

Ramaica Ferreira da Silva

Diagnóstico de Câncer Bucal na Atenção Básica: Relato  
de Caso

Brasília  
2015



Ramaica Ferreira da Silva

Diagnóstico de Câncer Bucal na Atenção Básica: Relato  
de Caso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Tadeu de Souza Figueiredo

Brasília  
2015



À minha família, amigos e todos os professores que me  
acompanharam nessa jornada.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois, sem ele, não teria forças para completar essa jornada. Agradeço também aos meus pais, por sempre terem priorizado os meus estudos. Essa graduação é apenas o primeiro passo de intensa garra e dedicação. Pai e Mãe muito obrigada por acreditarem e investirem em mim durante toda a minha vida.

Aos meus tios Hélio e Socorro por terem me acolhido durante esses 5 anos em sua casa. Obrigada por todo o conforto e amor, serei eternamente grata a vocês. A todos os meus familiares que sempre me estimularam a ser cada dia uma pessoa melhor.

Ao professor Paulo Tadeu pela paciência na orientação e incentivo como profissional. A todos os professores do curso de Odontologia, pela suma importância na minha vida profissional e pessoal.

À cirurgiã dentista Danielle, que disponibilizou o seu tempo me enviando o material para a realização desse trabalho.

Aos grandes amigos, que tive o prazer de conhecer, durante a graduação. A convivência diária com vocês, risadas, chateações, piadas e conversas. Tudo isso valeu a pena e foi muito mais divertido e alegre com vocês.

Aos que sempre me apoiaram, criticaram e incentivaram a ser cada dia melhor, os meus sinceros agradecimentos. Valeu a pena toda distância, saudade, e renúncias. Amo vocês!



## EPÍGRAFE

“Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito para ser insignificante.”.

Augusto Branco.



## RESUMO

SILVA, RF. Diagnóstico de Câncer Bucal na Atenção Básica: Relato de Caso. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

**Introdução:** O Carcinoma de Células Escamosas ou Espinocelular (CEC) é uma neoplasia maligna bucal que acomete na maioria das vezes homens, com idade superior a 50 anos com hábitos de vida deletérios em suas rotinas, como o consumo de álcool e tabaco.

**Objetivo:** O objetivo deste trabalho é demonstrar como uma equipe multidisciplinar é capaz de detectar a malignidade da lesão e referenciar de forma precisa e rápida, aumentando as chances de cura e a melhora no prognóstico.

**Relato do Caso:** Relatou-se um caso de CEC em um paciente do sexo masculino, com 71 anos de idade, etilista e tabagista. Ele procurou a Unidade Básica de Saúde sobre a queixa, por mais de seis meses, de lesão não cicatrizável. Foi encaminhado para o CACON (Centro de Alta Complexidade em Oncologia) para a realização de biópsia. Após o resultado da biópsia, o paciente foi encaminhado ao tratamento médico para iniciar radioterapia e quimioterapia.

**Discussão e Considerações Finais:** A maioria dos pacientes com câncer de boca somente é diagnosticada em estágio avançado. Este fato se deve à dificuldade em informar aos pacientes os fatores de risco, a falta de agilidade na busca de atendimento especializado e de menor envolvimento profissional no diagnóstico precoce.



## ABSTRACT

SILVA, RF. Oral Cancer Diagnosis in Primary Health Care: Case Report. 2015. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

**Introduction:** Oral Squamous Cell Carcinoma or Squamous is a malignant neoplasm that affects mostly men over the age of 50 years old with unhealthy habits into their routines, like alcohol use and smoking.

**Objective:** The objective of this study is to demonstrate how a multidisciplinary team is able to detect the malignancy of the lesion and refer the patient accurately and quickly, increasing the chances of cure and improving the prognosis.

**Case Report:** It was reported a case of a male, 71-year-old patient, alcoholic and smoker diagnosed with Squamous Cell Carcinoma. He sought the primary care assistance with a complaint of a non-healing lesion, present for more than 6 months. The patient was referred to the CACON (High Complexity Oncology Center) for biopsy and then to start radiation therapy and chemotherapy.

