

CONHECIMENTOS E ATITUDES DE CIRURGIÕES-DENTISTAS FRENTE AO CÂNCER BUCAL

Knowledge and attitudes of dentists toward oral cancer

Francisco Ivson Rodrigues Limeira¹, Isaac Newton Lucas Maia², Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa¹, Patrícia Meira Bento³, Robéria Lúcia de Queiroz Figueiredo⁴

1. Mestrando em Clínica Odontológica, Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB.

2. Cirurgião-Dentista, Campina Grande-PB.

3. Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB.

4. Professora Adjunta do Curso de Odontologia, Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB.

Palavras-chaves:

Diagnóstico bucal; Neoplasias bucais; Odontologia preventiva

RESUMO

Introdução: A ausência de sintomatologia do câncer bucal na fase inicial e a falta de preparo do cirurgião-dentista são fatores que podem estar associados a um diagnóstico tardio. **Objetivos:** Caracterizar os conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas atuantes na rede privada de Campina Grande, Paraíba, acerca do câncer bucal. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, com abordagem quantitativa. Utilizou-se para a coleta de dados um questionário estruturado e os resultados foram analisados pela estatística descritiva. **Resultados:** Dos 42 cirurgiões-dentistas participantes, 57,1% eram do sexo masculino. A metade dos pesquisados eram graduados há mais de 16 anos, sendo a grande maioria pós-graduados (78,5%). A maioria (54,7%) julgou ter um relativo conhecimento acerca da doença. O exame de todas as estruturas bucais nas consultas fez parte da rotina de 81% dos profissionais e em casos de lesão suspeita de malignidade, 47,6% encaminharam para especialistas. Quanto à orientação ao paciente sobre informações relativas ao câncer bucal, 64,2% confirmam a prática. **Conclusões:** Os cirurgiões-dentistas mostraram-se comprometidos com a prevenção e diagnóstico do câncer bucal, incluindo nos seus exames de rotina a busca por alterações do padrão de normalidade que possam sinalizar a presença de lesões cancerizáveis.

Key words:

ABSTRACT

Background: The lack of symptomatology on oral cancer in the early stages and dentist's lack of preparation are factors that could be associated with delayed diagnosis. **Aim:** To characterize the knowledge and attitudes of dentists in private practices on Campina Grande, Paraíba, Brazil, about oral cancer. **Methods:** It was a cross-sectional study, with quantitative approach. The data collection was done using a questionnaire, and results were analyzed by descriptive statistics. **Results:** Of those 42 dentists interviewed, 57.1% (24) were male. Half of those surveyed were graduated about sixteen years ago or more, being the most of them postgraduate 78.5% (33). The majority, 54.7% (23) believed to have a relative knowledge about the disease. The examination of all oral structures on dental visit is made by 81.0% (34) of clinical dentists and 47.6% (20) of all dentists perform dental referral for lesion suspected of malignancy. About dental advice toward oral cancer, 64.2% (27) of dentists responded positively. **Conclusions:** The dental surgeons showed committed with prevention and diagnosis of oral cancer, including on their routine examination the search on normal range that can indicate the presence of precancerous lesions.

835

AUTOR CORRESPONDENTE:

Francisco Ivson Rodrigues Limeira
Rua Theodósio de Oliveira Ledo, Número 116, Apto 101,
CEP: 58400-08, Bairro Centro, Campina Grande-PB.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, a Odontologia compreende a prevenção, o diagnóstico precoce e, não somente, o tratamento curativo das doenças bucais. Dentre essas doenças, o câncer bucal pode ser considerado um problema de saúde pública, merecendo atenção especial do cirurgião-dentista¹⁻⁵.

Estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para o biênio 2012-2013 apontam o surgimento de 520 mil novos casos de câncer. Para o câncer bucal a estimativa é de 14.170 casos, esses valores correspondem a um risco estimado de 10 casos novos a cada 100 mil homens e 4 a cada 100 mil mulheres. Desconsiderando os tumores de pele não-melanoma, o câncer da cavidade oral em homens é o quarto mais frequente na região Nordeste (6/100 mil) e para mulheres é o oitavo mais frequente (3/100 mil). Para o estado da Paraíba foi estimado o diagnóstico de 250 novos casos de câncer bucal, obedecendo a incidência para homens e mulheres: 160 novos casos em homens e 90 casos em mulheres⁶.

