



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e

Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

apesb@terra.com.br

Universidade Federal da Paraíba

Brasil

de Carvalho SCHEUFEN, Renata; Campos Sousa ALMEIDA, Fernanda; Pedroso da SILVA, Dorival;
de ARAUJO, Maria Ercilia; PALMIERI, Michelle; PEGORETTI, Tatiana; dos Santos PINTO JR, Décio;
TAVARES, Marcos Roberto

Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Boca: Screening em Populações de Risco

Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 11, núm. 2, abril-junio, 2011, pp. 245-
249

Universidade Federal da Paraíba

Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63721615015>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Boca: Screening em Populações de Risco

Prevention and Early Detection of Oral Cancer: Screening in Risk Populations

**Renata de Carvalho SCHEUFEN¹, Fernanda Campos Sousa ALMEIDA², Dorival Pedroso da SILVA³,
Maria Ercilia de ARAUJO⁴, Michelle PALMIERI⁵, Tatiana PEGORETTI⁵, Décio dos Santos PINTO JR^{6*}, Marcos Roberto
TAVARES⁷**

¹Cirurgiã Dentista formada pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FO-USP), Periodontista e ex-aluna de Iniciação Científica do Departamento de Estomatologia da FO-USP, São Paulo/SP, Brasil..

²Mestre em Patologia Bucal e Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FO-USP), São Paulo/SP, Brasil.

³Professor Doutor da Disciplina de Prótese Buco Maxilo Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FO-USP), São Paulo/SP, Brasil.

⁴Professora Titular da Disciplina de Saúde Coletiva na Odontologia da Faculdade de Odontologia da USP (FO-USP), São Paulo/SP, Brasil.

⁵Cirurgiã Dentista formada pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e ex – aluna de iniciação científica da FO-USP, São Paulo/SP, Brasil..

⁶Professor Livre Docente da Disciplina de Patologia Bucal do Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da USP e orientador do trabalho.

⁷Professor Livre Docente do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo/SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a viabilidade de programa de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca direcionado a grupos considerados de risco para esta enfermidade, como tabagistas e etilistas crônicos.

Método: No período entre junho de 2000 e julho de 2002, o programa foi realizado em pacientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e grupos de apoio comunitários, estruturado em palestras periódicas, exame bucal dos interessados e encaminhamento quando necessário para exames complementares e tratamento.

Resultados: Foram examinadas 509 pessoas, das quais 215 pertenciam ao sexo masculino (42,2%), 59,7% eram brancos e com média de idade de 49,8 anos. Destas, 131 apresentaram lesão fundamental na boca, que foram encaminhadas à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), para realização de exame complementar. Dos 48 (38,7%) pacientes que compareceram ao ambulatório, 11 foram submetidos à biópsia. Os achados das biópsias foram de hiperqueratose em 3, hiperplasia papilomatosa em 2, hiperplasia fibrosa em 3, um caso de displasia leve, um adenocarcinoma e um carcinoma epidermóide. À citologia esfoliativa, 5 pacientes tiveram o diagnóstico de classe I e 11 como classe II de Papanicolaou.

Conclusão: O elevado número de lesões fundamentais diagnosticadas demonstra ser de extrema importância o exame oral periódico de pacientes de risco, entretanto o método proposto, como deslocamento de equipes específicas para o rastreamento dos pacientes, mostrou-se bastante trabalhoso e oneroso para ser efetivamente incorporado em serviços de atenção à saúde. Por outro lado, serviços de atenção permanente em conjunto à atuação periódica de campanhas de esclarecimento a população, foram considerados os métodos de maior resultado para o diagnóstico precoce do câncer de boca.

ABSTRACT

Objective: To evaluate a viability of a program for prevention and early diagnosis of oral cancer directed to groups considered at risk for this disease, such as chronic smokers and alcoholics.

Method: The program was conducted between June 2000 and July 2002 with patients of the University Hospital of the Medical School of the University of São Paulo (HCFMUSP) and community support groups, structured in the form of periodic lectures, oral exam for those who had interest, and, if necessary, referral for complementary exams and treatment.

