

# Estratégias para resolutividade assertiva da campanha de diagnóstico e prevenção do câncer bucal

## Strategies for assertive resolution of the oral cancer diagnosis and prevention campaign

Patrícia Lucca Dantas Voi<sup>1</sup>, Carolina Baraldi Araújo Restini<sup>2</sup>, Suzie Aparecida De Lacerda<sup>3</sup>, Milton Faria Júnior<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a efetividade das Campanhas de Prevenção do Câncer Bucal na cidade de Ribeirão Preto nos anos de 2010-2014, inseridas durante as Campanhas de Vacinação contra a Gripe em idosos. **Métodos:** A partir do banco de dados da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto, do Centro de Atendimento Especializado em Diagnóstico Oral (Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, USP) e da Universidade de Ribeirão Preto, foram reunidas as informações para avaliação da resolutividade desta ação. **Resultados:** De 57.682 pacientes examinados, 1.121 foram encaminhados aos centros de referência para elucidação diagnóstica. Houve consistência na proporção de pacientes examinados e encaminhados. Foram diagnosticados 2,89% de pacientes com lesões malignas, 9,15% com lesões pré-malignas e 62,92% com lesões benignas. Análises específicas indicaram 74,96% de resolutividade. **Conclusão:** As estratégias usadas durante as campanhas de prevenção do câncer bucal apresentam resolutividade e recomendamos que passem a ser incluídas em Campanhas como a de vacinação contra gripe em idosos.

**Descritores:** Neoplasias bucais. Políticas públicas de saúde. Promoção da saúde.

### INTRODUÇÃO

Estima-se que 350.000 novos casos de câncer bucal ocorram anualmente no mundo<sup>1,2,3</sup>. No Brasil, o câncer de boca representa atualmente um grave problema de saúde pública<sup>4</sup>. Segundo o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva em 2016, ocorrerão 15.490 novos casos, dos quais 11.140 em homens e 4.350 no estado de São Paulo<sup>4</sup>. Dados oficiais indicam que a boca é o 3º local anatômico com maior frequência de câncer no homem e o 7º nas mulheres<sup>5,6</sup>. A taxa de sobrevivência de pacientes afetados por câncer bucal é de 50% em 5 anos. Quando diagnosticado precocemente, ou seja, nos estágios iniciais (estádio clínico I e II) a taxa de sobrevivência varia de 53% a 68%. Quando é diagnosticado em estágios avançados (III e IV) a taxa de sobrevivência é 41% e 27% respectivamente. Infelizmente 70 a 80% dos casos são diagnosticados em estágios tardios do desenvolvimento da doença<sup>7</sup>.

Histologicamente, o tipo mais comum (94% a 96% dos casos) de câncer bucal é o carcinoma espinocelular (CEC) ou carcinoma epidermóide. Os locais mais comuns dessa patologia são a língua (26%) e o lábio inferior (23%)<sup>8</sup>.

Segundo a Fundação Pio XII Barretos, em 2012 os homens foram os mais acometidos (86,7%)<sup>9</sup>. Quanto à faixa etária, indivíduos acima de 40 anos, portanto, pacientes nascidos entre as décadas 40, 50 e 60. O mesmo estudo mostrou que 81,84% ocorrem entre os brancos; 12,69% entre os pardos; 5,25% entre os negros e 0,22% amarelos. As políticas públicas brasileiras direcionadas às neoplasias malignas oral, deparam-se com dificuldades em todos os níveis: proteção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dos casos já detectados<sup>2,3,10,11</sup>.

Estima-se que 75 a 90% dos cânceres que acometem a cabeça e pescoço sejam consequência do tabagismo. Destaca-se que o álcool e o tabaco são agentes sinérgicos no aumento do risco<sup>12</sup>.

<sup>1</sup> Mestre, Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, Universidade de Ribeirão Preto, Programa de Mestrado em Saúde e Educação, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Prof. Doutora, Universidade de Ribeirão Preto, Programa de Mestrado em Saúde e Educação, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

<sup>3</sup> Prof. Doutora, Professora de Semiologia e Diagnóstico, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

<sup>4</sup> Prof. Doutor, Universidade de Ribeirão Preto, Programa de Mestrado em Saúde e Educação, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Contatos: patvoi@hotmail.com, carolbaraldi@hotmail.com, suzie@forp.usp.br, mfariajr@gmail.com

Os clássicos três níveis de prevenção das doenças (primário, secundário e terciário), também se aplicam ao câncer bucal.

A prevenção primária se faz por meio da propagação de informações sobre a doença, no sentido de instalar ações ou iniciativas que reduzam a incidência e a prevalência da doença. O maior objetivo da prevenção primária durante uma campanha de saúde pública é a modificação dos hábitos para interromper ou diminuir os fatores de risco como o tabaco, álcool, e a exposição solar dos lábios antes que a doença se instale<sup>13,14</sup>.

A prevenção secundária visa o diagnóstico precoce da doença em estágio inicial antes mesmo de qualquer queixa clínica, portanto, possibilita melhor prognóstico e maior índice de cura<sup>15</sup>. Espera-se do cirurgião-dentista papel fundamental na prevenção e no diagnóstico da doença, pois a boca e os gânglios da cabeça e pescoço são considerados locais de fácil acesso para o exame com visualização e palpação direta das alterações suspeitas de malignidade. Médicos, bem como o próprio paciente, por meio do autoexame possibilitam diagnóstico precoce para o câncer bucal<sup>2</sup>.

