnóstico precoce de lesões orais, como ampliação e qualificação da Atenção Básica, que deve realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade. ⁽⁹⁾

Fortalecendo esse processo, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o qual tem por objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, e, no âmbito da saúde bucal, instituiu o diagnóstico de alterações na mucosa como marcador de saúde bucal, estimulando a busca ativa de lesões orais e o diagnóstico precoce de Câncer. ⁽¹⁰⁾

O objetivo deste trabalho foi avaliar as atitudes e os conhecimentos dos CD da Estratégia Saúde Família e de CEO de duas regiões do Estado do Ceará, sobre LPM e CB, como forma de detectar as maiores dificuldades no processo diagnóstico dessas alterações, em duas regiões geográficas distintas.

METODOLOGIA

Foi realizado estudo quantitativo, transversal, com CD da Estratégia Saúde da Família (ESF) e CEO de duas Células Regionais de Saúde (CRES) do estado do Ceará, sendo uma localizada em área litorânea e outra em área de sertão.

Esta pesquisa constitui-se em estudo do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS/2009), realizado pela Universidade Federal do Ceará, com o objetivo de promover uma avaliação do conhecimento de câncer oral de profissionais da atenção primária e secundária de saúde.

As duas células regionais avaliadas eram formadas por municípios de até 65.000 habitantes, possuíam implantação do Estratégia de Saúde da Família, com cobertura mínima de 45% da população, em cada município, e um Centro de Especialidades Odontológicas em seus municípios sede.

Os profissionais da CRES, localizada em área de Litoral, compõem o Grupo 1 da amostra e os profissionais da CRES em área de Sertão, o Grupo 2.

A CRES do Grupo 1 era composta por cinco municípios de até 62 mil habitantes, com população total de 153.189 e 29 equipes de Saúde da Família. A CRES do Grupo 2 possuía quatro municípios de até 57 mil habitantes, com população total de aproximadamente 111.935 e 27 equipes de Saúde da Família.

Após aplicação do questionário, como benefício da pesquisa, todos os CDs participaram do curso: Diagnóstico precoce de lesões potencialmente malignas e malignas de cavidade oral, ministrado pelos pesquisadores.

Os dados foram tabulados, com auxílio do programa *EpiInfo* versão 3.5.1(2008) para *Windows*, e analisados por estatística descritiva.

A participação dos CDs na pesquisa foi de livre escolha, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, tendo este projeto sido submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal do Ceará, sob número de protocolo 77/09.

RESULTADOS

Foi avaliado o conhecimento de 55 profissionais, sendo 42 atuantes na Estratégia Saúde da Família e 9 nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dos quais, 32 dentistas pertenciam ao Grupo 1 e 23 ao Grupo 2.

O maior número de profissionais era do sexo masculino (63%), representando 55% do Grupo 1 e 71% do Grupo 2. A faixa etária mais prevalente foi a de 25 a 30 anos, com 21 profissionais, sendo a média de idade 30,13 anos. A distribuição dos profissionais quanto ao local de trabalho, sexo, faixa etária e raça é mostrada no **Quadro 1**.

O tempo médio de formado dos profissionais variou de 04 meses a 42 anos, com média de 6,37 anos, sendo 20 destes profissionais formados em universidades cearenses.

Quanto ao contato com pacientes com Câncer de Boca (CB), 52,7% dos profissionais declararam já haver atendido paciente portador de CB, correspondendo a 50% dos profissionais do Grupo 1, e 56,5% dos profissionais do Grupo 2.

Oitenta e três por cento dos CDs já suspeitaram da presença de alguma Lesão Potencialmente Maligna (LPM) em seus pacientes, sendo este percentual semelhante nos dois Grupos pesquisados.

A **Tabela 1** mostra ordem decrescente das lesões consideradas pelos profissionais como potencialmente malignas, e a diferenciação entre os profissionais da ESF e CEO, dos Grupos 1 e 2, quanto ao diagnóstico dessas lesões.

Cinquenta e dois profissionais que responderam ao questionamento sobre transmissão negaram essa possibilidade, e um profissional da ESF, do Grupo 1, declarou não saber sobre a transmissão de CB.

As três principais características da lesão precoce de câncer oral foram reconhecidas: lesão endurecida (31,5%), úlcera de bordos elevados (46,3%) e lesão indolor (68,5%). A **Tabela 02** demonstra o nível de conhecimento dos profissionais dos grupos 1 e 2, sobre as características clínicas de CB.

Cinquenta e quatro profissionais consideraram o fumo como fator carcinogênico associado ao Câncer de Boca. A exposição ao sol, bebida alcoólica e trauma protético foram considerados por 48 (87%), 40 (73%) e 35(64%) profissionais, respectivamente. Já as doenças sexualmente transmissíveis (DST), a doença periodontal agressiva e a cárie foram citadas por 21, 11 e 1 dos CDs pesquisados.

O fator de risco mais associado ao CB foi o fumo, reconhecido por 38(69,1%) pesquisados. A associação fumo + sol foi citada por 11% dos pesquisados. Contato isolado com sol e as associações fumo + álcool, e fumo + álcool + sol foram citados por 3,6%, cada. Doença periodontal e as associações fumo + álcool + sol + DST, e fumo + trauma + sol foram citadas por um CD, cada.

Quanto à ocorrência de indivíduos mais vulneráveis ao câncer, 96,4% dos CDs reconheceram a existência de pessoas com maior vulnerabilidade a esta neoplasia. A **Tabela 03** mostra a distribuição decrescente dos níveis de vulnerabilidade.

