

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO

MILENA HELEN PERES

FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO TARDIO DO CÂNCER BUCAL

BAURU - SP

2021

MILENA HELEN PERES

FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO TARDIO DO CÂNCER BUCAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia - Centro Universitário Sagrado Coração.

Orientador: Prof. Dr. Otávio Pagin

BAURU - S.P.

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com
ISBD

P4375f	Peres, Milena Helen Fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer bucal / Milena Helen Peres. -- 2021. 37f. Orientador: Prof. Dr. Otávio Pagin Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru - SP 1. Câncer Bucal. 2. Diagnóstico Precoce Câncer Bucal. 3. Dificuldades do cirurgião dentista diagnosticar câncer bucal. I. Pagin, Otávio. II. Título.
--------	---

MILENA HELEN PERES

FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO TARDIO DO CÂNCER BUCAL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como parte dos requisitos
para obtenção do título de bacharel em
Odontologia - Centro Universitário
Sagrado Coração.

Aprovado em: ___/___/___.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Otávio Pagin (Orientador)
Centro Universitário Sagrado Coração

Prof.^a Dr.^a Mirella Lindoso Gomes Campos
Centro Universitário Sagrado Coração

Dedico este trabalho ao meu filho Davi.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso envolveu diversas pessoas, dentre as quais agradeço:

Ao meu pai Carlos (*in memoriam*) que, se não fosse todo seu trabalho e esforço em vida, eu não teria a oportunidade de fazer uma segunda graduação. Sou imensamente grata pela educação que me dispôs, aos momentos que passamos juntos e, aos ensinamentos. Queria que estivesse presente para compartilhar mais esta alegria. À minha mãe Teresinha, graças ao zelo que tem com meu filho Davi, tive tempo disponível para estudar e finalizar esta graduação. Sou grata a ela, que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos difíceis da minha vida.

Ao meu amado filho Davi Peres, que ainda não tem maturidade para compreensão exata da importância deste trabalho, mas que foi meu valioso estímulo para nunca desistir diante das dificuldades que encontrei, seja nos estudos ou na vida. Ele me mantém forte e trouxe novamente a esperança de trabalhar para um mundo melhor, que eu gostaria de deixar a ele.

Ao meu orientador Prof. Dr. Otavio Pagin, pela dedicação, disposição e esforço para que este trabalho fosse concretizado. Obrigada pela paciência e sempre estar pronto para me auxiliar quando precisei.

A minha banca examinadora Prof.^a Dr.^a Mirella Lindoso Gomes Campos, que além de Grande Mestre, foi minha amiga nestes anos de graduação e aceitou meu humilde convite para examinar este trabalho. Obrigada pelas conversas, pelas risadas, pela ajuda com meu filho Davi, pelos preciosos conselhos, pela parceria.

Ao querido Prof. Dr. Paulo Santos da Faculdade de Odontologia de Bauru, que é um grande exemplo na estomatologia, me instigou sobre este importante tema no ano de 2020, qual me direcionou na ideia para realização deste trabalho.

Aos demais professores que me inspiraram estes anos de curso e aos colegas da turma, onde construímos amizades verdadeiras que pretendo levar comigo. Ana Beatriz Moi, dupla, obrigada pela paciência esses anos, aos aprendizados mútuos. Torço pelo seu sucesso.

Ao Vinicius Capobianco, se solidarizou e me encorajou a finalizar este trabalho. Sua parceria e alegria foram animadoras. Obrigada por estar ao meu lado e por todo esforço recente. Você é especial.

“Um trabalho científico é uma aventura, [...] é uma forma de exploração que nos leva a descobertas” (GIBALDI, 1999, p. 3).

RESUMO

O câncer de boca é uma doença de alta prevalência e elevado índice de mortalidade, localizado em cabeça e pescoço, acomete principalmente indivíduos do sexo masculino na quinta e sexta décadas de vida, maiormente consumidores concomitantes de tabaco e bebidas alcoólicas. O diagnóstico precoce e prevenção podem reverter as consequências ruins de um diagnóstico tardio, diminuir a mortalidade e melhorar a sobrevida geral do paciente a longo prazo. Este estudo tem o objetivo de identificar os principais fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer bucal.