**Discussion and Final Considerations:** The majority of patients with oral cancer are only diagnosed at an advanced stage. This is due to the difficulty to inform patients about risk factors, lack of agility in the search for specialized care and less professional involvement in early diagnosis.



## SUMÁRIO

Artigo Científico .....	17
Folha de Título .....	19
Resumo .....	21
Abstract .....	23
Introdução.....	25
Relato do Caso .....	27
Discussão .....	29
Considerações finais .....	32
Referências .....	33
Anexos .....	
Normas da Revista .....	37



## ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

SILVA, RF; FIGUEIREDO, PTS; COUTINHO, DS.

Diagnóstico de Câncer Bucal na Atenção Básica: Relato de Caso.

**Apresentado sob as normas de publicação da Revista Cadernos de Saúde Pública.**



## FOLHA DE TÍTULO

Diagnóstico de Câncer Bucal na Atenção Básica: Relato de Caso

Oral Cancer Diagnosis in Primary Health Care: Case Report

Ramaica Ferreira da Silva<sup>1</sup>

Paulo Tadeu de Souza Figueiredo<sup>2</sup>

Danielle Silva Coutinho<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

<sup>2</sup> Professor Adjunto de Radiologia da Universidade de Brasília (UnB).

<sup>3</sup> Cirurgiã Dentista da Secretária de Saúde - DF.

Correspondência: Prof. Dr. Paulo Tadeu de Souza Figueiredo  
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: paulofigueiredo@unb.br / Telefone: (61) 31071849



## RESUMO

### Diagnóstico de Câncer Bucal na Atenção Básica: Relato de Caso

**Introdução:** O Carcinoma de Células Escamosas ou Espinocelular (CEC) é uma neoplasia maligna bucal que acomete na maioria das vezes homens, com idade superior a 50 anos com hábitos de vida deletérios em suas rotinas, como o consumo de álcool e tabaco.

**Objetivo:** O objetivo deste trabalho é demonstrar como uma equipe multidisciplinar é capaz de detectar a malignidade da lesão e referenciar de forma precisa e rápida, aumentando as chances de cura e a melhora no prognóstico.

**Relato do Caso:** Relatou-se um caso de CEC em um paciente do sexo masculino, com 71 anos de idade, etilista e tabagista. Ele procurou a Unidade Básica de Saúde sobre a queixa, por mais de seis meses, de lesão não cicatrizável. Foi encaminhado para o CACON (Centro de Alta Complexidade em Oncologia) para a realização de biópsia. Após o resultado da biópsia, o paciente foi encaminhado ao tratamento médico para iniciar radioterapia e quimioterapia.

**Conclusão:** A maioria dos pacientes com câncer de boca somente é diagnosticada em estágio avançado. Este fato se deve à dificuldade em informar aos pacientes os fatores de risco, a falta de agilidade na busca de atendimento especializado e de menor envolvimento profissional no diagnóstico precoce.

### Palavras-chave

Câncer Oral; Diagnostico Precoce; Atenção Básica.

### Relevância Clínica

O Câncer Oral possui um melhor prognóstico quando diagnosticado precocemente. A Atenção Básica é uma facilitadora do acesso do paciente ao serviço de saúde. Inicia-se

na atenção primária um fenômeno de sucessivos atrasos, do diagnóstico à referência, possibilitando o adiamento de abordagem precoce e conseqüentemente limitando as chances de sobrevivência dos pacientes.

## ABSTRACT

### Oral Cancer Diagnosis in Primary Health Care: Case Report.

**Introduction:** Oral Squamous Cell Carcinoma or Squamous is a malignant neoplasm that affects mostly men over the age of 50 years old with unhealthy habits into their routines, like alcohol use and smoking.

**Objective:** The objective of this study is to demonstrate how a multidisciplinary team is able to detect the malignancy of the lesion and refer the patient accurately and quickly, increasing the chances of cure and improving the prognosis.

**Case Report:** It was reported a case of a male, 71-year-old patient, alcoholic and smoker diagnosed with Squamous Cell Carcinoma. He sought the primary care assistance with a complaint of a non-healing lesion, present for more than 6 months. The patient was referred to the CACON (High Complexity Oncology Center) for biopsy and then to start radiation therapy and chemotherapy.