A possibilidade do CB gerar metástases foi reconhecida por 94,5% dos dentistas, havendo, porém, discordância quanto à principal via metastática, com a maioria dos CDs do Grupo 2 considerando, como via mais comum de metástase, a via linfática (69,6%), e maior percentual dos dentistas do Grupo 1(50%) considerando a via mista-hematogênica e linfática como a via mais comum de disseminação das metástases desse câncer.

A **Tabela 04** mostra a forma de tratamento entendida pelos CDs pesquisados como sendo a mais comum no tratamento do câncer de boca.

Quanto ao tratamento e prognóstico do Câncer de Boca no Brasil, 29 (53%) profissionais consideraram que este prognóstico é ruim; 15 (27%), que é duvidoso e 9 (16%) profissionais afirmaram não saber sobre o prognóstico. Um profissional da ESF, do Grupo 1, (2%) afirmou haver bom prognóstico para esta neoplasia no Brasil.

O câncer de boca foi considerado frequente no Estado do Ceará, por 79% dos profissionais, raro ou pouco frequente por 11%, e 11% relataram não saber sobre a frequência da neoplasia no referido estado.

A maior parte dos profissionais pesquisados (87%) relatou realizar o exame dos tecidos moles durante o atendimento odontológico e 66% afirmaram não falar cotidianamente com seus pacientes sobre o autoexame oral. Já o questionamento dos pacientes quanto à existência de doenças sexualmente transmissíveis é feito por 40% dos dentistas.

Os sentimentos dos CD frente a um paciente com CB estão descritos na **Tabela 5**, prevalecendo o estado de ansiedade em 32 (58%) profissionais.

Um grande número de profissionais declarou que não se sente seguro para a realização de procedimentos de biópsia 40 (73%), sendo, o fato de nunca haver realizado este procedimento, a principal causa de insegurança (59,3%). A **Tabela 6** avalia a frequência e o percentual do nível de segurança dos Grupos 1 e 2 quanto à realização ou não de biópsia.

DISCUSSÃO

A Leucoplasia foi a LPM identificada pelo maior número de profissionais (74,1%) tanto no Grupo 2 (74%) como do Grupo 1(72%). O potencial maligno desta lesão pode chegar a 30% em algumas condições específicas. ⁽¹¹⁾ Muitos estudos apontam que a taxa anual de transformação maligna de todos os tipos de leucoplasias é de aproximadamente 1%, havendo risco estatisticamente aumentado de transformação maligna nas leucoplasias encontradas em mulheres e não fumantes, assim como lesões leucoplásicas de longa duração e ou extensão, do tipo não homogêneo, com displasia epitelial. ⁽¹²⁾

A Eritroplasia, que possui o mais alto potencial de transformação maligna dentre as LPM, com autores reportando 85% de potencial de malignidade, ⁽¹¹⁾ foi reconhecida por 57,4% dos dentistas, sendo este percentual ainda mais preocupante no Grupo 1, no qual apenas 53% dos CD consideraram esta lesão como potencialmente maligna, sendo a terceira LPM mais reconhecida nesse grupo.

A Queilose Actínica (QA) foi reconhecida por 18 (56%) profissionais do Grupo 1 e 12 (56%) do Grupo 2, sendo a terceira LMP mais reconhecida. Clinicamente a QA se apresenta na forma de úlcera, com ou sem áreas de crosta, na parte mucosa da borda do vermelhão do lábio inferior. ⁽¹²⁾ Por apresentar como fator etiológico a exposição desprotegida ao sol, ⁽¹³⁾ a Queilose Actínica deve ser foco de grande atenção, na prevenção do câncer labial, em trabalhadores da agricultura, pesca, pecuária e construção civil, além de surfistas, carteiros, agentes comunitários de saúde e endemias e de indivíduos de qualquer outra atividade, com longa exposição à radiação ultravioleta.

Os profissionais do Grupo 1 demonstraram conhecimento inadequado quanto às lesões que são consideradas potencialmente malignas pela literatura, tendo sido Quelite Angular, que é uma lesão de origem fúngica, e Hiperplasia Fibrosa Inflamatória, que possui etiologia traumática, sido erroneamente caracterizadas como LPM, por 28% e 19% desses CD, respectivamente.

As principais características da lesão precoce de Câncer Oral: indolor, endurecida e úlcera de bordos elevados ⁽⁵⁾ foram reconhecidas por 67%, 46% e 31,5% dos CD, respectivamente. Estudo semelhante apontou que 34,1% de 129 CD analisados descreveu corretamente as características clínicas gerais do Câncer Oral⁽⁶⁾, tendo sido esta uma descrição geral das características de CEC orais e não especificada por sensibilidade, palpação e inspeção clínica como neste trabalho.

Características comumente associadas às lesões benignas, como a lesão pouco endurecida e úlceras sem bordos foram erroneamente identificadas como características de lesões malignas, por 18,5% e 16,7% dos CD, respectivamente.

