

CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ-SC SOBRECANCÊR BUCAL: UM ALERTA AO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Edina Venturin Benvenuti¹
 Talita Pressi²
 Silvia Letícia Freddo³
 Fernanda Malgarim Zasso⁴
 Angelo Luiz Freddo⁵
 Ezequiel Signor⁶

RESUMO

O câncer bucal é um problema de saúde pública no mundo. A maioria dos casos é diagnosticada em fase avançada. O diagnóstico precoce não deveria apresentar grandes dificuldades, já que a região é de fácil acesso ao exame clínico, dispensando qualquer tipo de equipamento especial. O grupo de risco para o câncer bucal é composto por indivíduos do sexo masculino, a partir da quinta década de vida, tabagistas e etilistas. O objetivo desse estudo foi verificar o conhecimento dos cirurgiões dentistas das Unidades Básicas de Saúde do município de Chapecó-SC sobre o câncer bucal. Esse trabalho é baseado em um estudo observacional descritivo transversal, utilizando um questionário autoaplicável, com uma amostra de 38 dentistas. A análise dos dados se deu através das frequências das variáveis. Os resultados apontaram que 57,9% avaliaram como médio o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico de câncer bucal. Entretanto 62,2% consideraram como bom seu nível de conhecimento referente ao câncer bucal. O aspecto mais comum na fase inicial do câncer bucal foi citado por 91,9% dos profissionais. Os resultados condizem com a literatura científica e assinalam para formação de profissionais capacitados em realizar diagnósticos precoces e estratégias de prevenção para a população diminuindo assim a morbimortalidade da doença.

Palavras-chave: Câncer-bucal. Conhecimento. Cirurgião dentista. Diagnóstico precoce e Fatores de risco.

1 INTRODUÇÃO

O câncer bucal é um problema de saúde pública no mundo. A maioria dos casos é diagnosticada em fase avançada (SANTOS, IV, 2011).

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), o câncer constitui a segunda principal causa de morte no mundo. Na boca, o carcinoma espinocelular representa

1 Cirurgião Dentista, edinabenvenuti@unochapeco.edu.br.

2 Cirurgião Dentista

3 Especialista e mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Saúde Coletiva FOP-UNICAMP – freddente@hotmail.com.

4 Especialista em Prótese Dentária e mestre em Odontologia.

5 Especialista em Saúde Coletiva. Especialista, mestre e doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial. Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia UFRGS.

6 Especialista e mestre em Endodontia.

90% dos tipos histológicos de neoplasias malignas. Mundialmente, 400.000 novos casos de câncer bucal são diagnosticados por ano, sendo que 50% dos pacientes morrem antes de cinco anos após o diagnóstico inicial (MARTINS et al., 2008).

O risco de desenvolvimento do carcinoma espinocelular bucal aumenta com a idade, tendo predileção pelo gênero masculino (cerca de 2/3 dos casos) e pela raça caucasiana, sendo a língua e o assoalho da boca as regiões mais afetadas (MARTINS et al., 2008).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) mostra que o câncer bucal no Brasil foi o responsável por 6.510 mortes no ano de 2009, sendo 5.136 homens enquanto 1.394 mulheres (INCA, 2009). Sendo que a estimativa de novos casos é de 14.170, sendo 9.990 homens e 4.180 mulheres (INCA, 2012).

A etiologia do câncer bucal é multifatorial, os principais fatores são de origem extrínseca, tais como o fumo e o álcool, além de exposição crônica a radiação solar nos casos situados nos lábios (MARTINS et al., 2008).

Segundo MARTINS et al. (2008), algumas lesões podem antecipar o câncer bucal, sendo assim elas são denominadas como lesões pré-cancerizáveis ou pré-malignas, porém nem todas evoluem para câncer e também, nem todo câncer de boca origina-se destas lesões. Em relação às lesões cancerizáveis destacam-se a leucoplasia e a eritroplasia, além da queilite actínica e líquen plano, apesar deste último ainda ser motivo de muita controvérsia.

Este trabalho tem o objetivo de descrever o conhecimento do cirurgião-dentista sobre câncer bucal, quanto aos fatores predisponentes, região anatômica mais frequente, sinais e sintomas do paciente, lesões associadas, prevenção e diagnóstico do câncer bucal.

