

CÂNCER DE BOCA: ESTRATÉGIAS DE CONTROLE E RESOLUTIVIDADE DAS CAMPANHAS DE PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE

Jerlucia Cavalcanti das Neves Melo¹, Paulo Sávio Angeiras de Góes²,
Felipe Leonardo de Melo Almeida Fonseca³

1. Odontoclínica de Aeronáutica de Recife (OARF), Professora da Faculdade de Odontologia do Recife (FOR), Pernambuco, Brasil.
2. Professor Adjunto do Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Pernambuco, Brasil.
3. Graduando em Odontologia da Faculdade de Odontologia do Recife (FOR), Pernambuco, Brasil.

RESUMO

Foram revisados os principais artigos que discutem a prevenção do câncer de boca e a efetividade de campanhas de prevenção e detecção precoce do câncer bucal, publicados no período de 1986 à 2013. O câncer bucal é considerado um dos mais prevalentes tumores da região de cabeça e pescoço, representando uma causa importante de morbimortalidade. Embora o conhecimento sobre essa neoplasia seja amplo, o câncer de boca tem sido diagnosticado em estádios tardios, onde o tratamento mutilador e o comprometimento físico, psíquico e social dos portadores, parecem inevitáveis. Nesse contexto, inserem-se as campanhas de prevenção de câncer de boca, as quais são desenvolvidas sob diferentes planejamentos, muitas vezes sem uma preocupação efetiva com a resolutividade e o verdadeiro impacto que as mesmas podem causar na redução de morbidade e mortalidade por esse câncer. O objetivo desse artigo é fazer uma análise sobre as características essenciais para ações de prevenção e detecção precoce desse tipo de câncer, bem como realizar uma revisão das avaliações de campanhas e ações de prevenção ao câncer bucal no Brasil e em outros países, buscando caracterizar estratégias que possibilitem melhores resultados na redução dos impactos sociais dessa neoplasia.

Palavras-Chaves: câncer de boca, prevenção, diagnóstico precoce, campanhas de prevenção.

INTRODUÇÃO

O termo câncer de boca inclui as patologias malignas do lábio, língua, gengiva, mucosa jugal, palato duro e assoalho da boca.¹ A maior parte dos casos é representada

histopatologicamente pelo carcinoma epidermóide.² Está entre as principais causas de óbito por neoplasias, representando uma causa importante de morbimortalidade, uma vez que mais de 50% dos casos são diagnosticados em estádios avançados da doença.³

Uma das maiores incidências de câncer de boca no mundo pode ser

encontrada no Brasil. A incidência estimada de câncer de boca pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) para 2012 foi de 14.170, sendo 9.990 homens e 4.180 mulheres. Esses dados colocam o câncer de boca como o quinto mais frequente em homens e o décimo mais frequente em mulheres no Brasil. No ano de 2010 foram registradas 4.891 mortes por câncer de boca, sendo 3.882 homens e 1.009 mulheres.¹

Existe consenso sobre a etiologia do câncer de boca estar diretamente associada aos hábitos de fumar e de consumo de bebidas alcoólicas.^{4,5} O consumo de tabaco é o fator de risco mais importante. O risco para indivíduos que pararam de fumar decresce progressivamente após o abandono do hábito, atingindo após dez anos níveis semelhantes aos de não fumantes. Pacientes que fumam e consomem bebidas alcoólicas têm aumento no risco de câncer de boca, faringe e laringe.⁵ O consumo de chimarrão também é considerado fator de risco.⁸ Embora haja algumas controvérsias, o uso de prótese e dentes em más condições não representam fatores de risco para o câncer bucal. No câncer de lábio, o fator mais relevante é a radiação actínica. Ainda precisa ser melhor estabelecida a possível participação de vírus e oncogenes no carcinoma de boca.^{5,8}