Entre as neoplasias orais mais frequentes, cerca de 90 a 92% corresponde a carcinoma de células escamosas, representando 2% de todas as mortes por câncer no mundo, com uma taxa anual de aproximadamente 350 mil mortes⁷⁻⁸. O restante das neoplasias orais (8 a 10%) corresponde a linfomas, sarcomas e tumores das glândulas salivares⁹. Com relação aos fatores causais, já está bem estabelecido que o consumo de tabaco corresponda a um dos principais fatores para o surgimento do câncer na cavidade oral e faríngea⁹⁻¹¹. O consumo de bebidas alcoólicas também tem sido relatado como um fator importante na progressão do câncer bucal, que associado ao fumo aumenta o seu efeito carcinogênico¹². Outros fatores ainda têm sido associados ao câncer bucal, incluindo fatores endógenos (desnutrição geral e a predisposição genética), fatores exógenos (anemia por deficiência de ferro e infecções orais) e fatores ambientais incluindo os raios solares¹³⁻¹⁴.

Estudos demonstram que a manifestação inicial da doença raramente é diagnosticada e cerca de dois terços dos

casos são descobertos em estágios avançados da doença, principalmente nos países em desenvolvimento, causando uma sobrevida inferior a 5 anos em pelo menos 50% desses pacientes^{2-5,15}. Deficiências na formação profissional ou na educação continuada têm sido apontadas como fatores que podem contribuir para o diagnóstico tardio do câncer bucal¹⁶.

Cada vez mais se torna necessário o engajamento do profissional da odontologia na orientação sistemática dos pacientes sobre as formas de prevenir e detectar rapidamente sinais e sintomas do câncer bucal. Entretanto, ainda hoje ocorrem situações de desconhecimento profissional sobre as formas corretas de atuar nesses campos, o que repercute nos dados nacionais e internacionais que revelam uma alta incidência de câncer bucal diagnosticados em estágios clínicos avançados e um baixíssimo índice de medidas preventivas por parte da população¹⁷.

Em vista disso, o presente estudo buscou caracterizar os conhecimentos e diagnóstico do câncer bucal entre os cirurgiões-dentistas da rede privada de uma cidade do interior do Nordeste brasileiro.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo e Localização do Estudo

Foi desenvolvido um estudo transversal e observacional entre cirurgiões-dentistas da rede privada da cidade de Campina Grande, estado da Paraíba (PB), Brasil. Para coleta das informações foi utilizado um questionário estruturado, com o qual se pesquisou a prática e a conduta clínica dos profissionais da odontologia sobre o câncer bucal. O período de coleta ocorreu entre outubro de 2010 a junho de 2011.

Critério de Inclusão

Foram incluídos no estudo apenas profissionais que estivessem registrados no Conselho Regional de Odontologia do estado da Paraíba.

Universo, Amostra e Processo de Amostragem

O universo desta pesquisa foi constituído por 102 cirurgiões-dentistas que atuavam na rede privada de atendimento odontológico da cidade de Campina Grande (PB), segundo informações fornecidas pelo Conselho Regional de Odontologia da Paraíba.

Inicialmente tentou-se entrevistar todo o universo, mas após aplicação dos critérios de inclusão, a amostra ficou composta por 44 profissionais que atuavam na rede privada da cidade de Campina Grande.

Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário estruturado, previamente elaborado, com base em estudos prévios similares e adequado ao objetivo do estudo. O mesmo constava de 21 perguntas divididas em duas seções: (1) aspectos sociodemográficos; (2) perguntas referentes ao câncer bucal; acerca do conhecimento sobre o seu diagnóstico clínico; fatores e condições de risco; conduta clínica do profissional frente às lesões suspeitas e a opinião do cirurgião-dentista em relação ao conhecimento do paciente sobre a doença. Antes da coleta de dados, foi realizado o estudo piloto com o objetivo de testar o instrumento e treinar os indivíduos envolvidos na aplicação do questionário.

