

# Diagnóstico Tardio do Câncer de Boca: Onde Estamos Errando?

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n3.5642>

*Late Diagnosis of Oral Cancer: Where Are We Going Wrong?*

Diagnóstico Tardío del Cáncer de Boca: ¿Dónde Estamos Fallando?

Renata Tucci<sup>1</sup>; Hugo Wermelinger Zavoli<sup>2</sup>; Maria Carolina de Lima Jacy Monteiro Barki<sup>3</sup>; Rebeca de Souza Azevedo<sup>4</sup>

## INTRODUÇÃO

O câncer de boca permanece, há décadas, como uma das neoplasias mais negligenciadas no Brasil, apesar de apresentar elevada incidência e mortalidade potencialmente evitável. Para cada ano do triênio 2026-2028, estimam-se 17.190 casos novos de câncer da cavidade oral no país, sendo 12.260 casos em homens e 4.930 em mulheres<sup>1</sup>.

Mesmo diante desses números expressivos, grande parte dos diagnósticos ainda ocorre em estádios avançados<sup>2</sup>. Estudos indicam que mais de três quartos dos tumores da cavidade oral são identificados tardiamente, geralmente nos estádios III ou IV<sup>2,3</sup>, circunstância associada a terapêuticas mais agressivas, pior prognóstico e elevação substancial dos custos para o sistema de saúde. Estima-se que o custo do tratamento em estágio IV (R\$ 25.600) seja até cinco vezes superior ao realizado em estágio I (R\$ 5.100), enquanto a sobrevivência em cinco anos sofre uma redução drástica, caindo de 80% para apenas 20%<sup>4</sup>.

Essa realidade persiste mesmo após a ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS), a expansão da Estratégia Saúde da Família e o aumento do número de cirurgiões-dentistas inseridos na rede pública. Diante disso, impõe-se uma reflexão crítica: por que, apesar dos avanços estruturais, continua-se falhando no diagnóstico precoce?

Defende-se aqui que o cerne do diagnóstico tardio do câncer de boca não reside apenas na falta de conhecimento técnico dos profissionais, mas na soma de falhas estruturais, educacionais, políticas e culturais que moldam, limitam e, ao final, fragilizam a capacidade do sistema de saúde de prevenir, detectar e tratar precocemente essa doença. É preciso enfrentar a questão sem eufemismos: o atraso no diagnóstico do câncer de boca não é um acidente, mas um fenômeno produzido, alimentado por prioridades desalinhadas, formação insuficiente, barreiras de acesso e pela manutenção de desigualdades sociais históricas.

Se o objetivo é compreender onde se está errando, é imprescindível analisar criticamente esses múltiplos planos — clínico, institucional e social — que interagem para produzir um dos problemas mais persistentes e evitáveis da saúde pública brasileira.

## DESENVOLVIMENTO

### SUBPRIORIZAÇÃO ESTRUTURAL DA BOCA NA APS

Estudos sobre intervalo diagnóstico em câncer de boca demonstram que parcela expressiva do tempo até a confirmação diagnóstica se concentra na atenção primária, evidenciando a influência de fatores organizacionais, tais como: a priorização assistencial, a duração das consultas e a capacidade de reconhecimento clínico, sobre o chamado atraso profissional<sup>5,6</sup>. Atribuir o diagnóstico tardio à falta de tempo das consultas ou à alta demanda pode obscurecer uma questão mais estrutural: a persistente subpriorização da saúde bucal e das lesões da cavidade oral, incluindo as desordens orais potencialmente malignas e o câncer de boca, no interior do processo de trabalho e da organização dos serviços.

Cirurgiões-dentistas normalmente afirmam saber reconhecer sinais suspeitos, como úlceras, leucoplasias, queilites actínicas, mas tais achados nem sempre são tratados como urgência diagnóstica. E pode-se levantar outra questão: será que sabem mesmo? Não são raros os casos que chegam aos centros especializados em Estomatologia após semanas ou meses de evolução, em decorrência de abordagens iniciais equivocadas. Em diferentes níveis de atenção, lesões malignas ou potencialmente malignas podem ser interpretadas como processos inflamatórios ou traumáticos, sem investigação diagnóstica adequada<sup>7-9</sup>.

Dentro da APS, a boca segue vista como território exclusivo da odontologia, enquanto esta permanece restrita a ações pontuais e pouco integradas aos fluxos de

<sup>1</sup>Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde de Nova Friburgo (ISNF), Curso de Odontologia, Disciplinas de Estomatopatologia e Patologia Oral. Nova Friburgo (RJ), Brasil.