É preocupante o fato de que 64,8% dos CD tenham reconhecido erroneamente o Trauma Protético como fator carcinógeno para as neoplasias orais. Outros trabalhos já alertam para o falso conceito de muitos dentistas de que o trauma protético seja fator de risco para o Câncer oral. ⁽¹⁴⁾

Em pesquisa de 32 dentistas generalistas, um estudo apontou que 87,5% destes, afirmaram realizar exame de rotina dos tecidos moles durante a prática clínica, e 84,4% dos dentistas consideraram que o procedimento de biópsia deve ser uma prática obrigatória na rotina básica dos cirurgiões-dentistas. ⁽¹⁵⁾ Nesta casuística, 89% dos profissionais afirmaram fazer o exame dos tecidos moles durante o atendimento odontológico, porém 72,2% declararam não ter segurança para realizar procedimento de biópsia. Entretanto, o exame histopatológico dos espécimes de biópsia é considerado padrão ouro para o diagnóstico de lesões potencialmente malignas e Câncer Bucal. ⁽⁵⁾

Alguns autores ^(2, 7, 14, 15, 16) já demonstraram a necessidade de intervenções educacionais junto aos cirurgiões-dentistas, para aumentar a sensibilidade diagnóstica destes frente a lesões malignas e potencialmente malignas, e seus conhecimentos acerca de atitudes preventivas para o Câncer Bucal.

O reconhecimento epidemiológico é relevante frente às atitudes dos CD em relação ao diagnóstico precoce. Neste trabalho, 26% dos profissionais pesquisados consideraram o Câncer Oral pouco frequente, raro, ou não souberam informar a frequência desta neoplasia no Ceará. Este desconhecimento sobre a incidência da doença pode afetar o interesse dos CD pelas formas de diagnóstico e tratamento de CB.

A possibilidade do CB gerar metástases foi bem reconhecida pelos pesquisados (94,5%), entretanto mais da metade dos profissionais identificou incorretamente a via de metástase ou não soube identificá-la (56,4%). Devendo-se considerar que o desconhecimento dessa via metastática pode trazer implicações na precisão diagnóstica dessa neoplasia.

Apenas 3% dos dentistas do Grupo 1 e 22% dos dentistas do Grupo 2 identificaram o tratamento cirúrgico como principal forma de tratamento do CB. Autores definem que o tratamento do Câncer Oral é prioritariamente cirúrgico, sendo a cirurgia realizada isoladamente para estágios I e II. Para os tumores avançados, estágios III e IV, ressecáveis, a associação de cirurgia à radioterapia é utilizada. ⁽¹⁷⁾

Embora muito se tenha estipulado sobre a importância do conhecimento dos profissionais e de suas práticas acerca do Câncer Bucal na elaboração de intervenções educacionais ^(16, 18) e no estabelecimento de processos de educação continuada sobre esta patologia, para melhoria do conhecimento dos profissionais da atenção primária, ⁽¹⁵⁾ são desconhecidos os locais onde estas estratégias tenham sido utilizadas, assim como seu impacto real na diminuição da morbidade e mortalidade dos pacientes com Câncer Bucal.

Os presentes resultados apontam que as atitudes e o nível de conhecimento dos fatores associados ao Câncer podem ser preocupantes em municípios do interior do Brasil, havendo necessidade da implantação de um programa continuado de capacitação dos profissionais de saúde bucal, da atenção primária e secundária, para o rastreamento do câncer de cavidade oral.

REFERÊNCIAS

1. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*. 2009; 45: 309-316.
2. Van der Waal I, Bree R, Brakenhoff R, Coebergh JW. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 1,16(3): e300-5.
3. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2012.
4. Applebaum E, Ruhle TN, Kronenberg FR, Hayes C, Peters ES. Oral cancer knowledge, attitudes and practices - A survey of dentists and primary care physicians in Massachusetts. *JADA* 2009; 140: 461-467.
5. Rethman MP, et al. Evidence-based clinical recommendations regarding screening for oral squamous cell carcinomas. *JADA* 2010; 141: 509-518.
6. Leão JC, Góes P, Sobrinho CB, Porter S. Knowledge and clinical expertise regarding oral câncer among Brazilian dentists. *Oral and Maxillofacial Surgery*. 2005; 34: 436-439.
7. Jornet PL, Nicolás AV, Beneyto YM, Soria MF. Attitude toward oral biopsy among general dentists in Murcia. *Med Oral Patol Oral Bucal*. 2007; 12: E116-121.
8. Warnakulasuriya S, Johnson NW, Van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 575-80.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasília, 2004.
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Diário Oficial da União. 21 out 2011.
11. Scully C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma overview. *Oral Oncology* 2009; 45: 301-08.
12. Van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; present concepts of management. *Oral Oncology* 2010;
13. Markopoulos A, Albanidou-Farmaki E, Kayavis I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. *Oral Diseases* 2004; 10: 212-16.
14. Yellowits J, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Survey of U.S. Dentists' knowledge and opinions about oral pharyngeal cancer. *JADA* 2000; 131: 653-661.

15. Seone 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.
16. Yellowitz J, Horowitz AM, Goodman AS, Canto MT, Farooq NS. Knowledge opinions and practices of general dentists. Regarding oral cancer: a pilot survey. *JADA* 1998; 129: 579-83.
17. Rapoport A, Kowalski LP, Herter NT, Brandão LG, Walder F. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Boca. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina 2001.
18. Hertrampf K, Wenz HJ, Koller M, Springer I, Jargot A, Wiltfang J. Assessing dentists' knowledge about oral cancer: Translation and linguistic validation of a standardized questionnaire from American English into German. *Oral Oncology* 2009; 45: 877-82.

ANEXOS

QUADROS

Quadro 01: Distribuição por sexo, faixa etária e raça dos profissionais atuantes nos PSFs e CEOs nos grupos pesquisados.