A inter-relação da dependência do álcool e do tabaco em indivíduos de baixa renda vem sendo comprovada, mostrando que diferentes medidas de concentração de renda estão diretamente relacionadas aos indicadores de saúde. Grupos populacionais de baixa renda tendem a ter precárias condições de saúde bucal, como também carências nutricionais, que são achados comuns entre os casos de cânceres oral e de faringe.⁹ Os determinantes socioeconômicos, em estudos mais recentes, vêm aparecendo como um

fator com associação relevante ao aparecimento de novos casos de câncer da boca.^{10,11,12,13,14} Nos últimos anos o governo e parte da sociedade brasileira têm-se mobilizado intensificando o planejamento de ações de prevenção, controle e assistência aos pacientes com câncer¹⁵, uma vez que aproximadamente 30% dos cânceres poderiam ser prevenidos, modificando ou evitando fatores de risco fundamentais.¹⁶

Embora o câncer de boca ocorra em uma topografia de fácil acesso à inspeção visual o que, supostamente, facilitaria a detecção de alterações iniciais neoplásicas, estudos evidenciam que esse tipo de câncer ainda é diagnosticado muito tardiamente e, conseqüentemente, verifica-se o aumento de morbidade e mortalidade, relacionados ao tratamento mutilador necessário nesses casos.^{17,18,19,20}

Embora o diagnóstico de tumores de boca em estágio inicial implique um melhor prognóstico para os pacientes,²¹ as evidências epidemiológicas não têm dado suporte a iniciativas de rastreamento de câncer bucal, uma vez que os estudos sobre medidas terapêuticas associadas a esses programas não permitiram conclusões definitivas a respeito de benefícios quantificáveis.^{22,23,24,25,26} O objetivo desse artigo é apresentar, através de revisão da literatura, estratégias e orientações sobre a prevenção e detecção precoce do câncer bucal, fazendo uma análise acerca das características essenciais para ações que visem a prevenção e detecção precoce desse tipo de câncer, bem como realizar uma revisão das avaliações de campanhas e ações de prevenção ao câncer bucal no Brasil e em outros países, buscando caracterizar estratégias que possibilitem melhores resultados na redução dos impactos sociais dessa neoplasia.

MÉTODOS

Foram revisados os principais artigos que discutem a prevenção do câncer de boca e a efetividade de campanhas de prevenção e detecção precoce do câncer bucal, publicados no período de 1986 à 2013.

REVISÃO DE LITERATURA

Estratégias de prevenção e controle do câncer de boca

As estratégias para controle do câncer podem ser dirigidas a indivíduos assintomáticos ou sintomáticos (doença local ou doença avançada). As ações voltadas para indivíduos assintomáticos objetivam tanto evitar o câncer mediante o controle da exposição aos fatores de risco (*prevenção primária*) como detectar a doença e/ou lesões precursoras em fase inicial (*rastreamento*). As ações que identificam indivíduos sintomáticos com câncer em estágio inicial são chamadas de *diagnóstico precoce*. O conjunto de ações de rastreamento e diagnóstico precoce é denominado de *detecção precoce*.²⁷

O papel estratégico das ações de prevenção primária e detecção precoce ilustra a importância da Atenção Básica à Saúde no controle do câncer no país. Este nível de atenção atua em várias dimensões da linha de cuidados para o câncer.²⁹

A prevenção primária do câncer bucal está focada na eliminação dos fatores de risco, baseia-se na conscientização para redução do consumo do tabaco e álcool, proteção dos lábios contra o sol e adoção de uma

alimentação saudável.³⁰ A cessação do fumo, em particular, melhora o prognóstico para o paciente, reduzindo o risco de doença secundária em aproximadamente 2 a 3 vezes.⁵

No entanto essa prevenção tem sido amplamente negligenciada.³¹ Nos últimos vinte anos praticamente não houve redução na incidência, morbidade e mortalidade, indicando que campanhas e métodos agressivos devem ser usados. Pelo contrário, está aumentando a incidência em mulheres e jovens.^{32,33} Nesse contexto, o dentista tem grande potencial como educador e privilegiada posição para atuar como porta-voz de campanhas contra o fumo, além de desempenhar papel fundamental no diagnóstico de lesões potencialmente malignas, assim como o câncer em seus estágios iniciais.⁸

