

AUTOCUIDADOS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL

SELF-CARE IN ORAL CANCER PREVENTION

Gizela Faleiros Dias¹

Daniela Rodrigues Fernandes²

Soraya Fernandes Mestriner³

Wilson Mestriner Júnior⁴

¹ Cirurgiã-dentista e Coordenadora Odontológica do Município de Patrocínio Paulista-SP.

² Professora Doutora do Curso de Odontologia da Universidade de Franca – UNIFRAN.

³ Professora Doutora do Curso de Odontologia da Universidade de Franca – UNIFRAN.

⁴ Professor Livre Docente do Departamento de Clínica Infantil e Odontologia Social e Coletiva - Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto- FORP- USP.

RESUMO: uma das estratégias mais importantes para obtenção de diagnóstico do câncer bucal em fase inicial é o auto-exame da boca, durante o qual deve-se estar atento para as alterações das lesões pré-cancerosas. O paciente precisa ser motivado em face do reconhecimento destas alterações. Para o desenvolvimento deste estudo, aplicaram-se três questionários fechados na forma de entrevista individual a dois grupos de quinze indivíduos cada: o primeiro composto por indivíduos que tiveram experiência com câncer bucal e o segundo grupo com indivíduos que não tiveram experiência com a doença. O objetivo da primeira entrevista foi avaliar o conhecimento de ambos os grupos a respeito do auto-exame e lesões pré-cancerosas. Em seguida, os indivíduos receberam informações a respeito da estrutura a que iriam se submeter, estrutura esta didática/educativa de conceito simples e reproduzível por qualquer serviço de saúde, que trabalha com as características das lesões iniciais do câncer bucal e o auto-exame. Avaliou-se a efetividade da estrutura na segunda entrevista e constatou-se que a maioria dos dois grupos procurará o médico e ou cirurgião-dentista ao se notar qualquer alteração durante o auto-exame na frente do espelho. Observou-se a maior capacidade de reconhecer a lesão maligna. Em conclusão, comprovou-se o alto grau de motivação frente à aplicação da estrutura educativa, concluindo-se que o método foi eficaz na promoção de saúde bucal.

Palavras-chave: educação; câncer; promoção de saúde.

ABSTRACT: one of the most important strategies to obtain oral cancer diagnosis in its beginning is the self-examination of the mouth; which attention must be paid to the alterations of pre-cancerous lesions. For this research development, were elaborated three interviews for two groups consisting of fifteen people each; the first group consisted by individuals who had experienced any kind of neoplasma and the second group consisted by people who hadn't had cancer. The objective of the first interview was to evaluate the knowledge of both groups concerning the self-examination and pre-cancerous lesions. Afterwards the individuals received information about the structure to which they would be submitted; such structure is composed of an educational chart with simple concepts and copiable by any health service. The structure deals with the characteristics of the initial lesions of oral cancer and self-examination. The effectiveness of the chart was evaluated through the second interview and it was found out that the majority of the two groups will see a doctor or a dentist as soon as they notice any alterations during the self-examination and it was observed a better capacity to recognize the cancer lesions. In the third interview we noticed high level of motivation due to the use of the chart, concluding that the method was effective in the health promotion.

Key words: education; cancer; health promotion.

INTRODUÇÃO

Saúde e doença devem ser vistas como situações ou momentos dinâmicos e contraditórios de um mesmo processo vital; dois momentos diversos e independentes. A análise de uma ou de outra isoladamente leva a desvios teóricos graves que concorrem para uma prática médica equivocada, sofisticada, cara, inacessível, opressora e descomprometida sob o ponto de vista social. As doenças têm afligido a humanidade desde tempos remotos. A falta de conhecimento a respeito dos problemas de saúde e de seus fatores causais aliada à inexistência de meios e de modos de combatê-las formaram um quadro muitas vezes alarmante, presente ao longo da história (BASTOS et al., 2001).

Segundo um comitê de peritos da OMS, em 1954, os maiores problemas de saúde bucal são a cárie dentária, a doença periodontal, a má oclusão, as fissuras labiopalatais e o câncer (BASTOS et al., 2001).

