TERESA MÁRCIA NASCIMENTO DE MORAIS

**CÂNCER DE BOCA: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS
CIRURGIÕES DENTISTAS QUANTO AOS FATORES DE
RISCO E PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO**

São Paulo

2003

Teresa Márcia Nascimento de Moraes

**Câncer de boca: avaliação do conhecimento dos cirurgiões
dentistas quanto aos fatores de risco
e procedimentos de diagnóstico**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Clínica Integrada

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Adde

São Paulo

2003

FOLHA DE APROVAÇÃO

Morais TMN. Câncer de boca: Avaliação do conhecimento dos cirurgiões dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2003.

São Paulo, 14/11/2003

Banca Examinadora

1) Prof. Dr. Carlos Alberto Adde

Titulação: _____

Julgamento: Aprovada Assinatura: _____

2) Prof. Dr. Flavio Eduardo G. Perez

Titulação: _____

Julgamento: Aprovada Assinatura: _____

3) Prof. Dr. Luciano Lauria Dib

Titulação: _____

Julgamento: Aprovada Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Senhor, meu Deus:
Eu te agradeço
por tudo que tens feito em minha vida:
pela alegria de viver,
por minha família, amigos,
pelos dons que me deste e
pelos relacionamentos
que possibilitam que eu cresça a cada dia.

Obrigado, Pai,
pelas oportunidades que me tens dado
por dar-me uma vida plena e abundante.

Senhor, a Ti
dedico este trabalho,
clamando que ele possa, de alguma maneira,
ajudar a odontologia a cumprir seu papel.

Aos meus pais,

***Ligia** e **Clóvis**, que me criaram, educaram e possibilitaram que eu me tornasse uma cirurgiã dentista.*

Que me ensinaram o valor de um desafio.

Que me mostraram, por meio de seus exemplos pessoais, os ganhos obtidos com o sacrifício.

A meus filhos,

***Philipe** e **Gabriel** que, por serem exatamente da maneira que são, trouxeram tanto amor e alegria à minha vida, e cujo apoio e compreensão incondicionais permitiram-me buscar meus sonhos profissionais.*

Ao **Antonio**,

Pelo bem que me faz à alma,

*por sua imensa capacidade de me fortalecer e de me ajudar,
por amar meus projetos e adotá-los como seus.*

Por torcer por mim e me incentivar a ir sempre adiante.

Presença fundamental na elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos **Júnior** e **Carla**,

Pela amizade, carinho e por tantas formas de ajuda.

A minha irmã **Christiane**,

Pela grande colaboração quando da coleta de dados, pelo carinho e grande apoio.

Ao meu sobrinho **Eduardo**,

Por ter trazido tantas alegrias em nossas vidas.

Tios **Rita** e **Nata**,

Que sempre me incentivaram e também possibilitaram a minha formação como profissional e como pessoa.

A **Fabiana**,

Pela torcida, por ter cuidado da minha família e da minha casa naqueles dias em que não estava sendo possível nem cuidar de mim mesma.

Ao **Prof. Dr. Carlos Alberto Adde**,

Por muitas e valiosas formas de contribuição.

Por ter cumprido exemplarmente seu papel de orientador, ensinando, compreendendo, criticando e dando sugestões que propiciaram meu crescimento a cada dia.

Ao Prof. Dr. Hélio Massaioche Tanimoto,

Pois me ensinou ver a odontologia com simplicidade, mostrando-me que procedimentos odontológicos básicos são suficientes para trazer grandes benefícios na qualidade de vida do ser humano.

Ao Prof. Dr. Luciano Lauria Dib,

Um exemplo de Mestre, que mesmo com inúmeros compromissos, não hesitou em colocar à disposição seus diversos conhecimentos.

Ao Prof. Dr. Nicolau Tortamano,

Pela oportunidade de desenvolver este projetos.

Ao Prof. Dr. Rodney Garcia Rocha,

Pela experiência de vida e conhecimento que nos transmite todos os dias, nos dando tanta segurança e incentivo para continuar.

