



Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social
ISSN: 2318-8413
refacs@uftm.edu.br
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Brasil

Câncer bucal, desordens potencialmente malignas e prevenção: uma revisão integrativa

Furtado, Lucas Soares Fernandes Aires; Sales, Jorge Luiz Alencar Miranda; Fontes, Natasha Muniz; Batista, Mara Ilka Holanda de Medeiros; Carvalho, Alessandra Albuquerque Tavares; Paulino, Marcília Ribeiro

Câncer bucal, desordens potencialmente malignas e prevenção: uma revisão integrativa

Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, vol. 7, núm. 4, 2019

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497962778014>



Este trabalho está sob uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

Câncer bucal, desordens potencialmente malignas e prevenção: uma revisão integrativa

Oral cancer, potentially malignant disorders and prevention: an integrative review

Cáncer bucal, desórdenes potencialmente malignas y prevención: una revisión integrativa

Lucas Soares Fernandes Aires Furtado 1

Não informado, Brasil

lucassoares.f@hotmail.com

Redalyc: [https://www.redalyc.org/articulo.oa?](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497962778014)

id=497962778014

Jorge Luiz Alencar Miranda Sales 2

Não informado, Brasil

jorge-amando@hotmail.com

Natasha Muniz Fontes 3

Centro Universitário Católico de Quixadá, Brasil

natashafontes@hotmail.com

Mara Ilka Holanda de Medeiros Batista 4

Centro Universitário de João Pessoa, Brasil

marailka@hotmail.com

Alessandra Albuquerque Tavares Carvalho 5

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

alessandra.atcarvalho@gmail.com

Marcília Ribeiro Paulino 6

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, Brasil

marcilia.paulino@yahoo.com.br

Recepção: 20 Fevereiro 2019

Aprovação: 16 Julho 2019

RESUMO:

Este estudo teve como objetivo realizar revisão integrativa sobre o câncer bucal. Os artigos foram pesquisados nas bases de dados PUBMED (descritores em inglês), SCIELO e BVS (descritores em português). Foram considerados artigos de 2008-2018. Foram considerados 33 artigos, dois boletins epidemiológicos e um livro de referência. As produções foram divididas em três áreas

AUTOR NOTES

- 1 Cirurgião Dentista. Juazeiro do Norte, CE, Brasil. ORCID: 0000-0003-0774-7927
- 2 Cirurgião Dentista. Juazeiro do Norte, CE, Brasil. ORCID: 0000-0003-2752-5299
- 3 Cirurgiã Dentista. Especialista em Ortodontia. Especialista em Dentística. Mestre em Ortodontia. Professora do Centro Universitário Católico de Quixadá, CE, Brasil. ORCID:0000-0002-0502-0364
- 4 Cirurgiã Dentista. Especialista em Odontologia Legal. Mestre em Perícias Forenses. Doutora em Odontologia. Professora do curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa, PB, Brasil. ORCID:0000-0002-7314-0595
- 5 Cirurgiã Dentista. Doutorado em Odontologia. Professora da Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil. ORCID:0000-0003-0390-3611
- 6 Cirurgiã Dentista. Mestre em Odontologia. Doutoranda em Odontologia pela UFPE. Professora do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, CE, Brasil. ORCID: 0000-0002-3924-4251

temáticas a saber: aspectos gerais sobre o câncer bucal; desordens potencialmente malignas e a importância do diagnóstico precoce; e, estratégias de prevenção voltadas para o câncer bucal. O aumento da incidência do câncer bucal configura a doença como problema de saúde pública. A estratégia de redução dos casos está diretamente relacionada ao conhecimento e controle dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença, bem como ao diagnóstico precoce. O cirurgião dentista é responsável pelo diagnóstico precoce do câncer bucal, orientação da população sobre hábitos, riscos e realização de ações preventivas e promoção da saúde. É necessária maior capacitação dos profissionais para prevenção e reconhecimento das lesões visando a intervenção adequada.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias bucais, Diagnóstico bucal, Eritroplasia, Leucoplasia, Neoplasias bucais, Diagnóstico bucal, Eritroplasia, Leucoplasia.

ABSTRACT:

This study aimed to carry out an integrative review about oral cancer. Articles were searched in PUBMED (descriptors in English), SCIELO and BVS (Portuguese descriptors) databases. The articles considered were from 2008-2018, in a total of 33 articles, two epidemiological bulletins and a reference book. The productions were divided into three thematic areas, namely: general aspects on oral cancer; potentially malignant disorders and the importance of early diagnosis; and, prevention strategies for oral cancer. The increased incidence of oral cancer sets the disease as a public health problem. The strategy for cases reduction is directly related to the knowledge and control of risk factors for developing the disease, as well as the early diagnosis. The dentist is the responsible for the early diagnosis of oral cancer, the population guidance on habits, risks and preventive actions and health promotion. It is necessary further training of professionals for prevention and recognition of lesions aiming the appropriate intervention.

KEYWORDS: Mouth neoplasms, Diagnosis, Oral, Erythroplasia, Leukoplakia, Mouth neoplasms, Diagnosis, Oral, Erythroplasia, Leukoplakia.

RESUMEN:

Este estudio tuvo como objetivo realizar revisión integrativa sobre el cáncer bucal. Los artículos fueron investigados en las bases de datos PUBMED (descriptores en inglés), SCIELO y BVS (descriptores en portugués). Fueron considerados artículos de 2008-2018. Fueron considerados 33 artículos, dos boletines epidemiológicos y un libro de referencia. Las producciones fueron divididas en tres áreas temáticas a saber: aspectos generales sobre el cáncer bucal; desórdenes potencialmente malignos y la importancia del diagnóstico precoz; y, estrategias de prevención sobre el cáncer bucal. El aumento de la incidencia del cáncer bucal configura la enfermedad como problema de salud pública. La estrategia de la reducción de los casos está directamente relacionada al conocimiento y control de los factores de riesgo para el desarrollo da enfermedad, así como el diagnóstico precoz. El cirujano dentista es responsable por el diagnóstico precoz del cáncer bucal, orientación de la población sobre hábitos, riesgos y realización de acciones preventivas y promoción de la salud. Es necesaria mayor capacitación de los profesionales para prevención y reconocimiento de las lesiones visando la intervención adecuada.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias de la boca, Diagnóstico bucal, Eritroplasia, Leucoplasia, Neoplasias de la boca, Diagnóstico bucal, Eritroplasia, Leucoplasia.