O câncer é uma patologia grave que afeta parcela significativa da população mundial, corresponde à segunda causa de morte por doença no Brasil. A incidência de câncer bucal no Brasil é considerada uma das mais altas do mundo. O INCA (Instituto Nacional do Câncer) do Ministério da Saúde estimou que no ano de 2.001 o número de novos casos seria de 10.565. Esse número coloca o câncer bucal em posição de destaque. Desses pacientes, o número de mortes estimado foi de 3.225 (INCA, 2001).

O Brasil continua a apresentar um quadro sanitário em que se combinam doenças ligadas à pobreza, típicas dos países em desenvolvimento, e doenças crônico-degenerativas, características dos países mais afluentes. Os dados epidemiológicos disponíveis atualmente permitem configurar o câncer como problema de saúde pública no Brasil, além da mudança de hábitos de vida da população; diversos fatores como o aumento da expectativa de vida, a industrialização, a urbanização e os avanços tecnológicos observados na área da saúde estão diretamente relacionados com o aumento do risco de desenvolvimento de câncer.

Apesar da etiologia do câncer ser multifatorial, o fator externo mais associado à gênese do câncer de boca é o tabagismo, seguido pelo alcoolismo,

dieta, radiações e irritação mecânica crônica. O conhecimento sobre os fatores de risco orienta que o câncer deve ser pesquisado em toda população, principalmente nos indivíduos que apresentem exposição a um ou mais fatores de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993). Alguns fatores predis põem ao aumento do risco de câncer bucal, como idade superior a 40 anos, sexo masculino, má higiene bucal, desnutridos e imunodeprimidos, portadores de próteses mal ajustadas e exposição excessiva ao sol (trabalhadores rurais), consumidores em excesso e prolongado de chimarrão. Um crescente número de pacientes chega aos serviços com a doença já em fase avançada. Em uma avaliação preliminar dos dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital do Câncer/ INCA mostra que 60% dos pacientes chegam ao hospital com a doença já em estágio avançado, conseqüentemente fazendo com que o tratamento seja mais invasivo. Pode-se deduzir, assim, a falta de acesso aos serviços de saúde por parte dos pacientes e/ou despreparo dos profissionais de saúde em detectar o câncer de boca em estágios iniciais.

O fato de a boca ser a sede de uma infinidade de patologias benignas, como a úlcera traumática, gengivite, herpes labial dentre outras, que “desaparecem” com o tempo (sete dias), faz com que o paciente negligencie o surgimento de lesões cancerosas, acreditando ser este mais um problema sem importância. Pensando assim, aliado à falta de programas de prevenção contra o câncer, o paciente não procura atendimento médico-odontológico para saber da gravidade da lesão que apresenta (MINORU; BREGAGNOLO, 1994).

O câncer bucal também é uma entidade patológica que pode ser minimizada tanto em número quanto em severidade e também em sua mortalidade se os preceitos de Leavell e Clark forem seguidos, ou seja, detecção precoce e tratamento imediato. Ao lado disso, quando se discute a promoção de saúde e se trabalha o primeiro nível de prevenção, um indivíduo que receba informações básicas de saúde, dentro de um município ou grupo “saudável”, terá cada vez menor probabilidade de apresentar câncer bucal (BASTOS et al., 2001).

A promoção de saúde tem por objetivo diminuir as diferenças no estado de saúde e assegurar a

igualdade de oportunidades, promovendo os meios que permitam a toda a população desenvolver ao máximo a sua saúde potencial. Isso implica uma base sólida que ofereça acesso à informação e permita adquirir aptidões e oportunidades que levem o indivíduo a fazer opções corretas em termos de saúde. Essa promoção busca fazer com que as escolhas mais saudáveis tornem-se escolhas mais fáceis, utilizando o instrumento de transformação social que é a educação, não só a educação formal, mas toda a ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e o estímulo à criatividade (PEREIRA et al., 1992).