SEXO		ESF. G1	CEO. G1	ESF. G2	CEO. G2	NI
Masculino	32	14 (54%)	02 (67%)	11 (73%)	04 (67%)	01
Feminino	19	12 (46%)	01 (33%)	04 (27%)	02 (33%)	
Total	51	26	03	15	06	01
FAIXA ETÁRIA						
FAIXA ETÁRIA		ESF. G1	CEO. G1	ESF. G2	CEO. G2	-
Menos de 25	11	06 (22%)	01 (33%)	04 (27%)	-	-
25 a 30 anos	21	11 (41%)	02 (67%)	05 (33%)	03 (50%)	-
31 a 50 anos	17	08 (30%)	-	05 (33%)	03 (50%)	01
Mais de 50 anos	03	02 (7%)	-	01 (67%)	-	-
Total	52	27	03	15	06	01
RAÇA						
RAÇA		ESF. G1	CEO. G1	ESF. G2	CEO. G2	NI
Branca	32	17 (68%)	03 (100%)	08 (80%)	03 (60%)	01
Parda	10	07 (28%)	-	02 (20%)	01 (20%)	-
Negra	02	01 (4%)	-	-	01 (20%)	-
Total	44	25	03	10	05	01

G1=Grupo1, G2=Grupo2, NI= Não informado

TABELAS

Tabela 01: Identificação das Lesões consideradas Potencialmente Malignas pelos Dentistas dos PSF e CEO nos Grupos 1 e 2.

Lesão	Freq	%	Grupo 1		Grupo 2		NI
			ESF	CEO	ESF	CEO	
Leucoplasia	40	74,1%	19	02	10	05	04
Eritroplasia	31	57,4%	14	02	08	04	03
Queilote Actínica	30	55,6%	14	03	07	04	02
Queilite Angular	11	20,4%	07	-	01	02	01
Líquen Plano	08	14,0%	04	01	03	-	-
Hiperplasia Fibrosa Inflamatória	07	13,0%	06	-	01	-	00
Candidíase	02	3,7%	01	-	01	-	-
Úlcera Aftosa	01	1,9%	01	-	-	-	-
Não Sei	03	5,6%	02	-	01	-	-

Tabela 02: Identificação das características de Lesões Precoce de Câncer Oral pelos profissionais do Grupo 1 e Grupo 2:

Como você definiria uma lesão precoce de câncer Oral?	Frq	%	Grupo 1		Grupo 2		NI
			ESF	CEO	ESF	CEO	
Lesão Indolor	37	67%	18 (67%)	03 (100%)	09 (60%)	05(83%)	2
Úlcera de Bordos Elevados	25	46%	15 (56%)	01 (33%)	06 (40%)	01 (17%)	2
Lesão Endurecida	17	31,5%	09 (33%)	-	04 (27%)	02 (33%)	2
Lesão Pouco Endurecida	10	18,5%	07 (26%)	02 (67%)	01 (7%)	-	-
Úlcera sem Bordos	09	17%	04 (15%)	01 (33%)	02 (13%)	02 (33%)	-
Lesão Pouco Dolorosa	05	9,0%	04 (15%)	-	-	01 (17%)	-

Lesão Muito Dolorosa	03	5,6%	02 (7%)	-	-	-	1
Não sei	03	5,6%	03 (11%)	-	-	-	-

Tabela 03: Indivíduos considerados mais vulneráveis ao desenvolvimento de Câncer Oral segundo os CDs da ESF e CEO nos Grupos 1 e 2.

Indivíduos/Características	Frq	%	Grupo 1		Grupo 2		NI
			ESF	CEO	ESF	CEO	
Fumantes	51	93%	26 (96%)	03 (100%)	13 (87%)	05 (83%)	04
Agricultores	48	87%	25 (93%)	03 (100%)	12 (80%)	06 (100%)	02
Pescadores	40	73%	23 (85%)	03 (100%)	09 (60%)	03 (50%)	02
Carteiros	30	54%	15 (56%)	03 (100%)	07 (47%)	03 (50%)	02
Pessoas expostas a produtos químicos	20	36%	09 (33%)	03 (100%)	04 (27%)	02 (33%)	02
Pessoas com dentes com bordos cortantes	13	24%	07 (26%)	-	02 (13%)	01 (17%)	03
Profissionais do Sexo	11	20%	05 (18%)	01 (33%)	02 (13%)	01 (17%)	02
Donas de Casa	-	-	-	-	-	-	-
Não sei	-	-	-	-	-	-	-

Tabela 04: Formas de tratamento para o Câncer Oral apontadas como mais comum pelos CDs da ESF e CEO dos Grupos 1 e 2.

Forma comum de Tratamento do Câncer de Boca	Freq	%	Grupo 1		Grupo 2		NI
			ESF	CEO	ESF	CEO	
Apenas por cirurgia	07	13%	01 (4%)	01 (33%)	03 (20%)	01 (17%)	01
Cirurgia + Quimioterapia	19	35%	12 (44%)	01 (33%)	04 (27%)	02 (33%)	-
Cirurgia + Radioterapia	16	29%	06 (22%)	01 (33%)	06 (40%)	01 (17%)	02
Radioterapia + Quimioterapia	10	18%	06 (22%)	-	02 (13%)	02 (33%)	-
Não sei	03	7%	03 (11%)	-	-	-	-

Tabela 05: Percepção subjetiva dos profissionais durante o atendimento de paciente com Câncer de Bucal.

