

CURSO DE ODONTOLOGIA

Kawely Chaves Messones

**PREVALÊNCIA DE MALIGNIDADE DAS LESÕES BUCAIS DO PROJETO DE
DIAGNÓSTICO BUCAL DA UNISC.**

Santa Cruz do Sul

2018

Kawely Chaves Messones

**PREVALÊNCIA DE MALIGNIDADE DAS LESÕES BUCAIS DO PROJETO DE
DIAGNÓSTICO BUCAL DA UNISC.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de
Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul
para obtenção do título de cirurgiã-dentista.

Orientadora: Profª Me Estela Máris Gassen Gonçalves.

Santa Cruz do Sul

2018

Kawely Chaves Messones

**PREVALÊNCIA DE MALIGNIDADE DAS LESÕES BUCAIS DO PROJETO DE
DIAGNÓSTICO BUCAL DA UNISC.**

Este trabalho foi submetido à banca de avaliação da disciplina de
Trabalho de Conclusão de Curso, do Curso de Odontologia da
Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial
para obtenção do título de cirurgiã-dentista.



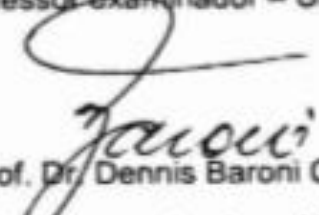
Prof. Me. Estela Maris Gassen Gonçalves

Professora orientadora



Prof. Me. Jorge Ricardo Schmidt Maas

Professor examinador – UNISC



Prof. Dr. Dennis Baroni Cruz
Professor examinador – UNISC

Santa Cruz do Sul

2018

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por todas as bênçãos que generosamente ele me concede.

Agradeço aos meus amados pais Elisângela e Luis Claudio, meu padrasto Leandro, vó Maria, vô Julio pela oportunidade de poder realizar este sonho, por acreditarem em mim e financiarem esta etapa tão importante da minha vida.

Aos professores pelos ensinamentos diários, em especial agradecimentos imensos à minha orientadora Profa. Me. Estela Maris Gassen Gonçalves, pela dedicação, paciência, amizade e atenção ao longo deste período tão importante.

Ao professor Dr. Leo Kraether Neto, que permitiu que esta pesquisa fosse realizada com dados do seu projeto.

Ao meu namorado Miguel, por estar sempre ao meu lado, me incentivando e apoiando, assim como, acreditando em meu potencial.

As minhas amigas e amigos, por sua lealdade, companheirismo e carinho durante todo o período acadêmico.

*“Se você pensa que pode ou se
pensa que não pode,
de qualquer forma você está certo.”
(Henry Ford)*

RESUMO

O presente estudo de prevalência é uma pesquisa transversal realizada no Projeto de Diagnóstico Bucal da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS. Este tem como objetivo principal identificar a prevalência de lesões bucais malignas, associando com idade, sexo, uso de tabaco e sítios bucais mais acometidos. Para obtenção dos dados, o instrumento de pesquisa utilizado foram os prontuários de pacientes atendidos no Projeto de Diagnóstico Bucal da UNISC. A análise de dados foi realizada, a partir dos pacientes que tiveram seus prontuários encaminhados à biopsia, no período de janeiro de 2012 a julho de 2018. Obtiveram-se 194 prontuários de pacientes encaminhados à biopsia neste período, sendo que destes, 147 tiveram lesões benignas, 33 tiveram lesões malignas e 14 tiveram diagnóstico inconclusivo. Em relação ao sexo, as mulheres foram maioria nesta pesquisa e a faixa etária variou de 7 anos de idade mínima a 87 anos de idade máxima. O sítio mais acometido, por lesões malignas, foi a língua com 4,5% dos casos. Quanto as características, a lesão maligna mais frequente foi o carcinoma espinocelular e a benigna mais frequente foi hiperplasia fibrosa inflamatória. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos realizados anteriormente no Brasil. A partir deste estudo foi possível conhecer as demandas de lesões de tecidos moles na população da região de abrangência da UNISC, e pretende-se que este trabalho sirva de subsídio para alimentar com dados atualizados o Projeto de Diagnóstico Bucal, a fim de possibilitar a ampliação do serviço, como, planejar estratégias de prevenção e tratamento para estes problemas bucais. Diante dos dados apresentados comprova-se a relevância social de tal projeto, devido ao grande número de pessoas atendidas na UNISC, e a sua resolutividade, tendo em vista o conhecimento das lesões examinadas.

Palavras chave: Diagnóstico. Prevalência de lesões bucais. Câncer Bucal. Biopsia.

ABSTRACT

The present prevalence study is a cross-sectional research done on Projeto de Diagnóstico Bucal da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS (UNISC) [project of buccal diagnosis from University of Santa Cruz do Sul in Rio Grande do Sul]. It has as major objective identify the prevalence of malignant buccal lesions, associated with age, gender, tobacco use and buccal sites most affected. For obtaining data, we use as research instrument the medical records patient attended on Projeto de Diagnóstico Bucal from UNISC. The data analysis was realized with the patients who had their medical records forwarded to biopsy in the period between january of 2012 to july of 2018. One hundred and ninety-four medical records were obtained: 147 has benign lesions, 33 has malignant lesions and 14 has diagnosis to be clarified. In relation with gender, women are majority in this research. The age ranged from 7 to 87 years. The site most affected by malignant lessions was the tongue, in 4,5% of the cases. In relation with the features, the most common malignant lesion was squamous cell carcinoma, and the most frequent benign lesion was inflammatory fibrous hyperplasia. These results confirm the other studies done previously in Brazil. Because of this study was possible know demands of soft tissue injuries on the population of region of comprehensiveness of UNISC, and we expected that this study serve as subsidy to update the data from Projeto de Diagnóstico Bucal, besides plan prevention strategies and treatment to these buccais problems. In front of this information, the social relevance of this is project is comproved, because of the high number of people attended at UNISC and its resolutiveness, in view of knowledge about lesions examined.

Key words: Diagnosis. Prevalence of oral lesions. Oral cancer. Biopsy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Prevalência de sexo dos pacientes encaminhados à biópsia pelo PDB/UNISC. Santa Cruz do Sul, 2018	28
Tabela 02 – Prevalência de idade dos pacientes encaminhados à biópsia pelo PDB/UNISC. Santa Cruz do Sul, 2018	28
Tabela 03 – Relação das três lesões benignas mais prevalentes	29
Tabela 04 – Frequência do tipo de câncer dos pacientes diagnosticados nas biópsias pelo PDB/UNISC. Santa Cruz do Sul, 2018	31
Tabela 05 – Relação das lesões malignas com os sítios bucais diagnosticados pelo PDB/UNISC. Santa Cruz do Sul, 2018	32
Tabela 06 – Relação entre sexo e lesões malignas diagnosticadas pelo PDB/UNISC. Santa Cruz do Sul, 2018	33
Tabela 07 – Relação da idade com as lesões malignas diagnosticadas pelo PDB/UNISC. Santa Cruz do Sul, 2018	34
Tabela 08 - Relação entre o consumo de fumo e a ocorrência de câncer de boca diagnosticado pelo PDB/UNISC. Santa Cruz do Sul, 2018	35

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1	Determinação do câncer de boca	12
2.2	Citologia	12
2.3	Lesões mais frequentes na boca – tipos de câncer	13
2.3.1	Lesões não neoplásicas	13
2.3.2	Tumores benignos	14
2.3.3	Lesões potencialmente malignas	15
2.3.4	Lesões malignas.....	16
2.4	Dados nacionais do INCA.....	18
2.5	Prevenção ao câncer de boca e fatores de risco	18
2.6	Autoexame	20
2.7	Métodos de diagnóstico e tratamento	21
2.7.1	Métodos de diagnóstico	21
2.7.2	Tratamento.....	22
3	METODOLOGIA	24
3.1	Caracterização do estudo.....	24
3.2	Coleta, análise e publicação dos dados	24
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5	CONCLUSÃO	38
	REFERÊNCIAS	39
	ANEXO A – Parecer substanciado CEP Universidade de Santa Cruz do Sul	46
	ANEXO B - Carta de consentimento da coordenação do curso de odontologia	49
	ANEXO C - Carta de consentimento do Laboratório de Patologia da UNISC	50
	ANEXO D - Termo de consentimento livre e esclarecido	51

1 INTRODUÇÃO

Os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal têm como principais objetivos conhecer a importância dos problemas odontológicos e monitorar mudanças nos níveis e padrões das doenças ao longo do tempo. Os estudos têm capacidade de fornecer dados básicos sobre a situação bucal e sobre as necessidades de tratamento odontológico de uma população. Além disso, servem como importante instrumento para definição, implementação e avaliação de ações coletivas e individuais, preventivas e assistenciais. Os estudos epidemiológicos não devem ter um fim em si mesmo, mas uma forma de conhecer a realidade saúde/doença de uma determinada população, devendo ser realizados periodicamente (ANTUNES E PERES, 2006; KNIES et al., 2011).

Este estudo foi realizado na Clínica de Odontologia da UNISC, a qual se localiza no município de Santa Cruz do Sul que conta com 118.374 mil habitantes, segundo estimativa do IBGE/2010. A cidade está localizada no Vale do Rio Pardo, na região central do Rio Grande do Sul, a apenas 155 quilômetros de Porto Alegre. Caracteriza-se por ter a quinta melhor economia do Estado e uma das dez maiores cidades do Rio Grande do Sul. Possui uma área total de 794,49 km², sendo 156,96 km² de área urbana, dividida em 36 bairros, e 637,53 km² de área rural (DEMOGRÁFICO, 2010; PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL, 2017).

O município é considerado polo mundial da indústria fumageira, sendo o tabaco sua principal fonte de receita, emprego e renda. Segundo dados da Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra), referentes ao Diagnóstico Socioeconômico das Propriedades Fumicultoras (2014/2015), atualmente são 2,6 mil proprietários e 3,4 mil famílias envolvidas com essa cultura. A diversificação econômica vem crescendo no município, destacam-se o setor alimentício, metalúrgico e farmacêutico, embora o setor do tabaco represente uma fatia significativa na totalidade industrial (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL, 2017).

A Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) localizada no município de Santa Cruz do Sul, oferece 60 cursos de graduação, assim como cursos de Pós-

graduação: especialização, mestrado e doutorado. Dentre os cursos de graduação, o Curso de Odontologia oferece uma excelente infra-estrutura de apoio aos acadêmicos, onde se sobressai a Clínica Odontológica com todos os recursos didáticos, operacionais e físicos, destinados à prática acadêmica voltada à comunidade, com abrangência regional, por meio de programas de atenção à população como parte de suas atividades de ensino, pesquisa e extensão (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, 2018).

O Projeto de Diagnóstico Bucal é um projeto de extensão do curso de Odontologia, criado em 2000 e coordenado pelo Prof. Dr. Leo Kraether Neto e tem como principal objetivo atender a população em geral do Vale do Rio Pardo e diagnosticar lesões bucais de tecidos moles, de forma especializada (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, 2018).

