

Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde

Strategies for management of oral cancer in primary and secondary healthcare services

Cassius C. Torres-Pereira ¹
Aldo Angelim-Dias ²
Nilce Santos Melo ³
Celso Augusto Lemos Jr. ⁴
Eder Magno Ferreira de Oliveira ⁵

Abstract

Progress in cancer management by health systems involves improvements in surveillance, organization of healthcare services, specific programs focused on primary and secondary prevention, and scientific and technical advances in diagnosis and treatment. Despite well-known progress in the management of malignant neoplasms in all the above areas, oral cancer displays persistently high morbidity and mortality rates, apparently failing to reflect the accumulated scientific knowledge on the disease. The current article discusses the reasons for this mismatch, the need for redefining priorities in oral cancer management, and the implementation of such priorities as a public health policy.

Mouth Neoplasms; Health Public Policy; Oral Health

Introdução

A epidemiologia do câncer da boca é assunto bem documentado na literatura, e as diferenças regionais de incidência ao redor do mundo parecem estar relacionadas aos dois principais fatores de risco: tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas. A incidência mundial estimada, por ano, é de aproximadamente 275 mil casos para o câncer da boca e 130 mil de câncer de faringe, sendo dois terços destes em países em desenvolvimento ^{1,2}. No Brasil, o câncer da boca apresentou estimativas de, aproximadamente, 15 mil novos casos em 2010 e, dependendo da unidade da federação analisada, a doença chega a ser a quinta colocada dentre as neoplasias malignas de maior incidência em homens ³. Muito embora existam descrições de que as malignidades da boca estariam ocorrendo em populações mais jovens e de que poderiam estar associadas a outros fatores de risco, a realidade epidemiológica aponta em sua maioria um doente acima de 40 anos de idade, do sexo masculino e de baixo estrato socioeconômico e educacional ^{4,5}. Os determinantes socioeconômicos, em estudos mais recentes, vêm aparecendo como um fator com associação relevante ao aparecimento de novos casos de câncer da boca ⁵.

A despeito dos avanços no diagnóstico e tratamento de várias formas de neoplasia maligna que resultaram em prevenção, diagnóstico pre-

¹ Curso de Odontologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil.

² Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil.

³ Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

⁴ Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

⁵ Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, Campinas, Brasil.

Correspondência

C. C. Torres-Pereira
Departamento de Estomatologia, Curso de Odontologia, Universidade Federal do Paraná.
Av. Lothário Meissner 632, Curitiba, PR 80210-170, Brasil.
cassius@ufpr.br

coce e aumento de sobrevida, o câncer da boca permanece como um problema de Saúde Pública em que não se nota melhora dos indicadores epidemiológicos ao longo do tempo ^{1,2,3,4}. Estudos apontam diversos fatores que limitam o enfrentamento da problemática do câncer da boca, e dentre estes são descritas as dificuldades de estabelecimento de políticas públicas dirigidas aos principais fatores de risco relacionados à ocorrência de neoplasia maligna oral ^{1,2,5,6}. Além disso, fatores relativos ao paciente e/ou ao profissional, juntos ou isolados, contribuem para a demora no diagnóstico do câncer de boca e suas consequências ^{7,8}.

Embora a doença ocorra em uma topografia amplamente acessível ao exame clínico e onde, supostamente, as alterações iniciais neoplásicas seriam facilmente detectáveis, estudos acumulam evidências de que esse tipo de câncer ainda é diagnosticado muito tardiamente e, como consequência, observa-se comumente a necessidade de tratamento mutilador ^{7,8,9,10}.

Diante desse quadro de demora no diagnóstico discute-se na literatura a possibilidade de ações de rastreamento. Entretanto, ainda não há evidência de que um exame visual, como parte de um programa de rastreamento de base populacional, reduza a taxa de mortalidade por câncer bucal ^{11,12}. Por outro lado, autores têm sugerido que estratégias de identificação de casos, baseadas na delimitação do exame visual em indivíduos com os principais fatores de risco, poderiam resultar em uma maior chance de prevenção secundária ^{13,14,15}.

Histologicamente, a maior parte dos casos é representada pelo carcinoma espinocelular (CEC) ou carcinoma epidermóide ^{1,2}. No presente texto, as menções ao câncer oral referem-se principalmente a esse tipo histológico. O objetivo do presente manuscrito é apresentar ações de níveis primário e secundário de atenção à saúde, que possam modificar positivamente os indicadores epidemiológicos relativos ao câncer da boca, relacionando o contexto histórico, as ações e os atores envolvidos com a problemática, e as ações de vigilância em saúde que podem ser implantadas, principalmente no nível de gestão local.

Políticas públicas para o câncer da boca: o histórico brasileiro

Em termos de políticas públicas para o câncer da boca de âmbito nacional, identifica-se uma preocupação mais institucional por conta do trabalho quase isolado de profissionais ou de associações dos mesmos e menos uma atenção política de

cunho governamental. Mesmo assim, para Torres ¹⁶, essas propostas inovadoras quase sempre se debatiam no plano teórico, refletindo uma intenção no discurso proposto e frustradas em face da ausência das execuções real e prática.