Palavras-chave: Câncer bucal. Diagnóstico tardio câncer bucal. Dificuldades dos cirurgiões dentistas em câncer bucal.

ABSTRACT

Oral cancer is a disease of high prevalence and mortality rates, located in head and neck, it affects mainly males in the fifth and sixty decades of life, mainly in tobacco and alcohol users. Early diagnosis and prevention can reverse ruinous consequences of late diagnosis, decrease mortality and improve long-term patient survival overall. This study aims to identify the main factors related to the late diagnosis of oral cancer.

Keywords: Oral cancer. Late diagnosis of oral cancer. Difficulties of dental surgeons in oral cancer.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
2	OBJETIVO	Error! Bookmark not defined.23
3	REVISÃO DE LITERATURA	Error! Bookmark not defined.24
4	CONCLUSÃO	354
5	REFERÊNCIAS	Error! Bookmark not defined.35

1 INTRODUÇÃO

O câncer bucal é uma doença de alta prevalência que acomete a região de cabeça e pescoço, onde a maior incidência é a do carcinoma espinocelular (CEC), que representa 90% de todos os tipos de câncer de cavidade bucal e orofaringe, além de apresentar maior taxa de mortalidade (AKBULUT *et al.*, 2011). A lesão se inicia de forma assintomática, motivo pelo qual quando os pacientes a percebem, os sintomas se tornam incômodos.

Os locais mais frequentes de acometimento, de acordo com Akbulut *et al.*, 2011, são: língua, orofaringe, lábios, assoalho bucal, gengiva, palato duro e mucosa bucal.

O diagnóstico precoce e prevenção podem reverter consequências ruins de um diagnóstico tardio, de acordo com Martins, 2008. A literatura aponta que os diagnósticos geralmente seguem por relatos de sintomas incômodos a um profissional da atenção básica primária e, infelizmente, quando os sintomas já são perceptíveis ao paciente a ponto de causar incômodos, imediatamente se trata de doença em um estágio avançado - estádios III ou IV (BARBOSA, 2002; SMITH, 2017; STATHOPOULOS, 2017).

O presente trabalho de revisão de literatura busca identificar os principais fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer bucal, a fim de que possa colaborar com a educação dos cirurgiões dentistas para os aspectos de diagnóstico do câncer bucal.

2 OBJETIVO

Revisar a literatura a respeito dos fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer bucal pertinentes ao cirurgião dentista e paciente, assim como meios de detecção precoce do câncer bucal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Apesar de pouco falado, o câncer bucal é muito comum, sendo sua prevalência maior que a de carcinomas de cérebro, rins, tireoide, estômago, ovários e câncer de colo do útero. O custo nos Estados Unidos para tratar, reabilitar pacientes de câncer bucal custa em média de dois bilhões de dólares ao ano (GAJENDRA *et al.*, 2006).

O câncer acontece através de células cancerígenas, que são consideradas aquelas que proliferadas de forma defeituosa e desordenada das demais, que não conseguem ser controladas ou reparadas pelo sistema imunológico e que passam a atingir outras células e órgão (BARBOSA, 2002).

Estudos apontam que a neoplasia oral acomete mais homens do que mulheres, e com maior incidência na quinta e sexta décadas de vida (SCULLY *et al.*, 2000). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística aponta que a doença tem se instalado também em pacientes mais jovens - em torno de quarenta anos de idade e acometido pacientes acima de oitenta anos de idade, visto que a expectativa de vida das pessoas tem aumentado e seus hábitos deletérios têm se iniciado cada vez mais cedo.

O câncer bucal é uma doença de alta prevalência que acomete a região de cabeça e pescoço, onde a maior incidência é a do carcinoma espinocelular. Os agentes etiológicos e fatores de risco para o carcinoma espinocelular são multifatoriais (LIMA *et al.*, 2005) que, incluem os fatores exógenos e comportamentais, tais como: uso do tabaco, frequente consumo de bebidas alcoólicas, noz de areca, frequente exposição solar, histórico de hábitos deletérios e, os fatores endógenos, caracterizados pela genética e imunidade do indivíduo (MAROCCHIO *et al.*, 2010).

