

CÂNCER BUCAL: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

ORAL CANCER: A PUBLIC HEALTH PROBLEM

Patricia Aleixo dos Santos Domingos*
Maria Livia da Costa Passalacqua**
Ana Luísa Botta Martins de Oliveira***

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo investigar a epidemiologia do câncer bucal no Brasil, por meio da revisão de literatura publicada nos últimos anos. Com isso, pretendeu-se descrever o perfil dos pacientes diagnosticados e susceptíveis ao câncer bucal, e ressaltar a importância da prevenção e diagnóstico precoce das lesões suspeitas. Observou-se que o perfil epidemiológico dos indivíduos mais acometidos pelo câncer de boca é caracterizado por homens, brancos, na faixa etária entre 50 e 70 anos de idade, trabalhadores expostos ao sol, usuários crônicos de tabaco, álcool ou a associação destes; os indivíduos de maior risco podem ainda apresentar trauma crônico devido ao uso de prótese; a localização da lesão é, principalmente, no dorso da língua e no lábio inferior. Considerando o câncer bucal como um problema de saúde pública, maiores esforços devem ser despendidos para a prevenção e combate dessa doença na população.

DESCRITORES: Epidemiologia. Carcinoma de células escamosas. Neoplasias bucais.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the epidemiology of oral cancer in Brazil, through a review of literature published in recent years. Thus, it was described the profile of diagnosed and susceptible to oral cancer patients, and it was emphasized the importance of prevention and early diagnosis of suspicious lesions. It was observed that the epidemiological profile of individuals most affected by mouth cancer is characterized by white men, between 50 to 70 years old, workers exposed to the sunlight, chronic users of tobacco, alcohol or a combination of them. The high risk individuals may still have chronic trauma due to the use of prosthesis. The lesion is mainly on the back of the tongue and lower lip. Whereas oral cancer as a public health problem, greater effort should be made to prevent and combat this disease in the population.

DESCRIPTORS: Epidemiology. Carcinoma, Squamous Cell. Mouth neoplasm.

* Professora Doutora do Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, Curso de Odontologia, Centro Universitário de Araraquara, UNIARA. Email: patyaleixo01@yahoo.com.br

** Cirurgiã-Dentista formada pelo Centro Universitário de Araraquara – UNIARA.

*** Professora Doutora do Departamento de Odontologia Social e Infantil, Curso de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Email: analuisabotta@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e o de pescoço são, na sua maioria, neoplasias malignas que se iniciam no epitélio de revestimento da boca por multiplicação celular desordenada que acomete as vias aerodigestivas superiores. Os tipos mais comuns são o carcinoma espinocelular (CEC), epidermoide e o escamocelular que correspondem de 90% a 95% dos casos de câncer de boca^{1,2}.

Sendo a boca uma área de fácil acesso para o paciente, médicos e cirurgiões-dentistas, considera-se que qualquer alteração nessa região possa ser de fácil percepção, o que deveria resultar em diagnóstico precoce de qualquer lesão em estágio inicial, por meio do auxílio de biópsias e exames histopatológicos.

Entretanto, o diagnóstico do câncer bucal ocorre de forma tardia quando a lesão já se encontra em estágio avançado. A própria formação acadêmica do cirurgião-dentista pode estar contribuindo com esse fato; ou seja, há uma formação mais cirúrgica restauradora ou curativa em detrimento de uma formação voltada para a promoção e prevenção da saúde¹.

A partir da constatação de que o câncer bucal é um problema de saúde pública, é importante o conhecimento de sua magnitude no Brasil, no tocante à distribuição geográfica com estratificações por idade e gênero, como base de apoio ao seu controle³.

A incidência do câncer bucal no Brasil é considerada uma das mais altas do mundo, estando entre os 6 tipos de câncer mais comuns que acometem o sexo masculino e entre 8 mais comuns que atingem o sexo feminino. Pode ser considerado o câncer mais comum da região de cabeça e pescoço, excluindo-se o câncer de pele^{4,5,6}.

Dados estatísticos são essenciais aos programas de vigilância em saúde pública, pois permitem estimar a magnitude relativa dos problemas de saúde na população, facilitando o estabelecimento de prioridades em ações preventivas e terapêuticas. A abordagem do câncer bucal torna-se complexa, pois, muitas vezes, enfrenta-se o desconhecimento e a falta de recursos

dos profissionais de saúde, além de envolver o medo e o preconceito dos pacientes. Essas intercorrências são prejudiciais, atrasando o diagnóstico e o tratamento, além de agravarem o prognóstico⁷.