Segundo Saltz et al. ¹⁷, a preocupação com a elevada taxa de morbimortalidade do câncer da boca no Brasil remonta a 1938, quando Mário Kroeff proferia palestras buscando conscientizar os cirurgiões-dentistas para o diagnóstico precoce dessas lesões.

Em 1970, a Fundação das Pioneiras Sociais no Rio de Janeiro elaborou um programa voltado para a detecção de lesões iniciais de câncer da boca, que contou, inclusive, com a criação de consultórios odontológicos ¹⁷.

O primeiro indício de uma preocupação, no plano nacional, só viria em 1974, quando a Divisão Nacional do Câncer do Ministério da Saúde (DNC/MS) promoveu, em vários estados, cursos de diagnóstico de câncer bucal, com a intenção de estender os conhecimentos acerca da doença e como tentativa de sensibilizar os cirurgiões-dentistas quanto ao diagnóstico ¹⁷.

Um ano mais tarde, o Ministério da Saúde aprovou um plano inicial para elaboração do Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer da Boca (CABUL) e, em 1976, a DNC/MS, em colaboração com a Sociedade Brasileira de Estomatologia (SOBE, atualmente SOBEP), elaborou um documento que traçou as metas básicas delineadoras dos trabalhos do CABUL, nos seus cinco subprogramas (a) promoção da saúde; (b) proteção específica, diagnóstico precoce e limitação do dano; (c) formação de recursos humanos; (d) vigilância epidemiológica; e (e) reabilitação do paciente ¹⁷.

Os meios propostos orientaram-se em princípios inovadores para a constituição de uma rede permanente e hierarquizada, ainda que vertical e, de forma especializada, definida em situações pontuais dos fenômenos saúde/doença. Para tanto, por meio do CABUL se formulou a proposta de instalar 252 módulos hierarquizados e regionalizados, e de treinar 508 profissionais liberais, no período de 1977 a 1981. O CABUL representou um momento de grande importância política enquanto movimentação na esfera pública subsetorial, uma vez que as articulações desencadeadas em torno dele inauguraram no Ministério da Saúde, ainda que timidamente, propostas inovadoras de articulação interinstitucional na busca de recursos financeiros ¹⁷.

O momento foi oportuno ao menos pela oportunidade política da discussão iniciada por conta da DNC/MS, que quase culmina com a instituição de um órgão de coordenação federal da Odontologia, no Ministério da Saúde ¹⁷.

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) realizou, no período entre 1977 e 1980, cursos sobre diagnóstico e tratamento de câncer da boca, em vários estados. No Nordeste, duas capitais destacaram-se: Recife (Pernambuco), onde se chegou a instalar um posto do INAMPS para controle do câncer, posteriormente desativado, e Salvador (Bahia), onde também foi estruturado um ambulatório para controle, igualmente desativado posteriormente.

Em 1986, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), na tentativa de uma atuação mais global para uma atenção eficaz ao câncer, no país, assinou um protocolo de cooperação técnica com o INAMPS, criando o Programa de Oncologia (Pro-Onco), sediado no Rio de Janeiro.

Um ano depois é instituído, numa ação conjunta do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) com o Ministério da Saúde, por meio do INAMPS e da CNCC, o Programa de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer da Boca (PEPCCB). O PEPCCB surge como uma das estratégias de atuação do Pro-Onco¹⁸.

O objetivo geral desse programa era o de “durante o quinquênio 1988-1993 reduzir os índices de morbi-mortalidade por câncer da boca, através da definição de uma política comum para as diversas unidades federadas, respeitando as diferenças regionais e basicamente buscando a integração dos diversos setores envolvidos na questão da prevenção e controle dessa forma de neoplasia”¹⁸ (p. 303-4).

Ações antes citadas de forma incipiente em outros programas, como reabilitar o paciente pós-tratamento cirúrgico, foram enfatizadas pelo PEPCCB. Foi estabelecido então que essa condição, embora não fosse o problema mais prevalente na Odontologia Sanitária, revestia-se de uma prioridade de atuação por conta das altas taxas de mortalidade e possível diagnóstico precoce, na grande maioria dos casos, com relação custo-benefício favorável¹⁸.

Além disso, o PEPCCB previa o trabalho diferenciado, respeitando-se as características regionais diversas presentes no país. Dois anos mais tarde, o tema câncer da boca volta a entrar na agenda de saúde bucal no plano federal. “Novas mostras de orientações surgiram em 1990 no ‘Plano Quinquenal de Saúde 1990/95: a saúde do Brasil Novo’ do Governo Collor. No item da Saúde Bucal, foi muito destacado o problema de câncer da orofaringe”¹⁹ (p. 3).

O período atual pós-desenvolvimento do SUS apresenta uma intencionalidade discursiva que assenta sobre densa série de unanimidades relacionadas ao processo saúde/doença, mas que ainda é inoperante em relação ao câncer da

boca. Sabe-se o que essa neoplasia representa, quais as suas consequências para o paciente e como tratá-lo; porém, o saber acerca dessa doença não é difundido para a coletividade e medidas relativamente fáceis de serem tomadas não são seguidas^{18,20}.