INTRODUÇÃO

O câncer bucal (CB) é uma doença multifatorial resultante da interação de fatores genéticos e ambientais. Fatores como etilismo, tabagismo e radiação ultravioleta são bem elucidados quanto à ação oncogênica, já infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) e dieta são objeto de novos estudos para estabelecer sua associação com a neoplasia^{1,2}.

O carcinoma espinocelular (CEC) da região de cabeça e pescoço é uma neoplasia maligna que acomete os sítios da cavidade oral, como lábio, língua, palato, assoalho e rebordo gengival e região da orofaringe. Dentre os tipos de neoplasias malignas que envolvem a região craniofacial este corresponde a 90-95%, causa cerca de 130.000 mortes em todo o mundo anualmente, configurando-se como um problema de saúde pública^{1,3,4}.

O processo de carcinogênese é complexo e de difícil identificação em fases iniciais, entretanto, existem lesões ditas como cancerizáveis ou potencialmente malignas que se evidenciam, em alguns casos, como as primeiras condições clínicas desse processo. As principais lesões cancerizáveis são: a leucoplasia, a eritroplasia, a queilite actínica e o líquen plano, sendo que este último tem seu potencial de malignização ainda pouco esclarecido e para alguns estudos não há relação com o CB^{5,6}.

Estratégias direcionadas para a intervenção nos fatores de risco, bem como, o exame clínico feito por Cirurgião Dentista (CD) capacitado, atrelado à orientação dos pacientes, são vistas como as melhores formas de diminuir a incidência e a morbimortalidade da doença.. O diagnóstico de desordens precursoras ou do câncer em estágios iniciais permite um melhor prognóstico e tratamento, com intervenções menos invasivas e com menor grau de mutilação e, conseqüentemente, uma maior sobrevida..

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) representada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) é estabelecida como a porta de entrada dos pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS), e no que diz respeito à assistência ao paciente oncológico, são promovidas ações de controle, promoção de saúde, diagnóstico precoce e suporte às necessidades do paciente em tratamento, ações essas desenvolvidas pela equipe multiprofissional e, sobretudo, pela equipe de saúde bucal..

Nesse contexto, este estudo tem como objetivo realizar revisão integrativa da literatura sobre o câncer bucal.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa cujo método permite sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, fornecendo informações mais amplas sobre um assunto/problema¹⁰.

Para realização deste trabalho foram acessadas as bases de dados eletrônicas da *Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)* e da *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, utilizando os termos de busca em português, além da plataforma *U.S. National Library of Medicine (PUBMED)* cujos termos de busca foram pesquisados no idioma inglês, conforme tabela 1.

TABELA 1
Termos de busca por bases de dados e idioma. Juazeiro do Norte/CE, 2018

BVS e SciELO (Português)	PubMed (Inglês)
Diagnóstico de câncer bucal	Oral cancer diagnosis
Lesões orais potencialmente malignas	Potentially malignant oral lesions
Leucoplasia	Leukoplakia
Eritroplasia	Erythroplakia
Quelite actínica	Actinic cheilitis
Líquen plano	lichen planus

Foram considerados artigos publicados de 2008 à 2018 com disponibilidade para leitura completa (acesso livre). Utilizou-se como filtros adicionais idioma em português e tipo de documentos “artigo” para as bases de dados BVS e SciELO. Para a base de dados PUBMED utilizou-se o filtro adicional “artigo” para os tipos de documentos buscados.

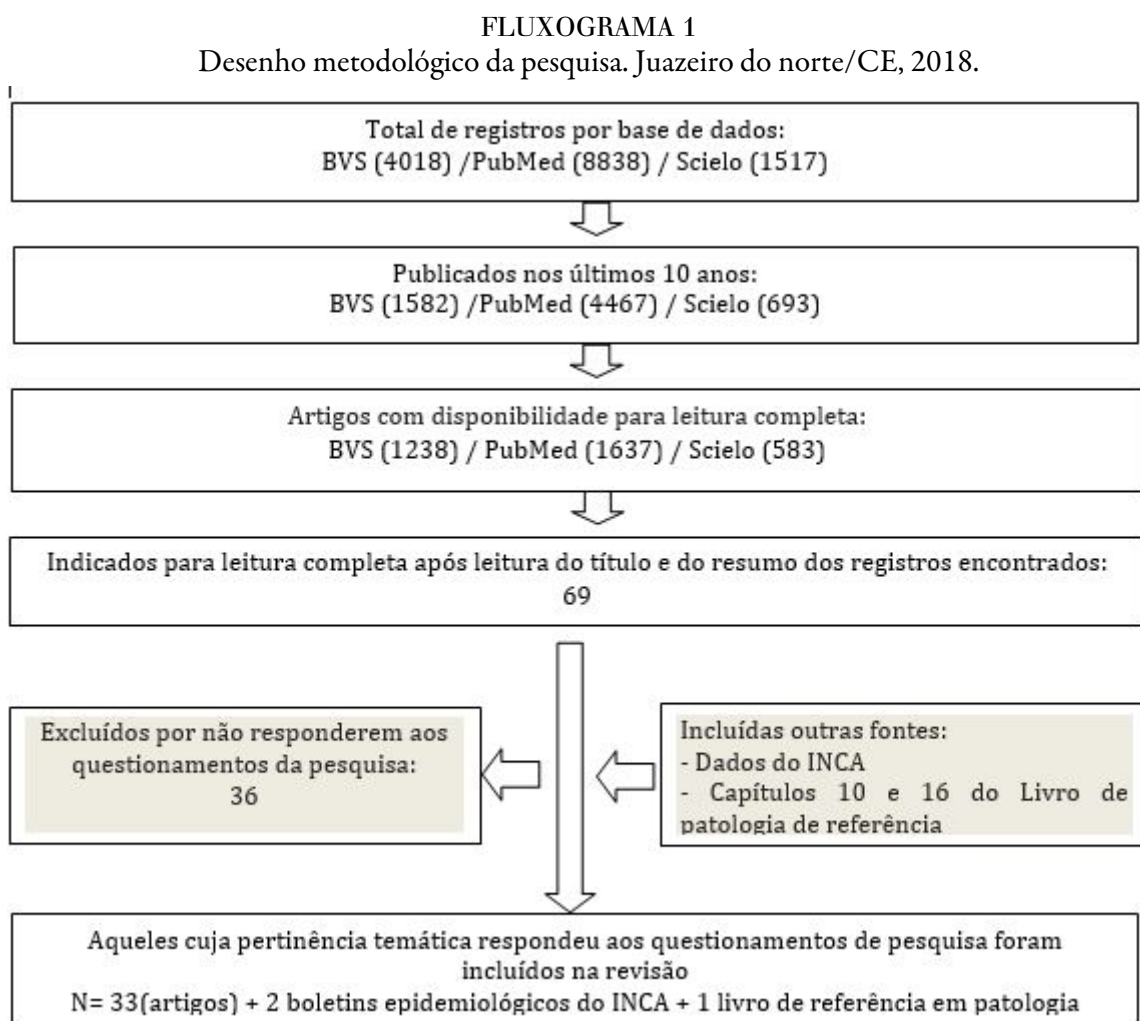
A partir desse ponto, todos os títulos e resumos dos registros encontrados foram lidos, e os artigos cuja pertinência temática foi estabelecida pela leitura do título e resumo, foram selecionados para leitura completa. Fizeram parte da revisão da literatura os artigos lidos por completo que responderam aos questionamentos da pesquisa.