Pela paciência, compreensão e ajuda, que possibilitaram a concretização deste sonho.

À Prof.^a Dr.^a Patrícia Helena Rodrigues de Souza,

Ao Prof. Dr. Benedicto Egbert Corrêa de Toledo,

Ao Prof. Dr. Raphael Carlos Comelli Lia,

Ao Prof. Dr. Sebastião Heten,

À Prof.^a Maria Cristina Vicentini Batista.

Minha gratidão àqueles que repartiram seus conhecimentos, colocando em minhas mãos as ferramentas com as quais abri novos horizontes, rumo à satisfação plena de meus ideais profissionais e humanos.

Ao Prof. Dr. Homero Habel Rodrigues – in memoriam

Por ter despertado em mim o interesse pela ciência, abrindo as portas e me conduzindo nos primeiros passos da pesquisa científica.

Aos Docentes da Pós-Graduação da FOU SP,

Pelos ensinamentos e apoio que me propiciaram durante esses anos.

A todos da **FOFEB**,

Pela minha formação e por continuarem me acolhendo.

Aos colegas da Pós-graduação, em especial **Carina, Jane e Luciana**,

Pelo carinho e cumplicidade, além de tornarem o meu caminho mais interessante e divertido durante esta caminhada.

À **Fundação Pio XII - Hospital São Judas Tadeu**

Constituído por uma equipe coesa e determinada no combate ao câncer. Meus agradecimentos pela enorme e costumeira colaboração.

A **Vilma Aparecida Vieira**,

Pelo apoio, atenção e carinho oferecidos, em especial nos momentos mais difíceis.

À **Luzia Marilda Z. M. Moraes**,

À **Vânia M. B. O. Funaro**,

À **Solange Alves Otto Franco**,

À **Maria Aparecida Pinto**,

Pela eficiência e disposição em esclarecer e ajudar nos momentos necessários.

À **Marisa do Nascimento Paro**,

Pela atenção e eficiência com o trabalho na língua inglesa.

Ao **Washington Paracatu**,

Pela atenção e eficiência com o trabalho na língua portuguesa.

A **todos**,

Que de alguma maneira, contribuíram para o resultado final deste trabalho, encontrando respostas, fornecendo informações, dando pistas...

*Não creiais em coisa alguma pelo fato de vos mostrarem o testemunho escrito
de algum sábio antigo;
não creiais em coisa alguma com base na
autoridade dos mestres e sacerdotes;
aquilo, porém, que se enquadrar na vossa razão
e, depois de minucioso estudo, for confirmado
pela vossa experiência, conduzindo ao vosso próprio bem e ao de todas as outras
coisas vivas,
a isso aceitai como verdade,
por isso pautai vossa conduta.*

Prof. Dr. Walter Edgar Maffei

Morais TMN. Câncer de boca: Avaliação do conhecimento dos cirurgiões dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2003.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento de cirurgiões dentistas inscritos em cursos de estética quanto aos fatores predisponentes e de diagnóstico do câncer bucal, a partir de um questionário previamente testado. O desenvolvimento de materiais e técnicas odontológicas e o anseio cada vez maior do ser humano em busca da beleza têm levado um número crescente de pacientes aos consultórios odontológicos. Julgamos este momento oportuno para informar a população e diagnosticar precocemente o câncer de boca. Com relação às características gerais dos 465 participantes, houve predominância de uma população jovem, com idade inferior a 39 anos, maior participação feminina e quase 1/3 formados de 10 a 20 anos. As características clínicas da ocorrência desta neoplasia não estão claras para os entrevistados, uma vez que somente metade indicou o carcinoma espinocelular como o tipo mais comum, e aproximadamente metade tem conhecimento das características do linfonodo em metástase cervical. Cerca de 20% desconhece a região da boca e a faixa etária de maior ocorrência deste tumor, e também o seu aspecto inicial. Entretanto, 75,7% reconhecem a leucoplasia como a condição mais comumente associada ao câncer bucal. Com relação aos fatores de risco, o consumo de tabaco, história familiar e consumo de álcool estão claros para quase todos os participantes, mas, em se tratando das

