

AUTOPERCEÇÃO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EM RELAÇÃO AO CÂNCER DE BOCA

SELF-PERCEPTION OF DENTISTS ON KNOWLEDGE AND PRACTICES IN RELATION TO ORAL CANCER

Eliel Bonmann Rangel¹
Deison Alencar Lucietto²
Letícia Stefenon³

Resumo

Este estudo teve como objetivo descrever a autopercepção de cirurgiões-dentistas (CD) sobre conhecimentos e práticas frente ao câncer (CA) de boca. Tratou-se de pesquisa observacional transversal, realizada no município de Lagoa Vermelha/RS. Todos os 48 profissionais atuantes no SUS e em consultórios privados foram convidados a participar. A coleta de dados foi realizada com 35 CDs através de questionário autoaplicado com questões de múltipla escolha. Identificou-se adequado nível de conhecimento sobre o papel do álcool e do tabaco como fatores de risco e sobre o aspecto clínico inicial da doença, referindo-se a ulcerações indolores. Houve limitações sobre o conhecimento do papel de outros fatores e seu possível envolvimento no CA. Embora os CDs tenham avaliado de forma positiva o ensino obtido na graduação e realizado cursos de atualização, a autoavaliação realizada sobre seu nível de segurança frente ao diagnóstico e à prevenção do CA de boca evidenciaram lacunas nos seus conhecimentos. Quanto às práticas clínicas, a maioria dos profissionais realizava adequadamente o exame da cavidade bucal e a anamnese dos pacientes. Entretanto, uma parcela considerável não se sentia capacitada para a realização de biópsias e para o diagnóstico da doença. Tendo em vista a elevada prevalência do CA de boca e a importância de seu diagnóstico precoce, os achados reforçam a necessidade de investimentos constantes em educação continuada para a formação dos CDs.

Palavras-chave: Neoplasias bucais; Fatores de Risco; Saúde Pública; Odontólogos.

Abstract

This study aimed to describe the self-perception of dentists about knowledge and practices regarding oral cancer. It was a cross-sectional observational study, carried out in the city of Lagoa Vermelha, Estate of Rio Grande do Sul. All 48 professionals working in Health Unic System (SUS) and in private clinics were invited to participate. The data collection was performed with 35 dentists through a self-administered questionnaire with multiple choice questions. An adequate level of knowledge about the role of alcohol and tobacco as risk factors and on the initial clinical aspect of the disease was identified, referring to painless ulcerations. There were limitations on knowledge of the role of other factors and their possible involvement in oral cancer. Although the dentists had a positive evaluation of undergraduate education and carried out refresher courses, the self-assessment carried out on their level of safety in relation to the diagnosis and prevention of oral cancer in the mouth showed gaps in their knowledge. Regarding the clinical practices, most of the professionals performed properly the examination of the oral cavity and the anamnesis of the patients. However, a considerable portion did not feel able to perform biopsies and to diagnose the disease. Considering the high prevalence of oral cancer of mouth and the importance of its early diagnosis, the findings reinforce the need for constant investments in continuing education for the formation of dentists.

Keywords: Mouth Neoplasms; Risk factors; Public Health; Dentists.

1- Cirurgião-Dentista pela FASURGS

2- Cirurgião-dentista (UFSM), Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professor do Departamento de Saúde e Sociedade do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense.

3- Graduação em Odontologia (UPF), Mestrado Profissional em Odontologia (São Leopoldo Mandic), Mestrado em Clínica Odontológica (UPF), Doutorado em Clínica Odontológica em andamento (São Leopoldo Mandic). Professora das disciplinas de Patologia Geral, Patologia Oral e Estomatologia FASURGS.

Introdução

O carcinoma espinocelular oral (CEO) é a neoplasia maligna que mais acomete a cavidade oral, sendo o responsável por 5.400 mortes no ano 2013 no Brasil. Para o ano de 2018 existia uma estimativa de 14.700 novos casos (INCA, 2018). Pacientes diagnosticados com CEO apresentam uma sobrevida de 5 anos em aproximadamente 50% dos casos. O diagnóstico e tratamento precoce são os fatores que mais impactam na qualidade de vida daqueles que desenvolvem essa patologia (BREMNER et al., 2011; BERGSHOEFF et al., 2014; DIONNE et al., 2014).

