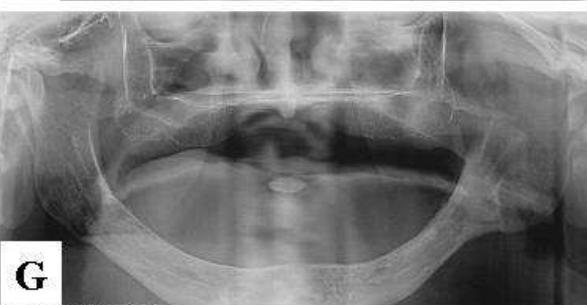


Câncer de Boca na Atenção Básica





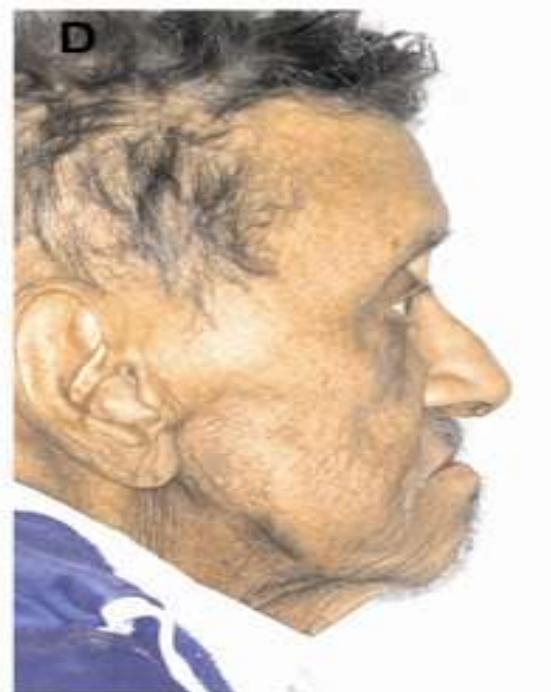
Perfil típico do paciente com câncer de boca.



