

Prevalência de neoplasias bucais malignas em Maringá/PR

Prevalence of oral malignant neoplasms at Maringá/PR

Lilian Cristina Vessoni Iwaki¹, Mariliani Chicarelli¹, Wilton Mitsunari Takeshita², Neli Pieralisi¹, Celina Sayuri Shiraishi³, Gustavo Zanna Ferreira⁴

1. Professora de Estomatologia e Radiologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM

2. Professor de Estomatologia e Radiologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM e UNINGÁ.

3. Enfermeira – Especialista em Centro Cirúrgico (FAMERP).

4. Residente em Cirurgia e Traumatologia buco-maxilo-facial da Universidade Estadual de Maringá.

DESCRIPTORES:

Epidemiologia; Atenção à Saúde; Neoplasias Buciais; Prevalência.

RESUMO

As neoplasias malignas são patologias agressivas, que possuem taxas elevadas de incidência e mortalidade. O câncer bucal representa a sétima posição no ranking das neoplasias malignas mais encontradas no homem. Sobre isso, o presente artigo tem por finalidade determinar a prevalência de neoplasia maligna nos projetos de extensão de lesões bucais da Universidade Estadual de Maringá e apresentar o trabalho multiprofissional de atenção à saúde bucal desenvolvido, mostrando a importância do tratamento integrado do paciente com câncer bucal. Os resultados do levantamento epidemiológico evidenciaram que a maioria dos pacientes acometidos pertencia ao gênero masculino (n=76), com idade entre a quarta e a quinta década de vida. A região mais acometida é o lábio inferior (18,7%), e a lesão diagnosticada histopatologicamente mais prevalente é o carcinoma epidermoide (76%). Portanto, o que se observa é que combater o câncer de boca ainda é um grande desafio para as Universidades responsáveis pela formação dos profissionais de saúde, para o sistema público de saúde e para a população. Além disso, a integração multiprofissional de atenção a esse paciente é muito deficiente e difícil, frente à complexidade dos casos.

Keywords:

Epidemiology; Health care; Mouth neoplasms; Prevalence.

ABSTRACT

Malignant neoplasms are aggressive pathologies that have high rates of incidence and mortality. The oral cancer represents the seventh position in the ranking of the most frequent malignancies in humans. This article aims to determine the prevalence of malignancy in the extension projects of oral lesions of the State University of Maringá and present the work of multidisciplinary oral health care developed by the same, showing the importance of integrated treatment of the patient with oral cancer. The results of epidemiological survey showed that the majority of patients are male (n=76), aged between fourth and fifth decades of life, the most affected region is the lower lip (18,7%) the diagnosed histopathologically squamous cell carcinoma (76%) more prevalent. So, what is observed that, to combat oral cancer, remains a major challenge for the universities responsible for training health professionals for the public health system and population, in addition, the integration of multiprofessional attention to this patient is very deficient and difficult, compared to the complexity of cases.

139

Endereço para correspondência:

Lilian Cristina Vessoni Iwaki
Universidade Estadual de Maringá
Departamento de Odontologia
Av. Mandacaru, 1550 – Campus Universitário
Maringá/PR CEP 87.080-000
E-mail: lilianiwaki@gmail.com; wnari@bol.com.br

INTRODUÇÃO

O número de casos de câncer aumentou consideravelmente, em todo o mundo, principalmente a partir do século passado, configurando-se, na atualidade, como um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial.^{1,2} No Brasil, a mortalidade por doenças crônico-degenerativas tem evidenciado uma ascensão progressiva, destacando-se as neoplasias malignas como a segunda causa de morte^{3,4}, responsáveis por quase 17% dos óbitos de razão conhecida, notificados em 2007, no Sistema de Informações sobre Mortalidade.³ Em meio a essas doenças e entre os dez tipos mais frequentes de neoplasias malignas, encontra-se o câncer de boca, cuja estimativa nacional para 2010/2011 o aponta como o 7º mais incidente, mostrando uma expectativa de 10330 casos novos em homens e 3790 em mulheres.³