O INCA (Instituto Nacional de Câncer) recomenda que pessoas com mais de 40 anos de idade, com dentes fraturados, fumantes e portadores de próteses mal-ajustadas devem evitar o fumo e o álcool, promover a higiene bucal, ter os dentes tratados e fazer uma consulta odontológica de controle a cada ano. Outra recomendação é a manutenção de uma dieta saudável, rica em vegetais e frutas. Para prevenir o câncer de lábio, deve-se evitar a exposição ao sol sem proteção (filtro solar e chapéu de aba longa). Além disso, o INCA afirma que o exame rotineiro da boca por um profissional de saúde pode diagnosticar lesões com potencial de malignização.³⁴

A atenção primária, como porta de entrada de todo o sistema de atenção em saúde, aparece como espaço privilegiado das ações de controle dos fatores de risco, diagnóstico precoce e atenção em saúde do paciente oncológico. Entretanto, em muitos casos, inicia-se na atenção primária um fenômeno de sucessivos atrasos, do diagnóstico à referência, que acabam por adiar as possibilidades de

abordagem precoce e consequentemente limitam as chances de sobrevivência dos pacientes.^{10,13,18}

O exame visual da boca para detecção precoce de lesões potencialmente malignas e tumores não sintomáticos é uma estratégia de prevenção secundária intuitiva e atraente, a partir da qual se espera viabilizar o diagnóstico da doença em seus estágios iniciais e, assim, possibilitar um melhor prognóstico por meio da pronta e efetiva intervenção terapêutica.²³

As ações de vigilância e de prevenção secundária podem estar mais afeitas ao especialista ou ao profissional com maior treinamento em Estomatologia, caracterizando esta como uma ação tecnicamente mais condizente com a atenção de média complexidade.¹³

Embora o cirurgião-dentista seja considerado o profissional de saúde mais adequado para realizar o diagnóstico precoce do câncer bucal, pela natureza de sua prática clínica, e entendendo-se haver facilidade no exame visual e tátil da cavidade bucal, poucos profissionais parecem realizar esse exame com atenção necessária à busca por lesões potencialmente malignas.^{13,19} Diversos estudos indicam a necessidade de educação continuada para que o dentista realize o exame clínico com o objetivo de detecção de lesões potencialmente malignas ou malignas.^{35,36,37}

Até o presente tempo, o rastreamento para o câncer de boca e sua detecção precoce é ainda largamente baseado no exame visual da boca. Existem fortes evidências que sugerem que a inspeção visual da mucosa é efetiva na redução de mortalidade para o câncer de boca em indivíduos expostos a fatores de risco. Entretanto, é bastante conhecida a limitação do exame visual simples, devido à sua interpretação subjetiva e por seu

reduzido potencial na diferenciação de áreas com anormalidades benignas e alterações displásicas malignas. Como consequência, técnicas auxiliares têm sido sugeridas para aumentar a habilidade de diferenciação entre essas anormalidades, estas incluem o uso de azul de toluidina, biópsia com escovas, quimioluminescência e autofluorescência tecidual. Porém, há necessidade de que pesquisas sejam realizadas para avaliar a eficácia desses métodos.³⁴ A utilidade do rastreamento na população geral é limitada pela baixa prevalência e incidência da doença, o potencial de diagnóstico falso-positivo e a pobre adesão à triagem e encaminhamento. Não há evidências que o rastreamento da população geral leve à redução na mortalidade ou morbidade para o câncer bucal.²²

Para Alves et al. (2002)³⁶ uma das estratégias mais importantes para auxiliar no diagnóstico do câncer bucal em estágio inicial é o autoexame, que se baseia na identificação de alterações da mucosa bucal que despertem o indivíduo a procurar um cirurgião-dentista.