Também foram considerados dados do Instituto Nacional Do Câncer (INCA) e foi utilizado o livro Neville Patologia Oral e Maxilofacial - 4ª Ed. 2016, por ser referência teórica do assunto. Artigos de opiniões, teses, dissertações e casos clínicos, foram excluídos da revisão. A estratégia de busca é detalhada no Fluxograma 1.

RESULTADOS

O fluxograma 1 apresenta os documentos considerados no estudo, das quais considerou 33 artigos, 2 boletins epidemiológicos e, um livro de referência. Por sua vez, as referidas produções foram divididas em três áreas temáticas a saber: aspectos gerais sobre o câncer bucal; distúrbios potencialmente malignos e a importância do diagnóstico precoce; e, estratégias de prevenção voltadas para o câncer bucal.

Fluxograma 1. Desenho metodológico da pesquisa. Juazeiro do norte/CE, 2018.



DISCUSSÃO

Aspectos gerais sobre o câncer bucal

São consideradas como neoplasias malignas da cavidade oral as que se localizam nos lábios, na cavidade oral, nas glândulas salivares e na orofaringe. Os termos câncer de boca ou câncer bucal também são utilizados. Há forte associação do CB com a condição socioeconômica de pessoas que vivem em regiões de risco social¹¹.

Estudos multicêntricos mostram que o CB apresenta índices crescentes em todo o mundo e, sobretudo, em nações em desenvolvimento. Os dados apontam que 60% dos novos casos ocorram nestes países, cerca de 275 mil a cada ano.. As pesquisas evidenciam que a exposição direta aos fatores de risco como etilismo e

tabagismo associados a fatores de vulnerabilidade social, contribuem diretamente para a maior incidência de neoplasias malignas, dentre elas o carcinoma espinocelular¹².

Cerca de 90% das neoplasias de cabeça e pescoço são representadas por neoplasias epiteliais do tipo carcinoma espinocelular (CEC), que apresenta um comportamento bastante agressivo, os demais tipos distribuem-se em neoplasias de glândulas salivares, melanomas, osteosarcomas e linfomas não-Hodgkin^{3,13}.

Os fatores de risco mais comumente associados ao surgimento do câncer da boca e, passíveis de serem modificados, são o tabaco, o álcool e a exposição solar. O consumo de álcool e tabaco aumentam os riscos de forma potencial dependendo da quantidade utilizada, e estão relacionados a mais de 80% dos casos, sendo considerados agentes sinérgicos no aumento dos riscos^{1,12}.

O etilismo crônico é um dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer da cavidade oral, entretanto, os fenômenos envolvidos no comprometimento biológico gerado pelo álcool são pouco compreendidos. Estima-se que o álcool apresenta a capacidade de estimular a proliferação epitelial, bem como alterar o seu processo de maturação. Outras alterações, como a diminuição da reparação do DNA, disfunções imunológicas e nutricionais podem contribuir na sua relação com o desenvolvimento do CB¹⁴.

Também há evidências que o fumo e o consumo de álcool podem influenciar nos resultados de terapias antineoplásicas. Os tabagistas podem apresentar menor probabilidade de responder ao tratamento se consumirem tabaco, resultando em menor taxa de sobrevida, além de ter maiores chances de sofrerem efeitos colaterais das drogas usadas, enquanto pacientes que continuam a consumir álcool parecem ter um maior risco de recorrência e ou de evoluírem com metástase¹⁵.

Algumas pesquisas epidemiológicas relacionam a participação do HPV no processo de oncogênese oral, sobretudo o tipo 16, que em muitos casos pode estar associado aos carcinomas espinocelulares da cavidade oral e orofaríngea, principalmente na população jovem e não tabagista¹⁶.

No que se refere à epidemiologia da doença, há predileção pelo gênero masculino, em uma proporção de 2:1 com o gênero feminino, sendo a quinta e sexta décadas de vidas as faixas etárias com maior incidência¹⁷. Estudos indicam que as regiões mais acometidas pelo CEC são: lábio (40%), língua (20%) assoalho bucal (16%), trigono retromolar (7%) e gengiva (6%)¹⁸.

O perfil de risco para o câncer bucal é associado a pessoas tabagistas, etilistas, com histórico de exposição crônica aos raios ultravioletas, seja por atividades do trabalho ou de regiões de grande incidência dos mesmos, atrelados à falta de proteção e fatores sociais de fragilidade, tais como baixa renda, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e baixa escolaridade^{19,20,21}.

