

**Diretriz para prática clínica odontológica na APS: Condutas para diagnóstico das desordens potencialmente malignas e do Câncer de boca**

**Editora-geral**

Renata Maria Oliveira Costa

**Coordenação técnica geral:**

Wellington Mendes Carvalho

**Autores e Painel**

**Autores**

Eduardo Dickie de Castilhos, Gabriel Schmitt da Cruz, Otávio Pereira D'Avila,  
Nicole Aimée Rodrigues José

**Comitê Organizador**

Eduardo Dickie de Castilhos, Gabriel Schmitt da Cruz, Bruna Muhlinberg  
Vetromilla

**Painel de Especialistas**

Adriana Tavares de Moraes Atty

Alan Roger dos Santos Silva

Bruna Muhlinberg Vetromilla

Carolina Mendes Frusca do Monte

Ana Carolina Uchoa Vasconcelos

Eduardo Dickie de Castilhos

José Miguel Amenábar Céspedes

José Ricardo Sousa Costa

Juan Pablo Aitken Saavedra

Letycia Barros Gonçalves

Nicole Aimée Rodrigues José

Otávio Pereira D'Avila

Sandra Cecilia Aires Cartaxo

Vinicius Carrard

GODeC – Global Observatory for Dental Care Group

Revisão Técnica

Amanda Pinto Bandeira Rodrigues de Sousa

Ana Beatriz de Souza Paes

Betina Suziellen Gomes da Silva

Élem Cristina Cruz Sampaio

Flávia Santos Oliveira de Paula

Laura Cristina Martins de Souza

Nicole Aimée Rodrigues José

Renato Taqueo Placeres Ishigame

Sandra Cecília Aires Cartaxo

Sumaia Cristine Coser

Wellington Mendes Carvalho

## **APRESENTAÇÃO**

A análise e síntese do conhecimento científico atualizado para dar suporte às decisões na prática clínica, bem como para a proposição de políticas públicas custo-efetivas, e cujos benefícios são consenso entre os atores envolvidos na produção de saúde, constitui-se como desafio para os formuladores de políticas públicas, gestores, e profissionais de saúde, dentre os quais estão os cirurgiões-dentistas. (FAGGION; TU, 2007; SUTHERLAND, 2000).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção responsável pela atenção e resolução das principais condições de saúde das pessoas, sendo a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), e a ordenadora da rede de atenção. É, portanto, elemento precípua da organização de sistemas de saúde efetivos, e no Brasil, tem na Estratégia Saúde da Família sua principal estratégia de organização. A APS está fundamentada nos atributos propostos por Barbara Starfield (2002), entre os quais estão o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, e a coordenação do cuidado. Além disso, a APS tem como compromisso o atendimento aos preceitos constitucionais e legais do SUS, entre os quais estão a universalidade, a integralidade e a equidade. A APS oferece melhores resultados de saúde a custos mais baixos para o Sistema de Saúde Pública, sendo importante para a racionalização dos recursos financeiros empregados pelo SUS (ANDERSON et al., 2018).

As ações em saúde realizadas na APS envolvem diagnóstico, tratamento e reabilitação de problemas de saúde agudos e crônicos, prevenção de doenças, promoção de saúde e coordenação do cuidado em saúde das pessoas e suas famílias. Para o alcance dos atributos na APS, entre outras medidas, é recomendada a oferta de cuidados de saúde bucal, sobretudo na Estratégia Saúde da Família, por meio das equipes de saúde bucal.

O processo de trabalho dessas equipes tem como diretriz a operacionalização dos fundamentos da APS, e deve ser norteado pelo compromisso de promover a resolução de mais de 80% dos problemas de saúde bucal da população, produzindo grande impacto na situação de saúde das pessoas e famílias, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. O Ministério da Saúde disponibiliza aos gestores, profissionais de saúde bucal e usuários um rol de ações dispostas na Carteira de Serviço da APS- não vinculativo ou exaustivo- a ser desenvolvidos pelas equipes de saúde bucal,

conforme recursos disponíveis, demanda existente e processos de educação continuada ofertados.

Considerando todos os benefícios que a formulação de políticas baseada em evidências traz à sociedade, tanto no que tange à qualidade e segurança do cuidado produzido, quanto no emprego de recursos públicos para a adoção de políticas públicas de saúde efetivas, a Coordenação Geral de Saúde Bucal, em parceria com a iniciativa GODEC (Global Observatory for Dental Care) da Universidade Federal de Pelotas, disponibilizará no ano de 2021, 22 diretrizes clínicas para a qualificação do cuidado de saúde bucal ofertado na Atenção Primária à Saúde. “Diretriz para a Prática Clínica Odontológica na Atenção Primária à Saúde: condutas para diagnóstico das desordens potencialmente malignas e do Câncer de boca” compõe o rol de documentos relacionados à saúde bucal do adulto e do idoso e traz abordagem sobre rastreio de desordens potencialmente malignas que, detectadas em tempo oportuno, podem ter desfechos mais favoráveis para os usuários em termos de qualidade de vida e sobrevida, à luz do que consta nas “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004)”. Um dos eixos mínimos estabelecido no documento é a detecção e rastreios precoces de desordens potencialmente malignas e diminuição da prevalência de câncer de boca no Brasil.

## **INTRODUÇÃO**

As desordens potencialmente malignas que acometem a boca são alterações (leucoplasia, eritroplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa, queilite actínica, fibrose submucosa oral, líquen plano, lúpus oral eritematoso, disqueratose, lesões palatais em fumantes reversos, lesão liquenoide, atrofia por deficiência de ferro) que apresentam aproximadamente 4,5% de prevalência na população mundial e 3,9% na sul-americana (MELLO et al., 2018; MAGHAMI et al., 2020; WARNAKULASURIYA et al., 2020) (figuras 1 a 5). A incidência do câncer bucal no Brasil é considerada uma das mais elevadas do mundo (SOARES et al., 2019), e representa cerca de 3,4% dos 449.090 pacientes diagnosticados com câncer no Brasil estimados por ano para o triênio 2020 a 2022 (ANAYA et al., 2018; MELLO et al., 2018; SOARES et al., 2019; INCA, 2020). O carcinoma espinocelular é a neoplasia maligna mais frequente da boca,

com predileção por indivíduos do sexo masculino, entre a quarta e sexta década de vida, e com localização anatômica preferencial em língua e orofaringe (CRUZ et al., 2005; SOARES et al., 2019).

Em 2020, o câncer de cabeça e pescoço, que inclui, entre outras topografias anatômicas, o câncer de lábio, subsítios da boca e orofaringe apresentou a incidência global de 377.713 casos e 177.757 mortes. Assim, representa o 16º conjunto de neoplasias malignas mais comum, e a 15ª principal causa de morte em todo o mundo.



**Figura 1** - Paciente do sexo masculino, tabagista e etilista com uma úlcera infiltrativa de borda elevada afetando a região da borda lateral da língua. A biópsia incisional e análise histopatológica da lesão demonstraram um carcinoma espinocelular. Imagem cedida pela equipe do Serviço de Estomatologia (OROCENTRO) da FOP-UNICAMP.