A prevenção terciária visa limitar o dano, controlar a dor, prevenir complicações secundárias, melhorar a qualidade de vida durante o tratamento e, potencialmente, reintegrar o indivíduo à sociedade, tornando-o capaz de exercer suas atividades anteriores à doença<sup>16</sup>.

Em 2001, a Secretaria do Estado de São Paulo (SES-SP), em parceria com os municípios e organizações sociais ligadas a área da saúde, lançaram a Campanha de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal, contudo, a partir de 2005, conta com o apoio da Fundação Oncocentro de São Paulo<sup>17</sup>. Esta campanha inclui cirurgiões-dentistas em campanhas anuais de vacinação contra a gripe no idoso.

A vinculação da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal à campanha nacional de vacinação contra a gripe no idoso é de extrema relevância uma vez que permite a interface entre o cirurgião-dentista e a população exatamente na faixa etária de maior incidência de câncer bucal. Essa campanha tem favorecido aos profissionais da saúde maior acesso aos pacientes com faixa etária de risco do câncer bucal. Idosos relatam desnecessárias visitas a um cirurgião-dentista, visto que a maioria é totalmente desdentado<sup>18</sup>. Nesse momento, cirurgiões dentistas promovem o autocuidado e autoexame da cavidade oral em indivíduos com maior risco.

Os pacientes são orientados quanto à prevenção do consumo do tabaco e bebidas alcoólicas

e por meio de exames visuais da cavidade bucal e físico de palpação ganglionar da cabeça e pescoço os profissionais identificam lesões suspeitas de câncer junto com medidas preventivas e educativas a fim de viabilizar diagnósticos precoces da doença e melhor prognóstico por meio de uma efetiva intervenção terapêutica. Na metodologia de exame visual durante a campanha de prevenção do câncer bucal na Índia, foi constatada redução considerável da morbimortalidade deste tipo de câncer em pacientes de alto risco<sup>19,10</sup>.

Acreditamos que dados amostrados por meio de campanhas públicas para diagnóstico se apresentam ferramentas importantes para prevenção e cura do câncer bucal em idosos. Neste sentido, o objetivo do presente manuscrito foi avaliar a resolutividade das Campanhas de Prevenção do Câncer Bucal na cidade de Ribeirão Preto nos anos de 2010-2014, inseridas durante as Campanhas de Vacinação contra a Gripe em idosos.

