



Brazilian Journal of
OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org.br



ARTIGO ORIGINAL

Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target?[☆]

Renato Paladino Nemoto*, Alana Ascitti Victorino, Gregory Bittar Pessoa, Lais Lourenção Garcia da Cunha, José Antonio Rodrigues da Silva, Jossi Ledo Kanda, Leandro Luongo de Matos

Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil

Recebido em 22 de outubro de 2013; aceito em 9 de março de 2014

KEYWORDS

Mouth neoplasms;
Head and neck
neoplasms;
Health promotion;
Epidemiology
and biostatistics

Abstract

Introduction: Oral cavity malignant neoplasms have a high mortality rate. For this reason, preventive campaigns have been developed, both to educate the population and to diagnose lesions at an early stage. However, there are studies that contest the validity of these endeavors, principally because the target audience of the campaigns may not conform to the group at highest risk for oral malignancy.

Objective: To describe the profile of patients who avail themselves of the preventive campaign, identify the presence of oral lesions in that population, and compare that data with the epidemiological profile of patients with oral cancer.

Methods: Cross-sectional historical cohort study performed by analysis of epidemiological data of the campaign “Abra a Boca para a Saúde” collected in the years from 2008 to 2013.

Results: In the years analyzed, 11,965 people were treated and 859 lesions were diagnosed, all benign. There was a female predominance (52.7%), with mean age of 44 years (± 15.4 years); 26% were smokers and 29% reported alcohol consumption. It is known that the group at highest risk to develop oral cancer is 60- to 70-year-old men, who are alcoholic smokers.

Conclusion: The population that seeks preventive campaigns is not the main risk group for the disease. This fact explains the low number of lesions and the lack of cancer detection.

© 2015 Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.03.002>

[☆] Como citar este artigo: Nemoto RP, Victorino AA, Pessoa GB, da Cunha LL, da Silva JA, Kanda JL, et al. Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target? Braz J Otorhinolaryngol. 2015;81:44-9.

* Autor para correspondência.

E-mail: renato_nemoto@hotmail.com (R.P. Nemoto).

PALAVRAS-CHAVE

Neoplasias bucais;
Neoplasias de cabeça
e pescoço;
Promoção da saúde;
Epidemiologia
e bioestatística

Campanha de prevenção do câncer de boca: estamos atingindo o verdadeiro público-alvo?

Resumo

Introdução: As neoplasias malignas de cavidade oral possuem alta taxa de mortalidade. Por essa razão, existem diversas campanhas de prevenção do câncer bucal, visando orientar a população e diagnosticar lesões em estágio precoce. Contudo, vários estudos contestam a validade dessas iniciativas, uma vez que o público alvo atingido pode não representar o verdadeiro grupo de risco.

Objetivo: Descrever o perfil dos pacientes que procuraram a campanha de prevenção, identificar a presença de lesões orais e comparar os dados com o perfil epidemiológico de pacientes portadores de câncer bucal.

Método: Coorte histórica transversal. Foram levantados os dados epidemiológicos da campanha "Abra a boca para a saúde" dos anos de 2008 a 2013.

Resultados: Nos anos avaliados, 11965 pessoas foram atendidas e 859 lesões diagnosticadas, todas benignas. A predominância foi do sexo feminino (52,7%), com média de idade de 44 anos ($\pm 15,4$ anos), 26% eram tabagistas e 29% relatavam uso de álcool. Sabe-se que o grupo de risco corresponde a homens, entre 60 e 70 anos, tabagistas e etilistas.

Conclusão: A população que procura a campanha não é o principal grupo de risco para a doença, fato que explica o baixo número de lesões detectadas e nenhum câncer.

© 2015 Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Introdução

As neoplasias malignas, da região da cabeça e pescoço, correspondem a 10% de todos os tumores malignos humanos e cerca de 40% deles ocorrem na boca. O câncer da cavidade oral ocupa o quinto lugar na lista de incidência entre os homens e, anualmente, são diagnosticados cerca de 275 mil novos casos, cuja mortalidade é elevada.¹⁻⁴ O tipo histológico mais comum é o carcinoma espinocelular,² há predomínio pelo sexo masculino e aproximadamente 75% dos casos são diagnosticados na faixa etária dos 50-70 anos.⁵