2 MÉTODOS

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Comunitária da Regional de Chapecó – Unochapecó, sob o número de protocolo nº 214/12.

Esse trabalho é baseado em um estudo observacional descritivo transversal, utilizando um questionário autoaplicável, com questões de conhecimento sobre vários aspectos acerca do câncer bucal, que foi distribuído “*in loco*” e respondido de forma espontânea, anônima, sem direito a consulta bibliográfica, no dia 26 de setembro de 2012.

O questionário foi entregue para todos os cinquenta e cinco (55) Cirurgiões Dentistas que trabalham nas vinte e seis (26) Unidades Básicas de Saúde do Município de Chapecó-SC,

não havendo critério de exclusão. Sendo que 38 cirurgiões dentistas aceitaram participar da pesquisa.

Os questionários foram acompanhados, por um termo de consentimento livre e esclarecido mantendo a confidencialidade do pesquisado e foi distribuído, pelas próprias autoras do projeto.

Com base nos questionários recebidos foi montado um banco de dados mantendo todas as informações. Onde foi realizada a análise dos dados por meio dos programas estatísticos Microsoft Excel (SPSS) for Windows (versão 19.0).

3 RESULTADOS

O questionário foi oferecido aos 55 cirurgiões-dentistas que atuam nas unidades básicas de saúde do município de Chapecó-SC, dos quais 38 aceitaram participar da pesquisa, respondendo as perguntas sobre o conhecimento de câncer bucal, representando uma taxa de resposta de 69,1%.

Ao perceber algum tipo de lesão bucal no paciente, a conduta relatada por 97,3% dos profissionais, foi o encaminhamento do paciente para um especialista em estomatologia.

Em relação ao tipo de câncer mais comum da boca a maioria dos entrevistados (83,8%) responderam ser o carcinoma espinocelular, seguindo de 5,3% para adenocarcinoma de glândula salivar e que não souberam responder novamente com 5,3%, e para ameloblastoma e linfoma ambos com 2,6%.

A região anatômica mais referida pelos cirurgiões dentistas (45,7%) foi à língua, sendo seguida por assoalho da boca (34,3%) e mucosa jugal (8,6%). Destaca-se sobre esse item, com 11,4% que não souberam responder.

Em relação à faixa etária mais frequente do câncer bucal 97,4% indicaram acima dos 40 anos.

Cerca de 86,8 % dos entrevistados, responderam corretamente a leucoplasia como condição mais comumente associada ao câncer bucal, seguindo de candidíase com 7,9%, estomatite e que não souberam responder ambos com 2,6%.

Para 73,7% dos cirurgiões dentistas, a doença é mais diagnosticada no estágio avançado.

O aspecto mais comum na fase inicial do câncer bucal, citado corretamente por 91,9% a úlcera indolor.

Em relação de ter apresentado outro câncer previamente 84,2% dos profissionais responderam que tem relação. E 100% relacionaram o consumo de álcool e de tabaco como fator de risco ao câncer bucal. Quando relacionado ao histórico familiar como fator de risco 92,1% responderam positivamente.

Quanto a respostas dos cirurgiões dentistas verificou-se que 75% deles acreditam que o estresse emocional é um fator de risco para o câncer bucal. Em relação ao baixo consumo de frutas ou vegetais (48,6%) consideram um fator de risco para o câncer bucal.

Em relação ao sexo oral 51,4% dos participantes afirmam ser um fator de risco para o câncer bucal. Em relação à prótese mal adaptadas (100%) afirmaram como um fator de risco para o câncer bucal, em relação aos dentes em maus estados (92,1%), também consideram como sendo um fator de risco. Quanto ao consumo de comidas condimentadas 69,7% não o relacionaram como fator de risco. Quando perguntado o fator de risco em relação a higiene oral deficiente um percentual de 78,4% responderam que há risco para o câncer bucal. Entretanto ao contágio direto, um percentual expressivo de 93,9% responderam não haver relação ao câncer bucal. Quando perguntado sobre a exposição solar, 100% dos cirurgiões dentistas responderam haver relação com o câncer bucal, enquanto em relação de bebidas e comidas quentes (91,9%) relacionam como fator de risco para o câncer bucal, quanto a obesidade 90,6% não consideram um fator de risco para o câncer bucal.