As pesquisas de preponderância das lesões bucais são importantes, não só para o conhecimento do estado de saúde e doença de uma população, mas também para conhecer os métodos de prevenção e as necessidades de tratamento, o que possibilita um melhor planejamento e ações práticas dos profissionais e serviços de saúde. É de extrema relevância que levantamentos epidemiológicos sejam realizados nas diversas regiões do Brasil, uma vez que, hábitos culturais, situação socioeconômica e nutricionais da população regional influenciam na incidência de determinadas lesões bucais (MOREIRA et al., 2011; PRADO et al., 2010).

Existe uma infinidade de lesões benignas e malignas que podem atingir a cavidade bucal e, seu diagnóstico provável é realizado por meio de um conjunto de dados clínicos, sinais e sintomas do paciente. Muitas vezes, há necessidade de um exame complementar, como a biópsia, por exemplo. Por isso, é fundamental conhecer as estruturas anatômicas da mucosa bucal quando em estado de normalidade, para assim distinguir quando surge alguma alteração patológica dentro da boca (BORAKS, 2001; MARCUCCI, 2000).

O diagnóstico precoce, no caso do câncer de boca, muda totalmente o prognóstico da doença, uma vez que dá oportunidade de tratamento quando a doença está nos estágios iniciais. Vale enfatizar que o número de casos de câncer tem aumentado a cada ano, sendo considerado um importante problema de saúde pública (INCA, 2017).

Visando tal compreensão, este estudo transversal, com a coleta de dados de pacientes atendidos no Projeto de Diagnóstico Bucal da UNISC e encaminhados à biopsia e posterior exame histopatológico, no período de janeiro de 2012 a julho de 2018, descreve a prevalência de lesões malignas na população atendida, assim como outros aspectos relevantes. Como a UNISC tem abrangência regional, esta pesquisa é uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, identificação de grupos de risco para câncer de boca e para o planejamento de ações preventivas e curativas em saúde bucal para a região (BASTOS et al., 2007).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Determinação do câncer de boca

O câncer de boca é caracterizado como a multiplicação desordenada de células defeituosas ou atípicas, que não conseguem ser eliminadas totalmente pelo sistema imunológico, essa evolução celular pode comprometer tecidos e órgãos. O câncer pode se apresentar por razões desconhecidas (SANTOS et al., 2012).

Pode-se chamar de câncer de boca, os cânceres que acometem o lábio superior e inferior e a cavidade oral: mucosa jugal ou região geniana (parte interna da bochecha), mucosa gengival, palato duro e mole, língua, assoalho de boca, área retromolar, comissura labial, úvula, tonsilas palatinas e sulco gengivo-labial, sendo que o câncer de boca está entre as principais causas de óbito por neoplasias. Este fato se justifica, porque mais de 50% dos casos são diagnosticados por biopsia em estágios avançados da doença (BRASIL, 2006; MARCUCCI, 2000; SÁ et al., 2012).

O câncer de boca está mais relacionado ao sexo masculino e a indivíduos com idade superior a 50 anos. O assoalho de boca e a língua são os sítios mais acometidos e o carcinoma espinocelular (CEC) é o tipo histológico mais frequente (ABDO et al., 2002; BRASIL, 2006).

O câncer de boca é multifatorial, não tendo um único causador. Sendo assim, pode ser estabelecido pela interação de fatores endógenos, como, a desnutrição e genética; os fatores exógenos, como, anemia por deficiência de ferro, infecções da cavidade bucal por vírus, como o Papiloma Vírus Humano (HPV), bactérias ou fungos; os fatores ambientais, também devem ser considerados, como os raios solares e, por fim, os fatores comportamentais, como o uso de fumo e álcool, cuja associação pode refletir na iniciação e promoção neoplásica (GONÇALVES DE CARVALHO et al., 2011; KNIES et al., 2011).

2.2 Citologia

O câncer de boca se propaga biologicamente através de diversos eventos moleculares que se desenvolvem em um indivíduo susceptível. Apesar da atestada influência de fatores carcinogênicos extrínsecos, a predisposição genética exerce um papel fundamental na sua patogênese (LEMOS JUNIOR et al., 2013).

O acúmulo de alterações genéticas está agregado ao desenvolvimento e avanço das lesões potencialmente malignas e carcinomas da cavidade bucal, como mutações que provocam tanto a ativação de oncogenes ou a inativação de genes supressores de tumor. Portanto, a exposição celular crônica a fatores carcinogênicos, danifica genes e cromossomos, desencadeando uma série de mutações genéticas consecutivas. A concentração dessas alterações genéticas, levam ao desenvolvimento de lesões displásicas e consecutivamente ao câncer (LEMOS JUNIOR et al., 2013).

2.3 Lesões mais frequentes na boca – tipos de câncer

2.3.1 Lesões não neoplásicas

Como exemplo de um processo proliferativo não neoplásico, podemos citar a hiperplasia fibrosa inflamatória, também chamada de epúlide fissurada, caracterizada como um aumento volumétrico da mucosa e tecido fibroso no rebordo alveolar. Clinicamente observa-se pregas únicas ou múltiplas de tecido hiperplásico firme e fibroso no rebordo alveolar, podendo apresentar-se eritematosa e ulcerada, geralmente associada com próteses mal adaptadas. A lesão se apresenta em estágios, inicialmente como uma fibrose mínima, favorecendo o tratamento não cirúrgico, somente com o reembasamento da prótese com um material condicionador de tecidos. Em estágios mais avançados da lesão, o tratamento é cirúrgico, com a remoção total da lesão e confecção de uma nova prótese (COELHO et al., 2000; GUIZHONI et al., 2012; SANTOS et al., 2004).

Os levantamentos epidemiológicos SB Brasil 2003 e 2010 apontam um alto índice de uso de prótese na população brasileira, o que pode elevar o índice de aparecimento da hiperplasia fibrosa inflamatória no caso do uso de próteses mal adaptadas. Os resultados de 2003 mostraram que na faixa etária de 15 a 19 anos, 1,08% dos participantes da pesquisa faziam uso de algum tipo de prótese dentária, na faixa etária de 35 a 44 anos, esse percentual aumenta para 36,77% e de 65 a 74 anos o percentual é ainda maior 62,4%. Na pesquisa de 2010 os índices mostram que na faixa etária de 15 a 19 anos, 2,15% dos participantes fazem uso de algum tipo de prótese, na faixa etária de 35 a 44 anos, obteve-se 21,45%, e na faixa de 65 a 74 anos 65,2% fazem uso de algum tipo de prótese. Nota-se que com o passar da idade e dos anos o percentual de usuários de algum tipo de prótese só aumentou, atrela-se a estes dados a possibilidade de próteses mal adaptadas corroborando

para um maior aparecimento de hiperplasia fibrosa inflamatória nos usuários (BRASIL, 2004, 2011).

A mucocele é uma lesão vesico-bolhosa muito comum na mucosa oral. Se caracteriza por um extravasamento de mucina para os tecidos moles, advindo da ruptura do ducto de uma glândula salivar. Geralmente está associada com trauma na região afetada e com pacientes mais jovens. Porém, pode ocorrer em qualquer idade devido a mucina extravasada abaixo da mucosa. A lesão apresenta uma coloração azulada e o sítio mais afetado é o lábio inferior. O tratamento é a remoção cirúrgica da lesão, embora muitas delas se rompam sozinhas e cicatrizem naturalmente. No momento da remoção deve-se remover qualquer glândula salivar que estiver dentro da lesão, visando minimizar o risco de recidiva (CAVALCANTE et al., 1999; MORESCO et al., 2003; NEVILLE et al., 2009;).

2.3.2 Tumores benignos

Tumores benignos são definidos como uma proliferação anormal e ilimitada de células, parecidas com as do tecido normal e restritas ao local de origem. São lesões que não se espalham para outros locais do corpo e nem invadem ou destroem o tecido sadio (AL-KHATEEB, 2009).

Como exemplos de tumores benignos da cavidade oral, podemos citar, o papiloma, hemangioma, fibroma, lipoma, osteoma, neuroma traumático, granuloma piogênico, hiperplasia epitelial inflamatória, dentre outras (NEVILLE et al., 2009).

O fibroma é a neoplasia benigna mais comum da cavidade oral, geralmente localizado na mucosa jugal ao longo da linha de oclusão, associado a uma irritação crônica. A lesão se apresenta como um nódulo de superfície lisa e coloração rosada, normalmente não apresenta sintomas, a não ser que ocorra ulceração secundária em sua superfície. O tratamento adequado é a remoção cirúrgica e as recidivas são raras (NEVILLE et al., 2009).

O papiloma escamoso se caracteriza por ser uma neoplasia benigna do epitélio escamoso estratificado, que resulta em uma lesão exofítica, mole, com inúmeras projeções na sua superfície, normalmente pediculada e assintomática, atribui-se à lesão a aparência de “couve-flor” ou verrucosa. Acredita-se que a lesão seja induzida pelo HPV (papilomavírus humano). A lesão pode ser branca, vermelha ou da cor da mucosa adjacente, irá depender da quantidade de ceratinização. O

tratamento para esta lesão é a remoção cirúrgica conservadora, incluindo a base da lesão e, as recidivas são incomuns (NEVILLE et al., 2009).

O lipoma considerado uma neoplasia benigna de gordura, caracteriza-se por um nódulo de superfície lisa e consistência macia. Normalmente assintomáticos, menores que três centímetros e de coloração amarelada, não possuem uma causa definida. Os lipomas são tratados com remoção cirúrgica conservadora e apresentam raras recidivas (NEVILLE et al., 2009).

2.3.3 Lesões potencialmente malignas

As lesões potencialmente malignas são lesões na cavidade bucal com características específicas, que podem ou não malignizar. Essas lesões, aliadas a outros fatores de risco, aumentam a probabilidade de malignização, evoluindo para carcinomas *in situ* ou espinocelulares e outros tipos de tumores malignos (BORAKS, 2001, NEVILLE et al., 2009). Como alguns exemplos de lesões potencialmente malignas, são possíveis citar, leucoplasia, queilite actínica e eritroplasia (NEVILLE et al., 2009).

A leucoplasia é a lesão potencialmente maligna mais comum e prevalente, contudo, quando associadas ao uso de tabaco, são mais preocupantes e agressivas. Caracterizada por apresentar manchas ou placas brancas que não são removidas por meio de raspagem, sendo assim, não pode ser conceituada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença. Podem apresentar-se de diferentes formas clínicas e acometer qualquer região da cavidade bucal, como os lábios, a língua, o assoalho bucal e a mucosa jugal, porém as lesões de língua e assoalho bucal requerem cuidado diferenciado por serem áreas de grande incidência de câncer oral. O diagnóstico definitivo deve ser realizado por meio de biópsia. Deve-se realizar o diagnóstico diferencial com outras lesões semelhantes, como, linha alba, mucosa mordiscada, candidíase, estomatite nicotínica, líquen plano reticular, língua pilosa e nevo branco. O tratamento para as leucoplasias deve ser, preferentemente, o cirúrgico com remoção completa da lesão (MAIA et al., 2013).