O CB representa cerca 3% de todos os casos de câncer no mundo. Os registros epidemiológicos mais atuais a respeito do CB no Brasil, vem das bases de pesquisa do INCA. Estimam-se 11.200 novos casos de câncer da cavidade oral em homens e 3.500 em mulheres para cada ano de 2018 e 2019, sendo o 5º tipo de câncer mais frequente em homens e o 12º mais frequente entre mulheres²².

O diagnóstico da doença pode ser facilitado pelas características anatômicas da própria cavidade oral que favorece a visualização direta das estruturas, dispensando a necessidade de instrumentos de maior complexidade e gerando o mínimo ou nenhum desconforto ao paciente durante a execução do exame^{2,23}.

Entretanto, o diagnóstico dessa neoplasia tem sido realizado tardiamente, implicando em altos índices de morbi-mortalidade desta condição e na instituição de terapias mais invasivas para os pacientes²⁴. As falhas na formação profissional, a falta de educação continuada e/ou aperfeiçoamento do cirurgião dentista, contribuem para este panorama, uma vez que este profissional é o agente de maior responsabilidade no diagnóstico precoce e na formulação de ações de promoção da saúde²³.

O diagnóstico tardio do CB leva a um prognóstico ruim, com terapias de maior grau de mutilação, gerando deformidades e até casos de óbito, além de ter alto custo social e econômico²⁵. Por isso a neoplasia

é considerada como um problema de saúde pública e cabe ao cirurgião dentista atuar diretamente em ações voltadas à prevenção e diagnóstico dos casos¹³.

Desordens Potencialmente Malignas e a importância do diagnóstico precoce

A Organização Mundial da Saúde (OMS) modificou em 2005 o termo referente às lesões pré cancerizáveis, denominando-as de lesões com potencial de malignização ou DPMs que configuram-se como alterações teciduais com potencial de transformação em neoplasias malignas no decorrer do tempo, enquadrando-se nessa classificação a leucoplasia, a eritroplasia, a queilite actínica e o líquen plano²⁶. Elas apresentam-se como alterações do epitélio de revestimento da cavidade oral, sendo a leucoplasia a lesão mais frequente..

A leucoplasia é uma lesão em forma de placa, predominantemente branca da mucosa bucal, não destacável a raspagem, que não pode ser identificada clínica ou histologicamente como qualquer outra lesão²⁷. As lesões que mais comumente fazem diagnóstico diferencial com a leucoplasia são: líquen plano, leucoedema, ceratose friccional, nevo branco esponjoso e morcicatio..

A leucoplasia apresenta-se quanto a sua superfície de forma lisa, rugosa ou verrucosa. Os sítios intrabuciais mais cometidos são a mucosa jugal, comissura labial, assoalho bucal, língua, palato e rebordo alveolar. O potencial de malignização pode variar de 0 a 20%, sendo em média 5%^{26,28}. Não há achados histológicos específicos para leucoplasia, assim o seu diagnóstico é feito por exclusão de outras alterações que se apresentam morfológicamente semelhante a esta entidade²⁶.

Os principais fatores que corroboram para que a leucoplasia seja considerada precursora do carcinoma oral é a presença delas no tecido envolvendo neoplasias com alterações displásicas no epitélio bucal em estudos de acompanhamentos longitudinais²⁹. O principal fator associado ao desenvolvimento desta DPM é o tabaco, no entanto, outros fatores são reconhecidos, tais como, álcool, radiação, trauma e microorganismos, como o HPV..

Qualquer região da cavidade oral pode ser acometida por leucoplasias, entretanto, as lesões de língua e assoalho bucal, por serem áreas de maior incidência para o câncer bucal, requerem um olhar mais criterioso do cirurgião dentista..

Clinicamente as leucoplasias podem ser classificadas como homogênea, granular, verrucosa e verrucosa proliferativa. Quando na presença do diagnóstico histológico de displasia é classificada de acordo com severidade, da seguinte forma: displasia epitelial leve, moderada e severa, quando todo epitélio está envolvido usa-se o termo carcinoma *in situ*²⁷.

A conduta diante destas condições depende da realização da biópsia e do laudo histopatológico. Lesões displásicas leves e moderadas podem ser acompanhadas periodicamente, juntamente com a orientação quanto a retirada do consumo de tabaco por parte do portador. Já lesões severas e carcinoma *in situ* são indicados a remoção total, por meio de ablação total, criocirurgia, eletrocauterização e acompanhamento periódico longitudinal²⁶.

A eritroplasia, outra DPM, é descrita como uma alteração tecidual do epitélio oral, apresentando-se na forma de placa ou mácula de coloração avermelhada e que histologicamente não pode ser identificada como outra lesão²⁹. A eritroplasia pode estar associada a áreas leucoplasicas sendo denominada de leucoeritroplasia. Apesar de possuir menor incidência que a leucoplasia esta possui uma taxa de malignização maior, em torno de 14 a 50%. E em 90% dos casos caracteriza-se como uma displasia moderada ou severa²⁶.

As eritroplasias verdadeiras frequentemente apresentam displasia epitelial importante, carcinoma *in situ* ou carcinoma espinocelular invasivo. A etiopatogenia da eritroplasia permanece indefinida, porém presume-se que esteja associada as mesmas causas do CEC²⁹. Histologicamente o epitélio afetado pode

apresentar ausência da camada de queratina, atrofia e hiperplasia, a ausência da camada de queratina expõe à microvascularização do tecido dando aspecto avermelhado e frequentemente dolorido²⁷.

A queilite actínica, também denominada como ceratose actínica do lábio, também faz parte do grupo das DPM, sua capacidade de malignização ocorre em virtude da exposição prolongada e contínua à radiação solar, especificamente à radiação ultravioleta, afetando primariamente o lábio inferior, entretanto, o tabaco também é um fator relacionado à sua etiologia³⁰.

O processo inflamatório gerado pela exposição solar demasiada e crônica sem proteção acarreta lesões que podem ser brancas, vermelhas, descamativas e ulceradas. Clinicamente podem ser identificados processos cicatriciais que alteram o limite entre a pele e o vermelhão do lábio, e a taxa de malignização dessas lesões pode variar de 10 a 20%³¹.