Imagen com direitos autorais – não permitida a reprodução

**Figura 2** - Úlcera infiltrativa localizada no rebordo alveolar da mandíbula. A biópsia incisional desta lesão e a análise histopatológica resultaram no diagnóstico de um carcinoma espinocelular. Imagem cedida pela equipe do Serviço de Estomatologia (OROCENTRO) da FOP-UNICAMP.



Imagen com direitos autorais – não permitida a reprodução

**Figura 3** - Placa branca não removível à raspagem afetando a borda lateral da língua com extensão para o ventre lingual e fórnix de paciente tabagista e etilista cuja biópsia e análise microscópica demonstraram displasia epitelial compatível com o diagnóstico clínico de leucoplasia. Imagem cedida pela equipe do Serviço de Estomatologia (OROCENTRO) da FOP-UNICAMP.



Imagen com direitos autorais – não permitida a reprodução

**Figura 4** - Eritroplasia na borda lateral de língua em uma paciente tabagista do sexo feminino. A biópsia incisional e a análise histopatológica demonstraram displasia epitelial. Imagem cedida pela equipe do Serviço de Estomatologia (OROCENTRO) da FOP-UNICAMP.



Imagen com direitos autorais – não permitida a reprodução

**Figura 5** - Queilite actínica em lábio inferior de paciente do sexo masculino ocupacionalmente exposto à radiação solar. Notam-se ao exame visual clínico da lesão a presença de placas brancas, áreas erosivas avermelhadas e focos de hiperpigmentação. A biópsia incisional seguida de análise histopatológica demonstrou elastose solar e displasia epitelial compatíveis com o diagnóstico clínico de queilite actínica. Imagem cedida pela equipe do Serviço de Estomatologia (OROCENTRO) da FOP-UNICAMP.

A incidência de câncer bucal (ajustada por idade) no mundo é de quatro casos por 100.000 pessoas, com uma ampla variação que depende do sexo,

grupos de idade, países, grupos étnicos e condição socioeconômica (WHO, 2020; WARNAKULASURIYA et al., 2020). Segundo INCHINGOLO et al. (2020), as diferenças regionais para incidência do câncer de boca podem ser atribuídas a: hábitos culturais, renda, taxa de analfabetismo, expectativa de vida. A qualidade dos prontuários dos profissionais de saúde também pode comprometer os dados utilizados no cálculo da estimativa.

A localização geográfica parece ser uma das principais variáveis para a ocorrência do câncer bucal (SARODE et al., 2020). Em populações que pertencem ao baixo nível socioeconômico - principalmente em países em desenvolvimento - observa-se a falta de conhecimento sobre as consequências de se expor aos fatores de risco evitáveis, como o tabaco e álcool (INCHINGOLO et al., 2020).

A cada ano do triênio 2020/2022, estimou-se a ocorrência de 15.210 novos casos de neoplasias malignas de boca no Brasil (INCA, 2020). Estas, ocupam a quinta posição de frequência no sexo masculino, com um risco estimado de 10,69 casos novos a cada 100 mil homens, 11.200 novos casos a cada ano com 5% de incidência entre todas as neoplasias malignas (INCA, 2020). Não obstante, a incidência no sexo feminino é de 3,71 para cada 100 mil mulheres, ocupando a décima terceira posição na frequência entre todos os cânceres (INCA, 2020).

O estado de Santa Catariana apresentou a maior taxa ajustada de incidência para câncer de cavidade oral para os homens, 5,51 casos por cada 100 mil homens, e Sergipe, a maior taxa ajustada de incidência para câncer de cavidade oral para mulheres, 5,89 casos por 100 mil mulheres. A região Norte apresentou as menores taxas de incidência para ambos os sexos (INCA, 2020), fato que pode ser limitado pela subnotificação do número de casos.

Os fatores de risco mais conhecidos incluem qualquer forma de uso de tabaco e consumo de álcool, com um risco 30 vezes maior para indivíduos que fumam e bebem em grande quantidade e alta frequência; o excesso de gordura corporal (INCA, 2020); bem como a infecção da orofaringe pelo papilomavírus humano (HPV), sobretudo, o genótipo HPV16. Este é responsável por uma porcentagem crescente de cânceres de orofaringe entre os jovens no mundo (MARIZ et al., 2021), principalmente na América do Norte e na Europa e que se acredita ser associado à prática do sexo oral que transmite o HPV desde a

mucosa anogenital até a boca onde, por questões biológicas bem caracterizadas, infecta as tonsilas palatinas e linguais, com potencial oncogênico para gerar carcinomas não queratinizantes associados ao HPV (BERMAN et al., 2017; BEZZERA et al., 2018; LEWIS et al., 2018; VIALE et al., 2020).

Em países mais desenvolvidos, as taxas de sobrevida são melhores, se comparadas às de países em desenvolvimento. (MORO et al., 2018). A mortalidade depende, sobretudo, do estágio da doença no momento do diagnóstico, que, muitas vezes, já é avançado (BEZZERA et al., 2018; INCHIGOLLO et al., 2020). A taxa de sobrevida do câncer de boca e orofaringe é considerada baixa, em 5 e 10 anos, respectivamente, as taxas correspondem a 42% e 38% (MORO et al., 2018).

A prevenção primária do câncer bucal inclui evitar o uso de tabaco, o abuso de álcool e a imunização contra o HPV, bem como a ingestão adequada de frutas e vegetais. A prevenção secundária envolve a detecção precoce que consiste na realização sistemática do exame físico visual e tático da cabeça, do pescoço e da boca, sendo uma técnica essencial para a detecção precoce de desordens potencialmente malignas e neoplasias malignas em estágios iniciais (geralmente assintomáticas). A prevenção terciária do câncer de boca é realizada por meio do suporte odontológico aos pacientes em tratamento oncológico com a finalidade de mitigar complicações do tratamento cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico, bem como diagnosticando e tratando recidivas tumorais ou metástases tardias. A inspeção visual e a palpação permitem uma impressão precisa, no entanto, o diagnóstico precisa ser confirmado por meio de biópsia e análise histopatológica (D'SOUZA et al., 2018; MONTERO et al., 2015). A natureza agressiva do câncer bucal avançado geralmente determina um prognóstico ruim, exigindo uma abordagem de tratamento multimodal de cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A combinação dessas modalidades de tratamento é frequentemente usada com base no estadiamento clínico da doença, localização do tumor, experiência dos médicos responsáveis pelo tratamento, infraestrutura disponível, estado de desempenho e preferências do paciente (ANAYA et al., 2018). Portanto, a determinação do estadiamento do câncer é uma ferramenta muito importante para a escolha adequada do tratamento antineoplásico, bem como para a predição do prognóstico. Quanto mais

avançado o estágio clínico do câncer bucal, pior é o prognóstico e menor a sobrevida dos indivíduos acometidos (BEZERRA et al., 2018).

A partir do conhecimento do perfil epidemiológico, devem ser estimuladas e intensificadas as políticas públicas de prevenção, diagnóstico e tratamento para a população. Portanto, é importante que a população e os dentistas estejam completamente cientes dos fatores de risco para o câncer bucal e a importância do diagnóstico precoce. Os profissionais devem procurar cuidadosamente os primeiros sinais de neoplasias malignas durante o exame de rotina da boca (CRUZ et al., 2005; MATHUR et al., 2015; KUMAR et al., 2016; D'SOUZA et al., 2018; SOARES et al., 2019).