Nos indivíduos de maior risco (fumantes e consumidores de bebidas alcoólicas) o exame clínico da boca deve ser sistemático e indivíduos com lesões suspeitas devem ser imediatamente encaminhados à consulta especializada em centros de referência para realização dos procedimentos diagnósticos necessários.²⁹

Mesmo tendo a prevenção assumido um papel significativo no modelo de saúde brasileiro, o câncer bucal continua apresentando altos índices de morbidade e mortalidade, tornando-se um problema de saúde pública. Porém a morbimortalidade associada ao câncer bucal pode e deve ser reduzida. Para isso, é imprescindível a promoção de programas de prevenção eficientes. Conjuntamente, faz-se necessário a educação dos pacientes e

da equipe de saúde para a estimulação da redução dos fatores de risco, bem como o reconhecimento de lesões potencialmente malignas, a fim de que se possa estabelecer seu atendimento adequado.³⁵

O treinamento adequado dos cirurgiões-dentistas e médicos envolvidos em programas de prevenção do câncer bucal tem sido uma preocupação constante no Brasil e em outros países como a Inglaterra e Espanha.^{37,38,39} A educação continuada para a equipe de saúde constitui-se em estratégia importante para a prevenção e controle do câncer de boca.¹³

Segundo Antunes, Toporcov e Wünsch-filho (2007)²⁴, sem a garantia da implementação de um rigoroso planejamento das ações, como o adequado treinamento dos cirurgiões-dentistas envolvidos nos programas de rastreamento e câncer bucal com clara definição de um sistema de referência efetivo, com capacidade para atender à demanda encaminhada, e a organização de um sistema de informação eficiente, que permita informar os dados finais de todas as regiões de saúde envolvidas no programa, essas campanhas de rastreamento em câncer oral não passam de iniciativas bem intencionadas, mas ineficazes para reverter o impacto da doença na comunidade.

No Brasil, atualmente, existe uma intencionalidade discursiva que assenta sobre densa série de unanimidades relacionadas ao processo saúde/doença, mas que ainda é inoperante em relação ao câncer da boca. Sabe-se o que essa neoplasia representa, quais as suas consequências para o paciente e como tratá-lo, porém, o saber acerca dessa doença não é difundido para a coletividade e medidas relativamente fáceis de serem tomadas não são seguidas.¹³

Resolutividade das campanhas de prevenção do câncer de boca

A lógica do rastreamento em câncer é identificar casos ainda em fase inicial, para os quais, supostamente, as intervenções terapêuticas podem ser benéficas, tanto em termos de sobrevivência quanto de qualidade de vida.²⁴

Campanhas têm sido instrumentos de políticas públicas de saúde, frequentemente utilizadas no Brasil para esclarecer, motivar ou conseguir o apoio da população e/ou dos profissionais de saúde, em ações consideradas relevantes para a saúde pública. Contudo, a avaliação de campanhas poucas vezes é efetuada, e não se encontra metodologia clara e objetiva para tal fim. Na maior parte das vezes, os resultados de campanhas são expressos apenas em termos de cobertura e/ou população atingida. Nem mesmo os padrões de mudança epidemiológica que por ventura ocorram são conhecidos, embora sejam esperados pelas ações da campanha.⁴⁰

Gupta et al. (1986)⁴¹ realizaram um estudo de intervenção para prevenção primária do câncer de boca em cerca de 36.000 indianos usuários de tabaco. Apesar de encontrarem diferenças regionais nos resultados da pesquisa, puderam observar uma redução na proporção de pessoas que pararam de fumar 5 anos após a abordagem e diminuição da incidência de lesões potencialmente malignas encontradas, o que levou os autores a considerarem que a educação para a cessação do hábito do uso de tabaco pode ser uma possível e efetiva prevenção primária para o câncer bucal.