Results: 509 people were examined, of which 215 (42.2%) were males and 59.7% were Whites with mean age of 49.8 years. From these, 131 presented a fundamental lesion in the mouth and were referred to School of Dentistry of the University of São Paulo (FOUSP) for a complimentary exam. From the 48 (38.7%) patients that attended the University outpatient service, 11 were subjected to biopsy. Results of the biopsies were hyperkeratosis in 3 cases, papillomatous hyperplasia in 2, fibrous hyperplasia in 3, mild dysplasia in 1, adenocarcinoma in 1 and epidermoid carcinoma in 1. Based on the results of exfoliative cytology, 5 patients had diagnosis of Papanicolaou class I and 11 of Papanicolaou class II.

Conclusion: The large number of fundamental lesions diagnosed demonstrates that periodic oral exam of high-risk patients is of paramount importance. However, the method proposed in this study, involving the transport of specific teams for screening of patients, appeared to be too demanding and costly to be effectively incorporated in public health attention services. On the other hand, permanent attention services together with periodic informative campaigns to the population were considered the methods with better results for the early diagnosis of oral cancer.

DESCRITORES

Câncer bucal; Prevenção; Diagnóstico precoce; Epidemiologia.

KEY-WORDES

Oral cancer; Prevention; Early diagnosis; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional do Câncer (INCa) estima para 2010 14.120 novos casos de câncer de boca no Brasil, 10.330 homens e 3.790 mulheres. O câncer de boca é o 6º mais freqüente em homens tabagistas após a 5ª década de vida, sendo que na maioria dos casos o diagnóstico é de carcinoma epidermóide¹.

O câncer de boca pode ser curado na maioria dos casos, quando diagnosticado em estágios iniciais, mas sua evolução é desfavorável quando o diagnóstico é tardio, com prejuízo à qualidade de vida e alto índice de mortalidade^{2,3,4}. A prevenção primária e secundária depende de programas de diagnóstico precoce, mas a forma ideal para encontrar casos iniciais é assunto controverso⁴, entretanto a literatura tem insistido na necessidade de que todo profissional da área da saúde deve estar atento para localizar lesões iniciais e seu treinamento deve ser iniciado nos cursos universitários, e complementado com atualizações continuadas. A literatura⁵ propõe uma estratégia de aproveitar o momento de ensino durante a graduação em Odontologia para formar dentistas capazes de intervir nos índices epidemiológicos e prevenir o câncer de boca na Índia, país em que a doença é endêmica.

Outro aspecto importante nos trabalhos científicos é que os fatores de riscos devem ser enfatizados em campanhas de esclarecimento à população assim como orientações sobre o auto-exame bucal^{3,6,7}. Outra estratégia aceita para prevenção e detecção precoce do câncer de boca seria a procura de portadores de lesões iniciais em populações de risco⁴.

Calculando-se a incidência de câncer de boca de cerca de 8 casos por 100 mil habitantes por ano, seria necessário examinar mais de 12 mil pessoas para encontrar um único caso. O conhecido aumento do risco dessa doença entre os fumantes e etilistas, sugere a possibilidade de encontrar maior número de doentes através do exame de populações expostas ao cigarro e ao álcool.

Os programas de diagnóstico precoce são uma oportunidade potencial para educar a população sobre a doença. Exame anual da cavidade bucal de fumantes e etilistas pode ajudar a reverter a morbidade e mortalidade associadas à doença³. O esclarecimento permanente da população e a facilidade de seu acesso a serviços de saúde onde atuem profissionais preparados tornarão possível alcançar o objetivo de diagnosticar e tratar, na maior parte dos casos, lesões iniciais, revertendo a realidade atual de morte, morbidade e baixa qualidade de vida de nossos paciente^{6,7}. O presente estudo se propõe a avaliar a eficácia e viabilidade do diagnóstico de câncer de boca através do exame de indivíduos assintomáticos, pertencentes às populações de risco, comparando a estratégia utilizada neste trabalho com outras expostas na literatura.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), sob o número 40/08.