O compromisso do Ministério da Saúde em propor diretrizes baseadas em evidências científicas que fundamentem a prática clínica e o cuidado integral, bem como o protagonismo da Atenção Primária à Saúde na organização da rede de atenção saúde identificaram como prementes a elaboração de diretrizes para prática clínica no âmbito da saúde bucal como garantia da integralidade do cuidado, com vistas a favorecer a integração das práticas profissionais e a garantir a continuidade assistencial (LAVRAS et al., 2011; GOV.BR, 2020).

A detecção precoce de lesões potencialmente malignas e o rastreio para câncer de boca estão previstos nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) por meio da implementação dos seguintes aspectos: a) realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade, mediante negociação e pactuação com representantes das três esferas de governo; b) oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa) seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas (por exemplo: vacinação de idosos); c) acompanhar casos suspeitos e confirmados através da definição e, se necessário, criação de um serviço de referência, garantindo-se o tratamento e reabilitação e d) estabelecer parcerias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer bucal com Universidades e outras organizações. Adicionalmente, o Programa Saúde na Escola (PSE) tem como perspectiva a abordagem de aspectos relacionados a boas práticas de saúde para que os indivíduos tenham desenvolvimento pleno e saudável até a vida adulta. Deste modo, ações de promoção da saúde bucal e prevenção de doenças e agravos devem ser incluídas no projeto político

pedagógico das escolas podendo envolver educação em saúde com abordagem sobre os potenciais fatores de risco ao câncer de boca.

Manual de Especialidades em Saúde Bucal (2008) é um documento que fina apresentar um conjunto de princípios e recomendações de modo a facilitar a tomada de decisão apropriada à nível de atenção especializada. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (2018) comprehende acerca da nova forma de organização de serviços de saúde no SUS, que é a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e contribui com a operacionalização da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Em consonância a esses documentos e configurado como “uma importante ferramenta de gestão do cuidado”, a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) (2019) é um documento que visa nortear as ações de saúde na APS brasileira com forte reconhecimento da clínica multiprofissional. Conquanto, no âmbito de desordens potencialmente malignas e câncer bucal, a CaSAPS não aborda diretamente diretrizes preventivas. Visto que, ao citar os procedimentos clínicos, aponta como competência a realização de biópsia de tecidos moles da boca. Assim, para efetivamente fortalecer a oferta de cuidados próprios da APS, o tema foi discutido e avaliado em um painel específico, em seus mais diversos aspectos, abordando diretrizes para prática clínica que incidam com eficiência na prevenção, diagnóstico e tratamento das desordens potencialmente malignas da mucosa bucal e do câncer bucal.

## **OBJETIVO**

Considerando a prevalência e a morbimortalidade das desordens potencialmente malignas e câncer de boca, faz-se necessário um protocolo para conduta na APS.

O objetivo desta diretriz para a prática clínica é auxiliar a tomada de decisão clínica de dentistas das redes de saúde pública e privada, coordenadores de saúde bucal e formuladores de políticas públicas quanto à realização de diagnóstico de lesões com suspeita de serem malignas ou desordens potencialmente malignas na boca. Esta diretriz fornece recomendações sobre o uso de adjuntos do exame físico nas condutas de diagnóstico em pacientes adultos e idosos no âmbito da APS para diagnóstico de desordens potencialmente malignas ou câncer de boca.

## METODOLOGIA

Para a elaboração da diretriz, foi utilizada a ferramenta *GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)* (<https://www.gradeworkinggroup.org/>). Esta ferramenta oferece a possibilidade de gerar recomendações clínicas baseadas em evidências científicas, considerando o uso de um sistema coordenado, transparente e estruturado para apresentar sumários de evidência, avaliação de qualidade da evidência, elaboração de recomendações e gradação de direção e força destas (BRASIL, 2014).

Dentro do fluxo de decisões e informações preconizadas pela ferramenta, o protocolo a ser seguido e desenvolvido para o estabelecimento de diretrizes se ampara como passo inicial na definição de questões prioritárias, considerando intervenções e desfechos esperados. Adicionalmente é realizada a síntese das evidências disponíveis, principalmente pela execução de revisões sistematizadas da literatura ou rastreio de revisões sistemáticas já executadas e publicadas na literatura e, após, é realizada a sumarização dos resultados. Esta etapa inclui a avaliação de qualidade da evidência disponível considerando cada desfecho avaliado para cada intervenção. Finalmente, é realizada a avaliação e o julgamento da qualidade da evidência disponível para o suporte da recomendação e é decidida a direção e força da recomendação, etapa preferencialmente executada em painel de especialistas no tema (BRASIL, 2014).

Sendo assim, cada diretriz aborda um tipo de problema, condição frequente nas equipes de saúde bucal da APS, sendo cada uma delas voltada para questões prioritárias que tratam de intervenções e desfechos. Após a conclusão das etapas acima narradas, cada diretriz trará um conjunto de recomendações fruto da consulta às evidências científicas associadas ao julgamento de um painel de especialistas que avaliarão outros aspectos além da qualidade da evidência para sustentar ou não as recomendações provenientes da literatura científica.

Para essa diretriz, diversos profissionais com treinamento formal e atuantes em centros de referência nos campos de Estomatologia e Patologia Oral e Maxilofacial do Brasil foram convidados para compor o painel que realizou as recomendações expressas nesta diretriz. O painel foi composto também por

professores e pesquisadores das áreas de Estomatologia e Patologia Oral e Maxilofacial oriundos de diversas Universidades brasileiras. Também participaram especialistas em saúde bucal coletiva e profissionais de saúde bucal que atuam na rede pública. No total, o grupo de especialistas foi composto por quatorze painelistas.

Os painelistas realizaram diversas reuniões, com periodicidade quinzenal, entre os meses de fevereiro de 2020 e junho de 2021, para discussões e obtenção de consensos acerca de todas as recomendações. Todas as reuniões foram organizadas pelo Comitê Organizador, com a colaboração da Coordenação-Geral de Saúde Bucal/Ministério da Saúde e do GODEC (Global Observatory for Dental Care)/UFPel (Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil). As reuniões do painel aconteceram somente quando houve quórum do número de participantes, ou seja, 50% + 1 dos painelistas deveriam estar presentes para que qualquer decisão pudesse ser deliberada. Todas as reuniões do painel aconteceram de forma síncrona, em salas virtuais.

O comitê organizador foi responsável por consolidar e apresentar as evidências disponíveis das questões clínicas aos demais membros do grupo. Todas as decisões foram tomadas por meio de consenso e todos os painelistas possuíam direito a voto com igual peso. Nos casos em que consenso não foi possível, houve uma votação para que as prováveis recomendações fossem explicitadas. A partir disso um novo processo de consenso foi atingido. Por quaisquer razões, os painelistas poderiam declarar conflito de interesse para uma questão específica. Nesses casos, o voto do painelista não foi computado.