Para a coleta de dados, cada profissional era contatado em seu endereço de trabalho, sendo explicado o objetivo do estudo e como procederia a sua participação. Na mesma ocasião, era entregue o questionário e agendado a devolução do mesmo, de acordo com a disponibilidade do profissional.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa obedeceu aos critérios da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual da Paraíba (protocolo CAAE de nº 0226.0.133.000-08).

Análise Estatística

Os dados foram inicialmente digitados em planilha eletrônica, programa Microsoft Excel® (Microsoft Office XP, Albuquerque, Novo México, EUA). Depois houve auxílio do programa *Statistical Package for the Social Science* for Windows, versão 18.0 (Chicago, Illinois-EUA) para cálculo das frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS

Do total de participantes, 57,1% pertenciam ao sexo masculino e 42,9% ao feminino. Com relação ao tempo de graduação, a metade era formada há mais de 16 anos, e a maioria (78,5%) já possuía pós-graduação (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo características do perfil profissional e hábitos. Campina Grande – PB, 2013.

Variável	n (42)	%
Sexo		
Masculino	24	57,1
Feminino	18	42,9
Faixa etária		
Entre 27 e 39	21	50,0
Entre 40 e 49	10	23,8
Entre 50 e 64	11	26,2
Tempo de graduação		
Entre 4 e 8 anos	9	21,4
Entre 9 e 12 anos	4	9,5
Entre 13 e 16 anos	8	19,0
Mais de 16 anos	21	50,0
Pós-graduação		
Sim	33	78,5
Não	9	21,5
Hábito de fumar		
Sim	0	0,0
Não	42	100,0
Consumo de bebida alcoólica		
Sim	20	47,0
Não	22	53,0

Com relação às variáveis relacionadas ao diagnóstico e prevenção do câncer bucal, grande parte dos pesquisados (54,7%) julgou possuir um relativo conhecimento sobre a doença. O exame de todas as estruturas bucais fazia parte das suas consultas de rotina em 81% dos entrevistados (Tabela 02). Em casos de lesão com suspeita de malignidade, 19% afirmaram ser capazes de realizar o diagnóstico, enquanto os demais optavam pelo encaminhamento (Tabela 2).

Tabela 2. Questões relacionadas à prevenção de câncer bucal, por cirurgiões-dentistas. Campina Grande - PB, 2013.

Variável	N (42)	%
Nível de conhecimento sobre câncer bucal		
Deficiente	5	11,9
Regular	23	54,7
Bom	14	33,4
Prática do exame clínico de todas as estruturas bucais		
Sim	34	81,0
Raramente	6	14,3
Não	2	4,7
Características dos linfonodos em metástase regional		
Duros, doloridos e com mobilidade	22	52,3
Moles, doloridos e com mobilidade	13	31,1
Não sabem	7	16,6
Conduta ao perceber lesão suspeita de malignidade		
Encaminhamento para estomatologista	20	47,6
Encaminhamento para a UEPB	6	14,2
Encaminhamento para hospitais especializados	5	11,9
Encaminhamento para os Centros de Especialidades Odontológicas	3	7,3
Realizo o diagnóstico	8	19,0
Informação dos pacientes acerca do câncer bucal		
Bem informados	8	19,1
Mal informados	34	80,9
Prestação de orientação aos pacientes sobre o câncer bucal		
Sim	27	64,2
Raramente	0	0,0
Não	15	35,8

Sobre a percepção dos profissionais com relação ao nível de informação dos seus pacientes acerca do câncer bucal,

80,9% afirmaram que os seus pacientes estão mal informados e quando questionados sobre a orientação ao paciente, 64,2% (27) afirmaram realizar essa prática (Tabela 2).