O uso concomitante de álcool e tabaco aumenta significativamente a chance de carcinoma espinocelular e outros tipos de neoplasias malignas (MAROCCHIO *et al.*, 2010). Estudos, cada vez mais, reconhecem que o carcinoma espinocelular pode estar associado também ao papiloma vírus humano (HPV) e a transformação de lesões pré-malignas, tais como eritroplasia, leucoplasia e eritroleucoplasia. Lesões crônicas causadas por má oclusão ou próteses desadaptadas são fatores de baixa associação ao desenvolvimento de carcinoma espinocelular (RAGIN, 2007).

Apesar de avanços nos estudos de causas, melhorias nos tratamentos cirúrgicos e radioterápicos, pesquisadores da área frequentemente afirmam que não houve uma melhora de sobrevivência no geral (MCCAN *et al.*, 2000), onde a taxa de mortalidade declina para cinco anos em 50% dos acometidos. Um estudo realizado pela Universidade de Nova York apontou que uma porcentagem muito baixa de pacientes relata fazer exames bucais anualmente, assim como a necessidade de se fundir conhecimentos e informações sobre o câncer bucal entre a população. No entanto, há de se constatar que com a evolução de exames diagnósticos, de imagem e de cirurgia, uma nova esperança surge para diagnosticar precocemente o câncer bucal, a fim de alterar estes resultados (SPIRO, 1985; GAJENDRA *et al.*, 2006).

Há um consenso na literatura que, quanto mais tarde diagnosticado o câncer bucal, mais avançado o estágio da doença será e, conseqüente, pior o prognóstico (GÓMEZ *et al.*, 2009). Evidências mostram que, o câncer diagnosticado precocemente e seu tratamento podem diminuir significativamente a morbidade e melhorar a sobrevida geral do paciente a longo prazo.

Contudo, em um estudo realizado na Universidade da Califórnia, relevou que há tipos de câncer que apesar de serem diagnosticados e tratados precocemente, não há relações com a sobrevida do paciente, nada obstante, o diagnóstico e tratamento precoces são preferíveis ao atraso. Ainda que o câncer bucal em seu estágio inicial não seja de fácil diagnóstico, mutilações e deformidades são conseqüências desfavoráveis do diagnóstico tardio, que acarreta inúmeros comprometimentos na saúde e qualidade de vida do paciente, quando não, o óbito (ALLISON *et al.*, 1998).

Pesquisadores apontam que há uma classificação binária sobre os motivos de atraso na detecção do câncer bucal: atraso do paciente - definido como o intervalo do tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a procura por ajuda profissional - e o atraso do profissional - definido como o intervalo entre as primeiras consultas e o diagnóstico histológico final (VARELA-CENTELLES *et al.*, 2017; GAJENDRA *et al.*, 2006).

Estudos ingleses concluem que há fatores dinâmicos envolvidos no diagnóstico precoce do câncer bucal, que incluem desde os conhecimentos básicos do profissional cirurgião dentista e do estomatologista que prestam os primeiros serviços de atendimento ao paciente que podem subestimar as lesões iniciais²,

impactos da relação médico-paciente e otimização da suspeita do câncer (GÓMEZ *et al.*, 2010).

Ainda sobre o estudo de cinco anos realizado na Universidade de Califórnia, em São Francisco, Estados Unidos, pesquisadores identificaram que o paciente que procurou atendimento mais rápido, foi no mesmo dia em que havia percebido sintomas, já o mais demorado levou dois anos após a percepção de alterações clínicas. Embora estudos apontem que o câncer bucal tenha progressão lenta, no caso do paciente que procurou por atendimento apenas dois anos depois, houve piora em seu prognóstico geral de longo prazo e complicação ao tratamento (PEACOCK, 2008).

"Apesar das evidências, a detecção de lesões não parece fazer parte da rotina do cirurgião dentista. Em um painel de discussão, foi sugerido que esta atitude resulta do fato de que os cirurgiões dentistas geralmente não lidam com doença como o câncer alegando falta de tempo, falta de remuneração e de confiança na execução do exame" MELO, 2011

As dificuldades para o diagnóstico inicial apontam para uma realidade que sugere que os cirurgiões dentistas apresentam formação deficitária em relação ao conhecimentos de patologias; que pacientes demoram para buscar atendimento profissional e que o acesso e a qualidade do atendimento é deficiente, todos os quais refletem em uma ausência de programas preventivos de saúde pública que sejam efetivos e um programa de saúde eficaz.

