

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E DA FAMÍLIA

FERNANDA THAÍS PONPEO

**AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE  
DO CÂNCER BUCAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA**

Sete Lagoas

2022

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E DA FAMÍLIA

FERNANDA THAÍS PONPEO

**AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE  
DO CÂNCER BUCAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva e da Família da Faculdade de Sete Lagoas-Facsete como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientador : Prof. Dr. Orozimbo Neto

Sete Lagoas

2022



**Monografia intitulada :** Ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce do Câncer Bucal no âmbito da Atenção Básica de autoria da aluna : Fernanda Thaís Ponpeo

Aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ pela banca constituída dos seguintes professores:

---

Profº. Msc. Orozimbo Neto- Facsete

---

---

---

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2022

## RESUMO

O câncer bucal constitui um problema de saúde pública no país. A detecção precoce desta doença influencia no prognóstico favorável, e, visando a qualidade de vida dos indivíduos, os cirurgiões dentistas devem estar aptos à detecção precoce da doença, bem como instruir a população aos fatores de risco, auto-exame para detecção de anormalidades e sintomas da doença. A atenção básica, por seu enfoque em ações de promoção, proteção e prevenção constitui um espaço privilegiado para realização destas atividades. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura não sistemática sobre ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal no âmbito da atenção básica. O intuito é contribuir para o aprimoramento dos profissionais atuantes neste nível de atenção, através do levantamento de falhas da assistência odontológica mediante esta doença, práticas de atenção em diagnóstico precoce e ações de conscientização.

**Palavras-chave:** prevenção câncer bucal, neoplasias bucais, políticas públicas de saúde e saúde bucal.

## ABSTRACT

Oral cancer is a public health problem in the country. The early detection of this disease influences the favorable prognosis, and, aiming at the quality of life of individuals, dental surgeons must be able to detect the disease early, as well as instruct the population on the risk factors, self-examination and symptoms of the disease. Primary care, due to its focus on actions of promotion, protection and prevention, constitutes a privileged space for carrying out these activities. The objective of this work was to carry out a non-systematic literature review on actions for the promotion, prevention and early diagnosis of oral cancer in the scope of primary care. The aim is to contribute to the improvement of professionals working at this level of care, through the survey of dental care failures due to this disease, care practices in early diagnosis and awareness actions.

Keywords: oral cancer prevention, oral neoplasms, public health and oral health policies.

## SUMÁRIO

<b>1.Introdução .....</b>	<b>7</b>
<b>2.Objetivos.....</b>	<b>9</b>
2.1 Objetivo Geral .....	9
2.2. Objetivos Específicos.....	9
<b>3.Metodologia .....</b>	<b>10</b>
<b>4. Revisão de Literatura .....</b>	<b>11</b>
<b>5.Discussão .....</b>	<b>16</b>
<b>6.Conclusão .....</b>	<b>17</b>
<b>7.Referências .....</b>	<b>18</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O termo câncer bucal corresponde a um agrupamento de neoplasias que atingem os lábios e a cavidade bucal, sendo denominado como uma multiplicação desordenada de células atípicas que não conseguem ser eliminadas totalmente pelo sistema imunológico. Tal crescimento celular descontrolado pode vir a comprometer tecidos, órgãos e funções (MARTINS, et al., 2008).

O câncer bucal possui etiologia multifatorial, resultante da interação de fatores extrínsecos e intrínsecos. O uso de tabaco e álcool constituem os principais fatores de risco. Inclui-se também como fatores de risco a exposição à radiação solar, a hereditariedade, alguns microrganismos e a deficiência imunológica. Os tipos mais comuns são o carcinoma espinocelular (CEC), epidermoide e o escamocelular que correspondem de 90% a 95% dos casos de câncer de boca (DOMINGOS et al., 2014; DOURADO, 2014). Segundo dados do INCA, o número de casos novos de câncer da cavidade oral esperados para o Brasil para cada ano do triênio 2020-2022, será de 11.180 casos em homens e de 4.010 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 10,69 casos novos a cada 100 mil homens. Para as mulheres, corresponde a 3,71 para cada 100 mil mulheres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019). Estes dados alarmantes evidenciam a necessidade de uma intervenção eficaz em prevenção e diagnóstico desta doença.