Uma equipe de docentes e discentes das Faculdades de Odontologia e de Medicina da USP, através de suas Ligas de prevenção de câncer de boca, elaborou um programa de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca e combate ao tabagismo e etilismo.

As populações com maior concentração de fumantes e etilistas foram identificadas entre os doentes atendidos no HC-FMUSP e em grupos de apoio comunitário. No Hospital, foram escolhidos o grupo de portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), atendidos no Serviço de Pneumologia, e o grupo de portadores de Obstrução Arterial Periférica, atendidos no Serviço de Cirurgia Vascular. Na comunidade, identificaram-se serviços de apoio educacional a população e de ajuda para abandono do tabagismo e etilismo. Acessou-se o programa “Como Parar de Fumar em Cinco Dias”, iniciativa da Igreja Adventista do Sétimo Dia; “Grupo Unidos em Cristo contra o Álcool e as Drogas”, pertencente à Igreja Católica Apostólica Romana; Associação Nossa Senhora Serva do Senhor; Grupo da Terceira Idade, da Unidade Básica de Saúde do Jabaquara e Favela Heliópolis.

As visitas nestes locais foram periódicas, semanais nos grupos do hospital e, pelo menos uma vez por mês, nas comunidades. Foram realizados encontros com exposição de diapositivos sobre tabaco, álcool, câncer de boca e seu auto-exame com orientação de higiene bucal. O tema era aberto para discussão e, após o período de perguntas, oferecia-se aos presentes o exame dirigido da boca e palpação das cadeias ganglionares cervicais. Portadores de lesões eram encaminhados à Faculdade de Odontologia da USP para investigações adicionais, que consistiam na obtenção de esfregaços para exame citológico ou biópsia. Quando necessário, os pacientes eram encaminhados ao Ambulatório do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HCFMUSP.

RESULTADOS

No período entre junho de 2000 e julho de 2002, (Tabela 1), do total de rastreados (509), 215 eram homens (42,2%), 439 (86,24%) brasileiros, 59,7% eram brancos e com idade média de 49,8 anos. Cento e trinta e uma lesões fundamentais foram observadas durante os rastreamentos, sendo que a maior incidência foi de manchas, 31,3% da amostra (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição em número e percentual de lesões encontradas segundo o Serviço/Ação de origem do participante/pacientes. São Paulo, 2008.

Número de	Pneumologia	Cirurgia Vascular	Grupos da Comunidade	Total
-----------	-------------	-------------------	----------------------	-------

Fonte: Elaborado pelos autores. 100 (20,11%) - 22 (4,34%) - 226 (44,77%) - 552 (10,89%).

Tabela 2. Distribuição em número e percentual de lesões encontradas segundo o tipo de lesão fundamental. São Paulo, 2008.

<i>Tipo de lesão fundamental</i>	<i>Frequência de Casos</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Mancha	41	(31,3%)
Placa	37	(28,2%)
Nódulo	34	(26,0%)
Úlcera	19	(14,5%)
Total	131	(100%)

Entre os 131 pacientes que foram encaminhados para exame complementar, 48 (38,7%) compareceram ao ambulatório da Faculdade de Odontologia da USP, sendo que 11 foram submetidos à biópsia e 16 a citologia esfoliativa. Os achados da biópsia foram hiperqueratose (3), hiperplasia papilomatosa (2), hiperplasia fibrosa (3), displasia branca (1), adenocarcinoma (1) e carcinoma epidermóide (1). Quanto a citologia esfoliativa, 5 pessoas foram classificadas como classe I e II de Papanicolaou. As lesões encontradas de acordo com os hábitos dos pacientes estão na Tabela 3 enquanto, na Tabela 4, são visualizadas as lesões fundamentais em tabagistas e não-tabagistas.

Tabela 3. Distribuição da amostra total segundo hábitos e lesões fundamentais encontradas por hábito. São Paulo, 2008.