Fatores internos e externos ao organismo (carcinógenos) estão inter-relacionados na origem do câncer (CA) de boca: tabagismo, etilismo, exposição à radiação solar, vírus HPV, higiene bucal deficiente e dieta carente de proteínas, vitaminas e minerais, porém rica em gorduras (INCA, 2014). Além destes fatores, pode-se citar ainda a higiene bucal deficiente (ELIOT et al., 2013).

A literatura tem demonstrado que a maioria dessas neoplasias podem se desenvolver a partir de lesões cancerizáveis ou lesões/doenças potencialmente malignas (DPM), sendo em sua maioria alterações detectadas ao exame clínico sem sintomatologia definida (DIONNE et al., 2014; SPERANDIO et al., 2013). Assim, considerando-se a interrelação entre os dois grupos de patologias, o diagnóstico precoce de DPM, parece ser relevante para o controle do CEO, bem como da morbidade e mortalidade relacionados (BERGSHOEFF et al., 2014).

A doença pode ser tratada através de cirurgia, microcirurgia a laser, quimioterapia e radioterapia. A escolha do tratamento é de responsabilidade da equipe médica e depende das características do tumor e das condições do próprio paciente (SHAH; GIL, 2009). O CD, contudo, possui grande importância desde o diagnóstico até o acompanhamento pós-operatório dos pacientes (SHAH; GIL, 2009).

A realização de exames periódicos é considerada como importante medida preventiva para a doença, especialmente para indivíduos com elevado risco, como fumantes e etilistas (INCA, 2014). Embora a cavidade bucal seja de acesso para exame e visualização direta de alterações suspeitas em estágios iniciais (SALOMÃO et al., 2013), muitas vezes elas não são percebidas, dificultando o diagnóstico precoce e ocasionando encaminhamentos tardios para o tratamento (SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010).

Fica evidente, assim, a importância da formação, do nível de informação e das atitudes dos CDs frente ao diagnóstico, encaminhamento e acompanhamento de pacientes. No Brasil, estudos realizados por Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) e Benvenuti et al. (2015) verificaram bom nível de informação de CDs sobre o CA de boca. Contudo, pesquisas também demonstraram níveis de conhecimento insatisfatórios (ANDRADE et al., 2014) e condutas inconsistentes quando à realização de procedimentos diagnósticos (PINHEIRO; CARDOSO; PRADO, 2010), denotando a relevância de novas investigações.

Considerando que a existência de falhas nas medidas de prevenção primária, secundária e terciária podem trazer graves prejuízos para a terapêutica, para a qualidade de vida e para a própria sobrevivência de pacientes (TORRES-PEREIRA et al., 2012), este estudo teve por objetivo descrever a autopercepção de CDs sobre conhecimentos e práticas frente ao CA de boca.

Materiais e métodos

Tratou-se de estudo observacional transversal de cunho descritivo, realizado no município de Lagoa Vermelha/RS (27.505 habitantes, IBGE, 2010). Todos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/2012, foram respeitados. O projeto de pesquisa foi aprovado via Sistema Plataforma Brasil sob Parecer Número 1.143.341.

Foram convidados a participar todos os 48 CDs da localidade (CRO/RS, 2015), tanto os que atuavam nas unidades básicas de saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto os exerciam atividades em âmbito privado, independentemente de sexo, especialidade, tempo de formação e de residirem ou não no município. Foram excluídos os profissionais não encontrados para convite após três visitas. Aqueles que trabalhavam simultaneamente no SUS e em seus consultórios privados foram questionados única vez.

A coleta de dados ocorreu através da autoaplicação de questionário com 20 questões de múltipla escolha sobre nível de conhecimento e práticas clínicas frente ao CA de boca. O instrumento de pesquisa foi adaptado de Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) e posteriormente avaliado por três docentes com experiências em pesquisas na temática. Após as adaptações, foi realizado o teste do instrumento (estudo piloto) com cinco CDs que não se enquadravam nos critérios de inclusão. A aplicação dos questionários aconteceu diretamente em todos os consultórios, clínicas e UBS do município. Os dados coletados foram transferidos para um banco Programa Microsoft Excel (2007) e posteriormente analisados através de procedimentos de estatística descritiva no Programa *Bioestat*, versão 5.0.