Quando questionados sobre o tipo de câncer bucal mais incidente, a maioria (59,5%) afirmou ser o carcinoma de células escamosas. Acerca da região anatômica mais acometida, 35,7% relataram ser o lábio, 28,5% a língua, 11,9% o palato e 23,9% a mucosa jugal. Segundo os cirurgiões-dentistas, a faixa etária mais vulnerável para a ocorrência do câncer bucal foi relatada como acima dos 60 anos (95,2%). A respeito da lesão precursora mais associada à doença, 69% afirmaram ser a leucoplasia (Tabela 3).

Em relação ao conhecimento sobre os fatores causais para o desenvolvimento do câncer bucal, verificaram-se os seguintes: tabagismo (100%); álcool (73,8%); radiação solar (66,6%); prótese mal adaptada (38%); e a hereditariedade (71,4%) (Tabela 3).

Tabela 3. Características clínicas do câncer bucal, segundo o conhecimento dos cirurgiões-dentistas. Campina Grande (PB), 2013.

Variável	N (42)	%
Tipo de câncer bucal mais frequente		
Carcinoma basocelular	6	14,2
Adenocarcinoma	2	4,9
Ameloblastoma	4	9,5
Carcinoma de células escamosas	25	59,5
Não sabem	5	11,9
Região anatômica mais afetada pelo câncer		
Lábio	15	35,7
Língua	12	28,5
Palato	5	11,9
Mucosa jugal	10	23,9
Faixa etária mais vulnerável		
Entre 18 e 39 anos	2	4,8
Acima de 40 anos	40	95,2
Lesão precursora mais associada ao câncer bucal		
Estomatite nicotínica	4	9,5
Queilite actínica	6	14,2
Leucoplasia	29	69,0
Não sabem	3	7,3
Fatores de risco mais comum		
Consumo de álcool	31	73,8
Consumo de tabaco	42	100,0
Exposição solar	28	66,6
Próteses mal adaptadas	16	38,0
História familiar de câncer	30	71,4

DISCUSSÃO

Observou-se que a metade dos profissionais pesquisados se enquadrava na faixa etária de 27 a 39 anos de idade, o que configura uma amostra relativamente jovem. Já com relação ao tempo de conclusão da graduação a metade já tinha se formado há mais de 16 anos. A respeito disso, Falcão¹⁷ afirma que pouco tempo de formação indica maior atualização dos profissionais em relação aos conhecimentos sobre câncer bucal, o que não poderia deixar de ser observado entre os participantes com maior tempo de formação. Entretanto, estes profissionais com tempo de formação precisam estar inseridos no contexto da educação continuada sobre esse tema.

Ao serem questionados sobre qual o seu nível de conhecimento sobre o câncer bucal, 54,7% acreditaram possuir um conhecimento razoável. Este dado aponta para uma falta de segurança dos profissionais em relação ao ato de intervir no processo de prevenção, diagnóstico e reabilitação do paciente acometido por essa morbidade. Outras pesquisas revelam uma realidade semelhante com algumas variações percentuais. Matos *et al.*¹⁸ demonstraram que 77% dos cirurgiões-dentistas pesquisados se consideraram seguros em relação aos conhecimentos sobre câncer bucal. Falcão *et al.*¹⁷ observaram que apenas 3,8% consideravam o seu conhecimento ótimo. Já para Yellowitz *et al.*¹⁹ a proporção encontrada foi de 88%. Pinheiro, Cardoso e Prado²¹ constataram que 60,5% dos pesquisados possuíam um bom conhecimento e Gajendra *et al.*²² relataram que 72% dos dentistas acusavam um conhecimento sobre o câncer bucal satisfatório.

No atual estudo, 81% dos profissionais afirmaram realizar o exame clínico de todas as estruturas bucais em todas as consultas de rotina. Este resultado condiz com o estudo de Falcão¹⁷, em que 78,9% dos dentistas relataram a realização de exames dos tecidos moles e com o estudo de Yellowitz *et al.*¹⁹ que encontraram um percentual de 74% de dentistas que realizavam exame completo das estruturas orais. Isto provavelmente não condiz com a realidade, uma vez que nos centros de referência para tratamento do câncer bucal o fluxo de pacientes em estágio inicial muitas vezes não é confirmado, além disso, a literatura aponta que em muitos registros hospitalares os pacientes com o diagnóstico da doença já se encontram em estágio clínico avançado.