Quanto ao diagnóstico precoce, é indispensável um exame clínico e físico como a palpação da cadeia ganglionar do paciente, uma vez que é por ela que se inicia disseminação de metástases, por via linfática, independentemente dos linfonodos estarem palpáveis ou não.

Diante do exposto, considerando-se a importância da prevenção e diagnóstico precoce das lesões suspeitas, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil dos pacientes diagnosticados e susceptíveis ao câncer bucal por meio de revisão da literatura a respeito da epidemiologia do câncer bucal na população brasileira.

REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura foi realizada por meio de levantamento retrospectivo de artigos científicos publicados de 2002 a 2012, utilizando-se dos bancos de dados MEDLINE, LILACS-BIREME e SCIELO.

O câncer pode ser definido como a multiplicação desordenada de células defeituosas ou atípicas, que não conseguem ser debeladas, totalmente, pelo sistema imunológico, por razão ainda desconhecida. Esse crescimento celular descontrolado pode vir a comprometer tecidos e órgãos⁸.

É uma doença de alta incidência mundial por ter comportamento agressivo, sendo que o Brasil tem um dos índices mais altos do mundo. De acordo com Marques *et al.*⁹ (2008), nos próximos 10 anos, haverá um aumento de 17% de mortes ligada a doenças crônicas como o câncer bucal.

De acordo com Guerra *et al.*¹⁰, 2005, o câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano. Representa cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Embora as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, dos dez milhões de casos novos anu-

DOMINGOS PAS
PASSALACQUA MLC
OLIVEIRA ALBM

CÂNCER BUCAL:
UM PROBLEMA DE
SAÚDE PÚBLICA



ais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento.

Para o ano de 2012, de acordo com o INCA¹¹, estima-se que, no Estado de São Paulo, observe-se o surgimento de 15,38 novos casos de câncer bucal para cada 100 mil habitantes, sendo 5.880 novos casos para homens e 2.460 para mulheres. Em 2009, foram constatados 6.510 óbitos ocasionados pelo câncer de boca.

De acordo com Borges *et al.*¹² (2008), o câncer de boca é o quinto tipo de câncer mais comum no mundo, e pode estar relacionado com a pobreza, pois grande parte dos diagnosticados trabalha no campo e tem baixo nível socioeconômico disponível, assim, de pouco acesso a saúde e a tratamentos.

Dentre as principais características da população a serem investigadas estão a idade, raça, gênero e hábitos. No que se refere à idade de maior incidência do câncer, estudos realizados em diferentes municípios e regiões brasileiras concordam em que os indivíduos que desenvolvem esse tipo de lesão maligna apresentam idade média entre a 5ª e a 7ª década de vida^{5, 6, 13, 14, 15}.

Em relação ao gênero, o mais afetado pela doença é o masculino, de acordo com as pesquisas de Coaracy *et al.*¹³ (2008), Francio *et al.*¹⁴ (2011) e Santos *et al.*⁸ (2012). Todavia, essa maior predileção do câncer pelos homens tende a diminuir à medida que as mulheres se encontram muito mais expostas aos fatores etiológicos e potencializadores dos carcinomas. O único estudo encontrado que contradiz esses achados é o de Borges *et al.*¹² (2008), que consideram que, em 2005, as mulheres predominaram entre os pacientes afetados, representando 58,3% dos diagnósticos de câncer de boca.

A raça mais citada na literatura é a branca, devido a sua menor proteção da pele quanto aos efeitos da exposição solar, quando comparada à raça negra.^{1,2,8} Somente no estudo realizado por Brener *et al.*⁷ (2007), em que os autores levantaram dados já mencionados na literatura científica pertinente ao assunto, foi encontrado que em Belo Horizonte, Minas Gerais, a ocorrência de casos era maior

entre negros.

No que tange à localização das lesões malignas na região de cabeça e pescoço, os relatos mostram que a língua^{14, 16, 17} e o lábio inferior^{5, 18, 19} são considerados as estruturas da cavidade bucal mais acometidas pela doença. Para Mosele *et al.*¹ (2008), o sítio anatômico da lesão no lábio inferior ocorre em pacientes que ficaram expostos ao sol sem proteção, o que foi comprovado nos estudos realizados com indivíduos que trabalham como lavradores. Já na população analisada por Machado *et al.*¹⁵ (2003), o sítio de maior incidência foi o rebordo alveolar, contrariando os estudos anteriores.