**Discussion and Final Considerations:** The majority of patients with oral cancer are only diagnosed at an advanced stage. This is due to the difficulty to inform patients about risk factors, lack of agility in the search for specialized care and less professional involvement in early diagnosis.

### Keywords

Oral Cancer; Early Diagnosis; Primary Health Care.



## INTRODUÇÃO

O câncer é uma das causas mais comuns de morbidade e mortalidade hoje<sup>1</sup>. O câncer é o resultado de mutações no DNA que surgem espontaneamente e a partir da ação de vários agentes mutagênicos. Uma sequência de mudanças genéticas leva eventualmente a perda do controle do crescimento e autonomia celular<sup>2,4</sup>. O diagnóstico de câncer é cada vez mais auxiliado por detecção de alterações celulares e moleculares<sup>2</sup>.

A etiologia do câncer é multifatorial, ou seja, resulta da interação de vários fatores, os quais, em maior ou menor extensão, aumentam a probabilidade de o indivíduo vir a ter a doença. A esses fatores denominamos de fatores de risco<sup>3,4,5</sup>. O aumento à exposição de agentes carcinogênicos, o excesso de consumo de álcool e o uso de tabaco, são fatores que atuam separadamente e de forma sinérgica<sup>2</sup>. Juntos apresentam ação simultânea sobre o organismo e sua relação com o câncer de boca é dose dependente, sendo maior o risco quanto maior for o número de doses de bebidas e cigarros consumidos<sup>6</sup>.

O carcinoma de células escamosas / espinocelular (CEC) representa a neoplasia maligna bucal mais comum, a qual acomete preferencialmente homens acima de 50 anos<sup>3</sup>. Os principais fatores de risco para o câncer da cavidade oral são: tabagismo, etilismo, infecções por HPV, principalmente pelo tipo 16, e exposição à radiação UVA solar (câncer de lábio). Contudo, entre tais fatores, destacam-se o tabagismo e o etilismo<sup>7</sup>. Muitas vezes os hábitos de vida possuem a maior relevância na predisposição para o câncer, mas em alguns casos de câncer, fatores ambientais e genéticos também podem desempenhar um papel em diferentes graus<sup>1,2</sup>.

Como o câncer bucal possui um comportamento agressivo, com metástase cervical precoce, um dos fatores determinantes de um melhor prognóstico é a atuação rápida dos profissionais de saúde no diagnóstico, encaminhamento e início do tratamento. No Brasil, a prevenção primária do câncer de boca consiste fundamentalmente em programas e medidas de combate ao

consumo de tabaco e álcool, num esforço integrado de promoção da saúde que visa à redução de vários outros agravos<sup>8</sup>.

O exame visual da boca para detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores não sintomáticos é uma estratégia de prevenção secundária intuitiva e eficiente, 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<sup>8</sup>. No entanto, não há dúvida de que a prevenção é o aspecto mais importante, particularmente a educação do paciente e a redução de hábitos de risco de vida e fatores ambientais<sup>4</sup>.

O principal sintoma câncer oral é o aparecimento de feridas na boca que não cicatrizam em uma semana. Outros sintomas são ulcerações superficiais, com menos de 2 cm de diâmetro, indolores (podendo sangrar ou não) e manchas esbranquiçadas ou avermelhadas nos lábios ou na mucosa bucal<sup>7</sup>. No estágio avançado são sinais de câncer de boca dificuldade para falar, mastigar e engolir, além de emagrecimento acentuado, dor e presença de linfadenomegalia cervical.

O presente trabalho relata um caso diagnosticado em um Projeto de Extensão (PET), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) em Câncer Bucal. É um programa governamental que tem como objetivo a reorientação da formação profissional assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica.

No edital 2012/2013 lançado pela Universidade de Brasília (UnB) em associação ao Ministério da Saúde as atividades foram desenvolvidas por tutores (professores da UnB), preceptores (servidores da atenção básica do governo do Distrito Federal) e alunos de graduação de diferentes curso de saúde da UnB. O objetivo do projeto de extensão é o fortalecimento da interação entre ensino-serviço-comunidade, por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência.