**Pré
RT**



**Pós
RT**



**Pré
RT**

A

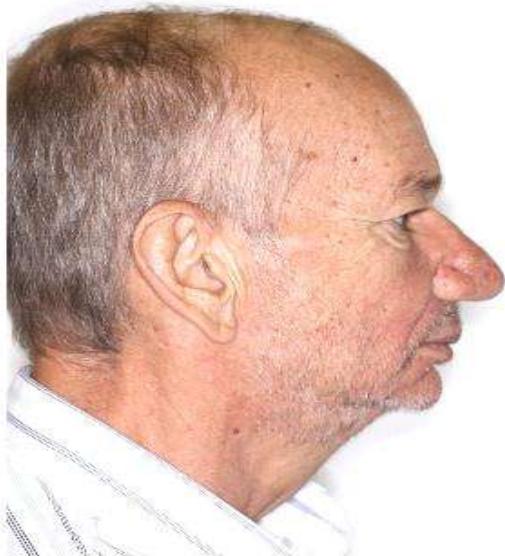


B

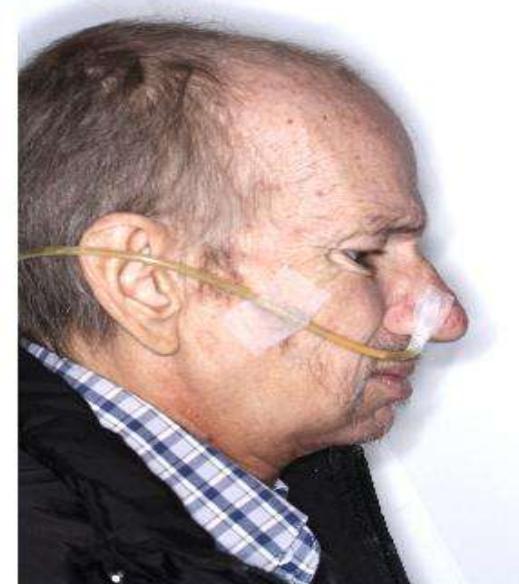


**Pós
RT**

C



D



O Brasil está neste grupo

**Paquistão
Índia
Tailândia
Eslováquia**

Compared with the total number of cancer cases, oral cavity cancer (OCC) is proportionally more prevalent in developing countries, the highest percentages being observed in **Pakistan, India, Brazil, Thailand, and Slovakia** (12.3% for males and 8.7% for females in Pakistan; 8.0% for males and 4.3% for females in India). In developed countries, the higher proportion observed for males is in France, where it represents 2% of all cancer cases among males for the period. The burden of oral cavity cancer is considered heavier in some developing countries, due to difficulties in primary prevention and application of regulatory policies, to access screening by a dental or medical professional and to have access to treatment when the disease has already progressed. Awareness of professionals that constitutes the first contact with the social or health system must be improved to identify people at risk and target them for prevention and minimize the consequences of disease. Overall, people living in developing countries are more vulnerable to adopting risk behaviors than people living in developed countries. Developing programs targeted toward populations at risk —and especially in areas where incidence is high, both in developing and in developed countries—is needed to effectively prevent this disease.

Câncer oral e de faringe:

- **Grave e crescente problema**
- **Sexto mais comum tipo de cancer no mundo**
- **275.000 novos casos de cancer de boca/ano**
- **130.000 novos casos de cancer de faringe/ano**
- **2/3 dos casos em países em desenvolvimento**

Em países em desenvolvimento:

1 em cada 2 morrem

Em países desenvolvidos:

1 em cada 3 morrem

Sobrevida em cinco anos:

- **80% doença localizada**
- **40% metástase regional**
- **20% metástase a distância**

2/3 dos casos de câncer de boca....

- **Não são diagnosticados por dentistas**
- **Estão nos estágios III e IV**
- **Portanto, tem metástase regional**

Em seu município

- Quantos casos de câncer?
- Como encaminham os casos diagnosticados?

- Dificuldade na prevenção primária
- Falta de políticas regulatórias
- Falta de acesso
- Dificuldade de tratamento

Sensibilização dos profissionais que constituem o primeiro contato com o sistema de saúde (ou social) deve ser melhorado para **identificar** pessoas em risco e direcioná-los para a prevenção e minimizar as consequências da doença.

Os principais fatores de risco para o câncer oral são **o cigarro e álcool**. Entre as populações da Ásia, o uso regular de betel aumenta os riscos de câncer oral. Os dentistas devem estar cientes de alguns fatores de risco emergentes para o câncer oral, e particularmente o câncer de orofaringe, tais como o papel da infecção pelo papilomavírus humano - HPV (25-30%).





Nenhuma forma de fumar vale a pena!

Fatores não modificáveis

- o Idade
- o Etnicidade
- o Status socioeconômico

Fatores modificáveis

- o Tabagismo
- o Etilismo
- o Dieta
- o Estilo de vida

Fatores emergentes

- Papiloma vírus HPV
- Imunossupressão
- Mate (chimarrão)

Fatores controversos

- Má higiene
- Dentição
- Poluição

- **Fatores inconsistentes, limitados ou sem evidências**
 - o Hereditariedade
 - o Uso de cannabis
 - o Nicotina (substitutos)
 - o HIV
 - o Enxaguatórios com álcool

Causes of oral cancer--an appraisal of controversies.

Warnakulasuriya S. Br Dent J. 2009 Nov 28;207(10):471-5.

TABACO como causa de doenças

- **Bucais**
- **Pulmonares**
- **Cardiovasculares**
- **Neoplásicas...**

**Assim, por que uma abordagem
diferente para cada doença,
tendo uma causa comum?**

A close-up photograph of a crab's mouthparts, specifically the chelipeds (hand-like claws) and the mouth. The claws are large, yellowish-brown, and appear to be gripping or manipulating something. The mouth area is visible between the claws, showing various mouthparts. The background is dark and out of focus.

Como mudar?

T4

8290

Enfrentando o Câncer de Boca na Atenção Básica

- **Promoção da saúde (cessação de fumar)**
- **Diagnóstico precoce (visita domiciliar X screening)**
- **Preparo do paciente (ambulatorial)**
- **Referência (encaminhamento)**
- **Contra-referência (preparo do paciente)**
- **Acompanhamento (durante e após)**
- **Vigilância (indicadores, pesquisa)**

Para descobrir se seu paciente sofre da doença tabagismo:

- 1) Quantos cigarros fuma por dia?
- 2) Quantas horas depois de acordar você acende o primeiro cigarro?

"Se a resposta para a primeira pergunta for 15 ou mais cigarros, e a resposta para a segunda pergunta for menos de uma hora após acordar, seu paciente tem a doença". (Viegas, 2010).