### **Questões Prioritárias:**

Todas as questões clínicas incluídas na diretriz a ser adaptada foram consideradas como elegíveis para o presente guia, e todas foram apresentadas em uma reunião aos painelistas. Após debate, houve votação para manutenção ou exclusão de cada questão, em que os membros do painel deveriam votar se concordavam ou não com a inclusão das questões. As questões onde não houve consenso foram submetidas a mais uma rodada de discussão e votação.

Em todo o processo de escolha das questões, os painelistas foram requisitados a considerarem as perspectivas do paciente, a disponibilidade das intervenções e os procedimentos éticos e legais. Foi reforçado que a presente

diretriz tem como usuários-alvo os cirurgiões-dentistas da APS, mas também pode abranger outros profissionais das equipes que atuam na APS.

Todas as três questões da diretriz original foram incluídas. Um exame adjunto não disponível no mercado(testes salivares) foi excluído.

A literatura indica que não existe um acordo universal sobre a definição e aplicação do termo “desordem potencialmente maligna” (DPM), e os autores tentaram reconciliar as inconsistências da melhor maneira possível.

### **Correspondência de recomendações de diretrizes**

Inicialmente, o Comitê Organizador realizou uma busca por guias potencialmente elegíveis nas bases de dados: MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane CENTRAL e National Institute for Clinical Evidence (NICE). A estratégia de busca apresentada na Tabela 7 foi realizada na base de dados MEDLINE para identificar potenciais guias elegíveis.

Três avaliadores independentes (EDC, GSC, BV) avaliaram os estudos encontrados para inclusão, com base nos critérios de elegibilidade, através do *Rayyan QCRI* (OUZZANI et al., 2016).

Optou-se pela adaptação da diretriz “*Evidence-based clinical practice guideline for the evaluation of potentially malignant disorders in the oral cavity: a report of the American Dental Association*” (LINGEN et al., 2017). Essa adaptação de diretriz para a prática clínica foi desenvolvida e reportada de acordo com o guia de reporte AGREE II (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*) (BROUWERS et al., 2016). O processo geral de adaptação do guia foi realizado através do método do GRADE-ADOLOPMENT (SCHÜNEMANN et al., 2017). A elaboração das recomendações foi produzida e avaliada de acordo com a construção de tabelas de recomendações e força de evidência do GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation) (GUYATT et al., 2011).

Considerando a necessidade de adaptação para a realidade do Brasil, as tabelas de sumarização das evidências foram refeitas a partir dos dados de um estudo de revisão e serviram de base para a tomada de decisão do painel e elaboração das recomendações.

Quadro 1 – Glossário de termos utilizados na diretriz

TERMO	DEFINIÇÃO
Triagem	A triagem é o processo pelo qual um avaliador examina um paciente sem sintomas para determinar se ele ou ela tem probabilidade ou não de ter uma doença. Em programas de triagem em massa, também conhecido como “triagem baseada na comunidade” ou “triagem baseada na população”, o grupo-alvo é convidado a participar especificamente com o propósito de detectar doenças. No cenário de assistência odontológica, o ato de rastreamento do câncer bucal geralmente ocorre quando o paciente se apresenta para atendimento de rotina, uma forma de rastreamento oportunista.
Avaliação	A avaliação geralmente envolve uma pesquisa mais ampla de pacientes com e sem sintomas, incluindo uma revisão de seu histórico clínico, social e odontológico e uma avaliação física. No ambiente de atendimento odontológico, isso é realizado por meio de um exame visual e tátil, extra e intraoral, para detectar quaisquer anormalidades da boca, incluindo desordens potencialmente malignas e aparentemente malignas.
Exame físico tátil-visual (EFTV)	Inspeção visual sistemática da cabeça e pescoço. Isso inclui o exame físico da face, do pescoço, dos lábios e tecidos da boca sob iluminação de luz branca para quaisquer sinais ou anomalias de tecido clinicamente detectáveis ou mudança morfológica, como mudanças no tamanho, cor e textura. Assim, é combinado com a palpação regional, com luvas, para detectar mudanças na consistência e temperatura da mucosa, pele, ossos, articulações e linfonodos. Os sintomas relatados pelo paciente podem incluir sensação de nódulo/massa persistente na faringe, dor de ouvido inexplicável ou dor orofaríngea, rouquidão e assim por diante.
Adjuntos ou testes índice	Um adjunto é um teste, dispositivo, técnica ou tecnologia para auxiliar os clínicos da APS, possivelmente como um teste de triagem, na detecção de Desordens Potencialmente Malignas (DPM) ou lesões com suspeita de serem malignas para a avaliação de sua relevância biológica. São abordados nessa diretriz os seguintes testes: Exames citológicos, autofluorescência, reflectância de tecido e coloração vital.
Biomarcador	É um indicador mensurável da severidade ou da presença de algum estado de doença.
Biópsia ou critério padrão	A biópsia seguida de avaliação histopatológica, um procedimento usado para detectar alterações teciduais microscópicas, é o teste diagnóstico padrão de critério para DPMs e Carcinoma de Células Escamosas Oral/Carcinoma Espinocelular (CCEO). A biópsia pode ser incisional ou excisional. Uma biópsia incisional é uma técnica cirúrgica que envolve um bisturi ou punção para amostrar uma porção de uma lesão para subsequente

	exame histopatológico e diagnóstico definitivo. Uma biópsia excisional é uma técnica cirúrgica que envolve um bisturi ou punção que remove toda a mucosa clinicamente anormal de uma lesão clinicamente evidente para subsequente exame histopatológico e diagnóstico definitivo.
Testes Índice (Adjuntos) Versus Padrão de Critério (uma biópsia)	Um teste índice para uma determinada lesão ou condição é avaliado quanto à precisão do diagnóstico por comparação com um padrão de referência ou teste de diagnóstico padrão de critério. O teste adjunto citológico se dá por raspado da superfície e processado pela técnica de Papanicolaou. O teste adjunto de autofluorescência é realizado através da reflectância do pigmento de lipofuscina, avalia de maneira indireta a vitalidade do epitélio pigmentado. O teste adjunto de reflectância de tecido e coloração vital é expresso pela utilização de um corante para evidenciar células ou parte de células enquanto estas se mantêm vivas. O teste padrão de critério se dá por remoção parcial ou total da lesão e análise histopatológica.
Resultado de teste verdadeiro positivo	Um resultado de teste verdadeiro-positivo indica que um adjunto ajudou a identificar corretamente um paciente como tendo um DPM ou lesão maligna. Um encaminhamento oportuno para um especialista ou uma biópsia será realizada.

## **CONDUTAS PARA DIAGNÓSTICO DAS DESORDENS POTENCIALMENTE MALIGNAS E DO CÂNCER DE BOCA**

**Deve-se usar adjuntos do exame físico no diagnóstico de desordens potencialmente malignas e câncer de boca na atenção primária?**

**Questão 1:Devemos realizar anamnese (incluindo histórico médico, social e odontológico atualizado) e exame visual e tátil convencional extraoral e intraoral em todos os pacientes adultos para identificar desordens potencialmente malignas ou malignas na cavidade oral?**

***Resumo dos achados***

***Recomendações***

A diretriz utilizada como referência para essa adaptação coloca a realização de anamnese e exame clínico visual e tátil como uma recomendação de boas práticas.