Verificou-se que 57,9% avaliaram como baixo o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico de câncer bucal.

Com relação ao treinamento para o exame de câncer bucal fornecido pela faculdade durante a graduação, pode verifica-se que 57,8% responderam ter obtido treinamento para diagnosticar câncer bucal.

Enquanto a sua autoavaliação ao nível de conhecimento sobre diagnóstico e prevenção de câncer bucal 57,9% julgaram ter bom conhecimento sobre a doença.

Os exames dos tecidos moles na cavidade bucal na primeira consulta fazem parte da rotina de 73,7% dos profissionais.

Quanto à conduta do profissional frente a pacientes fumantes e etilistas, observou-se que 84,2% orientam sobre malefícios do tabagismo ou etilismo para o desenvolvimento do câncer bucal.

Em relação ao ensino que obteve durante a graduação houve um empate de 35,1% entre insatisfatório e bom.

Em relação autoavaliação sobre o nível de conhecimento referente ao câncer bucal, um grande percentual 62,2% consideram como bom.

4 DISCUSSÃO

A detecção do câncer na cavidade bucal não deveria oferecer dificuldades, tendo em vista o fácil acesso a cavidade bucal e simplicidade na realização do exame bucal. O cirurgião-dentista deve estar sempre preparado para detectar lesões malignas ou cancerizáveis por meio do exame clínico bem como ser capaz de avaliar possíveis fatores de riscos relacionados (SANTOS et al., 2011).

A taxa de resposta deste estudo (69,1%) que teve o objetivo de avaliar o conhecimento sobre câncer bucal nas unidades básicas de saúde do município de Chapecó-SC foi compatível com a encontrada por Pinheiro et al. (2010); e maior que a encontrada por em outros artigos da literatura (MORAIS, 2003; ALONE et al., 2003; PATTON et al., 2005; YELLOWITZ et al., 1998; YELLOWITZ et al., 2000) que tiveram um percentual médio de 45% de taxa de resposta. Nossa alta taxa de resposta pode estar relacionada à técnica de aplicação do instrumento de coleta de dados adotado neste estudo, que se constituiu na abordagem direta.

Caracteristicamente o câncer bucal nos estágios iniciais é uma lesão indolor, podendo passar despercebido pelo paciente. Cabe ao profissional realizar o exame oral completo das estruturas dentárias e tecidos moles, independente da queixa. Neste estudo, 86,5% dos cirurgiões dentistas afirmaram examinar os tecidos moles orais rotineiramente. Estes achados são elevados em relação aos encontrados por Pinheiro et al. (2010) que foi de 73,7%; e Yellowitz et al. (1998) que encontraram um percentual de 74% de dentistas que realizavam o exame completo das estruturas orais, aos de Falcão (2006) em que 78,9% dos dentistas relataram a realização do exame dos tecidos moles. Para Horowitz et al. (2001) o hábito de inspecionar toda a cavidade oral deve ser norma de conduta estabelecida desde a graduação, para que os profissionais se conscientizem da importância dessa rotina.

Quanto á conduta diante de lesões com suspeitas de malignidade, quase a totalidade (97,3%) encaminha o paciente para um estomatologista. Este dado é muito superior ao encontrado por Pinheiro et al. (2010) que foi de 68,4%. Tal dado possivelmente está relacionado ao fato de as biópsias no município de Chapecó-SC serem realizadas de forma centralizada na Secretaria Municipal de Saúde por um profissional especialista em estomatologia, que também participou da pesquisa; e provavelmente representa os 2,7% que

respondeu que ele mesmo realiza o procedimento diagnóstico. Esse dado pode ser entendido como antagonista em relação a quantidade de conhecimento sobre câncer bucal expresso pela maioria dos participantes deste estudo.