Há autores que aconselham o tratamento do paciente dentro de trinta dias para alcançar melhores resultados, que está de acordo com outro estudo realizado por médicos oncologistas norte americanos, onde concluíram que a demora de mais de quarenta dias para tratamento pode comprometer os resultados da terapia.

Cirurgiões dentistas devem ter conhecimento suficiente sobre as formas radiográficas e clínicas para diagnosticar câncer de boca, além de não ignorar qualquer anormalidade na região oral. Qualquer dúvida ou suspeita, deve ser realizado ou encaminhado para realizar biópsia da região, período qual o cirurgião

dentista deve estar atento e fazer acompanhamento do paciente (AKBULUT *et al.*, 2010).

"Grande parte dos cirurgiões-dentistas não se sente segura para diagnosticar as lesões iniciais de câncer bucal, refletindo uma deficiência de treinamento adequado"

VASCONCELOS, 2006

Desta forma, ressalta-se a importância do cirurgião dentista ter uma formação adequada, utilizar métodos e instrumentos que envolvam detecção da lesão e encaminhamento do paciente para tratamento. Outros pesquisadores também demonstraram em seus estudos que os cirurgiões dentistas ficam muito aquém do que se espera desses profissionais quando se trata de câncer bucal, "revelando a necessidade urgente de se repensar a formação acadêmica desses profissionais para atuação no âmbito do câncer bucal" (PINHEIRO *et al.*, 2010).

Um estudo de dois anos que buscou caracterizar os conhecimentos e diagnóstico do câncer bucal entre os cirurgiões-dentistas da cidade de Jequié, na Bahia, analisou os conhecimentos e diagnósticos de câncer bucal dos cirurgiões dentistas da região, onde os profissionais tinham, na média, trinta anos de idade. Do total dos participantes, trinta e nove por cento não se sentiam capacitados para realizar biópsias e vinte e seis por cento não sentiam seguros para realizar o procedimento. Ao perceber alguma lesão suspeita, a conduta de sessenta e seis por cento dos participantes foi de encaminhar o paciente a um estomatologista e, desse total, vinte e um por cento aguardavam duas semanas para fazer encaminhamento, sete por cento realizavam o procedimento para diagnóstico da lesão e dois por cento aguardavam manifestação do paciente para encaminhá-lo (PINHEIRO *et al.*, 2010).

Este mesmo estudo identificou que sessenta e oito por cento dos participantes, diante da conduta de uma possível lesão suspeita de câncer bucal, afirmou encaminhar imediatamente para um estomatologista. A conclusão deste estudo aponta que, apesar dos cirurgiões dentistas apresentarem como satisfatórios os conhecimentos sobre câncer bucal, este se tornou inconsistente em alguns aspectos, dado que a maioria pesquisada não se sente apto para realizar um

procedimento de biópsia e tão pouco sentem segurança para diagnosticar câncer bucal em estágios iniciais:

"Tal dado demonstra a incerteza de muitos profissionais diante da suspeita de um câncer bucal, o que pode ser indicativo da insegurança em relação ao diagnóstico e correto encaminhamento do paciente com sinais dessa doença, pois apenas 21,1% se propuseram a acompanhar o caso por duas semanas antes do encaminhamento e menos ainda (7,9%) afirmaram realizar os procedimentos para o diagnóstico." PINHEIRO *et al.*, 2010