O que sente ao atender paciente com CAO	Frq	%	Grupo 1		Grupo 2		NI
			ESF	CEO	ESF	CEO	
Ansiedade	32	58%	18 (67%)	03 (100%)	07 (47%)	03 (50%)	01
Medo	02	4%	-	-	01 (7%)	01 (17%)	-
Pena	16	29%	07 (26%)	-	04 (27%)	01 (17%)	04
Preconceito	01	2%	-	-	01 (7%)	-	-

Tabela 06: Distribuição dos CDs que não se sentem preparados para realização de biópsia na ESF e CEO nos Grupos 1 e 2, e motivos apontados pelos CDs para a não realização de Biópsia.

CDs que não realizam Biópsia	Frq	%	Grupo 1		Grupo 2		NI
			ESF	CEO	ESF	CEO	
	40	73%	23 (85%)	01 (33%)	11 (73%)	03 (50%)	02
Motivo para não realização de Biópsia	Frq	%	Grupo 1		Grupo 2		NI
Não conhece a Técnica			09 (33%)	-	-	01 (17%)	
Nunca Fez			19 (70%)	01 (33%)	09 (60%)	02 (33%)	
Medo de erro na anestesia			-	-	-	-	
Medo de Hemorragia			01 (4 %)	01 (33%)	02 (13%)	-	

4 DISCUSSÃO GERAL

Estudos que abordam a presença de lesões orais, na literatura, apontam maior percentual de acometimento do sexo feminino, ^(3, 25, 26) entretanto, em alguns trabalhos há predominância do sexo masculino. ⁽²⁾ Os dados deste trabalho demonstraram que houve semelhante porcentagem de alterações em homens e mulheres de ambos os grupos.

Inicialmente foram analisadas as LPM, assim, se observou que 60% foram encontradas em homens e 40% em mulheres, sendo estes dados semelhantes aos encontrados por **Jaber, 2003** que, na análise 630 lesões orais displásicas, verificou que 55,7% ocorreram em homens e 44,2% em mulheres. ⁽²⁷⁾

As lesões malignas corresponderam a 2,4% das alterações encontradas e a 9,2% das lesões biopsiadas, sendo o 4º diagnóstico histopatológico mais comum, assim como **Carvalho, 2011**, que avaliou 534 biópsias de mucosa oral em idosas de Pernambuco, encontrando 8% de CEC, ⁽⁵⁾ e **Osterne, 2009**, que ao analisar 6.231 biópsias, no Estado do Ceará, encontrou 8,5% de CEC. ⁽²⁸⁾

A exposição à radiação solar foi o fator de risco mais prevalente nas duas regiões, sendo maior no Grupo 2, no qual 57% dos indivíduos pesquisados relataram exposição a este fator. Esta grande quantidade de indivíduos expostos ao sol pode estar relacionada às atividades agrícola e de pesca, nas regiões do estudo, e à proximidade das regiões pesquisadas da linha do equador, tendo o Grupo 1 latitude 0,2°54'08'' e o Grupo 2 latitude 0,6°00'11''.

O reconhecimento da exposição solar como fator carcinógeno associado ao Câncer Oral foi corretamente indicado por 88,9% dos CD da Estratégia Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas pesquisados, sendo este resultado semelhante à literatura. ^(29, 30) Entretanto, Queilose Actínica (QA) foi reconhecida por apenas 18 (56%) dos profissionais do Grupo 1 e 12(56%) do Grupo 2, sendo a terceira LMP mais reconhecida. Por apresentar como fator etiológico a exposição desprotegida ao sol, ⁽³¹⁾ a Queilose Actínica deveria ser foco de grande atenção na prevenção do câncer labial, em trabalhadores da agricultura, pesca, pecuária e construção civil, além de surfistas, carteiros, agentes comunitários de saúde e endemias e de qualquer outra atividade com longa exposição à radiação ultravioleta.

O fumo foi o segundo fator de risco mais presente na população (31%), seguido pelo álcool (24,5%). Em estudo com 2.252 casos de CEC de trato aerodigestivo superior, **Szymanska, 2011**, encontrou aumento de 5.49 no risco de desenvolvimento de CEC de cavidade oral em fumantes e de 4.62 em etilistas. Segundo o mesmo autor, o uso

concomitante de álcool e fumo mais que multiplicou este risco em cavidade oral, uma vez que 74,3% dos casos de CEC foram atribuídos à combinação destes fatores. ⁽³²⁾ Nesta casuística, todos os casos de CEC intraorais ocorreram na presença de contato com o fumo, sendo um desses vinculado ao contato concomitante com fumo e álcool.

O reconhecimento de fumo e álcool como fatores carcinogênicos associados ao Câncer Oral foi visto em 100% e 74,1% dos CD, respectivamente, sendo estes resultados semelhantes à literatura. ^(29,30)

Os profissionais do Grupo 1 demonstraram conhecimento inadequado quanto às lesões que são consideradas potencialmente malignas pela literatura, tendo sido Quelite Angular, que é uma lesão de origem fúngica, e Hiperplasia Fibrosa Inflamatória, que possui etiologia traumática, sido erroneamente caracterizadas como LPM, por 28% e 19% desses CD, respectivamente.

Setenta e três por cento (73%) das LPM foram diagnosticadas no Grupo 1 e 85% das lesões malignas foram diagnosticadas no Grupo 2, revelando a necessidade de intervenções preventivas nos dois grupos, entretanto vale destacar que a interferência dos pesquisadores para a realização de biópsias em indivíduos do grupo 1 foi responsável pelo diagnóstico de 33% (05) das LPM, correspondendo à 45% das 11 (onze) LPM desse grupo.