Foi durante a “IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde” 1997, realizada em Jakarta, Indonésia, que foram resgatados conceitos discutidos durante a II Conferência Promoção de Saúde Bucal, como a participação popular e *empowerment*, conceitos que, para serem efetivos, visam acesso à educação e a informação (BUSS, 1998).

O termo *empowerment* que significa processo que desenvolve formas pelas quais os grupos podem agir no poder hegemônico, transformando as condições físicas sociais da vida (LALONTE, 1975).

O auto-exame da boca é a estratégia mais importante para obter-se o diagnóstico do câncer de boca em fase inicial. Consiste em uma técnica simples, podendo ser realizado por qualquer pessoa, sendo necessário apenas o uso de um espelho em ambiente iluminado. Deve ser sistematicamente ensinado nas atividades de educação comunitárias em linguagem fácil e acessível à população, contribuindo para o diagnóstico precoce (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996).

É importante ressaltar que as lesões pré-cancerosas podem se transformar em lesões malignas. Dentre essas lesões se encontram as leucoplasias e as eritroplasias. Leucoplasia é um termo clínico usado para lesões brancas não-removíveis à raspagem que não podem ser classificadas como outras doenças: mais de 18% delas se transformam em lesões malignas. Já as eritroplasias são lesões vermelhas que não podem ser caracterizadas como outras doenças, a maioria delas apresentam displasia epitelial, *carcinoma in situ* ou até mesmo carcinoma invasivo. A detecção e remoção dessas

lesões pré-malignas podem reduzir significativamente a incidência do câncer oral (LASKIN, 1993).

Uma população será cada vez mais saudável à medida que seu nível de conhecimento das informações referentes à saúde porventura existentes sejam assimiladas. Embora seja muito difícil atuar na estrutura da cultura de um povo, se os aspectos de educação em saúde bucal forem enfatizados, com o passar do tempo serão internalizados, contribuindo seguramente para a manutenção da saúde bucal da população, parte importante da saúde do ser humano integral.

Para conseguirmos que a população tenha o autocuidado, não basta explicarmos bem as causas das doenças, como evitá-las e exigirmos que aprendam. É necessário criar recursos para estimular a vontade de aprender, despertar sua atenção e interesse, ou seja, motivá-la. O processo de ensino-aprendizagem deve apresentar algumas características como visar a objetivos realísticos, ser participativo (permita realizar na prática o que aprendeu na teoria).

Sendo a motivação um requisito indispensável para aprender, devemos utilizar diferentes sistemas representacionais: visual, auditivo, sinestésico (sensação/gustação), pois é por meio deles que vivenciamos o mundo (BANDLER; GRINDER, 1982).

O processo de motivação é desencadeado pela interação de diferentes estágios: motivacionais, nos quais o indivíduo é estimulado a fim de satisfazer uma necessidade comportamental, no qual a resposta é dada, e de redução da necessidade, no qual a resposta satisfaz. Kay et al. (1991) afirmaram que a motivação consiste em habilidades apropriadas que o cirurgião-dentista deve desenvolver para ser capaz de persuadir os pacientes a alterarem seu comportamento e, assim, conseguir controlar as doenças da cavidade bucal. Os autores descreveram cinco passos para se conseguir alterar o comportamento: definir o problema, analisar a frequência e os cuidados recebidos em casa, estimular o paciente a se cuidar e alterar e corrigir os problemas.

Quando um programa educativo é bem planejado e tem apoio, embasamento científico forte e linguagem inteligível adequada para o grupo que

recebe a mensagem, certamente alcançará os resultados esperados (BASTOS et al., 2001).

Com base nesses conceitos, esse trabalho experimental tem por proposta conscientizar determinada população quanto à importância do auto-exame da cavidade oral e habilitá-la a realizar a detecção de lesões bucais precursoras do câncer. Para tanto, desenvolveu-se uma estrutura que auxilie a ação educativa, propiciando a reformulação de hábitos e a aceitação de novos valores, provocando mudanças de comportamento necessárias à manutenção, aquisição e promoção de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização do presente estudo, obteve-se uma amostra de 30 indivíduos de ambos gêneros na faixa etária de 40 a 60 anos escolhidos aleatoriamente, divididos em dois grupos cujo critério para divisão foi conhecimento prévio sobre a prevenção do câncer bucal:

GRUPO I - Pacientes do setor de prótese buco-maxilo-facial da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP-USP) e seus cuidadores, totalizando 15 pessoas.