O principal fator etiológico é o fumo, no qual já foram encontradas mais de 30 substâncias carcinogênicas, sendo as mais conhecidas os hidrocarbonetos aromáticos e nitrosaminas.⁶ Cerca de 90% das pessoas com câncer de boca fumam cigarro, cachimbo ou outro tipo de tabaco. Os tabagistas têm de seis a 16 vezes mais chances de desenvolverem um câncer do que os não fumantes, e 37% dos indivíduos tratados que persistem no uso, desenvolvem um segundo tumor primário ou apresentam recidiva da doença.⁷

O álcool corresponde ao segundo principal fator de risco. Cerca de 75% dos indivíduos com carcinoma oral são etilistas, sendo essa doença seis vezes mais comum nessas pessoas do que em não consumidores de bebidas alcoólicas. A combinação do álcool com o fumo potencializa a chance do desenvolvimento de um câncer bucal em cerca de 100 vezes.⁶ A manutenção dos hábitos após o tratamento também está associada a uma maior chance de recidiva e desenvolvimento de um segundo tumor primário.⁴ Outros fatores de risco conhecidos são: a radiação ultravioleta para o câncer do lábio, imunossupressão, infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) e a má higiene oral.⁶

Em muitos países, como é o caso do Brasil, os pacientes são diagnosticados já com doença avançada ou metastática, o que, somado à agressividade própria do tumor, dificulta o tratamento e piora significativamente o prognóstico.^{1,8} O tratamento desses pacientes é eminentemente cirúrgico e muitas vezes leva a deformidades estéticas e funcionais com sério prejuízo à qualidade de vida. Por todos esses motivos, essa neoplasia é uma relevante questão de saúde pública.⁴

Trata-se de uma doença prevenível com a mudança no estilo de vida (principalmente com a interrupção dos hábitos de fumar e beber) e tratamento de lesões pré-malignas, como as leucoplasias e eritroplasias.^{1,8,9} O método mais empregado no rastreamento de lesões precoces é o exame visual da cavidade oral (oroscopia), cuja especificidade é de cerca de 98%.⁸ Trata-se de uma técnica não-invasiva, rápida, barata e que pode ser realizada por profissionais da saúde de várias áreas.¹

Com o intuito de diminuir a mortalidade e a morbidade dessa doença, há diversas campanhas de prevenção do câncer bucal, cujo objetivo é orientar a população de maior risco de desenvolvimento da doença (principalmente etilistas e tabagistas) e secundariamente diagnosticar lesões em estágio precoce. Contudo, embora seja senso comum de que a busca e detecção precoce tenham grande potencial no combate à doença, estudos contestam a validade dessas iniciativas. Evidências relacionadas à efetividade das campanhas de prevenção ainda são controversas, e o público atingido com essas ações pode não representar o verdadeiro grupo de risco, sendo que este pode ser um dos principais motivos para essa contestação.^{1,8-11}

O objetivo do trabalho é descrever o perfil das pessoas atendidas na campanha anual de prevenção do câncer de

boca, identificar a presença de lesões orais e comparar com o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de câncer da cavidade oral.

Método

A campanha de prevenção do câncer bucal ocorre anualmente desde 2008 na cidade de São Bernardo do Campo, São Paulo, e é designada “Abra a Boca para a Saúde”. Nela é realizada gratuitamente o exame de oroscopia por profissionais treinados (odontologistas e médicos) da rede pública de saúde, visando a detecção de lesões de mucosa oral, e também são prestadas orientações verbais e por meio de folheto explicativo sobre o autoexame oral e lesões suspeitas. Os pacientes não são selecionados, e sim procuram espontaneamente o espaço destinado à campanha que é realizada durante uma semana no Poupa Tempo (posto de atendimento e serviços do Governo do Estado de São Paulo, que reúne em um único espaço órgãos e empresas prestadoras de serviços de natureza pública), local de grande circulação na cidade.