Quanto à avaliação do conhecimento da etiologia do Câncer Oral, é preocupante que 64,8% dos CD tenham reconhecido erroneamente o Trauma Protético como fator carcinógeno para as neoplasias orais. Outros trabalhos já alertam para o falso conceito de muitos dentistas de que o Trauma Protético seja fator de risco para o Câncer Oral. ⁽³⁰⁾

Quanto ao reconhecimento clínico de lesões orais malignas, características comumente associadas a lesões benignas, como lesão pouco endurecida e úlceras sem bordos, foram erroneamente identificadas como características de lesões malignas, por 18,5% e 16,7% dos CD, respectivamente.

Em seu trabalho, **J.Seoane**, 2006, avaliou 32 dentistas generalistas, tendo 87,5% destes afirmado realizar exame de rotina dos tecidos moles durante a prática clínica e 84,4% dos dentistas consideraram que o procedimento de biópsia deve ser uma prática obrigatória na rotina básica dos cirurgiões-dentistas. ⁽³³⁾ Na presente casuística, 89% dos profissionais afirmaram fazer o exame dos tecidos moles durante o atendimento odontológico, porém 72,2% declararam não ter segurança para realizar procedimento de biópsia, tendo como principal motivo o fato de nunca terem realizado este procedimento, observado em 70% dos CD da ESF do G1 e 60% dos CD da ESF do G2.

Entretanto, o exame histopatológico dos espécimes de biópsia é considerado padrão ouro para o diagnóstico de lesões potencialmente malignas e Câncer Bucal, ⁽³⁴⁾ e, desde 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal preconizou o diagnóstico precoce de lesões orais como ampliação e qualificação da Atenção Básica, que deve realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do Câncer Bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade. ⁽²³⁾

Dentre as LPM, 10 (67%) tiveram possível associação com HPV, entretanto apenas 1% da amostra declarou possuir alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST), dado que, comparado às taxas de contaminação da população sexualmente ativa por infecções virais como o HPV, ^(35, 36, 37) pode representar o desconhecimento da população sobre as DST e a grande quantidade de indivíduos portadores de DST que não desenvolvem sintomas de doença.

Quatro lesões malignas (57%) e treze LPM (87%) estavam localizadas em lábio inferior, tendo sido a localização mais comum dessas lesões, contudo o CEC oral é mais comumente encontrado na língua, com a ocorrência de CEC em lábio, variando de 1,1% a 20,3%. ^(10, 38, 12)

Todos os carcinomas de vermelhão do lábio mostraram associação com a exposição crônica à radiação solar. Em estudo de 30 casos de Carcinoma de células Escamosas de Lábio (CECL) em Minas Gerais, **Souza, 2011**, encontrou associação estatisticamente significativa entre a exposição solar crônica na atividade de trabalho e a incidência de CEC em lábio inferior. ⁽¹⁶⁾

Setenta e três por cento (73%) das LPM foram diagnosticadas no Grupo 1 e 85% das lesões malignas no Grupo 2, revelando a necessidade de realização de trabalhos preventivos nos dois grupos. Entretanto, destaca-se a necessidade de intervenção dos pesquisadores no processo de implementação da rede de diagnóstico do grupo 1, não tendo esta sido necessária no Grupo 2.

Apenas 3% dos dentistas do Grupo 1 e 22% dos dentistas do Grupo 2 identificaram o tratamento cirúrgico como principal forma de tratamento do CB. Para **Rapoport, 2001**, o tratamento do Câncer Oral é prioritariamente cirúrgico, sendo a cirurgia realizada isoladamente para estágios I e II. Para os tumores avançados, estágios III e IV, ressecáveis, a associação de cirurgia à radioterapia é utilizada. ⁽³⁹⁾

O reconhecimento epidemiológico é relevante frente às atitudes dos CD em relação ao diagnóstico precoce. Neste trabalho, 26% dos profissionais pesquisados consideraram o Câncer Oral pouco frequente, raro, ou não souberam informar a frequência desta neoplasia no

Ceará. Este desconhecimento sobre a incidência da doença pode afetar o interesse dos CD pelas formas de diagnóstico e tratamento de CB.

Embora muito se tenha estipulado sobre a importância do conhecimento dos profissionais e de suas práticas acerca do Câncer Bucal na elaboração de intervenções educacionais ^(29, 40) e no estabelecimento de processos de educação continuada sobre esta patologia, para melhoria do conhecimento dos profissionais da atenção primária, ⁽³³⁾ são desconhecidos os locais onde estas estratégias tenham sido utilizadas, assim como seu impacto real na diminuição da morbidade e mortalidade dos pacientes com Câncer Bucal.

Muitas propostas de intervenção em saúde pública são citadas na literatura, mas pouco se sabe sobre ações baseadas em evidência capazes de impactar a incidência ou promover o diagnóstico precoce do Câncer Oral, sendo desconhecida alguma política pública capaz de reduzir a incidência deste tipo de câncer pelo mundo, sob o exame minucioso de método científico. ⁽⁴¹⁾ Entretanto, a implantação de estratégias contínuas de triagem dos indivíduos expostos aos fatores sabidamente envolvidos na carcinogênese oral e/ou portadores de lesões com potencial de malignidade, associada à integração de atenção primária e secundária de saúde, representa uma alternativa viável na prevenção e diagnóstico do Câncer de Boca, havendo dificuldades particulares a serem vencidas nas diferentes cidades e regiões.