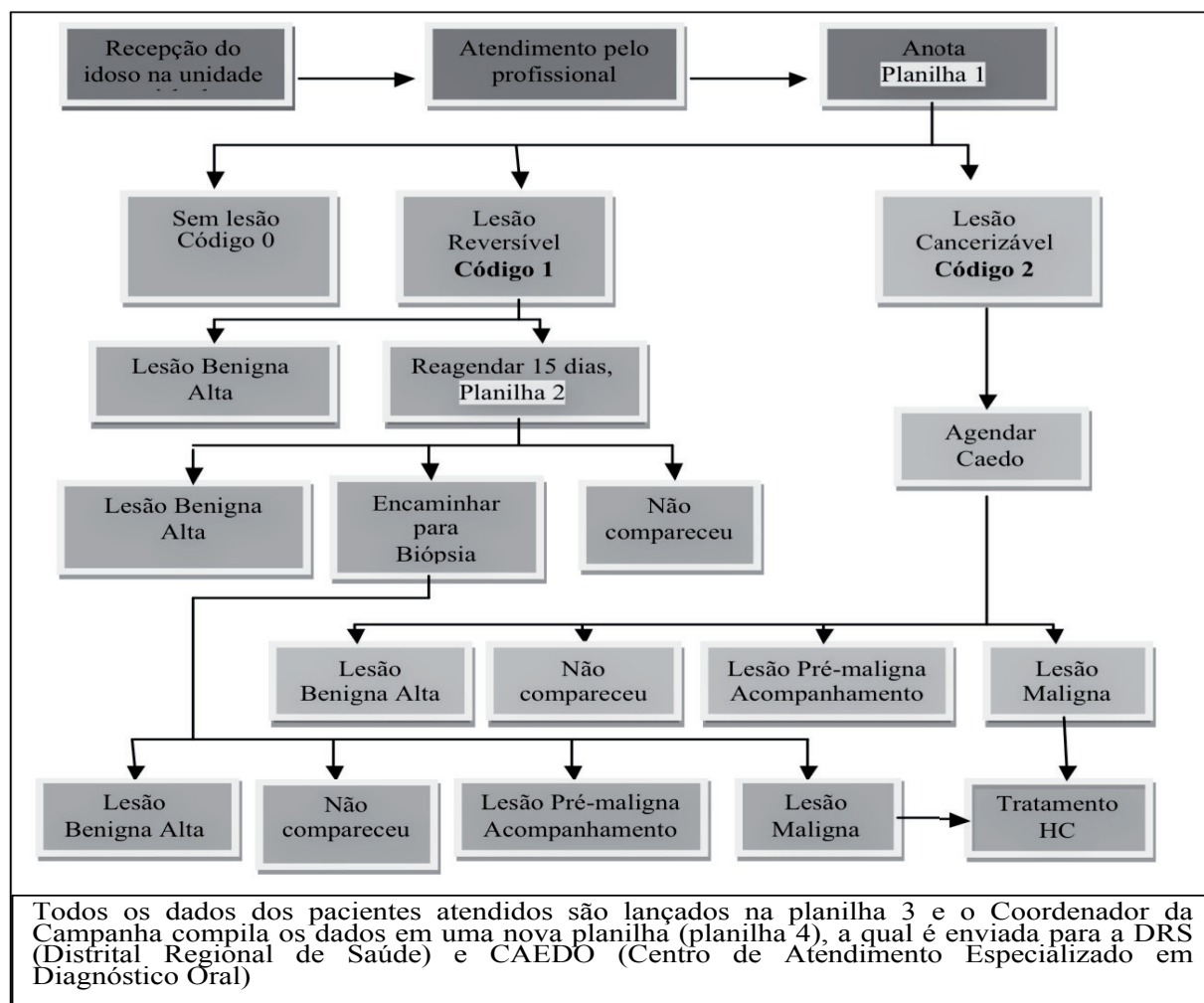
## MATERIAL E MÉTODOS

### Rotina da Campanha Atualmente Desenvolvida

Anualmente a campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em Ribeirão Preto é realizada durante os 15 primeiros dias da campanha de vacinação contra gripe em idosos do Ministério da Saúde. Todas as unidades básicas e distritais de saúde do município do Ribeirão Preto participam dessa campanha. Atualmente a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Ribeirão Preto e a Distrital Regional de Saúde XIII (DRS XIII) são responsáveis pela organização e viabilização desta campanha.

O departamento odontológico da SMS do município de Ribeirão Preto se cadastra junto à DRS XIII. Estas instituições enviam ao departamento os dados anotados em planilhas específicas de acordo com a etapa do atendimento. O Conselho Regional de Odontologia (CRO) participa dessa campanha por meio do fornecimento de material de divulgação sobre o autoexame e prevenção do câncer bucal, que é enviado para as unidades de saúde antes do início da campanha.

Treinamentos técnico e científico são dirigidos a todos os participantes na DRS XIII antes do início da campanha por meio de aula para capacitação, ministrada por professores especialistas em estomatologia, com finalidade de atualização dos profissionais envolvidos e ratificação da importância de detecção precoce de lesões bucais pertinentes ao câncer bucal e educação em saúde. O protocolo de atendimento durante a campanha está explicado no fluxograma (Figura 1).

**Figura 1** - Fluxograma para o protocolo de atendimento

A abertura oficial, que ocorre no primeiro dia da campanha de vacinação contra a gripe em idosos, se dá em um sábado nomeado como “Dia D”, na região central do município de Ribeirão Preto. Após esse dia a campanha continua nas 47 Unidades Básicas de Saúde e 5 Distritais de Saúde. Durante os quinze dias de campanha, as unidades se readequam para realizarem os exames bucais nos pacientes sem que atrapalhem o andamento da vacinação, portanto, algumas unidades examinam os pacientes no próprio consultório odontológico, outras examinam em uma sala próxima a vacina e até mesmo improvisam um lugar fechado com biombos e luz artificial, quando não possuem sala específica para isso.

Os pacientes a serem vacinados são orientados a esperar em filas ou recebem senhas para posterior atendimento. Em seguida a vacinação, são abordados e convidados por um auxiliar de consultório dentário ou um agente comunitário de saúde, a realizarem o exame bucal e inspeção ganglionar por um cirurgião-dentista. Aceito o convite, a auxiliar odontológica preenche a planilha 1 com nome, idade e telefone do paciente. Então o paciente é submetido ao exame clínico pelo dentista. A ocorrência de três desfechos

básicos está prevista e pode ser encontrada no Fluxograma 1.

Ao final de cada diagnóstico o dentista que gerou o encaminhamento inicial recebe uma contra referência com o diagnóstico do paciente.

Finalizada a campanha, todas as unidades de saúde enviam as planilhas 1 e 2 preenchidas e compiladas na planilha 3. O coordenador da campanha então compila os dados na planilha 4 e a envia para a DRS XIII.

Para esse estudo quantitativo ou correlacional, foram levantados dados de usuários de saúde acima de 40 anos, ambos os sexos que estavam registrados no Banco de dados da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, CAEDO, Centro Especializado em Odontologia (CEO) e Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) durante as campanhas de 2010 a 2014. O estudo foi registrado na Plataforma Brasil, Ministério da Saúde (CAAE: 36932814.6.0000.5498). Todo e qualquer dado foi obtido por meio da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto ocorreu exclusivamente após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), em serem humanos da Universidade de Ribeirão Preto sob o parecer nº 816.685. A amostragem atual contou com 1121 (mil

cento e vinte e uma) pessoas e estas se enquadram nos critérios de inclusão mencionados. As variáveis foram classificadas como ordinais, nominais ou dicotômicas,

(idade, sexo, presença e tipo de lesão bucal). Os dados obtidos por meio desse protocolo permitiram avaliar a resolutividade da campanha.

