

## Avaliação do projeto asa branca contra o câncer de boca. Dados quantitativos

*Evaluation of the asa branca project against oral cancer. Quantitative data*

Eduardo Sérgio Donato Duarte Filho<sup>1</sup>  
Uoston Holder da Silva<sup>2</sup>

### RESUMO

A cada ano no mundo, cresce o número de novos casos de câncer bucal, provavelmente pela quantidade e acúmulo de carcinógenos aos quais a humanidade foi e ainda é exposta, assim como pela insuficiência de uma maior divulgação acerca de ações preventivas. O "Projeto Asa Branca", criado em 2001, surge como mais uma ferramenta no combate e na prevenção desta doença. Objetiva-se analisar, desde 2001 até 2008, o quantitativo de pacientes e municípios contemplados pelo "Projeto Asa Branca de Prevenção e Combate ao Câncer Bucal". Estudo tipo corte transversal, descritivo e exploratório, foi realizado mediante observação de dados, absolutos e relativos, referentes ao Projeto, no Centro Especializado em Anatomia Patológica Oral da Faculdade de Odontologia de Caruaru. O Projeto Asa Branca ajudou até 2008 mais de 110 mil indivíduos, realizando exames bucais, prevenindo e tratando lesões cancerizáveis (em 40 municípios de Pernambuco e Paraíba). Os mais de 21 mil pacientes diagnosticados com lesões cancerizáveis e malignas – dentre estes, 98 com carcinoma de células escamosas – justificam a imensa relevância do Projeto como mais uma ferramenta importante no combate e prevenção do câncer de boca.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal; Neoplasias Bucais; Epidemiologia

### ABSTRACT

Each year, in the whole world, the number of new cases of oral cancer grows, probably by the amount and accumulation of carcinogens which the humanity was and still is displayed, as well for the insufficiency of a bigger spreading concerning preventive actions. The "Asa Branca Project", created in 2001, appears as another tool in the combat and the prevention of this illness. The objective is to analyze, from 2001 to 2008, the number of patients and municipalities covered by "Asa Branca Project on Prevention and Combat to the Oral Cancer". The study of transversal type, descriptive and exploratory, was done throughout data observation, absolute and relative, referring to the Project, in the Specialized Center in Oral Pathological Anatomy, of Caruaru Dental School. Asa Branca Project helped until 2008 more than 110 thousand people, making oral examinations, preventing and treating pre-cancerous injuries (in 40 cities of Pernambuco and Paraíba). More than 21 thousand patients were diagnosed with pre-cancerous and malignant injuries – among these, 98 with squamous cell carcinoma – justify the enormous relevance of the Project as one more important tool on combating and prevention of the oral cancer.

**Keywords:** Oral Health; Mouth Neoplasms; Epidemiology

- 1 - Mestrando em Odontologia pela Universidade Potiguar-UnP.  
2 - Doutorando em Odontologia pela Universidade Cruzeiro do Sul-UNICSUL

### Correspondência:

Eduardo Sérgio Donato Duarte Filho  
Avenida Dr. Pedro Jordão, nº293, ap.702  
– Bairro Maurício de Nassau – Caruaru-PE  
– CEP 55012-640. Telefone: (81) 9999-7960 – Email:  
eduardosergio84@gmail.com

### INTRODUÇÃO

As dificuldades encontradas por parte dos estudantes de odontologia da Faculdade de Odontologia de Caruaru (FOC) quanto a um adequado aprendizado das disciplinas de Estomatologia e Patologia Bucal, levaram, em 2001, à idéia de realizar um programa de extensão de saúde bucal, no qual os acadêmicos aplicassem aquilo que estudavam na teoria ao examinar uma "população-alvo". O Alto do Moura, um povoado do município de Caruaru (PE), foi o

primeiro local a ser visitado, atendendo-se 778 pessoas através de uma campanha extra-muro com estudantes e professores. Aquela era a primeira "campanha", das muitas já realizadas, do agora renomado "Projeto Asa Branca – Programa de Prevenção e Combate ao Câncer Bucal", reconhecido pelo Ministério da Saúde.