demais condições apresentadas como fatores de risco, as dúvidas e contradições estão evidentes. Na prática clínica relacionada ao câncer de boca, observa-se que 14,2% não realizam exames para identificar lesões bucais, sendo que, destes, 80,3% não sabem como fazê-lo. Apenas 5,8% realizam procedimentos de diagnóstico, com a grande maioria considerando regular ou insuficiente seu conhecimento na área. Somente 16,6% têm confiança para realizar o diagnóstico. Mais da metade está há mais de 5 anos sem realizar um curso de atualização em câncer de boca, apesar de terem interesse em fazê-lo no futuro. Concluindo, os cirurgiões dentistas ainda não apresentam conhecimento e treinamentos ideais para difundir os meios de prevenção e detecção precoce do câncer de boca.

Palavras-Chave: Câncer de boca – Conhecimentos – Práticas – Fatores de risco – Procedimentos de diagnóstico

Morais, T.M.N. Oral cancer: Assessment of the dentists' knowledge as for risk factors and diagnosis procedures. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2003.

ABSTRACT

The purpose of this paper is assessing the knowledge of dentists who are registered at aesthetics courses as for predisposing and diagnosis factors of oral cancer, through a previously tested questionnaire. The development of odontological materials and techniques allied to a longing of a human being who is more and more in search of beauty, has taken an increasing number of patients to odontological consultation rooms. We consider this an opportune moment to inform the population and to do the early diagnosis of oral cancer. On what concerns the general characteristics of the 465 participants, there was a predominance of a young population, whose age was under 39 years, more female participation and almost 1/3 who had been graduated for 10 to 20 years. The clinical characteristics of this neoplasia occurrence are not clear for the persons interviewed, since only half of them have indicated the spinocellular carcinoma as the most common one and approximately half of them are aware of the lymph node characteristics in cervical metastasis. Around 20%, ignores the region of the mouth and the age group where this tumor occurs more frequently, and also its initial aspect. Notwithstanding, 75,7% recognizes the leucoplasia as the condition more frequently associated with oral cancer. On what concerns risk factors, the use of tobacco, family history and alcohol intake are clear for almost all the participants, but on what refers to the other conditions presented as risk

factors, the doubts and contradictions are evident. On the clinical practice related to oral cancer, it is observed that 14,2% don't do examinations for identifying buccal lesions, and among these ones, 80,3% don't know how to do it. Only 5,8% does diagnosis procedures, and the great majority considers their knowledge in the area, regular or insufficient. Only 16,6% has enough confidence to do the diagnosis. In spite of being interested in doing courses in the future, more than half of them have not taken any upgrading course on oral cancer for more than 5 years. Concluding, the dentists still don't present ideal knowledge and training to diffuse the means for prevention and early detection of mouth cancer.

Key-words: Oral cancer – Knowledge – Practices – Risk factors – Diagnostic procedures

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Características gerais referentes aos participantes da pesquisa.....	54
Tabela 5.2 - Distribuição das respostas referentes às características clínicas da ocorrência do câncer de boca	56
Tabela 5.3 - Distribuição percentual das respostas quanto à associação entre os diversos aspectos e o risco de câncer de boca	58
Tabela 5.4 - Distribuição das respostas referentes ao ato de realizar o exame de câncer de boca e a conduta após identificação de um caso	59
Tabela 5.5 - Distribuição das respostas referentes ao interesse e percepção do conhecimento sobre câncer bucal por parte dos entrevistados.....	61
Tabela 5.6 - Distribuição das respostas relacionadas com o conceito atribuído aos participantes.....	62
Tabela 5.7 - Correlação de frequência entre as variáveis relacionadas ao conhecimento sobre o câncer bucal e o conceito obtido.....	66