O câncer bucal possui uma predominância nos países em desenvolvimento⁵, em especial na classe social com níveis socioeconômicos mais baixos, ou seja, em pacientes que possuem maiores dificuldades de acesso ao sistema privado de saúde, dependentes, portanto, do sistema público. Neste, costuma ocorrer uma espera longa pelo atendimento, favorecendo um diagnóstico tardio, cujo tratamento é mais agressivo, com um prognóstico desfavorável, reduzindo, assim, sua qualidade de vida e aumentando as taxas de mortalidade.^{4,6}

Dependendo do grau de evolução e localização da lesão, o câncer de boca torna-se uma das lesões mais mutiladoras para o ser humano, uma vez que, depois de diagnosticado, os portadores são submetidos a terapias cirúrgicas radicais e/ou outras modalidades de tratamento, como a radioterapia e/ou quimioterapia que, no geral, são promotoras de complica-

ções locais e sistêmicas.⁷

Essas sequelas compreendem alterações estéticas e funcionais em uma área socialmente exposta e, na maioria dos casos, permanente. Algumas dessas implicações, como xerostomia, cárie dentária, osteoradionecrose, atrofia da mucosa bucal, fibrose de músculos e tendões, mucosite, candidose, disgeusia e trismo justificam a necessidade de cuidados especiais com a higiene bucal bem como um tratamento preventivo e curativo, tendo em vista o fato de que a pobre higienização ou a falta de cuidado com a cavidade bucal podem agravar ou predispor o aparecimento de algumas dessas complicações.⁸

Em função disso, o tratamento do câncer bucal envolve uma equipe inter e multiprofissional, que deve trabalhar de maneira integrada, objetivando a eliminação da doença, porém mantendo sempre a qualidade de vida do paciente.^{7,9}

O quadro atual de risco do câncer bucal no Brasil e suas tendências mostram relevância no âmbito da saúde pública e evidenciam a necessidade contínua de realizações de pesquisas sobre esse tema, buscando informações de qualidade sobre sua distribuição de incidência e mortalidade, as quais são essenciais para o desenvolvimento de políticas de saúde adequadas que visem ao seu controle no país.^{1,3} Além disso, mostra-se necessária uma integração maior entre ensino-pesquisa-extensão e maior relação inter e multiprofissional, a fim de tratar o paciente como um todo.

Frente ao exposto, o presente artigo tem como objetivo apresentar um trabalho desenvolvido de atenção à saúde, descrevendo o atendimento a pacientes diagnosticados com neoplasia maligna em cavidade bucal, executado no projeto de extensão: "Diagnóstico, tratamento e epidemiologia das doenças da cavidade bucal – LEBU" do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá – Paraná/Brasil e realizar uma análise epidemiológica dos casos de neoplasias malignas registrados durante o período de 1995 a 2010.

140

MATERIAL E MÉTODO

Este manuscrito teve seu projeto analisado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, conforme o Parecer nº 316/2010. Somente após a aprovação, os trabalhos foram iniciados.

O projeto de extensão "Diagnóstico, tratamento e epidemiologia das doenças da cavidade bucal – LEBU", a partir de 1995, atende pessoas portadoras de alguma lesão em boca desde o seu diagnóstico ao tratamento e acompanhamento. Esses pacientes o procuram espontaneamente ou são encaminhados por profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) municipais, tornando-se referência dentro da 15ª Regional de Saúde do Paraná, composta por 30 municípios. Nos primeiros cinco anos, o projeto de extensão LEBU correspondeu à fase de construção com um menor fluxo de pacientes, e, no período seguinte, fase de consolidação e implantação. Atualmente, é um projeto de extensão permanente, com fluxo contínuo de pacientes.

O presente manuscrito é um estudo retrospectivo em que se analisaram 2157 prontuários assistidos e biopsiados nos projetos no período de 1995 a 2010. Desse total, foram selecionados somente os pacientes biopsiados, cujo laudo histopatológico foi de neoplasia bucal maligna. Os prontuários com informações incompletas ou apenas com diagnóstico clínico foram excluídos.