O cirurgião-dentista deve exercer um papel estratégico na prática dessas ações, obtendo conhecimento e atuando ativamente nos diversos níveis de prevenção. Sabemos que os níveis de prevenção das doenças são classicamente divididos em três: primário, secundário e terciário. A prevenção primária visa ações ou iniciativas que possam reduzir a incidência e a prevalência da doença, modificando os hábitos da comunidade, buscando interromper ou diminuir os fatores de risco como o tabaco, o álcool e a exposição solar dos lábios, antes da instalação da doença. Já a prevenção secundária visa o diagnóstico precoce da doença em uma fase anterior ao paciente apresentar alguma queixa clínica. Tendo em vista que o câncer bucal pode levar meses antes de apresentar algum sinal ou sintoma percebido pelo paciente, o diagnóstico precoce dessa doença faz com que os níveis de cura alcancem mais de 90% dos casos. A prevenção terciária visa limitar o dano, controlar a dor, prevenir complicações, melhorar a qualidade de vida durante o tratamento, e se possível reintegrar o indivíduo à sociedade (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica é um espaço em que ações de promoção à saúde, controle de fatores de risco, diagnóstico precoce do câncer bucal e de

assistência à saúde devem ser exercidas de forma eficaz, seguindo os princípios doutrinários do SUS. A respeito do câncer bucal, exigirá ações do serviço odontológico visando uma intervenção na comunidade pautada em ações preventivas e de educação em saúde. Para isto, uma habilidade esperada dos cirurgiões dentistas atuantes na atenção básica, é ter adequado conhecimento acerca desta patologia, saber realizar uma adequada avaliação estomatológica e implementação de medidas que visem à prevenção, controle e diagnóstico precoce do câncer bucal (SOUZA, 2016; TORRES-PEREIRA et al., 2012).

Portanto, o objetivo desse trabalho será evidenciar através de uma revisão de literatura, práticas de diagnóstico clínico precoce do câncer bucal, e ações de promoção e prevenção que possam ser realizadas na atenção básica, visando fortalecer a construção de uma atenção primária odontológica resolutiva e de qualidade.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

O objeto geral deste estudo será descrever a importância de ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal na atenção básica.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar ações de promoção e prevenção do Câncer Bucal como estratégia para redução da doença;
- Fornecer conhecimento clínico sobre as principais lesões e fatores de risco do câncer Bucal para o cirurgião-dentista atuante na Atenção Básica.
- Despertar a atenção do profissional para a importância do diagnóstico precoce e ações de conscientização da população.

### **3. METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura não sistemática ou revisão de literatura integrativa. Tem como objetivo investigar a epidemiologia do câncer bucal no Brasil, bem como ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce realizados dentro da atenção básica por meio de revisão de artigos publicados nos últimos 10 anos.

Para a realização deste trabalho, a revisão foi realizada através de textos selecionados em bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), na base de dados eletrônica (LILACS) e (SciELO), no site do Ministério da Saúde, e publicações do Instituto Nacional de Câncer (INCA), de 2010 à 2022. Os descritores utilizados foram: prevenção câncer bucal, neoplasias bucais, políticas públicas de Saúde e saúde bucal.

O trabalho teve como etapas a seleção dos artigos respeitando os critérios de inclusão e exclusão de acordo com as palavras-chave e proposta do tema. Foram priorizadas publicações mais recentes sobre o tema. Foram selecionados artigos contendo as palavras chave de mais relevância e com pouco viés na análise.