Ajude seu paciente a parar de fumar com:

- ❖ Abordagem mínima
- ❖ Abordagem intensiva
- ❖ Programas e campanhas

Abordagem Mínima ou PAAP

- **Inserida na rotina de atendimento**
- **Maior alcance em saúde pública**
- **5-10% de cessação em um ano**

Addo SF, Maiden K, Ehrenthal DB. Awareness of the 5 A's and motivational interviewing among community primary care providers Del Med J. 2011 Jan;83(1):17-21.

PERGUNTE

ACONSELHE



Abordagem Intensiva

- **Assistência estruturada**
- **Multiprofissional**
- **Seletiva**
- **20-30% de cessação em um ano**

Promoção da saúde

A capacitação do profissional deve englobar estratégias de treinamento presencial e a distância. No entanto, para que tenha impacto nos indicadores de morbi-mortalidade do câncer de boca, a capacitação deve ser repensada na forma e nos objetivos a que se propõe. O treinamento **não deve se restringir à detecção de lesões de boca, mas deve ser também dirigido à formação para cessação de fumar**. Em uma época de cuidados de saúde baseada em evidências pode-se questionar a eficácia dos métodos de ensino atuais da saúde e sua influência nas desigualdades em saúde bucal.

Promoção da saúde

A capacitação não deve ser feita de forma isolada, levando a uma duplicação de esforços e mensagens conflitantes entregues ao público. Ainda, o treinamento em saúde bucal não deve se concentrar na mudança de comportamento individual e nem ignorar a influência de fatores sócio-políticos como os principais determinantes da saúde. De acordo com Silvermann os módulos de **educação continuada devem abordar o uso do tabaco, as formas de incentivar o abandono e detecção precoce do câncer de boca.**

Conheça:

- ❖ **A normalidade**
- ❖ **Os fatores de risco**
- ❖ **Os sinais e sintomas**
- ❖ **A rede**
- ❖ **A população adscrita (visita domiciliar)**

Conhecendo a normalidade...

Você pode identificar
a perda da normalidade







**Todo profissional da saúde pode
distinguir o
normal e do patológico.**

4 Agente comunitário de saúde: você é "um agente de mudanças"!

Seu trabalho é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, já que você é um membro da comunidade e possui com ela um envolvimento pessoal.

"Ser ACS é, antes de tudo, ser alguém que se identifica em todos os sentidos com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem e costumes. Precisa gostar do trabalho. Gostar principalmente de aprender e repassar as informações, entender que ninguém nasce com o destino de morrer ainda criança..."

Teresa Ramos – ACS, Recife.

Você, agente, é um personagem fundamental, pois é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, é alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce.

Sua ação favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes etc.

Seu trabalho tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade. Para que isso aconteça, você tem que estar alerta. Tem que estar sempre "vigilante".



ACS: identificação do paciente de risco e inversão do acesso

Esse é o ponto: identificar os pacientes de risco. Os membros das equipes de saúde, todos eles, devem identificar os pacientes de alto risco para câncer de boca. Para isso é preciso ampliar as competências dos ACS na promoção da saúde bucal, para construir aportes de conhecimento condizentes com a proposta interdisciplinar da Estratégia Saúde da Família. O agente comunitário de saúde pode receber educação continuada e adquirir habilidades para detectar a perda da normalidade nos tecidos bucais. **Como a boca é de fácil acesso, essa triagem seria fundamental para garantir o acesso do paciente de risco a uma consulta odontológica.**

Conhecendo os fatores de risco...

Você pode identificar
os pacientes com maior risco.

Promoção da saúde

Conheça pacientes de risco:

- ❖ **Maiores de 50 anos**
- ❖ **Homens**
- ❖ **Fumantes**
- ❖ **Etilistas**

Promoção da saúde

População de risco:

- ❖ **Quantos homens (>40) na UBS**
- ❖ **Quantos tabagistas**
- ❖ **Quantos etilistas**
- ❖ **Quantos destes atendidos?**

Garantia do exame obrigatório para pacientes com 50 anos ou mais, tabagista ou etilista

O paciente com mais de 50 anos deve ter facilitado o acesso ao profissional de saúde e garantida uma consulta com o dentista, com vistas ao diagnóstico de lesões potencialmente malignas ou ao diagnóstico precoce do câncer de boca. A consulta não deve se limitar ao exame clínico, mas também deve ser realizada