Os dados coletados foram gênero, idade, cor de pele, consumo de tabaco, uso de bebidas alcoólicas, localização da lesão, tipos de neoplasia maligna, profissão e ano de diagnóstico da lesão. Essas informações eram fundamentais para firmar o perfil de pacientes em questão, a fim de saber a população que deveria ser monitorada com maior veemência e,

assim, servir de base para posterior formulação de estratégias a fim de prevenir o câncer bucal.

O agrupamento das afecções com relação a seu local primário de desenvolvimento foi realizado de acordo com a Classificação de Tumores Malignos – TNM para a região de cabeça e pescoço, em lesões com origem em lábio; cavidade oral (língua, assoalho de boca, gengiva, túber da maxila e rebordo alveolar inferior, mucosa jugal, área retromolar, região de palato, trígono retromolar, corpo de mandíbula); região de faringe (orofaringe, nasofaringe e hipofaringe); laringe; seios maxilares; cavidade nasal e seios etmoidais; glândulas salivares; glândula tireoide.¹⁰

Os dados foram inseridos no programa de computador MINITAB14 para WindowsXP, sendo submetidos à análise estatística, aplicando-se o teste qui-quadrado com nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Dos 2157 prontuários de pacientes biopsiados com lesões bucais, foram encontrados 76 indivíduos do gênero masculino e 24 do gênero feminino, representando 4,6% de pacientes com neoplasias bucais malignas. Aplicando-se o teste qui-quadrado em nível de significância de 5% para a variável gênero, encontrou-se diferença estatística significativa ($p=0,001$).

Para a avaliação das idades, na época do diagnóstico dessas neoplasias bucais malignas ($n=100$), foi realizada a divisão em grupos etários, obtendo-se como resultados: nenhum paciente de 0-10 anos (0%), um paciente de 11-20 anos (1%), dois pacientes de 21-30 anos (2%), quatro pacientes de 31-40 anos (4%), 23 pacientes de 41-50 anos (23%), 31 pacientes de 51-60 anos (31%), 27 pacientes de 61-70 anos (27%) e 12 pacientes de 71-80 anos (12%), no qual se pôde observar um predomínio de distribuição da quinta à sétima década de vida.

Quanto à cor da pele dos pacientes, foram encontrados 76 leucodermas (76%), 21 melanodermas (21%), dois faiodermas (2%) e um xantoderma (1%).

Os hábitos nocivos da população da amostra foram reportados na Figura 1, sendo que 85 pacientes possuíam hábitos nocivos (85%); destes, 35 fumavam e ingeriam bebidas alcoólicas (42%), 42 apenas fumavam (49%), oito apenas ingeriam bebidas alcoólicas (9%), e 15 pacientes não possuíam hábitos nocivos. Aplicando-se o teste qui-quadrado em nível de significância de 5%, a fim de verificar se a presença de hábitos nocivos é um elemento estatisticamente significativo em relação ao desenvolvimento de neoplasia, pôde-se perceber que há diferença estatisticamente significativa entre as variáveis ($p=0,001$).

DISTRIBUIÇÃO DOS HÁBITOS NOCIVOS

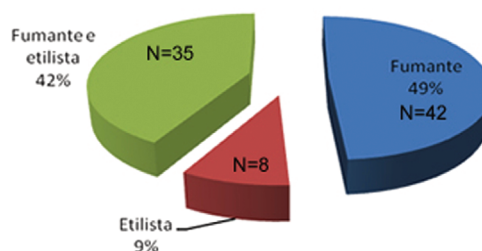


Figura 1 - distribuição de hábitos nocivos encontrados em indivíduos diagnosticados com neoplasias bucais malignas.

Foram identificados 71 pacientes (71%) possuindo lesões que se localizavam na boca, 23 (23%), em lábio, três (3%), em faringe, e três (3%), em seio maxilar.