Angelim-Dias¹⁸ registra que, a partir do final de 2004, um grupo técnico de *experts* na área de câncer bucal do Ministério da Saúde começou a discutir políticas públicas voltadas para o controle dessa doença. Os resultados esperados, porém, só poderão ser avaliados quando da real prática das atividades propostas.

Prevenção primária do câncer da boca

Os níveis de prevenção das doenças, classicamente divididos em três: primário, secundário e terciário, podem ser aplicados ao câncer da boca. A prevenção primária visa a ações ou iniciativas que possam reduzir a incidência e a prevalência da doença, modificando os hábitos da comunidade, buscando interromper ou diminuir os fatores de risco como o tabaco, o álcool e a exposição solar dos lábios, antes mesmo que a doença se instale^{21,22}. A prevenção secundária visa ao diagnóstico precoce da doença em uma fase anterior ao paciente apresentar alguma queixa clínica. É sabido que o câncer bucal pode levar meses antes de apresentar algum sinal ou sintoma percebido pelo paciente²³. O diagnóstico precoce dessa doença faz com que os níveis de cura alcancem mais de 90% dos casos^{14,23}. A prevenção terciária visa a limitar o dano, controlar a dor, prevenir complicações secundárias, melhorar a qualidade de vida durante o tratamento, e sempre que possível reintegrar o indivíduo à sociedade, tornando-o apto a realizar as atividades diárias exercidas anteriormente²⁴.

Os fatores de risco mais importantes no estabelecimento do câncer da boca e, passíveis de serem modificados, são o tabaco, o álcool e a exposição solar²⁵. O álcool e o tabaco aumentam o risco dependendo da quantidade utilizada²⁶, e estão relacionados a mais de 80% dos casos, sendo considerados agentes sinérgicos no aumento do risco²⁷. O câncer do lábio apresenta uma particular importância no Brasil, por ser considerado um risco ocupacional a trabalhadores expostos ao sol sem a proteção adequada^{23,28}. Foi demonstrado que após 20 anos de interrupção ou moderação nos hábitos deletérios, como fumo e álcool, as chances de se desenvolver essa forma de câncer são iguais às daqueles pacientes que nunca fumaram ou beberam²⁶.

Tabaco e álcool

Estima-se que no mundo existam atualmente mais de um bilhão e meio de fumantes e que este número deverá chegar a dois bilhões em 2030, estando a maioria dos fumantes concentrada nos países em desenvolvimento²⁹. No Brasil, em 2008, havia cerca de 25 milhões de fumantes. Iniciativas visando a controlar o tabagismo dependem do conhecimento da extensão do problema em diferentes subgrupos populacionais e da observação da tendência de hábitos no tempo²⁹. Felizmente, os dados da última década mostraram que ocorreu um acentuado recuo da prevalência de fumantes no país em ambos os sexos²⁹. No Brasil, desde 1989, a redução do tabagismo ocorre em todas as faixas etárias, sendo mais relevante nos jovens, abaixo dos 35 anos nas mulheres e dos 45 anos nos homens²⁹. Devido a essa tendência, a mortalidade por todos os tipos de câncer no país, tanto entre os homens como entre as mulheres, está estabilizada²⁹. A prevalência do tabagismo entre adolescentes é sempre motivo de alerta e preocupação; a iniciação precoce torna difícil sua interrupção na vida adulta, por isso são considerados a parcela mais vulnerável da população e alvo estratégico constante das companhias que comercializam cigarro²⁹. A intensificação das campanhas de combate ao tabaco, com medidas educacionais que impeçam o início do hábito de fumar, e uma maior disponibilidade de centros de apoio especializado aos que desejam parar de fumar parecem ser a abordagem com maior chance de obter, ao longo do tempo, uma redução na incidência do câncer da boca.

O álcool é reconhecidamente um fator de risco relacionado ao câncer bucal, além de outros como os de faringe, esôfago, fígado e mama nas mulheres²⁶. Seu exato mecanismo de ação carcinogênica ainda não está bem determinado, porém evidências sugerem que seu efeito é modulado por polimorfismos genéticos que alteram o metabolismo do etanol, do folato e da reparação do DNA. A plausibilidade biológica do seu efeito no organismo inclui a ação do acetaldeído, o principal metabólito do etanol, aumento da concentração de estrógeno nas mulheres, na sua ação como solvente dos carcinógenos presentes no tabaco, na produção de moléculas de oxigênio e nitrogênio reativos e na alteração no metabolismo dos folatos²⁶.