As formas de apresentação clínicas mais encontradas são: vegetante, ulcerada, infiltrativa e nodular, sendo que o que ocorre habitualmente é a combinação de uma ou mais dessas características.²⁰

Em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de boca, podem ser citados os hábitos deletérios à saúde como o uso do tabaco,^{1,3,15,21} bebidas alcoólicas,^{14,15,21,22} exposição solar,^{1,2} alimentação desregrada e traumas causados por prótese dentária mal adaptada.^{2,4,5,20}

Scheidt *et al.*²¹ (2012) ressaltam que o uso de tabaco está associado a 90% do desenvolvimento da doença, por aumentar a temperatura dentro da boca, além de ser constituído por mais de 50 substâncias com potencial carcinogênico. Em relação ao álcool, ainda afirmam que está associado à hiperproliferação de células com ação cancerígena, tais como acetaldeído. Para esses autores, o carcinoma espinocelular é mais agressivo em fumantes e a expectativa de vida é de 5 anos e 10 anos para grupos não expostos a esse fator de risco.

Contudo, no estudo de Oliveira *et al.*⁵ (2006), embora o consumo de tabaco e álcool tenha se apresentado elevado na população estudada, os autores consideraram que esse fator não influenciou as recidivas e as metástases da doença.

Corroborando com estes últimos achados, Marques *et al.*⁹ (2008), ao estudarem a associação entre higiene e condição de saúde bucal com o surgimento de lesão maligna, concluíram que os fatores asso-



ciados ao câncer ocorreram independentemente da presença de hábitos deletérios à saúde como o tabagismo ou o etilismo, estando a doença mais relacionada ao sangramento gengival e ao uso diário de enxaguatórios bucais.

Segundo Buelvas e Agudelo¹⁶ (2011), o álcool contido nos enxaguantes bucais, que pode chegar à concentração de 27%, agride quimicamente as células na mesma proporção que o efeito nocivo causado pela bebida alcoólica, se usado várias vezes ao dia.

Outros fatores de risco considerados importantes para o desenvolvimento do câncer de boca, além do hábito de fumar e consumir bebidas alcoólicas, são os agentes biológicos como HPV (Papiloma Vírus Humano), imunossupressão e pouca higiene oral^{6,23}

Outro agravante é a exposição ao sol sem proteção de bonés, camisas de manga longa ou protetores labiais nos horários críticos de maior radiação UVA e UVB, que são das 10 horas da manhã às 16 horas da tarde. Sabe-se que grande parte da população é composta por trabalhadores rurais, carteiros e agentes de limpeza de ruas, os quais ficam expostos ao sol durante todo seu período de trabalho.^{2,7}

Em relação aos fatores traumáticos locais, o uso de próteses mal adaptadas e a má higiene da cavidade bucal ou da prótese também vêm sendo citados como fatores etiológicos de lesões de câncer na boca pela recorrência do trauma crônico no mesmo local.^{2,4,5,20}

A respeito do tratamento do câncer bucal, Francio *et al.*¹⁴ (2011) ressaltam que este é guiado pelo estadiamento clínico da doença. As terapias de escolha consistem usualmente na excisão cirúrgica (com margem de segurança) e na radioterapia, sendo as mesmas utilizadas de forma isolada ou combinada. A indicação da quimioterapia para esse tipo de lesão costuma ser uma escolha paliativa, não objetivando a cura do paciente. Ela fica restrita a lesões extensas ou a casos em que o paciente não apresenta condições físicas para ser submetido a outro procedimento terapêutico.

Diferentes métodos foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde

(OMS) para diferenciar o estadiamento da doença câncer. A mais utilizada atualmente é o método TNM, no qual são baseados o plano de tratamento e o prognóstico do carcinoma oral. Tal método apresenta como nomenclatura os seguintes significados: "T" significa extensão do tumor; "N", presença de nódulos linfáticos; "M", presença ou ausência de metástases distantes.^{6,12}

Apesar do diagnóstico precoce das lesões de câncer bucal ser fundamental para o sucesso do tratamento, ainda há dificuldade para sua realização. Segundo Santos *et al.*²⁴ (2009), os fatores responsáveis por isso são a ausência de sintomatologia da doença na fase inicial, a falta de preparo do Cirurgião-Dentista, além do medo e da falta de informação da população sobre as causas.