Observou-se, então, uma distribuição regional das 123 lesões biopsiadas, de forma que 23 pacientes apresentavam lesões em região de lábio (18,7%), 21, em língua (17%), 18, em assoalho de boca (14,6%), 15, em gengiva (12,2%), 11, em mucosa jugal (9%), 15, em área retromolar (12,2%), 12, em região de palato (9,7%), e as demais, 6,4%, em corpo de mandíbula, seio maxilar, nasofaringe e orofaringe (Tabela 1), considerando-se que os dados ultrapassaram o número de 100 prontuários, pois houve paciente que possuía mais de uma lesão em duas ou mais partes da cavidade bucal.

Tabela 1 – Distribuição regional de lesões em número e porcentagem

Distribuição Regional das Lesões	N	Porcentagem
Lábio	23	18,7%
Língua	21	17%
Assoalho de boca	18	14,6%
Gengiva	15	12,2%
Mucosa Jugal	11	9%
Trígono retromolar	15	12,2%
Região de palato	12	9,7%
Corpo de mandíbula	2	1,6%
Seio maxilar	3	2,4%
Naso e orofaringe	3	2,4%

Todas as lesões foram submetidas à biópsia incisional inicial, e o material FOI encaminhado para o laboratório de patologia. Conforme o laudo histopatológico, as lesões foram classificadas como carcinomas epidermóides (espinocelular) em 76 pacientes (76%), carcinoma mucoepidermoide em oito pacientes (8%), carcinoma verrucoso de Ackerman em três pacientes (3%), carcinoma de seio maxilar em três pacientes (3%) e osteossarcoma e linfoma não Hodgkin em dois pacientes (2%) para cada lesão, carcinoma basocelular, linfoma extramodal, carcinoma in situ, adenocarcinoma metastático, metástase hepática e carcinoma adenoide cístico em um paciente (1%) para cada lesão (Tabela 2).

Tabela 2 – Porcentagens e número das lesões segundo o laudo histopatológico

Laudos Histopatológicos	N	Porcentagem
Carcinoma epidermoide	76	76%
Carcinoma mucoepidermoide	8	8%
Carcinoma verrucoso de Ackerman	3	3%
Carcinoma de seio maxilar	3	3%
Osteossarcoma	2	2%
Linfoma não-hodgkin	2	2%
Carcinoma basocelular	1	1%
Linfoma extra-modal	1	1%
Carcinoma in situ	1	1%
Adenocarcinoma metastático	1	1%
Metástase hepática	1	1%
Carcinoma Adenoide Cístico	1	1%

Com relação à história ocupacional, observou-se que 27 pacientes eram lavradores, 7, pedreiros, 1 era mestre-de-obras e 65 tinham outras profissões (Figura 2).

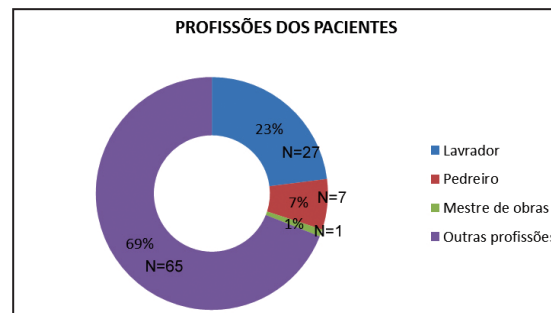


Figura 2 - Profissões dos portadores de neoplasias bucais

Quanto ao período de diagnóstico da lesão, o ano de 2006 possuiu o maior número de casos diagnosticados como neoplasias malignas no qual foram encontrados 13 casos (13%) (Figura 3).