## RELATO DO CASO

Relata-se paciente do sexo masculino, melanoderma, com 71 anos de idade, lavrador, examinado por um cirurgião dentista, preceptor participante do PET Pró-Saúde Câncer Bucal, que atuava no Centro de Saúde do Itapõa - DF e o encaminhou ao centro de serviço de Odontologia – Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) - Hospital Universitário de Brasília (HuB).

Durante a anamnese o paciente relatou ser tabagista e etilista há mais de 40 anos. Ao exame clínico da cavidade bucal foi detectada uma lesão vegetativa, infiltrada, exóftica, ulcerada de bordos endurecidos e leito necrótico, de aproximadamente 5 cm na sua maior extensão, localizada em assoalho de boca.



Figura 1. Aspecto clínico da lesão em assoalho bucal.

Não foi notado enfartamento ganglionar sublingual, submandibular e cervical significativo. Frente às informações descritas durante o exame clínico chegou-se à hipótese diagnóstica de Carcinoma de Células Escamosas / Espinocelular.

Foi realizada biópsia incisional, macroscopicamente vários fragmentos de tecido de forma irregular, pardacentos e elásticos, medindo em conjunto 1,3 x 1,0 cm.

**MACROSCOPIA:**

Vários fragmentos de tecido de forma irregular, pardacentos e elásticos, medindo em conjunto 1,3x1,0cm.

**MICROSCOPIA:**

O exame histológico revela fragmento de mucosa bucal apresentando neoplasia infiltrante, disposta em blocos irregulares, constituídos por células escamosas, com citoplasmas amplos e eosinofílicos. Os núcleos são atípicos e pleomórficos, com nucléolos por vezes evidentes. Notam-se figuras de mitose.

**CONCLUSÃO:**

Lesão de boca (biópsia incisional):

**CARCINOMA EPIDERMÓIDE (ESPINOCELULAR)**

Figura 2. Imagem com o resultado da biópsia.

O resultado da análise microscópica foi carcinoma de células escamosas / espinocelular moderadamente diferenciado, clinicamente T4N0M0, estágio clínico IVA. Frente a este resultado, o paciente foi encaminhado para o CACON - HuB a fim de realizar tratamento quimioterápico e radioterápico da lesão.

## DISCUSSÃO

A questão da diminuição do atraso no diagnóstico e no tratamento do câncer é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade deste, já que sua ocorrência é importante na disseminação da doença, podendo levar à necessidade de abordagens terapêuticas mais radicais<sup>9</sup>. Contudo, um número considerável de pacientes é diagnosticado quando a doença já se encontra em estágios avançados. Sabe-se que o atraso pode ser gerado por questões inerentes aos profissionais ou pacientes<sup>9</sup>. A duração do atraso do paciente varia na literatura desde menos de 1 mês até mais de 7 anos<sup>11,13</sup>. O atraso de diagnóstico é definido como o período desde o aparecimento de sintomas até o diagnóstico final<sup>10, 11</sup>.

A literatura sugere a implementação de programas de rastreamento e/ou de prevenção de cunho regional ou nacional, programas de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde em geral e da categoria e realização de exames clínicos periódicos incluindo a avaliação da mucosa bucal como medidas necessárias para reduzir o atraso no diagnóstico<sup>9</sup>. Reforça-se, portanto, a necessidade de realização de exame clínico minucioso para todos os pacientes e aconselhamento específico para aqueles que relatarem características comuns ao perfil de risco para o câncer bucal<sup>14,15</sup>.

A priorização da Saúde Bucal na atual gestão do Ministério da Saúde materializou o “BRASIL SORRIDENTE”, que tem promovido a ampliação do acesso aos serviços de Atenção Básica em Saúde Bucal, principalmente por meio das equipes de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família, e de Atenção Especializada em Saúde Bucal, especialmente através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), pautando-se pela busca da efetivação da integralidade na atenção à saúde<sup>16,17,18</sup>.

Em função da alta incidência do câncer bucal no Brasil e dos baixos índices de sobrevivência, o que demonstra a agressividade desta patologia, há necessidade, cada vez maior, de que o profissional das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da

Família esteja capacitado para diagnosticar precocemente lesões suspeitas de câncer oral e dar continuidade ao cuidado. Dar meios e ferramentas para que os dentistas generalistas possam atender esse usuário do sistema de saúde com maior resolutividade possível fortalece a importância com que o usuário enxerga a atenção primária, dá agilidade no diagnóstico precoce e minimiza o sofrimento em caso de confirmação do diagnóstico<sup>21</sup>.