<i>Grupo</i>	<i>Distribuição da amostra segundo hábito</i>	<i>Distribuição de lesões fundamentais de acordo com hábito</i>
Só fumantes	258	75 (57,3%)
Só etilistas	11	2 (1,5%)
Fumo e álcool	75	22 (16,8%)
Nenhum hábito	165	32 (24,4%)
Total	509 (100%)	131 (100%)

Tabela 4. Distribuição de lesões fundamentais em tabagistas e não-tabagistas. São Paulo, 2008.

<i>Distribuição de lesões</i>	<i>Tabagistas</i>		<i>Não tabagistas</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Lesões ulceradas	8	10,66	7	11,86
Lesões não ulceradas	67	89,33	52	88,14
Total	75	100	59	100

DISCUSSÃO

Programas de prevenção e detecção precoce do câncer de boca apresentam relativa facilidade em suas execuções, pois a localização da boca e falta de necessidade de uso de tecnologias de alta complexidade fazem dos *screenings* procedimentos de baixo custo relativo. Seus objetivos são informar a população sobre os fatores de risco para o câncer de boca, identificar lesões iniciais, proporcionando tratamento precoce, com

Podemos observar muitas e importantes iniciativas regionais, que mesmo com limitações de recursos e de área de cobertura, alcançam excelentes resultados. Uma possível explicação para essas ações serem isoladas e seguirem padrões distintos entre si, pode ser resultado da falta de uma coordenação nacional de saúde bucal, estabelecida em 2003, mas que ainda não traçou uma política nacional clara e organizada de abordagem do câncer de boca^{6,7,14}.

Os esforços atuais ainda não mudaram o quadro de portadores de câncer de boca diagnosticados em estágio avançado, cujo tratamento quase sempre prejudica a fonação e deglutição, limitando a integração social. Torna-se necessária uma reabilitação longa e de alto custo, com resultado muitas vezes insatisfatório¹⁶. Detectar na população grupos de risco em que possam ser identificados casos precoces de câncer de boca é um atraente método para melhorar os resultados terapêuticos. Este trabalho avaliou um programa preventivo e de diagnóstico precoce de câncer de boca, através de exames de grupos considerados de risco elevado para a doença, levando em consideração o número de exames realizados, lesões detectadas, a relação de lesões detectadas e hábito de risco, dentre outros.

Os grupos estudados foram escolhidos com base no conhecimento da maior prevalência de câncer de boca em homens entre 40 a 60 anos de idade e usuários do tabaco e álcool e pobre higiene oral¹⁷. A literatura aponta que a possibilidade de detecção em pessoas assintomáticas examinadas, expostas aos fatores de risco, pode chegar a 01 doente a cada 200 examinados¹⁸. Na casuística apresentada neste trabalho, 42,2% dos nossos casos eram homens com idade média de 49,8 anos e cerca de 30% não eram fumantes nem etilistas. A alta freqüência de não tabagistas e não etilistas se deve ao exame de acompanhantes da população alvo que desejaram se submeter à oroscopia. Esta opção reafirma a decisão de ter a prevenção como vocação de nosso grupo, não perdendo oportunidade de examinar quem quer que seja, outro ponto relevante foi o fato de se saber que parte desses poderiam indiretamente estar expostos por fatores de risco, por exemplo, o tabagismo passivo.

Lesões na boca foram identificadas em 131 sujeitos da pesquisa dos quais apenas 48 (38,7%) compareceram para exames complementares. Este baixo comparecimento para confirmação diagnóstica é descrita em rastreamento de câncer de boca realizado em idosos, no Estado de São Paulo, durante a vacinação de gripe¹⁹. Dos que compareceram para exame, 75% eram fumantes. Onze indivíduos foram submetidos à biópsia e dezesseis à citologia esfoliativa. Programas de prevenção e diagnóstico precoce são realizados em âmbito nacional e internacional, e mesmo com uma estruturação não direcionada para grupos de risco, a alta prevalência de lesões bucais fundamentais, bem como dos fatores de risco e baixo nível de instrução de auto-exame bucal são resultados presentes em todos eles^{11,20,21,22,23,24}.

estratégico, já que a literatura aponta um grande número de lesões fundamentais, mesmo quando são examinados grupos heterogêneos de indivíduos, dados que se confirmaram nesta pesquisa, entretanto, quando separados em expostos e não expostos a hábitos, o grupo exposto apresentou maior número de lesões, sendo esta diferença estatisticamente significante, $p=0,03$ (Tabela 3).