**Tabela 1** - Pacientes vacinados, examinados e encaminhados com algum tipo de lesão Bucal durante as campanhas de vacinação contra gripe em idosos nos anos de 2010 a 2014

SITUAÇÃO DO PACIENTE ANO	PACIENTES VACINADOS*	PACIENTES EXAMINADOS*	PACIENTES ENCAMINHADOS
2010	35.075	11.218 (32%)	193 (1,72%)
2011	40.082	13.251 (33%)	303 (2,29%)
2012	18.952	9.437 (49%)	207 (2,19%)
2013	26.544	12.223 (46%)	212 (1,73%)
2014	34.528	11.553 (33%)	205 (1,77%)
<b>TOTAL</b>	<b>155.182</b>	<b>57.682 (37%)</b>	<b>1.121 (1,94%)</b>

\*Dados dos 15 primeiros dias de campanha.

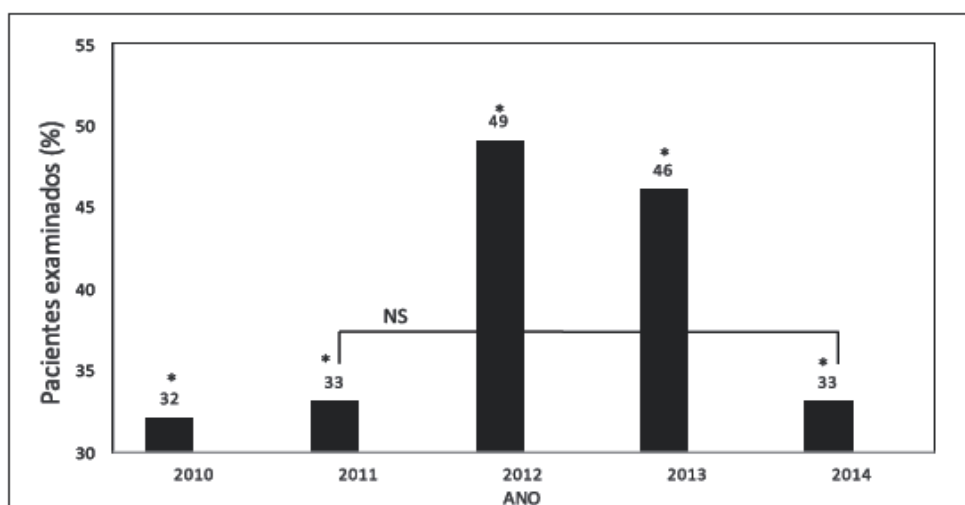
Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, 2014.

Os testes estatísticos utilizados foram Regressão Linear Simples para análise dos dados ao longo de 5 anos (2010-2014), Teste de Comparação de Duas Proporções para análise entre cada ano da campanha. Quando se obteve relação entre essas variáveis, foi utilizado Teste de Correlação e finalmente teste Qui Quadrado para verificar as frequências encontradas e esperadas com ou sem diferenças significativas entre as outras variáveis desse estudo. Foram consideradas estatisticamente diferentes as comparações que apresentaram valor

de  $p < 0,05$  (IC95 – intervalo de confiança de 95%). As análises estatísticas foram realizadas por meio do software estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17.0, 2008.

Conforme apresentado na Figura 2, análise dos dados ao longo dos 5 anos de Campanha de Vacinação contra Gripe em Idosos demonstrou não haver alteração dos percentuais dos pacientes que foram examinados nos quinze primeiros dias de Campanha de cada ano. Por outro lado, a análise ano a ano indica diferença significativa, exceto na comparação entre os anos de 2011 e 2014.

**Figura 2** - Comparação em percentual de pacientes examinados para prevenção de Câncer Bucal durante a campanha de Vacinação contra gripe em Idosos no município de Ribeirão Preto, SP, Brasil entre os anos de 2010 a 2014. Análise de Regressão Linear ao longo dos anos ( $p=0,64$ )



Com relação à amostra dos pacientes examinados, constatou-se que a porcentagem dos mesmos permaneceu constante ao longo dos anos.

Apartir dos pacientes amostrados na campanha contra a gripe em idosos, as análises subsequentes do número de pacientes encaminhados foram realizadas com foco nos dados de pacientes no sentido de obter informações que substanciassem a importância da manutenção e ampliação da campanha contra o câncer bucal. Em análise da regressão simples observamos ausência de relação ( $p=0,67$ ) entre os percentuais das variáveis dos pacientes encaminhados e aqueles que foram examinados para exame bucal ao longo de todo o intervalo (5 anos). Por outro lado, a análise ano a ano dos percentuais dos pacientes encaminhados em relação aos examinados, demonstra alteração pontual com diferenças significativas entre alguns anos que não influenciam no resultado final.

Entre os pacientes encaminhados, uma parcela de pacientes com algum tipo de lesão deixou de comparecer aos centros especializados para serem diagnosticados. Foi constatado número elevado absenteísmo (44,42%), durante todos os anos da campanha.

Análise de regressão dos dados ao longo de 5 anos mostrou não haver alteração significativa ( $p>0,05$ ) para queda ou aumento dessas proporções.

Na avaliação do perfil de gênero e idade dos pacientes amostrados durante os anos da campanha de câncer bucal observamos que do total de 1.121 pacientes encaminhados na Campanha de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal (CPDPCB) durante os cinco anos, houve prevalência de pacientes do sexo feminino (699; 62%). A maior prevalência de idade nas mulheres foi entre 61 a 70 anos.