Os pacientes que apresentavam lesões de mucosa oral foram encaminhados para investigação diagnóstica e tratamento em dois serviços: lesões benignas para o Centro de Especialidades Odontológicas e as lesões suspeitas de malignidade ou pré-malignas para o Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

Todos os pacientes voluntários tiveram uma ficha de atendimento preenchida que compreende identificação, dados demográficos e a descrição do exame oral. A partir das informações coletadas nesta ficha de atendimento, os dados foram tabulados e armazenados em uma base de dados sem identificação para que pudessem ser analisados. Foram considerados tabagistas os indivíduos com consumo de pelo menos um cigarro diário. Ainda, “uso de álcool” se refere ao uso semanal ou diário de álcool, mesmo que em pequena quantidade. Foram levantados os dados brutos das campanhas dos anos de 2008 a 2013. A quantidade de pessoas atendidas em cada campanha foi obtida pelo relatório final da atividade confeccionado pelos responsáveis pela organização da campanha. As características das lesões orais encontradas (se malignas ou benignas) foram obtidas junto aos serviços para os quais os pacientes foram encaminhados. Porém, foram quantificados somente os dados demográficos das campanhas de 2008 (primeiro ano da campanha) e 2012 (o último ano avaliável da campanha) para efeito comparativo. Os dados demográficos referentes às campanhas de 2009 a 2011 não estavam disponíveis junto a Secretaria da Saúde do Município e os dados da sexta edição (2013) ainda não foram tabulados e portanto não foram possíveis de serem analisados.

Resultados

Nos seis anos avaliáveis (tabela 1), 11965 pessoas foram atendidas. Delas 7,2% (859 indivíduos) apresentavam alguma lesão na cavidade oral, sendo consideradas benignas após uma segunda avaliação nos serviços de referência.

Nos anos de 2008 e 2012, 1809 e 1241 pessoas foram atendidas respectivamente. As características epidemiológicas observadas nas pessoas que procuraram as campanhas destes anos estão representadas na tabela 2. Nota-se que a mé-

dia de idade foi de 44,1 anos, com um predomínio de mulheres, e 49,2% dos indivíduos com menos de onze anos de estudo (até Ensino Médio Incompleto). Os tabagistas foram minoria (26%), sendo o principal tipo de fumo o cigarro (81,5%), assim como os usuários de álcool (29%). As médias dos períodos de tabagismo e etilismo foram 21,7 anos e 22,5 anos respectivamente. Dos avaliados, 60,8% possuíam antecedente de câncer próprio ou na família. Em relação à condição da saúde bucal, 46,2% apresentavam dentição em regular ou mau estado e 31,8% usavam prótese dentária.

Discussão

O presente estudo demonstra que a população de risco para o desenvolvimento de câncer de cavidade oral não está sendo efetivamente atingida pela campanha de prevenção em São Bernardo do Campo, fato este que provavelmente também está ocorrendo na maioria das cidades brasileiras.

Com os resultados apresentados, notou-se que 7,2% dos indivíduos atendidos apresentavam lesões orais, encaminhadas para investigação, e que nenhuma delas foi diagnosticada como câncer oral após uma segunda avaliação. Ou seja, em relação à quantidade de pessoas que procuraram as campanhas, um pequeno número apresentava lesões na cavidade oral, e nenhuma com confirmação de câncer de boca. Esse achado condiz com uma revisão de literatura de Francheschiet et al.,¹⁰ na qual a proporção de indivíduos com lesões suspeitas variou de 1% a 16%, sendo que desses, a maioria era tabagista e/ou etilista. Um grande estudo realizado em Minnessota, nos Estados Unidos, examinou 23 616 indivíduos, sendo que 10% apresentaram lesões suspeitas, e desses, 12% tinham carcinoma espinocelular.¹² O maior trabalho realizado até hoje foi na Índia, por Sankaranarayanan e colaboradores,⁸ no qual 87.655 pacientes foram avaliados, sendo identificadas 5145 (5,9%) lesões suspeitas, porém com apenas 205 (0,2%) casos de carcinomas. Ou seja, na população em geral, a quantidade de pessoas que devem ser examinadas para a detecção de um pequeno número de lesões precursoras ou de carcinomas é proporcionalmente enorme.

Para políticas de saúde pública, em vista da complexidade organizacional, técnica e financeira, evidências de eficácia em trabalhos prospectivos são de suma importância.⁸ Embora a detecção precoce do câncer de boca leve a melhores índices prognósticos, não há dados inequívocos suficientes

Tabela 1 Número de exames realizados e casos encaminhados com lesões orais das Campanhas de 2008 a 2012

| Ano | Número de exames realizados | Casos encaminhados (% de indivíduos com lesões) |
|--------------|-----------------------------|---|
| 2008 | 1809 | 126 (6,9%) |
| 2009 | 2740 | 201 (7,3%) |
| 2010 | 1664 | 81 (4,9%) |
| 2011 | 2402 | 222 (9,2%) |
| 2012 | 1241 | 126 (10,1%) |
| 2013 | 2109 | 103 (4,9%) |
| Total | 11965 | 859 (7,2%) |