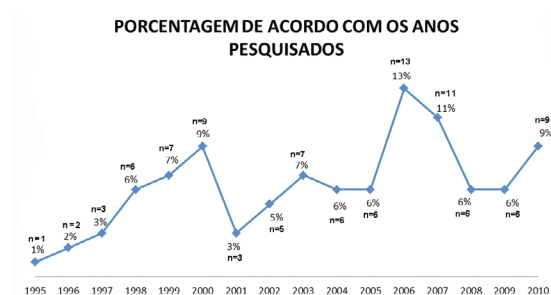


Figura 3 - Porcentagem das neoplasias encontradas no estudo de acordo com os anos.

DISCUSSÃO

A apresentação de ações multiprofissionais pode despertar o interesse ou contribuir para reflexões sobre como melhorar a assistência de atendimento integrado aos pacientes oncológicos. Por outro lado, as análises epidemiológicas contínuas permitem a atualização do perfil dos pacientes portadores de câncer bucal, e por fim, a elaboração de novas táticas preventivas e terapêuticas.

As estratégias na prevenção de doenças se fundamentam no conhecimento da população-alvo. Ainda que as características dos pacientes com neoplasia maligna em cavidade bucal sejam muito exploradas pela literatura, espera-se que, com o desenvolvimento populacional e educacional, haja modificações nesse perfil. Novos levantamentos se fazem oportunos, devendo ser acompanhados e atualizados, especialmente na busca pela justificativa da ocorrência de diagnósticos na fase avançada de neoplasia maligna em boca.

Independentemente da fase em que é diagnosticado, observa-se a falta de integração multiprofissional no tratamento do câncer bucal. De um modo geral, a maioria dos profissionais da saúde, entre eles o cirurgião-dentista, se sente inseguros para tratar ou acompanhar esses pacientes ao longo do tratamento oncológico. Isso ocorre talvez em função da complexidade e individualidade dos casos e ou devido à falta de formação durante a graduação do profissionais. Esse é um dos focos do Projeto Lebu: formar dentistas habilitados a essa função por meio de uma inter-relação profissional no acompa-

nhamento dos quadros de lesões bucais, entre elas as lesões malignas.

Ao abranger Maringá e região o Projeto "LEBU" apresenta resultados de grande relevância, uma vez que é referência em diagnóstico e tratamento de doenças bucais para toda a 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, e sua atuação contribui para a melhoria da saúde bucal da população regional.

Os dados obtidos em relação ao gênero mostram que 76% dos indivíduos acometidos por câncer bucal pertenciam ao gênero masculino e 24% ao feminino, refletindo uma proporção de aproximadamente 3:1 e diferindo estatisticamente de forma significativa ($p=0,001$). Os resultados corroboram a literatura que aponta o acometimento da doença, preferencialmente em homens.³ Para Franceschi¹¹, essa proporção seria menor (2:1) nas Américas, embora, em alguns países, como Uruguai e Brasil, a taxa seria maior (4:1), o que difere dos resultados aqui descritos. Contudo, essa prevalência em homens tem diminuído, de acordo com Ligier et al.¹², enquanto em mulheres tem aumentado consideravelmente, comparando-se diferentes períodos de tempo.

Segundo a literatura, o carcinoma bucal exibe uma predileção pelas 5ª, 6ª e 7ª décadas de vida, o que também é visível nesta pesquisa, pois 93% da amostra total se situavam acima dos 40 anos de idade, com a predominância para as 5ª e 6ª décadas de vida, o que coincide com os achados de Fontesi et al.¹³. Para a cor de pele, obteve-se uma prevalência de leucodermas (76%) em relação aos outros grupos (24%), o que corrobora os achados da literatura que afirmam haver um maior número de câncer bucal em indivíduos dessa cor de pele.¹⁴ Em alguns países, pesquisadores identificaram uma tendência recente do câncer bucal, manifestando-se nos indivíduos mais jovens^{15,16} como também, uma incidência crescente entre mulheres.¹⁷