O álcool é provavelmente o principal fator responsável pelo aumento de câncer da boca em países da Europa Central e Oriental, e mundialmente estaria relacionado com cerca de 1.804.000 mortes, cerca de 3,2% do total²⁶. Entretanto, o consumo moderado (até duas doses por

dia) parece estar associado à redução do risco de doenças cardíacas e circulatórias isquêmicas²⁶. Porém, o consumo regular de 4 ou 5 doses diárias (40-50 gramas/dia) aumenta o risco de câncer bucal em duas ou três vezes em comparação com quem não consome álcool³⁰. No Brasil, estima-se que cerca 11,2% dos homens e 5,2% das mulheres são consumidores pesados e dependentes de álcool. As estratégias governamentais que visam a diminuir a incidência de neoplasias relacionadas ao álcool devem compreender ações focadas em diagnosticar e tratar os consumidores pesados de álcool com estrutura especializada médica e social. Do ponto de vista da Saúde Pública, a recomendação da total interrupção do consumo de álcool encontra uma situação paradoxal já que há casos em que se recomendaria a ingestão moderada (10-20 gramas/dia) devido aos seus alegados efeitos cardioprotetores^{29,31}.

Exposição solar

O câncer de lábio é classificado como um dos mais prevalentes entre as neoplasias malignas bucais. É associado à exposição solar, seja por motivos profissionais ou estilo de vida, possui evolução lenta, facilmente detectável e, quando diagnosticado precocemente, alcança cerca de 100% de cura com pouca ou nenhuma seqüela^{23,28}. Na maioria dos casos o paciente apresenta previamente uma queilite actínica, resultado de muitos anos de exposição ao sol sem proteção^{23,28}. Medidas preventivas, especialmente em países tropicais como o Brasil, devem ser adotadas pelas esferas governamentais com a distribuição de protetores ou bloqueadores solares, visando primordialmente aos trabalhadores rurais ou de profissões que necessitam ficar diariamente ao ar livre^{23,28}.

Dieta

Fatores nutricionais parecem estar envolvidos negativamente e positivamente com o risco de desenvolver o câncer da boca³⁰. São estudos difíceis de ser conduzidos e de difícil interpretação, mas a maioria deles parece indicar que alimentos como frutas e verduras possuem efeitos protetores que diminuem o risco, e alimentos de origem animal como carne e gordura apresentam aumento do risco de desenvolvimento dessa forma de câncer³⁰. A mudança de hábitos alimentares demanda tempo e é dependente de fatores econômicos e sociais, mas deve fazer parte de programas governamentais de prevenção de neoplasias.

HPV

Na última década, inúmeros trabalhos foram publicados associando a presença do HPV com o câncer de orofaringe³². As evidências de sua atuação especialmente em determinados sítios anatômicos da boca precisam ser mais bem investigadas. Uma parcela importante de casos de câncer da boca em pacientes jovens e não fumantes parece estar relacionada ao HPV³². A plausibilidade biológica da ação do HPV é bastante discutida, mas o fator mais importante detectado é que o HPV em neoplasias bucais parece servir como um marcador biológico de melhor sobrevivência e resposta ao tratamento³². Ainda existem poucas evidências quanto às recomendações preventivas ao HPV em boca. No momento, a orientação de sexo oral protegido por preservativos é a recomendação mais prudente face ao conhecimento atual.

Do ponto de vista científico, a diminuição dos casos de neoplasias bucais dependeriam de um controle e restrição mais efetivos do consumo de tabaco e de álcool. Os profissionais de saúde em suas mais diferentes esferas devem estar atentos a essa situação e investir esforços financeiros e de pesquisa produzindo, cada vez mais, evidências sólidas para direcionar as ações governamentais.

Prevenção secundária do câncer da boca

Apesar de algumas lesões orais, bem como algumas condições sistêmicas, atualmente designadas de desordens com potencial de malignização (DPM)^{33,34,35} representarem maior risco de malignização, os dados disponíveis de estudos longitudinais demonstram que apenas uma minoria apresenta transformação maligna³⁴. Boa parte do treinamento em Estomatologia enfatiza a identificação de tais desordens como atividade prioritária da prevenção secundária⁸. Portanto, para dimensionar corretamente o papel da prevenção secundária no câncer da boca é necessário um esforço de padronização de nomenclatura, dos critérios de diagnóstico clínico e histopatológico, e análise de evidências em relação às ações clínico-terapêuticas que possam reverter ou interromper processos que aumentem a chance de transformação maligna oral^{33,34,35}.

Nas últimas décadas, observou-se que o avanço do conhecimento sobre a etiopatogênese das lesões orais diminuiu a lista de lesões consideradas com potencial de malignização, ao mesmo tempo em que permitiu a compreensão de outros fatores tais como aqueles relacionados à imunossupressão e gênese do câncer ob-

servado, por exemplo, nos pacientes com AIDS ou nos pacientes submetidos ao transplante de medula óssea³⁶. Pesquisadores que revisaram o acompanhamento longitudinal de casos de DPM com alterações epiteliais relataram que a transformação maligna é mais provável em pacientes do gênero feminino, de maior idade e, curiosamente, com história negativa de uso de tabaco. Quanto à topografia, os sítios de maior risco de transformação são o ventre e o bordo lingual, o assoalho da boca e o palato mole. Portadores de lesões multifocais teriam maior risco de transformação maligna do que os de lesões únicas, assim como os portadores de lesões não homogêneas. Tais informações, oriundas de estudos longitudinais, trazem profunda implicação para os que estudam a vigilância do câncer da boca^{33,34}.