O cirurgião-dentista tem um papel muito claro em relação à prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca. Ele é o profissional que tem acesso privilegiado à cavidade bucal e, como todo profissional de saúde, apresenta formação acadêmica que permite atuar na educação em saúde. Essas duas características colocam-no como um dos principais responsáveis para atuar diretamente na construção de melhores condições de saúde bucal e geral da população. Para tanto, é preciso que ele tenha e aplique os conhecimentos referentes à área<sup>22</sup>.

Esses conhecimentos devem ser constantemente trabalhados para que ele possa realmente ser um profissional que contribua com a sociedade na prevenção do câncer. Não tendo os conhecimentos necessários ou não tendo condições de aplicá-los, é necessário um trabalho que permita que esse profissional possa redirecionar seus esforços a fim de colaborar com a criação de um quadro favorável em relação à prevenção e diagnóstico precoce de câncer de boca<sup>22</sup>.

A partir de uma ferramenta de referência adequadamente preenchida é possível munir o profissional a seguir na cadeia dos níveis de atenção de informações contextualizadas e essenciais para o desfecho diagnóstico. A outra via, a contra referência, desempenha da mesma forma o elo de comunicação que possibilitará a continuidade do cuidado e a determinação de condutas frente à entidade patológica diagnosticada<sup>15</sup>.

O diagnóstico rápido e preciso realizado por um profissional na comunidade facilita a detecção precoce e a contra referência ao centro de especialidade aumenta significativamente o início do tratamento e a diminuição de mortalidade da doença. O paciente submetido ao tratamento oncológico deve continuar em

tratamento odontológico. É necessário o acompanhamento frequente ao cirurgião-dentista na fase pré, trans e pós-tratamento de forma integrada e humanizada.