### **Observações**

Uma vez que a prática da anamnese associada ao exame clínico visual e tátil é uma alternativa com efetividade reconhecida, estudos de reconhecido valor científicos como ensaios clínicos randomizados comparando com grupos onde essa prática não é realizada não são possíveis por questões éticas.

### **Quadro 2 - Recomendação baseada em evidência científica para a questão 1.**

**Devemos realizar anamnese (incluindo histórico médico, social e odontológico atualizado) e exame visual e tátil convencional extraoral e intraoral em todos os pacientes adultos para identificar desordens potencialmente malignas ou malignas na cavidade oral?**

O painel **sugere** que os profissionais de saúde\* **devem** obter, por meio da anamnese, um histórico médico, social e odontológico atualizado e realizar um exame visual e tátil convencional extraoral e intraoral em todos os pacientes adultos em visitas iniciais de rotina ou de urgência.

Literatura de suporte: Lingen et al., 2017

Evidência disponível: Opinião de painel de especialistas.

Recomendação GRADE: -

Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

**Questão 2:Entre adultos aparentemente saudáveis sem lesões clinicamente evidentes, devemos recomendar o uso de adjuvantes para identificar desordens potencialmente malignas ou malignas na cavidade oral?**

### **Resumo dos achados**

### **Recomendações**

Não foram encontrados estudos com os exames disponíveis para a prática clínica em indivíduos sem lesões clinicamente evidentes.

O artigo de Lingen et al. (2017) encontrou estudos que usaram testes salivares nessa população. Os testes salivares não estão disponíveis no mercado. Os estudos encontrados apresentavam qualidade metodológica baixa à moderada e grande diversidade em relação ao delineamento, tamanho amostral e grande amplitude de acurácia diagnóstica. O fluxograma que apresenta a síntese de evidência está apresentado na Figura 1.

### **Observações**

- “Não conseguimos identificar estudos que atendessem ao critério de seleção. O painel considerou importante incluir a melhor evidência disponível para este cenário de paciente e não incluir adjuvantes salivares.”
- A maioria das referências identificadas tratava-se de estudos de caso-controle de teste diagnóstico, seguidos por alguns estudos transversais e prospectivos.
- A maioria dos estudos apresentou baixo número amostral, com menos de 100 participantes;
- A maioria dos biomarcadores mostrou uma ampla gama de resultados de acurácia do teste de diagnóstico (sensibilidade variando de 0,5–0,9 e especificidade variando de 0,63–0,90)
- Alguns biomarcadores mostraram claramente não estar associados à presença de desordens potencialmente malignas iniciais e não sugeriram a capacidade de informar a progressão da doença. Em contraste, outros biomarcadores foram elevados significativamente naqueles com carcinoma de células escamosas oral em comparação com aqueles sem a doença.

### **Quadro 3 - Recomendação baseada em evidência científica para a questão 2.**

<b>Entre adultos aparentemente saudáveis sem lesões clinicamente evidentes, devemos recomendar o uso de adjuvantes para identificar desordens potencialmente malignas ou malignas na cavidade oral?</b>
O painel <b>sugere</b> que, para pacientes adultos sem lesões ou sintomas clinicamente evidentes, <b>nenhuma ação adicional</b> é necessária.

Literatura de suporte: Lingen et al., 2017
Evidência disponível: Uma revisão sistemática.
Recomendação GRADE: -
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

**Questão 3: Entre adultos com lesões clinicamente evidentes, não suspeitas ou outros sintomas, devemos recomendar o uso de adjuvantes para identificar doenças potencialmente malignas ou malignas na cavidade oral?**

O painel **sugere** que, para pacientes adultos com uma lesão da mucosa oral clinicamente evidente com um diagnóstico clínico desconhecido, considerado aparentemente inócuo ou não suspeito de malignidade ou outros sintomas, os profissionais de saúde devem acompanhar, periodicamente, o paciente para determinar a necessidade de exame adicional. Se a lesão não tiver remissão e o diagnóstico clínico de uma desordem potencialmente maligna não puder ser descartado, os profissionais devem realizar uma biópsia da lesão ou encaminhar o paciente para Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou encaminhar o paciente para algum outro ponto da rede em que o usuário possa realizar a biópsia e tratamento.

**3.1) Entre adultos com lesões clinicamente evidentes, não suspeitas ou outros sintomas, devemos recomendar o uso de testes **adjuntos citológicos** para identificar doenças potencialmente malignas ou malignas na cavidade oral?**

**Resumo dos achados:**

**Exames citológicos** - Um estudo informou esta comparação com avaliação dos dados de 79 lesões. O limite de positividade para o critério padrão não era claro. Quando os profissionais de saúde usarem o teste citológico, 96% das lesões com a condição-alvo serão identificadas corretamente como positivas usando o adjunto (sensibilidade, 0,96; IC 95%, 0,81 a 1,00). No entanto, 90% das lesões sem a condição-alvo serão identificadas corretamente como negativas usando o adjunto (especificidade, 0,90; IC 95%, 0,79 a 0,97). Apesar de ter um

desempenho bom, o resultado positivo não descarta a necessidade de biópsia para confirmação do diagnóstico, e a literatura sugere seu uso como uma medida intermediaria para reforçar a necessidade de biópsia.

**Autofluorescência** - Um estudo informou esta comparação com os investigadores que avaliaram os dados de 156 lesões. O limiar de positividade para o padrão de critério não era claro. Quando um profissional de saúde usa autofluorescência, 50% das lesões com a condição alvo serão identificadas corretamente como positivas usando os adjuvantes (sensibilidade, 0,50; IC 95%, 0,21 a 0,79). No entanto, 39% das lesões sem a condição alvo serão identificadas corretamente como negativas usando os adjuntos (especificidade, 0,39; IC 95%, 0,31 a 0,47).

**Reflectância do tecido e coloração vital:** Um estudo informou esta comparação com avaliação dos dados de 102 lesões. O limiar de positividade para o padrão de critério não era claro. Quando um profissional de saúde usa reflectância de tecido e coloração vital, 0% das lesões com a condição alvo serão identificadas corretamente como positivas usando o adjunto (sensibilidade, 0,00; IC de 95%, 0,00 a 0,60). No entanto, 76% das lesões sem o distúrbio serão identificadas corretamente como negativas usando o adjunto (especificidade, 0,76; IC de 95%, 0,66 a 0,84)

#### **Observações:**

Os sintomas podem incluir sensação de disfagia/odinofagia, dor inexplicável nos ouvidos ou região orofaríngea e rouquidão.

Resumo dos achados

#### **Quadro 4 - Recomendação baseada em evidência científica para a questão 3.1.**

**Entre adultos com lesões clinicamente evidentes, não suspeitas ou outros sintomas, devemos recomendar o uso de testes adjuntos citológicos para identificar doenças potencialmente malignas ou malignas na cavidade oral?**

O painel **sugere** que, para pacientes adultos com uma lesão da mucosa oral clinicamente evidente com um diagnóstico clínico desconhecido, considerado aparentemente inócuo ou não suspeito de malignidade, ou outros sintomas,

os profissionais de saúde devem acompanhar, periodicamente, o paciente para determinar a necessidade de avaliação adicional. Se a lesão não tiver remissão e o diagnóstico clínico de uma desordem potencialmente maligna não puder ser descartada, os profissionais devem realizar uma biópsia da lesão ou fornecer encaminhamento imediato a um serviço de referência.