<sup>2</sup>E-mail: rtucci@id.uff.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-2295-6305>

<sup>3</sup>E-mail: hugowermelinger@id.uff.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0009-6208-8080>

<sup>4</sup>E-mail: mariacljmb@id.uff.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-9499-0591>

<sup>5</sup>E-mail: rsazevedo@id.uff.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-3550-3914>

**Endereço para correspondência:** Renata Tucci. UFF/ISNF. Nova Friburgo (RJ), Brasil. Rua Dr. Silvio Henrique Braune, 22 – Centro. Nova Friburgo (RJ), Brasil. CEP 28625-650. E-mail: rtucci@id.uff.br



cuidado. Essa segregação é prejudicial: o câncer de boca não é apenas “do cirurgião-dentista”, mas um problema de saúde pública que deveria mobilizar qualquer profissional que examine o paciente. Além disso, a população costuma associar o cirurgião-dentista apenas a problemas dentários, ignorando sua atuação, por exemplo, em mucosa oral, região cervical e glândulas salivares. Dessa forma, muitos não procuram o cirurgião-dentista diante de lesões orais, o que contribui para o atraso no diagnóstico<sup>5</sup>. A literatura aponta, por exemplo, que ações proativas de busca ativa de lesões em grupos de risco, como fumantes, usuários crônicos de álcool, idosos e trabalhadores expostos ao sol, são ainda pouco exploradas, mas muito importantes<sup>10</sup>. Em seu trabalho, Andrade<sup>10</sup> fez uma busca ativa de lesões bucais em Unidades de Saúde da Família e enfatiza que, quando direcionada a grupos de risco (tabagistas e etilistas), se mostra uma estratégia eficiente e essencial para o diagnóstico precoce do carcinoma espinocelular, historicamente identificado em estádios clínicos avançados.

A literatura internacional apresenta evidências consistentes sobre a superioridade do rastreamento direcionado a grupos de risco frente ao modelo populacional universal. Dados de ensaios comunitários de longo prazo indicam que o exame visual periódico da cavidade oral é capaz de reduzir a mortalidade específica por câncer de boca apenas entre usuários de tabaco e álcool, sem impacto significativo na população geral<sup>11</sup>. A estratificação baseada em perfis comportamentais aumenta substancialmente a eficiência das ações, reduzindo o número de exames necessários e potencializando o impacto real sobre a sobrevivência<sup>12</sup>. Tais achados reforçam que estratégias baseadas em risco, quando integradas a sistemas organizados de acompanhamento, apresentam maior racionalidade epidemiológica e custo-efetividade do que campanhas amplas e não direcionadas.

Recentemente foi lançada a “Diretriz para a prática clínica odontológica na atenção primária à saúde: condutas para diagnóstico das desordens orais potencialmente malignas e do câncer de boca”<sup>13</sup>. Essa diretriz compõe o rol de documentos relacionados à saúde bucal do adulto e do idoso e traz abordagem sobre rastreio de desordens orais potencialmente malignas que, detectadas em tempo oportuno, podem ter desfechos mais favoráveis para os usuários em termos de qualidade de vida e sobrevivência. Nem sempre a diretriz é incorporada ao cotidiano das equipes, seja por falta de estímulo institucional, ausência de protocolos vinculantes ou por pouca integração entre profissionais. Essa lacuna entre a norma técnica e a prática assistencial revela que a questão central não é a falta de instrumentos, mas a prioridade que se dá a eles.

Assim, quando se diz que o diagnóstico é feito

tardamente porque “não há tempo”, na verdade, admite-se que o sistema não organiza o tempo para isso, sugerindo que o exame de boca é visto como algo secundário, opcional ou dispensável. E, enquanto tal percepção persistir, o atraso diagnóstico será inevitável.

#### FORMAÇÃO PROFISSIONAL: EXCESSO DE TECNICISMO E AUSÊNCIA DE PERSPECTIVA CRÍTICA

A formação de profissionais da saúde constitui outro pilar importante desse problema. Em muitos cursos de Odontologia e Medicina, o câncer de boca é ensinado de maneira fragmentada, majoritariamente biomédica, centrada na descrição morfológica das lesões e no tratamento cirúrgico. O que falta, de forma gritante, é a formação que conecta conhecimento técnico a práticas integradas de cuidado, considerando determinantes sociais, barreiras de acesso e dimensões subjetivas do adoecer.