Yellowtiz et al. (2000), observaram deficiência de conhecimentos dos cirurgiões dentistas em relação às localizações mais frequentes do câncer bucal, a aparência das lesões cancerígenas e quais as lesões mais relacionadas à transformação maligna. Vasconcelos (2006) demonstraram a insegurança que muitos cirurgiões-dentistas possuem para diagnosticar as lesões de câncer bucal, principalmente nos estágios iniciais. Pinheiro et al. (2010) não encontraram tal deficiência de conhecimentos, uma vez que mais de 75% dos pacientes referiu a leucoplasia como a lesão mais provável de sofrer transformação maligna. Neste estudo foram obtidos resultados similares aos encontrados por Pinheiro (2010); sendo que 86,5% reconheceram o tipo histológico mais comum como carcinoma espinocelular; 91,9% dos dentistas identificaram o aspecto mais comum das lesões cancerígenas como sendo a úlcera indolor; 97,4% ratificaram a idade acima de 40 anos como a faixa etária mais comum; 86,8% citaram a leucoplasia como lesão precursora mais associada ao câncer bucal e 73,7% responderam que o câncer bucal é mais diagnosticado nos estágios avançados.

A distribuição do câncer bucal de acordo com a localização anatômica difere nas diversas populações estudadas. A maioria dos estudos revela lábio, língua e assoalho bucal como sendo as áreas de maior ocorrência (NEVILLE et al. 1995; LEITE 1998, KOIFMAN 1998; ANJOS-HORA et al. 2003). Marchio et al.(2010) analisando 1564 casos de carcinoma epidermoide oral encontrou que a região de maior ocorrência é a gengiva. Em nosso estudo, 45,7% dos entrevistados relataram que seria a língua e outros 34,3% que seria o assoalho bucal. Este resultado assemelha-se aos estudos de Yellowtiz et al. (2000); Morais (2003) e Gellrich et al. (2003) que encontraram a correlação da língua como sítio principal para a doença. Quanto ao estudo de Santos et al. (2011) referente à localização anatômica mais frequente do câncer bucal sendo a língua, embora alguns artigos considerem a maior prevalência a região do assoalho bucal ou ainda ambas as regiões como as de maior frequência.

Ao avaliar o grau de importância relacionado aos fatores de risco para o aparecimento do câncer bucal, o fumo é apontado com o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer bucal por possuir mais de 67 substâncias cancerígenas, aumentando o risco de aparecimento dessa doença em até 15 vezes. Vasconcelos (2006) encontrou um percentual de 98,2% de dentistas que reconheceram o fumo como fator de risco. No estudo de Pinheiro et al.

(2010) o índice de dentistas que reconheceram o tabaco como fator de risco foi de 97,4%. Neste estudo a totalidade dos cirurgiões dentistas que participaram do estudo identificaram tal hábito como fator de risco para o câncer bucal.

O álcool também é um importante fator de risco devido ao acetaldeído, aumentando em 9 vezes o risco de câncer. Vasconcelos (2006) no seu estudo 95,4% de dentistas reconheceram o álcool como fator de risco. Pinheiro et al.(2010) também obtiveram um índice expressivo de 92,1% neste quesito. Todos os cirurgiões dentistas que responderam o nosso questionário identificaram o álcool como fator de risco.

A radiação solar está associada com aparecimento do câncer de lábio inferior. Além de causar anormalidades cromossômicas, reduz a resposta imunológica predispondo ao desenvolvimento do câncer bucal. Morais (2003) relatou que 82,8% dos participantes do estudo identificaram a radiação solar como fator de risco, enquanto nos estudo de Yellowtz et al. (2000) este índice foi de 64%, Clovis et al. (2002) foi de 70% e Pinheiro et al. (2010) foi de 73,7%. Neste estudo 100% dos cirurgiões dentistas identificaram este fator de risco.

O baixo consumo de frutas e vegetais predispõe o aparecimento do câncer bucal à medida que pode reduzir a imunidade, desencadear hiperqueratinização e aumentar os radicais livres contribuindo para ativação de oncogenes. No estudo de Morais (2003), 39,1% dos cirurgiões dentistas apontaram a correlação entre dieta e câncer bucal. Entre os participantes de Pinheiro et al. (2010) apenas (18,4%) reconheceram a importância desse fator para o aparecimento do câncer bucal. Neste estudo pouco menos da metade (48,6%) dos cirurgiões dentistas reconheceram este fator de risco.

Os fatores como próteses mal adaptadas, dentes em mau estado e higiene oral deficiente, que são causadores de irritação crônica, foram considerados de risco por 100%, 92,1% e 78,4%, respectivamente dos cirurgiões-dentistas. Falcão (2006) encontrou em seu estudo valores similares para esses fatores (96,3%, 71,3%, 66,7%, respectivamente). Pinheiro et al. (2010) obtiveram valores muito inferiores (73,7%, 21,1% e 39,5% respectivamente).Esses fatores foram erroneamente associados a maior risco de câncer bucal.