A facilidade na realização do exame inicial, sem perda de tempo com o deslocamento dos pacientes permitiu examinar todos a quem foi oferecida a oportunidade de exame. No entanto, as dificuldades em se deslocar aos locais de exame e o tempo para atendimento, geralmente longo, inibem muitas pessoas de procurar os serviços de saúde. O medo da dor ou desconforto com o método de diagnóstico, medo de seu resultado e de suas consequências, como o fornecimento de argumentos à família para o abandono do cigarro e da bebida alcoólica, constituem fatores que atrasam a busca ao atendimento precoce²⁵.

O rastreamento já citado anteriormente, em populações de risco no Estado de São Paulo, que ocorre em concomitância à vacinação contra gripe no grupo de idosos acima de 60 anos tem oito anos de atividades, a média anual de detecção de alterações em tecidos moles foi de 8,04%, número muito menor que as detectadas no presente trabalho (25,7%), (26,27). Uma hipótese para o expressiva diferença de detecção de alterações teciduais no presente estudo em relação à campanha do Estado de São Paulo, seria o fato de nossa equipe de pesquisadores ter maior experiência e sensibilidade no exame e na busca de lesões de tecidos moles. Este pode ser uma alerta importante para serviços que pretendam fazer diagnóstico precoce de câncer de boca, mesmo sendo uma informação que todos conhecem, poucos põem em prática, e portanto, trabalhos como esses devem reforçar a importância de se treinar os profissionais, motivá-los para o exame e para detecção precoce de câncer de boca a fim de aumentar a efetividade dos exames realizados durante rastreamento de populações de risco.

Nossa experiência nos autoriza discutir um modelo de atenção que denominamos “regime de portas abertas”, ou seja, oferecimento de um serviço de atenção permanente de fácil acesso à comunidade e que goze de credibilidade por parte da sociedade e da classe médica-odontológica²⁸. Este modelo foi implantado em parceria entre as Faculdades de Odontologia e de Medicina, através de suas Ligas de câncer de boca, fundadas e dirigidas por muitos dos autores deste trabalho. Em avaliação de serviço de cirurgia de cabeça e pescoço que contava com modelo de “portas abertas”, os autores afirmam ter observado um acesso facilitado para tratamento no modelo de portas abertas definido entre as ligas acadêmicas das duas faculdades²⁹.

O modelo de garantir acesso rápido e eficaz ao diagnóstico histopatológico e ao tratamento oncológico nos parece mais lógico, se comparado ao proposto por este trabalho, levando-se em conta a organização dos

histopatológico, tratamento oncológico e reabilitação maxilo facial. Este modelo evita o deslocamento dos profissionais, mantendo o princípio de Universalidade proposta pelo SUS, já que o atendimento era assegurado a qualquer paciente que buscasse o serviço a qualquer tempo e não dependeria da ida de uma equipe para examiná-lo. Por outro lado, a busca ativa da população de risco obrigou o deslocamento de pelo menos quatro alunos e um professor orientador, por visita aos espaços visitados, com tempo de aproximadamente seis horas entre reunião da equipe, ida ao espaço, atividade de campo e retorno ao local de dispersão, quando cada membro da equipe ainda se dirigiria para sua casa. Este, portanto, nos parece ser um modelo muito oneroso e inviável para serviços de saúde.