Estudantes frequentemente não desenvolvem competência clínica suficiente para identificar precocemente sinais evidentes de câncer de boca ao longo da graduação, bem como são pouco preparados para conduzir diálogos sensíveis com populações vulneráveis, enfrentar crenças equivocadas, mitos sobre o câncer ou resistências ao cuidado, elementos centrais no acompanhamento de pessoas em situação de risco. A ausência dessa formação crítica resulta em uma clínica desconectada da realidade, frequentemente incapaz de intervir de maneira eficaz<sup>14,15</sup>.

Como enfatiza Paulo Freire<sup>16</sup>: “não há palavra verdadeira que não seja práxis”: é necessário refletir para agir e agir para transformar. Entretanto, a formação em saúde segue, muitas vezes, apoiada em uma lógica tecnicista, cujo foco está mais na doença do que no sujeito<sup>17</sup>. Sem essa dimensão humana e social, profissionais recém-formados chegam aos serviços com uma visão limitada, que não contempla a complexidade envolvida na detecção precoce do câncer de boca.

Além disso, é raro que currículos incluam habilidades práticas de oratória clínica, abordagem preventiva ampliada, gestão da linha de cuidado ou compreensão de desigualdades raciais e territoriais, todas essenciais para que o profissional reconheça e enfrente os fatores que levam ao atraso diagnóstico do câncer de boca.

A formação insuficiente não é um detalhe: ela estrutura a maneira como o futuro profissional perceberá ou deixará de perceber a urgência diante de uma lesão suspeita.

#### DESIGUALDADE SOCIAL: O PESO INVISÍVEL QUE ADOECE E RETARDA O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE BOCA

Nenhuma discussão sobre câncer de boca é completa sem considerar a desigualdade social. No Brasil, essa

doença tem rosto, gênero, território e classe social: acomete majoritariamente homens, trabalhadores informais, agricultores, pessoas com baixa escolaridade e comunidades periféricas expostas às vulnerabilidades acumuladas<sup>18-21</sup>.

Essas populações, por sua vez, são as que menos acessam atendimentos regulares, apresentam menor adesão a consultas preventivas e enfrentam barreiras estruturais de acesso<sup>22,23</sup>, como distância dos serviços, horários incompatíveis com jornadas de trabalho precárias, falta de transporte, rotatividade de profissionais e dificuldade de navegação no sistema. Assim, quando um sintoma surge — uma ferida que não cicatriza, uma dor persistente, uma mancha anormal — o indivíduo demora para procurar atendimento e, quando procura, em geral, o faz por meio da urgência médica, na qual exames de boca raramente são prioridade.

Além disso, a rede de referência e contrarreferência costuma ser lenta e burocrática. Há relatos de pacientes aguardando meses para a realização de biópsias ou consultas com especialistas. Para uma doença em que o tempo é determinante, esse atraso é devastador: o sistema público, ao falhar em ofertar fluxos resolutivos, produz a própria gravidade da doença que pretende combater<sup>24</sup>. Apesar dos relatos de atraso, no Brasil existe a Lei dos 60 dias (Lei nº 12.732/2012)<sup>25</sup>, que garante que qualquer pessoa com diagnóstico de câncer deverá iniciar tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS) em até 60 dias após a confirmação do diagnóstico em laudo anatomopatológico. A lei se aplica a todos os tipos de câncer, com exceção do câncer de tireoide e câncer de pele não melanoma, e começa a contar a partir do dia do laudo. O início do tratamento é considerado a realização da primeira terapia.

Como aponta Ayres<sup>26</sup>, políticas de saúde que ignoram a integralidade do sujeito correm o risco de “produzir mais exclusão do que cuidado”. No câncer de boca, tal exclusão não é apenas estatística: ela se traduz em rostos, histórias, perdas e mutilações evitáveis.

Nesse contexto de reflexão sobre o câncer de boca no Brasil, um artigo recente de Martins et al.<sup>27</sup> oferece *insights* extremamente relevantes. Os autores exploram as conexões duradouras entre o período colonial brasileiro e o atual panorama epidemiológico do câncer de cabeça e pescoço (incluindo o câncer de boca). A análise detalhada da pesquisa aponta como a produção e o consumo histórico de tabaco e álcool, somados ao racismo estrutural, contribuem significativamente para as disparidades no acesso ao diagnóstico do câncer de boca, tratamento e prognóstico dos pacientes. O estudo, assim, apresenta novas visões e estratégias baseadas em evidências para romper o impacto adverso desse legado colonial na saúde pública brasileira.