A eritroplasia apresenta um maior potencial de malignização quando comparada à leucoplasia, apresentando uma condição clínica mais rara, diretamente relacionada ao uso de fumo e álcool. Seu potencial de malignização é dezessete vezes maior que as leucoplasias, com intensa atipia epitelial, sendo que 90% dos

casos já representam um carcinoma *in situ* ou microinvasivo. A eritroplasia deve ser diferenciada de lesões vasculares como candidíase eritematosa e mucosites. A eritroplasia consiste em uma placa vermelha, plana ou rugosa, podendo ou não estar associada à leucoplasia. O tratamento deve ser realizado por meio de cirurgia com remoção completa da lesão com margem de segurança (MAIA et al., 2013).

A queilite actínica é uma lesão originada da exposição prolongada e contínua à radiação solar, especificamente à radiação ultravioleta. O fumo também é um fator que está relacionado, que afeta, predominantemente, o lábio inferior e homens de pele clara. Clinicamente possuem aspecto de manchas ou placas vermelhas ou brancas, podendo apresentar áreas ulceradas, descamativas, ressecadas, atróficas ou vesiculares (MAIA et al., 2013).

2.3.4 Lesões malignas

As lesões malignas são caracterizadas por serem proliferações anormais de tecido diferente do tecido normal, com capacidade de invadir e destruir o tecido normal e se espalhar pelo corpo (PEREIRA et al., 2007).

Em se tratando de lesões malignas, elucida-se o carcinoma espinocelular, o qual é responsável por 95% dos cânceres da cavidade bucal. Vale também citar o carcinoma verrucoso, carcinoma de lábio, melanoma, Sarcoma de Kaposi, carcinoma mucoepidermóide, adenocarcinoma, carcinoma escamoso basaloide, osteossarcoma, condrossarcoma, entre outras (HIROTA et al., 2006; PEREIRA et al., 2007; SANTOS et al., 2013; VENTURI et al., 2004; VIEIRA et al., 2018).

O CEC é a neoplasia maligna que mais acomete a cavidade oral, estima-se que 90% dos cânceres bucais sejam CEC. Caracterizada por ser uma neoplasia de origem epitelial e de causa multifatorial, estando associado a fatores etiológicos extrínsecos e intrínsecos. Geralmente é precedido por uma lesão potencialmente maligna, como a leucoplasia. A lesão pode se apresentar clinicamente de diversas formas, como, lesões exofíticas, endofíticas, leucoplásicas e eritroplásicas. Normalmente indolores, o que pode causar um atraso na procura por uma consulta ao profissional de saúde. O sítio mais acometido pelo carcinoma espinocelular intra-oral é a borda lateral de língua, apresentando lesões de bordas endurecidas e indolores. A disseminação metastática, desta lesão maligna, ocorre através dos

vasos linfáticos para os linfonodos cervicais. O linfonodo afetado terá consistência endurecida, indolor e terá seu tamanho aumentado. As metástases também podem ocorrer à distância, e os sítios mais afetados são os pulmões, fígado e ossos. Estadiamento é o processo de quantificar parâmetros clínicos para estabelecer o prognóstico da lesão, através de indicadores conhecidos como TNM, que representam o tamanho do tumor primário, envolvimento dos linfonodos regionais e metástase à distância. O tratamento do carcinoma espinocelular será guiado pelo estadiamento da doença, que consiste em remoção cirúrgica com margem de segurança, radioterapia ou uma combinação das duas (BRENER et al., 2007; MARTINELLI et al., 2011).

O carcinoma escamoso basalóide é uma variante do carcinoma espinocelular encontrada principalmente na mucosa do trato digestivo superior. Se caracteriza por apresentar uma lesão volumosa ou úlcera vegetante, geralmente dolorosa e interferindo na deglutição. É um câncer agressivo e de alto grau e cerca de 80% dos pacientes com esta lesão apresentam disseminação metastática cervical no momento do diagnóstico. O tratamento adequado será a cirurgia com radioterapia, seguido da quimioterapia para as metástases à distância, por se tratar de uma neoplasia agressiva associada ao diagnóstico tardio, o prognóstico da doença geralmente é sombrio (NEVILLE et al., 2009).

O carcinoma mucoepidermoide é a neoplasia maligna de glândula salivar mais comum da cavidade oral. Ocorre numa variada faixa etária, da segunda década à sétima década, porém é a neoplasia maligna de glândula salivar mais comum em crianças. Normalmente se apresenta como um aumento de volume assintomático e flutuantes, o sítio mais afetado é a glândula parótida, seguida das glândulas salivares menores do palato. O tratamento do carcinoma mucoepidermoide irá depender da localização do tumor, grau histopatológico e estágio clínico da doença. Lesões em estágio precoce na glândula parótida recebem parotidectomia subtotal com preservação do nervo facial, por outro lado, em estágios avançados o tratamento é a remoção total da parótida e do nervo facial. Nas glândulas salivares menores, o tratamento é a remoção cirúrgica do tumor com uma pequena margem de segurança em tecido normal (LIMA et al., 2005; NEVILLE et al., 2009).

2.4 Dados nacionais do INCA

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), são chamadas de DANT as doenças e agravos não transmissíveis, com destaque para as doenças cardiovasculares e o câncer, responsáveis pelo adoecimento e óbito de parte considerável da população mundial. No biênio 2018-2019, estima-se para o Brasil, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer em geral a cada ano. Se não contar o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer (INCA, 2017).

Em se tratando de câncer da cavidade oral, no Brasil, estima-se 11.200 novos casos em homens e 3.500 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Estatisticamente esses valores correspondem a 10,86 casos novos a cada 100 mil homens, ocupando a quinta posição e, de 3,28 casos novos a cada 100 mil mulheres, sendo o décimo segundo mais frequente. Na região sul, sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer da cavidade oral em homens ocupa a sexta posição com 15,40 casos novos a cada 100 mil homens. E, para as mulheres na região sul, ocupa a décima quinta posição com 3,59 casos novos a cada 100 mil mulheres. Esses dados confirmam a obrigação dos profissionais estarem aptos a realizar um exame clínico detalhado e minucioso. Portanto, fazerem um bom diagnóstico (INCA, 2017).

2.5 Prevenção ao câncer de boca e fatores de risco

Não existe uma maneira totalmente segura de evitar o câncer de boca. Porém, limitando à exposição aos fatores de risco, temos uma redução do risco de desenvolver o câncer (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; OLIVEIRA et al., 2006).

Como uma forma de prevenção ao câncer bucal, o cirurgião-dentista, deve sempre instruir, discutir e estimular o paciente quanto ao fim do ato de fumar, o consumo comedido de bebidas alcoólicas, alimentação saudável, uma higiene bucal adequada e se proteger à exposição solar, além de identificar e tratar precocemente as lesões pré-cancerígenas, eliminar fatores irritantes na mucosa bucal além de orientar o paciente a fazer o autoexame da boca regularmente (KUJAN et al., 2006).

A cavidade bucal sofre um contato direto com o tabaco. São liberados pelo tabaco cerca de cinco mil elementos químicos, 43 elementos cancerígenos, que

ressecam a mucosa oral, provocando um aumento na camada de queratina, que facilita a ação de outros elementos carcinogênicos, aumentando a possibilidade do câncer bucal. É de conhecimento geral que o tabaco aumenta em sete vezes o risco de desenvolvimento do câncer bucal na população geral, e se estiver associado ao álcool este risco pode elevar-se em até 15 vezes (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; VENTURI et al., 2004).

No Brasil o controle sistemático do tabagismo, considerado um problema de saúde pública, é coordenado pelo Ministério da Saúde que, desde 1989 em parceria com o Instituto Nacional do Câncer, desenvolve o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR), o qual é uma referência mundial. O programa tem como objetivo principal a redução de prevalência de fumantes no Brasil e a consequente morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco, de forma a realizar ações descentralizadas, utilizando o sistema de gerência do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA et al., 2014).

O Sistema Único de Saúde, desde 2004, oferece gratuitamente por meio das Unidades Básicas de Saúde e Hospitais, tratamento às pessoas que querem parar de fumar. O tratamento completo contempla desde o aconselhamento, acompanhamento psicológico até o uso de medicamentos. Caso seja necessário, o apoio medicamentoso de reposição de nicotina está disponível sob a forma de goma de mascar e pastilha de nicotina, assim como o cloridrato de bupropiona, composto antidepressivo que reduz a vontade de fumar. O uso de medicação pode dobrar as chances de sucesso para o indivíduo parar de fumar, mas só devem ser usados com acompanhamento médico juntamente com outros profissionais da saúde e serviços de apoio (BRASIL, 2016).

Outro fator de risco a ser destacado é uso do álcool, que em contato com a mucosa, e de uma forma crônica, age como um solvente, provoca microlesões, expõe a mucosa a inúmeros fatores carcinogênicos, diminui a velocidade de reação da defesa do organismo e provoca danos celulares. Assim, maior é o risco, quanto maior o número de doses de bebidas e quantidade de cigarros forem consumidos, especialmente se uso for concomitante (PRADO, 2017).

Em se tratando de dieta, esta deve ser rica em frutas, verduras, legumes e cereais que são ricos em vitaminas A, C, E e fibras. Estudos comprovam que há

uma menor incidência de câncer quando há uma dieta rica em frutas frescas e vegetais. A vitamina A protege contra o câncer da cavidade bucal, assim como a vitamina E diminui o risco de desenvolver câncer de um modo geral (PRADO, 2017).

Uma outra forma de prevenção é evitar a exposição excessiva aos raios ultravioleta (UV), os quais causam sérios danos celulares tanto no epitélio quanto no tecido conjuntivo subjacente. Em contato direto com o lábio inferior aumenta o risco de desenvolver carcinoma (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018).

Evitar a infecção por HPV, que é um vírus muito comum e raramente apresenta sintomas. Atualmente temos disponíveis vacinas para HPV, originalmente concebidas para diminuir o risco de câncer cervical. Mas é provável que reduzam o risco de câncer de boca e garganta também relacionado com HPV, porém, ainda não está comprovada cientificamente a eficácia da vacina contra o câncer de boca (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018).

Para os portadores de próteses, evitar usar próteses mal adaptadas que são uma fonte de irritação a mucosa. Assim como, tratar lesões pré-cancerosas, áreas de leucoplasia ou eritroplasia que podem evoluir para câncer (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018).