A maioria dos participantes não considerou contágio direto, obesidade e uso de drogas injetáveis como fatores de risco. Os estudos de Pinheiro et al. (2010); Morais (2003) e Falcão (2006) também verificaram resultados semelhantes; o que não ocorreu com o quesito sexo oral que neste estudo 51,4% identificaram como fator de risco, o que não ocorreu nos demais estudos.

Neste estudo 75% dos participantes apontaram o estresse emocional como fator de risco para o câncer bucal. Ao contrário do estudo de Pinheiro et al. (2010) onde apenas 34,2%

fizeram essa associação; mas similar aos resultados de Morais (2003), em que 70% dos participantes também fizeram esta associação.

A hereditariedade não é fator na etiologia do câncer bucal NEVILLE (2009). A história familiar de câncer e a história previa de câncer foram associados por 92,1% e 84,2% dos participantes deste estudo. Esse dado corrobora outros achados da literatura como Pinheiro et al. (2010); Morais (2003); Yellowtz (2000) e Falcão (2006).

A ingestão de comidas e bebidas quentes foi reconhecido como fator de risco por 91,9% dos participantes do nosso estudo. No estudo de Oreggia et al. (1991) e De Stefani et al. (1998) mostraram que a quantidade de erva mate ingerida por dia é um fator determinante para o desenvolvimento de neoplasias de língua. Já Alves et al. (2007) concluíram que não havia associação entre ingestão de erva mate em temperatura ambiente e alterações teciduais na língua dos indivíduos examinados. No estudo de Mendes (2000) afirma que o consumo de alimentos e bebidas quentes não é considerado fator carcinogênico isolado, entretanto estudos têm sugerido que o uso excessivo de chimarrão, principalmente associado a outros fatores poderá aumentar o risco de câncer de boca.

Grande parte dos entrevistados neste estudo, se autoavaliou inseguro para realizar procedimentos de diagnóstico do câncer bucal, este resultado também foi comprovado por Falcão et al. (2010), mas discordante do encontrado pela maioria dos trabalhos científicos como por Alvarenga et al. (2012); Pinheiro et al. (2010); Matos et al. (2003); Yellowitz et al. (1998) e Gajendra et al. (2006). Por ser o principal responsável pelo diagnóstico do câncer bucal, é fundamental que o cirurgião dentista tenha bons conhecimentos sobre todos os aspectos dessa moléstia, possibilitando o diagnóstico precoce e, por conseguinte a redução da morbi-mortalidade.

Pouco mais da metade (57,8%) dos nossos entrevistados afirmaram que receberam treinamento para o exame de câncer bucal durante a graduação. Os participantes do estudo de Falcão et al. (2010), 45,2% informaram não ter cursado disciplina que abordasse mais especificamente o câncer bucal durante a graduação. Tais informações sinalizam a necessidade de se pensar em estratégias que revertam tal situação, como por exemplo, uma abordagem mais criteriosa das faculdades de Odontologia em relação ao tema.

Sobre a autoavaliação do profissional em relação ao nível de conhecimento sobre câncer bucal, a maioria (65,8%) considera ótimo ou bom seu nível de conhecimento. Este número é superior ao encontrado por Alvarenga et al. (2012) que foi de 41,9%.

O exame minucioso das estruturas orais não deve ser negligenciado pelo cirurgião dentista, pois é onde detectam-se as primeiras evidências de anormalidades. Por ser uma lesão de característica indolor, o câncer bucal nos estágios iniciais pode passar despercebido pelo paciente e ser motivo de queixa durante a consulta. Neste estudo 73,7% dos dentistas afirmaram realizar o exame dos tecidos moles orais rotineiramente. Este resultado condiz com os estudos de Falcão et al. (2010); Yellowitz et al. (1998); Morais (2003); Cruz et al. (2005) e Pinheiro et al. (2010).