## CAMPANHAS DE PREVENÇÃO INSUFICIENTES E COMUNICAÇÃO PÚBLICA DESCONECTADA DOS TERRITÓRIOS

As campanhas de prevenção do câncer de boca, embora bem-intencionadas, têm apresentado baixa efetividade por não dialogarem com as realidades locais e por não fazerem um trabalho constante<sup>8</sup>. A maioria delas concentra-se em informações gerais sobre tabagismo, consumo de álcool e exposição solar, mas não aborda as dinâmicas socioculturais que moldam hábitos e percepções de risco. Para que a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de boca sejam efetivos, é necessário escuta qualificada, diálogo entre saberes, atuação comunitária e articulação intersetorial. Sem isso, campanhas se tornam apenas peças informativas que circulam sem gerar impacto real.

Além dessas limitações comunicacionais e socioculturais, a literatura evidencia fragilidades relacionadas à resolutividade das ações de rastreamento e detecção precoce. A resolutividade, compreendida como a capacidade do sistema de saúde de responder adequadamente às necessidades identificadas, assegurando confirmação diagnóstica, tratamento oportuno e acompanhamento, é um elemento central para que campanhas não se restrinjam à identificação pontual de lesões suspeitas.

Revisões sistemáticas internacionais reforçam essa compreensão. Kujan et al.<sup>28</sup>, em revisão sobre estratégias de rastreamento para o câncer de boca, concluíram que não há evidência robusta de que o rastreamento populacional reduza mortalidade, destacando limitações metodológicas dos estudos disponíveis. De modo semelhante, Downer et al.<sup>29,30</sup> apontaram heterogeneidade significativa no desempenho dos testes e insuficiência de evidências para sustentar a efetividade do rastreamento clínico isolado. Mais recentemente, Parak et al.<sup>31</sup> observaram que possíveis benefícios do rastreamento concentram-se em populações de alto risco, não havendo impacto consistente na população geral. Na mesma direção, Ribeiro et al.<sup>32</sup> destacaram a grande variabilidade metodológica dos programas avaliados e a necessidade de organização e continuidade das ações para que se traduzam em desfechos clínicos relevantes. No contexto latino-americano, Pedrosa et al.<sup>33</sup> evidenciaram limitações na sistematização, monitoramento e avaliação dos programas de rastreamento, com dados fragmentados sobre seguimento e resultados.

Por outro lado, quando o foco recai sobre populações de maior risco, especialmente tabagistas e etilistas crônicos, os resultados tendem a ser mais consistentes. O ensaio comunitário randomizado conduzido em Kerala, na Índia, por Sankaranarayanan et al.<sup>11</sup>, demonstrou redução estatisticamente significativa da mortalidade por câncer de boca entre indivíduos usuários de tabaco e/ou álcool submetidos ao rastreamento visual periódico, embora



não tenha havido impacto na população geral. Já Cheung et al.<sup>12</sup> indicaram que a estratificação baseada em perfis comportamentais aumenta substancialmente a eficiência do rastreamento, reduz o número necessário para rastrear e potencializa o impacto na mortalidade específica. Esses achados reforçam que a efetividade não reside na ampliação indiscriminada da cobertura, mas na focalização estratégica e na integração do rastreamento a sistemas organizados de acompanhamento diagnóstico e terapêutico.

Também nesse sentido, Oswal et al.<sup>34</sup> mostraram que, mesmo em contextos onde há política nacional instituída, a efetividade depende da capacidade operacional de identificar grupos prioritários, garantir capacitação das equipes e assegurar continuidade do cuidado. Assim, campanhas direcionadas a populações de alto risco, quando articuladas a redes assistenciais organizadas, apresentam maior racionalidade epidemiológica, melhor custo-efetividade e maior potencial de impacto sobre mortalidade do que iniciativas universais e episódicas.

Esse debate dialoga com achados nacionais. O estudo de Antunes, Toporcov e Wunsch-Filho<sup>35</sup>, que avaliou a campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca realizada concomitantemente à vacinação contra influenza em idosos no Estado de São Paulo em 2004, evidenciou importantes fragilidades na dimensão da resolutividade. Embora 238.087 pessoas com 60 anos ou mais tenham sido examinadas (6,8% da população estadual nessa faixa etária), apenas oito das 23 direções regionais participantes registraram informações sobre o seguimento. Entre as 5.280 pessoas encaminhadas para elucidação diagnóstica nessas regiões, 60,5% tiveram o problema resolvido e 0,5% (26 casos) receberam diagnóstico confirmado de câncer de boca; contudo, 22,5% não completaram o diagnóstico e 16,5% não tiveram informações registradas quanto ao desfecho. A ausência de monitoramento sistemático e a elevada proporção de casos sem resolução evidenciam a fragilidade na articulação entre detecção e cuidado continuado, comprometendo a efetividade da iniciativa.