#### 4. REVISÃO DE LITERATURA

O câncer é caracterizado por uma proliferação descontrolada de células anormais no organismo. O termo câncer bucal abrange os cânceres em lábio e cavidade oral envolvendo mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca. Histologicamente, o carcinoma de células escamosas é o mais frequente em ocorrência (CUNHA et al., 2020; ANDRADE et al., 2015).

Sua etiologia é multifatorial, pode ocorrer devido a fatores hereditários, exposição a fatores ambientais como o sol, dieta, fumo, álcool e alguns vírus, como o HPV. Ressalta-se nestes fatores que, pessoas tabagistas e elitistas por sinergismo possuem um risco elevado de desenvolverem câncer em boca (CUNHA et al., 2020; MONIKA et al., 2020; RIBEIRO et al., 2015). Além destes fatores, um estudo de Andrade et al., (2015) sobre a associação de fatores como idade, sexo, cor da pele, ocupação, nível de escolaridade, situação conjugal, local de residência, tabagismo e etilismo no desenvolvimento do câncer de boca em indivíduos no Nordeste do Brasil, demonstrou que, embora não diretamente relacionados ao câncer, variáveis sociais como baixa escolaridade tornam os indivíduos mais vulneráveis à doença, devido a carências nutricionais e precárias condições de higiene bucal.

No Brasil, o câncer bucal constitui um problema de saúde pública. A maior taxa de incidência e mortalidade desta doença ocorre na população masculina em relação à feminina (AMARAL et al., 2022). A alta taxa de mortalidade evidencia alguns aspectos de atenção, tais como falta de informação em relação à doença, fator que leva os pacientes a buscarem atendimento apenas quando o estágio está muito avançado. Embora a boca seja um local de fácil acesso para exame clínico e autoexame, as lesões ainda são diagnosticadas tardiamente. O conhecimento prévio dos fatores de risco, bem como de lesões pré-cancerizáveis são essenciais tanto para os profissionais, mas também tem impacto e

importância na vida dos pacientes. A divulgação da faixa etária, raça e gênero de maior ocorrência, lesões suspeitas, fatores de risco relacionados, formas de diagnóstico e formas de tratamento contribuem para conscientização do indivíduo e um prognóstico melhor se tratado com antecedência (DA SILVA-BARROS et al., 2016; RIBEIRO et al., 2015).

Souza et al., (2016) apontaram a importância do conhecimento e comportamento de cirurgiões-dentistas que atuam na atenção primária a respeito desta doença. Os fatores que

interferem no diagnóstico, encaminhamento e assistência aos pacientes com câncer bucal são falhas no diagnóstico precoce, ausência de trabalho multidisciplinar, falta de comunicação entre profissionais nos diversos tipos de atenção à saúde, falta de responsabilização com a própria saúde por parte da comunidade e falta de agilidade nos atendimentos.

O diagnóstico precoce consiste em umas das principais ferramentas para um melhor prognóstico do câncer bucal. Uma anamnese minuciosa servirá para o profissional identificar hábitos deletérios para o paciente, tais como o tabagismo e etilismo, e poderá orientar o paciente quanto à fatores de risco e prevenção. Além disto, o conhecimento clínico dos profissionais sobre as lesões cancerizáveis é essencial para a identificação de lesões iniciais, entre as quais destacam-se a leucoplasia e a eritroplasia, queilite actínica e líquen plano (CASSOTI et al., 2016; MARTINS et al., 2008).