A queilite actínica tem predileção pelo sexo masculino, com idade de 40-50 anos e apresenta evolução crônica, o que leva alguns pacientes a não evidenciarem as alterações iniciais, cujo aspecto clínico pode ser observado pela atrofia da margem do vermelhão do lábio inferior, apresentando manchas esbranquiçadas de superfície lisa, sendo que, com a evolução da lesão surgem áreas ásperas e descamativas²³.

Histologicamente a quelite actínica apresenta um epitélio escamoso estratificado atrófico, com grande produção de queratina, há displasia epitelial, presença de infiltrado inflamatório crônico e ocorrem alterações de fibras colágena geradas pela luz ultravioleta.. O protocolo de tratamento da quelite actínica consiste desde ações locais tópicas como, protetor solar labial (para prevenir a progressão), até tratamentos cirúrgicos para lesões com presença de malignidade, tais como a vermelhectomia, que consiste em um procedimento, pela qual é realizado a excisão total do vermelhão do lábio e/ou de partes acometidas por ulcerações^{26,32}.

No que diz respeito ao líquen plano (LP), estudos vem sendo realizados com o intuito de avaliar a possível relação entre essa lesão e o câncer bucal, alguns evidenciando haver uma probabilidade de até 6,51% do Líquen plano isoladamente sofrer malignização ao longo dos anos, por isso a OMS classifica o LP como uma condição potencialmente maligna¹⁷.

O líquen plano é uma doença dermatológica crônica que frequentemente acomete a mucosa oral, e apresenta-se em duas formas, a reticular e a erosiva, sendo sua prevalência de 0,1 a 2,2% na população.. O líquen plano reticular é caracterizado pela presença de estrias brancas entrelaçadas (estrias de Wickham), podendo apresentar-se também em forma de pápula.

Já a forma erosiva é sintomática, clinicamente observam-se áreas ulceradas. Atualmente o potencial de malignização ainda permanece indefinido, com divergência na literatura em virtude de poucos estudos evidenciando esta condição associada ao CB²⁷. Os estudos que evidenciam a transformação maligna do líquen plano para carcinoma espinocelular estão relacionados à forma erosiva, de modo que o epitélio atrófico pode ser susceptível a agentes carcinógenos..

Vários fatores contribuem para baixos índices de diagnóstico precoce das DPM, tais como, ausência de sintomas nos pacientes, localização imprecisa das lesões, pouca realização de exames de diagnóstico, baixo nível de conhecimento da população sobre a doença e os fatores de risco, além das poucas ações educativas que abordam os fatores de risco para o câncer bucal¹².

Uma das melhores estratégias para prevenir o câncer oral é detecção precoce das lesões orais potencialmente malignas e prevenção de sua transformação neoplásica³³. A odontologia atual deve estar voltada não somente para a cura de doenças, mas também para a prevenção das mesmas, por meio de estratégias de promoção da saúde¹³. Entretanto, caso a lesão encontre-se desenvolvida, o tratamento empregado terá variações conforme o estadiamento clínico, instituindo-se abordagem cirúrgica, radioterapia e quimioterapia, associadas ou isoladas³³.

Estratégias de prevenção voltadas para o câncer bucal

No Brasil o INCA²² estima 14.700 novos casos câncer bucal entre 2018-2019. Esses dados são crescentes, tornando o câncer bucal um problema de saúde pública que necessita de ações mais efetivas no seu controle^{8,9}. Sabe-se ainda que, a condição socioeconômica e a possibilidade de acesso a serviços de saúde influenciam na variação da incidência do CB no mundo, uma vez que nos países desenvolvidos as taxas de incidência e mortalidade decorrentes do CB são menores do que em países em desenvolvimento³⁴.

O diagnóstico precoce e ações de educação dirigidas à população e, sobretudo ao grupo de risco representam estratégias eficazes para diminuir a incidência de DPM e o surgimento de carcinomas.. A orientação realizada por profissionais habilitados fomenta a aquisição de hábitos de proteção e estimula os indivíduos a buscarem assistência adequada diante de alterações bucais que possam surgir e serem identificadas..

A partir da Política Nacional de Saúde Bucal ficou determinado que as ESFs junto às equipes de saúde bucal instituem ações de prevenção e controle de câncer bucal, visando realizar exames de detecção rotineiramente na unidade de saúde em visitas domiciliares e em campanhas de saúde, acompanhar casos suspeitos e confirmados garantindo o sistema de referência e contra referência, estabelecer parcerias para diagnóstico e medidas de prevenção e educação em saúde com universidades e centros de pesquisa..

Adicionalmente, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) vêm a compor os sistemas de referência e contra referência junto com as Unidades de Saúde da Família, onde os pacientes devem ser acolhidos, orientados e encaminhados de acordo com suas necessidades e complexidade do caso³⁵.

Para que isso seja possível, habilidades voltadas para o manejo do CB devem ser incorporadas a formação do cirurgião dentista, tais como: conhecimento da doença (incidência, lesões com potencial de malignização, técnicas de diagnóstico e reabilitação, acompanhamento de pacientes em terapia) e o desenvolvimento de ações educativas para a população^{19,25}.

Dentre estratégias que devem ser adotadas pelas equipes de saúde bucal estão: a realização do exame clínico, orientação do autoexame, promoção da saúde, identificação de casos suspeitos e o referenciamento aos serviços de maior complexidade para definição do diagnóstico, bem como, acompanhamento de casos em tratamento³⁶.

O exame tátil-visual, que envolve palpação e inspeção da cavidade oral, é a manobra de rastreamento de lesões precursoras mais empregada, o manejo é facilitado pelo acesso direto as estruturas bucais, não depende de aparelhos e instrumentos de maior complexidade, possui alta especificidade, cerca de 98%.. O exame é não invasivo, de baixo custo e, sua eficácia depende da experiência profissional, do seu conhecimento e vivência clínica, configurando-se como uma abordagem de prevenção secundária, que pode aumentar as chances de cura dos pacientes em até 90%¹².