O perfil de pacientes com transformação maligna a partir de DPM, principalmente as lesões leuco e eritroleucoplásticas, parece diferir bastante do perfil epidemiológico descrito para a maior parte dos casos de CEC (gênero masculino e tabagista). A prevenção secundária do câncer bucal, portanto, traz implicações mais sérias e mais complexas no treinamento de profissionais de saúde, já que acrescenta perfis diferentes ao estereótipo esperado do paciente. Em um estudo conduzido na Irlanda³⁵, os autores descreveram que apenas 6% dos pacientes com CEC tiveram uma lesão “precursora” biopsiada. Sugeriram ainda que lesões leucoplásticas raramente surgem antecedendo um CEC e que este poderia se desenvolver em muitos casos sem uma lesão “precursora” observável. Parece, por conseguinte, que as ações de vigilância e de prevenção secundária podem estar mais afeitas ao especialista ou ao profissional com maior treinamento em Estomatologia, caracterizando esta como uma ação tecnicamente mais condizente com a atenção de média complexidade.

Documentos recentes do Ministério da Saúde, tais como, por exemplo, o *Manual de Especialidades em Saúde Bucal*³⁷, procuram disciplinar e orientar os gestores e dentistas da rede pública de saúde quanto aos agravos e práticas de prevenção secundária do câncer da boca. O real impacto desses textos na prática cotidiana permanecem, entretanto, sem uma avaliação mais rigorosa do ponto de vista científico no Brasil.

Estratégia Saúde da Família e os Centros de Especialidades Odontológicas na atenção ao câncer da boca

A atenção primária, como porta de entrada de todo o sistema de atenção em saúde, aparece como espaço privilegiado das ações de controle dos

fatores de risco, diagnóstico precoce e atenção em saúde do paciente oncológico.

Observa-se que frequentemente os usuários com essa doença são acolhidos como demanda espontânea, sendo que, em muitos casos, inicia-se na atenção primária um fenômeno de sucessivos atrasos, do diagnóstico à referência, que acabam por adiar as possibilidades de abordagem precoce e conseqüentemente limitam as chances de sobrevida dos pacientes^{5,6,7}.

Apesar dos avanços quantitativos, principalmente em relação à cobertura populacional e ampliação do acesso aos serviços odontológicos, observados recentemente na Estratégia Saúde da Família (ESF), com o aumento do número e incentivo financeiro para equipes de saúde bucal, ainda é possível identificar grande dificuldade na modificação do modelo assistencial, com a esperada reorientação e reorganização de atenção prometida pela ESF³⁸.

O sistema de saúde brasileiro, entretanto, não é o único a perceber tais limitações. Estudos que analisam o atraso diagnóstico do câncer bucal mostram limitações semelhantes às observadas no Brasil, mesmo em nações com alto índice de desenvolvimento humano (IDH) e com sistemas de saúde pública historicamente mais consolidados e organizados que o modelo brasileiro^{6,7,39}.

As *Portarias nº. 1570 e nº. 1571 (2004)* e, posteriormente, a nº. 599 (2006), todas do Ministério da Saúde, que instituíram e indicaram critérios para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) privilegiaram, dentre outras áreas, a Estomatologia, com ênfase na prevenção e diagnóstico do câncer da boca como ações prioritárias. A instalação de aproximadamente 900 CEOs até o final de 2010 coloca a possibilidade de que os municípios, consorciados ou não, possam oferecer informação diagnóstica e de referência na atenção secundária para o câncer bucal⁴⁰.

Alguns estudos começam a abordar o impacto dos CEOs no sistema público de saúde brasileiro^{41,42}. Os resultados, entretanto, ainda não puderam ser analisados sob o ponto de vista da Epidemiologia e do impacto nos indicadores de incidência e morbimortalidade do câncer da boca no país. Esses centros, como iniciativa de organização da atenção especializada em Odontologia, requerem avaliações que permitam colocá-los como estratégia eficaz de organização da atenção ao câncer da boca no Brasil^{41,42}.

Educação continuada para a equipe de saúde como estratégia para prevenção e controle do câncer da boca

O diagnóstico precoce parece ser o meio mais efetivo para aumentar a sobrevida e reduzir a morbidade, o desfiguração facial provocada por cirurgias para tratamento, a duração do tratamento e custos hospitalares^{7,43,44}. Para estabelecer o diagnóstico de uma lesão bucal é essencial o exame visual e tátil. No entanto, a despeito da pretensa facilidade, poucos profissionais o realizam⁸, muito embora o cirurgião-dentista seja considerado o profissional de saúde mais adequado para realizar o diagnóstico precoce do câncer bucal, pela natureza de sua prática clínica. Estudos indicam, de forma clara, que há necessidade de educação continuada para que o dentista realize o exame clínico com o objetivo de detecção de lesões potencialmente malignas ou malignas^{8,44,45,46,47,48,49,50,51}.