No entanto, alguns autores tem afirmado que os fatores de risco conhecidos, como o fumo e a ingestão de álcool, que são extremamente relevantes nos cânceres de pacientes mais velhos, talvez não apresentem tanta importância nos cânceres que acometem pacientes mais jovens, pressupondo que exista uma diferença entre os fatores de risco para pacientes jovens e para pacientes mais velhos. Atrela-se a isso, o fato de que mesmo quando os pacientes jovens estiveram expostos aos fatores de risco, estes estiveram expostos a eles por um período menor se comparado aos pacientes mais velhos (VENTURI et al., 2004).

2.6 Autoexame

No consultório odontológico, durante a consulta, o cirurgião-dentista deve orientar o paciente a realizar periodicamente em casa o autoexame da boca. Pacientes não fumantes devem fazer o autoexame de seis em seis meses e os fumantes a cada três meses (PATTON et al., 2006; TORRES, 1996).

O autoexame deve ser realizado pelo paciente em casa. Ele deve procurar um local iluminado diante de um espelho de mão, deve observar sinais como, mudança na cor da mucosa, endurecimentos, caroços, úlceras indolores, áreas dormentes, feridas e/ou dentes quebrados. O indivíduo deve examinar todas as áreas: mucosa jugal ou região geniana, mucosa gengival, palato duro e mole, língua, assoalho de boca, lábio superior e inferior, área retromolar, comissura labial e sulco gengivo-labial, de ambos os lados e examinar a úvula e amígdalas também, proferindo em frente ao espelho o som “áááááh” com a língua para fora. Ele deve inclusive palpar gânglios cervicais (CRO-SP, 2010).

2.7 Métodos de diagnóstico e tratamento

2.7.1 Métodos de diagnóstico

2.7.1.1 Exame clínico

Um exame clínico detalhado da cavidade oral, juntamente com palpação dos linfonodos do pescoço, se torna um importante recurso para detecção de lesões iniciais malignas, colocando o cirurgião-dentista como uma peça chave para o diagnóstico precoce do câncer de boca (NEVILLE et al., 2009).

O exame extraoral é uma inspeção da região de cabeça e pescoço através da palpação bimanual e comparação com o lado oposto. O cirurgião-dentista deve prestar atenção aos gânglios linfáticos das regiões submandibular, cervicais e submentoniana, quanto ao número, tamanho, sensibilidade e mobilidade. Ao completar a inspeção extraoral, é necessário palpar lábios e tecidos peribucais (WILLIAMS et al., 2008).

O exame intraoral é uma averiguação clínica, visual e palpável dos tecidos da boca, que busca identificar lesões que fujam da normalidade, tanto lesões potencialmente malignas quanto câncer em estágios iniciais. Também, o paciente pode relatar lesões persistentes na boca, que não cicatrizam em quinze dias, como, manchas/placas vermelhas ou brancas no palato, gengiva, língua e mucosa jugal e que devem ser investigadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA, 2015).

2.7.1.2 Teste com azul de toluidina

Ainda que a avaliação clínica seja primorosa, algumas vezes é limitada na elucidação diagnóstica e comportamento das lesões, necessitando de exames

complementares, como por exemplo, o teste com o corante azul de toluidina. Este teste é um procedimento rápido e sem desconforto ao paciente, indicado para constatação de displasias epiteliais, carcinomas *in situ* ou precocemente invasivos, na determinação das margens do epitélio neoplásico, entre outros. Embora seja de fácil execução, não deve ser o único método auxiliar ao exame clínico (CALANDRO et al., 2012).

2.7.1.3 Biopsia

O padrão ouro de diagnóstico é a biopsia que deve ser realizada de forma imediata, de modo a acelerar o diagnóstico definitivo e melhorar o prognóstico (FALCÃO et al., 2010). A biopsia incisional é um procedimento simples, realizado sob anestesia local, através do qual se retira um pequeno fragmento da lesão para análise microscópica. Na biopsia excisional é retirada toda a lesão para ser realizada a análise microscópica. Existe, também, a biopsia aspirativa por agulha fina, nesta técnica utiliza-se uma agulha muito fina com objetivo de aspirar algumas células da lesão ou tumor para serem enviadas à análise (INSTITUTO ONCOGUIA, 2017).

2.7.1.4 Citologia esfoliativa

A citologia esfoliativa é uma forma de biopsia na qual a área suspeita é raspada e logo esfregada em uma lâmina de vidro com corante para análise em laboratório e visualização das células cancerosas. O exame só pode ser realizado em lesões superficiais e dentre as limitações da análise, salienta-se a visualização apenas de células isoladas, impossibilitando a observação das alterações estruturais do tecido, o que aumenta os episódios de resultados falso-positivos e/ou falso-negativos (FONTES et al., 2008).

2.7.2 Tratamento

O conhecimento dos aspectos clínicos e epidemiológicos constitui a base para uma prevenção efetiva das doenças, bem como o reconhecimento da sintomatologia por parte do paciente e do médico, podendo o diagnóstico ser precoce e o indivíduo encaminhado mais rapidamente para tratamento (SOUSA et al, 2016).

É importante evidenciar que nenhum tratamento é mais eficiente do que um adequado diagnóstico precoce. E, o tratamento irá depender do local da lesão, da

extensão e do estadiamento, sendo ele cirúrgico, radioterápico ou uma combinação de ambos (INCA, 2017).

O estadiamento serve para descrever um câncer, sua localização, por onde se espalhou e, se está comprometendo as funções de outros órgãos no corpo. O conhecimento do estágio, ajuda o médico a decidir o tipo de tratamento a ser realizado e o prognóstico da doença (ONCOGUIA, 2017).

As cirurgias abrangem ressecções do tumor primário com margens tridimensionais suficientes em tecido sadio associadas ao tratamento do pescoço (esvaziamento cervical). Com o avanço das cirurgias, tumores da cavidade oral que passam por grandes ressecções podem receber reconstruções com enxertos revascularizados em um único tempo cirúrgico (VIDAL et al., 2010).

O tratamento por radioterapia consiste em algumas frações semanais de radioterápico, durante poucas semanas, incluindo o tumor primário com margem de segurança e os linfonodos cervicais de ambos os lados, nos casos de alto risco de metastização. Em casos mais avançados pode ser associada radioterapia convencional e quimioterapia sistêmica (VIDAL et al., 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

O presente estudo é uma pesquisa quantitativa, descritiva-exploratória, transversal e retrospectiva de base populacional.

Como base de dados para desenvolvimento deste estudo foram utilizados os prontuários de pacientes atendidos no Projeto de Diagnóstico Bucal da UNISC (PDB/UNISC) e encaminhados à biopsia, no período de janeiro 2012 a julho 2018. Foram excluídos desta pesquisa, os pacientes que não correspondiam aos critérios de inclusão e os prontuários que estavam em mau estado de conservação, que impediam a coleta adequada dos dados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da UNISC sob o parecer substanciado nº 2.721.609 (ANEXO A). Perante as cartas de consentimento para realização do mesmo pelas coordenações do Curso de Odontologia, da Clínica de Odontologia e do Laboratório de Patologia da UNISC (ANEXOS B e C).

3.2 Coleta, análise e publicação dos dados

Foi solicitado ao laboratório de patologia desta instituição, o número do prontuário de cada paciente encaminhado pelo Projeto de Diagnóstico Bucal e os laudos destes pacientes. Com isso, cada prontuário foi avaliado individualmente e forneceu os dados necessários para prosseguir a pesquisa, dentre eles, sexo, idade, tipo de lesão, localização da lesão e se o paciente era usuário de tabaco.

Os dados obtidos nos prontuários foram utilizados para fins científicos vinculados ao projeto desta pesquisa. Todo e qualquer paciente da clínica de odontologia da UNISC assina um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que está incluso no prontuário (ANEXO D) para realização dos atendimentos, neste consta que os dados contidos no prontuário poderão ser usados para fim de pesquisa. As informações obtidas foram mantidas em sigilo sem qualquer risco ou constrangimento ao paciente e os prontuários, mantidos intactos, foram devolvidos à base de dados com a mesma qualidade que foram encontrados. Nenhum paciente foi prejudicado pelo manuseio dos prontuários e suas consultas não foram dificultadas nem privadas na Clínica de Odontologia da UNISC durante a realização deste estudo.

A partir dos dados obtidos foi possível alcançar os objetivos, confirmar ou não as hipóteses da pesquisa expostas acima e responder ao problema que estimulou a realização deste estudo. As informações retiradas de cada prontuário foram tabuladas em um quadro elaborado no programa Microsoft Office Excel 2016 ® MSO (Versão 16.0.9330.2073) para melhor visualização e eficiência deste processo. Os resultados encontrados foram submetidos a análise estatística pelo do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0 (Chicago, IL), foi realizado o teste qui-quadrado (χ^2) com nível de significância $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95% (IC95). Os dados apurados foram apresentados em tabelas, os quais foram descritos e discutidos diante do referencial teórico para a conclusão deste estudo.

Os resultados serão divulgados a partir da aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso pela banca examinadora, que se dará em novembro de 2018. Serão convidados a assistir à apresentação do estudo os acadêmicos, professores e comunidade. Estes dados, relevantes à prática clínica dos cirurgiões-dentistas e acadêmicos de odontologia, serão entregues aos responsáveis pelo Projeto de Diagnóstico Bucal e posteriormente disponibilizados aos profissionais da odontologia. Artigos também poderão ser elaborados a partir desta pesquisa.

As informações coletadas durante a pesquisa serão armazenadas pela pesquisadora por cinco anos, após este período o material será incinerado.

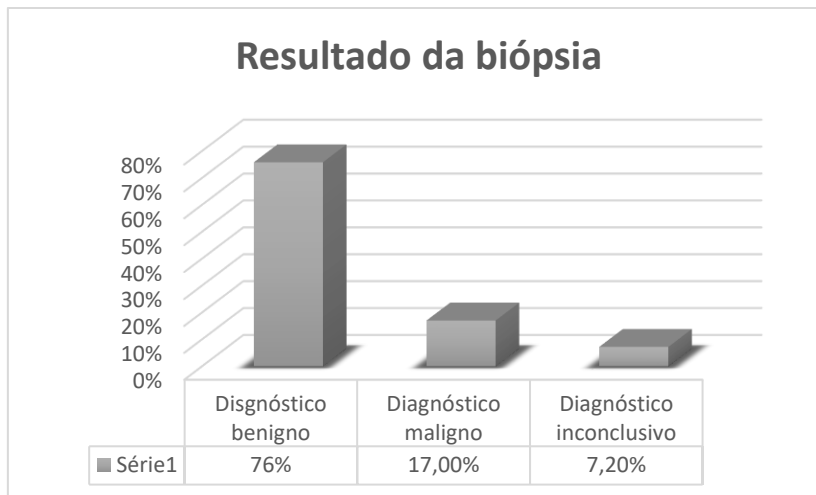
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre janeiro de 2012 a julho de 2018, foram examinados na Clínica de Odontologia da UNISC, por meio do Projeto de Diagnóstico Bucal (PDB/UNISC), 1.654 pacientes. Na presente pesquisa foram incluídos aqueles pacientes que apresentaram lesões de tecidos moles e que diante do exame físico foram encaminhados para a realização da biópsia, compondo uma amostra de 194 prontuários.