Fato importante compreendido é a insatisfação dos cirurgiões dentistas entrevistados sobre o ensino obtido na graduação sobre câncer bucal (PINHEIRO, 2010). Esta informação coincide com os achados de Soares de Lima *et al.*, onde foi detectado deficiência deste tema na graduação e também de acordo com estudo realizado na Universidade de Nova York, que aponta que vinte e cinco por cento dos novecentos e quatro entrevistados, não possuíam material educativo algum sobre câncer bucal em sua prática clínica. Menos de sessenta por cento dos entrevistados sabia sobre a relação do câncer labial e a exposição solar, assim como o consumo de noz de areca e betel aumentavam as chances de câncer bucal. As razões mais frequentes utilizadas para não avaliar clinicamente e realizar exames foram porque julgaram não ser um procedimento necessário e que não haviam sido reembolsados para realizá-lo, curiosamente, sessenta e oito por cento deles acham - inclusive - que este deveria ser um exame separado do procedimento clínico normal. Apenas trinta e quatro por cento dos cirurgiões dentistas assumiram alterar sua forma de práticas no atendimento clínico para prevenção do câncer bucal após educação continuada, e em relação a abordagens educacionais, preferem cursos, palestras, demonstrações clínicas e slides audiovisuais. No entanto, de nada adianta conhecer fatores etiológicos se não avaliarem seus pacientes (GAJENDRA *et al.*, 2009).

Muitos especialistas concordam que, o mais importante não é necessariamente a detecção do câncer bucal mas sim, a identificação do tecido anormal e tomar as medidas adequadas tão rápido seja possível. A educação dos pacientes foi listada como auxiliar na detecção precoce do câncer bucal, onde

prestadores de serviços da saúde deveriam dar mais ênfase sobre a importância de consultar médicos ou dentistas assim que os sintomas orais se desenvolvam, e não encorajar que pacientes procurem atendimentos de urgência ou emergência nesses casos, pois não é função da atenção primária (GAJENDRA *et al.*, 2009; CHEN *et al.*, 2007; PINHEIRO *et al.*, 2007).

Uma possível justificativa para pacientes que não procuram atendimento médico logo que percebem os sintomas, identificada por pesquisadores da Universidade da Califórnia e outros, seria a barreira financeira que existe para muitos pacientes que estão em risco de desenvolver câncer oral (CHEN *et al.*, 2007). Houve uma comparação entre pacientes com convênio ou seguro de saúde aos que não possuem, e estes últimos tinham maior probabilidade de serem diagnosticados com câncer bucal em estágio avançado. Embora difícil, a profissão odontológica precisa encontrar maneiras de eliminar restrições financeiras que impedem que pacientes procurem atendimento quando os sintomas aparecerem pela primeira vez, uma vez que maior acesso aos cuidados de saúde, incluindo atendimento odontológico, provavelmente permitiriam a detecção mais frequente de cânceres em estágio inicial (CHEN *et al.*, 2007; PEACOCK *et al.*, 2008).

Seguindo este estudo, pesquisadores tentaram encontrar formas de detecção precoce de câncer bucal. Um deles foi aplicação de testes rápidos, porém foram problemáticos, uma vez que eram realizados em encontros odontológicos e havia pouca adesão da população, principalmente porque os pacientes de alto risco em câncer bucal não visitam regularmente o dentista ou esses encontros oferecidos pela universidade. Esse teste seria aplicado, em particular, por pessoas com abuso de bebidas alcoólicas, porém se mostrou caro e não poder ser aplicado na população em geral. Com a rotina da triagem, esses testes identificariam áreas com atrofia e leucoplasias, mas sua confirmação só poderia ser dada através da biópsia com bisturi, que é o padrão ouro na confirmação do câncer bucal (BROUHA *et al.*, 2005; PATTON, 2003).

"Não há, no entanto, provas suficientes para determinar se o rastreamento em pessoas assintomáticas, que procuram atendimento odontológico, altera os indicadores do câncer bucal (...) evidências mostram que uma abordagem centrada na atenção primária ou focada em uma população de risco,

principalmente em pacientes tabagistas e etilistas, é mais produtora" MELO, 2011

Outra forma de auxiliar na detecção precoce do câncer bucal, de acordo com o mesmo estudo, seria uso de quimioluminescência e coloração azul de toluidina, que indicam quais áreas bucais são suspeitas e direcionar o local para biópsia, mas são úteis apenas como complemento no diagnóstico de lesões existentes, assim esses não são testes com rastreio verdadeiro (RAM, 2005; EPSTEIN *et al.*, 2003; LINGEN *et al.*, 2008; PEACOCK *et al.*, 2008)) A biópsia com escova é uma técnica não invasiva que pode identificar células com alterações, porém deve ser seguida por uma biópsia incisiva, que novamente é impraticável pela população em geral. Esta técnica foi bem aceita por dentistas e ajudou a detectar doenças malignas e lesões pré-malignas em estágios iniciais que de outra forma teria sido ignorado ou assistido. No entanto, essa manobra apresentou diversos resultados falso-negativo e falso-positivo (SCIUBBA, 1999; PEACOCK *et al.*, 2008).