A leucoplasia consiste em uma “mancha ou placa branca que não pode ser caracterizada clínica ou histopatologicamente como nenhuma outra doença”. Sua etiologia pode estar relacionada ao fumo, álcool, fatores de irritação e de trauma locais, como próteses ou dentes mal posicionados, radiação ultravioleta e microrganismos, com maior incidência em pacientes tabagistas. Apresentam-se como manchas ou placas brancas, de coloração homogênea ou não, assintomáticas, podendo ser lisas, rugosas ou ainda verrucosas, isoladas, únicas ou múltiplas, de tamanhos distintos. Tais manchas ou placas não são destacáveis, e podem ser homogêneas ou heterogêneas, e ocorrem em lábios, língua, assoalho bucal e mucosa jugal. Ressalta-se neste caso, a importância do diagnóstico diferencial em relação à outras manchas brancas em boca, como linha alba, queratose e candidose. A biópsia servirá para excluir outras patologias e identificar a presença de displasias, ou até mesmo carcinomas (MARTINS et al., 2008).

As eritroplasias apresentam-se clinicamente como manchas ou placas avermelhadas, assintomáticas, sem sinais de inflamação e bem delimitadas. Possui um potencial de malignização maior que as leucoplasias. De etiologia difícil de ser determinada, o fumo apresenta um fator de atenção na origem destas lesões. O gênero masculino é apontado em estudos como o mais afetado. Ocorrem com maior incidência em assoalho bucal, borda de língua, palato mole. Deve-se fazer diagnóstico diferencial de hemangiomas, lesões vasculares, candidose eritematosa. Deve ser realizada a biópsia para identificação da presença de células com potencial maligno (MARTINS et al., 2008).

A queilite actínica é uma lesão cancerizável devido à exposição contínua e prolongada à radiação solar, e afeta o lábio inferior. Homens brancos, trabalhadores com atividade intensa sob exposição solar são os principais afetados. Clinicamente, apresenta-se como manchas, placas vermelhas ou brancas, áreas descamativas e ulceradas, vermelhão de lábio atrofiado, áreas de hiperqueratinização e eritematosas, áreas de erosões, úlceras e fissuras. Os pacientes com estas lesões queixam-se de lábios ressecados, sangramento espontâneo e dificuldade de mobilidade. A biópsia nestes casos é essencial para diagnóstico e encaminhamento para tratamento adequado (MARTINS et al., 2008).

O líquen plano, embora apontado como controverso quanto ao potencial de malignização por alguns artigos, consiste em uma lesão displásica e deve ter acompanhamento. Consiste em uma lesão auto-imune, inflamatória crônica. As lesões podem apresentar-se clinicamente como placas ou bolhas, papulares, atróficas. Estas lesões podem ocorrer simultaneamente em boca e pele (MARTINS et al, 2008).

O diagnóstico definitivo destas lesões cancerizáveis deve ser realizado por meio de biópsia e análise microscópica. O conhecimento e identificação dos aspectos clínicos pelo profissional são cruciais para o tratamento (CASSOTI et al., 2016; MARTINS et al., 2008).

### ACÇÕES DO CIRURGIÃO DENTISTA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica ou atenção primária à saúde constitui a porta de entrada do sistema único de saúde no país, sendo responsável pela promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, além da coordenação do sistema de referência e contrarreferência, essencial para organizar o acesso aos serviços de saúde. Neste âmbito, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), constitui um documento que regula os serviços odontológicos na atenção básica, e neste enfoca-se a necessidade de ações de atenção em saúde bucal através da promoção, prevenção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e reabilitação individual e coletiva (BRASIL, 2004)

Acerca da atenção oncológica, as ações devem ser pautadas na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), de 2013 e na e na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), de 2004. Ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento de lesões e cuidados paliativos devem ter o objetivo de reduzir a incidência do câncer bucal, reduzir a

mortalidade e contribuir para melhorar a qualidade de vida dos pacientes afetados (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013).