Pela análise dos dados obtidos nos prontuários foi possível alcançar os objetivos propostos, como sexo e idade, entre outras características, dos pacientes que tiveram a biópsia solicitada como exame complementar. As lesões encontradas nos pacientes que constam nestes 194 prontuários foram divididas em lesões malignas, benignas e diagnóstico não conclusivo para câncer de boca. Entre estas, foram destacadas as lesões benignas ou malignas que apareceram com maior frequência; os sítios mais acometidos com lesões malignas; e ainda, a relação das lesões malignas com o sexo, idade e com o consumo do fumo pelos pacientes.

Conforme a análise estatística, dentre as 194 lesões, foi apresentado como resultado: 147 (75,8%) lesões negativas para câncer de boca, as quais foram consideradas benignas; 33 (17%) lesões positivas para câncer de boca, portanto malignas; e 14 (7,2%) lesões com diagnóstico inconclusivo. Nos casos inclusivos, o material da coleta foi insuficiente ou inadequado para análise histopatológica, sendo assim, necessária nova coleta e nova análise. Tais resultados estão apresentados no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Resultado dos exames de biópsia nos pacientes do PDB/UNISC. Santa Cruz do Sul, 2018



Em outros estudos em que foi pesquisado o presente tema, observou-se que os índices encontrados refletem um número de ocorrência de lesões malignas menores que o presente estudo. Como exemplos, pode-se citar um estudo realizado na cidade de Tubarão (SC), no qual o total das lesões diagnosticadas, 97,6% eram benignas e 2,4% eram malignas (KNIES et al., 2011). Este resultado é semelhante a outra investigação brasileira, realizada na clínica de Semiologia da Universidade da Cidade de São Paulo – UNICID (2010), onde as lesões malignas representaram 1,6% dos casos (PRADO et al., 2010). Diferentemente do encontrado no estudo de Moresco et al. (2003) e Al-Khateeb (2009), em que obtiveram um resultado mais elevado, correspondente a 4,0% de lesões malignas, em seus estudos.

Nos trabalhos citados acima, observa-se um percentual de malignidade menor, quando comparados com o presente estudo que revela um elevado percentual de malignidade, igual a 17%. Este resultado pode ser justificado porque na pesquisa do PDB/UNISC foram considerados e analisados somente os prontuários de pacientes encaminhados à biópsia, ou seja, os quais já apresentavam alguma lesão suspeita quanto ao câncer de boca. Enquanto nas outras pesquisas, foram considerados todos os pacientes atendidos nos respectivos serviços. Quando na pesquisa do PDB/UNISC avalia-se o total de pacientes examinados entre 2012 e 2018, com base nos 1.654 pacientes, o percentual de lesões malignas fica em 1,99%. Dessa forma, o resultado se aproxima ao exposto nas pesquisas acima.

Segundo Marcucci (2000), devem ser observados alguns aspectos que podem influenciar nos resultados da pesquisa, como, procedência do serviço em que foi realizada a pesquisa. Nos serviços especializados a amostra pode se tornar

viciada uma vez que quem procura esse serviço apresenta algum tipo de alteração em tecidos moles. A origem da amostra também varia de acordo com localização geográfica, hábitos e costumes e época em que foi realizado o trabalho.

Na caracterização da amostra, o sexo dos pacientes foi relatado em todos os prontuários. Assim, 113 (58,2%) pacientes eram mulheres e 81 (41,8%) pacientes eram homens, independentemente do resultado da biópsia (Tabela 1).

Tabela 1 – Prevalência de sexo dos pacientes encaminhados à biópsia pelo PDB/UNISC. Santa Cruz do Sul, 2018

	Frequência (n)	Percentual (%)
Feminino	113	58,2
Masculino	81	41,8
Total	194	100,0

O dado encontrado corrobora com pesquisas anteriores, em que o sexo feminino foi o mais prevalente nos serviços de diagnóstico, com 63,6% dos pacientes. Isso pode acontecer porque as mulheres têm mais autocuidado com a saúde bucal, assim como com a saúde em geral (KNIES et al., 2011).

Em um estudo realizado na Universidade da Cidade de São Paulo, no que se refere ao gênero, o feminino foi o mais prevalente com 122 pacientes (68,5%), enquanto 56 pacientes (31,5%) pertenciam ao gênero masculino (PRADO et al., 2010). Este estava em concordância com o estudo de Al-khateeb (2009), onde o gênero feminino era de 60% e o masculino era de 40% dos casos. No entanto, discordando destes achados, está o estudo de Ghizoni et al. (2012), no qual observaram que 56% dos pacientes analisados eram do sexo masculino e apenas 44% do sexo feminino, afirmando que na região de Tubarão (SC), onde foi realizada esta pesquisa, os homens também estão preocupados com sua saúde bucal.

A faixa etária dos pacientes incluídos na pesquisa do PDB/UNISC, variou de 7 anos de idade mínima a 87 anos de idade máxima, com pico de prevalência na quinta e sexta década de vida (Tabela 2).

Tabela 2 – Prevalência de idade dos pacientes encaminhados à biópsia pelo PDB/UNISC. Santa Cruz do Sul, 2018

	Frequência (n)	Percentual (%)
0-19	16	8,2
20-29	12	6,2
30-39	20	10,3
40-49	31	16,0
50-59	48	24,7
60-69	46	23,7
70-79	20	10,3
80-89	1	,5
Total	194	100,0

No estudo da Universidade da Cidade de São Paulo, em relação à idade dos pacientes, a variação foi de 10 anos, a idade mínima, a 80 anos, a idade máxima. A quinta década (21,9%) e a sexta década (21,3%) foram as mais prevalentes no aparecimento de lesões (PRADO et al., 2010), concordando com o presente estudo. No entanto, no estudo de Knies et al. (2011), onde a idade variou de 4 a 81 anos de idade, a média de idade ficou em 47,2 anos, a quarta década. Portanto, a faixa etária de maior incidência de lesões, na pesquisa destes autores, foi mais jovem que o estudo com os pacientes do PDB/UNISC.

Dos 194 (100%) pacientes pesquisados neste estudo, encontrou-se 147 (75,8%) pacientes com lesões consideradas benignas, observando-se uma enorme variedade destas lesões. Listou-se as três mais frequentes, sendo a hiperplasia fibrosa inflamatória a mais prevalente com 55 casos (28,3%), em segundo lugar, apareceu o papiloma escamoso com 13 casos (6,7%) e em terceiro lugar, a mucocele com 12 casos (6,2%). Salienta-se que foi considerada benigna toda e qualquer lesão sem potencial de malignidade (Tabela 3).

Tabela 3 – Relação das três lesões benignas mais prevalentes

	Frequência (n)	Percentual (%)
Hiperplasia fibrosa inflamatória	55	28,3
Papiloma escamoso	13	6,7
Mucocele	12	6,2

No estudo da Universidade da Cidade de São Paulo, em 2010, foi encontrada a hiperplasia fibrosa inflamatória como a lesão mais prevalente com 47 casos (26%), depois o papiloma escamoso apareceu com 9 casos (5%) e em terceiro lugar, a mucocele com 8 casos (4,4%) (PRADO et al., 2010). Resultado este, semelhante ao

encontrado na pesquisa do PDB/UNISC. Martinelli et. al. (2011), em pesquisa realizada na Universidade do Espírito Santo, também encontraram a hiperplasia fibrosa inflamatória como a mais frequente, com 18,3% dos casos; em segundo, a mucocele com 5,64% dos casos; e por fim, o papiloma escamoso com 3,87% dos casos.

Conforme estudo de Ghizoni et al. (2012), as lesões mais prevalentes foram a hiperplasia fibrosa inflamatória, a qual correspondeu a 33% do total da amostragem dos 1.030 casos, e a mucocele com 10,86% dos casos.

A hiperplasia fibrosa inflamatória, com maior incidência entre as lesões benignas, se caracteriza por ser proveniente de um trauma crônico de baixa intensidade, frequentemente associada ao uso de próteses mal adaptadas, podendo ainda estar acompanhada de infecção fúngica (SANTOS et al., 2004).

Os levantamentos epidemiológicos SB Brasil 2003 e 2010 apontaram um alto índice de uso de prótese na população brasileira, a partir de faixas etárias muito jovens, caracterizando o uso prolongado das mesmas. Ao considerar que a atenção básica raramente oferece próteses dentárias para os usuários do Sistema Único de Saúde, tornam-se mais difíceis os ajustes ou confecção de próteses novas quando necessário. Isto deixa a população mais vulnerável e exposta ao risco do aparecimento de hiperplasia fibrosa inflamatória (BRASIL, 2004, 2011).

No estudo de Cavalcante et al. (1999), a mucocele, também denominada de cisto de extravasamento de muco, ocupou o primeiro lugar em relação às lesões bucais perfazendo um percentual de 25,4% das lesões examinadas. Nota-se que no estudo destes autores, a mucocele teve um percentual de aparecimento bem superior ao encontrado na pesquisa realizada no PDB/UNISC que foi de 6,2%. A mucocele está associada a traumas frequentes na região de lábio inferior com obstrução dos ductos das glândulas salivares acessórias, podendo ou não ter revestimento epitelial.

Ainda no trabalho de Cavalcante et al. (1999) foi mostrado que o papiloma escamoso apareceu em 4,32% das lesões bucais, muitas vezes associado a pacientes jovens que têm contato com o vírus HPV, semelhante ao resultado de 6,7% encontrado no estudo do PDB/UNISC.

No estudo realizado PDB/UNISC, entre as 194 lesões encontradas, constatou-se que 33 (17%) lesões apresentaram resultado positivo para câncer de boca, portanto lesões malignas. A partir deste dado, foi possível identificar que o tipo histológico mais prevalente de câncer de boca foi o carcinoma espinocelular, conhecido como CEC, com 26 (13,5%) casos. O carcinoma mucoepidermóide apareceu em 2 (1%) casos e o carcinoma basalóide de células escamosas também em 2 (1%) casos. Os demais tipos histológicos das lesões diagnosticadas apresentaram 1 (0,5%) caso cada (Tabela 4).

Tabela 4 – Frequência do tipo de câncer dos pacientes diagnosticados nas biópsias pelo PDB/UNISC. Santa Cruz do Sul, 2018

	Frequência (n)	Percentual (%)
Sem câncer	147	75,8
Inconclusivo	14	7,2
Carcinoma basalóide de células escamosas	2	1,0
Carcinoma in situ	1	,5
Carcinoma mucoepidermóide	2	1,0
Carcinoma espinocelular	26	13,5
Linfoma não Hodgkin	1	,5
Pseudocarcinoma	1	,5
Total	194	100,0

Foram encontradas na literatura, fontes que comprovam que o carcinoma espinocelular é o tipo histológico mais prevalente entre os cânceres bucais. De todos os tipos de câncer que acometem a cavidade oral e orofaringe, cerca de 90% são do tipo carcinoma espinocelular (ABDO et al., 2002; HIROTA et al., 2006; PEREIRA et al., 2007; SANTOS et al., 2013; VENTURI et al., 2004; VIEIRA et al., 2018).