- a abordagem mínima para cessação de fumar.
-







J Oral Pathol Med. 2010 Apr 29. **Relationship between chronic trauma of the oral mucosa, oral potentially malignant disorders and oral cancer.** Piemonte ED, Lazos JP, Brunotto M. Oral cancer represents 2%-5% of all cancers, being one of the 10 most frequent ones. Apart from oral cancer risk factors already described in literature, such as tobacco and alcohol consumption, others emerging risk factors have been proposed, such as chronic irritation from dental factors. The aim of this work was to assess the influence of chronic trauma of the oral mucosa (CTOM) in patients with oral potentially malignant disorders (OPMD) and cancer. Methods: A retrospective study of 406 patients (both sexes; aged between 18 and 80 years; with OPMD and cancer) who attended the Department of Clinical Stomatology A of the National University of Cordoba was performed by non-probabilistic sampling. The association of variables and outcome variable diagnosis, with levels control, OPMD, oral cancer, was evaluated by multinomial regression model. Results: Population under study was represented by 72% of control patients, 16% patients with OPMD and 11% of patients with oral cancer. It was observed a significant association between diagnosis and CTOM ($P = 0.000$), after adjustment of confounding factors (smoking and drinking habits, sex, cancer inheritance and denture use). **Conclusions: Our results suggest that CTOM is, together with other factors, an important risk factor in patients with oral cancer diagnosis, but not for patients with OPMD.**

Câncer de boca na Atenção Básica

- Promoção da saúde
- **Diagnóstico precoce**
- **Preparo do paciente**
- **Referencia e contra-referência**
- **Acompanhamento**
- **Vigilância**



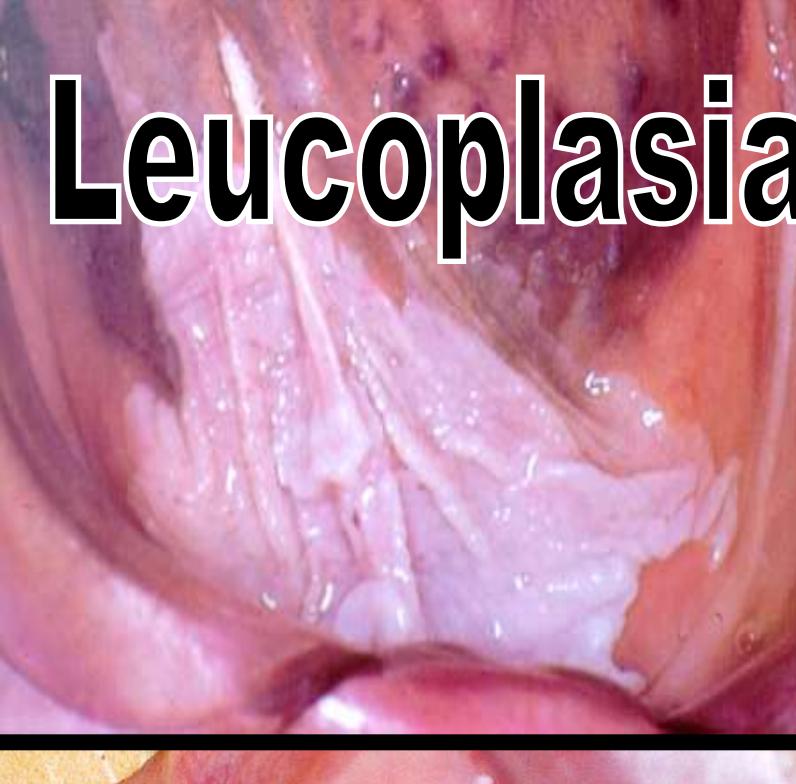
Diagnóstico precoce

- ❖ **Sinais e sintomas**
- ❖ **Reconhecer anormalidades**
- ❖ **Principais lesões associadas**
- ❖ **Registrar**
- ❖ **Encaminhar**

Mas você tem acesso ao paciente de risco?