GRUPO II - Participantes do grupo da terceira idade da cidade de Franca, constituindo um grupo de 15 pessoas.

Para desenvolvimento da parte prática se fez necessário confeccionar uma estrutura educativa (Figura 1) reproduzindo a mucosa normal, lesões iniciais do câncer de boca e o câncer já em fase evoluída, de tal modo que fosse possível tocar e visualizar essas representações, comparando a textura e cor da mucosa normal com a mucosa altera-



Figura 1 - Estrutura educativa.

da. A estrutura foi confeccionada com uma caixa de papelão com dimensão de aproximadamente 60 cm², Em cuja parte frontal foi feita uma divisão didática de cores (verde, amarelo e vermelho) representando a gravidade da lesão representada anteriormente.

· A mucosa normal foi representada por meio de um balão de gás vermelho contendo água, reproduzindo uma superfície semelhante à estrutura normal dos tecidos corpóreos externamente a cor representada foi a verde.

· A leucoplasia (lesão branca de baixo potencial de malignidade) foi representada por um balão de gás branco e vazio disposto de forma pregueada, caracterizando a textura da lesão externamente a cor representada foi a amarela.

· Um chumaço de algodão recoberto por papel camurça de cor vermelha escura, originando uma superfície elevada e aveludada, caracterizou a eritroplasia (lesão avermelhada de alto potencial de malignidade), externamente a cor representada foi a vermelha.

· Para representação do carcinoma epidermóide (câncer de boca), foram utilizados pequenos pedaços de papel crepom de cor escura, enrolados e dispostos lado a lado, oferecendo a aparência e consistência de ferida escura e endurecida externamente a cor representada foi a vermelha.

Antes da exposição do quadro à amostra, foi realizada uma entrevista com cada indivíduo, objetivando avaliar o grau de instrução dessa população em relação ao diagnóstico do câncer oral.

Foram distribuídos folhetos explicativos esclarecendo a importância do auto-exame na detecção do câncer bucal em fase inicial, e explicando as características das lesões expostas no quadro educativo. Logo após ocorreu a interação dos sujeitos participantes da amostra com o quadro educativo, através do qual foi possível a realização do contato tátil com as diferentes sensações proporcionadas pelas alterações da mucosa. Finalmente, aplicou-se uma segunda entrevista com perguntas semelhantes às da primeira, avaliando o aprendizado proporcionado pelo quadro.

No caso do grupo I, as entrevistas foram aplicadas antes do atendimento clínico. Cada entre-

vista teve em média uma duração de 3 minutos, sendo realizadas no mesmo dia para os dois grupos: horário da manhã para o grupo I e horário da noite para o grupo II.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados do presente estudo mostraram que grande parte dos participantes da amostra observam sua boca, principalmente em frente ao espelho. Porém, o “auto-exame” da boca só é realizado ao notarem alterações, como aftas ou machucados, situações que os remetem a dor. Após explicação sobre o câncer bucal, nota-se um aumento do número de pessoas que consultarão um cirurgião-dentista para que este realize exames à procura de neoplasias.

Como o cirurgião-dentista é um profissional da saúde que possivelmente entrará em contato com muitos casos de câncer por ano, ele deveria realizar exames à procura de qualquer sinal de câncer para todo paciente em toda visita. E para o benefício dos pacientes, ensiná-los a realizar o auto-exame mensalmente (MAJESKI; WAGNER, 1995).