Tabela 2 Características epidemiológicas dos indivíduos atendidos nas campanhas de 2008 e 2012

| Característica | 2008 | | 2012 | | Total | |
|----------------------------------|------|-------|------|-------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| <i>Gênero^a</i> | | | | | | |
| Masculino | 819 | 45,3% | 625 | 50,4% | 1444 | 47,3% |
| Feminino | 990 | 54,8% | 616 | 49,6% | 1606 | 52,7% |
| <i>Raça</i> | | | | | | |
| Branco | 937 | 51,8% | 539 | 43,5% | 1476 | 48,3% |
| Negro | 130 | 7,2% | 266 | 21,5% | 396 | 12,9% |
| Pardo | 742 | 41% | 805 | 35% | 1547 | 38,8% |
| <i>Grau de escolaridade</i> | | | | | | |
| Fundamental Incompleto | 468 | 25,9% | 275 | 22,2% | 743 | 24,3% |
| Fundamental Completo | 193 | 10,7% | 163 | 13,2% | 356 | 11,6% |
| Ensino Médio Incompleto | 284 | 15,4% | 124 | 10% | 408 | 13,3% |
| Ensino Médio Completo | 586 | 32,4% | 441 | 35,6% | 1027 | 33,6% |
| Ensino Superior Incompleto | 59 | 3,3% | 43 | 3,5% | 102 | 3,3% |
| Ensino Superior Completo | 112 | 6,2% | 137 | 11,1% | 249 | 8,1% |
| Analfabeto | 54 | 3% | 58 | 4,4% | 112 | 3,6% |
| Não responderam | 53 | 3,1% | – | – | 53 | 2,2% |
| <i>Tabagismo^b</i> | | | | | | |
| Fumantes | 548 | 30,3% | 245 | 19,8% | 793 | 26% |
| Não fumantes | 1261 | 69,7% | 996 | 70,2% | 2257 | 74% |
| <i>Tipo de fumo</i> | | | | | | |
| Cigarro | 465 | 85% | 182 | 74,3% | 647 | 81,5% |
| Fumo de corda | 10 | 2% | 7 | 2,8% | 17 | 2,1% |
| Cigarro e fumo de corda | 20 | 4% | 2 | 0,8% | 22 | 2,7% |
| Outro/Não responderam | 53 | 9% | 56 | 22,1% | 109 | 13,7% |
| <i>Uso de álcool^c</i> | | | | | | |
| Sim | 539 | 29,8% | 348 | 28,1% | 887 | 29% |
| Não | 1270 | 70,2% | 893 | 71,9% | 2163 | 71% |
| <i>Antecedente de câncer</i> | | | | | | |
| Sim | 1146 | 63,4% | 711 | 57,3% | 1857 | 60,8% |
| Não | 663 | 36,6% | 530 | 42,7% | 1193 | 39,2% |
| <i>Dentição</i> | | | | | | |
| Mal estado | 247 | 13,7% | 140 | 11,3% | 387 | 12,6% |
| Regular estado | 613 | 33,9% | 412 | 33,2% | 1025 | 33,6% |
| Bom estado | 736 | 40,7% | 560 | 45,2% | 1296 | 42,4% |
| Edentado | 213 | 11,7% | 129 | 10,2% | 342 | 11,4% |
| <i>Uso de Prótese Dentária</i> | | | | | | |
| Sim | 593 | 32,8% | 378 | 30,5% | 971 | 31,8% |
| Não | 1216 | 67,2% | 863 | 69,5% | 2079 | 68,2% |

^a Média de idade: 42,5 ± 15,6 anos (2008); 45,7 ± 15,2 anos (2012); 44,1 ± 15,4 anos (total).

^b Média do período de tabagismo: 20,8 ± 12,6 anos (2008); 22,6 ± 14 anos (2012); 21,7 ± 13,3 anos (total).