Este fato também já foi percebido por Falcão *et al.*¹⁷, onde ele afirma que era de se esperar um maior número de casos diagnosticados precocemente, já que a maioria dos cirurgiões-dentistas relatam realizar um exame minucioso da estrutura oral moles. É preciso também considerar que muitos fatores podem estar relacionados com um diagnóstico tardio para o câncer bucal: baixa frequência às consultas odontológicas periódicas pelos pacientes (sobretudo fumantes e/ou etilistas inveterados); demora na sintomatologia da doença e dificuldade no acesso aos serviços de saúde especializados.

Um dado importante é que o encaminhamento para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) foi citado apenas por 7,3% dos profissionais. Os CEOs estão presentes em Campina Grande desde 2004 como parte integrante de uma política de governo, desta forma o encaminhamento a estes centros deveria ser mais frequente. Em 2006 o Ministério da Saúde²³ publicou o protocolo e o fluxograma para o referenciamento dos pacientes com lesões suspeitas para os CEOs, os quais servem como um norteador para os profissionais tanto da rede pública como da privada. Contudo, observa-se que esse discernimento ainda não sensibilizou a maior parte dos profissionais da rede privada,

e caso já sejam do conhecimento deles, ainda não incorporaram às suas práticas clínicas.

O câncer pode ser definido como uma multiplicação desordenada de células defeituosas ou atípicas, que não conseguem ser debeladas, totalmente, pelo sistema imunológico, por razões ainda desconhecidas. Esse crescimento celular descontrolado pode vir a comprometer tecidos e órgãos²⁴. A língua é considerada como o local anatómico de maior prevalência para o câncer bucal²⁵⁻²⁸.

Desde 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o melhor termo a ser utilizado para descrever lesões ou condições que possuam uma maior chance de malignização, seja o termo Lesões Potencialmente Cancerizáveis (LPC)²⁹. As lesões potencialmente cancerizáveis são as leucoplasias, as eritroplasias, o líquen plano e a quelite actínica. São consideradas condições potencialmente cancerizáveis, a fibrose submucosa, o xeroderma pigmentoso e a anemia de Fanconi³⁰.

Ao observar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico clínico da doença, verificou-se que 59,5% conheciam o carcinoma de células escamosas como o tipo mais comum dos tumores malignos da boca. Resultado bem melhor do que os encontrados nos estudos de Moraes³¹ e Falcão¹⁷. Na atual pesquisa, 35,7%, erroneamente, relataram que o lábio seria a região anatómica mais acometida pelo câncer bucal, enquanto 28,5% afirmaram ser a língua. Resultado que revela o desconhecimento dos profissionais acerca do assunto, principalmente quando comparados a estudos, como os de Yellowitz *et al.*¹⁹ e Gellrich *et al.*³², onde a maioria afirmou ser a língua. Com relação à lesão precursora mais associada ao câncer bucal, 69% afirmaram ser a leucoplasia, no entanto, acredita-se que sua taxa de malignização esteja ao redor de 1% para todos os tipos de leucoplasias existentes²⁹.

É necessário reafirmar a importância do cirurgião-dentista no processo de aconselhamento ao paciente sobre os fatores/condições de risco do câncer bucal. Para isto, é necessário que o profissional conheça a relação do risco e, assim, possa orientar seus pacientes adequadamente³².

De acordo com Veloso *et al.*³³, o retardo no diagnóstico do câncer bucal está relacionado, na maioria das vezes, com uma ou mais das seguintes situações: (1) um paciente que não conhece e/ou não percebe a gravidade dos sintomas de sua doença; (2) um profissional de saúde que não está capacitado para o diagnóstico precoce do câncer bucal ou das disordens potencialmente malignas; e (3) um sistema local de saúde que não está estruturado para atender pacientes com lesões bucais e possibilitar um diagnóstico rápido das mesmas.