Resultados

Trinta e cinco CDs participaram da pesquisa (taxa de resposta de 72,9%), com predomínio de indivíduos do sexo masculino (20, 57,1%), atuantes exclusivamente em consultório privado (22, 62,9%) e com alguma formação em nível de pós-graduação (31, 88,6 %). A idade dos participantes variou de 22 a 58 anos, com média de 35,2 anos e desvio padrão de 9,9 anos.

No que se refere à formação sobre CA de boca em sua graduação, 82,8% profissionais avaliaram o ensino obtido de forma positiva, classificando-o como bom (57,1%) e muito bom (25,7%). A realização de cursos de atualização foi referida por 65,7%, sendo que 11,4% haviam participado de algum tipo de formação no último ano (Tabela 1).

Já, sobre os riscos do CA de boca, todos (100%) identificaram o álcool e o tabaco, mesmo que combinados a outros, como principais fatores relacionados à doença. Os outros fatores mais identificados foram: história familiar (82,8%), próteses mal adaptadas (82,8%), exposição solar (77,1%) e higiene oral deficiente (71,4%). As úlceras indolores foram assinaladas como aspectos clínicos mais comuns em pacientes com CA de boca por 80,0% dos indivíduos (Tabela 1).

Em relação à autoavaliação do nível de conhecimento, 42,9% avaliaram de forma positiva seu conhecimento sobre mecanismos de ação para o álcool, 49,3% para o tabaco (desses, 2,9% como “ótimo” e 45,7% como “bom”) e 62,9% sobre diagnóstico e prevenção do CA de boca, 62,9% (Tabela 1).

Tabela 1- Formação profissional, informações sobre fatores de risco e diagnóstico do CA de boca e avaliação do nível de informação

Variável	n	%
Como você avalia o ensino sobre CA de boca obtido na sua graduação?		
Muito bom	9	25,7
Bom	20	57,1
Regular	5	14,3
Ruim	1	2,9
Muito ruim	0	0,0
Quando você participou pela última vez de um curso de atualização sobre CA de boca?		
Nunca participou	10	28,6
No ano passado	4	11,4
Entre dois a cinco anos	11	31,4
Há mais de cinco anos	8	22,9
Não lembra	2	5,7
Quais dos fatores abaixo são considerados de risco para o CA de boca?*		
Drogas injetáveis	4	11,4
Câncer prévio	13	37,1
Consumo de álcool	35	100,0
Consumo de tabaco	35	100,0

História familiar de câncer	29	82,8
Estresse emocional	17	48,5
Baixo consumo de frutas e vegetais	7	20,0
Sexo oral	9	25,7
Próteses mal adaptadas	29	82,8
Dentes cariados	8	22,8
Higiene oral deficiente	25	71,4
Contágio direto	0	0,0
Exposição solar	27	77,1
Outro: chimarrão	2	5,7

Qual o aspecto mais comum em pacientes com CA de inicial?

Úlcera indolor	28	80,0
Massa tumoral	0	0,0
Dor intensa	0	0,0
Presença de Nódulos	4	11,4
Não respondeu	3	8,6

Como avalia seu nível de conhecimento sobre o mecanismo de ação do álcool no desenvolvimento do CA de boca?

Ótimo	0	0,0
Bom	15	42,9
Regular	17	48,6
Ruim	3	8,6
Péssimo	0	0,0

Como avalia seu nível de conhecimento sobre o mecanismo de ação do tabaco no desenvolvimento do CA de boca?

Ótimo	1	2,9
Bom	16	45,7
Regular	15	42,9
Ruim	3	8,6
Péssimo	0	0,0

Como você avalia seu nível de conhecimento sobre diagnóstico e prevenção do CA de boca?

Ótimo	0	0,0
Bom	22	62,9
Regular	12	34,3
Ruim	0	0,0
Péssimo	0	0,0
Não respondeu	1	2,9
Total	35	100

* Poderia assinalar mais de uma alternativa.