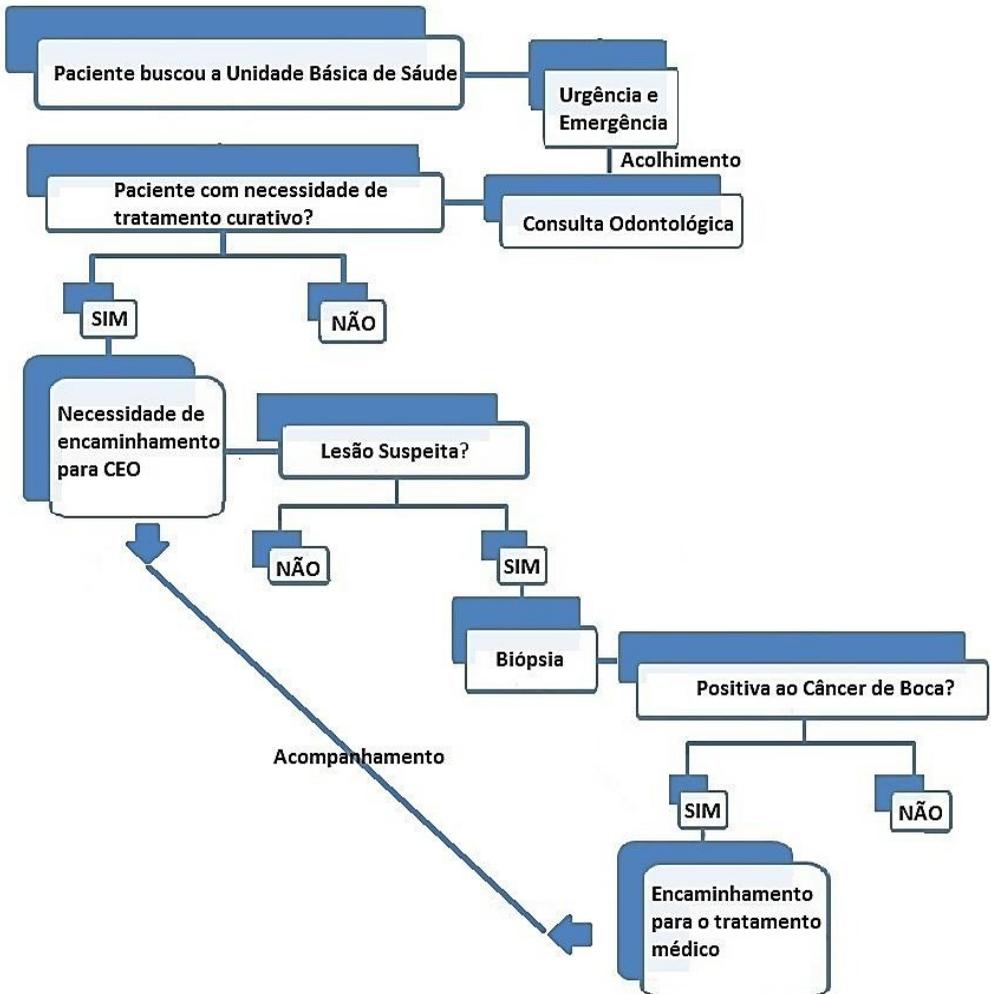


Figura 3. Fluxograma ilustrando o atendimento do paciente e encaminhamento em diferentes níveis da atenção básica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos pacientes com câncer de boca só é diagnosticado em estágio avançado, o caso relatado foi diagnosticado em estágio avançado, apesar de o diagnóstico do atendimento inicial ao final ter sido preciso e rápido. Com o advento da tecnologia e a facilidade aos meios de comunicação é mais fácil a troca de informações entre o profissional e o centro de referência.

O cirurgião dentista após a capacitação durante o Projeto PET Pró-Saúde Câncer Bucal teve a percepção da importância do diagnóstico precoce e sua referência e contra-referência aos níveis de atenção básica, esse elo de comunicação entre o ensino e serviço se estendeu através de um simples aplicativo para troca de mensagens.

O diagnóstico precoce enfrenta a dificuldade em informar aos pacientes quanto aos fatores de risco, de agilidade na busca de atendimento especializado e de maior envolvimento profissional no diagnóstico precoce. É preocupante o número de casos com diagnóstico tardio e a dificuldade de acesso ao tratamento. Existe uma dificuldade em encontrar e oferecer o serviço de saúde ao paciente que tem como hábito o uso frequente de agente carcinógenos.

## Referências

1. Petersen PE, Oral cancer prevention and control – The approach of the World ..., *Oral Oncol* (2008), doi:10.1016/j.oraloncology.2008.05.023.
2. Crispian Scully, Oral cancer aetiopathogenesis; past, present and future aspects. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011 May 1;16 (3):e306-11.
3. Sassi LM, Oliveira BV, Pedruzzi PAG, Ramo GHA, Stramandinoli RT, Gugelmin G et al, Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010 Mar;7(1):105-9.
4. Scully et al, Oral cancer: Current and future diagnostic techniques. *American Journal of Dentistry*, Vol. 21, No. 4, August, 2008.
5. Chitapanarux I, Lorvidhaya V, Sittitrai P, Pattarasakulchai E, Tharavichitkul E, Sriuthaisirivong P et al, Oral cavity cancers at a young age: analysis of patient, tumor and treatment characteristics in Chiang Mai University Hospital. *Oral Oncology*. 2006;42(1):83-8.
6. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Prevenção e controle do câncer: normas e recomendações do INCA. *Rev Bras Cancerol* 2002;48(3):317-32.
7. Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço – Rotinas Internas do INCA. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca/tratamento\\_profissional](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca/tratamento_profissional) Acesso em: 11 de novembro de 2014.
8. 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.
9. Onizawa K, Nishihara K, Yamagata K, Yusa H, Yanagawa T, Yoshida H. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 2005 jan; 39(8):781-789.