^c Média do período de etilismo: 18 ± 12,4 anos (2008); 27 ± 17,2 anos (2012); 22,5 ± 14,9 anos (total).

para embasar os atuais programas de prevenção para a população em geral.¹³ A mesma conclusão foi apresentada pela *UK Working Group on Screening for Oral Cancer and Pre-Cancer*,² e a *United States Preventive Services Task Force* não observou nenhuma evidência que mostre que o exame visual da cavidade oral seja um exame de prevenção eficaz tanto nos grupos de risco quanto nos de não-risco. Além disso, também não há dados suficientes para sugerir que outros métodos de rastreamento (como o azul de toluidina, fluoroscopia e a citologia esfoliativa) sejam benéficos neste rastreamento.^{1,10,13} Downer et al.¹³ observaram ainda que a maioria dos programas foi realizado em países industrializados, com pequena duração e pequeno número de participantes. Embora haja exceções, esse fato contribui para não haver dados incontestáveis que suportem as campanhas mundialmente, especialmente em países subdesenvolvidos.

Fatores que diminuem a eficácia das campanhas são a falta de informação sobre a doença, falta de contato com a importância da prevenção, inacessibilidade geográfica e/ou econômica a serviços de saúde, falta de suporte da família ou da sociedade/comunidade além da baixa aderência da população-alvo.⁸ A atual aderência às campanhas é pequena. A porcentagem da população de São Bernardo do Campo abrangida pela campanha foi 0,2% em 2008 e 0,15% em 2012. Contudo, embora um dos componentes essenciais das campanhas de prevenção seja obter a máxima participação possível da população, principalmente do grupo de risco,⁸ as estratégias tendem a ser deficitárias. Infelizmente, não foi possível a inclusão dos dados das campanhas de 2009 a 2011 por estes não estarem disponíveis, entretanto, a análise comparativa dos anos de 2008 e 2012 evidenciou frequências relativas bastante semelhantes e aparentemente a falta dos dados dos demais anos não representa um grande viés de informação.

Uma forma de aperfeiçoar as estratégias públicas de campanhas de prevenção é identificar o perfil dos participantes e não participantes, para obter a máxima adesão possível, e ajudar aqueles que não conseguem ser beneficiados. Contudo, também poucos dados estão disponíveis acerca desse tema. Os principais trabalhos sobre esse assunto são de países desenvolvidos, feitos por clínicas odontológicas ou gerais cujo método de contato é o envio de cartas com convites para participar da campanha. Esse sistema, embora seja útil, é ineficaz na maioria dos países subdesenvolvidos, onde a grande parte da população de risco não se consulta com dentistas, ou mora em zonas afastadas de grandes centros ou cujo sistema de correio não atende toda a população.⁸ Assim, precisa-se de um esforço maior de órgãos nacionais para uma melhor coleta e atualização de dados acerca de campanhas de prevenção.

Essa dificuldade em atingir os grupos de risco começa justamente com as características desses grupos.^{8,13} As principais pessoas em risco, os tabagistas e/ou etilistas, não são facilmente convencidos a fazer um teste diagnóstico. A aderência destes, em campanha de prevenção de câncer oral é cerca de três vezes menor do que a das pessoas que não são do grupo de risco.^{8,13} Os resultados do presente estudo indicam uma pequena participação desse grupo (cerca de 30% dos participantes).¹³

Outro ponto negativo a ser avaliado é o risco de se reforçar os maus hábitos.¹³ Por exemplo, uma pessoa testada como sem doença oral, pode entender que não está doente, e portanto não cessar o tabagismo e/ou etilismo.¹⁰ Além dis-

so, métodos com mais sensibilidade ajudam a detectar mais precisamente as lesões orais, contudo, o número de biópsias desnecessárias e seus riscos também tendem a aumentar.¹⁰

Baixos níveis sócio-econômicos são relacionados a menor seguimento médico, o que pode ser outra barreira ao atendimento, principalmente no caso do Brasil, onde a maioria da população de risco tem baixa escolaridade.⁹ Esse ponto foi também identificado no presente estudo, no qual 49,2% das pessoas avaliadas nas campanhas não tinha concluído o Ensino Médio, sendo inclusive o índice de analfabetismo de 3,6%.

Nesse estudo, observou-se que o perfil da população que procurou a campanha de prevenção não representa a população de risco. Sabe-se que o grupo de risco para o desenvolvimento de carcinomas da cavidade oral corresponde a homens (76% dos casos), entre 50 e 70 anos, tabagistas (85%) e etilistas (70%).⁵ Na campanha de 2008, a maioria dos participantes era do sexo feminino (54,8%), sendo a média de idade de 42 anos. Os tabagistas e etilistas correspondiam a somente 30% dos avaliados. Em 2012 o cenário foi bem parecido, demonstrando que provavelmente ao longo dos outros anos o perfil também foi semelhante. Esses dados são alarmantes, pois a população-alvo do câncer de cavidade oral não está sendo abrangida pela campanha.