O projeto (que atende integralmente às Diretrizes Curriculares Nacionais) tem como objetivos: promover a prevenção ao câncer bucal, realizando atendimentos a pacientes com lesões cancerizáveis e/ou malignas;

servir de instrumento para pesquisas; qualificar profissionalmente os alunos de graduação e pós-graduação no diagnóstico e tratamento do câncer de boca<sup>1</sup>; apesar dos processos proliferativos não-neoplásicos serem as lesões biopsiadas mais frequentemente, este projeto é de extrema importância, pois abrange áreas carentes de serviços especializados e repletas de peculiaridades regionais e culturais, possibilitando a detecção de lesões cancerizáveis e evitando suas evoluções à malignidade<sup>2</sup>.

Fornecem suporte estrutural ao Asa Branca: a "Clínica Asa Branca" (nas dependências da FOC), desde 2005<sup>3</sup> e os "Centros de Referência Asa Branca" (em localidades dos Sertões pernambucano – 2006 – e paraibano – 2008 – , bem como em uma cidade do Litoral Sul de Pernambuco – 2007).

Aqueles que participam deste Projeto sabem de sua importância na luta contra o câncer bucal, pois, se não for detectado e tratado precocemente, o câncer de boca apresenta altos índices de morbidade e mortalidade, bem como causa um impacto enorme na qualidade de vida do acometido, como a alteração frequente de sua aparência, capacidade de comunicação, alimentação e aceitação pela sociedade<sup>4</sup>.

Dentro deste contexto, o presente estudo objetiva verificar, a cada ano, desde 2001 até 2008, a quantidade de pacientes e municípios contemplados pelo Projeto Asa Branca, analisando índices de lesões cancerizáveis e/ou malignas diagnosticadas.

## MÉTODOS

Este trabalho, tipo descritivo e analítico (coorte), foi realizado mediante levantamento dos dados referentes às ações desenvolvidas no "Projeto Asa Branca de Prevenção e Combate ao Câncer Bucal", desde a execução de sua primeira campanha no ano de 2001 até 2008, incluindo os dados colhidos no CRABS, CRABS-PB e CRABLISUL (Centros de Referência Asa Branca no Sertão, Asa Branca no Sertão-Paraíba e Asa Branca do Litoral Sul, respectivamente). Todas estas informações foram abordadas por intermédio de vistas aos arquivos referentes ao Projeto, os quais se encontram na Coordenação do Projeto e no Centro Especializado em Anatomia Patológica Oral (CEAPO) da FOC.

Estes dados coletados são relativos à: quantidade total de pacientes examinados e daqueles que apresentaram lesões cancerizáveis e/ou malignas (em campanhas, no CRABS, CRABS-PB e CRABLISUL), bem como a porcentagem destas lesões em relação ao número total de examinados; quantidade de campanhas realizadas e de municípios atendidos pelo Projeto; relação da taxa de prevalência de lesões cancerizáveis e/ou malignas dos municípios participantes com a mesorregião a qual pertencem (Litoral, Zona da Mata, Agreste e Sertão); quantidade e natureza das biópsias realizadas na Clínica Asa Branca.

Menciona-se que os dados coletados a partir de novembro de 2007, incluíram indivíduos sem restrição de idade, desde a campanha realizada em Cumaru (PE), em novembro de 2007, quando iniciou-se o "Programa de Prevenção e Combate ao Câncer de Boca Infantil"; anteriormente, indivíduos com idade inferior a 12 anos não eram examinados nas campanhas.

Alterações de coloração e/ou consistência, aumento de volume, dor ou sangramento, presente na região oral do paciente examinado, com um histórico superior a quinze dias de presença, fora passíveis de inclusão na condição de lesão com potencial de malignização ou mesmo malignas (excluindo-se destas condições, àquelas manifestações sabidamente diagnosticadas como oriundas de alterações "normais" do desenvolvimento, como "língua pilosa", "varicosidades", "microglossia", dentre outras). As lesões consideradas cancerizáveis eram basicamente classificadas em quatro grupos: lesões vermelhas, brancas, negras e normocoradas com algum sinal digno de atenção.