Salienta-se que os principais obstáculos na execução deste projeto podem ser caracterizados por: não adesão de profissionais, alta rotatividade de profissionais de saúde bucal, não estabelecimento de diagnóstico clínico das alterações orais na ESF, dificuldade de encaminhamento e seguimento dos pacientes da atenção básica para atenção secundária e ausência de profissional qualificado no CEO do grupo 1.

O grande número de diagnósticos de lesões potencialmente malignas e malignas orais na população pesquisada demonstra a necessidade de fortalecimento dessas redes de atenção e amplia a necessidade da geração de novas perspectivas científicas para a redução de diagnóstico de neoplasias orais em estágio avançado no estado do Ceará.

5 CONCLUSÃO GERAL

Alterações orais foram encontradas em 14% dos indivíduos examinados na CRES Litoral e 5% dos indivíduos examinados na CRES Sertão.

Foram diagnosticados nas duas CRES 07 CEC e 15 LPM. A maioria dos CEC ocorreu na CRES Sertão (86%), afetando mais o sexo feminino (71,4%), na região de lábio inferior (57%), e pessoas expostas ao sol (71,4%). Já as LPM ocorreram, principalmente, na CRE Litoral (73%), no sexo masculino (60%), em indivíduos expostos ao sol (86,6%).

As dificuldades técnicas encontradas pelo grupo levaram à necessidade de ação interventiva, caracterizando a grande fragilidade da rede de diagnóstico do Câncer Oral.

Os Cirurgiões-dentistas demonstraram desconhecimento sobre aspectos gerais de epidemiologia, etiopatogenia, clínica oncológica e tratamento do Câncer de Boca, declarando sentir ansiedade no atendimento de pacientes com Câncer Oral, e insegurança para realização de procedimento de biópsia.

Embora muitos dos dados apresentados neste trabalho tenham sido semelhantes aos encontrados na literatura, em relação ao diagnóstico de LPM e Câncer Oral, muitos obstáculos foram encontrados na implementação da estrutura de rede diagnóstica, entretanto a necessidade de fortalecimento desta rede e a capacitação dos CD foram demonstradas, gerando novas perspectivas científicas para redução de diagnóstico de neoplasias orais em estágio avançado.

REFERÊNCIAS

1. NEVILLE, BRAD W. DAMM, D. D; BOUQUOT, J. E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
2. BYACODI, R; SHIPURKAR, A; BYAKODI, S; MARATHE, K. Prevalence of Oral Soft Tissue Lesions in Sangli, India. **J Community Health**, v. 36, p.756-759, 2011.
3. ESPINOZA, I; ROJAS, R; ARANDA, W; GAMONAL J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. **J. Oral Pathol Med**, v. 32, p. 571-575. 2003.
4. VIEIRA-ANDRADE, RG; GUIMARÃES, FFZ; VIEIRA, CS; FREIRE, STC; RAMOS-JORGE, ML; FERNANDES, AM. Oral mucosa alterations in a socioeconomically deprived region: prevalence and associated factors. **Braz Oral Res**, v. 25, n. 5, p. 393-400. 2011.
5. CARVALHO, MV; IGLESIAS, DPP; NASCIMENTO, GJF; SOBRAL, APV. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. **Gerodontology**, v. 28, p. 111-115. 2011.
6. WARNAKULASURIYA, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. **Oral Oncology**, v.45, p. 309-316, 2009.
7. VAN DER WAAL, I; BREE, R; BRAKENHOFF, R; COEBERGH JW. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.16, n.3, p. e300-e305. 2011.
8. TORRES-PEREIRA, C. Oral câncer public policies: Is there any evidence of impact? **Oral Medicine**, v. 24, p. 37-42. 2010.
9. BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2012.
10. HIROTA, SK; BRAGA, FPF; PENHA, SS; SUGAYA, NN; MIGLIARI, DA. Risk factors for oral squamous cell carcinoma in Young and older Brazilian patients: A comparative analysis. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 13 n. 4, p. 227- 231. 2008.
11. HENNESSEY, PT; WESTRA, WH; CALIFANO, JA. Human Papillomavirus and Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Recent evidence and clinical implications. **J Dent Res**, v.88, n.4, p.300-306, Dec. 2009.
12. MAROCCHIO LS, LIMA J, SPERANDIO FF, CORRÊA L, SOUSA SOM. Oral squamous cell carcinoma: an analysis of 1,564 cases showing advances in early detection. **Journal of Oral Science**, v. 52, n. 2, p. 267-273. 2010.