Esse fato é ainda mais preocupante se for levado em consideração que Sankaranarayanan e colaboradores em 2005,⁸ avaliou que o exame visual da cavidade oral é protetor apenas na população de risco. Nesse estudo prospectivo, não houve redução estatisticamente significativa na mortalidade por câncer de boca no grupo rastreado em comparação com o não-rastreado. Contudo, entre os tabagistas e etilistas apenas, a chance de morte no grupo rastreado diminuiu em relevantes 34%. Os autores também afirmaram que o exame visual tem a capacidade de prevenir 37 000 mortes por câncer de boca, porém para esse número ser atingido, é necessária uma maior abrangência da população de risco por parte das campanhas de prevenção.

Para diminuir as eventuais barreiras encontradas e melhorar a eficácia dos programas de prevenção, nesse trabalho indiano⁸ os métodos utilizados foram convites feitos pessoalmente, com avaliação realizada durante visitas aos domicílios por profissionais treinados, sem custos, além de fornecimento de informações sobre a doença e a importância da prevenção. Nesse caso, os avaliadores procuraram os grupos de risco, e esses não precisaram ir às campanhas. Isso aperfeiçoa a seleção da população, e torna mais efetiva a campanha, por eliminar várias barreiras, como dificuldade de locomoção, de acesso, entre outras.

Como forma de aumentar o seguimento pós-deteção da lesão, um estudo realizado por Ramadas et al.⁹ (no qual o método utilizado também era profissionais visitarem a população em suas casas) mandou cartas às pessoas que não foram ao encaminhamento e visitas foram providenciadas àquelas que também não responderam ao chamado por correio. Esse trabalho obteve participação de praticamente todas as pessoas para as quais o exame visual foi oferecido, e o envio das cartas aumentou o seguimento em 11%.⁹ Chacra Jr¹⁴ e colaboradores estudaram a presença de lesões coradas pro azul de toluidina em frequentadores dos Alcoólicos Anônimos e identificaram 47,7% de pacientes com lesões orais, sendo destes quase 5% de casos de displasias. Esses resultados são importantes para mostrar que há métodos que podem ser eficazes para a avaliação de grandes núme-

ros de pessoas, e que podem ser adaptados para uma maior adesão da população de risco, além de reforçar a eficácia da estratégia de visitas domiciliares.

A campanha “Abra a Boca para a Saúde”, avaliada por esse estudo, apresenta alguns pontos que talvez necessitem ser alterados. O principal é a estratégia: no modelo atual, a população precisa ir até os examinadores, o que permite o aparecimento de dificuldades, como a acessibilidade, algo que as visitas domiciliares eliminam. Além disso, ela possui um período específico (apenas uma semana por ano), que pode coincidir com um período em que os pacientes estejam incapacitados de ir, sem que estes tenham outra oportunidade de participar. A campanha deveria ocorrer em várias épocas do ano caso possível, embora todas as campanhas estejam sujeitas a esse entrave.

Talvez o modelo a ser adotado deva ser o de visitas domiciliares, o que permite obter maior participação e a possibilidade de direcionar a campanha de prevenção à população de risco, como os estudos mostram. Contudo, precisa-se pesar o custo-benefício de se mobilizar um grande contingente de profissionais treinados para a realização dos exames. Além disso, há a tendência de se obter a maior participação de mulheres, pois proporcionalmente, elas ficam mais nas casas do que os homens, que são os que possuem mais risco de desenvolver a doença.¹⁰ Para evitar essa situação, deve-se adequar os horários das visitas aos períodos em que os homens estão em casa. Outra ideia é agregar o exame visual da cavidade oral a outros programas que já visitem as casas das cidades, como as campanhas de prevenção à dengue, à doença de Chagas e o treinamento dos agentes comunitários de saúde para a realização do exame visual da cavidade oral e da mesma forma aumentar o número desses agentes. Ao adotar-se a estratégia de visitas, os examinadores poderiam não só visitar as casas, mas também ir a bares, empresas, fábricas e locais com população de alto risco de desenvolvimento de câncer da cavidade oral, especialmente de regiões economicamente menos favorecidas.