Pelo fato de parte dos pacientes do setor de prótese buco-maxilo-facial já ter entrado em contato com o câncer bucal, nota-se que o inchaço (edema) foi uma alteração bastante encontrada por componentes desse grupo. O inchaço é uma alteração que merece atenção durante o auto-exame da cavidade oral (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996). Já nos idosos de Franca, a maioria das alterações percebidas foram alterações comuns à cavidade oral de qualquer indivíduo, como língua esbranquiçada e aftas. Observou-se que parte dos indivíduos do grupo I associou essas alterações ao câncer. Isso ocorreu, talvez, devido a experiências anteriores com a doença, já que essa associação não ocorreu na amostra de idosos de Franca.

Em casos da presença de alterações, o médico e o dentista foram procurados em uma porcentagem pequena nas duas amostras, de acordo com o primeiro questionário. Já no segundo questionário, a porcentagem de pessoas que procurariam o médico ou dentista em presença de alteração na

cavidade oral aumentou consideravelmente nos dois grupos.

De acordo com as respostas dadas ao segundo questionário, o tipo de alteração que causaria maior preocupação para a maioria dos dois grupos seria uma ferida, demonstrando maior receio dessas pessoas com a lesão do câncer já em fase avançada. Às lesões precursoras seria dada uma maior importância pelos componentes de ambos os grupos, quando comparadas ao primeiro questionário.

Durante o segundo questionário, a descrição do câncer de boca foi semelhante nos dois grupos, sendo que a maioria descreveu a lesão como uma ferida endurecida. Assim, ambos os grupos adquiriram a capacidade de identificar alterações próprias do câncer bucal. Comprovando que com o auxílio da estrutura foi possível facilitar o aprendizado dos participantes do estudo.

No entanto, é condição indispensável no processo educativo em saúde bucal um atenção mais abrangente integrando aspectos preventivos, curativos, biopsicossociais e ambientais, proporcionando uma visão dinâmica do processo saúde/doença que ocorre no indivíduo como um todo e está relacionada com a qualidade de vida (PETRY; PRETTO, 1997).

A educação em saúde deve ser pensada como um processo capaz de criar uma prontidão para atuar no sentido da mudança. Quando os conhecimentos necessários à compreensão de um tema estão bem sedimentados em uma comunidade e há motivação adequada, bem própria da área de domínio afetivo, resta a execução dos atos que conduzam à saúde desejada. Assim a maior procura do médico e dentista por esses indivíduos sugere maior conscientização por parte dos mesmos quanto à gravidade da doença câncer.

Além das diferenças de acesso a serviços odontológicos, pessoas com diferenças pronunciadas de renda também estão em desvantagem quanto à ocorrência e tratamento de problemas na área odontológica. Assim o processo educativo usado no presente trabalho visou mudanças de comportamento necessárias à manutenção, aquisição e promoção de saúde. A carta de Ottawa elege a educação para a saúde, como um dos pontos cen-

trais à consolidação da prática voltada para a melhoria da saúde das populações. Para que as mudanças comportamentais sejam atingidas, é necessário criar ou mudar percepções, utilizar forças motivadoras e tomar decisão para agir (GRIFFITHS, 1957).

A grande maioria dos participantes do estudo se acharam capazes de reconhecer o câncer de boca, comprovando o grau de motivação desses indivíduos. E aí lembramos que “a aprendizagem só se realiza a partir do desencadeamento de forças motivadoras” (RESENDE, 1986).

Foi sugerido, ainda, pelos indivíduos entrevistados, que o esquema fosse exposto a pessoas de outras comunidades, aumentando o acesso à informação. “Uma pessoa só conhece bem algo quando o transforma, transformando-se ela também no processo” (BORDENAVE; PEREIRA, 1995). Vimos através da sugestão proposta pelos sujeitos da pesquisa que estes se transformaram no processo educativo.

Para a aprendizagem realmente acontecer ela precisa ser significativa, ou seja, se relacionar com o universo de conhecimentos, experiências e vivências, precisa envolver o aprendiz como pessoa, como um todo de idéias, sentimentos, cultura e sociedade (ABREU; MASETTO, 1990). Os participantes do estudo tinham 40 a 60 anos, e estão dentro da idade onde aumenta o risco de desenvolvimento da doença, por isso acreditamos que o momento adequado para a utilização deste recurso didático para educação em saúde é exatamente este, pois, se torna significativo e envolve os participantes.