Em relação às atitudes, 57,1% afirmaram sempre realizar, nas consultas iniciais, o exame dos tecidos moles da cavidade bucal de seus pacientes. Com relação à anamnese, 57,1% relataram sempre questionar o paciente sobre tabagismo na primeira consulta e 60,0% sempre questionavam para saber se ele era etilista (Tabela 2).

Quando questionados sobre a conduta adquirida ao perceber, na anamnese, que seu paciente era fumante ou etilista, 91,4% afirmaram que orientavam sobre os malefícios do tabagismo ou etilismo. Já, sobre a conduta adotada ao perceberem lesões bucais suspeitas de malignidade, 68,6% afirmaram que encaminhavam o paciente imediatamente para CD especialista em Estomatologia (Tabela 2).

Ao serem indagados sobre sua capacidade para realização de biópsia, 40,0% consideraram-se razoavelmente capacitados. Sobre o papel do CD na prevenção e diagnóstico do CA de boca, 94,3% o avaliaram como “muito importante” e 5,7% como “importante” (Tabela 2).

Tabela 2- Atitudes, nível de segurança e avaliação do papel do CD sobre o manejo do CA de boca

Variável	n	%
Com que frequência você realiza o exame dos tecidos moles da cavidade bucal de seu paciente nas consultas iniciais?		
Sempre	20	57,1
Ocasionalmente	12	34,3
Quando há queixa do paciente	1	2,9

Não respondeu	2	5,7
Com que frequência você pergunta se o paciente é tabagista na primeira consulta?		
Sempre	20	57,1
Ocasionalmente	14	40,0
Nunca	0	0,0
Não respondeu	1	2,9
Com que frequência você pergunta se o paciente é etilista na primeira consulta?		
Sempre	9	25,7
Ocasionalmente	20	60,0
Nunca	4	11,4
Não respondeu	1	2,9
Qual a sua conduta ao perceber, na anamnese, que seu paciente é fumante ou etilista?		
Não questiona quanto ao uso de fumo e/ou álcool	1	2,9
Não adota nenhuma conduta específica	0	0,0
Orienta sobre os malefícios do tabagismo e/ou etilismo	32	91,4
Adota outra conduta	1	2,9
Não respondeu	1	2,9
Qual a sua conduta ao perceber lesões bucais suspeitas de malignidade?		
Você mesmo(a) realiza os procedimentos diagnósticos	4	11,4
Encaminha imediatamente para um profissional médico	0	0,0
Encaminha imediatamente para um CD especialista em Estomatologia	24	68,6
Aguarda duas semanas para encaminhá-lo para um profissional médico	0	0,0
Aguarda duas semanas para encaminhá-lo para um CD especialista em Estomatologia	3	8,6
Não sendo a queixa principal do paciente, espera até que o mesmo se manifeste pedindo orientação	0	0,0
Acompanha e trata a lesão como se fosse sem malignidade. Se não obtiver sucesso, encaminha para um CD especialista ou Estomatologista.	3	8,6
Não respondeu	1	2,9

Você se sente capacitado para a realização de biópsia?		
Sim	8	22,9
Razoavelmente	14	40,0
Não	13	37,1
Como avalia a importância do CD na prevenção e diagnóstico do CA de boca?		
Muito importante	33	94,3
Importante	2	5,7
Nem importante, nem não importante	0	0,0
Não importante	0	0,0
Nada importante	0	0,0
Total	35	100

Discussão

Esta pesquisa obteve uma taxa de resposta de 72,9%, demonstrando maior adesão dos profissionais quando em comparação a investigações semelhantes (ANDRADE et al., 2014; BENVENUTTI et al., 2015; PINHEIRO; CARDOSO; PRADO, 2010). Além disso, 88,5% dos participantes apresentavam algum curso de pós-graduação, contrapondo os 47,2% identificados por Pinheiro, Cardoso e Prado (2010).