O auto-exame é outro item importante que deve ter ampliada sua conscientização e promover campanhas de auto-exame semelhantes às campanhas de câncer de mama. Um exame mensal visual da cavidade oral seria bastante fácil de se fazer e pode resultar na detecção de lesões. Os pacientes seriam instruídos a levantar suas línguas para ver o assoalho da boca, mover língua para lados direito e esquerdo para avaliar as superfícies laterais, puxar ambas bochechas lateralmente para examinar os vestíbulos, gengivas e mucosa bucal. O auto-exame é um potente meio que permitir que pacientes assintomáticos detectem câncer em estágio inicial. A frequência não somente aumenta as vezes que a cavidade bucal é rastreada como também a atenção do paciente à sua saúde (PEACOCK *et al.*, 2008). Pacientes assintomáticos devem fazer visitas anuais ao dentista, e qualquer auto-exame realizado neste intervalo pode detectar lesões e adiantar o retorno do paciente aos cuidados de sua saúde, antes do desenvolvimento de sintomas. A principal dificuldade apontada por Peacock (2008) é em comunicar esta mensagem aos pacientes que possuem maiores riscos e cita a importância do governo em promover educação pública continuada, tal como a conscientização dos riscos para uso do tabaco e álcool (STAHL *et al.*, 2004; HOROWITZ *et al.*, 2002).

O Serviço Nacional de Saúde Britânico recomenda, em suas diretrizes gerais, que os médicos encaminhem pacientes a especialistas em casos de: sinais bucais

ou sintomas sem diagnóstico definitivo que não se resolvam em seis semanas, manchas bucais avermelhadas ou brancas que estejam doloridas, edemaciadas ou sangrantes, úlcera bucal presente há mais de três semanas e mobilidade dental.

Qualquer paciente que for encaminhado a um especialista para avaliação de uma lesão suspeita deve ter sua consulta marcada o mais rápido possível. Há situações em que o atraso no encaminhamento por médico da atenção primária levaram a ações judiciais e reivindicações por negligência e, algumas evidências mostram que o número de tais manifestações estejam aumentando.

Peacock (2008) chegou a conclusão pelos seus estudos que um tempo médio aceitável para que o paciente procure atendimento de especialista seja de dezessete dias. O atraso mais longo que aconteceu na pesquisa foi de duzentos e quarenta dias, devido a atraso gerado pelo paciente, que ilustra a necessidade dos pacientes perceberem a seriedade do problema e a sabedoria de acompanhar seu tratamento. Na maioria dos casos estudados, houve atraso inevitável entre a consulta do paciente com o especialista e a submissão dos exames necessários, que incluíam radiografias, tomografias, ressonâncias magnéticas, laringoscopia, endoscopia tripla e exames laboratoriais, cujo tempo médio gasto foi de trinta e três dias.

Os cursos de odontologia devem oferecer aos alunos, informações que os cirurgiões dentistas precisam para diagnosticar qualquer agravo do sistema estomatognático dos pacientes, considerando os aspectos de mortalidade, agressividade e morbidade tão importantes do câncer bucal. A educação continuada deve promover a atualização desses profissionais inseridos no mercado de trabalho (PINHEIRO, 2010).

Estudos anteriores destacam a necessidade de educação e atividades de treinamento para estudantes de odontologia, cirurgiões dentistas e profissionais da saúde bucal relacionadas às causas e prevenções de câncer bucal. Há muitas falhas dos cirurgiões dentistas em detectar fatores de risco, conhecimento sobre as técnicas de exames clínicos e os cuidados da saúde em relação à esta doença. Desde 2001, o estado dos Nova York, Estados Unidos, determinou e verificou resultados positivos na ação em que todos os dentistas devem ter, no mínimo, duas horas de curso e treinamento sobre os efeitos químicos relacionados ao tabaco, assim como diagnóstico e tratamento do câncer bucal, que ajudaria a aprimorar seus conhecimentos e praticar a prevenção do câncer bucal (GAJENDRA *et al.*, 2006).