Os cirurgiões-dentistas atuantes na atenção básica possuem papel fundamental no cumprimento destas políticas de atenção, quanto ao estabelecimento de práticas e políticas que visem conscientizar a população de abrangência sobre a importância da prevenção e diagnóstico precoce do câncer. Para isto, o conhecimento adequado do diagnóstico e epidemiologia desta doença é fundamental para implementação de ações dentro da esfera de atuação. Souza et al., (2016), realizaram um estudo transversal com o intuito de identificar conhecimentos e comportamentos de cirurgiões-dentistas inseridos na atenção primária à saúde quanto ao câncer de boca. O estudo evidenciou que há baixa prevalência de conhecimento clínico satisfatório desta doença pelos profissionais, fator que impacta e muito em um diagnóstico precoce, e evidenciou que grande parte dos profissionais possuem insegurança em exercer práticas de atenção relacionados ao câncer.

A Política Nacional de Combate ao Câncer (PNCC), recomenda algumas ações de atenção ao câncer na atenção básica aos profissionais, dentro as quais podemos destacar:

- Ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos ao câncer, como proteção à agentes físicos e químicos de risco, foco em alimentação saudável e atividade física;
- Recomenda-se a realização de Ações ou campanhas voltadas aos usuários de tabaco ;
- Realização de atividades educativas segundo necessidade identificada para ampliar a autonomia dos usuários;
- Realizar ações de diagnóstico precoce, por identificação de sinais e de sintomas suspeitos;
- Em casos de suspeita de câncer, encaminhar para confirmação diagnóstica;
- Garantir o cuidado dos usuários com câncer através da coordenação de referência a outras redes de atenção em saúde;
- Utilizar os sistemas de informação vigentes para registrar informações referentes à ações de controle de câncer;
- Realizar atendimentos domiciliares no cuidado paliativo às pessoas com câncer;

- Realizar ações de saúde do trabalhador por meio da capacitação das equipes para registro do histórico ocupacional contendo atividades exercidas e a exposição a agentes cancerígenos inerentes ao processo de trabalho, otimizando as ações de vigilância do câncer relacionado ao trabalho.

Tais iniciativas devem ser incorporadas na rotina do cirurgião dentista e aplicadas a prevenção do câncer bucal. A alta taxa de morbimortalidade da doença exige uma ação rápida e responsável pelos profissionais. Prado et al., (2009) consideram que o auto-exame e as visitas periódicas ao cirurgião- dentista a cada seis meses aumentam a possibilidade de um diagnóstico precoce. Para isso é necessário que o paciente seja devidamente orientado sobre como fazê-lo, ou seja, estar em local bem iluminado, em frente a um espelho. Olhar bem a pele do rosto para averiguação de alguma anormalidade. Usando apenas as mãos, examinar toda a cavidade oral, procurar por alterações que fujam à normalidade, como feridas que não cicatrizam em no máximo 15 dias, feridas indolores que podem sangrar ou não, manchas brancas ou avermelhadas, desconforto ao falar, mastigar ou engolir, perda de peso sem causa aparente, caroços na boca e/ou no pescoço. O paciente deverá ser orientado a puxar os lábios superior e inferior com as duas mãos, para cima e para baixo, respectivamente, observando se há mudança de cor ou ferida. Nas bochechas, observar a presença dos mesmos sinais, puxando-as para fora, segurando com os dedos indicadores colocados nos cantos superior e inferior da boca. Observar as gengivas. Colocar a língua para fora, observando seu dorso, apalpando-a em toda sua extensão e observando nas suas laterais se há algum caroço, mancha ou ferida. Colocar a língua no céu da boca, observando seu soalho. Para o palato, inclinar a cabeça pra trás. Por fim, observar a região da garganta, abrindo a boca o máximo que se conseguir.

## 5. DISCUSSÃO

É de suma importância que o Cirurgião dentista dê uma maior atenção no que diz respeito à prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal e possa realizar com eficiência o reconhecimento das lesões, podendo assim, estabelecer precocemente o diagnóstico do câncer de boca. Primeiramente é preciso que se faça a prevenção, contribuindo dessa maneira para que a população seja esclarecida quanto aos fatores de risco para a doença, principalmente o tabagismo e o alcoolismo e orientando quanto a importância da realização do auto-exame bucal e das visitas periódicas ao dentista.