LISTA DE ABREVIATURA

ACS	Sociedade Americana de Câncer
APCD	Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas
CD	Cirurgião Dentista
CEC	Carcinoma espinocelular
CIOSP	Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo
DATASUS	Base de Dados do Sistema Único de Saúde
EAP	Escola de Aperfeiçoamento Profissional
EC	Estágio Clínico
INCA	Instituto Nacional de Câncer
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
SBOE	Sociedade Brasileira de Odontologia Estética
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SOBE	Sociedade Brasileira de Estomatologia
SUS	Sistema Único de Saúde
UADT	Trato aerodigestivo superior
WHO	World Health Organisation

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 Epidemiologia	19
2.1.1 Situação no Mundo	19
2.1.2 Situação no Brasil.....	22
2.2 Conhecimentos, opiniões e práticas	28
2.3 Fatores de risco	39
2.4 Diagnóstico	43
3 PROPOSIÇÃO	46
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	47
4.1 Material.....	47
4.1.1 Características gerais dos participantes	48
4.1.2 Conhecimento das características clínicas da ocorrência do câncer de boca	48
4.1.3 Conhecimento dos fatores de risco associados ao aparecimento do câncer de boca.....	48
4.1.4 Prática clínica relacionada ao câncer de boca	48
4.1.5 Interesse e percepção do conhecimento sobre câncer de boca.....	49
4.2 Métodos	49
4.3 Análise estatística.....	51

5 RESULTADOS	52
5.1 Freqüência das respostas	53
5.1.1 Características gerais dos participantes	53
5.1.2 Características clínicas da ocorrência do câncer de boca	55
5.1.3 Fatores de risco associados ao aparecimento do câncer de boca	57
5.1.4 Prática clínica relacionada ao câncer de boca	58
5.1.5 Interesse e percepção do conhecimento sobre câncer de boca	60
5.1.6 Conceito	62
5.2 Correlação de freqüência entre as variáveis estudadas	62
6 DISCUSSÃO	67
6.1 Análise descritiva da freqüência das diferentes variáveis estudadas	69
6.1.1 Características gerais dos participantes	69
6.1.2 Características clínicas da ocorrência do câncer de boca	70
6.1.3 Fatores de risco associados ao aparecimento do câncer de boca	74
6.1.4 Prática clínica relacionada ao câncer de boca	76
6.1.5 Interesse e percepção do conhecimento sobre câncer de boca	79
6.2 Conceito atribuído	84
6.3 Correlação de freqüência entre as variáveis estudadas	85
7 CONCLUSÕES	91
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	100
ANEXOS	105

1 INTRODUÇÃO

Materiais e técnicas odontológicas têm se desenvolvido de forma marcante nos últimos anos, possibilitando melhorar ou restaurar a aparência natural dos dentes (MEDEIROS, 1999; MENEZES, 1993; QUALTROUGH, 1999; SERRA; PIMENTA; PAULILLO, 1997). Com essa evolução, também se observa uma maior preocupação com a aparência, que tem se tornado um fator relevante nas relações humanas, em que um sorriso bonito, com dentes cada vez mais brancos, é um aspecto importante para o convívio social (CARVALHO, 2001). No entanto, ainda hoje, menor atenção tem sido direcionada ao controle dos fatores etiológicos das doenças dos tecidos moles localizadas no aparelho estomatognático (SERRA; PIMENTA; PAULILLO, 1997).

Esse fato pode ser constatado com o câncer bucal, uma vez que, nos últimos 40 anos, as taxas de mortalidade não sofreram modificações, mantendo-se em patamares bastante elevados (LANGDON, 1995; MELROSE, 1998; YELLOWITZ et al., 1998). Contudo, esse tipo de neoplasia é passível de prevenção e cura, desde que se eliminem os fatores de risco, o paciente realize periodicamente o auto-exame, e o diagnóstico seja consolidado em fases iniciais.