O "universo" principal desta pesquisa encontra-se na realização das campanhas. A citação a seguir explica bem como funciona uma campanha do Asa Branca: "pessoas do agreste pernambucano passam a ser examinadas em seus municípios, tanto na área rural, quanto na urbana, em suas residências e em um posto provisório instalado no centro do município visitado"<sup>3</sup> – na verdade, hoje o Projeto atua no Sertão, Zona da Mata e Litoral Sul pernambucanos, além do Sertão da Paraíba.

Desde a "campanha-prima" no Alto do Moura até a campanha realizada no *Lions Clube de Caruaru* em novembro de 2008, ocorreram 58 campanhas pelo Projeto Asa Branca: 1 (2001), 1 (2002), 3 (2003), 6

(2004), 9 (2005), 12 (2006), 13 (2007) e 13 (2008), chegando a 39 urbes do interior pernambucano (alguns destes receberam mais de uma campanha) e a um município paraibano. O Agreste é a mesorregião do estado com a maior quantidade de urbes favorecidas pelo Asa Branca: 22.

Além das campanhas, um Centro Especializado no Combate ao Câncer de Boca denominado "Clínica Asa Branca", também foi fonte de pesquisa; tal Centro, atende à população que busca auxílio na detecção e tratamento de lesões cancerizáveis, assim como da malignidade confirmada<sup>3</sup>; além do atendimento clínico em caso de lesão suspeita, são realizadas biópsias para diagnóstico<sup>1</sup>.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Caruaruense de Ensino Superior forneceu parecer favorável à execução desta pesquisa através da Carta nº100/09 CEP/ASCES.

## RESULTADOS

Nos seus anos de vigência, o Projeto Asa Branca atendeu a 110.911 pessoas, das quais 108.374 por meio de campanhas (sendo 12.388 crianças através do recém criado Programa de Prevenção e Combate ao Câncer de Boca Infantil) e outras 2.177 no Centro de Referência Asa Branca no Sertão - CRABS, onde um total de 21.089 pacientes apresentou lesões cancerizáveis ou malignas. Houve, portanto, uma frequência de 19,54% destes casos em relação ao universo total examinado, sendo de 20,73% a taxa de lesões diagnosticadas em adultos e de 5,36% em crianças.

Observa-se que a partir de 2003, ocorreu uma crescente na quantidade de indivíduos examinados em campanhas pelo Projeto, bem como no número de lesões malignas ou cancerizáveis, ocorrendo no ano de 2007 e 2008 um pequeno declínio no número de lesões encontradas, quando comparado aos anos que os antecederam (Tabela 1). No entanto, a maior porcentagem de pacientes com lesões não foi referente a 2006: o ano de 2003 obteve esta maior porcentagem (Tabela 1).

No Agreste, mesorregião do estado mais favorecida pelo Asa Branca, apresenta três cidades entre as cinco com maior número de lesões malignas ou cancerizáveis diagnosticadas (Tabela 2); seguem a Zona da Mata com dez municípios, o Sertão com seis e o Litoral Sul com uma cidade visitada.

Em agosto de 2008, ocorreu a primeira campanha do Projeto fora do território pernambucano, no município de Princesa Isabel (PB), onde o recorde do número máximo de examinados foi alcançado (Tabela 3).

Tabela 1 - Distribuição em números absolutos e percentuais de lesões cancerizáveis/malignas por ano

| Ano   | Total de examinados | Total de lesões diagnosticadas | Porcentagem de lesões diagnosticadas |
|-------|---------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| 2001  | 778                 | 208                            | 20,33                                |
| 2002  | 1.668               | 372                            | 22,30                                |
| 2003  | 1.346               | 304                            | 22,58                                |
| 2004  | 10.547              | 2.561                          | 17,66                                |
| 2005  | 15.648              | 2.853                          | 18,23                                |
| 2006  | 24.697              | 5.511                          | 22,31                                |
| 2007  | 26.107              | 4.672                          | 17,89                                |
| 2008  | 30.120              | 4.608                          | 15,29                                |
| Total | 110.911             | 21.089                         | ---                                  |