Leucoplasia



Queilitis actínica



Líquen plano



Barreiras do diagnóstico precoce

- Apesar de 77,6% (n=170) dos cirurgiões-dentistas afirmarem que examinam pacientes sem lesões na mucosa como prática clínica rotineira, 79,4% (n=135) afirmaram ter alguma dificuldade quanto ao diagnóstico de lesões bucais.
- Quando considerados todos os respondentes, este percentual subiu para 82% (n=179). No mais, 58% (n=127) dos dentistas relataram desatualização sobre o tema câncer bucal e 30% (n=46) dos profissionais que responderam não examinar pacientes sem lesões na mucosa, creditaram este fato à insuficiência de conhecimento científico para realização desta prática.

• Melo et al. Diagnóstico bucal precoce no SUS: análise individual, vigilância à saúde e trabalho em equipe como possibilidade (re)estruturante. *Tempus Acta*, 2011

Barreiras para diagnóstico precoce

• Se TSB (Técnico de Saúde Bucal) e ASB (Auxiliar de Saúde Bucal) são auxiliares fundamentais ao aumento da eficácia e eficiência no chão da clínica; hoje, são os ACS os profissionais auxiliares fundamentais para a assimilação de conhecimentos e práticas orientados pelas categorias vida e normalidade. A condição de universalidade das famílias empresta ao ACS a possibilidade do rastreamento universal das condições de risco e das supostas perdas de normalidade de tecidos bucais. Na rotina clínica tradicional da Odontologia pública ou privada esse rastreamento não é possível. Mas, na equipe de saúde da família ele se torna possível desde que o ACS possa fazê-lo mesmo sem conhecimentos de semiologia. Não cabe ao ACS conhecer a sintomatologia nem formular hipóteses diagnósticas, o trabalho patognomônico discricionário da propedêutica é do dentista. Basta ao ACS ser capacitado para trabalhar no senso comum, sendo tão somente capaz de apontar a existência de condições de risco, bem como reconhecer a normalidade e duvidar da sua perda.

• Melo et al. Diagnóstico bucal precoce no SUS: análise individual, vigilância à saúde e trabalho em equipe como possibilidade (re)estruturante. *Tempus Acta*, 2011

Barreiras para diagnóstico precoce

- O importante é também envolver todos os profissionais na identificação e esforços para eliminação dos fatores de risco, especialmente, tabagismo e alcoolismo. Para isso, em conformidade com a literatura e os dados exploratórios aqui apresentados, torna-se necessário investir em treinamentos que envolvam a formação para cessação de fumar, a apresentação de sinais e sintomas precoces do câncer de boca, bem como abordagens calcadas nas teorias do comportamento.

•Melo et al. Diagnóstico bucal precoce no SUS: análise individual, vigilância à saúde e trabalho em equipe como possibilidade (re)estruturante. Tempus Acta, 2011

• Nossos dados mostram que as barreiras que impedem ou dificultam o diagnóstico precoce do câncer bucal relacionam-se às **normas subjetivas** (leia-se aprovação dos pares e necessidade de reforço normativo) e aos fatores de controle internos (**leia-se insegurança e desconhecimento do tema**), o que leva a proposição de educação continuada para a equipe. Deve-se salientar que a teoria do comportamento planejado tem como premissa básica a identificação de fatores facilitadores e/ou restritivos para a execução de determinado comportamento. No entanto, a utilização desta teoria não permite a implementação de estratégias em saúde pública aplicada. Assim, os dados mostram que para transformar a prática profissional atual existem, no mínimo, duas alternativas complementares, baseadas na sociologia das profissões: uma mediata e integral; e outra imediata e administrada. A mediata, no âmbito exclusivo do profissionalismo, **pressupõe uma transformação paradigmática da Odontologia**, que inclua em seus fundamentos vida e normalidade. A imediata, no âmbito compartilhado do profissionalismo e da administração pública, **pressupõe ampliar o campo profissional da Odontologia no SUS ao lançar mão da oportunidade da incorporação de profissionais de nível elementar na divisão do trabalho extraclínico, hoje representados na figura do ACS; mediante o planejamento e a programação do trabalho em equipe profissional no interior das equipes de saúde da família, subsumido-o no assunto da vigilância à saúde no SUS.**

Média de idade do paciente com câncer

- **57* e 60 anos** *Homens e mulheres

Tempo de evolução da doença

- **169 e 215 dias**

Tempo entre o diagnóstico e tratamento

- **207 e 263 dias**

Diagnóstico precoce é utopia?