Não obstante, em busca de respostas para a ausência da prática clínica do diagnóstico "merece destaque especial a relação íntima entre o discurso e as práticas científicas, vis-à-vis às do profissionalismo", confronta Melo (2011).

"Afim, ciência e profissão são dois fenômenos sociais inextrincáveis. Toda profissão é científica; tanto quanto, toda ciência hoje é feita por profissionais. Assim, a dinâmica social interna à ciência afeta a das profissões, e vice-versa. Toda profissão encerra um discurso (dos profissionais e de suas lideranças) pautado nos elementos inerentes ao princípio profissional: a autonomia; o conhecimento; a competência e jurisdição exclusiva; o credencialismo profissional e acadêmico; a autoridade profissional legítima; a relação fiduciária entre paciente e profissional; a cultura, o estilo, a honra, a ética, vocação e a observação a padrões morais profissionais, entre outros". MELO, 2011

Quanto antes diagnosticado e tratado o câncer bucal, maiores as chances de sobrevivência do paciente pois, tardiamente diagnosticado, o tratamento é mais invasivo e complexo, com pior prognóstico para cura e reabilitação do paciente.

Há um consenso entre os pesquisadores que o atraso no diagnóstico precoce do câncer bucal se dá por duas determinantes: paciente *versus* cirurgião dentista.

Os atrasos encontrados por motivos do paciente se dão pela falta de informação que esses possuem a respeito do tema, sua situação financeira e falta de acesso para atendimentos. As soluções reportadas são a favor de maior divulgação sobre a importância da prevenção do câncer bucal, os hábitos que pioram e que são os principais causadores, tais como consumo de álcool concomitante com tabagismo.

Campanhas de educação preventiva, além da conscientização do auto exame como forma de detecção precoce e maior atenção dos governantes aos postos de saúde foram também listadas. Porém, de nada adianta se o paciente fizer sua parte de procurar atendimento quando perceber sinais e sintomas, e ser atendido por um profissional incompetente e cheio de inseguranças na prática clínica.

As pesquisas apontam que a maioria dos cirurgiões dentistas podem até saber a importância sobre o processo de triagem e encaminhamento de paciente

com lesão suspeita ou já com câncer bucal instalado, no entanto, esses conhecimentos não se transportam para a prática clínica. Há uma falta de atenção durante o atendimento do cirurgião dentista, que poderia ser motivada pela deficiência em sua formação acadêmica, ou ainda na pior das hipóteses, negligência clínica, como apresentou Melo (2011) sobre os elementos inerentes aos princípios profissionais. Além disso, a falta de segurança dos cirurgiões dentistas foi listada, em todas as pesquisas analisadas neste estudo, para praticar a biópsia, procedimento essencial para confirmação do diagnóstico de câncer bucal. É sabida a importância que este profissional tem na detecção precoce do câncer bucal e na colaboração para o tratamento imediato do paciente, que é o mais prejudicado com seu despreparo, pode pagar com sua vida e ter seus sonhos e planos findos.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se, desta forma, que para detecção precoce do câncer bucal, há de haver consenso e, posicionadas no tempo certo, as atitudes do paciente e do profissional, no caso estudado, cirurgião dentista. Ademais, se faz necessário aprimorar ações políticas de saúde, para estender educação de forma homogênea a toda população.