Em termos normativos, o Ministério da Saúde lançou as Diretrizes de Saúde Bucal<sup>36</sup> em 2004, estabelecendo como prioridades o diagnóstico precoce, o tratamento imediato e o uso de métodos como biópsias para elucidação de lesões orais, além de reforçar o papel estratégico da atenção básica na coordenação do cuidado. Embora as Diretrizes de 2004 já previssem o papel estratégico da APS, a persistência de diagnósticos tardios demonstra que a norma não alterou a prática. Nesse sentido, a atual estruturação da Linha de Cuidado do Câncer de Boca pelo Ministério da Saúde<sup>37</sup> surge como uma tentativa de superar esses gargalos históricos, com potencial para qualificar a organização da atenção ao estruturar itinerários assistenciais, definir responsabilidades entre níveis de atenção e

estabelecer indicadores de monitoramento. No entanto, a consolidação dessa proposta depende da articulação intersetorial, do financiamento adequado, da formação permanente dos profissionais e da implementação de sistemas de informação que permitam avaliar desfechos clínicos e não apenas volume de atendimentos.

Diante das dificuldades de articulação entre os níveis de atenção e da escassez de especialistas em determinadas regiões, tecnologias inovadoras como a Telestomatologia e uso da Inteligência Artificial surgem como dispositivos capazes de encurtar a distância entre a APS e o centro especializado<sup>38,39</sup>. Elas permitem que profissionais da atenção básica identifiquem e compartilhem lesões suspeitas com especialistas a distância, ampliando a triagem em regiões com poucos especialistas. Apesar de desafios como a integração aos fluxos clínicos e a necessidade de bases de dados robustas, autores como Tobias et al.<sup>40</sup> destacaram que essa abordagem poderia reduzir atrasos diagnósticos, fortalecer a APS e melhorar prognóstico e sobrevida. O que em 2022 era apontado por Tobias et al.<sup>40</sup> como possibilidade, hoje se apresenta como necessidade imperativa para reduzir o isolamento técnico do cirurgião-dentista na APS.

#### A FRAGMENTAÇÃO INSTITUCIONAL E A AUSÊNCIA DE RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA

Outro problema central é a ausência de responsabilização clara dentro da rede de saúde. Quando uma lesão suspeita aparece, de quem é, afinal, a responsabilidade pelo encaminhamento rápido? Quem acompanha o paciente enquanto aguarda a biópsia? Quem garante que ele não será perdido no fluxo?

O que se observa na prática é uma fragmentação profunda: profissionais acreditam que a responsabilidade é sempre de outro setor — do especialista, do médico, do cirurgião-dentista da atenção secundária, da regulação. Essa ausência de coordenação e corresponsabilidade transforma o paciente em um corpo que circula, desorientado, pelos corredores do sistema, sem continuidade, sem acolhimento e, muitas vezes, sem respostas.

Enquanto essa lógica persistir, o atraso diagnóstico será inevitável. Sistemas de saúde eficazes são caracterizados por linhas de cuidado bem estruturadas, forte coordenação da APS e fluxo claro de responsabilidades. Não é o caso, infelizmente, da maioria dos cenários relacionados ao câncer de boca no Brasil.

#### SUBVALORIZAÇÃO DA ESTOMATOLOGIA E DA PATOLOGIA ORAL E MAXILOFACIAL

Um aspecto estrutural pouco problematizado no debate sobre o diagnóstico tardio do câncer de boca diz

respeito à distribuição e valorização das especialidades odontológicas estratégicas para o sistema de saúde. Áreas como Estomatologia e Patologia Oral e Maxilofacial exercem papel central na qualificação do diagnóstico do câncer de boca e na articulação do referenciamento entre a atenção básica e os serviços de maior complexidade. No entanto, observa-se escassez relativa desses especialistas no país, tanto em termos absolutos quanto na sua inserção nas redes públicas de atenção. De acordo com o Conselho Federal de Odontologia<sup>41</sup>, dos 157.110 cirurgiões-dentistas especialistas registrados no conselho, apenas 460 são patologistas orais e maxilofaciais e 1.181 são estomatologistas. A baixa presença desses profissionais fragiliza o apoio matricial à atenção primária, prolonga o tempo até a confirmação diagnóstica e contribui para fluxos assistenciais fragmentados.