Com relação ao tipo histológico de lesão mais frequente, foi encontrado no estudo de Martinelli et al. (2011), na Universidade do Espírito Santo, que do total de lesões diagnosticadas, entre malignas e benignas, 3,06% corresponderam ao carcinoma espinocelular e 0,8% ao carcinoma mucoepidermóide. Os dados da pesquisa anterior apresentam baixa prevalência de carcinomas porque foram considerados todos os pacientes que passaram por aquele serviço. Enquanto, na pesquisa do PDB/UNISC foram considerados apenas os pacientes que tiveram o diagnóstico mediante biópsia. Na pesquisa do PDB/UNISC, se considerados os

1.654 pacientes que receberam atendimento, o carcinoma espinocelular aparece com 1,57% e o carcinoma mucoepidermóide com 0,12 %, aproximando-se dos dados das pesquisas apresentadas.

A partir das lesões malignas, foi possível identificar e relacionar os sítios bucais mais acometidos. Observou-se que a língua foi o local mais afetado com 6,0% dos casos; seguido, em segundo lugar, pelo vermelhão do lábio inferior que apresentou 3,5% dos casos; em terceiro lugar, o assoalho da boca juntamente com o palato, têm 2,5% dos casos cada um; e por fim, a mucosa jugal, a maxila, o rebordo residual mandibular e o fundo de sulco representaram 0,5% dos casos cada (Tabela 5).

Tabela 5 – Relação das lesões malignas com os sítios bucais diagnosticados pelo PDB/UNISC. Santa Cruz do Sul, 2018

Lesão	Mucosa jugal	Palato	Assoalho bucal	Fundo de sulco	Vermelhão do lábio inferior	Língua	Maxila	Rebordo mandibular
Carcinoma basalóide de células escamosas	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	1,0% (n=2)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)
Carcinoma in situ	0,0% (n=0)	0,5% (n=1)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)
Carcinoma mucoepidermoide	0,0% (n=0)	1,0% (n=2)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)
Carcinoma espinocelular	0,5% (n=1)	1,0% (n=2)	2,5% (n=5)	0,0% (n=0)	3,0% (n=6)	5,0% (n=10)	0,5% (n=1)	0,5% (n=1)
Linfoma não Hodgkin	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,5% (n=1)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)
Pseudocarcinoma	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,5% (n=1)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)

Quanto à localização anatômica, outros estudos apresentam dados diferentes da pesquisa no PDB/UNISC. Um estudo realizado no Centro de Oncologia de Maceió, confirmou que o sítio bucal mais afetado em pacientes com diagnóstico de câncer bucal, foi a língua com 26% dos casos. A área retromolar e o assoalho bucal apareceram com a frequência de 8% cada, e por fim, o palato, o lábio inferior e a orofaringe apareceram em 6% dos casos (SANTOS et al., 2013).

Segundo o estudo de Brener et al. (2007), a língua é o sítio mais comum para o carcinoma espinocelular, correspondendo a 44% dos casos, seguido pelo assoalho bucal com 16%. Sem considerar o tipo histológico do câncer bucal, observou-se neste estudo uma prevalência no assoalho bucal de 27,9%, seguido pela língua com 22,1% e pelo trígono retromolar com 15,6% dos casos.

Estes achados são concordantes com outros trabalhos semelhantes encontrados na literatura, reafirmando que a língua é o sítio mais acometido com cerca de 30% dos casos (KNIES et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2006; SÁ et al., 2012;).

A grande diferença de valores nos resultados achados na presente pesquisa do PDB/UNISC em relação a outros trabalhos encontrados na literatura, acontece porque todos os resultados foram calculados estatisticamente tendo como base o total da amostra (194) e não somente as lesões malignas (33). Quando o cálculo é feito com base nas lesões malignas temos os seguintes resultados para o sítio mais acometido por estas lesões, a língua com 36,3% dos casos, seguido do vermelhão do lábio inferior com 21% dos casos, palato e assoalho da boca com 15% cada um e, por fim, mucosa jugal, maxila, rebordo residual mandibular e fundo de sulco com 3% dos casos cada um. Dessa forma, os achados nesta pesquisa são concordantes com o encontrado na literatura por diversos autores.

Ao relacionar o sexo e a idade com as lesões malignas, obteve-se como resultado que as lesões malignas foram mais frequentes no sexo masculino com 22 (11,3%) casos, contrastando com 11 (5,6 %) casos no sexo feminino (Tabela 6).

Tabela 6 – Relação entre sexo e lesões malignas diagnosticadas pelo PDB/UNISC. Santa Cruz do Sul, 2018

Lesão	Sexo		P
	Feminino	Masculino	
Sem câncer	47,9% (93)	27,8% (54)	
Inconclusivo	4,6% (9)	2,6% (5)	
Carcinoma basolóide de células escamosas	0,0% (0)	1,0% (2)	
Carcinoma in situ	0,0% (0)	0,5% (1)	<0,134
Carcinoma mucoepidermóide	0,5% (1)	0,5% (1)	
Carcinoma espinocelular	5,1% (10)	8,3% (16)	
Linfoma não Hodgkin	0,0% (0)	0,5% (1)	
Pseudocarcinoma	0,0% (0)	0,5% (1)	

E, em relação a idade, segundo a Tabela 7, obteve-se que as lesões malignas foram mais prevalentes entre a quinta e a sexta década de vida.

Tabela 7 – Relação da idade com as lesões malignas diagnosticadas pelo PDB/UNISC. Santa Cruz do Sul, 2018

Lesão	Faixa etária (anos)							
	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
Carcinoma basolóide de céls escamosos	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%
Carcinoma in situ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Carcinoma mucoepidermóide	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Carcinoma espinocelular	0,0%	0,5%	0,0%	1,0%	3,6%	4,6%	3,0%	0,5%
Linfoma não Hodgkin	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Pseudocarcinoma	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

A distribuição dos pacientes de acordo com idade e sexo, foi concordante com outros trabalhos e pesquisas da literatura, que apresentaram a maior parte dos casos após a quinta década e um pico de incidência na sexta década de vida. O sexo masculino foi o mais acometido, provavelmente por estar mais exposto aos agentes cancerígenos associados à malignidade das lesões como o uso do fumo e a má higiene bucal (ABDO et al., 2002; KNIES et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2006; SÁ et al., 2012). Em contraste com as mulheres, que estavam mais atentas à

necessidade de cuidar da saúde e aos sintomas da doença em sua fase pré-maligna (SÁ et al., 2012).

O trabalho do Hospital Mário Penna e Luxemburgo, em Belo Horizonte (MG), observou que 82,7% dos pacientes com lesão maligna eram do sexo masculino e 17,3% do sexo feminino. E, que os pacientes tinham entre 40-80 anos de idade, sendo que 32,5% encontravam-se na sexta década de vida (BRENER et al., 2007).

O trabalho de Lima et al. (2005) não encontrou lesões malignas na 1ª década de vida e, somente duas lesões foram diagnosticadas na 2ª década de vida, e ambas eram carcinoma mucoepidermóide. Este carcinoma de glândula salivar é comum nessa faixa etária. Esse trabalho vai ao encontro dos resultados encontrados na pesquisa realizada no PDB/UNISC em que dois carcinomas mucoepidermóide foram diagnosticados em pacientes menores de 20 anos. Um paciente era do sexo feminino, com 14 anos e o outro era do sexo masculino, com 13 anos, no momento do diagnóstico.

Quanto a relação com a idade se faz importante, porque é de conhecimento que o câncer bucal mais acomete pacientes com idade avançada, e com isso, atrela-se ao fato que a população idosa está em ascensão, com uma expectativa de vida aumentada a 76 anos. No entanto, o presente estudo mostrou que os paciente do PDB/UNISC eram relativamente jovens, o que demanda planejar estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento para estes problemas bucais em faixas etárias menores.

Com os resultados da pesquisa do PDB/UNISC concordando com os achados na literatura, é possível estabelecer a população de risco, dados que servem de base para um programa de prevenção e busca de lesões primárias na população (ABDO et al., 2002).

Com os dados obtidos nos prontuários, foi realizada a correlação da ocorrência de lesões malignas com o uso do tabaco e, foi possível observar que entre os 33 (17%) pacientes com lesões malignas, 22 (11,3%) deles faziam uso de tabaco (Tabela 8).

Tabela 8 - Relação entre o consumo de fumo e a ocorrência de câncer de boca diagnosticado pelo PDB/UNISC. Santa Cruz do Sul, 2018

Lesão	Fumo		P
	Não	Sim	
Sem câncer	59,8% (116)	16,0% (31)	
Inconclusivo	6,7% (13)	0,5% (1)	
Carcinoma basolóide de céls escamosas	0,5% (1)	0,5% (1)	
Carcinoma in situ	0,5% (1)	0,0% (0)	
Carcinoma mucoepidermóide	1,0% (2)	0,0% (0)	<0,001
Carcinoma espinocelular	3,6% (7)	9,8% (19)	
Linfoma não Hodgkin	0,0% (0)	0,5% (1)	
Pseudocarcinoma	0,0% (0)	0,5% (1)	

De acordo com trabalhos pesquisados, ao analisar lesões malignas associadas ao fumo, obteve-se que o percentual de tabagistas que variou de 87% a 93,5%, sendo que a maioria fumava de 10 a 40 cigarros por dia (ABDO et al., 2002; OLIVEIRA et al., 2006; SANTOS, 2012).

Na pesquisa do PDB/UNISC, ao considerar os 33 pacientes com diagnóstico de lesão maligna, 22 destes pacientes eram tabagistas, assim, obteve-se um percentual de 66,6% dos pacientes com lesão maligna que eram tabagistas. Este percentual encontrado é inferior ao exposto em pesquisas citadas anteriormente, porém bastante expressivo, uma vez que, mais da metade das lesões de câncer bucal apareceram em pacientes que faziam uso do tabaco.

A informação de que 66,6% dos pacientes com lesão maligna eram tabagistas no PDB/UNISC, apresenta-se inferior às outras pesquisas apresentadas anteriormente, onde o percentual de lesões malignas em tabagistas era de aproximadamente 90%. Isso não diminui a gravidade do risco nem a necessidade de intensificar as campanhas de prevenção ao câncer por meio de ações educativas, de comunicação e da atenção pelos serviços de saúde. Em especial, porque na região de abrangência da UNISC, além da população fumante tem-se também os trabalhadores do fumo, tanto no cultivo como na indústria. O conhecimento sobre o autoexame bucal deve ser a chave para a autonomia dos indivíduos sobre sua própria saúde. Ao se fortalecer com este conhecimento, o sujeito pode melhorar sua autoestima por meio de uma higiene bucal adequada e de um auto combate ao uso e contaminação com o tabaco. Para parar de fumar, o paciente pode buscar orientação e tratamento no Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros

Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR) utilizando o sistema de gerência do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS oferece gratuitamente, de forma universal, para reduzir a dependência do cigarro, medicamento de reposição de nicotina, assim como o composto antidepressivo (cloridrato de bupropiona) com acompanhamento médico. O uso destas terapias associados aos serviços de apoio psicológico podem dobrar a oportunidade de sucesso para o indivíduo abandonar o uso do tabaco (INCA, 2017; BRASIL, 2016; SILVA et al., 2014).