O estilo de vida é um fator social importante para o desenvolvimento do câncer de boca. Dos pacientes que possuíam hábitos nocivos, 35 fumavam e ingeriam bebidas alcoólicas, 42 apenas fumavam, e oito apenas ingeriam bebida alcoólica, diferença essa estatisticamente significativa. Esses dados reforçam o fato de que o tabagismo e o etilismo são fatores de risco significante ao câncer bucal, como os achados que são encontrados na literatura, relatando que a maioria dos pacientes possui hábitos carcinogênicos, principalmente o tabaco e o álcool.^{1,2,5,7,9,15,18,20} Bunell et al.²¹ demonstraram a redução dos índices de câncer bucal em Nevada, EUA, em decorrência da diminuição do uso de tabaco entre 1995 e 2007. Todavia, esses achados não coincidem com outras citações, como a de Sassi & Oliveira²², ao afirmarem que, em muitos casos, socioculturalmente falando, o paciente não aceita o cadastramento como etilista.

Neste trabalho, não foi possível investigar outros fatores de risco, tais como estresse, infecções virais anteriores e história familiar de câncer, como sugeriu Zygiogianni et al.¹⁵.

No presente estudo, o aumento no número de casos diagnosticados a partir de 2006 pode ser justificado tanto pela procura cada vez maior da população por atendimento especializado quanto por uma maior exposição dos pacientes ao tabaco. Segundo Parise²³, a incidência do câncer de boca tem acompanhado os padrões de consumo de tabaco e álcool há várias décadas. Outra justificativa também pode ser relacionada ao fato de os pacientes demorarem menos tempo para procurar atendimento após terem notado alguma alteração na cavidade bucal, pois atualmente a preocupação com a saúde vem aumentando, e o projeto vem atuando de maneira incisiva, na prevenção primária do câncer, realizando palestras nas comunidades, exames em feiras de saúde e divulgação sobre a importância do autoexame e do seu trabalho em meios de comunicação local.

Analisando-se a localização topográfica, referente aos dados registrados no Departamento de Odontologia da UEM, o local mais acometido foi o lábio (18,7%), seguido da língua (17%) (figura 3). Esses resultados são contrastantes com outros estudos que afirmam ser a língua, seguida do lábio os locais de maior acometimento do câncer bucal²⁴. Com relação à história ocupacional, obtiveram-se os seguintes resultados: 23% eram lavradores, 7%, pedreiros, e 1% era mestre de obra, sendo que todos desenvolveram câncer de lábio. Esses dados são importantes na etiologia do câncer de lábio, uma vez que a radiação solar é capaz de, a longo prazo, produzir lesões de significativa importância biológica. Daí, a exposição crônica à luz solar representar um considerável fator de risco de uma das neoplasias malignas mais frequentes da boca: o câncer do lábio inferior. Esses trabalhadores tornam-se um grupo de risco não somente pela exposição ao sol como também aos ventos e às geadas, que ressecam os lábios, causando-lhes alterações hiperestróficas que podem evoluir para neoplasias malignas.³ Os fatores ocupacionais relacionados à etiologia do câncer de boca não são somente aqueles relativos à exposição solar, entretanto, na prática clínica, os fatores extrínsecos mais relevantes são a exposição ao tabaco, ao álcool e à luz solar.²³

Quanto ao tipo histológico das lesões encontradas, houve predomínio do carcinoma epidermoide (76%), o que coincide com os achados de Pereira et al.²⁵; Warnakulasuriya¹⁸; de Camargo Cancela⁵, dos quais, das diversas neoplasias que acometem a cavidade bucal, a maioria, cerca de 90 a 95%, foi de carcinoma epidermoide²³, embora, no presente trabalho, essa taxa tenha sido um pouco inferior ao relatado.

Atualmente, espera-se um aumento no índice de sobrevivência dos pacientes devido à detecção e ao tratamento precoce da doença. O fácil acesso à cavidade bucal facilita o exame clínico, possibilitando o diagnóstico precoce.²³ Elango et al.²⁶ relatam que condutas de autoexame de boca têm contribuído para diminuir a prevalência de câncer oral. Além disso, o conhecimento adquirido nas últimas décadas a respeito dos fatores de risco associados à etiopatogenia do câncer vem tornando possível identificar os indivíduos mais susceptíveis a desenvolver a doença, tornando-os alvo de ações preventivas. Hertrampf et al.²⁷ relataram, em um estudo longitudinal, que a melhora do conhecimento dos cirurgiões-dentistas a respeito dos fatores que predis põem o câncer contribui para diminuir os valores de prevalência do câncer bucal.