Programas educacionais visando encorajar a população para a cessação do hábito de fumar são realizados em todo o mundo, e alguns trabalhos têm comprovado a eficácia dessa abordagem de prevenção primária na redução da incidência de lesões potencialmente malignas, como a leucoplasia.⁴²

O estudo da resolutividade dos esforços de rastreamento do câncer

bucal é complexo e envolve múltiplas dimensões. O primeiro e principal objetivo do rastreamento é identificar casos suspeitos e possibilitar a rápida aplicação de recursos laboratoriais visando confirmar ou rejeitar a suspeita diagnóstica. Portanto, a avaliação dessas campanhas deve incluir a verificação quanto ao segmento dos pacientes encaminhados para a realização de procedimentos diagnósticos e tratamento imediato ou, afastada a suspeita de câncer, tratamento adequado das lesões de tecido mole.²⁴

Entretanto, Downer et al.(2006)⁴³, realizaram uma revisão sistemática para avaliar a eficácia do rastreamento para o câncer bucal e pré-câncer, sem, contudo, encontrar evidências a favor ou contra os potenciais benefícios associados a esses programas, assim, puderam concluir que há insuficientes dados avaliáveis para fazer uma determinação inequívoca da eficácia do rastreamento para o câncer bucal.

Ramadas et al.(2003)⁴⁴ realizaram um estudo em grupo randomizado controlado para avaliar a eficácia do rastreio na redução da mortalidade por câncer oral em Trivandrum (Índia). Nesse estudo foram incluídos 344.404 indivíduos no grupo de intervenção e 329.326 no grupo controle. As taxas de mortalidade padronizadas para o câncer bucal foram de 21,2/100.000 pessoas no grupo de intervenção e de 21,3/100.000 pessoas no grupo controle, ou seja, as taxas de mortalidade foram semelhantes nos dois grupos de estudo.

Uma pesquisa de Caso-controle realizada na Índia por Sankaranarayanan et al. (2005)⁴⁴ avaliou o impacto do exame visual da cavidade bucal sobre o câncer oral. Os autores afirmam que esse tipo de rastreamento pode efetivamente reduzir a mortalidade em grupos de alto risco. Ainda, segundo esses autores, em

regiões de alta incidência, mensagens de educação em saúde e informações sobre autoexame devem ser transmitidas através de meios de comunicação em massa. Isso pode estimular pessoas com alto risco ou aqueles que suspeitem terem lesões potencialmente malignas ou câncer bucal a utilizarem os serviços de detecção precoce. Estudo realizado por Csépe et al. (2007)⁴⁵ sobre modelo de campanha de rastreamento de câncer bucal em Roma, ressalta a importância do rastreamento em população de alto risco.

A abordagem de massa através da mídia, objetivando elevar a consciência pública sobre a o conhecimento do câncer bucal, a importância da detecção precoce, bem como encorajar a busca da população pela triagem, parece um método efetivo, embora estudos avaliativos e comparativos desse método em relação a outros métodos mais convencionais, como o rastreamento de massa, sejam sugeridos pelos pesquisadores da área, buscando avaliar a relação custo-eficácia dessas intervenções.⁴⁶

MOREIRA (2008)^{47,48} realizou análise crítica das campanhas de prevenção de câncer de boca no Brasil nos últimos 12 anos e concluiu que pouco se tem conseguido em termos de campanhas de prevenção e diagnóstico precoce em câncer bucal, uma vez que as estimativas apontam aumento do número de novos casos a cada ano. Demonstrando que o foco de prevenção de câncer deve estar voltado para ações de promoção de saúde e controle de fatores de risco como o uso do tabaco e outras drogas.

Martins et al. (2012)⁴⁹, avaliou os resultados de campanha de diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal para a população com 60 anos ou mais desenvolvida no período de 2001 a 2009 no Estado de São Paulo – Brasil, cujo método baseava-se, entre outras ações, no exame bucal dos

pacientes idosos, no estabelecimento de fluxo de referência, capacitação profissional e ampliação do número de serviços dirigidos ao diagnóstico bucal. Concluíram que a campanha trouxe benefícios à saúde bucal da população idosa e que houve redução significativa na taxa de casos confirmados de câncer bucal em cada 100.000 examinados de 20,89 para 11,12 ($P=0,00003$).