A prevenção dessa doença está intimamente relacionada ao diagnóstico precoce e a mudanças de hábitos do paciente. Yellowitz et al. (1998); Yorowitz et al. (1996); Lopes-Jornet et al. (2007) e Falcão et al. (2010), chamam a atenção para o papel do cirurgião dentista durante o contato com o indivíduo, pois detectaram que os profissionais apesar de conhecerem os fatores de risco, não investigam sobre a presença, informam ou aconselham sobre os fatores de risco durante a consulta. Neste estudo 84,2% dos cirurgiões dentistas orientam sobre os malefícios do uso do fumo e álcool, resultado este similar ao encontrado por Pinheiro et al. (2010) que foi de 91,9%; um pouco superior ao encontrado por Cruz et al. (2005) e Vasconcelos (2006) que foram de 61% e 51% respectivamente. O resultado do nosso estudo demonstra conscientização dos profissionais de Chapecó no tocante ao risco advindo desses hábitos para o aparecimento do câncer bucal, e seus esforços para a modificação do comportamento da população.

5 CONCLUSÃO

O cirurgião dentista desempenha um papel primordial na prevenção do câncer bucal, devendo conhecer, estar atento para as lesões potencialmente malignas, no que diz respeito ao diagnóstico precoce, sendo diferencial na promoção de saúde, gerando um prognóstico favorável para os pacientes com risco de câncer bucal.

Os cirurgiões dentistas das unidades básicas de saúde do município de Chapecó-SC, apresentaram resultado satisfatório em termos de conhecimento e condutas comparados a outros estudos correlacionados em nossa pesquisa.

Vale salientar a importância de investimento em políticas públicas para melhorar o conhecimento sobre fatores de risco, lesões malignizáveis e diagnóstico precoce do cirurgião-dentista, possibilitando a adoção de estratégias de redução da morbimortalidade da doença.

REFERÊNCIAS

- Alone OK, Narendran S. Opinions about oral câncer prevention and early detection among dentists practising along the Texas-Mexécico border. **Oral Dis.** 2003;9:41-5.
- Alvarenga ML, Couto MG, Ribeiro AO, Milagres RCM, Messoria MR, Kawata LT. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto ao câncer bucal. **RFO**, Passo Fundo, v.17, p.31-35, jan-abr. 2012.
- Falcão MML, Alves TDB, Freitas VS, Coelho TCB. Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas em relação ao câncer bucal. **Revista Gaúcha de Odontologia-v-58**, n.1, p.27-33, jan-mar 2010.
- GAJENDRA S, Cruz GD, Kumar JV. Oral câncer prevention and early detection: Knowledge, practices, and opinions of oral health care providers in New York State. **J câncer Educ.** 2006; 21(3):157-62.
- Horowitz AM, Siriphant P, Sheikh A, Child WL. Perspectives of Maryland dentists on oral câncer . **J Am Dent Assoc** 2001;132(1):65-72
- Hora IAA, Pinto LP, Souza LB, Freitas RA. Estudo epidemiológico do carcinoma epidermóide de boca no estado de Sergipe. **Cienc Odontol Bras** 2003;6(2); 41-8.
- Leite ICG, Koifman S. Survival analysis in a simple of oral câncer patients at a reference hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Oral Oncol.** 1998;34:347-52.
- Marocchio LS, Lima J, Sperandio FF, Corrêa L, de Souza SO. Oral squamous cell carcinoma: na analysis of 1,564 cases showing advances in early detection. **J Oral Sei** 2010; 52(2):267-73.
- Morais TMN. **Câncer de boca: avaliação do conhecimento dos cirurgiões- dentistas quanto ao fatores de risco e procedimentos de diagnósticos(Dissertação de Mestrado).** São Paulo:Faculdade de Odontologia da USP;2003.
- Martins RB, Giovani EM, Villalba H. Lesões cancerizáveis na cavidade bucal. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde.** 2008 out-dez; 26(4): 467- 476.
- Santos IV, Alves TDB, Falção MML, Freitas VS. O papel do cirurgião-dentista em **relação ao câncer de boca.** **Odontol. Clín, – Cient.** 2011 jul-set; 10(3): 207-210.
- Vasconcelos EM. **Comportamento dos cirurgiões- dentistas das Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal** (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2006.
- Yellowitz JÁ, Horowitz AM, Goodman HS, Canto MT, Farooq NS. Knowledge, opinions and practices of general dentists regarding oral câncer. **J Am Dent Assoc** 1998; 129(5):579-83.