Com relação ao autoexame, a partir de uma orientação profissional clara, pontual e da percepção do indivíduo quanto a aquisição de hábitos saudáveis, favorece a adesão a medidas de prevenção e busca por cuidados de saúde em fases iniciais da doença³⁷. O autoexame de boca adotado de maneira rotineira pelas pessoas torna-se uma ação de autocuidado, possibilita a identificação de alterações da cavidade oral em estágios iniciais e consequentemente a busca por atendimento profissional³⁶.

O autoexame, a divulgação de fatores determinantes para o surgimento de câncer bucal e o exame clínico da cavidade realizado por profissional capacitado, são medidas que devem ser adotadas e estimuladas pelos profissionais e órgãos ligados à atenção primária à saúde, através de ferramentas bem estruturadas e interligadas, pois ações isoladas e campanhas de pouca consistência não geram resultados satisfatórios e replicáveis³⁶.

A capacitação profissional é uma medida primordial de intervenção na problemática do CB, esta deve ser fortalecida em todos os níveis, principalmente na graduação, dando ao cirurgião dentista o conhecimento

para promover saúde a população atuando no esclarecimento da doença, aquisição de medidas de proteção e diagnóstico precoce, bem como, da formulação e articulação de políticas públicas voltada para esta patologia^{2,19}.

As medidas de educação em saúde devem ser dirigidas também a comunidade, a disseminação de informações dos determinantes do câncer bucal, tais como: fatores de risco, hábitos deletérios, dieta e estilo de vida, devem ser abordadas e esclarecidas para o incorporamento do autocuidado e prevenção³⁷. A realização de campanhas periódicas, divulgação em meios de comunicação e a própria orientação dadas aos pacientes são manobras bem aceitas..

Outros fatores que corroboram com necessidade do investimento em promoção da saúde, principalmente na aquisição de hábitos saudáveis e conhecimento pela população, são dados pelas próprias características das neoplasias bucais, que em estágios iniciais não apresentam sintomatologia. Outro fator é a baixa procura pelos serviços de saúde bucal para consultas preventivas, contribuído para o diagnóstico tardio, na qual o tratamento torna-se mais oneroso e de prognóstico sombrio³⁷.

Diante deste panorama, e pelos índices de novos casos de câncer oral que cada vez são maiores a cada ano, os custos com o tratamento são elevados e qualidade de vida do pacientes durante e após o tratamento é bastante comprometida, o desenvolvimento de políticas públicas de saúde devem englobar ações sobre a tríade profissional-equipe-comunidade, a convenção entre a severidade da doença e necessidade de intervenção deve guiar a execução de políticas mais efetivas³⁶.

O câncer bucal é uma neoplasia maligna que acomete os tecidos da cavidade oral, havendo maior predileção pela língua, assoalho bucal e lábio inferior, havendo lesões que podem ser suas precursoras, tais como a leucoplasia, a eritroplasia, a queilite actínica e o Líquen plano, alterações passíveis de controle, que podem ser manejadas com procedimentos menos invasivos, e que no contexto das lesões potencialmente malignas, devem ser abordadas em conjunto com ações preventivas e educativas²⁶.

O profissional mais habilitado a realizar ações de prevenção e diagnóstico precoce do CB é o cirurgião dentista, porém, aspectos como falhas no processo de formação podem resultar em dificuldade de trabalhar ações preventivas e formulação de estratégias de educação em saúde voltadas aos grupos de risco¹¹.

Em um estudo para aferir o nível de conhecimento de 70 cirurgiões dentistas a respeito do câncer bucal, através da aplicação de questionários, foi evidenciado que a maior parte da amostra apresentava conhecimento adequado sobre a patologia, entretanto, afirmavam dificuldade em transmitir as informações aos pacientes..

Outra pesquisa também voltada ao conhecimento dos profissionais a respeito do câncer bucal elucidou outras deficiências na conduta dos profissionais, tais como: falta de diagnóstico precoce, falhas do trabalho em equipe, pouca importância da população para o autocuidado em saúde, falha de comunicação entre profissionais de diferentes níveis de atenção³⁶.

No mesmo sentido, outro trabalho com aplicação de questionários aos dentistas revelaram que 69,5% deles não se sentem confiantes para realizar manobras de diagnóstico do câncer bucal, e adicionalmente, apenas 3,7% dos entrevistados apresentaram conhecimento satisfatório a respeito desta neoplasia²⁴.

Além da falta de capacitação profissional outros fatores contribuem para a manutenção das altas taxas de incidência de câncer bucal no Brasil, dentre elas: a falta de fluxo de referência e contra referência para acompanhamento de casos confirmados e suspeitos, falta de ações constantes para a população de risco, bem como a baixa adesão da população as ações existentes..

A redução dos índices de neoplasias malignas da cavidade oral deve ser embasada em dois princípios: diagnóstico precoce e educação em saúde para intervenção nos fatores de risco. Ações de educação fazem parte de medidas de prevenção primária a saúde, buscando-se intervir nos fatores condicionantes para o desenvolvimento do câncer bucal (tabagismo, etilismo exposição solar e dieta) antes da instalação alterações

biológicas. O diagnóstico precoce retoma para medidas voltadas a detecção de DPMs, uma vez que estas apresentam maior potencial para o surgimento de neoplasia oral maligna¹².

Embora nem toda DPM se transforme em CB, e nem todo CB seja precedido de DPM, os profissionais devem possuir maior conhecimento a respeito das lesões que precedem o carcinoma, mesmo que nem todas evoluam para neoplasias malignas, pois o reconhecimento destas e dos fatores de risco associados favorecem um melhor prognóstico e consequentemente a instituição de tratamentos mais conservadores..

O CEC pode ter seu processo de oncogênese relacionado às DPMs. As taxas de transformação das DPM para neoplasia maligna podem variar de grupo para grupo, e podem estar associadas ao diagnóstico histopatológico de displasia epitelial, à localização da lesão e ao tipo da mesma³³.