Tabela 2 - Campanhas com maior quantidade de lesões diagnosticadas

| Município             | Mesorregião estadual | Data          | Lesões diagnosticadas |
|-----------------------|----------------------|---------------|-----------------------|
| Cumaru (PE)           | Agreste              | 18/03/06      | 832                   |
| Princesa Isabel (PB)  | Sertão               | 16/08/08      | 801                   |
| Panelas (PE)          | Agreste              | 29/03/08      | 744                   |
| São Bento do Una (PE) | Agreste              | 14/04/07      | 733                   |
| Tamandaré (PE)        | Litoral Sul          | 19 e 20/05/07 | 676                   |

Tabela 3 – Campanhas com maior quantidade de atendimentos

| <b>Município</b>     | <b>Mesorregião estadual</b> | <b>Data</b>   | <b>Pacientes examinados</b> |
|----------------------|-----------------------------|---------------|-----------------------------|
| Princesa Isabel (PB) | Sertão                      | 16/08/08      | <b>4377</b>                 |
| Tamandaré (PE)       | Litoral Sul                 | 19 e 20/05/07 | <b>4258</b>                 |
| Panelas (PE)         | Agreste                     | 29/03/08      | <b>4152</b>                 |
| Nazaré da Mata (PE)  | Zona da Mata                | 31/05/08      | <b>3513</b>                 |
| Cumarú (PE)          | Agreste                     | 24 e 25/11/07 | <b>3893</b>                 |

Ao comparar as menores porcentagens de lesões cancerizáveis e/ou malignas, há uma “equivalência” entre as localidades da Zona da Mata e do Agreste (Tabela 4).

Tabela 4 – Campanhas com menores índices de prevalência de lesões diagnosticadas

| <b>Município</b>        | <b>Mesorregião estadual (PE)</b> | <b>Data</b> | <b>% de lesões diagnosticadas</b> |
|-------------------------|----------------------------------|-------------|-----------------------------------|
| Caruaru (TV Asa Branca) | Agreste                          | 28/08/08    | <b>10,60</b>                      |
| Passira                 | Agreste                          | 27/08/05    | <b>11,20</b>                      |
| Condado                 | Zona da Mata                     | 14/06/08    | <b>11,22</b>                      |
| Nazaré da Mata          | Zona da Mata                     | 31/05/08    | <b>11,98</b>                      |
| Lagoa do Itaenga        | Zona da Mata                     | 24/03/07    | <b>12,50</b>                      |
| Garanhuns               | Agreste                          | 26/11/05    | <b>12,58</b>                      |
| Chã Grande              | Agreste                          | 23/09/06    | <b>13,91</b>                      |
| Passira                 | Agreste                          | 09/08/08    | <b>13,98</b>                      |
| Brejão                  | Agreste                          | 13/09/08    | <b>14,05</b>                      |
| Jaqueirama              | Zona da Mata                     | 30/08/08    | <b>14,85</b>                      |

No Sertão, registrou-se o maior índice de pessoas com lesões cancerizáveis e/ou malignas: 41,89%. O fato alerta para a análise dos índices dos outros municípios sertanejos visitados, notando-se que das

cinco localidades com maior porcentagem de lesões diagnosticadas ao longo do Projeto (considerando-se as cidades com mais de 1000 atendimentos), as quatro primeiras encontram-se no Sertão (Tabela 5).

Tabela 5 – Campanhas com maiores índices de prevalência de lesões diagnosticadas (destaque para as localidades com mais de 1000 examinados)