O painel **não recomenda** adjuvantes citológicos para a avaliação de desordens potencialmente malignas entre pacientes adultos com lesões clinicamente evidentes, aparentemente inócuas ou suspeitas. Se um paciente recusar a recomendação do profissional de saúde para a realização de uma biópsia da lesão ou encaminhamento para um especialista, o cirurgião-dentista pode usar um adjunto citológico para fornecer uma avaliação adicional da lesão. Um resultado de teste citológico positivo ou atípico reforça a necessidade de biópsia ou encaminhamento. Um resultado negativo do teste citológico indica a necessidade de acompanhamento periódico do paciente. Se o cirurgião-dentista detectar persistência ou progressão da lesão, é indicado realizar imediatamente uma biópsia da lesão ou encaminhar para um especialista.

O painel **não recomenda** autofluorescência, reflectância de tecido ou adjuvantes de coloração vital para a avaliação de desordens potencialmente malignas entre pacientes adultos com lesões clinicamente evidentes, aparentemente inócuas ou suspeitas.

Literatura de suporte: Lingen (2017)

Evidência disponível: Uma revisão sistemática.

Recomendação GRADE: 

Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

**Questão 4: Entre adultos com lesões clinicamente evidentes, suspeitas ou outros sintomas, devemos recomendar o uso de adjuvantes para identificar desordens potencialmente malignas ou malignas na cavidade oral?**

#### ***Resumo dos achados***

- “Não conseguimos identificar estudos que atendessem aos nossos critérios de seleção. O painel considerou importante incluir a melhor evidência disponível para este cenário de paciente e não incluir adjuvantes salivares.”
- A maioria das referências eram estudos de caso-controle de teste diagnóstico, seguidos por alguns estudos transversais e prospectivos.
- A maioria dos estudos apresentou baixo número amostral, com menos de 100 participantes;
- A maioria dos biomarcadores mostrou uma ampla gama de resultados de acurácia do teste de diagnóstico (sensibilidade variando de 0,5–0,9 e especificidade variando de 0,63–0,90)
- Alguns biomarcadores mostraram claramente não estar associados à presença de desordens potencialmente malignas iniciais e não sugeriram a capacidade de informar a progressão da doença. Em contraste, outros biomarcadores foram elevados significativamente naqueles com carcinoma de células escamosas oral em comparação com aqueles sem a doença.

**Quadro 5 - Recomendação baseada em evidência científica para a questão 4.**

**Entre adultos com lesões clinicamente evidentes, suspeitas ou outros sintomas, devemos recomendar o uso de adjuvantes para identificar desordens potencialmente malignas ou malignas na cavidade oral?**

O painel **sugere** que para pacientes adultos com uma lesão da mucosa oral clinicamente evidente, considerada suspeita de uma desordem potencialmente maligna ou maligna, ou outros sintomas, os profissionais devem realizar uma biópsia da lesão ou fornecer encaminhamento imediato a um serviço de referência.

O painel **não recomenda** adjuvantes citológicos para a avaliação de desordens potencialmente malignas entre os pacientes adultos com evidência clínica de lesões suspeitas. Se um paciente recusar a recomendação do profissional para realizar uma biópsia da lesão ou encaminhamento para um especialista, o clínico pode usar um adjunto citológico para fornecer avaliação adicional da lesão. Um resultado de teste citológico positivo ou atípico reforça

a necessidade de uma biópsia ou encaminhamento. Um resultado de teste citológico negativo indica a necessidade de acompanhamento periódico do paciente. Se o clínico detectar persistência ou progressão da lesão, é indicada a realização imediata de uma biópsia da lesão ou o encaminhamento a um especialista.

O painel **não recomenda** autofluorescência, reflectância de tecido ou adjuntos de coloração vital para a avaliação de desordens potencialmente malignas entre pacientes adultos com evidência clínica de lesões suspeitas.

Literatura de suporte: Lingen (2017)

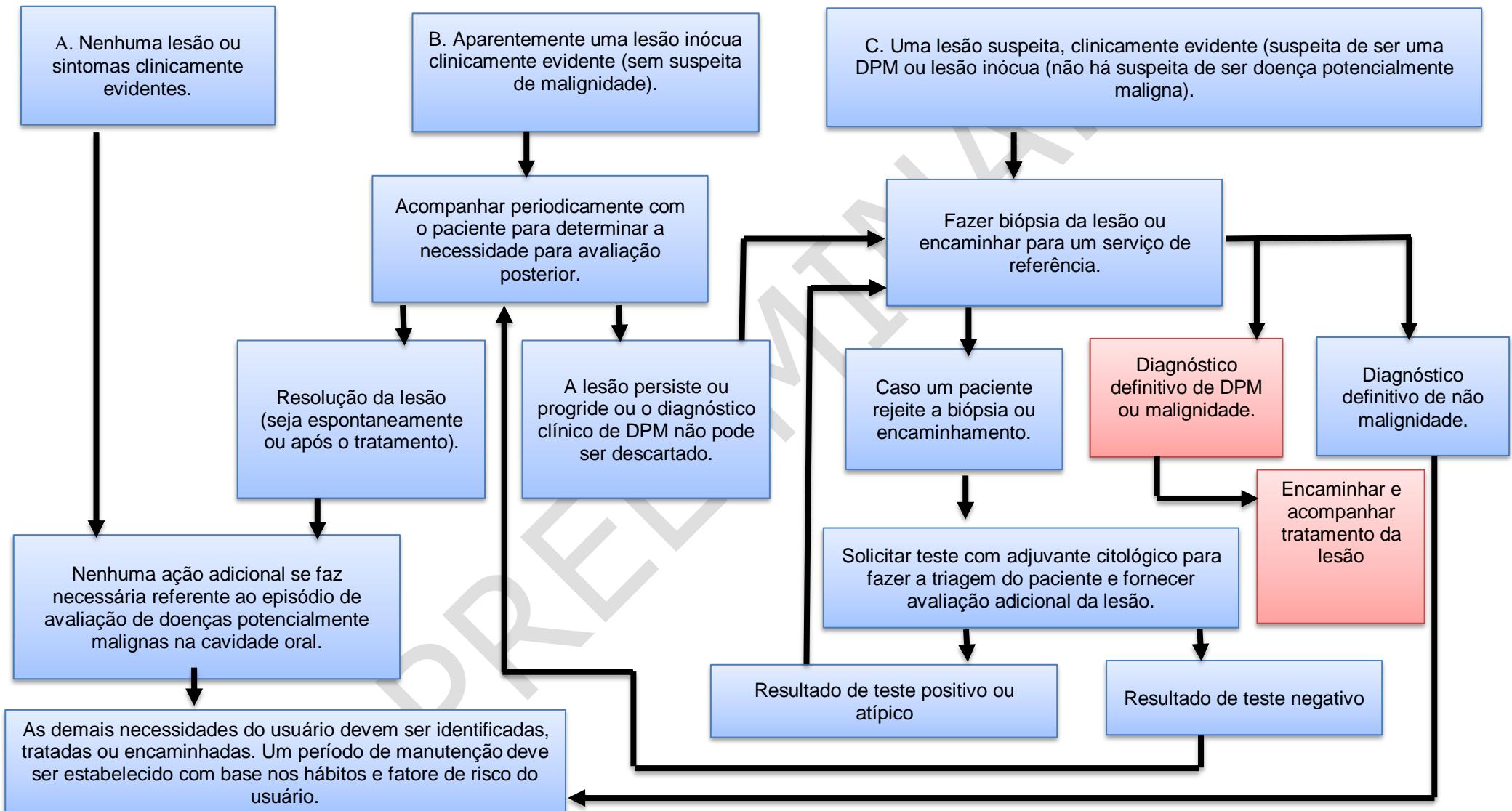
Evidência disponível: Uma revisão sistemática.