Nesse sentido, vale ressaltar que conhecimentos adquiridos na graduação são fundamentais para a futura prática odontológica, pois os estudantes tendem repetir padrões e comportamentos adquiridos. Nesse estudo, 57,1% avaliaram o ensino obtido sobre CA de boca como bom, diferindo, mais uma vez, dos achados de Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) em que a maior parcela dos entrevistados (42,1%) o classificou como insatisfatório. Estima-se que características do projeto pedagógico, do currículo e da atuação docente possam explicar tais achados.

Chamou a atenção a preocupação dos CDs dessa pesquisa em relação à realização de cursos sobre CA de boca ao longo do tempo. Contudo, apenas 11,4% haviam realizado atualização sobre câncer bucal no último ano. Ressalta-se que a avaliação de lesões potencialmente malignas não se enquadra na prática diária da maioria dos profissionais, necessitando de fortalecimento da educação continuada.

O consumo de tabaco foi reconhecido como fator de risco por todos os participantes desta pesquisa, observando-se os mesmos resultados (100%) no estudo de Andrade et al. (2014). O consumo de álcool, conforme relatado por Reis et al. (2002), representa risco ao

desenvolvimento de CA de boca mesmo na ausência do tabaco ou atuando de forma sinérgica quando da sua presença. Nesta investigação, todos os CDs identificaram adequadamente o consumo de bebidas alcoólicas como fator de risco. Esses dados se assemelham aos achados de Pinheiro, Cardoso e Prado (2010), Andrade et al. (2014) e Benvenuti et al. (2015), onde 92,1%, 95,7% e 100% dos participantes o identificaram, respectivamente.

Contudo, nesse estudo, as drogas injetáveis foram identificadas inadequadamente como fatores de risco por 11,4% dos respondentes. Vale ressaltar que não existem evidências científicas sobre tal relação. Outros fatores equivocadamente relatados como riscos foram: 82,8% para história familiar de câncer; 48,5% para estresse emocional; 37,1% para câncer prévio; e 22,8% para dentes cariados. Tais achados diferem em alguns aspectos daqueles encontrados pelo estudo de Pinheiro, Cardoso e Prado (2010): 7,9% para drogas injetáveis; 86,8% para história familiar de câncer; 34,2% para estresse emocional; 57,9% para câncer prévio; e 21,1% para dentes cariados.

Apenas 5,7% dos profissionais identificaram o chimarrão como fator de risco. Esse aspecto se relaciona aos padrões culturais regionais e ainda necessita de comprovação científica. O baixo consumo de frutas e verduras enquanto fator de risco foi citado por 20% dos CDs, corroborando com o estudo de Pinheiro, Cardoso e Prado (2010). Já, em relação ao uso de próteses dentárias mal adaptadas, descritas por Rotundo et al. (2013) como evidente fator de risco, 82,8% dos profissionais o apontaram, observando-se porcentagem semelhante aos estudos de Pinheiro, Cardoso e Prado (2010), Andrade et al. (2014) e Benvenuti et al. (2015).

Segundo Eliot et al. (2013), a higiene bucal e o desenvolvimento de doença periodontal estão relacionados ao desenvolvimento de neoplasia bucal. Nesse estudo, 71,4% citaram higiene oral deficiente como fator de risco ao desenvolvimento do CA. Percentual pouco maior (77,1%) identificou a exposição solar. De acordo com Agrawal et al. (2013), há aumento do risco dessa doença quando existe demasiada exposição à radiação solar. Desta forma, houve convergência entre as opiniões dos CDs e dos autores citados.

Os aspectos clínicos mais frequente ao câncer de boca, conforme relata a literatura, são lesões que não cicatrizam. Neste contexto, o aspecto mais comum descrito por 80% dos CDs foi úlcera indolor, o que sugere bom conhecimento a respeito. Este dado é amparado pelos estudos de Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) (86,3%), Andrade et al. (2014) (70%) e Benvenuti et al. (2015) (91,9%). Vale lembrar, nesse sentido, que a leucoplasia é reconhecidamente a lesão precursora de grande prevalência ao CA de boca (DIONNE et al., 2014; INCA, 2002; SILVEIRA et al., 2009; SPERANDIO et al., 2013).