A principal limitação deste estudo foi o pouco retorno dos questionários preenchidos pelos profissionais. Esta limitação é inerente a pesquisas que utilizam este instrumento para coleta de dados. No presente estudo, dos cirurgiões-dentistas procurados, apenas 41% responderam ao questionário da pesquisa.

O cirurgião-dentista egresso da faculdade precisa estar preparado para atuar como agente transformador, capaz de perceber a realidade e enfrentá-la por meio de ações que associem teorias e práticas adquiridas durante a sua formação. Devendo o mesmo ter conhecimento científico para detectar lesões cancerizáveis por meio do exame clínico, como também ser capaz de avaliar possíveis fatores de riscos relacionados. Nesse contexto, o profissional poderá contribuir para o diagnóstico precoce do câncer bucal, uma melhoria no prognóstico do caso e, por conseguinte, uma redução dos casos de mortalidades decorrentes desta doença.

CONCLUSÃO

Os cirurgiões-dentistas mostraram-se comprometidos com a prevenção e diagnóstico do câncer bucal, entendendo a vital importância do diagnóstico ainda em estágio clínico inicial, incluindo nos seus exames de rotina a busca por alterações do padrão de normalidade que possam sinalizar a presença de lesões cancerizáveis.

Dessa forma, espera-se que os cirurgiões-dentistas instrua seus pacientes e a população em geral quanto às atitudes de autocuidado e autoexame, bem como, se engajem em políticas públicas para conscientização e prevenção do câncer bucal.