Utopia do diagnóstico precoce ou atraso no diagnóstico

Causas relativas ao:

- **Profissional**
- **Paciente**
- **Biologia tumoral**
- **Acesso**

Causas relativas ao profissional:

- **Falta de experiência prévia**
- **Desconhecimento dos fatores etiológicos**
- **Interpretação cognitiva dos sintomas
(ignorância/conhecimento)**
- **Conflitos de responsabilidade (co-morbidade)**
- **Distância de serviços especializados**
- **Ausência de exame clínico completo**
- **Baixo índice de suspeição**
- **Ignorância das lesões potencialmente malignas**
- **Ignorância dos sinais precoces da doença**

Causas relativas ao paciente:

- **Fatores psicológicos**
- **Prioridades**
- **Percepção equivocada dos sintomas**
- **Auto-medicação**
- **Inacessibilidade ao sistema de saúde**

Causas relativas ao Acesso:

- Falta serviço de diagnóstico
- Falta de pessoal
- Horário inadequado
- Modelo *hospitalocêntrico*
- Acesso não baseado no PSF
- Distância dos serviços de atenção bucal

Para combater o atraso do diagnóstico

A política de saúde pública deve ser desenvolvida para combater o tempo excessivamente longo decorrido entre diagnóstico e tratamento, bem como melhorar os programas de ensino em saúde pública para promover a identificação precoce do câncer bucal. ABDO, 2007

Para combater o atraso do diagnóstico

- Os pacientes com câncer de boca são acolhidos como **demandas espontâneas**, sendo que, em muitos casos, inicia-se na atenção primária um fenômeno de sucessivos atrasos, do diagnóstico à referência, que acabam por adiar as possibilidades de abordagem precoce e consequentemente limitam as chances de sobrevida (Abdo et al).
- Assim, para diminuir os atrasos, é preciso alterar a via de chegada e alterar a acessibilidade pela capacitação do ACS.

Poor prognosis for oral cancer is mostly accounted by presentation at a late stage of the disease. Patients usually delay seeking professional advice on average for periods up to 3 months after having become aware of any oral symptom that could be linked to oral cancer. *Gomez et al. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? Oral Dis 2010;16:333-42.*

- **Promoção da saúde**
- **Diagnóstico precoce**
- **Preparo do paciente**
- **Referência e contra-referência**
- **Acompanhamento**
- **Vigilância**

Preparo do paciente:

Antes, durante e após terapia oncológica

- **Adequação do meio bucal**
- **Eliminação de focos**
- **Tratamento restaurador**
- **Tratamento com flúor**
- **Profilaxia**
- **Tratamento de sequelas**





Antes da terapia:

Extração de dentes ruins

- Fora da área de tumor
- Antibioticoterapia profilática
- Controle de leucócitos
- Fatores de coagulação

Paciente em quimioterapia



- **Promoção da saúde**
- **Diagnóstico precoce**
- **Preparo do paciente**
- **Referência e contra-referência**
- **Acompanhamento**
- **Vigilância**

Referência/contra-referência

- ❖ Alta na atenção básica
- ❖ Co-tratamentos
- ❖ Parcerias privilegiadas
- ❖ Garantia
- ❖ Chamadas públicas DRG

Tipo de encaminhamento

Preferencial

Ulceração que persiste por mais de 14 dias, mesmo após a remoção de sua causa provável

Lesões brancas, vermelhas

Lesão pigmentada localizada

Lesão oral suspeita, crescimento rápido, infiltração, endurecimento e fixação

Nódulos intra-oraais não-visíveis, mas palpáveis

Dor orofacial não explicada e que persista por mais de quatro semanas

Caroço no pescoço, recente e inexplicável

Disfagia inexplicada, com duração superior a três semanas

Normal

Qualquer distúrbio que necessite de tratamento clínico-cirúrgico

Atenção secundária

Cirurgia-Estomatologia ou outra unidade especializada.

As vias de referência devem ser acordadas entre os serviços de atenção básica e secundária.

- Todos os pacientes devem ser examinados em busca de lesões potencialmente malignas e malignas cada vez que eles realizam um exame odontológico.
- É preciso ser especialmente meticuloso se o paciente é fumante, consome grandes quantidades de álcool e ou é maior de 40 anos.