Em relação aos custos das campanhas de rastreamento, poucas são avaliadas nesse sentido. Subramanian et al. (2009)⁵⁰ avaliaram a relação custo-efetividade de uma campanha de rastreamento de câncer bucal realizada em Trivandrum (Índia), e concluíram que a abordagem de rastreio por exame visual para o câncer de boca oferecida a população de alto risco é custo-efetiva e pode ser oferecida a um custo razoável em um cenário de recursos limitados.

Em geral, as campanhas não estão estruturadas para responder questões relativas ao seu custo ou à sua efetividade, uma vez que os resultados de curto, médio e longo prazos não estão definidos. Elas provocam uma movimentação momentânea, em determinado patamar, criando "o fato" e uma demanda real, porém não apresentando compromissos com desdobramentos que deveriam ser esperados, mas que não foram sequer planejados para acontecer. E, sem planejamento, também não são construídos indicadores ou apresentadas metas factíveis que permitam o monitoramento das atividades e a posterior avaliação. Campanhas são instrumentos capazes de produzir transformações nas condições de saúde. A pertinência de sua avaliação resulta tanto na compreensão da política de saúde em geral quanto do seu alcance.⁵⁵

CONCLUSÃO

Apesar do vasto conhecimento científico acerca de sua etiopatogenia, características clínicas e epidemiológicas, e avanços tecnológicos no tratamento clínico e cirúrgico do câncer de boca, existe uma dificuldade visível em todo o mundo e principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, em diagnosticar precocemente dessa doença.

Esforços no sentido de organizar o sistema público de forma a realizar prevenção do câncer bucal na esfera da atenção básica, buscando capacitar as equipes de saúde nesse objetivo, e detecção precoce na atenção especializada através da referência de lesões suspeitas a especialistas em Estomatologia, parece-nos uma estratégia promissora, desde que bem planejada.

Ações voltadas para a prevenção e detecção precoce do câncer bucal, parecem se disseminar em todo o mundo, entretanto, sob formatos diferentes, buscando a redução da morbidade e mortalidade associadas a essa doença. Estudos sobre a resolutividade dessas ações demonstram que as ações de prevenção devem se basear principalmente no combate aos fatores etiológicos primários do câncer bucal, fumo, consumo excessivo de álcool e exposição aos raios solares, e que os programas de rastreamento de câncer de boca de base populacional são ineficazes na detecção precoce desses tumores, não alterando a taxa mortalidade associada a essa doença. Parece-nos claro que o exame bucal de pacientes considerados de risco para a doença: homens ou mulheres fumantes, acima dos 40 anos de idade, alcoolistas, ou que se expõe ao sol com frequência, é uma estratégia melhor embasada para o aumento do diagnóstico precoce do câncer bucal.

ABSTRACT

We reviewed the main articles discussing the prevention of oral cancer and efficacy of prevention campaigns and early detection of oral cancer, published from 1986 to 2013. Oral cancer is considered one of the most prevalent tumors of the head and neck, representing a major cause of morbidity and mortality. Although the knowledge about this neoplasm is broad, oral cancer has been diagnosed in advanced stages, where mutilating treatment and physical commitment, psychological and social suffering, seem inevitable. In that context, are inserted prevention campaigns of oral cancer, which are developed under different plans, frequently without a effective concern with resolvability and the real impact they can have on reducing morbidity and mortality from this cancer. The objective of this article is to do an analyze about the essential characteristics for prevention actions and early detection this type of cancer, as well as conduct a review of the evaluating of campaigns and actions to prevent oral cancer in Brazil and other countries, seeking to characterize strategies that enable better results in reducing the social impacts of this neoplasm.