A detecção precoce deve ser feita individualmente e em campanhas anuais, pois os procedimentos de prevenção e detecção precoces, sendo realizados como uma prática rotineira de trabalho podem, de maneira significativa, contribuir para a diminuição dos casos da doença e aumentar a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes, poupando-os de procedimentos terapêuticos, muitas vezes mutiladores, e minimizando tanto o seu sofrimento quanto o de seus familiares. Mas, no entanto, é extremamente necessário que se tenha um centro de referência para encaminhamento das pessoas com lesões suspeitas, para que, se confirmado o diagnóstico de neoplasia, o tratamento seja realizado de forma a não comprometer o prognóstico, uma vez que o atraso entre a detecção e o início do tratamento torna mais difícil uma intervenção favorável.

A busca na literatura não evidenciou significativo número de trabalhos que abordam especificamente sobre o diagnóstico precoce do câncer bucal, assim como de outras medidas de capacitação dos profissionais envolvidos. Tal fato pode ser um reflexo do próprio paradigma que orienta as ciências da saúde, voltado para a cura e que pouco privilegia as ações preventivas e promotoras. Pode ainda ser um reflexo dos termos que foram usados ou das bases de dados pesquisadas, de tal maneira que outras pesquisas, com metodologias mais robustas possam evidenciar maior número de trabalhos, bem como melhores orientações para a prevenção, detecção precoce e capacitação profissional.

Tal lacuna encontrada nessa revisão pode estar relacionada à baixa disponibilidade em literatura de prover informações preventivas e que possam capacitar profissionais para o enfrentamento da doença – pode ser considerada importante contribuição desse trabalho e serve de alerta para que pesquisadores se mobilizem e busquem produzir pesquisas que não sejam focadas exclusivamente na doença já instalada mas que objetivem principalmente desenvolver



estudos preventivos e promotores e voltados para capacitação profissional. O diálogo com outras áreas, não somente as da saúde, mas demais disciplinas que compõem o entendimento do ser humano em sua complexidade pode ser um caminho a ser seguido a partir de estudos de diferentes desenhos e métodos. Vale ainda ser ressaltado que o enfrentamento de tal situação não vai se dar apenas a partir exclusivamente do setor saúde, de tal maneira que o engajamento intersetorial deve ser considerado nesse processo.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O câncer da boca continua sendo um problema relevante de Saúde Pública. O cirurgião-dentista exerce um dever primário na prevenção do câncer bucal, com enfoque na promoção de saúde, deve estar atento para as lesões possivelmente malignas, com relação ao diagnóstico precoce, gerando um prognóstico benéfico para os pacientes afetados pelo câncer bucal. É necessário que os cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde estejam sempre em atualização, para aprimoramento na identificação precoce de lesões malignas.