BIÓPSIA



DIANTE DE UMA LESÃO SUSPEITA



ENVIO A UM CENTRO DE REFERÊNCIA

1. Previamente à biópsia oral se realizará sempre uma história clínica, um exame clínico minucioso
2. Sempre que conte com a capacitação e meios adequados
3. Inicialmente a biópsia deverá ser incisional.
4. Em caso de resultado positivo para malignidade, encaminhar ao centro de referência.
5. Seguir critérios de indicação

A biópsia estaria indicada em:

Úlcera que persiste mais de 14 dias depois de eliminar suas possíveis causas. Lesão branca, vermelha ou branco-avermelhada que não se desprende pelo raspado
Tumoração visível
Lesão pigmentada localizada
Qualquer lesão oral que mostre características suspeitas como: crescimento rápido, infiltração, indurecimento, fixação...

A biópsia não estaria indicada em:

Processos infecciosos que têm tratamento não cirúrgico

A biópsia estaria contraindicada fora do âmbito hospitalar em:

Lesões com evidente componente vascular, que deverão ser encaminhadas imediatamente
Lesões ósseas ativas, que deverão ser encaminhadas imediatamente
Lesões tumorais evidentes, que deverão ser encaminhadas imediatamente

Serviço local de Cirurgia Oral e Maxilofacial, de Estomatologia, ou outras Unidades Especializadas.

Utilizando formulário que inclua:

- Dados do paciente: incluindo número de telefone atual de maneira que possa ser avisado oportunamente para voltar à clínica.
- Breve história médica.
- Dados relevantes da história social do paciente: incluindo informação sobre consumo de álcool e tabaco.
- Descrição detalhada da lesão.
- Diagnóstico clínico para poder categorizar a urgência da referência.

Preferência

- Úlcera que persiste mais de 14 dias depois de eliminar suas possíveis causas.
- Lesão branca, vermelha ou branco-avermelhada que não se destaca pelo raspado.
- Tumoração visível.
- Lesão pigmentada localizada.
- Qualquer lesão oral que mostre características suspeitas como: crescimento rápido, infiltração, induração, fixação.
- Tumorações intraorais não visíveis e palpáveis
- Dor orofacial inexplicada que persiste mais de 4 semanas.
- Tumoração cervical de aparecimento recente e etiologia desconhecida.
- Disfagia inexplicada de mais de 3 semanas de duração.
- Mobilidade dentária inexplicada, persistente durante mais de 3 semanas, que não pode ser atribuída ao traumatismo ou enfermidade periodontal.
- Lesão óssea de etiologia desconhecida.
- Diminuição da sensibilidade orofacial e/ou paralisia sem motivos conhecidos.

Referência e contra-referência

- **Problema dos protocolos:**

**Partem da idéia que o paciente está na
sala de espera (demanda espontânea)**

- **Promoção da saúde**
- **Diagnóstico precoce**
- **Preparo do paciente**
- **Referência e contra-referência**
- **Acompanhamento**
- **Vigilância**

Acompanhamento

- ❖ **Xerostomia**
- ❖ **Disfagia**
- ❖ **Dieta modificada**
- ❖ **Necessidade de profilaxia profissional**

Câncer de Boca na Atenção Básica

O que está ao nosso alcance?

- Erradicação e eliminação?
- Redução da incidência?
- Redução da gravidade?
- Redução da letalidade?

Erradicar:

Reducir a

ZERO a incidência, mantendo esse valor, mesmo sem a continuidade das medidas de prevenção.

Eliminar:

Reducir a ZERO a

incidência dando continuidade às medidas.

Reducir:

Reducir a gravidade por meio do diagnóstico precoce

Os conhecimentos atuais ainda não nos permitem erradicar ou eliminar o câncer de boca. Assim, podemos pensar em diminuir a gravidade e o número de casos novos.

Para reduzir a gravidade:

- ❖ **Identificar do paciente de risco**
- ❖ **Facilitar o acesso do paciente de risco**
- ❖ **Capacitar para o diagnóstico**
- ❖ **Reducir o atraso no diagnóstico**

Vigilância!