Quando instigados a avaliar seu nível de conhecimento do mecanismo de ação do álcool, 48,6% dos CDs o classificaram como razoável. Salienta-se que o mecanismo de ação do álcool se dá pela ação do acetaldeído causando mutações no DNA das células

(INCA, 2002) e pelo aumento da permeabilidade da mucosa aos agentes carcinogênicos em sinergismo com outras substâncias (CARRARD et al., 2008).

O tabaco, mais frequentemente associado como fator de risco ao CA de boca, tem mecanismo de ação definido pela interação de mais de 60 substâncias tóxicas. Além disso, depreende-se, ainda, que o calor resultado da combustão do fumo, causa agressões à mucosa (INCA, 2002). Neste estudo, contudo, 42,9% avaliaram seu conhecimento sobre esse mecanismo como 42,9% regular.

O exame da cavidade bucal, por ser de fácil acesso e visualização, é um método simples e eficaz a ser utilizado para o diagnóstico do CA de boca, especialmente pelo fato que muitas lesões são indolores e podem passar despercebidas pelo paciente (SANTOS, BATISTA; CANGUSSU, 2010). Dos CDs deste estudo, 57,1% afirmaram sempre realizar exames de tecidos moles na cavidade bucal. Na anamnese realizada na primeira consulta, mesmo percentual (57,1%) relatou sempre questionar o paciente para saber se ele é tabagista e 25,7% sempre adotavam essa conduta em relação ao etilismo.

Na presença de lesão bucal suspeita de malignidade, 68,6% dos CDs relataram encaminhar imediatamente o paciente para um estomatologista. Dessa forma, depreende-se insegurança ou desconhecimento para a realização de diagnóstico, aspecto comprovado pelo fato que apenas 11,4% realizava os procedimentos diagnósticos e que apenas 22,9% se autoavaliava como capacitados para a realização de biópsias. Estes dados corroboram com os encontrados por Pinheiro, Cardoso e Prado (2010), Andrade et al. (2014) e Benvenuti et al. (2015), os quais evidenciaram despreparo profissional para realização de diagnóstico de lesões suspeitas de malignidade.

Dada a importância da atenção primária em saúde para a modificação de hábitos deletérios à saúde (PETERSEN, 2009), observou-se neste estudo a necessidade de melhorias nas condutas dos profissionais, uma vez que descuidos na consulta inicial e nos atendimentos de rotina podem levar a diagnósticos tardios, causando prejuízos à saúde e qualidade de vida dos pacientes. Sabe-se, nesse sentido, que o diagnóstico precoce é o fator que mais tem impacto nas taxas de mortalidade e morbidade (BERGSHOEFF et al., 2014).

O nível de conhecimento sobre CA de boca autoavaliado como bom pelos participantes desta pesquisa (62,9%), denota que existem lacunas na sua formação, mesmo que boa parte tenha percebido de forma positiva seu ensino de graduação e tenha participado de formações continuadas sobre o assunto.

Nesse sentido, é importante destacar que o CD possui grande importância na prevenção e no diagnóstico da doença, bem como no suporte/apoio aos pacientes em tratamento. Tal aspecto foi salientado por todos os participantes dessa pesquisa, quando instigados a avaliar o papel do CD frente ao CA de boca.

Este estudo teve como limitações o fato de ter sido realizado em único município, o que inviabiliza que seus achados sejam extrapolados. Mesmo assim, dada a semelhança

com resultados identificados por outros pesquisadores, acredita-se que ele serve como alerta e estímulo para novas investigações.

Conclusões

Este estudo identificou adequado nível de informação dos CDs sobre o papel do álcool e do tabaco enquanto principais fatores de risco para o CA bucal e sobre a presença de úlceras indolores enquanto o aspecto clínico mais comum em pacientes com estágio inicial da doença. Contudo, houve limitações nas informações sobre o papel de outros fatores e seu possível envolvimento no CA de boca.

Embora os profissionais tenham avaliado de forma positiva o ensino obtido na graduação e tenham participado de cursos de atualização, a autoavaliação realizada sobre seu nível de segurança frente ao diagnóstico e à prevenção do CA de boca evidenciam lacunas nos seus conhecimentos.