No sentido de somar indicadores para resolutividade das campanhas, levantamos os números e porcentagem de pacientes que tiveram diagnóstico positivo para lesões malignas; diagnóstico de lesões pré-cancerígenas; pacientes sem diagnóstico concluído; pacientes sem lesão; pacientes com diagnóstico de variação de normalidade e pacientes com diagnóstico de lesão benigna.

De modo complementar verificamos equidade de proporção de pacientes de ambos sexos encaminhados para elucidação diagnóstica e que no momento do exame não foi encontrada alteração alguma. Houve número expressivo de diagnóstico inconclusivo sem diferenças estatísticas tanto nas proporções de pacientes do sexo feminino quanto masculino. Da mesma forma, obtivemos igualdade de proporção para os pacientes de ambos os sexos encaminhados com lesões com variação de normalidade (Tabela 2).

**Tabela 2:** Distribuição absoluta e relativa (%) do Tipo de Lesão de Câncer Bucal por Gênero ao longo dos anos em que os dados foram coletado durante as Campanhas de Vacinação contra Gripe em idosos (2010 a 2014)

TIPO DE LESÃO	BENIGNA	MALIGNA	PRÉ CANC.	DIAGNÓSTICO INCONCLUSIVO	SEM LESÃO	VARIAÇÃO NORMALIDADE	TOTAL GERAL
<b>SEXO</b>							
<b>Feminino</b>	263 (68,85%)	5 (1,31%)	26 (6,81%)	32 (8,38%)	39 (10,21%)	17 (4,45%)	382
<b>Masculino</b>	129 (53,53%)	13 (5,39%)	31 (12,86%)	31 (12,86%)	25 (10,37%)	12 (4,98%)	241
<b>Total Geral</b>	<b>392</b> <b>(62,92%)</b>	<b>18</b> <b>(2,89%)</b>	<b>57</b> <b>(9,14%)</b>	<b>63</b> <b>(10,11%)</b>	<b>64</b> <b>(10,27%)</b>	<b>29</b> <b>(4,65%)</b>	<b>623</b>

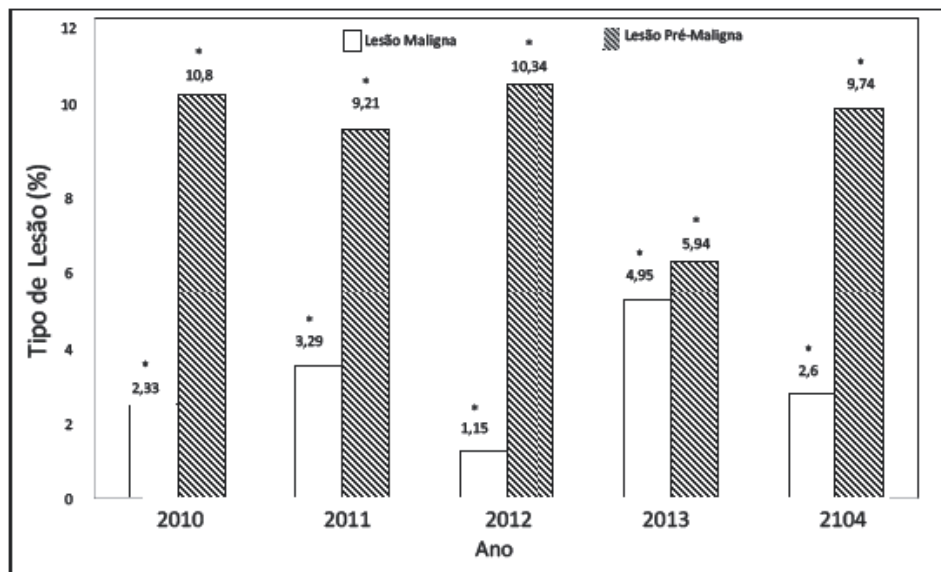
Teste Qui-Quadrado ( $X_2$ ) = 23,08. Tipo benigna, % do sexo masculino significativamente inferior ao feminino (53,33 < 68,85;  $p < 0,001$ ). Tipo maligno, % do sexo feminino significativamente inferior ao masculino (1,31 < 5,39;  $p = 0,01$ ). Tipo pré-cancerígeno, % do sexo masculino significativamente superior ao feminino (12,86 > 6,81;  $p = 0,05$ ).

A análise de regressão linear simples da ocorrência de cada tipo de lesão ano a ano, confirma

não alteração na proporção quanto ao número de lesões malignas e lesões pré-malignas (Figura 3).



**Figura 3** - Distribuição dos percentuais de lesões malignas e pré-malignas de Câncer Bucal detectados em ações para prevenção de Câncer Bucal durante a campanha de Vacinação contra gripe em Idosos no município de Ribeirão Preto, SP, Brasil ao longo dos anos de 2010 a 2014. Análise de Regressão Linear Simples ao longo dos anos ( $p=0,69$ ; lesão maligna e  $p=0,57$ ; lesão pré-maligna). \*Análise entre duas proporções ano a ano ( $p < 0,01$ ).