Para reduzir o número de casos:

- ❖ **Identificar do paciente de risco**
- ❖ **Facilitar o acesso do paciente de risco**
- ❖ **Promover a cessação de fumar**
- ❖ **Promover o combate ao etilismo**
- ❖ **Promoção da saúde.**



- **Identifica pacientes de risco**
- **Identifica anormalidade**
- **Encaminha**

Dentista

- **Recebe o paciente de risco**
- **Faz diagnóstico precoce**
- **Enfrenta os fatores de risco**

Todos os profissionais de saúde

Nos países em desenvolvimento as pessoas são expostas, desde muito jovens, aos fatores de risco, e por isso são necessárias prevenção e vigilância. A **sensibilização** dos profissionais deve ser aumentada para **identificar** pessoas em risco e **direcioná-las** para a prevenção, visando diminuir as consequências do câncer bucal. Cancela, M. 2009

Possibilidades

- ACS reconhecendo a anormalidade
- ACS invertendo o acesso
- ESB combatendo fatores de risco
- ESB facilitando o acesso
- CD realizando abordagem mínima
- CD diagnosticando precocemente

O que fazer?

- **Pactuar com o gestor (você)**
- **Dialogar com o serviço**
- **Instituir:**
 - **sistema de vigilância**
 - **protocolos de acesso**
 - **outros**

Pactuar com o gestor (você)

- Quais os eventos que merecem notificação?
- Quais merecem protocolo de ação subsequente?
- Qual o impacto na rotina dos profissionais?
- A divisão do trabalho (como inserir o exame obrigatório para pacientes de risco?)

O que fazer?

Releitura:

- Acesso
- Atenção básica
- Alta clínica
- Agente comunitário
- Visita domiciliar pela ESB
- Abordagem dos fatores de risco

New Hope for an Oral Cancer Solution: Together We Can Make a Difference

**Miriam P. Rosin, BSc, PhD; Catherine F. Poh, DDS, PhD, FRCD(C);
J. Mark Elwood, MD, FRCPC; P. Michele Williams, BSN, DMD, FRCD(C);
Richard Gallagher, MA, FACE; Calum MacAulay, PhD; Wan W. Lam, PhD;
Ajit Auluck, MDS; Lewei Zhang, DDS, PhD, FRCD(C); T. Gregory Hislop, MDCM**

Contact

Dr. Rosin
Email: mirishaw.ca



Figure 3: The outreach activities of the BC OCPP, which extend to the provincial, national and international levels, include: (a) Partnership with community dentists — continuing education for knowledge transfer and network building. (b) Outreach through community screening in a high-risk, medically underserved area in Vancouver's Downtown Eastside. (c) Partnership with community representatives to provide oral cancer screening in local health fairs for the elderly Chinese in Chinatown, Vancouver. (d) Awareness building and continuing education at the Pacific Dental Conference, one of the largest dental conferences in North America. (e) Oral cancer screening camps conducted by the Manipal College of Dental Sciences, Mangalore, in rural villages of India. Source: BC OCPP (www.orcanet.ca).

Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde

Strategies for management of oral cancer in primary and secondary healthcare services

*Cassius C. Torres-Pereira*¹

*Aldo Angelim-Dias*²

*Nilce Santos Melo*³

*Celso Augusto Lemos Jr.*⁴

*Eder Magno Ferreira de Oliveira*⁵

Protocolo de atenção básica

- Inverter o acesso ao invés da livre demanda
- Acessibilidade (UBS versus procurar o atendente da farmácia)
- identificar perda da normalidade
- Buscar pacientes de alto risco
- Lesão potencialmente maligna e biópsia
- Cessação de fumar de forma multiprofissional
- Álcool (multiprofissional)
- Dieta (multiprofissional)
- Capacitação para eliminar barreiras comportamentais
- Garantia de exame para maiores de 50 anos

(Torres-Pereira, 2010; Melo, et al, 2011)

Câncer de boca na atenção básica

- ❖ **Facilitar o acesso**
- ❖ **Instituir terapias coletivas (fumo e álcool)**
- ❖ **Instituir abordagens comuns**
- ❖ **Informar os pacientes de risco**
- ❖ **Preparar os profissionais**
- ❖ **Referenciar**
- ❖ **Conhecer barreiras comportamentais**



The efficacy of clinical examination in detecting intraoral malignancies has recently been called into question, as it does not accurately predict the histological diagnosis. The most effective preventive strategy is to help patients reduce or eliminate dangerous habits, and to remain alert for signs of potentially malignant or early-stage lesions, and perform routine visual and tactile examinations of all patients. A working knowledge of the clinical epidemiology of oral cancer, familiarity with the risk factors, signs and symptoms, together with continued vigilance in the form of regular, systematic and thorough clinical examination remains the most basic means of ensuring early detection of oral cancer and providing the best care possible.

Obrigada!

nilce@unb.br