Essa fragilidade repercute diretamente nas trajetórias assistenciais. Casotti, Almeida e Silva<sup>24</sup>, ao analisarem os percursos de usuários com câncer de boca na Rede de Atenção à Saúde, evidenciaram itinerários marcados por múltiplos encaminhamentos, repetição de consultas e dificuldades na coordenação do cuidado, revelando entraves estruturais no sistema de referência e contrarreferência. A ausência ou insuficiência de especialistas capacitados para avaliação estomatológica e interpretação anatomopatológica em tempo oportuno tende a ampliar esses percursos, aumentando o intervalo entre a suspeita clínica e o início do tratamento.

Além disso, mesmo após a realização da biópsia inicial, persistem barreiras relacionadas ao suporte diagnóstico e ao estadiamento. A disponibilidade desigual de exames de imagem, serviços de patologia com laudos em tempo adequado e centros habilitados para definição terapêutica constitui um problema nacional que impacta o tempo até o início do tratamento. Montagnoli et al.<sup>42</sup>, ao investigarem fatores preditivos associados ao tempo para início do tratamento do câncer de boca e orofaríngeo, demonstraram que variáveis relacionadas ao acesso ao sistema e à organização do cuidado influenciam significativamente os intervalos terapêuticos. Esses achados indicam que o atraso não se restringe ao momento da detecção clínica, mas se estende ao percurso entre confirmação histopatológica, estadiamento e definição terapêutica.

Portanto, discutir o diagnóstico tardio do câncer de boca exige ampliar o foco para além da capacitação individual do profissional da atenção básica ou da realização de campanhas. É necessário problematizar a política de formação e distribuição de especialistas estratégicos, fortalecer a inserção da Estomatologia e da Patologia Oral e Maxilofacial nas redes públicas e enfrentar as limitações tecnológicas e organizacionais que comprometem o percurso

diagnóstico-terapêutico. Sem essa abordagem sistêmica, o hiato entre suspeita clínica e início do tratamento tende a persistir, mesmo diante de avanços normativos e ampliação do acesso ao exame clínico.

## CONCLUSÃO

O diagnóstico tardio do câncer de boca não é um fenômeno isolado nem fruto de desconhecimento individual. É um problema sistêmico, multifatorial, que expressa falhas profundas no modo como a saúde pública brasileira se organiza, forma seus profissionais, comunica seus riscos e cuida das populações mais vulneráveis.

Para enfrentar esse cenário, não basta reforçar conhecimentos clínicos ou produzir novas campanhas; é necessário promover mudanças estruturais: consolidar capacitações continuadas; integrar equipes multiprofissionais; organizar protocolos de detecção precoce; articular redes de referência rápidas; e, sobretudo, incorporar a dimensão social e humana do adoecer ao cuidado clínico.

É preciso também recuperar a centralidade da APS como coordenadora da linha de cuidado e promover condições de trabalho que permitam que o exame de boca seja uma prática cotidiana, não uma exceção eventual.

O câncer de boca não se instala de forma súbita. Ele dá sinais, avisa, alerta. Quando o diagnóstico chega tarde, não é a doença que falha — é o sistema. Transformar essa realidade é possível. Mas exige compromisso político, coragem institucional e uma abordagem que encare o câncer de boca como aquilo que realmente é: um marcador brutal de desigualdade e um teste moral para o nosso sistema de saúde.

## CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final a ser publicada.

## DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Os autores utilizaram a inteligência artificial (IA) neste artigo apenas para auxiliar na redação. A análise, interpretação ou síntese dos resultados são de total responsabilidade dos autores, sem intervenção da IA.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.



## DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todos os conteúdos subjacentes ao texto do artigo estão contidos no manuscrito.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho contou com apoio financeiro por meio de bolsa de extensão concedida pela Pró-reitoria de Extensão (Proex) da Universidade Federal Fluminense (UFF) ao aluno Hugo Wermelinger Zavoli, nos anos de 2023 e 2025.