Este método também possibilita a participação no processo de aprendizagem, capacitando o aprendiz, para transmitir o conhecimento adquirido para outras pessoas, permitindo modificações de comportamento em quem está aprendendo.

A partir do primeiro século do terceiro milênio, a medicina, bem como a odontologia, devem preocupar-se em priorizar os métodos preventivos para o controle e a erradicação das doenças e dos agravos à saúde. Os componentes “educação em saúde” e, em particular, “educação em saúde bucal” devem constituir armamento primeiro em todos os programas, públicos e privados.

CONCLUSÃO

De acordo com as informações obtidas neste estudo nos foi possível inferir que:

- o quadro educativo, de conceito simples e de baixo custo, reproduzível por qualquer serviço de saúde, foi eficaz na aprendizagem dos indivíduos;
- houve um aumento da importância dada ao cirurgião-dentista quanto ao exame da cavidade oral;
- foi adquirido maior conhecimento das medidas a serem tomadas frente a alguma alteração bucal - procura pelo médico ou dentista;
- ocorreu a compreensão da necessidade da realização do auto-exame em frente ao espelho;
- houve um receio maior dos pacientes do grupo I frente às alterações orais encontradas, já que suspeitaram da presença do câncer em algumas situações.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. C.; MASETTO, M. T. *O professor universitário em aula*. São Paulo: Mg Ed. Associados, 1990. 130p.
- BANDLER, R. O.; GRINDER, J. *Sapos e príncipes*. São Paulo: Summus, 1982.
- BASTOS, J. R. M.; LOPES, E. S.; RAMIRIS, I. *Odontologia social e preventiva*. (Manual), 2001. 284p.
- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. *Estratégias de ensino - aprendizagem*. Petrópolis: Vozes, 1995. 312p.
- GRIFFITHS, W. *The education approach to health work*. California Health, v. 15, n. 12, Dec. 1957.
- INCA- Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.org.br>>. Acesso em 30 out. 2001.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Manual de detecção de lesões suspeitas câncer de boca*. Rio de Janeiro: Inca/Pro-Onco, 1996. 47p
- KAY, A. et al. *The Prevention of dental disease: changing your patient's behavior*. Dent. Update, v. 7, p. 245-248, Jul./Aug. 1991.

KRIGER, L. *Promoção de saúde bucal*: Aboprev. São Paulo: Artes Médicas, 1997. 475 p.

KUETH, J. L. *O processo ensino-aprendizagem*. Porto Alegre: Globo, 1974. 191p.

LALONDE, M. *A new perspective in the health of Canadians*. Ottawa: Government Printing Office, 1974. Medicina preventiva. McGraw-Hill do Brasil Ltda, 1975.

LASKIN, D. M. Cancer prevention through education. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v. 51, p. 827, 1993.

MAJESKI, J.; WAGNER, L. Oral cancer screening: are we doing our part? *Journal of Dental Hygiene*, v. 69, n. 5, p. 195-196, set./out. 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Câncer no Brasil*: dados dos registros de base hospitalar. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer. 1993. 52p.

MINORU, O.; BREGAGNOLO, J. C. *Epidemiologia das doenças bucais*: fissuras lábio-palatais, câncer bucal e má-oclusão. Ribeirão Preto, 1994. 44p.

PEREIRA, O. L. et al. Educação sobre higiene bucal e índice de placa. *Rev. Gaúcha Odont.*, v. 40, n. 6, p. 421-22, nov./dez.,1992.

PETRY, P. C.; PRETTO, S. M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. (org.). *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 365-370.

RESENDE, A. L. M. *Saúde dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez, 1986. 159p.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Profa. Daniela Rodrigues Fernandes
Profa. Dra. Soraya Fernandes Mestriner
Professora Doutora do Curso de Odontologia da
Universidade de Franca - UNIFRAN
Av Dr. Armando Sales de Oliveira 201
Parque Universitário Franca Cep:14404-600
Fone: (16) 3711-8888