Recomendação GRADE: 

Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

**Figura 7 – Fluxograma do caminho clínico para a avaliação de doenças potencialmente malignas na cavidade oral**

Os dentistas devem obter ou atualizar o histórico do paciente e realizar um exame visual e tátil convencional intraoral e extraoral em todos os pacientes adultos. Se durante os exames iniciais, de rotina ou de emergência, um usuário tem:



Em todos os casos de identificação de grupos de risco (etilismo, tabagismo, potencial risco ao HPV e exposição solar): realizar orientações sobre necessidade de mudança de hábito (etilismo/tabagismo) e/ou adequar mecanismos protetivos como filtro solar, uso de chapéu que recubra o rosto dos raios solares, vacina contra HPV e proteção durante ato sexual.

Os relatórios do eSUS/APS permitem acompanhar/monitorar os grupos de risco (etilistas e tabagistas) ao desenvolvimento de DPMe de câncer de boca

## REFERÊNCIAS

- ANAYA, Meisser Vidal Madera et al. Quality assessment of clinical practice guidelines on treatments for oral cancer. **Cancer treatment reviews**, v. 65, p. 47-53, 2018.
- BERMAN, Tara A.; SCHILLER, John T. Human papillomavirus in cervical cancer and oropharyngeal cancer: one cause, two diseases. **Cancer**, v. 123, n. 12, p. 2219-2229, 2017.
- BROUWERS, Melissa C. et al. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. **Bmj**, v. 352, 2016.
- CRUZ, Gustavo D. et al. Preventing and detecting oral cancer: Oral health care providers' readiness to provide health behavior counseling and oral cancer examinations. **The Journal of the American Dental Association**, v. 136, n. 5, p. 594-601, 2005.
- D'SOUZA, Sharon; ADDEPALLI, Veeranjaneyulu. Preventive measures in oral cancer: An overview. **Biomedicine & Pharmacotherapy**, v. 107, p. 72-80, 2018.
- DE LUCENA, Edson Hilan Gomes. Acesso em saúde bucal na atenção básica antes e após o início da pandemia de COVID-19 no Brasil. 2020.
- GRADE WORKING GROUP et al. Grading of recommendations assessment, development and evaluation. The GRADE Working Group. 2021.
- HUSSEIN, Aisha A. et al. Global incidence of oral and oropharynx cancer in patients younger than 45 years versus older patients: a systematic review. **European Journal of Cancer**, v. 82, p. 115-127, 2017.
- INCHINGOLO, Francesco et al. Oral Cancer: A Historical Review. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 9, p. 3168, 2020.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.** – Rio de Janeiro : INCA, 2020.

KUMAR, Malay et al. Oral cancer: Etiology and risk factors: A review. **Journal of cancer research and therapeutics**, v. 12, n. 2, p. 458, 2016.

GUYATT, Gordon H. et al. GRADE guidelines: a new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. **Journal of clinical epidemiology**, v. 64, n. 4, p. 380-382, 2011.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.

LEWIS JR, James S. et al. Human papillomavirus testing in head and neck carcinomas: guideline from the College of American Pathologists. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 142, n. 5, p. 559-597, 2018.

LINGEN, Mark W. et al. Evidence-based clinical practice guideline for the evaluation of potentially malignant disorders in the oral cavity: a report of the American Dental Association. **The Journal of the American Dental Association**, v. 148, n. 10, p. 712-727. e10, 2017.

MAGHAMI, Ellie et al. Diagnosis and management of squamous cell carcinoma of unknown primary in the head and neck: ASCO guideline. **Journal of Clinical Oncology**, v. 38, n. 22, p. 2570-2596, 2020.

MARIZ, Bruno Augusto Linhares Almeida et al. Global prevalence of human papillomavirus-driven oropharyngeal squamous cell carcinoma following the ASCO guidelines: A systematic review and meta-analysis. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, v. 156, p. 103116, 2020.

MATHUR, Sweta et al. Assessment and prevention of behavioural and social risk factors associated with oral cancer: protocol for a systematic review of clinical guidelines and systematic reviews to inform Primary Care dental professionals. **Systematic reviews**, v. 4, n. 1, p. 1-8, 2015.

MELLO, Fernanda Weber et al. Prevalence of oral potentially malignant disorders: a systematic review and meta - analysis. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 47, n. 7, p. 633-640, 2018.

MONTERO, Pablo H.; PATEL, Snehal G. Cancer of the oral cavity. **Surgical Oncology Clinics**, v. 24, n. 3, p. 491-508, 2015.

NATANAEL-VICTOR-FURTUNATO BEZERRA, Karla-Lorene et al. Impact of the anatomical location, alcoholism and smoking on the prevalence of advanced oral cancer in Brazil. **Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal**, v. 23, n. 3, p. e295, 2018.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT. **GOV.BR**. 22 nov. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/1/p/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt>. Acesso em: 22 mar. 2021.

SARODE, Gargi et al. Epidemiologic aspects of oral cancer. **Disease-a-Month**, p. 100988, 2020.

SCHÜNEMANN, Holger J. et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. **Journal of clinical epidemiology**, v. 81, p. 101-110, 2017.

SHRESTHA, Aamod D. et al. Prevalence and incidence of oral cancer in low-and middle-income countries: A scoping review. **European journal of cancer care**, v. 29, n. 2, p. e13207, 2020.

SOARES, Élika Cardoso; NETO, Bartolomeu Conceição Bastos; DE SOUZA SANTOS, Lília Paula. Estudo epidemiológico do câncer de boca no Brasil/Epidemiological study of oral cancer in Brazil. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 64, n. 3, p. 192-198, 2019.

UYL-DE GROOT, Carin A. et al. Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic according to diagnosis, age and region. **TSG: Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen**, p. 1-8, 2020.

VIALE, Pamela Hallquist. The American Cancer Society's facts & figures: 2020 edition. **Journal of the Advanced Practitioner in Oncology**, v. 11, n. 2, p. 135, 2020.