Investir em educação continuada pode reduzir as barreiras associadas ao diagnóstico precoce, bem como no tempo gasto entre a autopercepção dos sinais e sintomas até o tratamento^{7,43,48}. Qual educação continuada, a periodicidade e o público-alvo que deve-se trabalhar? Para que tenha impacto nos indicadores de morbimortalidade do câncer da boca, a capacitação deve ser repensada na forma e nos objetivos a que se propõe. O público-alvo tem de ser a equipe de saúde, e não apenas o cirurgião-dentista. Além disso, todas as oportunidades e formatos de ensino são válidos desde que rompidos com o modelo tradicional de ressaltar exclusivamente aspectos clínicos de lesões. Para além da apresentação de lesões, o treinamento deve ser também dirigido à orientação de controle dos fatores envolvidos direta ou indiretamente com a gênese do câncer, como a cessação de fumar, orientação esta na graduação ou na pós-graduação^{7,43,48}. Nessa proposta de mudança de paradigma, os educadores usariam, ao invés do método tradicional, técnicas e estratégias que envolvam e motivem o paciente, baseadas na saúde comportamental⁴⁶. De acordo com Silverman Jr. et al.⁴³ e Silverman Jr. & Rankin⁴⁸, os módulos de educação continuada devem abordar o uso do tabaco, as formas de incentivar o abandono e a detecção precoce do câncer da boca. Para a construção do módulo do tabaco, os autores indicam o seguinte conteúdo: apresentar as formas de uso do cigarro, a dependência da nicotina e a abordagem mínima do paciente utilizando as orientações do serviço de saúde pública. Nesse módulo também podem ser apresentados o auxílio medicamentoso e orientações sobre os grupos existentes de cessação de fumar^{43,48}. O módulo específico de

detecção precoce do câncer bucal deve cobrir os aspectos epidemiológicos, o diagnóstico diferencial, os sinais e sintomas precoces, as lesões orais potencialmente malignas, apresentação clínica das lesões, meios de diagnóstico como a citologia, uso de azul de toluidina e técnicas de biópsia incisional (considerada padrão-ouro) para diagnóstico ^{43,48}.

Os esforços de combate aos fatores de risco para doenças bucais, especialmente nesta doença, não devem ser feitos de forma isolada, levando a uma duplicação de esforços e mensagens conflitantes entregues ao público. Ainda, o treinamento em saúde bucal não deve se concentrar na mudança de comportamento individual e nem ignorar a influência de fatores sociopolíticos como os principais determinantes da saúde ⁵². Cursos de capacitação criados com esse novo enfoque coletivo e colaborativo podem ter influência positiva sobre as atitudes e comportamentos dos participantes, sobre o conhecimento do câncer da boca e, potencialmente, fazer a diferença na prevenção, detecção precoce e no rastreamento de pacientes em estágios iniciais ou com fatores de risco ^{43,48}.

Esse modelo de capacitação deve englobar a releitura da atenção primária e da divisão de trabalho da equipe de saúde, no âmbito da sociologia das profissões e saúde comportamental ⁷. Esse modelo, que contempla vários aspectos da vigilância em saúde bucal, reconhece que atitudes individuais são louváveis, mas ineficazes, porque não atingem a grande parcela da população de risco.

No Brasil, pela característica da ESF, uma possibilidade de detecção precoce se materializa na visita dos agentes comunitários de saúde (ACS). Durante a visita, o agente aponta e registra duas das principais categorias de risco para as neoplasias bucais ao preencher a ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): tabagismo e alcoolismo. A visita do ACS é uma real possibilidade de se realizar, pela inversão do acesso, o encaminhamento do paciente de risco para ser examinado por um cirurgião-dentista da atenção básica ⁵³. A implantação dessa estrat

tégia exige educação continuada para os membros das equipes de saúde incluindo, além do ACS, o auxiliar em saúde bucal (ASB), o técnico em saúde bucal (TSB), enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas, abordando os fatores de risco para as doenças bucais, as barreiras que impedem ou dificultam a realização do diagnóstico precoce e sinais e sintomas iniciais do câncer da boca. Essa estratégia visa a responder se o diagnóstico precoce é possível⁷ e aponta para uma ação coletiva, nos moldes propostos por Rosin et al. ⁵⁴.

Considerações finais

O câncer da boca continua sendo um problema relevante de Saúde Pública em que, apesar do avanço científico sobre a doença, tal conhecimento não consegue ser traduzido, mundialmente e a despeito das diferenças entre os países, em ações que impactem positivamente os indicadores de incidência e morbimortalidade. Os movimentos recentes de organização da atenção pública especializada em Odontologia no Brasil parecem promissores no sentido de dotar o sistema público de uma racionalidade que permita a organização de rotinas eficientes de referência e contrarreferência em Estomatologia. Há que se considerar, entretanto, que iniciativas verticais são apenas indutoras da organização de uma rede de atenção. Com a municipalização do sistema de saúde, torna-se imperioso que a avaliação e o controle social voltem sua atenção para as unidades administrativas municipais e consorciadas no nível microrregional. São nessas esferas que, efetivamente, as ações poderão ser implantadas e avaliadas considerando as diferenças e características epidemiológicas, de infraestrutura, socioeconômicas e organizacionais. Há necessidade ainda de produção de evidências científicas que suportem ações que demonstrem verdadeiro impacto sobre os indicadores epidemiológicos do câncer da boca em detrimento de ações isoladas, voluntárias e desconexas de ação pública, principalmente no nível local.