CONCLUSÃO

O presente estudo se propõe a avaliar a eficácia e viabilidade do diagnóstico de câncer de boca através do exame de indivíduos assintomáticos, pertencentes às populações de risco, comparando a estratégia utilizada neste trabalho com outras expostas na literatura.

A estratégia utilizada nesta pesquisa mostrou ser eficaz para detecção de lesões fundamentais em grupo de risco, $p=0,03$.

O diagnóstico de câncer de boca, através de programas de pesquisa em grupos de risco assintomáticos é bastante trabalhoso e nos parece inviável, dado o grande número de serviços (Faculdade de Odontologia, Faculdade de Medicina, Espaços Sociais diversos, Serviços de Cardiologia e Pneumologia) e profissionais envolvidos (pelo menos cinco em cada visita) na estratégia.

Por fim, campanhas periódicas de alerta sobre doenças de boca devem ser estimuladas, para informar e alertar a população, além de treinamento e disponibilidade de acesso aos serviços de tratamento, especialmente, com estruturação da rede de referência que deve ter incorporado o modelo de “portas abertas” e serviço permanente de atenção e detecção precoce de câncer de boca, já que a doença não é sazonal e não pode depender somente de visitas esparsas de equipes de saúde ou de campanhas pontuais, a despeito dessas terem sua importância e espaço na complexa rede de prevenção e detecção precoce de câncer de boca.

Agradecimentos

Sinceros agradecimentos aos integrantes (docentes e discentes) das Ligas de combate ao câncer de boca das Faculdades de Odontologia e de Medicina da USP, que não medem esforços na contínua luta contra as neoplasias bucais malignas; ao Dr. Alberto Rosseti Ferraz e equipe do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HCFMUSP, pela abertura, confiança e apoio à pesquisa; e a FUNDECTO e CNPq, pelo apoio financeiro.