Apesar do câncer de boca representar 5% a 10% dos tumores malignos que acometem a população mundial (BRASIL, 2003; WHO, 2003; SYME; DRURY; HOROWITZ, 2001; KOWALSKI; NISHIMOTO, 2000), as neoplasias que se localizam

na região de cabeça e pescoço são as que determinam maior carga de sofrimento adicional (SÃO PAULO, 2001). Esses tumores são considerados uma doença devastadora, tanto para pacientes, quanto para seus familiares e sociedade. Não só pela doença em si, mas, em especial, pelo tratamento, que freqüentemente acarreta desfigurações em áreas expostas da face, gerando disfunções permanentes em atividades essenciais para a sobrevivência, como comer, beber e conviver socialmente (SÃO PAULO, 2001). Além disso, deve ser ressaltado o alto custo do tratamento de lesões em estágios avançados e um maior tempo de internação hospitalar para tais pacientes (KOWALSKI et al., 1994).

No Brasil, o câncer bucal é uma doença de grande significância. Figura entre os oito tipos de câncer de maior freqüência, chegando a atingir, em alguns Estados, a segunda ou terceira localização anatômica de maior incidência, sendo considerado um problema de saúde pública em muitas regiões (ALMEIDA; LOPES, 1997; DIB, 1997; HAYASSY, 1998; KOWALSKI; NISHIMOTO, 2000; NAVARRO, 1996; OLIVEIRA; ODELL, 2000).

Além da alta incidência no Brasil, o câncer bucal apresenta um quadro dramático de morbidade e mortalidade (HAYASSY, 1998). Segundo vários autores, pouco são os casos diagnosticados "*in situ*", estágio ideal para cura da lesão (CHINELLATO et al., 1995; DIB, 1991, 1997; HAYASSY, 1998; KOWALSKI et al., 1999; MENDONÇA; VÊNCIO; CAIXETA, 1998; PARAJARA, 1999; OLIVEIRA; ODELL, 2000).

Muitos fatores levam a um diagnóstico tardio. Vão desde o despreparo médico e odontológico para realizar o diagnóstico em fases iniciais, até a desinformação da população (KOWALSKI et al., 1994), questões agravadas pela escassez de programas oficiais preventivos e informativos sobre câncer bucal e

centros de referências com infra-estrutura adequada que possam dar respaldo, tanto a pacientes quanto a profissionais da área da saúde. Além disso, pouco se sabe sobre o conhecimento das diversas populações envolvidas neste assunto (DIB, 2000), o que dificulta a definição e a sistematização das formas de atuação em prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal.

Entretanto, estamos diante de uma oportunidade de prevenir e detectar precocemente o câncer de boca, já que a evolução da odontologia e o apelo da população por estética podem promover a ida de pacientes assintomáticos aos consultórios odontológicos, momento que consideramos oportuno para motivá-los a um tratamento preventivo, informando-os quanto aos fatores de risco, ao auto-exame e à possibilidade de detectar precocemente possíveis lesões, e não somente dedicar-se à arte de embelezar o sorriso.

Desse modo, este estudo inicia-se com entrevistas realizadas com cirurgiões dentistas inscritos em cursos de estética oferecidos no 20º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo – CIOSP. Procuramos avaliar os conhecimentos básicos em relação ao câncer bucal, a fim de fornecer dados importantes que poderão nortear as estratégias a serem traçadas de acordo com as particularidades do grupo estudado, tornando os resultados de futuras campanhas mais duradouros e efetivos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Como o assunto estudado apresenta grande número de trabalhos científicos nos mais variados sub-tópicos que o compõe, procuramos, nesta revisão, distribuí-los em ordem cronológica, de acordo com quatro tópicos principais relacionados ao câncer de boca: epidemiologia; conhecimentos, opiniões e prática; fatores de risco e diagnóstico.