Resumo

O avanço verificado no enfrentamento de neoplasias malignas por meio dos sistemas de saúde envolve melhorias nas áreas de vigilância, organização de redes de assistência, programas específicos voltados às prevenções primária e secundária e, obviamente, aos avanços técnico-científicos que caracterizam a abordagem diagnóstica e terapêutica. Embora seja notável o reconhecimento de avanços no manejo de neoplasias malignas em todas as áreas citadas, o câncer da boca permanece com indicadores de morbidade e mortalidade que parecem não acompanhar o acúmulo científico no conhecimento da doença. O presente manuscrito objetiva discutir os motivos desse descompasso, a necessidade de reorientação de prioridades na abordagem do câncer da boca e sua efetivação como política pública de saúde.

Neoplasias Bucais; Políticas Públicas de Saúde; Saúde Bucal

Colaboradores

Todos os autores participaram da redação e revisão do artigo.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde por meio do incentivo da Coordenação Nacional de Saúde Bucal e do Instituto Nacional de Câncer, e pela inclusão da temática do câncer da boca nas Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal. À Professora Dra. Nilcema Figueiredo pelas relevantes contribuições no direcionamento teórico deste manuscrito por intermédio de sua participação no Comitê Assessor de Políticas Públicas para o Câncer da Boca do Ministério da Saúde.

Referências

1. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol* 2009; 45:309-16.
2. Camargo-Cancela M, Voti L, Guerra-Yi M, Chapuis F, Mazuir M, Curado MP. Oral cavity cancer in developed and in developing countries: population-based incidence. *Head Neck* 2010; 32:357-67.
3. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas de incidência do câncer no Brasil 2010. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/> (acessado em 30/Dez/2010).
4. Shiboski CH, Schmidt BL, Jordan RC. Tongue and tonsil carcinoma: increasing trends in the US population ages 20-44 years. *Cancer* 2005; 103:1843-9.
5. Conway DI, Peticrew M, Marlborough H, Berthiller J, Hashibe M, MacPherson LM. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Int J Cancer* 2008; 122:2811-9.
6. Torres-Pereira C. Oral cancer public policies: Is there any evidence of impact? *Braz Oral Res* 2010; 24 Spec Iss 1:37-42.
7. Gomez I, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles PI, Lopez-Jornet P, Suarez-Cunqueiro M, Diz-Dios P, et al. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? *Oral Dis* 2010; 16:333-42.
8. Wade J, Smith H, Hankins M, Llewellyn C. Conducting oral examinations for cancer in general practice: what are the barriers? *Fam Pract* 2010; 27:77-84.
9. Horowitz AM. Perform a death-defying act. The 90-second oral cancer examination. *J Am Dent Assoc* 2001; 132 Suppl:36S-40S.
10. Abdo EN, Garrocho AA, Barbosa AA, Oliveira EL, Franca-Filho L, Negri SL, et al. Time elapsed between the first symptoms, diagnosis and treatment of oral cancer patients in Belo Horizonte, Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12:E469-73.
11. Brocklehurst P, Kujan O, Glennly AM, Oliver R, Sloan P, Ogden G, et al. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (11):CD004150.