| <b>Município</b>                | <b>Mesorregião estadual (PE)</b> | <b>Data</b>          | <b>Nº de exames</b> | <b>% de lesões diagnosticadas</b> |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------------------|
| <b>Sta. Cruz da Baixa Verde</b> | <b>Sertão</b>                    | <b>10 e 11/11/06</b> | <b>1401</b>         | <b>41,89</b>                      |
| Caruaru (“AB Verão”)            | Agreste                          | 09/02/07             | 234                 | <b>33,76</b>                      |
| Caruaru (Vila Rafael)           | Agreste                          | 11/11/07             | 355                 | <b>33,50</b>                      |
| Cupira (Igreja Adventista)      | Agreste                          | 15/04/07             | 56                  | <b>32,10</b>                      |
| <b>Triunfo</b>                  | <b>Sertão</b>                    | <b>02/12/06</b>      | <b>1276</b>         | <b>30,40</b>                      |
| Caruaru (Centro)                | Agreste                          | 04/07/03             | 302                 | <b>28,47</b>                      |
| <b>São José do Egito</b>        | <b>Sertão</b>                    | <b>02/09/06</b>      | <b>1756</b>         | <b>27,60</b>                      |
| Caruaru (Centro)                | Agreste                          | 13/04/07             | 387                 | <b>26,35</b>                      |
| <b>Tuparetama</b>               | <b>Sertão</b>                    | <b>1º/06/06</b>      | <b>2328</b>         | <b>26,00</b>                      |
| <b>São Bento do Una</b>         | <b>Agreste</b>                   | <b>14/04/07</b>      | <b>3257</b>         | <b>22,50</b>                      |

A maioria dos espécimes analisados no CEAPO da FOC foi resultante de biópsias excisionais. Desde 2001 até 2008 foram realizadas 1.622 biópsias na Clínica Asa Branca da FOC (majoritariamente) e no CRABS, sendo: 123 em 2001; 134 em 2002; 115 em 2003; 238 em 2004; 252 em 2005; 220 em 2006; 223 em 2007 e, em 2008, ano com maior quantidade de biópsias realizadas, foram 317.

Apesar de não ter sido objetivo do estudo, menciona-se que o tipo de carcinoma mais frequente é o de células escamosas (CCE) ou espinocelular, com 98 casos diagnosticados clínico e histopatologicamente, onde foram: 15 em 2001 (sendo um “in situ”); três em 2002; seis em 2003, assim como em 2004; 20 em 2005 (três dos quais “in situ”); 19 em 2006 (quatro, “in situ”); 16 em 2007 (apenas um “in situ”) e, em 2008, 13 casos (sendo seis “in situ”). Em relação ao gênero, o número total de atendimentos em mulheres foi discretamente maior do que em homens;

quanto à idade, há uma notável prevalência de lesões em indivíduos acima dos 40 anos; a investigação das áreas mais propensas à manifestação do câncer bucal evidencia lábios (queilite actínica), mucosa jugal, palato e língua dentre as mais afetadas.

## DISCUSSÃO

As taxas de incidência/mortalidade por câncer de boca no Brasil estão entre as mais elevadas do mundo<sup>5</sup>; as estimativas para o ano de 2008 – último ano do período pesquisado neste estudo – (que também foram válidas para 2009) apontaram que deveriam ocorrer 14.160 casos novos de neoplasias malignas da cavidade oral. A relevante incidência do câncer de boca no Nordeste brasileiro – estima-se que em uma média de 1530 pessoas seriam acometidas tanto em 2008, quanto em 2009<sup>6</sup> – encontra respaldo na taxa de 19,54% de casos malignos e/ou passíveis de malignização encontrados pelo Projeto Asa Branca.

Um conhecimento adequado acerca da doença e lesões suspeitas é de fundamental importância<sup>7</sup>, todavia constata-se uma carência de tais informações nos locais visitados pelo Projeto em Pernambuco, principalmente nos mais distantes da capital, basta observar que a Zona da Mata surge com menores índices de lesões cancerizáveis/malignas, totalmente contraposta ao Sertão. Sugere-se que o fato é propiciado pela alimentação mais precária, higiene bucal deficiente e escassez das informações relativas à prevenção do câncer de boca ao passo que ocorre a “interiorização” chegando às populações mais carentes do estado.

Por outro lado, tal problema não parece ser exclusividade do interior, pois uma pesquisa com 1000 residentes do Recife<sup>8</sup> revela que 42,49% não procuram o dentista caso apresentem alguma patologia bucal e que 10,5% não sabem da existência do câncer bucal com 24,78% desconhecendo suas causas. É interessante que outras campanhas sejam realizadas nas demais mesorregiões da Paraíba, a fim de verificar se neste estado também há índices crescentes de lesões diagnosticadas ao se afastar de sua capital.