Keywords: oral cancer, prevention, early diagnosis, prevention campaign.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. INCA. Tipos de Câncer. Acesso em 22/04/2013 <http://www2.inca.gov.br>
2. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol* 2009; 45:309-16.
3. Teixeira AK, et al. Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2009; 55(3): 229-236
4. Boyle P, Macfarlane GJ, Scully C. Oral Cancer – necessity for prevention strategies. *The Lancet* 1993; 342: 6.
5. Lissowska J. et al. Smoking, alcohol, diet, dentition and sexual practices in the epidemiology of oral cancer in Poland. *Eur J Cancer Prev* 2003; 12(1):25-33.
6. Franco EL, et al. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case control study. *Int. J. Cancer* 1989; 43: 992 – 1000.
7. Almeida OP, Lopes MA. Prevenção das Doenças Bucais. IN: Kriger L. *Promoção de Saúde Bucal: Paradigma, Ciência, Humanização*. 3 ed. Artes Médicas: São Paulo. 2003. Cap. 21, p. 463 – 473.
8. La Vecchia C, et al. Epidemiology and prevention of oral cancer. *Oral Oncol* 1997; 33: 302 – 312.
9. Conway DI, et al. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Int J Cancer* 2008; 122:2811-9.
10. Borges DML, et al. Mortalidade por cancer de boca e condição sócio econômica no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(2): 321 – 27.
11. Boing F, Antunes JLF. Socioeconomic conditions and head and neck cancer: a systematic literature review. *Cien Saude Coletiva* 2011; 16:615-621.
12. Torres-Pereira CC et al.

- Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad. Saúde Pública* 2012; Rio de Janeiro, 28:S30-S39.
13. Madani AH, et al. Relationship between selected socio-demographic factors and cancer of oral cavity - a case-control study. *Cancer Inform* 2010; 9:163-168.
14. Ramos C, Carvalho JEC, Mangiacavalli MAS. Impacto e (i)mobilização: um estudo sobre campanhas de prevenção ao câncer. *Ciência Saúde Coletiva* 2007; 12(5): 1387-96.
15. World Health Organization-WHO. Cancer. Fact sheet n° 297. July 2008. [página da internet]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/print.html>
16. Horowitz AM. Perform a death-defying act. The 90- second oral cancer examination. *J Am Dent Assoc.*2001; 132 Suppl:36S-40S.
17. Gomez I, et al. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? *Oral Dis* 2010; 16:333-42.
18. Wade J, et al. Conducting oral examinations for cancer in general practice: what are the barriers? *Fam Pract* 2010; 27:77-84.
19. Awojobi O, Scott SE, Newton T. Patients' perceptions of oral cancer screening in dental practice: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* 2012; 12: 55.
20. Carvalho AL, et al. Cancer of the oral cavity: a comparison between institutions in a developing and a developed nation. *Head Neck* 2004; 26(1): 31 – 8.
21. Hawkins Rj, Wang Ee, Leake JI. Preventive health care, 1999 update: prevention of oral cancer mortality. The Canadian Task Force on Preventive Health Care. *J Can Dent Assoc* 1999; 65 (11): 617.
22. Fisher M, Eckhart C. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. 2 ed. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins. 1996.
23. 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.
24. World Health Organization-WHO. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: WHO, 2002. 216 p.
25. Parada R, et al. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. *Rev APS* 2008; 11(2): 199- 206
26. Brasil – INCA. Normas e Recomendações do INCA Prevenção do câncer da boca *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2003, 49(4): 206
27. Reichart PA. Identification of risk groups for oral precancer and cancer and preventive measures. *Clin Oral Investig* 2001;5(4):207-13.
28. Llewellyn CD, et al. An analysis of risk factors for oral cancer in young people: a case-control study. *Oral Oncol* 2004; 40: 304-313.
29. Andisheh-Tadbir A, Mehrabani D, Heydari ST. Sociodemographic and etiological differences of head and neck squamous cell carcinoma in young and old patients in Southern Iran. *J Craniofac Surg* 2010;21:126-128.
30. Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Prevenção e detecção - Câncer de boca. Acesso em 06 de julho de 2010. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=324
31. Messadi DV, Wilder-Smith P, Wolinsky L. Improving oral cancer