Contudo, segundo Eadie et al.²⁹, três são os fatores que desestimulam o paciente a procurar auxílio e orientação profissional quanto ao câncer bucal: seu pequeno conhecimento, sua pouca percepção do risco e seu medo a respeito dos aspectos negativos desse diagnóstico. Por conseguinte, todos os membros de uma equipe multiprofissional integrada atuam não só curativamente, mas ressaltando os aspectos preventivos do câncer bucal, buscando uma boca saudável que pode ser favorável para o desempenho do tratamento, visto que é íntima a relação de condições inflamatórias bucais crônicas e a saúde geral.^{29,30}

Objetivando desenvolver e coordenar ações integradas para a prevenção e o controle da doença, redução na incidência e na mortalidade causada pelo câncer bucal no Brasil, os participantes dos projetos acreditam que a relação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, quando bem articulados, conduzem a mudanças significativas nos processos de ensino e de aprendizagem, fundamentando didática e pedagogicamente a formação profissional. Estudantes e professores constituem-se, efetivamente, em sujeitos do ato de aprender, de ensinar e de formar profissionais e cida-

dãos. A pesquisa e a informação epidemiológica, em interação com a extensão e o ensino, com a universidade e com a sociedade, possibilitam operacionalizar a relação entre teoria e prática, a democratização do saber acadêmico e o retorno desse saber à universidade, testado e reelaborado.

CONCLUSÃO

Com o levantamento epidemiológico, observou-se que a maior prevalência dos pacientes acometidos foi do gênero masculino, com idade entre a quarta e a quinta década de vida, sendo a região do lábio e o carcinoma epidermoide os mais prevalentes.