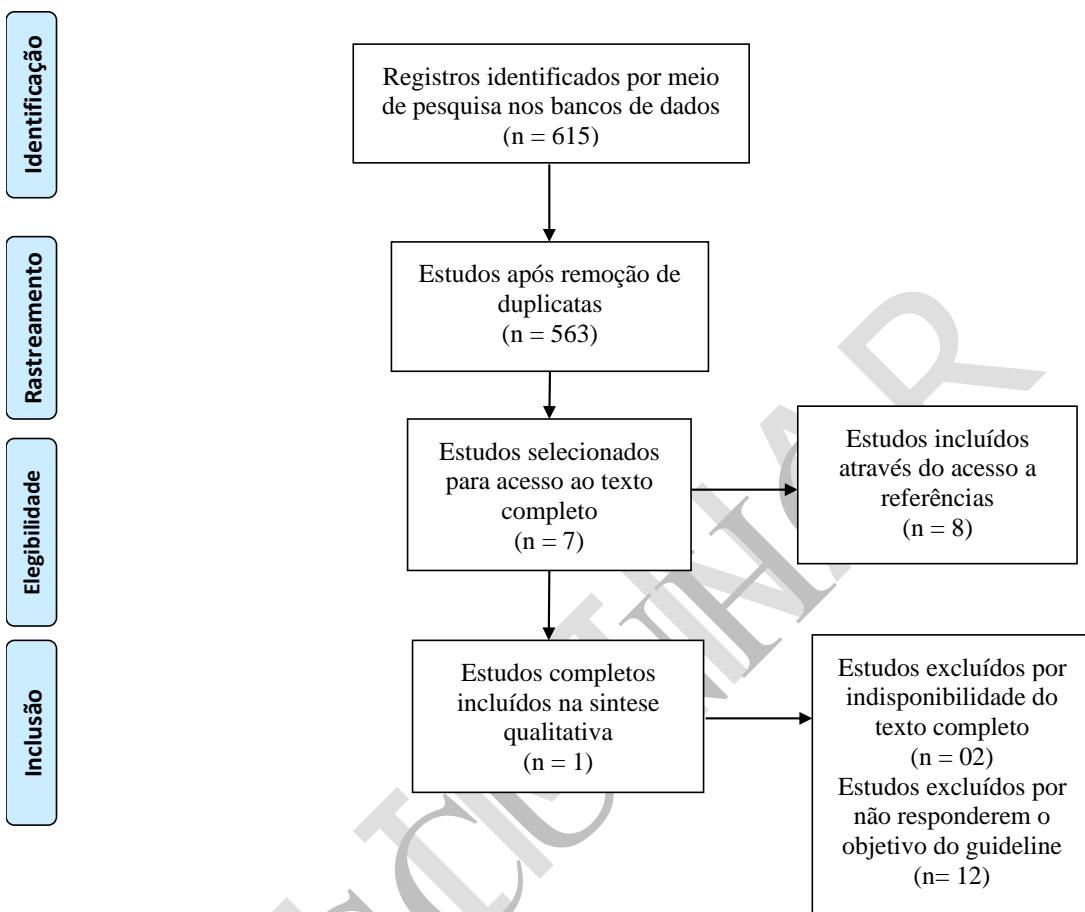
WARNAKULASURIYA, Saman; GREENSPAN, John S. Epidemiology of oral and oropharyngeal cancers. In: **Textbook of oral cancer**. Springer, Cham, 2020. p. 5-21.

World Health Organization. Oral Health. 2020. Available online: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/1-Lip-oral-cavity-fact-sheet.pdf> (accessed on 08 March 2021)

## Apêndices

**Quadro 6 - Número de resultados e chaves de busca na pesquisa por Guidelines no MEDLINE**

#1 (n=79606)	((((((((((((((((("Mouth Neoplasms"[Mesh]) OR (oral carcinoma*[tiab] OR (oral[ti] AND carcinoma*[ti])))) OR (oral cancer*[tiab] OR (oral[ti] AND cancer*[ti)))) OR (oral tumor*[tiab] OR (oral[ti] AND tumor*[ti)))) OR (oral tumour*[tiab] OR (oral[ti] AND tumour*[ti)))) OR (oral neoplasm*[tiab] OR (oral[ti] AND neoplasm*[ti]))) OR (oral oncolog*[tiab] OR (oral[ti] AND oncolog*[ti)))) OR (oral malignan*[tiab] OR (oral[ti] AND malignan*[ti)))) OR (mouth carcinoma*[tiab] OR (mouth[ti] AND carcinoma*[ti)))) OR (mouth cancer*[tiab] OR (mouth[ti] AND cancer*[ti)))) OR (mouth tumor*[tiab] OR (mouth[ti] AND tumor*[ti)))) OR (mouth tumour*[tiab] OR (mouth[ti] AND tumour*[ti)))) OR (mouth neoplasm*[tiab] OR (mouth[ti] AND neoplasm*[ti]))) OR (mouth oncolog*[tiab] OR (mouth[ti] AND oncolog*[ti)))) OR (mouth malignan*[tiab] OR (mouth[ti] AND malignan*[ti)))) OR (buccal carcinoma*[tiab] OR (buccal[ti] AND carcinoma*[ti)))) OR (buccal cancer*[tiab] OR (buccal[ti] AND cancer*[ti)))) OR (buccal tumor*[tiab] OR (buccal[ti] AND tumor*[ti)))) OR (buccal tumour*[tiab] OR (buccal[ti] AND tumour*[ti)))) OR (buccal neoplasm*[tiab] OR (buccal[ti] AND neoplasm*[ti]))) OR (buccal oncolog*[tiab] OR (buccal[ti] AND oncolog*[ti)))) OR (buccal malignan*[tiab] OR (buccal[ti] AND malignan*[ti)))) OR (oral cavity carcinoma*[tiab] OR (oral cavity[ti] AND carcinoma*[ti)))) OR (oral cavity cancer*[tiab] OR (oral cavity[ti] AND cancer*[ti)))) OR (oral cavity tumor*[tiab] OR (oral cavity[ti] AND tumor*[ti)))) OR (oral cavity tumour*[tiab] OR (oral cavity[ti] AND tumour*[ti)))) OR (oral cavity neoplasm*[tiab] OR (oral cavity[ti] AND neoplasm*[ti)))) OR (oral cavity oncolog*[tiab] OR (oral cavity[ti] AND oncolog*[ti)))) OR (oral cavity malignan*[tiab] OR (oral cavity[ti] AND malignan*[ti])))
#2 (n=132579)	("Practice Guideline"[pt]) OR (Practice Guideline*[tiab]) OR (guideline*[ti]) OR (guidance*[ti]) OR ((recommendation*[ti]))
#3 (n=215)	#1 AND #2



**Figura 6 – Fluxograma da síntese de evidência realizada para a questão 1.**

**Tabela 1 - Tabela de representação simbólica de qualidade da evidência e força da recomendação (GRADE).**

Representações sugeridas da qualidade da evidência e força das recomendações

Qualidade da evidência	Símbolo
Alto	⊕⊕⊕⊕

<b>Moderado</b>	⊕⊕⊕ ○
<b>Baixo</b>	⊕⊕ ○○
<b>Muito Baixo</b>	⊕ ○○○
<b>Força da Recomendação</b>	
Forte a favor de uma intervenção	↑↑
Fraco a favor de uma intervenção	↑
Equivalência na intervenção	
Fraco contra uma intervenção	↓
Forte contra uma intervenção	↓↓

PRESCHUTZMOTOR