## REFERÊNCIAS

1. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol* 2009; 45:309-16.
2. Camargo-Cancela M, Voti L, Guerra-Yi M, Chapuis F, Mazuir M, Curado MP. Oral cavity cancer in developed and in developing countries: population-based incidence. *Head Neck* 2010; 32:357-67.
3. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas de incidência do câncer no Brasil 2010. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/> (acessado em 30/Dez/2010).
4. Shiboski CH, Schmidt BL, Jordan RC. Tongue and tonsil carcinoma: increasing trends in the US population ages 20-44 years. *Cancer* 2005; 103:1843-9.
5. Conway DI, Petticrew M, Marlborough H, Berthiller J, Hashibe M, MacPherson LM. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Int J Cancer* 2008; 122:2811-9.
6. Torres-Pereira C. Oral cancer public policies: Is there any evidence of impact? *Braz Oral Res* 2010; 24 Spec Iss 1:37-42.
7. Gomez I, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles PI, Lopez-Jornet P, Suarez-Cunqueiro M, Diz-Dios P, et al. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? *Oral Dis* 2010; 16:333-42.
8. Wade J, Smith H, Hankins M, Llewellyn C. Conducting oral examinations for cancer in general practice: what are the barriers? *Fam Pract* 2010; 27:77-84.
9. Horowitz AM. Perform a death-defying act. The 90-second oral cancer examination. *J Am Dent Assoc* 2001; 132 Suppl:36S-40S.
10. Abdo EN, Garrocho AA, Barbosa AA, Oliveira EL, Franca-Filho L, Negri SL, et al. Time elapsed between the first symptoms, diagnosis and treatment of oral cancer patients in Belo Horizonte, Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12:E469-73.
11. Brocklehurst P, Kujan O, Glenny AM, Oliver R, Sloan P, Ogden G, et al. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (11):CD004150.
12. Brocklehurst PR, Baker SR, Speight PM. Oral cancer screening: what have we learnt and what is there still to achieve? *Future Oncol* 2010; 6:299-304.
13. Warnakulasuriya S, Kashyap R, Dasanayake AP. Is workplace screening for potentially malignant oral disorders feasible in India? *J Oral Pathol Med* 2010; 39:672-6.
14. Laronde DM, Bottorff JL, Hislop TG, Poh CY, Currie B, Williams PM, et al. Voices from the community-experiences from the dental office: initiating oral cancer screening. *J Can Dent Assoc* 2008; 74:239-41.
15. Shuman AG, Entezami P, Chernin AS, Wallace NE, Taylor JM, Hogikyan ND. Demographics

- and efficacy of head and neck cancer screening. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2010; 143:353-60.
16. Torres IA. Câncer da boca no Brasil - perfil atual do odontólogo frente ao problema. *Saúde Debate* 1992; 37:44-7.
  17. Saltz E. Projeto de expansão e prevenção do câncer da boca. *Rev Bras Cancerol* 1988; 34:221-39.
  18. Angelim-Dias A. Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Editora Santos; 2006.
  19. Da Silva AMR. Apresentação do programa de expansão e prevenção do câncer da boca. In: *Anais do Fórum Internacional de Saúde Bucal*. Campo Grande: Divisão Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde; 1989. p. 1-3.
  20. Hayassy A. Câncer da boca no setor público de saúde. *Rev Bras Odontol* 1998; 55:173-5.
  21. Marron M, Boffetta P, Zhang ZF, Zaridze D, Wunsch-Filho V, Winn DM, et al. Cessation of alcohol drinking, tobacco smoking and the reversal of head and neck cancer risk. *Int J Epidemiol* 2010; 39:182-96.
  22. Petersen PE. Oral cancer prevention and control: the approach of the World Health Organization. *Oral Oncol* 2009; 45:454-60.
  23. Czerninski R, Zini A, Sgan-Cohen HD. Lip cancer: incidence, trends, histology and survival: 1970-2006. *Br J Dermatol* 2010; 162:1103-9.
  24. Buss PM. Health promotion and quality of life. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5:163-77.
  25. Rapidis AD, Gullane P, Langdon JD, Lefebvre JL, Scully C, Shah JP. Major advances in the knowledge and understanding of the epidemiology, aetiopathogenesis, diagnosis, management and prognosis of oral cancer. *Oral Oncol* 2009; 45:299-300.
  26. Boffetta P, Hashibe M. Alcohol and cancer. *Lancet Oncol* 2006; 7:149-56.
  27. Silverman Jr. S, Kerr AR, Epstein JB. Oral and pharyngeal cancer control and early detection. *J Cancer Educ* 2010; 25:279-81.
  28. Sargeran K, Murtomaa H, Safavi SM, Vehkalahti MM, Teronen O. Survival after lip cancer diagnosis. *J Craniofac Surg* 2009; 21:248-52.
  29. Wunsch-Filho V, Mirra AP, López RVM, Antunes LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13:175-87.
  30. Petti S. Lifestyle risk factors for oral cancer. *Oral Oncol* 2009; 45:340-50.
  31. Galduroz JC, Caetano R. Epidemiology of alcohol use in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26 Suppl 1:3-6.
  32. Marur S, D'Souza G, Westra WH, Forastiere AA. HPV-associated head and neck cancer: a virus-related cancer epidemic. *Lancet Oncol* 2010; 11:781-9.
  33. van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol* 2009; 45:317-23.