DISCUSSÃO

O estudo do perfil da população mais susceptível ao desenvolvimento de lesões cancerizáveis, mediante a identificação dos principais fatores de risco a que está exposta, pode auxiliar no planejamento de ações em saúde pública para tentar conter esse crescimento acentuado nos números de novos casos a cada ano. Por esse motivo, a revisão da literatura sobre as características da população acometida pela doença é de grande importância para a sua prevenção e tratamento.

A incidência de câncer de boca e de faringe tem aumentado no mundo nas últimas décadas, acompanhando o aumento do consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas. Apesar do sexo masculino ser o mais acometido pela doença, afirma-se que as mulheres estão cada vez mais expostas a essa lesão por estarem fumando e fazendo uso de bebidas alcoólicas no mesmo nível que os homens.^{4,5,7,10,25}

De acordo com estudos^{4,13,18,20,22} encontrados na literatura, a língua e o lábio inferior são as regiões de maior acometimento da doença. Contudo, contrariando a maioria dos estudos publicados, Machado *et al.*¹⁵ (2003) encontraram o rebordo alveolar como sítio de maior incidência.

Em relação ao estadiamento da lesão no momento do diagnóstico, diversos tra-



balhos^{1,2,4,7,13,15} analisados concordam em que este se encontra entre III, IV devido à demora do paciente em procurar um profissional ou a demora no atendimento dessas pessoas. Há vários fatores complicadores para a dificuldade de diagnóstico precoce das lesões, como a ausência de sintomatologia da doença na fase inicial.²⁴

A falta de profissionais capacitados para estabelecer um diagnóstico precoce também atrasa o diagnóstico da lesão.^{3,24} Outro fato que preocupa é a falta de conhecimento das pessoas e a resistência em aplicarem o autoexame bucal para perceber lesões ou qualquer alteração na boca.²⁴

Passareli *et al.*³ (2011) salientam que a descoberta tardia do problema pode ocorrer por alguns motivos básicos, como a falta de exame clínico investigativo e mais apurado por parte dos Cirurgiões-Dentistas, falta de encaminhamentos entre os profissionais médico e dentista e a pouca divulgação pelo profissional da importância de se realizar o autoexame da boca. Além disso, poucos profissionais se preocupam em solicitar exame complementar (biópsia) de lesões sugestivas de malignidade, subestimando sua gravidade.

Embora várias campanhas sejam realizadas no Brasil por meio das Políticas

Nacionais de Saúde a serem aplicadas no Sistema Único de Saúde (SUS), além do empenho das Universidades em combater o câncer bucal, essas ações podem ser consideradas inexpressivas para a real conscientização da população de risco.

Desse modo, o presente estudo alerta com relação à importância do conhecimento dos fatores de risco do câncer bucal e sugere que mais ações de promoção de saúde devem ser elaboradas no sentido de minimizar os fatores etiológicos, além de buscar melhorar as condições sociais e demográficas, garantindo maior qualidade de vida à população brasileira.

CONCLUSÃO

Com base na literatura analisada, conclui-se que:

- O perfil epidemiológico dos indivíduos mais acometidos pelo câncer de boca é caracterizado por homens, brancos, na faixa etária entre 50 e 70 anos de idade, trabalhadores expostos ao sol, usuários crônicos de tabaco, álcool ou a associação destes;
- Os indivíduos de maior risco podem ainda apresentar trauma crônico devido ao uso de prótese;
- A localização da lesão é, principalmente, no dorso da língua e no lábio inferior.