REFERÊNCIAS

1. Amorim AG, Amorim RFB, Freitas, RA. Estudo epidemiológico do carcinoma epidermoide oral: análise de 85 casos. *Odontologia Clin.-Cientif.* 2002; 1(1):1-86.
2. França DC, Monti LM, de Castro AL, Soubhia AM, Volpato LE, de Aguiar SM, Goiato MC. Unusual presentation of oral squamous cell carcinoma in a young woman. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2012; 12(2):228-31.
3. Pisani P, Bray F, Parkin DM. Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. *International Journal of Cancer.* 2002; 97(1):72-81.
4. Spilka R, Laimer K, Bachmann F, Spizzo G, Vogetseder A, Wieser M, Müller H, Haybaeck J, Obrist P. Overexpression of eIF3a in squamous cell carcinoma of the oral cavity and its putative relation to chemotherapy response. *Journal of Oncology.* 2012; Article ID 901956, p.2-9.
5. Liu L, Kumar SK, Sedghizadeh PP, Jayakar AN, Shuler CF. Oral squamous cell carcinoma incidence by subsite among diverse racial and ethnic populations in California. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008; 105(4):470-80.
6. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Estimativa de incidência de câncer no Brasil-2012. Rio de Janeiro: INCA; 2008. [capturado em 02 jan de 2014] Disponível em URL: <http://www2.inca.gov.br/wps/connect/tiposdecancer/site/home+boca/definição>.
7. Scully C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma: overview of current understanding of aetiopathogenesis and clinical implications. *Oral Dis.* 2009; 15(6):388-99.
8. Bitu CC, Destro MFSS, Carrera M, Silva SD, Graner E, Kowalski LP, Soares FA, Coletta RD. HOXA1 is overexpressed in oral squamous cell carcinomas and its expression is correlated with poor prognosis. *BMC Cancer.* 2012; 12:146.
9. Bertolus C, Goudot P, Gessain A, Berthet N. Clinical relevance of systematic human papillomavirus (HPV) diagnosis in oral squamous cell carcinoma. *Infect Agent Cancer.* 2012; 30;7(1):13.
10. Li L, Psoter WJ, Buxó CJ, Elias A, Cuadrado L, Morse DE. Smoking and drinking in relation to oral potentially malignant disorders in Puerto Rico: a case-control study. *BMC Cancer.* 2011; 29;11:324.
11. Freitas AR, Mapengo MAA, Moura PG, Silva RPR, Sales-Peres SHC, Bastos JRM. Restrição ao uso de tabaco e a prevenção do câncer bucal. *Arq Ciênc Saúde.* 2010; 17(1):54-7.
12. Kruse AL, Bredell M, Grätz KW. Oral squamous cell carcinoma in non-smoking and non-drinking patients. *Head & Neck Oncology.* 2010; 2:24
13. Tremblay S, Pintor Dos Reis P, Bradley G, Galloni NN, Perez-Ordóñez B, Freeman J, Brown D, Gilbert R, Gullane P, Irish J, Kamel-Reid S. Young patients with oral squamous cell carcinoma: study of the involvement of GSTP1 and deregulation of the Fanconi anemia genes. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006; 132(9):958-66.
14. Laimer K, Spizzo G, Gastl G, Obrist P, Brunhuber T, Fong D, Barbieri V, Jank S, Doppler W, Rasse M, Norer B. High EGFR expression predicts poor prognosis in patients with squamous cell carcinoma of the oral cavity and oropharynx: a TMA-based immunohistochemical analysis. *Oral Oncol.* 2007; 43(2):193-8.
15. Warnakulasuriya S, Sutherland G, Scully C. Tobacco, oral cancer, and treatment of dependence. *Oral Oncol.* 2005; 41(3):244-60.
16. Monteiro LS, Salazar F, Pacheco J, Warnakulasuriya S. Oral cancer awareness and knowledge in the city of valongo, portugal. *International Journal of Dentistry.* 2012; 12:2-8.
17. Falcão MML, Alves TDB, Freitas VS, Coelho TCB. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. *RGO.* 2010; 58(1):27-33.
18. Matos IB, Araujo LA. Práticas acadêmicas, cirurgiões-dentistas, população e câncer bucal. *Revista da ABENO.* 2003; 3(1):76-81.
19. Yellowitz J, Horowitz AM, Goodman HS, Canto MT, Farooq NS. Knowledge, opinions and practices of general dentists: regarding oral cancer: a pilot survey. *J Am Dent Assoc.* 1998;129:579-83.
21. Pinheiro SMS, Cardoso JP, Prado FO. Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer Bucal entre Profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2010; 56(2):195-205.
22. Gajendra S, Cruz GD, Kumar JV. Oral cancer prevention and early detection: Knowledge, practices, and opinions of oral health care providers in New York State. *J Cancer Educ.* 2006; 21(3):157-62.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 17: saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
24. Lima AAS, França BHS, Ignácio SA, Baioni CS. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2005; 51(4):283-8.
25. Scully C. Oral cancer aetiopathogenesis: past, present and future aspects. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011;16(3):e306-11.
26. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol* 2009; 45(4-5):309-16.
27. Velly AM, Franco EL, Schlecht N, Pintos J, Kowalski LP, Oliveira BV, et al. Relationship between dental factors and risk of upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncol.* 1998; 34(4):284-91.
28. Almodovar J, Pérez SI, Arruza M, Morell CA, Báez A. Descriptive epidemiology of head and neck squamous cell carcinoma in Puerto Ricans. *P R Health Sci J.* 1996; 15(4):251-5.
29. van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa: present concepts of management. *Oral Oncol* 2010; 46(6):423-5.
30. van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa: terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol* 2009;

45(4-5):317-23

31. Morais TMN. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico. São Paulo; 2003. Mestrado [Dissertação]. Faculdade de Odontologia da USP.
32. Gellrich NC, Suarez-Cunqueiro MM, Bremerich A, Schramm A. Characteristics of oral cancer in a central european population. J Am Dent Assoc. 2003; 134(3):307-14.
33. Veloso DG, Ribeiro CR, Albuquerque Júnior RLC, Ramalho LMP, Gueiros LAM, Melo AUC. Retardo no Diagnóstico do Câncer Bucal: Entendendo os Fatores Relacionados. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2012; 16(4):579-584.