Apesar de em 2006 terem sido realizadas menos campanhas e atendidas menos pessoas do que nos anos subsequentes, este ano apresenta o maior número de lesões diagnosticadas, já que é o

ano com mais idas à urbes sertanejas, além de apresentar quatro localidades das dez com maior quantidade de lesões encontradas.

Com relação às biópsias, um estudo<sup>2</sup> informa que 45,56% das biópsias efetuadas na FOC foram excisionais, contra 20,25% incisionais, sendo as restantes não informadas; em conformidade com esta pesquisa, as biópsias do tipo excisional também constituem a maioria no Projeto Asa Branca nos três últimos anos do período analisado neste trabalho.

Consoante a literatura<sup>9</sup>, muitos pacientes procuram tratamento pelo fenômeno doloroso, que ocorre em fases avançadas da doença, ou ainda relatam a presença de sinais como sangue e aumento de volume na boca, dificuldade de fonação e deglutição; poucos relatam a presença de feridas ou aumentos de volumes indolores, que podem representar o câncer no início. Do mesmo modo, estes fatos representam o cotidiano dos atendimentos na Clínica Asa Branca.

Enquanto afirma-se que a ocorrência do câncer de boca é muito maior no sexo masculino<sup>10</sup> e projetou-se que em 2008/2009 o número de novos casos de câncer bucal nos homens brasileiros seria quase o triplo do que nas mulheres<sup>6</sup>, curiosamente, no Asa Branca, não constatou-se uma discrepância tão notável, fato que pode ser pautado no declínio da proporção homens/mulheres acometidos, talvez pelos vícios adquiridos com o tempo pela mulher, como o tabagismo<sup>9</sup> ou pela maior quantidade de exames realizados nas campanhas ocorrerem neste sexo. Estudo recente também aponta para o acometimento lento e progressivo do gênero feminino, como na frequência de tumores malignos no lábio inferior<sup>11</sup>.

A incidência do câncer de boca observada no Projeto Asa Branca em pessoas mais maduras segue a linha de autores que justificam a “natureza” do carcinoma ser próprio da idade média e velha, conforme destaca a literatura<sup>10,12</sup>.

Em concordância com a literatura<sup>2,9,10</sup>, o tipo de carcinoma mais encontrado no Projeto é o de células escamosas (em vários locais como língua, palato e lábios), com pequeno aumento relativo na porcentagem do mesmo nos dois últimos anos em relação à pesquisa<sup>2</sup> que registrou a prevalência das neoplasias malignas orais diagnosticadas no CEAPO da FOC entre 1999 e 2005, estudo o

qual determinou que cerca de 60% dos casos eram CCE; casos de carcinoma basocelular são pouco vistos no Asa Branca, sendo mais frequentes em indivíduos leucodermas com longa história de exposição ao sol<sup>13</sup>. Como o lábio inferior é mais sujeito à radiação solar, a incidência de CCE nessa região é comum<sup>4,9,13,14</sup>, fato bem observado no Projeto; pessoas expondo-se cronicamente ao componente ultravioleta da radiação solar<sup>13</sup>, como agricultores, são corriqueiramente atendidos na Clínica Asa Branca. Casos diagnosticados como "leucoplasia", são mais observados na mucosa jugal, como destaca a literatura<sup>15</sup> – provavelmente pelo uso do cachimbo<sup>9</sup>.

Pesquisas futuras as quais abordem "lacunas" não avaliadas do Projeto Asa Branca neste estudo são muito interessantes, tais como a associação da depressão imunitária face à diminuição de imunoglobulinas G e M com o câncer em indivíduos mais velhos<sup>5</sup>, a efetividade e natureza das medidas preventivas ao câncer de boca, os resultados alcançados no tratamento clínico e cirúrgico de lesões cancerizáveis, dentre outras.