As campanhas de prevenção também devem investir na difusão de conhecimento e conscientização da população e nesse sentido elas cumprem com o que se propõem. Elas devem ser dirigidas aos grupos de risco e/ou a seus conhecidos e familiares, e focarem tanto na eliminação do tabaco e do álcool, e na importância de se realizar o auto-exame da boca e da adequada higiene oral.^{1,2} A falta de conhecimento sobre o câncer da cavidade oral, seus sintomas e seus fatores de risco são preocupantes, e colaboram para o diagnóstico tardio e o mau prognóstico.¹⁵

Além de implementar mais campanhas públicas, o governo pode ter um papel importante em termos de legislação: o cigarro no Brasil é muito barato em comparação a outros países do mundo, o que facilita o acesso ao tabaco. Tendo isso em vista, o governo poderia aumentar taxações sobre o produto, em uma tentativa de limitar um pouco o acesso.

A mídia também tem um importante papel nesse cenário. A exposição das campanhas na mídia ajuda a aumentar a adesão a elas, além de os meios de comunicação de massa atingirem mais facilmente a população-alvo das campanhas.⁹ Assim, a televisão, o rádio, a internet, as redes sociais, os jornais e revistas devem ser mais explorados para a difusão tanto de informações sobre a doença e as formas de prevenção quanto informações sobre as próprias campanhas, como datas e locais.

Conclusão

A população que procura espontaneamente a campanha de prevenção de câncer de boca não é o principal grupo de risco para a doença. Esse fato explica o baixo número de lesões detectadas e nenhuma neoplasia maligna diagnosticada. Dessa forma, embora a campanha seja bem estruturada e atinja um grande número de pessoas, outras formas de prevenção deveriam ser elaboradas visando atingir o verdadeiro grupo de risco para essa doença.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Steele TO, Meyers A. Early detection of premalignant lesions and oral cancer. *Orthop Clin North Am.* 2011;44:221-9.
2. Galbiatti AL, Padovani-Junior JA, Maniglia JV, Rodrigues CD, Pavarino EC, Goloni-Bertollo EM. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2013;79:239-47.
3. Montoro JR, Ricz HA, Souza LD, Livingstone D, Melo DH, Tiveron RC, et al. Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2008;74:861-6.
4. Casati MFM, Altieri JV, Vergnhanini GS, Contreiro PF, Bedenko TG, Kanda JL, et al. Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2012;41:186-91.
5. Oliveira LR, Ribeiro AS, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevivência de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *J Bras Patol Med Lab.* 2006;42:385-92.
6. Palme CE, Gullane JP, Gilbert RW. Current treatment options in squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Surg Oncol Clin N Am.* 2004;13:47-70.
7. Hashibe M, Boffetta P, Zaridze D, Shangina O, Szeszenia-Dabrowska N, Mates D, et al. Contribution of tobacco and alcohol to the high rates of squamous cell carcinoma of the supraglottis and glottis in Central Europe. *Am J Epidemiol.* 2007;165:814-20.
8. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B, et al. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2005;365:1927-33.
9. Ramadas K, Arrossi S, Thara S, Thomas G, Jissa V, Fayette JM, et al. Which socio-demographic factors are associated with participation in oral cancer screening in the developing world? Results from a population-based screening project in India. *Cancer Detect Prev.* 2008;32:109-15.
10. Franceschi S, Barzon L, Talamini R. Screening for cancer of the head and neck: if not now, when? *Oral Oncol.* 1997;33:313-6.
11. Mignogna MD, Fedele S. Oral Cancer screening: 5 minutes to save a life. *Lancet.* 2005;365:1905-6.
12. Bouquot JE. Common oral lesions found during a mass screening examination. *J Am Dent Assoc.* 1986;112:50-7.
13. Downer MC, Moles DR, Palmer S, Speight PM. A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral cancer and precancer. *Oral Oncol.* 2006;42:551-60.
14. Chacra J Jr, Lehn CN, Campi JPB, Dedivitis RA, Rapoport A. Detecção precoce do câncer de cavidade oral pela coloração com azul de toluidina. *Rev Col Bras Cir.* 1994;21:57-60.
15. Pinto FR, Matos LL, Gumz Segundo W, Vanni CM, Rosa DS, Kanda JL. Tobacco and alcohol use after head and neck cancer treatment: influence of the type of oncological treatment employed. *Rev Assoc Med Bras.* 2011;57:171-6.