Quanto às atitudes, verificou-se que a maioria dos profissionais realizava adequadamente o exame da cavidade bucal e a anamnese do paciente, de modo a investigar fatores de risco e a presença de lesões relacionadas à doença. Entretanto, parcela considerável não se sentia capacitada para a realização de biópsias e para o diagnóstico do CA de boca, encaminhando casos com lesões suspeitas para estomatologistas.

Embora os CDs participantes desse estudo tenham entendimento sobre seu papel e sua importância no diagnóstico e manejo do CA de boca, os achados demonstram a necessidade de investimentos constantes em educação continuada/permanente para a formação dos CDs, sejam eles atuantes no SUS ou nos consultórios privados.

Referências Bibliográficas

AGRAWAL, A. et al. UV Radiation Increases Carcinogenic Risks for Oral Tissues Compared to Skin. **Photochemistry and Photobiology**, v. 89, n. 1, p. 1193-1198, 2013.

ANDRADE, S. N. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 71, n. 1, p. 42-47, 2014.

BENVENUTTI, E. V. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde do município de Chapecó-SC sobre câncer bucal: um alerta ao diagnóstico precoce. **Tecnológica Revista Científica**, v. 2, n. 1, p.153-162, 2015.

BERGSHOEFF, V. E. et al. Chromosome instability predicts progression of premalignant lesions of the larynx. **Pathology**, v. 46, n. 3, p. 216–224, abr. 2014.

BREMMER, J. F. et al. Prognostic value of DNA ploidy status in patients with oral leukoplakia. **Oral Oncology**, v. 47, n. 10, p. 956-960, 2011.

CARRARD, V. C. et al. Álcool e Câncer Bucal: Considerações sobre os Mecanismos Relacionados. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 1, p. 49-56, 2008.

DIONNE, K. R. et al. Potentially malignant disorders of the oral cavity: Current practice and future directions in the clinic and laboratory. **International Journal of Cancer**, v. 36, n. 3, p. 503-515, 2014.

ELIOT, M. N. et al. Periodontal disease and mouthwash use are risk factors for head and neck squamous cell carcinoma. **Cancer Causes Control**, v. 24, n. 7, p. 1315-1322, 2013.

IBGE, IBGE CIDADES. **Lagoa Vermelha**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/lagoa-vermelha/panorama>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

INCA. **Câncer de boca**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>>. Acesso em: 31 out. 2018. _____. **Tipos de Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca>>. Acesso em: 03 dez. 2014. _____. **Falando Sobre o Câncer de Boca**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.

PETERSEN, P. E. Oral cancer prevention and control – The approach of the World Health Organization. **Oral Oncology**, v. 45, n. 4-5, p. 454-460, 2009.

PINHEIRO, S. M. S.; CARDOSO, J. P.; PRADO, F. O. Conhecimentos e diagnósticos em Câncer Bucal entre profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 2, p. 195-205, 2010.

REIS, S. R. A. et al. Efeito genotóxico do etanol em células da mucosa bucal. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.16, n. 3, p. 221-225, 2002.

ROTUNDO, L. D. B. et al. Are recurrent denture-related sores associated with the risk of oral cancer? A case control study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 3, p. 705-717, 2013.

SALOMÃO, F. G. D.; DIAS, A. A.; PEREIRA, A. C. Prevenção do câncer em saúde bucal. In: PEREIRA, A. C. **Saúde Coletiva: métodos preventivos para doenças bucais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.

SANTOS, L. C. O.; BATISTA, O. M.; CANGUSSU, M. C. T. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. **Brazilian Journal Otorhinolaryngology**, v. 76, n. 4, 2010.

SHAH, J. P.; GIL, Z. Current concepts in management of oral cancer – surgery. **Oral Oncology**, v. 45, n. 1, p. 394-401, 2009.

SILVEIRA, É. J. D. et al. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 45, n. 3, p. 233-238, 2009.

SPERANDIO, M. et al. Predictive value of dysplasia grading and DNA ploidy in malignant transformation of oral potentially malignant disorders. **Cancer Prevention Research**, v. 6, n. 8, p. 822–831, 2013.

TORRES-PEREIRA, C. C. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1., p. 30-39, 2012.