Vale lembrar que Santa Cruz do Sul tem como principal fonte de economia o cultivo e indústria do fumo. Por isso, a população que procura o serviço da UNISC, é em parte trabalhadora rural e da indústria do fumo, além de consumidores de cigarro. Fatores que estão diretamente relacionados com o desenvolvimento de câncer.

A relação entre o consumo de álcool ou consumo de álcool e tabaco concomitantemente e o câncer de boca não foi considerada neste estudo, porque a informação sobre o uso de álcool não se encontrava devidamente preenchida nos prontuários. Porém, de acordo com o INCA (2017), o consumo de álcool aumenta a probabilidade de o indivíduo desenvolver câncer e esse risco é ainda maior quando associado ao tabaco. E, segundo Venturi et al (2004), essa associação predispõe o paciente em até 15 vezes mais chance de desenvolver câncer.

5 CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo a partir dos prontuários do Projeto de Diagnóstico Bucal da UNISC mostrou a importância regional do mesmo, ao considerar que no período de 2012 a 2018, foram atendidos 1.654 pacientes, provenientes de muitos municípios. Uma análise detalhada das principais lesões bucais que afetam os pacientes atendidos, identifica a prevalência dessas lesões.

Em relação a malignidade, o percentual dessas lesões ressalta que há a necessidade de esclarecer a etiologia das mesmas a fim de se desenvolver programas de educação e combate às causas para preveni-las. Os pacientes devem ser incentivados a melhorar seu autocuidado e sua autoestima por meio de uma melhor higiene bucal e conseqüente conhecimento de sua condição bucal por meio do autoexame. Este conhecimento torna o indivíduo co-responsável junto com os profissionais da saúde pela sua condição, possibilitando um diagnóstico precoce e um prognóstico mais favorável quando da doença instalada.

Os dados obtidos oferecem subsídios importantes com dados atualizados ao Projeto de Diagnóstico Bucal, a fim de possibilitar a ampliação do serviço e o reconhecimento da relevância social que este projeto representa para a comunidade, devido ao grande número de pessoas atendidas na UNISC, e a sua resolutividade, tendo em vista o alto grau de conhecimento das lesões examinadas e a excelência no diagnóstico e tratamento das lesões.

REFERÊNCIAS

- ABDO, E. M.; GARROCHO, A. A.; AGUIAR, M. C. F. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. *Rev Bras Cancerol*, v. 48, n. 3, p. 357-62, 2002.
- AGUAS, S. C., LANFRANCHI TIZEIRA, H. E. Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. *Revista de la Facultad de Odontología (UBA)*. v. 19, n. 47, 2004.
- AL-KHATEEB, Taiseer Hussain. Benign oral masses in a northern Jordanian population-a retrospective study. *The open dentistry journal*, v. 3, p. 147, 2009.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. Oral cavity and oropharyngeal cancer. Disponível em <<https://www.cancer.org/>>. Acesso em 15 de abril de 2018.
- ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. *Epidemiologia na Saúde Bucal*, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, p. 43, 2006.
- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.
- BORAKS, Silvio. *Diagnóstico Bucal*. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001, 444 pg.
- BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais. 2004. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf>. Acesso em 15 de outubro de 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. – Rio de Janeiro, 2017. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/>. Acesso em 20 de maio de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em 15 de outubro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sus oferece tratamento para quem deseja parar de fumar, 2016. Disponível em <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/51047-sus-oferece-tratamento-para-quem-deseja-parar-de-fumar>>. Acesso em 10 de outubro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal – Brasília: Ministério da Saúde, p. 39-41, 2006.

BRENER, S. et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Revista brasileira de cancerologia*, v. 53, n. 1, p. 63-9, 2007.

BROCKLEHURST, Paul et al. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *Cochrane database of systematic reviews*, n. 11, 2013.

CALANDRO, T. L. L. et al. Utilização do teste com o azul de toluidina como método auxiliar no diagnóstico de lesões orais. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 68, n. 2, p. 196, 2012.

CAVALCANTE, A. S. R. et al. Lesões bucais de tecido mole e ósseo em crianças e adolescentes. *Pós-Grad. Rev*, v. 2, n. 1, p. 67-75, 1999.

CHAVES, S.C.L.; SILVA, L.M.V. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Caderno de Saúde Pública*. 2007.

COELHO, C.M.P.; ZUCOLOTO, S.; LOPES, R.A. Dentureinduced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of dentistry. *International Journal of Prosthodontics*, v.13, n.2, 2000.

COLOMBO J.; RAHAL P. Alterações genéticas em câncer de cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.55, n.2, p.165-174, 2009;

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO, Autoexame de boca. Disponível em <<http://www.crosp.org.br/>>. Acesso em 24 de abril de 2018.

COWPE, J. G., LONGMORE, R. B., GREEN, M. W. Quantitative exfoliative cytology of abnormal oral mucosal smears. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v.81, n.9, p.509-513, 1988.

DEMOGRÁFICO, IBGE Censo. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-cruz-do-sul/panorama/>. Acesso em 30 de maio de 2018.

EPSTEIN, J. B., ZHANG, L., ROSIN, M. Advances in the diagnosis of oral premalignant and malignant lesions. *Journal-Canadian Dental Association*, v.68, n.10, p. 617-621, 2002.

FALCÃO, M. M. L. et al. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. *Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 58, n.1, p. 27-33, 2010.

FARSHADPOUR, F. et al. Non-smoking and non-drinking patients with head and neck squamous cell carcinoma: a distinct population. *Oral diseases*, v. 13, n. 2, p. 239-243, 2007.

FONTES, K.B.F.C et al. Contribuição da citopatologia para diagnóstico de carcinoma de células escamosas oral. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 44, n. 1, p. 17-24, 2008.

FRANÇA, D. C. C. et al. Programa de diagnóstico e prevenção de câncer de boca: Uma estratégia simples e eficaz. *Revista Odontológica do Brasil Central*, v. 19, n. 49, 2010.

GONÇALVES DE CARVALHO, S.H.; MARQUES SOARES, M.S.; DE QUEIROZ FIGUEIREDO, R. L. Levantamento epidemiológico dos casos de câncer de boca em um hospital de referência em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 12, n. 1, 2011.

GHIZONI, J. S. et al. Incidência de lesões bucais na Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul). *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, v. 17, n. 1, 2012.

HIROTA, S. K.; MIGLIARI, D. A.; SUGAYA, N. N. Carcinoma epidermóide oral em paciente jovem–Relato de caso e revisão da literatura Oral squamous cell carcinoma in a young patient–Case report and literature review. *An Bras Dermatol*, v. 81, n. 3, p. 251-4, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Câncer de boca. Disponível em <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em 26 de abril de 2018.

INSTITUTO ONCOGUIA. Tipos de biopsia para o câncer de boca e orofaringe. Disponível em <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/quais-os-tipos-de-biopsiaspara-o-cancer-de-boca-e-orofaringe/5441/754/>>. Acesso em 07 de maio de 2018.

KERAWALA, C. J. et al. The role of vital tissue staining in the marginal control of oral squamous cell carcinoma. *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, v.29, n.1, p. 32-35, 2000.

KIM, H. et al. Prevention and early detection of oral and pharyngeal cancer in veterans. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, v. 102, n. 5, p. 625-631, 2006.

KNIES, Greicy et al. Frequência das lesões bucais diagnosticadas no Centro de Especialidades Odontológicas de Tubarão (SC). *RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, v. 8, n. 1, 2011.

KUJAN, O. et al. Opinions and attitudes of the UK's GPs and specialists in oral surgery, oral medicine and surgical dentistry on oral cancer screening. *Oral diseases*, v. 12, n. 2, p. 194-199, 2006.

LEMOS JUNIOR, C. A. et al. Câncer de boca baseado em evidências científicas. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, v. 67, n. 3, p. 178-186, 2013.

LIMA, S. S. et al. Perfil epidemiológico das neoplasias de glândulas salivares: análise de 245 casos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologista*, v. 71, n. 3, p. 335-40, 2005.

LLEWELLYN, C.D.; JOHNSON, N.W.; WARNAKULASURIYA, K.A.A.S. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people – a comprehensive literature review. *Oral oncology*, v. 37, n. 5, p. 401-418, 2001.

MAIA, A. M. O. et al. Diagnóstico precoce de lesões orais potencialmente malignas em dois municípios do Estado de Pernambuco. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, v. 12, n. 1, p. 47-51, 2013.

MARCUCCI, G.; JUNIOR, O. C. *Fundamentos de Odontologia: Estomatologia*. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2000.

- MARTINELLI, K. G. et al. Análise retrospectiva das lesões da região bucomaxilofacial do serviço de anatomia patológica bucal–Odontologia-UFES. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, v. 13, p. 24-31, 2011.
- MELO, L. C. et al. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 58, n. 3, p. 351-355, 2010.
- MOREIRA, A. R. O. et al. Levantamento epidemiológico das doenças epiteliais da região bucomaxilofacial: casuística de 20 anos. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 59, n. 1, p. 65-70, 2011.
- MORESCO, F. C.; NORA FILHO, M. R.; BALBINOT, M. A. Levantamento epidemiológico dos diagnósticos histopatológicos da disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da ULBRA-Canoas/RS. *RS. Stomatos*, v. 9, n. 17, p. 29-4, 2003.
- NEVILLE, B. W. et al. *Patologia oral & maxilofacial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Saunders, 2009. 972 p.
- OLIVEIRA, L.R.; SILVA, A. R.; ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *J Bras Patol Med Lab*, v. 42, n. 5, p. 385-92, 2006.
- PATTON, L. L. et al. Adequacy of training in oral cancer prevention and screening as self-assessed by physicians, nurse practitioners, and dental health professionals. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, v. 102, n. 6, p. 758-764, 2006.
- PEREIRA, K. M. A. et al. Papilomavírus humano e câncer oral: uma revisão dos conceitos atuais. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 36, n. 2, p. 151-156, 2007.
- PINCER, V. et al. Dificuldade no diagnóstico de câncer de boca longe de um centro de referência: relato em série. *Revista Integrart*, v. 2, n. 1, 2017.
- PRADO, B. N.; PASSARELLI, D. H. C.; TREVISAN, S. Estudo epidemiológico das lesões bucais no período de 05 anos. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 22, n. 1, p. 25-29, 2010.