13. CONWAY DI, PETTICREW M, MARLBOROUGH H, BERTHILLER J, HASHIBEM, MACPHERSON LM. Significant oral cancer risk associated with low socioeconomic status. **Evidence-based dentistry**, v. 10, p. 4-5, 2009.
14. LÓPEZ EP – M, MORAL RMM, MARTÍNEZ-GARCIA C, ZANETTI R, ROSSO S, SERRANO S et al. Lifestyle environmental and phenotypic factors associated with lip cancer: a case-control study in Southern Spain. **British journal of cancer**, v.88, p. 1702-1707. 2008.
15. OSTERNE, RLV. Estudo epidemiológico de lesões orais em laboratórios de anatomopatologia na cidade de Fortaleza-Ce. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2009; 66f.
16. SOUZA LR, FONSECA-FONSECA T, OLIVEIRA-SANTOS CC, CORRÊA GTB, SANTOS FBG, CARDOSO CM et al. Lip squamous cell carcinoma in a Brazilian population: Epidemiological study and clinicopathological associations. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 16, n. 6, p. e756- e762. 2011.
17. BATISTA AC, COSTA NL, OTON-LEITE AF, MENDONÇA EF, ALENCAR RCG, SILVA TA. Distinctive clinical and microscopic features of squamous cell carcinoma of oral cavity and lip. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 109, p. e74-e79. 2010.
18. WARMAKULASURIVA S, JOHNSON NW, VAN DER WAAL I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. **J Oral Pathol Med**, v. 36, p. 575-580. 2007.
19. BARNES L, EVENSON J.W., REICHART P., SIDRANSKY D. (Eds): World Health Organization Classification of Tumour. Pathology and genetics of head and neck Tumours. **IARC Press: Lyon**. 2005.
20. SCULLY C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma overview. **Oral Oncology**, v. 45, p. 301-308. 2009.
21. VAN DER WAAL. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. **Oral Oncology**, v. 45, p. 317-323. 2010.
22. JORNET PL, NICOLÁS AV, BENEYTO YM, SORIA MF. Attitude towards oral biopsy among general dentists in Murcia. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 12, p. 116-121. 2007.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasília, 2004.

24. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Diário Oficial da União. 21 out 2011.
25. JAINKITTVONG, A; ANEKSUK, V, LANGLAIS R.P. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. **Oral Diseases**, v.8, p. 218-223. 2002.
26. VIEIRA-ANDRADE R.G, GUIMARÃES F.F.Z; VIEIRA C.S; FREIRE, STC; RAMOS-JORGE, ML; FERNANDES, AM .Oral mucosa alterations in a socioeconomically deprived region: prevalence and associated factors. **Braz Oral Res**. V. 25, n. 5, p. 393-400. 2011.
27. JABER, MA; PORTER, SR; SPEIGHT, P; EVESON, JW; SCULLY, C. Oral epithelial dysplasia: clinical characteristics of western European residents. **Oral Oncology**, v. 39, p. 589-596.2003.
28. OSTERNE, RLV. Estudo epidemiológico de lesões orais em laboratórios de anátomo patologia na cidade de Fortaleza-Ce [dissertação de mestrado] Fortaleza: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Ceará; 2009.
29. YELLOWITZ, J; HOROWITZ, AM; GOODMAN, AS; CANTO, MT; FARROOQ, NS. Knowledge opinions and practices of general dentists. Regarding oral cancer: a pilot survey. **JADA**, v. 129, p. 579-583.1998; 129: 579-83. 1998.
30. YELLOWITS, J; HOROWITS, AM; DRURY TF, GOODMAN, HS. Survey of U.S. Dentists' knowledge and opinions about oral pharyngeal cancer. **JADA**, V. 131, P. 653-661. 2000.
31. MARKOPOULOS, A, ALBANIDOU-FARMAKI, E; KAYAVIS I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. **Oral Diseases**, v. 10, p. 212-216. 2004.
32. SZYMANSKA, K; HUNG, RJ; WUNSCH-FILHO V; ELUF-NETO, J; CURADO, MP; KOIFMAN, S, et al. Alcohol and tobacco, and the risk of cancers of the upper aerodigestive tract in Latin America: a case-control study. **Cancer Causes Control**, V. 22, P. 1037-1046. 2011.
33. SEONE, 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**, v.12, p. 487-492. 2006.
34. RETHMAN, MP; CARPENTER, W; COHEN, EEW; EPSTEIN, J; EVANS, CA; FLAITZ, CM. et al. Evidence-based clinical recommendations regarding screening for oral squamous cell carcinomas. **JADA**, v. 141, p. 509-518. 2010.
35. LU, B; VISCIDI, RP; LEE, JH. et al. Human Papillomavirus (HPV) 6, 11, 16, and 18 Seroprevalence Is Associated with Sexual Practice and Age: Results from the Multinational

- HPV Infection in Men Study (HIM Study). **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**, v. 20, n. 5, p. 989-1002. 2011.
36. PINTO, DS; FUZZI, HT, QUARESMA, JAS. Prevalência de infecção genital pelo HPV em populações urbana e rural da Amazônia Oriental Brasileira. **Cad Saúde Pública**, v.27, n. 4, p. 769-778. 2011.
37. REPP, KK, NIELSON, CM; FU, R; SCHAFER, S; LAZCANO-PONCE, E; SAMERÓN, J. et al. Male Human Papillomavirus Prevalence and Association with Condom Use in Brazil, Mexico, and the United States. **The Journal of Infectious Diseases**, v. 205, p. 1287-1293. 2012.
38. DALEY, E, DEBATE, R; DODD, V; DYER, K, FUHRMANN, H; HELMY, H; SMITH, AS. Exploring awareness, attitudes, and perceived role among oral health providers regarding HPV-related oral cancers. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 71, p. 136-142. 2011.
39. RAPOPORT, A; KOWALSKI, LP, HERTER, NT; BRANDÃO, LG, WALDER, F. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Boca. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**. 2001.
40. HERTRAMPF, K; WENZ, HJ; KOLLER, M; SPRINGER, I, JARGOT, A; WILTFANG, J. Assessing dentists' knowledge about oral cancer: Translation and linguistic validation of a standardized questionnaire from American English into German. **Oral Oncology**, v. 45, p. 877-882. 2009.
41. TORRES-PEREIRA, C. Oral cancer public policies: Is there any evidence of impact? **Oral Medicine**, v. 24, p. 37-42. 2010.