REFERÊNCIAS

1. Mosele JC, Stangler LP, Trentin MS, Silva SO, Carli JP. Levantamento epidemiológico dos casos de carcinoma epidermóide da cavidade bucal registrados no serviço de diagnóstico histopatológico do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Passo Fundo/RS. *Rev Odonto* 2008 jul-dez;16(32):18-24.
2. Santos LCO, Cangussu MCT, Batista OM, Santos JP. Oral cancer: population sample of the state of Alagoas at a reference hospital. *Braz J otorhinolaryngol* 2009 ago;75(4):524-9.
3. Passarelli DHC, Gobbo SR, Campos M, Oliveira PC. A interdisciplinaridade no diagnóstico de carcinoma epidermóide. *Rev odontol Univ Cid São Paulo (Online)* 2011 set-dez;23(3):273-7.
4. Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004 jan;70(1):35-40.
5. Oliveira LR, Ribeiro-Silva A, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *J Bras Patol Med Lab* 2006 out;42(5):385-92.
6. Perussi MR, Denardin OVP, Fava AS, Rapoport A. Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* 2002 dez;48(4):341-4.
7. Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão literária entre perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento. *Rev Bras Cancerologia* 2007 53(1):63-9.
8. Santos RA, Portugal FB, Felix JD, Santos PMO, Siqueira MM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior: relevância dos fatores de risco álcool e tabaco. *Rev bras cancerol* 2012 jan-mar;58(1):21-9.
9. Marques LA, Eluf-Neto J, Figueiredo RAO, Góis-Filho JF, Kowalski LP, Carvalho MB, et al. Oral health, hygiene practices and oral cancer. *Rev Saúde Pública* 2008 June;42(3):471-9.
10. Guerra M, Gallo C, Mendonça G. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol* 2005 51(3):227-34.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. 2011 [Acesso em Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf].
12. Borges FT, Garbin CAS, Carvalhosa AA, Castro PHS, Hidalgo LRC. Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008 set.;24(9):1977-82.
13. Coaracy AEV, Lopes FF, Cruz MCFN. Correlação entre os dados clínicos e histopatológicos dos casos de carcinoma espinocelular oral do Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello, em São Luís, MA. *J Bras Patol Med Lab* 2008 fev.;44(1):31-5.
14. Francio FF, Salum FG, Cherubini K, Soares LY, Figueredo MAZ. Perfil epidemiológico de portadores de carcinoma bucal do Serviço de Estomatologia HSL-PUCRS. *ROBRAC* 2012 maio;20(55):
15. Machado ACP, Tavares PG, Anbinder AL, Quirino MRS. Perfil epidemiológico, tratamento e sobrevida de pacientes com câncer bucal em Taubaté e região no Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté. *Rev biociênc* 2003 9(4):65-71.
16. Buelvas AR, Agudelo S AA. Gradiente social, envejecimiento y diagnóstico tardío del cáncer oral. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2011 Sept;29(3):320-8.



17. Martins JS, Abreu SCC, Araújo ME, Bourget MMM, Campos FL, Grigoletto MVD, et al. Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. *Rev Panam Salud Pública* 2012 mar;31(3):246-52.
18. Pereira L, Sabrinho J, Rapoport A, Dedivitis R. Epidemiologia do câncer bucal em Barretos. *Rev Bras Cirurgia Cabeça Pescoço* 2003 31(2):35-9.
19. Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos Jr. CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad Saúde Pública* 2012 28(s30-s9).
20. De Carli JP, Trentin MS, Linden MSS, Bós ÂJG. Carcinoma espinocelular bucal de grande extensão: protocolo diagnóstico. *Odonto (São Bernardo do Campo)* 2010 jul-dez;18(36):67-71.
21. Scheidt JHG, Yurgel LS, Cherubini K, Figueiredo MAZ, Salum FG. Characteristics of oral squamous cell carcinoma in users or non users of tobacco and alcohol = Características do carcinoma bucal de células escamosas em usuários ou não usuários de tabaco e álcool. *Rev Odonto Ciência* 2012 27(1):69-73.
22. Sassi L, Oliveira B, Pedruzzi P, Ramo G, Stramandinoli R, Gugelmin G. Relato de caso e avaliação dos fatores de risco. *RSBO* 2010 mar;7(1):105-9.
23. Rezende CP, Ramos MB, Daguila CH, Dedivitis RA, Rapoport A. Oral health changes in with oral and oropharyngeal cancer. *Braz J Otorhinolaryngol* 2008 Jul-Aug;74(4):596-600.
24. Santos I, Alves T, Falcão M, Freitas V. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. *Odontol Clín-Cient* 2011 10(3):207-10.
25. Teixeira AKM, Almeida MEL, Holanda ME, Sousa FB, Almeida PC. Carcinoma espinocelular da cavidade bucal: um estudo epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. *Rev bras cancerol* 2009 jul-set;55(3):229-36.