REFERÊNCIAS

1. Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras de Cancerologia*. 2005;51(3):227-34.
2. Torres-Pereira C. Oral cancer public policies: is there any evidence of impact? *Braz Oral Res*. 2010;24:37-42.
3. INCA. Estimativa 2010 - Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>. Acesso em 27 de jun de 2011.
4. Hassanein KA, Musgrove BT, Bradbury E. Psychological outcome of patients following treatment of oral cancer and its relation with functional status and coping mechanisms. *J Cranio-Maxillofacial Surg*. 2005;33(6):404-9.
5. de Camargo Cancela M, Voti L, Guerra-Yi M, Chapuis F, Mazuir M, Curado MP. Oral cavity cancer in developed and in developing countries: population-based incidence. *Head Neck*. 2010 Mar;32(3):357-67.
6. Vartanian JG, Carvalho AL, Toyota J, Kowalski ISG, Kowalski LP. Socioeconomical effects of and risk factors disability in long-term survivors of head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;132:32-5.
7. Costa EG, Miglioratti CA. Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. *Rev Bras de Cancerologia*. 2001 jul-ago-set;47(3):283-9.
8. Salles JMP. Qualidade de vida e perspectivas futuras. Visão do cirurgião. In: Salles JMP. Câncer de boca: uma visão multidisciplinar. Belo Horizonte: Coopmed. 2007.p.302-5.
9. Almeida FCS, Vaccarezza GF, Cazal C, Benedethe APF, Pinto Junior DS, Tavares MR et al. Avaliação odontológica de pacientes com câncer de boca. Pré e pós-tratamento oncológico - uma proposta de protocolo. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2004;4(1):25-31.
10. Eisenberg ALA. TNM: classificação de tumores malignos 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254p.
11. Franceschi S, Bidoli E, Herrero R, Muñoz N. Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. *Oral Oncology*. 2000;36(1):106-15.
12. Ligier K, Belot A, Launoy G, Velten M, Delafosse P, Guizard AV. Epidemiology of oral cavity cancers, in France. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2011;112(3):164-71
13. Fontesi PC, Sousa FACG, Rosa LEB. Correlação entre o consumo de tabaco e a incidência de câncer bucal. *Rev Bras de Patologia Oral*. 2004 abr-mai-jun;3(3).
14. Durazzo MD, Tavares MR, Nabuco ACE, Brandão NJS, Matsunaga P, Potenza AS et al. Perfil dos portadores do câncer da cavidade oral operados de 1994 a 1998: predomínio de doença local avançada e aumento da incidência em mulheres. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. 2001;25:7-10.
15. Zygianni AG, Kyrgias G, Karakitsos P, Psyrris A, Kouvaris J, Kelekis N, Kouloulis V. Oral squamous cell cancer: early detection and the role of alcohol and smoking. *Head & Neck Oncology*. 2011;3:1-12.
16. Llewellyn CD, Linklater K, Bell J, Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients aged 45 years and under: a descriptive analysis of 116 cases diagnosed in the South East of England from 1990 to 1997. *Oral Oncol* 2003; 39(2):106-14.
17. Shiboski CH, Schmidt BL, Jordan RC. Tongue and tonsil carcinoma: increasing trends in the US population ages 20-44 years. *Cancer*. 2005 May;103(9):1843-9.
18. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol*. 2009;45(4-5):309-16.
19. Adair T, Hoy D, Dettrick Z, Lopez AD. Trends in oral, pharyngeal and oesophageal cancer mortality in Australia: the comparative importance of tobacco, alcohol and other risk factors. *Aust N Z J Public Health*. 2011;35(3):212-9.
20. Lambert R, Sauvaget C, de Camargo Cancela M, Sankaranarayanan R. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2011 Jun 4. [Epub ahead of print]
21. Bunnell A, Pettit N, Reddout N, Sharma K, O'Malley S, Chino M, Kingsley K. Analysis of primary risk factors for oral cancer from select US states with increasing rates. *Tob Induc Dis*. 2010;8(1):5.
22. Sassi LM, Oliveira BV, Ramos GHA, Ramos C, Minari-Sassi CL. Early detection of mouth tumours: a clinical study of Paraná-Brazil. *Oral Diseases*. 1997;3:36-7.
23. Parise O. Câncer de boca aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo, Sarvier. 2000.
24. Antunes AA, Takano JH, Queiroz TC, Vidal AKL. Perfil epidemiológico do câncer bucal no CEON/HUOC/UPE e HCP. *Odontologia. Clín.-Cientif*. 2003;2(3):181-6.
25. Pereira LA, Sobrinho JA, Rapoport A, Dedivitis RA. Epidemiologia do câncer bucal em Barretos, São Paulo. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. 2003;31(2):35-9.
26. Elango KJ, Anandkrishnan N, Suresh A, Iyer SK, Ramaiyer SK, Kuriakose MA. Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population. *Oral Oncol*. 2011 Jun 4. [Epub ahead of print]
27. Hertrampf K, Wenz HJ, Koller M, Grund S, Wiltfang J. The oral cancer knowledge of dentists in Northern Germany after educational intervention. *Eur J Cancer Prev*. 2011 May 26. [Epub ahead of print]
28. Durães GV, Jham BC, Freire ARS. Odontologia pré-operatória. In: Salles JMP. Câncer de Boca: uma visão multidisciplinar. Capítulo 28, Belo Horizonte: Coopmed. 2007;223-8.
29. Eadie D, MacKintosh AM, MacAskill S, Brown A. Development and evaluation of an early detection intervention for mouth cancer using a mass media approach. *Brit J Cancer*. 2009;101:73-9.
30. Latino-Martel P, Druesne-Pecollo N, Dumond A. Nutritional factors and oral cancers. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2011;112(3):155-9.

Recebido para publicação: 29/07/11
Encaminhado para reformulação: 30/11/11
Aceito para publicação: 26/04/12