12. Brocklehurst PR, Baker SR, Speight PM. Oral cancer screening: what have we learnt and what is there still to achieve? *Future Oncol* 2010; 6:299-304.
13. Warnakulasuriya S, Kashyap R, Dasanayake AP. Is workplace screening for potentially malignant oral disorders feasible in India? *J Oral Pathol Med* 2010; 39:672-6.
14. Laronde DM, Bottorff JL, Hislop TG, Poh CY, Currie B, Williams PM, et al. Voices from the community-experiences from the dental office: initiating oral cancer screening. *J Can Dent Assoc* 2008; 74:239-41.
15. Shuman AG, Entezami P, Chernin AS, Wallace NE, Taylor JM, Hogikyan ND. Demographics and efficacy of head and neck cancer screening. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2010; 143:353-60.
16. Torres IA. Câncer da boca no Brasil – perfil atual do odontólogo frente ao problema. *Saúde Debate* 1992; 37:44-7.
17. Saltz E. Projeto de expansão e prevenção do câncer da boca. *Rev Bras Cancerol* 1988; 34:221-39.
18. Angelim-Dias A. Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Editora Santos; 2006.
19. Da Silva AMR. Apresentação do programa de expansão e prevenção do câncer da boca. In: *Anais do Fórum Internacional de Saúde Bucal*. Campo Grande: Divisão Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde; 1989. p. 1-3.
20. Hayassy A. Câncer da boca no setor público de saúde. *Rev Bras Odontol* 1998; 55:173-5.
21. Marron M, Boffetta P, Zhang ZF, Zaridze D, Wunsch-Filho V, Winn DM, et al. Cessation of alcohol drinking, tobacco smoking and the reversal of head and neck cancer risk. *Int J Epidemiol* 2010; 39:182-96.
22. Petersen PE. Oral cancer prevention and control: the approach of the World Health Organization. *Oral Oncol* 2009; 45:454-60.
23. Czerninski R, Zini A, Sgan-Cohen HD. Lip cancer: incidence, trends, histology and survival: 1970-2006. *Br J Dermatol* 2010; 162:1103-9.
24. Buss PM. Health promotion and quality of life. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 51:163-77.
25. Rapidis AD, Gullane P, Langdon JD, Lefebvre JL, Scully C, Shah JP. Major advances in the knowledge and understanding of the epidemiology, aetiopathogenesis, diagnosis, management and prognosis of oral cancer. *Oral Oncol* 2009; 45:299-300.
26. Boffetta P, Hashibe M. Alcohol and cancer. *Lancet Oncol* 2006; 7:149-56.
27. Silverman Jr. S, Kerr AR, Epstein JB. Oral and pharyngeal cancer control and early detection. *J Cancer Educ* 2010; 25:279-81.
28. Sargeran K, Murtomaa H, Safavi SM, Vehkalahti MM, Teronen O. Survival after lip cancer diagnosis. *J Craniofac Surg* 2009; 21:248-52.
29. Wünsch-Filho V, Mirra AP, López RVM, Antunes LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13:175-87.
30. Petti S. Lifestyle risk factors for oral cancer. *Oral Oncol* 2009; 45:340-50.
31. Galduroz JC, Caetano R. Epidemiology of alcohol use in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26 Suppl 1:3-6.
32. Marur S, D'Souza G, Westra WH, Forastiere AA. HPV-associated head and neck cancer: a virus-related cancer epidemic. *Lancet Oncol* 2010; 11:781-9.
33. van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol* 2009; 45:317-23.
34. Napier SS, Speight PM. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. *J Oral Pathol Med* 2008; 37:1-10.
35. Cowan CG, Gregg TA, Napier SS, McKenna SM, Kee F. Potentially malignant oral lesions in Northern Ireland: a 20-year population-based perspective of malignant transformation. *Oral Dis* 2001; 7:18-24.
36. Kruse AL, Grätz KW. Oral carcinoma after hematopoietic stem cell transplantation: a new classification based on a literature review over 30 years. *Head Neck Oncol* 2009; 1:29.
37. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
38. Pedrazzi V, Dias KRHC, Mello RS. Oral health in Brazil - Part II: dental specialty centers (CEOs). *Braz Oral Res* 2008; 22(Spec Iss 1):18-23.
39. Friedrich RE. Delay in diagnosis and referral patterns of 646 patients with oral and maxillofacial cancer: a report from a single institution in Hamburg, Germany. *Anticancer Res* 2010; 30:1833-6.
40. Ministério da Saúde. Portaria nº. 599 de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial da União* 2006; 24 mar.
41. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:259-67.
42. Cimardi ACBS, Fernandes APS. Câncer da boca: a prática e a realidade clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina. *RFO UPF* 2009; 14:99-104.
43. Silverman Jr. S, Kerr AR, Epstein JB. Oral and pharyngeal cancer control and early detection. *J Cancer Educ* 2010; 25:279-81.
44. Messadi DV, Wilder-Smith P, Wolinsky L. Improving oral cancer survival: the role of dental providers. *J Calif Dent Assoc* 2009; 37:789-98.
45. Petti S, Scully C. Oral cancer knowledge and awareness: primary and secondary effects of an information leaflet. *Oral Oncol* 2007; 43:408-15.
46. Davis JM, Ramseier CA, Mattheos N, Schoonheim-Klein M, Compton S, Al-Hazmi N, et al. Education of tobacco use prevention and cessation for dental professionals a paradigm shift. *Int Dent J* 2010; 60:60-72.
47. Ramseier CA, Warnakulasuriya S, Needleman IG, Gallagher JE, Lahtinen A, Ainamo A, et al. Consensus report: 2nd European Workshop on Tobacco Use Prevention and Cessation for Oral Health Professionals. *Int Dent J* 2010; 60:3-6.

48. Silverman Jr. S, Rankin KV. Oral and pharyngeal cancer control through continuing education. *J Cancer Educ* 2010; 25:277-8.
49. Applebaum E, Ruhlen TN, Kronenberg FR, Hayes C, Peters ES. Oral cancer knowledge, attitudes and practices: a survey of dentists and primary care physicians in Massachusetts. *J Am Dent Assoc* 2009; 140:461-7.
50. Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Molina-Minano F. Knowledge and attitudes about oral cancer among dentists in Spain. *J Eval Clin Pract* 2010; 16:129-33.
51. Ergun S, Ozel S, Koray M, Kurklu E, Ak G, Tanyeri H. Dentists' knowledge and opinions about oral mucosal lesions. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2009; 38:1283-8.
52. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28:399-406.
53. Dos Santos LP, Fracolli LA. Community health aides: possibilities and limits to health promotion. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44:76-83.
54. Rosin MP, Poh CE, Elwood JM, Williams PM, Gallagher R, MacAulay C, et al. New hope for an oral cancer solution: together we can make a difference. *J Can Dent Assoc* 2008; 74:261-6.

Recebido em 31/Dez/2010

Versão final rerepresentada em 29/Set/2011

Aprovado em 03/Out/2011