Vários fatores contribuem para as altas incidências das DPMs e do CB e estão atrelados principalmente a falta de informação sobre medidas de prevenção e a falha no diagnóstico precoce. Há falhas no processo de prevenção e as ações de controle propostas pelo sistema de saúde são perenes e não atingem todas as camadas da sociedade¹⁸.

Diversas estratégias são adotadas para o controle do CB, considerado um problema de saúde pública em todo o mundo, entretanto, a efetividade das ações está diretamente relacionada ao conhecimento da doença, meios de diagnóstico, capacitação profissional e envolvimento do grupo de risco. Ações conjuntas com outras campanhas de saúde podem ser benéficas para ampliar o alcance da população de risco para o câncer bucal e auxiliar na redução de casos da doença²⁰.

CONCLUSÃO

O aumento da incidência de casos novos de câncer bucal indicam que essa patologia constitui um problema de saúde pública e a possibilidade de redução está diretamente relacionada ao conhecimento e controle dos fatores de risco que levam ao desenvolvimento da neoplasia.

É de suma importância uma atuação cada vez maior da equipe de saúde bucal no diagnóstico precoce e esclarecimento da população para diminuir a incidência de novos casos. O cirurgião dentista é o profissional responsável por conduzir o diagnóstico precoce e orientar a população sobre hábitos, riscos e ações de prevenção de agravos e promoção da saúde.

Portanto, se faz necessário maior capacitação dos cirurgiões dentistas no manejo e reconhecimento de DPMs da cavidade oral, tendo em vista que estas quando intervindas de maneira adequada e com acompanhamento periódico tem sua chance de malignização diminuída, levando a tratamentos menos invasivos e ou mutiladores.

REFERÊNCIAS

1. Andrade JOM, Santos CAST, Oliveira MC. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2015 [citado em 19 dez 2018]; 18(4):894-905. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n4/1980-5497-rbepid-18-04-00894.pdf> DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500040017>
2. Souza JGS, Sá MAB, Popoff DAV. Comportamentos e conhecimentos de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde quanto ao câncer bucal. *Cad Saúde Colet*. [Internet]. 2016 [citado em 19 dez 2018]; 24(2):170-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-1414-462X201600020250.pdf> DOI: 10.1590/1414-462X201600020250
3. Galbiatti ALS, Padovani-Junior JA, Maníglia JV, Rodrigues CDS, Pavarino EC, Goloni-Bertollo EM. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol*. [Internet]. 2013 [citado em 19 dez 2018]; 79(2):239-47. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1808869415303013?via%3Dihub> DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-8694.20130041>

4. Torres SVS, Sbegue A, Costa SCB. A importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos. *Rev Soc Bras Clin Med.* [Internet]. 2016 [citado em 19 dez 2018]; 14(1):57-62. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/blioref/2016/05/32/57-62.pdf>
5. Martins RB, Giovani EM, Villalba H. Lesões cancerizáveis na cavidade bucal. *Rev Inst Ciênc Saúde* [Internet]. 2008; 26(4):467-76. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2008/v26n4/a1748.pdf>
6. Oliveira LGS, Silva JAS, Melo MFB, Brasileiro BF. Prevalência de lesões bucais cancerosas e cancerizáveis em pacientes ambulatoriais atendidos no FBHC de 2006 a 2007. *Odontol Clín Cient.* [Internet]. 2010 [citado em 19 dez 2018]; 9(2):145-50. Disponível em: <http://revodontol.bvsalud.org/pdf/occ/v9n2/a11v9n2.pdf>
7. Nemoto RP, Victorino AA, Pessoa GB, Cunha LLG, Silva JAR, Kanda JL, et al. Campanha de prevenção do câncer de boca: estamos atingindo o verdadeiro público-alvo? *Braz J Otorhinolaryngol.* [Internet]. 2015 [citado em 19 dez 2018]; 81(1):44-9. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S180886941400127X?via%3Dihub> DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.03.002>
8. Ministério da Saúde (Br), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [citado em 19 dez 2018]. 122p. Disponível em: <http://santacasadermatoazulay.com.br/wp-content/uploads/2017/06/estimativa-2016-v11.pdf>
9. Casotti E, Monteiro ABF, Castro Filho EL, Santos MP. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* [Internet]. 2016 [citado em 19 dez 2018]; 21(5):1573-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1573.pdf> DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.10742>
10. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Integrative review versus systematic review [editorial]. *Rev Min Enferm.* [Internet]. 2014 [citado em 19 dez 2018]; 18(1):1-3. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904> DOI: 10.5935/1415-2762.20140001
11. Barros GIS, Casotti E, Gouvêa MV. Mouth cancer: the challenge of the dentists approach. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2017 [citado em 19 dez 2018]; 11(11):4273-81. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23542/24597>
12. Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos Jr CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad Saúde Pública.* [Internet]. 2012 [citado em 19 dez 2018]; 28(Supl):S30-S39. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/05.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300005>
13. Scheufen RC, Almeida FCS, Silva DP, Araújo ME, Palmieri M, Pegoretti T, et al. Prevenção e detecção precoce do câncer de boca: screening em populações de risco. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* [Internet]. 2011 [citado em 19 dez 2018]; 11(2):245-9. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/1442>
14. Carrard VC, Pires AS, Paiva RL, Chaves ACM, Sant'Ana Filho M. Álcool e câncer bucal: considerações sobre os mecanismos relacionados. *Rev Bras Cancerol.* [Internet]. 2008 [citado em 19 dez 2018]; 54(1):49-56. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_2_pag_49a56.pdf
15. Shingler E, Robles LA, Perry R, Penfold C, Ness A, Thomas S, et al. Tobacco and alcohol cessation or reduction interventions in people with oral dysplasia and head and neck cancer: systematic review protocol. *Syst Rev.* [Internet]. 2017 [citado em 19 dez 2018]; 6(1):161. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13643-017-0555-y> DOI: 10.1186/s13643-017-0555-y
16. Marques MPC, Bussoloti Filho I, Rossi LM, Andreoli MA, Cruz NA. Comparative study between biopsy and brushing sampling methods for detection of human papillomavirus in oral and oropharyngeal cavity lesions. *Braz J Otorhinolaryngol.* [Internet]. 2015 [citado em 19 dez 2018]; 81(6):598-603. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1808869415001445?via%3Dihub> DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.08.007>
17. Sousa FACG, Paradella TC, Aigotti A, Brandão H, Rosa LEB. Comparative study of cell alterations in oral lichen planus and epidermoid carcinoma of the mouth mucosa. *Braz J Otorhinolaryngol.* [Internet]. 2009 [citado em 19 dez 2018]; 75(2):245-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rboto/v75n2/en_v75n2a14.pdf DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992009000200014>