34. Napier SS, Speight PM. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. *J Oral Pathol Med* 2008; 37:1-10.
35. Cowan CG, Gregg TA, Napier SS, McKenna SM, Kee F. Potentially malignant oral lesions in Northern Ireland: a 20-year population-based perspective of malignant transformation. *Oral Dis* 2001; 7:18-24.
36. Kruse AL, Grätz KW. Oral carcinoma after hematopoietic stem cell transplantation: a new classification based on a literature review over 30 years. *Head Neck Oncol* 2009; 1:29.
37. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
38. Pedrazzi V, Dias KRHC, Mello RS. Oral health in Brazil - Part II: dental specialty centers (CEOs). *Braz Oral Res* 2008; 22(Spec Iss 1):18-23.
39. Friedrich RE. Delay in diagnosis and referral patterns of 646 patients with oral and maxillofacial cancer: a report from a single institution in Hamburg, Germany. *Anticancer Res* 2010; 30:1833-6.
40. Ministério da Saúde. Portaria nº. 599 de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial da União* 2006; 24 mar.
41. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:259-67.
42. Cimardi ACBS, Fernandes APS. Câncer da boca: a prática e a realidade clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina. *RFO UPF* 2009; 14:99-104.
43. Silverman Jr. S, Kerr AR, Epstein JB. Oral and pharyngeal cancer control and early detection. *J Cancer Educ* 2010; 25:279-81.
44. Messadi DV, Wilder-Smith P, Wolinsky L. Improving oral cancer survival: the role of dental providers. *J Calif Dent Assoc* 2009; 37:789-98.
45. Petti S, Scully C. Oral cancer knowledge and awareness: primary and secondary effects of an information leaflet. *Oral Oncol* 2007; 434:408-15.
46. Davis JM, Ramseier CA, Mattheos N, Schoonheim-Klein M, Compton S, Al-Hazmi N, et al. Education of tobacco use prevention and cessation for dental professionals a paradigm shift. *Int Dent J* 2010; 60:60-72.
47. Ramseier CA, Warnakulasuriya S, Needleman IG, Gallagher JE, Lahtinen A, Ainamo A, et al. Consensus report: 2nd European Workshop on Tobacco Use Prevention and Cessation for Oral Health Professionals. *Int Dent J* 2010; 60:3-6.
48. Silverman Jr. S, Rankin KV. Oral and pharyngeal cancer control through continuing education.

J Cancer Educ 2010; 25:277-8.

49. Applebaum E, Ruhlen TN, Kronenberg FR, Hayes C, Peters ES. Oral cancer knowledge, attitudes and practices: a survey of dentists and primary care physicians in Massachusetts. J Am Dent Assoc 2009; 140:461-7.

50. Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Molina-Minano F. Knowledge and attitudes about oral cancer among dentists in Spain. J Eval Clin Pract 2010; 16:129-33.

51. Ergun S, Ozel S, Koray M, Kurklu E, Ak G, Tanyeri H. Dentists' knowledge and opinions about oral mucosal lesions. Int J Oral Maxillofac Surg 2009; 38:1283-8.

52. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28:399-406.

53. Dos Santos LP, Fracolli LA. Community health aides: possibilities and limits to health promotion. Rev Esc Enferm USP 2010; 44:76-83.

54. Rosin MP, Poh CF, Elwood JM, Williams PM, Gallagher R, MacAulay C, et al. New hope for an oral cancer solution: together we can make a difference. J Can Dent Assoc 2008; 74:261-6.