## REFERÊNCIAS

- Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2026 [acesso 2026 fev 15]. Disponível em: [https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/17914/1/Estima2026\\_completo%20%281%29.pdf](https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/17914/1/Estima2026_completo%20%281%29.pdf)
- Instituto Nacional de Câncer. Diagnóstico precoce do câncer de boca [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022 [acesso 2026 fev 15]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-diagnostico-precoce-cancer-boca-2022.pdf>
- Carvalho FN, Cancela MC, Costa LM, et al. Disparities in stage at diagnosis of head and neck tumours in Brazil: a comprehensive analysis of hospital-based cancer registries. *Lancet Reg Health Am*. 2025;42:100986. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100986>
- Bortoli GD. Impacto econômico e humano do diagnóstico tardio de câncer de boca no SUS. *Saúde Ética Justiça*. 2025;30(2):e238100. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v30i2e-238100>
- Silva MC, Marques EB, Melo LC, et al. Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico de câncer de boca e orofaringe em Juiz de Fora/MG. *Rev Bras Cancerol*. 2009;55(4):329-35. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2009v55n4.1563>
- Seoane-Romero JM, Mallah N, Varela-Centelles PI, et al. Primary care referral delays in oral cancer diagnosis: a meta-analysis. *Oral Dis*. 2024;31(7):2148-59. doi: <https://doi.org/10.1111/odi.15218>
- Bueno MR, Carvalhosa AA, Souza Castro PH, et al. Mesenchymal chondrosarcoma mimicking apical periodontitis. *J Endod*. 2008;34(11):1415-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.joen.2008.08.016>
- Tucci R, Borges FT, Castro PHS, et al. Avaliação de 14 casos de carcinoma epidermoide de boca com diagnóstico tardio. *RSBO (Online)*. 2010;7(2):231-8. doi: <https://doi.org/10.21726/rsbo.v7i2.1141>
- Zlotogorski Hurvitz A, Vered M, Dobriyan A, et al. From a nonspecific inflammatory-like gingival lesion to a rapidly progressing oral squamous cell carcinoma: a case of deceptive presentation of oral cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2021;132(1):e54. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2021.03.192>
- Andrade M. Busca ativa de lesões malignas e distúrbios potencialmente malignos da cavidade bucal em quatro Unidades de Saúde da Família (USF) na cidade de Piracicaba [dissertação]. Piracicaba: FOP-UNICAMP; 2010.
- Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thara S, et al. Long term effect of visual screening on oral cancer incidence and mortality in a randomized trial in Kerala, India. *Oral Oncol*. 2013;49(4):314-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2012.11.004>
- Cheung LC, Ramadas K, Muwonge R, et al. Risk-based selection of individuals for oral cancer screening. *J Clin Oncol*. 2021;39(6):663-74. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.20.02855>
- Ministério da Saúde (BR). Diretriz para a prática clínica odontológica na atenção primária à saúde: condutas para diagnóstico das distúrbios orais potencialmente malignos e do câncer de boca [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [acesso 2025 dez 20]. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/diretriz-pratica-odontologica-aps-cancer.pdf>
- Lima Medeiros Y, Matos Silveira G, Clemente VB, et al. Knowledge about oral cancer among dental students and Primary Health Care dentists: a Brazilian study. *J Dent Educ*. 2022;86(11):1488-97. doi: <https://doi.org/10.1002/jdd.13021>
- Sangoi MGR, Dias YM, Katz N, et al. Knowledge, attitudes, practices, and perceptions of Brazilian dentists about oral cancer. *J Cancer Educ*. 2025;40(2):228-33. doi: <https://doi.org/10.1007/s13187-024-02500-2>
- Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 68. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.
- Santos LRCS, Sampaio, RJ. Crise social das instituições de ensino superior e a formação em saúde para o Mercado. *Saúde debate*. 2017;41(esp 3):277-87. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S321>
- Antunes JL, Biazevic MG, Araujo ME, et al. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in São Paulo, Brazil, 1980-1998. *Oral Oncol*. 2001;37(4):345-50. doi: [https://doi.org/10.1016/s1368-8375\(00\)00113-5](https://doi.org/10.1016/s1368-8375(00)00113-5)
- Santos VC, Assis AM, Silva LE, et al. Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de oncologia de Maceió. *Rev Bras Odontol*. 2012;69(2):159-63. doi: <https://doi.org/10.18363/rbo.v69n2.p.159>