10. . Mcleod NM, Saeed NR, Ali EA. Oral cancer: delays in referral and diagnosis persist. *Br Dent J* 2005; 198(11):681-684.
11. Sargeran K, Murtooma H, Safavic SMR, Teronen O. Delayed Diagnosis of Oral Cancer in Iran: Challenge for Prevention. *Oral Health Prev Dent* 2009; 7(1):69-76.
12. Gao W, Guo CB. Factors Related to Delay in Diagnosis of Oral Squamous Cell Carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67(5):1015-1020.
13. Santos LC, Batista Ode M, Cangussu MC. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. *Braz J Otorhinolaryngol* 2010; 76(4):416-422.
14. Otoh EC, Johnson NW, Olasoji HO, Danfillo IS, Adeleke OA. Intra-oral carcinomas in Maiduguri, north-eastern Nigeria. *Oral Dis* 2005; 11(6):379-385.
15. 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 coletiva* vol.19 n°4 Rio de Janeiro Apr. 2014
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Falando sobre câncer da boca. Rio de Janeiro: INCA; 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/publicacoes.htm> Acesso em: 11 de novembro de 2014.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il. – Cadernos de Atenção Básica, n. 17 (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 128 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

19. Petti S. Lifestyle risk factors for oral cancer, *Oral oncol.* 2009 Apr-May 45(4-5):340-50. doi: 10.1016/j.oraloncology.2008.05.018
20. Torres CP. Oral cancer public policies: Is there any evidence of impact? *Braz Oral Res* 2010; 24 Spec Iss 1:37-42.
21. Júnior, SC; Serra CGC. Diagnóstico e Continuidade do Cuidado do Câncer Bucal em pacientes acompanhados pelas Equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família: a experiência do município de Resende, no Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos UniFOA*. Volta Redonda, Ano VI, n. 15, abril 2011.
22. Ramos APS; Emmerich AO. O princípio da integralidade e o diagnóstico de câncer de boca. *UFES Rev. Odontol.*, Vitória, v.9, n.1, p.41-48, jan./abr. 2007



## ANEXOS

## NORMAS DA REVISTA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEQUENTES SEÇÕES:

**1.1 - Artigo:** resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na [epidemiologia](#) e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#);

**1.2 - Revisão:** Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. ([leia mais](#));

**1.3 - Ensaio:** texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

**1.4 - Comunicação Breve:** relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

**1.5 - Debate:** análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários

críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.6 - Seção temática:** seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

**1.7 - Perspectivas:** análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

**1.8 - Questões Metodológicas:** artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

**1.9 - Resenhas:** resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

**1.10 - Cartas:** crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

## 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

**2.1** - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em

outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

**2.2** - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

**2.3** - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

**2.4** - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

**2.5** - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

### **3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS**

**.1** - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

**3.2** - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

**3.3**- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)

- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

- **FONTES DE FINANCIAMENTO**

**4.1** - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

**4.2** - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

**4.3** - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

- **CONFLITO DE INTERESSES**

**5.1** - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

- **COLABORADORES**

**6.1** - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

**6.2** - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3.

Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

- **AGRADECIMENTOS**

**7.1** - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

- **REFERÊNCIAS**

8.

**8.1** - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva <sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ([Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#)).

**8.2** - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

**8.3** - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. NOMENCLATURA

**9.1** - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

**10.1** - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

**10.2** - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

**10.3** - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

**10.4** - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

**10.5** - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## 11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

**11.1** - Os artigos devem ser submetidos

eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

**11.2** - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

**11.3** - Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

**11.4** - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## 12. ENVIO DO ARTIGO

**12.1** - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

**12.2** - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

**12.3** - Na segunda etapa são inseridos os dados

referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

**12.4** - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

**12.5** - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

**12.6** - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde [BVS](#).

**12.7** - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.100 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

**12.8** - *Agradecimentos*. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

**12.9** - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

**12.10** - Na quarta etapa é feita a transferência do

arquivo com o corpo do texto e as referências.

**12.11** - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

**12.12** - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

**12.13** - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.14** - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

**12.15** - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.16** - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

**12.17** - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

**12.18** - *Tabelas*. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open

Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.19** - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

**12.20** - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

**12.21** - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.22** - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

**12.23** - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.24** - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.25** - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

**12.26** - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

**12.27** - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

**12.28** - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### **13.ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO**

**13.1** - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

**13.2** - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### **14.ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO**

**14.1** - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova

versão".

## **15.PROVA DE PRELO**

**15.1** - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

**15.2** - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ( [cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.