## DISCUSSÃO

Os exames bucais realizados por cirurgiões dentistas durante as campanhas de prevenção do câncer bucal são de fato indicadores de resolutividade para inclusão do cuidado contra o câncer bucal na campanha de vacinação contra gripe em idosos. Até o momento nenhuma análise havia sido desenvolvida no sentido de garantir a viabilidade da inserção das Campanhas de Prevenção do Câncer Bucal durante as Campanhas de Vacinação contra a Gripe em idosos. Este é o primeiro estudo realizado no município de Ribeirão Preto que aponta tais resultados e permite propor o incremento desse índice de resolutividade e apontar as seguintes vantagens:

1. Rapidez, sem custos extras ao município;
2. Maior captação da população idosa, visto ser a faixa etária com maior incidência de câncer bucal e alvo da campanha de vacinação contra gripe, campanha esta já consolidada;
3. Facilitação do contato com o idoso, pois a maioria julga desnecessárias as visitas ao dentista por não possuírem dentes;
4. Conveniência para o usuário, pois é examinado mais perto da sua casa, na unidade de saúde de abrangência de sua residência;
5. Qualificação e capacitação de cirurgiões dentistas, pois é executado treinamento prévio para atuação na prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal;

6. Sensibilização dos profissionais envolvidos a realizarem também o exame de prevenção do câncer bucal durante todo ano, incorporando os conhecimentos adquiridos nas rotinas de trabalho;

7. Implementação de ações em saúde com orientação do autoexame e conhecimento de fatores de riscos;

8. Realização de exames de próteses e encaminhamento para confecção de novas próteses quando necessário;

9. Diagnóstico e tratamento de lesões reversíveis no âmbito de atenção básica.

A manutenção dos percentuais de pacientes examinados ao longo de 2010 a 2014 e o futuro incremento desse índice foi traçado por meio da adoção das seguintes estratégias:

- Sensibilização da equipe de saúde sobre a importância da campanha;
- Divulgação com antecedência da campanha na mídia local como rádio, televisão, jornais, faixas, cartazes e distribuição de panfletos explicativos em supermercados, padarias, farmácia, igrejas, centros comunitários, etc.;
- Utilização de recursos visuais. Por exemplo: com imagens de câncer bucal avançados com intuito de impactar;
- Divulgação dos casos resolvidos com diagnóstico positivo para câncer de boca;

- Adoção de um local de exames exclusivo para idosos e próximo à área de vacinação. Muitos possuem dificuldade de locomoção e até mesmo sentem vergonha de tirarem próteses ou mostrarem a boca a alguém;
- Realização do exame bucal antes da vacinação;
- Envolvimento da equipe de vacinação com as prerrogativas da campanha de prevenção contra o Câncer Bucal;
- Mudança da abordagem aos idosos com relação a palavra *CÂNCER*;
- Remanejamento de Cirurgião Dentista de unidades de público alvo reduzido para unidades com maior número de idosos e
- Implantação de equipe para atendimento em asilos, casas de repouso, pacientes acamados, juntamente como Serviço de Atendimento Domiciliar etc.

Acreditamos que a manutenção da proporção de pacientes encaminhados para exames de diagnósticos nas CPDPCB se dê pela capacitação dos profissionais em diagnóstico de câncer bucal que ocorre anualmente com antecedência de cada campanha na cidade de Ribeirão Preto, o que permite a redução de encaminhamentos desnecessários e atendimento de melhor qualidade ao usuário. Tal conclusão é ratificada com o estudo de Falcão et al. (2010) que identificaram o grau de conhecimento do cirurgião dentista em relação ao câncer bucal na cidade de Feira de Santana (BA) no ano de 2006. Ficou constatado que somente 3,7% dos entrevistados obtiveram o conceito ótimo em relação ao conhecimento da doença e 69,5% dos profissionais apresentaram baixo nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico de câncer bucal<sup>20</sup>.

Em relação ao elevado número de faltas ao encaminhamento para elucidação diagnóstica, a literatura aponta hipóteses que substanciam explicações para tal ocorrência. Possivelmente pacientes tenham receio do resultado positivo para o câncer de boca, além do medo de dor ou desconforto durante exame para diagnóstico<sup>21</sup>. Ou ainda dificuldade de transporte por falta de recursos econômicos do paciente para se deslocar para outro local onde são executadas as consultas especializadas e até mesmo o esquecimento do usuário de sua consulta agendada. Como hipótese técnica-administrativa, há possibilidade de falhas das instâncias responsáveis pelo preenchimento ou envio de referência e/ou contra referência, falhas na comunicação entre unidade de saúde municipal e seu usuário, o qual resultaria em dados “não reais”. Essa investigação não foi alvo deste projeto, mas é algo que merece ser avaliado para proposição de protocolos de preenchimentos com pessoas capacitadas e treinadas. Hipótese menos provável é a identificação de fatores de riscos que faria com que os pacientes se deparassem com orientações para abandonar hábitos como fumar e/ou ingerir bebidas alcólicas.