PRADO, B. N.; PASSARELLI, D. H. C. Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. *Revista de odontologia da universidade cidade de São Paulo*, v. 21, n. 1, p. 79-85, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL. Apresenta informações gerais sobre a cidade. Disponível em <<http://www.santacruz.rs.gov.br/home>>. Acesso em 15 de abril de 2018.

RIBEIRO, K. C. B. et al. Epithelial salivary glands neoplasms in children and adolescents: a forty-four-year experience. *Medical and pediatric oncology*, v. 39, n. 6, p. 594-600, 2002.

SÁ, N. V. et al. Avaliação do perfil do diagnóstico de câncer bucal após a implantação do Programa de Cuidados Específicos às Doenças Estomatológicas. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 41, n. 2, 2012.

SANTOS, M. E. S. M.; COSTA, W. R. M. Terapêutica cirúrgica da hiperplasia fibrosa inflamatória – Relato de caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, v. 4, n. 4, p. 241-245, 2004.

SANTOS, R. A. et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior: relevância dos fatores de risco álcool e tabaco. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 58, n. 1, p. 9-21, Jan./Mar. 2012.

SANTOS, V. C. et al. Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de Oncologia de Maceió. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 69, n. 2, p. 159, 2013.

SCULLY, Crispian. *Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento*. 2. Ed., Rio de Janeiro, Elsevier, 2009.

SILVA, S. T. et al. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 539-552, 2014.

SILVEIRA, E. J. D. et al. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. *J Bras Patol Med Lab.*, v. 45. n. 3. p. 233-238, jun. 2009.

SILVERMAN, S.; MIGLIORATI, C.; BARBOSA, J. Toluidine blue staining in the detection of oral precancerous and malignant lesions. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, v. 57, n. 4, p. 379-382, 1984.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA. Como diagnosticar câncer. Disponível em <<http://www.sbco.org.br/comunidade/como-diagnosticar>>. Acesso em 10 de maio de 2018.

SOUSA, A. R. et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em hospital de referência. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd*, v. 14, n. 3, p. 129-132, 2016.

TORRES, Inacio Andrade. O auto-exame da boca como estratégia para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 42, n. 1, p. 66-71, 1996.

UNISC. Apresenta informações gerais sobre a instituição. Disponível em: <<http://www.unisc.br>>. Acesso em: 20 de abril de 2018.

VAN DER WAAL, Isaïc. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral oncology*, v. 45, n. 4-5, p. 317-323, 2009.

VENTURI, B. R. M.; PAMPLONA, A. C. F.; CARDOSO, A. S. Carcinoma de células escamosas da cavidade oral em pacientes jovens e sua crescente incidência: revisão de literatura. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*, v. 70, n. 5, p. 679-86, 2004.

VIDAL, A. K. L.; REVOREDO, E. C. V. Radioterapia em tumores de boca. *Odontologia Clínico-Científica*, v. 9, n. 4, p. 295-298, 2010.

VIEIRA, M. V. P. et al. Carcinoma de células escamosas oral: Diagnóstico precoce fazendo a diferença no prognóstico e qualidade de vida do paciente. *Jornada Acadêmica de Odontologia do Univag*, v. 14, 2018.

WILLIAMS, P.M. et al. Evaluation of a suspicious oral mucosal lesion. *Journal of the Canadian Dental Association*, v. 74, n. 3, 2008.

ANEXO A – Parecer substanciado CEP Universidade de Santa Cruz do Sul



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE MALIGNIDADE DAS LESÕES BUCAIS DO PROJETO DE DIAGNÓSTICO BUCAL DA UNISC.

Pesquisador: Estela Maris Gassen Gonçalves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91374818.1.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.721.609

Apresentação do Projeto:

Um trabalho de conclusão do curso de Odontologia da UNISC. A presente pesquisa será o estudo da prevalência de malignidade das lesões bucais dos pacientes atendidos no Projeto de Diagnóstico Bucal da UNISC. Na pesquisa serão utilizados os prontuários de todos os pacientes atendidos no Projeto de Diagnóstico Bucal e encaminhados para a biópsia no período de janeiro de 2012 à julho de 2018.

Objetivo da Pesquisa:

Principal:

- Identificar as patologias bucais analisadas histologicamente que acometem o sistema estomatognático dos pacientes atendidos no Projeto de Diagnóstico Bucal da UNISC.

Secundários:

- Verificar o número de pacientes que tiveram lesões de tecidos moles da boca que foram para biópsia;
- Conferir o número de lesões de mucosa bucal que tiveram diagnóstico negativo ou positivo para câncer de boca;
- Identificar os sítios mais frequentes para lesões cancerígenas;
- Avaliar o tipo de câncer mais frequente;- Relacionar a faixa etária e sexo com as lesões cancerígenas;

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitário

CEP: 96.815-900

UF: RS

Município: SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.721.609

- Identificar dentre as lesões não cancerígenas, qual a mais prevalente;
- Associar o consumo de álcool e tabaco ao aparecimento de lesões malignas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa não apresenta riscos aos participantes, uma vez que a pesquisadora só irá usar como fonte de dados os prontuários clínicos destes pacientes.

Benefícios:

Esta pesquisa trará como benefícios o conhecimento das principais lesões bucais que acometem a população da Região de Santa Cruz do Sul.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

o trabalho é interessante e relevante; os objetivos atendem a problemática da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos estão Ok.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

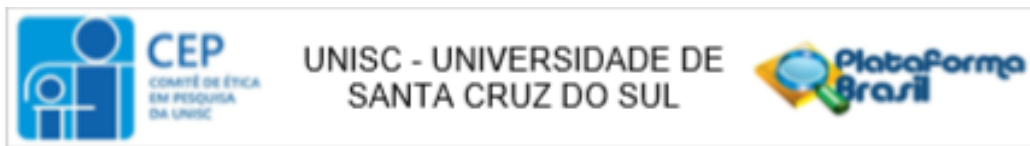
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1148343.pdf	12/06/2018 09:05:13		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTPRONT.pdf	12/06/2018 09:04:38	Estela Maris Gassen Gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	justificativa.pdf	12/06/2018 09:02:39	Estela Maris Gassen Gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJPRONTO.pdf	08/08/2018 08:32:57	Estela Maris Gassen Gonçalves	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.721.609

Brochura Pesquisa	CARTAAPRESENT.pdf	06/06/2018 08:30:31	Estela Maris Gassen Gonçalves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CONSENTPATOL.pdf	06/06/2018 08:30:03	Estela Maris Gassen Gonçalves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CONSENTCOORD.pdf	06/06/2018 08:29:53	Estela Maris Gassen Gonçalves	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARAC.pdf	06/06/2018 08:28:26	Estela Maris Gassen Gonçalves	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	06/06/2018 08:26:36	Estela Maris Gassen Gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/06/2018 08:25:45	Estela Maris Gassen Gonçalves	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROST.pdf	06/06/2018 08:25:22	Estela Maris Gassen Gonçalves	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SANTA CRUZ DO SUL, 19 de Junho de 2018

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

ANEXO B - Carta de consentimento da coordenação do curso de odontologia

Santa Cruz do Sul, 28 de maio de 2018.

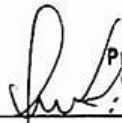
Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, CEP-UNISC)

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: "PREVALÊNCIA DE MALIGNIDADE DAS LESÕES BUCAIS DO PROJETO DE DIAGNÓSTICO BUCAL DA UNISC", desenvolvido pela acadêmica Kawely Chaves Messones do Curso de Odontologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação da professora Estela Maris Gassen Gonçalves, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o acesso aos prontuários clínicos de pacientes atendidos no Projeto de Diagnóstico Bucal e encaminhados para biópsia no período de janeiro de 2012 à julho de 2018.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,


Prof. Me. George Valdemar Mundstock
Coordenador do Curso de Odontologia

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO C - Carta de consentimento do Laboratório de Patologia da UNISC

Santa Cruz do Sul, 28 de maio de 2018.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, CEP-UNISC)

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: "PREVALÊNCIA DE MALIGNIDADE DAS LESÕES BUCAIS DO PROJETO DE DIAGNÓSTICO BUCAL DA UNISC", desenvolvido pela acadêmica Kawely Chaves Messones do Curso de Odontologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação da professora Estela Maris Gassen Gonçalves, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o acesso aos laudos histopatológicos de pacientes atendidos no Projeto de Diagnóstico Bucal e encaminhados para biópsia no período de janeiro de 2012 à julho de 2018.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,



Assinatura e carimbo do responsável institucional

Chefia Depto. Biologia e Farmácia
Universidade de Santa Cruz do Sul
UNISC

ANEXO D - Termo de consentimento livre e esclarecido

AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO NO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNISC					
Paciente: _____					
<p>Por este instrumento autorizo a Clínica e Laboratório do curso de Graduação em Odontologia da UNISC a fazer qualquer diagnóstico e tratamento em minha pessoa, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da odontologia dessa IES. Tenho pleno conhecimento do questionário referente ao exame físico e de que a Clínica e Laboratórios do Curso de Graduação em Odontologia da UNISC, aos quais me submeto para fins de diagnóstico e/ou tratamento. Concordo pois, com toda técnica seguida quer para fins didáticos de diagnósticos e/ou tratamento. Estou ciente também, que o tratamento proposto é realizado por alunos do referido curso.</p> <p>Autorizo também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames físicos e laboratoriais e quaisquer outras informações concorrentes ao planejamento de diagnósticos e/ou tratamento sejam utilizados para fins de ensino, pesquisa e de divulgação em publicações científicas do país e do estrangeiro.</p> <p>Declaro que as informações por mim prestadas são verdadeiras.</p> <p style="text-align: right;">Santa Cruz do Sul, _____ de _____ de _____.</p>					
_____ Assinatura do Paciente			_____ Assinatura do Pai, Tutor ou responsável pelo paciente		
<i>Nota: Para pacientes menores, conseguir assinatura de uma pessoa responsável. MAIOR DE IDADE.</i>					
VERIFICAÇÃO					
Pressão Arterial _____ Pulso _____ Temperatura _____					
Outros exames e/ou observações _____					
Prescrição farmacológica					Data
EXAME FÍSICO					
1 - Aspecto da face:	Normal	Anormal	3 - Exame intra bucal:	Normal	Anormal
			Gengivas		
2 - Exame extrabucal:	Normal	Anormal	Hálito		
Pele			Saliva		
ATM			Lábios		
Estruturas oculares			Comissura bucal		
Estruturas nasais			Mucosa jugal		
Tireóide			Áreas retromolares		
Cadeias Cervicais			Orofaringe		
Área submentoniana			Palato mole		
Glândulas salivares			Palato duro		
Musculatura Mastigatória			Lingua		
			Assoalho da boca		
			Freios e bridas		
			Rebordo alveolar desdentado		
Uso de prótese:	Sim	Não	Especificar: _____		
Observações: _____					