- survival: the role of dental providers. *J Calif Dent Assoc* 2009; 37:789-98.
32. Petti S, Scully C. Oral cancer knowledge and awareness: primary and secondary effects of an information leaflet. *Oral Oncol* 2007; 434:408-15.
33. Davis JM, et al. Education of tobacco use prevention and cessation for dental professionals a paradigm shift. *Int Dent J* 2010; 60:60-72.
34. Kujan, O. Evaluation of Screening Strategies for Improving Oral Cancer Mortality: A Cochrane Systematic Review. *Journal of Dental Education*. Volume 69, Number 2. 2005.
35. Moreira SNM. Campanhas de prevenção do câncer de boca realizadas no Brasil: uma análise crítica. Camaragibe, 2008. Monografia de Especialização – Saúde Coletiva. FOP – UPE. 2008.
36. Alves ATN, et al. Diagnóstico precoce e prevenção do câncer oral: um dever do cirurgião-dentista. *Revista Brasileira de Odontologia* 2002; 32 (4): 259-60.
37. Spara L, Spara P, Costa AG. Achados Epidemiológicos de câncer da cavidade oral em hospital de referência avaliados no período de 1980-2003. *Odontologia Clínico-Científica* 2005; 4 (3): 177-183.
38. Seoane-Lestón J, et al. Knowledge on oral cancer and preventive attitudes of Spanish dentists. Primary effects of an educational pilot intervention. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010; 15(3): 422-6.
39. Warnakulasuriya KAAS, Johnson, NW. Dentists and oral cancer prevention in the UK: opinions, attitudes and practices to screening for mucosal lesions and to counselling patients on tobacco and alcohol use: baseline data from 1991. *Oral Diseases* 1999; 5: 10–14.
40. Saraceni V, Leal MC, Hartz ZMA. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2005; 5 (3): 263-73.
41. Gupta PC et al. Intervention study for primary prevention of oral cancer among 36 000 Indian tobacco users. *Lancet* 1986; 31(8492):1235-9.
42. Gupta PC et al. Effect of cessation of tobacco use on the incidence of oral mucosal lesions in a 10-yr follow-up study of 12,212 users. *Oral Dis* 1995; 1(1): 54-8.
43. Downer MC, et al. A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral cancer and precancer. *Oral Oncology* 2006; 42: 551– 60.
44. Sankaranarayanan R, et al. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomized controlled trial. *The Lancet* 2005; 356(9475): 1927-1933.
45. Csépe P, et al. Model program for screening oral cancers in the Roma population. *Magy Onkol.* 2007;51(2):95-101.
46. Eadie D, et al. Development and evaluation of an early detection intervention for mouth cancer using a mass media approach. *British Journal of Cancer* 2009; 101: S73 – S79
47. Ismail AI, Jedele JM, Lim S, Tellez M.A marketing campaign to promote screening for oral cancer. *J Am Dent Assoc.* 2012 Sep;143(9):e57-66.
48. Logan HL, Shepperd JA, Pomery E, Guo Y, Muller KE, Dodd VJ, Increasing Screening Intentions for Oral and Pharyngeal Cancer . *Ann Behav Med.* 2013; Mar 12. [Epub ahead of print].
49. Martins, JS et al. Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2012; 31(3): 246-252.
50. Subramanian S, et al. Cost-effectiveness of oral cancer screening: results from a cluster randomized controlled trial in India. *Bull World*

Jerlucia C. das N. Melo, Paulo Sávio A. de Góes,
Felipe Leonardo de M. A. Fonseca

Health Organ 2009; 87: 200–06.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA:

Felipe Leonardo de Melo Almeida Fonseca

Rua Artur Coutinho, 143 Santo Amaro – Recife PE, Telefone para contato: (081) 991340952,

Email: felipeleonardodemelo@gmail.com