20. Ferreira MAF, Gomes MN, Michels FAS, et al. Desigualdade social no adoecimento e morte por câncer de boca e orofaríngeo no município de São Paulo, Brasil: 1997 a 2008. *Cad Saude Publica*. 2012;28(9):1663-73. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900006>
21. Soares EC, Bastos Neto BC, Santos LPS. Estudo epidemiológico do câncer de boca no Brasil. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2019;64(1):1-7. doi: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2019.64.3.192>
22. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, et al. Atenção em saúde bucal no Brasil: uma análise histórica e contemporânea. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):830-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005166>
23. Pereira NEB, Oliveira DCRR, Santos MB, et al. Association of socioeconomic status and oral cancer mortality in Brazil: temporal trends and spatial distribution. *Med Princ Pract*. 2023;32(1):40-8. doi: <https://doi.org/10.1159/000529155>
24. Casotti E, Almeida PF, Silva AN. Trajetórias assistenciais de usuários com câncer de boca na busca por cuidados na rede de atenção à saúde. *Physis*. 2025;35(2):e350217. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350217pt>
25. Presidência da República (BR). Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início no SUS. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2012 nov 23; Edição 226; Seção 1:1.
26. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*. 2001;10(3). doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>
27. Martins BNFL, Santos ES, Fonseca FP, et al. The impact of colonialism on head and neck cancer in Brazil: a historical essay focussing on tobacco, alcohol and slavery. *Lancet Reg Health Am*. 2024;31:100690. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100690>
28. Kujan O, Glennly AM, Duxbury J, et al. Evaluation of screening strategies for improving oral cancer mortality: a cochrane systematic review. *J Dent Educ*. 2005;69(2):255-65.
29. Downer MC, Moles DR, Palmer S, et al. A systematic review of test performance in screening for oral cancer and precancer. *Oral Oncol*. 2004;40(3):264-73. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2003.08.013>
30. Downer MC, Moles DR, Palmer S, et al. A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral cancer and precancer. *Oral Oncol*. 2006;42(6):551-60. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2005.08.006>
31. Parak U, Lopes Carvalho A, Roitberg F, et al. Effectiveness of screening for oral cancer and oral potentially malignant disorders (OPMD): a systematic review. *Prev Med Rep*. 2022;30:101997. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101987>
32. Ribeiro MFA, Oliveira MCM, Leite AC, et al. Assessment of screening programs as a strategy for early detection of oral cancer: a systematic review. *Oral Oncol*. 2022;130:105936. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2022.105936>
33. Pedrosa CM, Normando AG, Pérez-de-Oliveira ME, et al. Oral cancer screening outcomes in the Latin American region with special relevance to Brazil and Cuba: a systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2023;28(3):e370-9. doi: <https://doi.org/10.4317/medoral.26361>
34. Oswal K, Gaurav K, Pradhan A, et al. Current status of implementation of cancer screening programme in India: a review of policies and practice. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2025;26(4):1117-28. doi: <https://doi.org/10.31557/APJCP.2025.26.4.1117>
35. Antunes JLF, Toporcov TN, Wünsch-Filho V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(1):30-6.
36. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [acesso 2025 dez 20]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)
37. Instituto Nacional de Câncer. ABC do câncer. Abordagens básicas para o controle do câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [acesso 2026 abril 25]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-3-edicao.pdf>
38. Rokhshad R, Mohammad-Rahimi H, Price JB, et al. Artificial intelligence for classification and detection of oral mucosa lesions on photographs: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2024;28(1):88. doi: <https://doi.org/10.1007/s00784-023-05475-4>
39. Li J, Kot WY, McGrath CP, et al. Diagnostic accuracy of artificial intelligence assisted clinical imaging in the detection of oral potentially malignant disorders and oral cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*. 2024;110(8):5034-46. doi: <https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000001469>
40. Tobias MAS, Nogueira BP, Santana MCS, et al. Artificial intelligence for oral cancer diagnosis: What are the possibilities? *Oral Oncol*. 2022;134:106117. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2022.106117>



41. Conselho Federal de Odontologia (BR) [Internet]. Brasília, DF: CFO; [sem data]. Quantidade geral de cirurgiões-dentistas especialistas; [acesso 2026 fev 15 atualizado em 2026 abr 24]. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/estatisticas/quantidade-geral-de-cirurgioes-dentistas-especialistas/>
42. Montagnoli DRABS, Leite VF, Godoy YS, et al. Can predictive factors determine the time to treatment initiation for oral and oropharyngeal câncer? A classification and regression tree analysis. PLoS One. 2024;19(4):e0302370. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302370>

Recebido em 19/12/2025  
Aprovado em 26/2/202