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009. [acesso em 8 de Novembro de 2010]. Disponível em <http://www.inca.gov.br/Estimativa/2010/>.
2. Pinto DS, Dib LL. Papel do cirurgião dentista no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço. In: Brandão LG, Ferraz AR. Cirurgia de Cabeça e Pescoço. São Paulo: Rocca; 1989.
3. Joseph BK. Oral cancer: prevention and detection. *Med. Princ. Pract.* 2002;11 (Suppl 1):32-5.
4. Warnakulasuriya KA, Johnson NW. Strengths and weaknesses of screening programmes for oral malignancies and potentially malignant lesions. *Eur J Cancer Prev* 1996; 5(2):93-8.
5. Kuruvilla J. Utilizing dental colleges for the eradication of oral cancer in India. *Indian J Dent Res* 2008;19(4):349-53.
6. Almeida FCS, Cazal C, Brandão TB, Araujo ME, Silva DP, Dias, RB. Campanha da popularização do auto-exame da boca - Universidade de São Paulo, Brasil (Part I) *Rev bras patol Oral* 2005; 4(3):147-56.
7. Almeida FCS, Silva DP, Amoroso MA, Dias RB, Crivello Junior O, Araujo ME. Popularização do auto-exame da boca – Um exemplo de educação não formal – parte II. 2009. No prelo. [Acesso em 10 de Julho de 2009]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3171&var=1.
8. Bowen CM, Engelma MA. Oral cancer prevention and detection. *J Am Dent Assoc* 1967;74(5):971-3.
9. Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS, Yellowitz JA. Oral pharyngeal cancer prevention and early detection- dentists' opinions and practices. *J Am Dent Assoc* 2000; 31(4):453-62.
10. Kerr AR. Lifesaving – Oral cancer screening. *New York State Dental Journal* 2000; 66(7):26-30.
11. Cruz GD, Le Geros RZ, Ostroff JS, Hay JL, Kenigsberg H, Franklin DM. Oral cancer knowledge, risk factors and characteristics of subjects in a large oral cancer screening program. *J Am Dent Assoc* 2002; 33(8):1064-71.
12. Sankaranarayanan R. Oral cancer in India: An epidemiologic and clinical review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 69(3):325-30.
13. Sankaranarayanan R. Health Care Auxiliaries in the Detection and Prevention of Oral Cancer. *Oral Oncology* 1997;33(3):149-54.
14. Shugars DC, Patton LL. Detecting, diagnosing and preventing oral cancer. *Nurse Pract* 1997; 22(6):109-10.
15. Lawderi JAC, Mendesi YBE, Silva LC, Andrade DKD, Rocha LM, Rogall TM, Fadel CB, Baldini MH. Conhecimento e práticas em saúde bucal entre usuários de serviços odontológicos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2008; 8(3):321-6.
16. Da Silva DP, Almeida, FCS, Vaccarezza GF, Brandão TB, Cazal C, Caroli A, Durazzo MD, Brito e Dias R. Reabilitação protética imediata de pacientes maxilectomizados. Uma contribuição da odontologia e um convite à reflexão *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2004; 4(2):125-30
17. Fedele DJ, Jones JA, Niessen LC. Oral cancer screening in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(9):920-5.
18. Smart CR. Screening for cancer of aerodigestive tract. *Cancer* 1993; 72(3):1061-5.
19. Antunes JLF, Toporcov TN, Wünsch-Filho V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(1):30-6.
20. Baden E. Prevention of cancer of the oral cavity and pharynx. *C.A. Cancer J Clin* 1987; 37(1):49-62.
21. Fernandez-Garrote L, Sankaranarayanan R, Lence Anta JJ, Rodriguez Salva, A, Maxwell Parkin D. An evaluation of the oral cancer control program in Cuba. *Epidemiology* 1995; 6(4):428-33.
- MESFM, Scully C. Programs of oral cancer prevention in Brazil. Analysis of four consecutive years. *J Dent Res* 2000; 79(5):1086.
23. Warnakulasuriya KA, Ekanayake AN, Sivayoham S, Stiernward J, Pindborg JJ, Sabin LH, Perera KS. Utilization of primary health care workers for early detection of oral cancer and precancer cases in Sri Lanka. *Bull World Health Organ* 1984; 62(2):243-50.
24. Warnakulasuriya KA e Nanayakkara BC. Reproducibility of an oral cancer and precancer detection program using a primary health care model in Sri Lanka. *Cancer Detect Prev* 1991; 15(5):331-4.
25. Strauss RP. Psychosocial responses to oral and maxillofacial surgery for head and neck cancer. *Oral Maxillofac Surg* 1989; 47(4):343-8.
26. Estado de São Paulo, Secretaria de Estado de Saúde, Coordenadoria de Planejamento em Saúde. GATS - Grupo de Avaliação Técnica de Saúde, Centro Técnico de Saúde Bucal. Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal:Relatório Final. São Paulo (SP); 2004. [acesso em 5 de dez de 2008]. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/content/gtae_saude_bucal_artigos_e_teses.mmp.
27. Estado de São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, Fundação Oncocentro. Relatórios das Campanhas de Prevenção de Câncer Bucal – 2005/2008. São Paulo (SP); 2008. [acesso em 5 de dez de 2008]. Disponível em <http://www.fosp.saude.sp.gov.br/>
28. Eckert D, Bloom HJ, Ross LS. A review of oral cancer screening and detection in the metropolitan Detroit cancer control program. *Prog Clin Biol Res* 1992; 83:195-206.
29. Durazzo MD, Araujo CEN, Brandão Neto JS, Potenza AS, Costa P, Takeda F et al. Clinical and epidemiological features of oral cancer in a medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases. *Clinics* 2005; 60(4):293-8.

Recebido/Received: 06.11.09

Revisado/Reviewed: 29.11.10

Aprovado/Approved: 18.12.10

Correspondência:

Renata Carvalho Scheufen/ Prof. Dr. Dorival Pedroso da Silva
 Avenida Prof. Lineu Prestes, 2227 - Cidade Universitária , São Paulo-SP, Brasil
 Telefone: 55 11 3091 7878
 E-mail: rrdecarvalho@yahoo.com / dasilva@usp.br/