18. Domingos PAS, Passalacqua MLC, Oliveira ALBM. Câncer bucal: um problema de saúde pública. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo* [Internet]. 2014 [citado em 19 dez 2018]; 26(1):46-52. Disponível em: http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/janeiro_abril_2014/Odonto_26_2014_46_52.pdf
19. Silva SR, Juliano Y, Novo NF, Weinfeld I. Estudo comparativo do conhecimento sobre câncer bucal entre acadêmicos odontologia. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2016 [citado em 19 dez 2018]; 14(3):338-45. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v14n3/pt_1679-4508-eins-14-03-0338.pdf. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3729>
20. Bulgareli JV, Diniz OCCF, Faria ET, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Pereira AC. Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2013 [citado em 19 dez 2018]; 18(12):3461-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a03v18n12.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200003>
21. Martins JS, Abreu SCC, Araújo ME, Bourget MMM, Campos FL, Grigoletto MVD, et al. Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2012 [citado em 19 dez 2018]; 31(3):246-52. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/246-252/pt>
22. Ministério da Saúde (Br), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018. 129p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>
23. Pinheiro SMS, Cardoso JP, Prado FO. Conhecimentos e diagnóstico em câncer bucal entre profissionais de odontologia de Jequié, Bahia. *Rev Bras Cancerol.* [Internet]. 2010 [citado em 19 dez 2018]; 56(2):195-205. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/04_artigo_conhecimentos_cancer_bucal_bahia.pdf
24. Falcão MML, Alves TDB, Freitas VS, Coelho TCB. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. *RGO (Porto Alegre)* [Internet]. 2010 [citado em 19 dez 2018]; 58(1):27-33. Disponível em: <http://www.revistargo.com.br/viewarticle.php?id=1279&layout=abstract>
25. Santos IV, Alves TDB, Falcão MML, Freitas VS. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. *Odontol Clín Cient.* [Internet]. 2011 [citado em 19 dez 2018]; 10(3):207-10. Disponível em: <http://revodont.o.bvsalud.org/pdf/occ/v10n3/a03v10n3.pdf>
26. Silveira EJD, Lopes MFF, Silva LMM, Ribeiro BF, Lima KC, Queiroz LMG. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. *J Bras Patol Med Lab.* [Internet]. 2009 [citado em 19 dez 2018]; 45(3):233-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v45n3/a08v45n3.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442009000300008>
27. Neville BW, organizador. *Patologia oral e maxilofacial*. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. 928p.
28. Queiroz SIML, Medeiros AMC, Silva JSP, Silveira EJD. Clinical and histopathological evaluation and habits associated with the onset of oral leukoplakia and erythroplakia. *J Bras Patol Med Lab.* [Internet]. 2014 [citado em 19 dez 2018]; 50(2):144-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v50n2/1676-2444-jbpml-50-02-0144.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-2444.20140008>
29. Hosni ES, Salum FG, Cherubini K, Yurgel LS, Figueiredo MAZ. Eritroplasia e leucoeritroplasia oral: análise retrospectiva de 13 casos. *Braz J Otorhinolaryngol.* [Internet]. 2009 [citado em 19 dez 2018]; 75(2):295-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v75n2/v75n2a22.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992009000200022>
30. Lúcio PSC, Barreto RC. Queilite actínica-perfil da produção científica em odontologia do Brasil nos últimos dez anos. *Rev Cuba Estomatol.* [Internet]. 2012 [citado em 19 dez 2018]; 49(4):276-85. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000400003&lng=es
31. Paiva MAF, Soares MSM, Figueiredo CRLV, Luna AH, Oliveira VEN, Brasil Júnior O. Associação entre displasia e inflamação em queilite actínica. *J Bras Patol Med Lab.* [Internet]. 2012 [citado em 19 dez 2018]; 48(6):455-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v48n6/v48n6a11.pdf>

32. Roscoe EWT, Tebcherani AJ, Sittart JA, Pires MC. Queilite actínica: avaliação comparativa estética e funcional entre as vermelhectomias clássica e em W-plastia. *An Bras Dermatol*. [Internet]. 2011 [citado em 19 dez 2018]; 86(1):65-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a08.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000100008>
33. Moraes M, Costa ALL. Terapia fotodinâmica em distúrbios potencialmente malignos e no câncer oral. *Brasília Med*. [Internet]. 2011 [citado em 19 dez 2018]; 48(3):284-328. Disponível em: <http://www.rbm.org.br/details/221/pt-BR/terapia-fotodinamica-em-disturbios-potencialmente-malignos-e-no-cancer-oral>
34. Freire JCP, Oliveira CR, Câmara AO, Valença AMG, Santiago BM. Incidência de neoplasias malignas orais nas regiões brasileiras e capitais do Nordeste. *Arch Health Invest*. [Internet]. 2017 [citado em 19 dez 2018]; 6(11):535-9. Disponível em: <http://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/2274> DOI: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i11.2274>
35. Lombardo EM, Cunha AR, Carrard VC, Bavaresco CS. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2014 [citado em 19 dez 2018]; 19(4):1223-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01223.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.00942013>
36. Martins AMEBL, Barreto SM, Santos-Neto PE, Sá MAB, Souza JGS, Haikal DS, et al. Greater access to information on how to prevent oral cancer among elderly using primary health care. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2015 [citado em 19 dez 2018] 20(7):2239-53. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n7/en_1413-8123-csc-20-07-2239.pdf DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.15272014>
37. Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. *Braz J Otorhinolaryngol*. [Internet]. 2010 [citado em 19 dez 2018]; 76(4):416-22. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v76n4/en_v76n4a02.pdf DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942010000400002>