Experiências práticas podem explicar um menor índice de falta em 2010 quando os pacientes foram encaminhados somente ao CAEDO (serviço prestado pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto). Quando se analisa os demais anos em que verificamos aumento significativo da proporção de faltosos, os pacientes haviam sido encaminhados aos novos serviços de atendimento, CEO e UNAERP, além do CAEDO. No CAEDO o protocolo de atendimento está estabelecido desde 1988, portanto a operação se encontra sistematizada e protocolada. Contudo, a partir de 2010 a demanda ao CAEDO foi sensivelmente aumentada, tendo sido necessário a implantação dos novos locais: CEO e UNAERP. O CEO se encontra no prédio do Pronto Socorro Central no município de Ribeirão Preto, SP. Por se tratar de pronto atendimento, os usuários de saúde julgam ser baixa a qualidade do serviço devido à demora do atendimento, o que pode levar os pacientes encaminhados a compararem ao atendimento do CEO sentindo-se desmotivados a comparecerem à consulta. De fato, estes são os relatos dos próprios pacientes para as ausências em consultas médicas na rede municipal de Ribeirão Preto e São Carlos<sup>22</sup>.

Durante o ano de 2014 ocorreu menor número de pacientes faltosos ao exame, o que se deve ao trabalho de motivação dos profissionais envolvidos em realizar busca ativa dos pacientes encaminhados por meio de telefonemas e cartas com avisos da data das consultas. Essa tentativa da divisão de odontologia da SMS de Ribeirão Preto teve a intenção de sanar ou diminuir o número excessivo de faltosos nos anos anteriores.

Se considerarmos as faltas ao longo de todos os anos estudados, teríamos como resultado baixa resolatividade das Campanhas de 2010 a 2014, porém, se considerarmos os pacientes encaminhados, ao excluirmos os faltosos, observamos alta resolatividade, pois foi significativamente elevado o número de lesões benignas efetivamente tratadas, a constância do número de lesões malignas ao longo dos 5 anos, bem como o número de pacientes com lesões pré-cancerosas que permaneceram em acompanhamento.

O perfil de gênero e idade dos pacientes amostrados durante os anos da campanha de câncer bucal, aponta prevalência do sexo feminino com idades entre 61 e 70 anos. De fato, mulheres são mais atentas aos cuidados em saúde<sup>23</sup>.

Quanto à resolatividade dos encaminhamentos, os pacientes que apresentaram lesão maligna foram rotineiramente encaminhados para tratamento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto (FMRP, USP). No caso de lesões pré-cancerígenas, os pacientes foram tratados ou permaneceram em acompanhamento nos

serviços de saúde CEO, CAEDO e UNAERP. Nos demais casos seguiram com tratamento específico no local da identificação do problema e até receberem alta. A literatura refere que a mortalidade por câncer de boca possa ser reduzida quando lesões pré-cancerosas são adequadamente seguidas e/ou tenham sido previamente removidas e, quando lesões malignas tenham sido efetivamente tratadas<sup>7</sup>. Tal referência nos fornece um suporte adicional à conclusão de resolutividade ao qual estamos propondo para campanha de câncer bucal.

Estudo de Biazevic et al.<sup>24</sup>, desenvolvido com o objetivo de descrever a mortalidade por câncer de boca e orofaringe na cidade de São Paulo entre 1980 a 2002 mostrou que a doença se manifestou preferencialmente em indivíduos do sexo masculino maiores que 60 anos. Esses resultados estão associados aos fatores de riscos como tabagismo e alcoolismo e também ao maior tempo de exposição do paciente a esses mesmos fatores<sup>24</sup>.

Vários estudos constataram que homens, em geral, morrem mais do que as mulheres devido a condições de doenças crônicas<sup>25</sup>. Entretanto, apesar das taxas masculinas assumirem peso significativo nos perfis de morbimortalidade, a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres. Questões relacionadas ao trabalho, a dificuldade de acesso aos serviços e a falta de unidades especificamente voltadas para a saúde do homem são os principais motivos relatados para a pouca procura pelos serviços de saúde<sup>26</sup>. Frequentemente os homens relatam que deixam de procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, pois acreditam que sua virilidade e sua invulnerabilidade poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino. Em contrapartida, mulheres possuem a representação do “cuidar” como tarefa intrínseca, o que faz com que elas procurem mais cuidados à saúde pelas questões obstétricas e ginecológicas e buscam mais informações preventivas sobre doenças e ainda preocupações estéticas.

Apesar de que nos últimos anos, as mulheres estejam mais expostas à associação do uso de tabaco e álcool, o que reconhecidamente explica a redução na proporção homem/mulher acometida pelo câncer bucal<sup>27</sup>, o sexo masculino ainda é mais acometido por neoplasias de boca devido ao sinergismo tabaco e álcool que substancialmente eleva a probabilidade da doença. O Instituto Nacional de Câncer (2014) prevê 2,95 casos em homens para cada mulher diagnosticada<sup>4</sup>.

A população das campanhas se manteve proporcional estatisticamente em todos os anos e o índice de pacientes examinados foi de 37% da

cobertura vacinal ao longo dos 5 anos estudados. Tais dados indicam a resolutividade das campanhas, pois não houve aumento das lesões ao longo do tempo. Houve consistência na proporção de pacientes examinados e encaminhados entre todos os anos. Foram diagnosticados 2,89% de lesões malignas, 9,15% de lesões pré-malignas e 62,92% de lesões benignas, ou seja, 74,96% de resolutividade nos 5 anos.

## CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que as campanhas de vacinação contra gripe em idosos se mostraram efetivas na mobilização da população alvo para as campanhas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. A manutenção e ampliação dessa estratégia devem ser incentivadas para que a cobertura de exames bucais em idosos se aproxime a cada ano da cobertura vacinal do município. O incremento dos índices de pacientes examinados nas campanhas deve ser sempre estimulado a fim de que seja diagnosticado maior número de lesões precoces de câncer de boca, pois essa doença pode ser curada na maioria dos casos quando diagnosticada em estágios iniciais.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the effectiveness of Oral Cancer Prevention Campaigns in the city of Ribeirão Preto, SP, Brazil, from 2010 to 2014, set during the campaigns of vaccination against influenza in the elderly. **Material and Methods:** Information was gathered from the City of Ribeirão Preto's database from the Center for Specialized Care in Oral Diagnoses (Ribeirão Preto School of Dentistry, USP) and the University of Ribeirão Preto. **Results:** Of the 57,682 patients examined, 1,121 were referred to reference centers for a laboratory diagnosis of oral cancer. A consistent proportion of patients were screened and forwarded; 2.89% were patients diagnosed with malignant lesions; 9.15% with pre-malignant lesions and 62.92% with benign lesions. Specific analysis indicated that 74.96% were successful in their resolutions. **Conclusion:** The strategies used during the oral cancer prevention campaigns are effective and should be included in campaigns such as influenza vaccination in the elderly. **Uniterms:** Mouth neoplasms. Public health policy. Health promotion.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Os autores declaram não terem recebidos qualquer financiamento para a execução desta pesquisa.



## AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, SP, à Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) e à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP) - Campus Ribeirão Preto.

## REFERÊNCIAS

- Rosin MP, Poh CF, Elwood JM, Williams M, 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.
- Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol* 2009; 45:309-16.
- Camargo-Cancela M, Voti L, Guerra-Yi M, Chapuis F, Mazuir F, Mazuir M et al. Oral cavity cancer in developed and in developing countries: population-based incidence. *Head Neck* 2010; 32: 357-67.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. [Internet] Rio de Janeiro: INCA; 2014. [acesso em 2014 mar 30]. Disponível em: <<http://www.Instituto Nacional de Câncer.gov.br/>>.
- Silva PSL, Leão VML, Scarpel RD. Caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em hospital de referência na cidade de Salvador - BA. *Rev CEFAC.* 2009; 11: 441-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Brasília; Ministério da Saúde; 2010. [acesso em 2014 mar 30]. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentacao\\_SB2010.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentacao_SB2010.pdf)>.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot E. Patologias epiteliais. In: *Patologia oral & maxilofacial.* 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2009, 388-425.
- Hospital A.C. Camargo. Tipos de câncer. [Internet] São Paulo: 2014. [acesso em 2014 mar 30]. Disponível em: <<http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/boca-e-garganta/1/>>.
- Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Campanha de combate ao fumo alerta sobre malefícios do narguilê. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2014 fev 2016]. Disponível em: <<http://www.Instituto Nacional de Câncer.gov.br/>>.
- Conway DI, Petticrew 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.
- Torres-Pereira C. Oral cancer public policies: is there any evidence of impact? *Braz. Oral Res.* 2010; 24 Suppl 1: 37-42.
- Petti S. Lifestyle risk factors for oral cancer. *Oral Oncol.* 2009; 45:340-50.
- Petersen PE. Oral cancer prevention and control—the approach of the World Health Organization. *Oral Oncol.* 2009; 45(4–5):454-60.
- Marron M, Boffetta P, Zhang ZF, Zaridze D, Wünsch-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.
- Czerninski R, Zini A, Sgan-Cohen HD. Lip cancer: incidence, trends, histology and survival: 1970-2006. *Br J Dermatol.* 2010; 162(5):1103-9.
- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5:163-78.
- 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 Publica* 2012; 31:246-52.
- Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25: 1063-72.
- Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B et al. Oral Cancer Screening Study Group. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomized controlled trial. *Lancet.* 2005; 365(9475):1927-33.
- Falcão MML, Alves TDB, Freitas VS, Coelho TCB. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. *RGO.* 2010; 58:27-33.
- Prieto L, Silva OMP, Accioly Júnior. H, Oliveira EF, Blachman IT. A representação social do câncer bucal para os profissionais de saúde e seus pacientes. *Rev Odontol UNESP.* 2005; 34: 185-91.
- Rede Globo. Canal G1. Pacientes reclamam de demora em atendimento em pronto-socorro de Ribeirão Preto. [Internet] Jornal EPTV segunda edição, Ribeirão Preto, 7 mar. 2015. [acesso em 2016 mar 7]. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/jornal-da-eptv-2edicao//videos/v/pacientes-reclamam-de-demora-em-atendimento-em-pronto-socorro-de-ribeirao-preto/4233713/>>.
- Mota RR, David HM. Crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trab Educ Saúde.* 2010; 8:229-48.

24. Biazevic MGH, Castellanos RA, Antunes JLF, Michel-Crosato E. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2105-14.
25. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:565-74.
26. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panamá Salud Pública* 2002; 11:365-73.
27. Melo AUC, Albuquerque Júnior RLC, Melo MFB, Ribeiro CF, Santos TS, Gomes ACA. Análise das estimativas de incidência de câncer de boca no Brasil e em Sergipe (2000 - 2010). *Odontol Clín Cient.* 2012; 11: 65-70.