## CONCLUSÃO

Fica claro que quanto mais se afasta da Região Metropolitana do Recife – RMR – (consequentemente da área mais urbanizada de Pernambuco) em direção ao Sertão, maiores são os índices de lesões cancerizáveis e/ou malignas; os fatos de quatro das seis campanhas realizadas no Sertão estarem entre aquelas com maior percentual de lesões diagnosticadas e de que o ano de 2008 registra o menor percentual de lesões diagnosticadas já que suas campanhas concentraram-se nas mesorregiões mais próximas à RMR (Zona da Mata e Agreste), justificam a afirmação.

Frisa-se que, de 2001 a 2008: a campanha realizada em Princesa Isabel (Sertão-PB), em 2008, foi àquela com o maior número de indivíduos assistidos; em Cumaru (Agreste-PE), ano de 2006, ocorreu a campanha com a maior quantidade de lesões malignas e/ou cancerizáveis diagnosticadas; Santa Cruz da Baixa Verde (Sertão-PE), em 2006, foi a cidade com maior porcentagem de lesões malignas e/ou cancerizáveis encontradas.

Por fim, constata-se pelos expressivos números de 110.911 indivíduos e de 40 municípios beneficiados pelas ações do Projeto Asa Branca, que o mesmo se

constitui como ferramenta eficaz na luta contra o câncer de boca, difundindo informações e praticando ações relativas aos métodos preventivos e de tratamento (tanto da neoplasia maligna como das lesões pré-cancerosas), bem como ao reconhecimento das lesões cancerizáveis e dos fatores condicionantes à carcinogênese.

## REFERÊNCIAS

1. Silva EKB, Duarte Filho ESD, Silva UH. Projeto Asa Branca: um trabalho de sucesso e extensão no combate ao câncer de boca em Pernambuco. In: 3º Congresso Internacional de Odontologia da ABO-Nacional; 2007; Aracaju; 2007.
2. Campos VMF. Prevalência das neoplasias malignas diagnosticadas no laboratório de Patologia Bucal da FOC/ASCES [dissertação]. Recife: Universidade de Pernambuco; 2006.
3. Brasil. Saúde apóia campanha contra o câncer de boca. Ministério da Saúde [suporte eletrônico] 2005 [citado em 2010 Ago 20]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=15868](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=15868).
4. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Princípio e práticas de medicina oral. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
5. Kowalski LP. Carcinoma da boca: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Acta AWHO. 1991;10(3):128-34.
6. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
7. Lima AAS, França BHS, Ignácio SA, Baioni CS. Conhecimentos de alunos universitários sobre câncer bucal. Rev Bras de Cancerologia. 2005;51(4):283-88.
8. Oliveira TMF, Silvério FGS, Sobral APV. Conhecimento, práticas e atitudes em relação ao diagnóstico no câncer de boca na visão da população. In: 18º Congresso Pernambucano de Odontologia; 2006; Recife; 2006.
9. Boraks S. Diagnóstico bucal. 3a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
10. Tommasi AF. Diagnóstico em patologia bucal. 3a ed. São Paulo: Pancast; 2002.
11. Antunes AA, Antunes AP. Estudo retrospectivo e revisão de literatura dos tumores dos lábios: experiência de 28 anos. Rev Bras de Cancerologia. 2004;10(4):295-300.
12. Pithan SA, Cherubini K, Figueiredo MAZ, Yurgel LS. Perfil epidemiológico do carcinoma espinocelular de boca em pacientes do serviço de estomatologia do Hospital São Lucas da PUCRS. Rev Odonto Ciênc. 2004;19(44):126-30.
13. Domaneschi C, Santos SG, Navarro CM, Massucato EMS. Queilite actínica: associação entre radiação actínica e trauma. Rev Gaúcha de Odontologia. 2003;51(2):101-4.
14. Castro AL, Moraes NP, Furuse TA. Estomatologia. 2a ed. São Paulo: Santos; 1995.
15. Gabriel JG, Cherubini K, Yurgel LS, Figueiredo MAZ. Considerações gerais e abordagem clínica da leucoplasia oral. Rev Bras Patol Oral 2004; 3(4):187-94.

Recebido em 21/11/2010

Reformulado em 10/05/2011

Aprovado em 20/06/2011