REFERÊNCIAS

- AKBULUT, N. et al. Delayed diagnosis of oral squamous cell carcinoma: a case series. *Journal of Medical Case Reports*, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1752-1947-5-291>>. Acesso em: 28 de novembro de 2021.
- BARBOSA, A.M.G. Câncer: direito e cidadania. Informações que pacientes e familiares precisam ter em mente. Recife: Bagaço, 2002. 332p.
- BROUHA, X. et al. Role of alcohol and smoking in diagnostic delay of head and neck cancer patients. *National Library of Medicine, Acta Otolaryngol* 2005;125(5):552-556.
- CHEN A.Y. et al. The impact of health insurance status on stage at diagnosis of oropharyngeal cancer. *Cancer*. 2007 Jul 15;110(2):395-402. doi: 10.1002/cncr.22788. PMID: 17562558.
- EPSTEIN J.B. et al. The utility of tolonium chloride rinse in the diagnosis of recurrent or second primary cancers in patients with prior upper aerodigestive tract cancer. *Head Neck*. 2003 Nov;25(11):911-21. doi: 10.1002/hed.10309. PMID: 14603451.
- FALCÃO, M.M.L. Conhecimentos dos cirurgiões-dentistas sobre câncer bucal [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 2006.
- GÓMEZ, I et al. Is diagnostic delay related to advanced-stage oral cancer? A meta-analysis. *Eur J Oral Sci*. 2009 Oct;117(5):541-6. doi: 10.1111/j.1600-0722.2009.00672.x. PMID: 19758250..
- HOROWITZ, A.M. et al. Maryland adults' perspectives on oral cancer prevention and early detection. *J Am Dent Assoc*. 2002 Aug;133(8):1058-63. doi: 10.14219/jada.archive.2002.0329. PMID: 12198984.
- LIMA, A.A.S et al. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. *Rev Bras Cancerologia*. 2005; 51(4):283-8.
- LINGEN, M.W. et al. Critical evaluation of diagnostic aids for the detection of oral cancer. *Oral Oncol*2008;44(1):10-22.
- MAT, M. e al. Avaliação do conhecimento sobre o câncer bucal entre universitários. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2008;37(4):191-7.
- MAROCCHIO, L.S. et al. Oral squamous cell carcinoma: an analysis of 1,564 cases showing advances in early detection. *J Oral Sci* 2010, 52:267-273.
- MC CANN M.F. et al. The role of the general dental practitioner in detection and prevention of oral cancer: a review of the literature. *Dent Update* 2000;27(8):404-408.

MELO, N. S. et al. Diagnóstico bucal precoce no SUS: análise individual, vigilância à saúde e trabalho em equipe como possibilidade (re)estruturante. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, 5(3), pg. 89-103. <https://doi.org/10.18569/tempus.v5i3.1045>

PINHEIRO S.M.S. et al. Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer Bucal entre Profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia. *Rev. Bras. Cancerol.* [Internet]. 30º de junho de 2010 [citado 24º de novembro de 2021];56(2):195-0. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1496>

PATTON, L.L. The effectiveness of community-based visual screening and utility of adjunctive diagnostic aids in the early detection of oral cancer. *Oral Oncol* 2003;39(7):708-723.

RAGIN C.C.R. et al. Modugno F, Gollin SM. The epidemiology and risk factors of head and neck cancer: a focus on human papillomavirus. *J Dent Res* 2007; 86(2):104–114.

RAM S.; SIAR C.H. Chemiluminescence as a diagnostic aid in the detection of oral cancer and potentially malignant epithelial lesions. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005;34(5):521-527

SCULLY, C.; BEDY, R. Ethnicity and Oral Cancer. *Lancet Oncol* 1, 37-42. 2000.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Statistics from XX Century. Social-demographic indicators to Brazil 1991/2030. IBGE, Rio de Janeiro. 2006.

STATHOPOULOS, P. et al. Analysis of survival rates following primary surgery of 178 consecutive patients with oral cancer in a large district general hospital. *J Maxillofac Oral Surg* 2017; 16(2): 158–163.

SPIRO, R.H. Squamous cancer of the tongue. *CA Cancer J Clin* 1985;35(4):252-256.

SCIUBBA J.J. Improving detection of precancerous and cancerous oral lesions. Computer-assisted analysis of the oral brush biopsy. U.S. Collaborative OralCDx Study Group. *JADA* 1999;130(10):1445-1457.

SANGEETA, G. et al. Oral Cancer Prevention and Early Detection: Knowledge, Practices, and Opinions of Oral Health Care Providers in New York State, *Journal of Cancer Education*, 21:3, 157-162

STAHL, S. et al. The American Dental Association's oral cancer campaign: the impact on consumers and dentists. *JADA* 2004;135(9):1261-1267.

VASCONCELOS, E.M. Comportamento dos cirurgiões dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia, 2006.

VARELA-CENTELLES P. et al. Key points and time intervals for early diagnosis in symptomatic oral cancer: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2017; 46(1): 1–10.