2.1 Epidemiologia

2.1.1 Situação no Mundo

Em 1994, Horowitz, em um editorial, afirma que o conhecimento público dos fatores de risco em relação aos sinais e sintomas do câncer bucal e o reconhecimento da necessidade do exame de câncer de boca constituem casos relevantes. Como em muitos outros cânceres, a detecção precoce do câncer bucal reduz a incidência da enfermidade e a mortalidade, mas as estatísticas apontam que este tipo de tumor está sendo diagnosticado em estágios adiantados. Embora

trabalhos constatem que profissionais da saúde, de certo modo, negligenciam suas práticas de detecção de câncer bucal, estudos também retratam um público carente de conhecimento e práticas dessa neoplasia. Intervenções educacionais bem planejadas e vigorosas são essenciais tanto para o público quanto para profissionais de saúde. O acesso da população ao exame de câncer bucal deve ser assegurado, além de um treinamento apropriado para os profissionais realizarem tais exames.

Em publicação no ano de 1995, Langdon afirma que não pode haver dúvidas de que o câncer da cavidade bucal é um problema de saúde ao longo do mundo. Do lado ocidental, onde existem registros de câncer confiáveis, observa-se um aumento na incidência de câncer de boca, particularmente entre os jovens e o sexo feminino, sendo que a sobrevida dos pacientes com essa neoplasia não tem apresentado nenhuma melhora. Aproximadamente 60% dos pacientes que desenvolvem tumores na boca morrem em consequência da doença, o que a torna uma patologia mais letal que o câncer uterino, apesar dos avanços que têm proporcionado maior conhecimento da gênese do câncer de boca, possibilitando aos cirurgiões planejar cirurgias menos mutiladoras. De fato, os avanços nas cirurgias de reconstrução têm notadamente reduzido a morbidade do tratamento, melhorando a qualidade de vida dos portadores deste tumor, mas, atualmente, uma proporção significativa de pacientes ainda morre em razão de um segundo câncer primário ou metástase. O cirurgião dentista tem papel importante no direcionamento desta epidemia, pois está bem estabelecido que o diagnóstico precoce possibilita uma chance muito maior de cura. É essencial que estes profissionais examinem a boca e a orofaringe de seus pacientes por completo, sempre que eles retornarem para um check-up. Afinal, o câncer de boca desenvolve-se em sítios em que preexiste uma

lesão cancerisável: eritroplasia, leucoplasia e líquem plano erosivo. Por isso, é importante ser detectado e rapidamente encaminhado para tratamento adequado. Os dentistas também devem questionar seus pacientes com relação ao consumo de tabaco e álcool, não apenas para detectar pacientes de alto risco, mas também dispor de uma oportunidade para aconselhar sobre os riscos destes hábitos. Não existem campanhas preventivas rotineiras para a população que identifiquem com êxito câncer de boca em estágios iniciais. É imprescindível aumentar o nível geral de consciência relacionado ao câncer de boca na população, de maneira semelhante à realizada com o câncer de mama .

Melrose (1998), em um artigo para o CDA Journal, discute a abordagem para resolver o problema do câncer bucal. Lembra que a incidência e os índices de mortes causados por tal patologia não estão diminuindo e acrescenta que, na ocasião do diagnóstico inicial, uma grande porcentagem de pacientes já apresenta metástases regionais. E indaga: Por que a odontologia, mesmo sabendo tanto sobre o câncer de boca e tendo a oportunidade de detectá-lo precocemente, está fracassando a este respeito? O autor finaliza dizendo que as associações, organizações e grupos odontológicos deveriam se unir e concordar em assumir esse desafio; do contrário, o câncer bucal continuará a ser um grande problema para os registros odontológicos.

Kowalski e Nishimoto (2000) relataram que a incidência do câncer de boca é extremamente variável, representando um problema de saúde pública em muitas partes do mundo. 83% dos óbitos são registrados em países em desenvolvimento, com predomínio marcante no gênero masculino (1,2 a 12,0:1), na faixa etária de 50

a 70 anos. As neoplasias da cavidade bucal e da faringe ocupam a sexta posição entre os cânceres mais freqüentes no mundo. Se analisada separadamente a incidência entre os gêneros, observa-se para o gênero masculino a quinta posição (7%) dos casos novos, e a sétima para o feminino, com 3,8%.

2.1.2 Situação no Brasil

O câncer vem ocupando papel cada vez mais importante no perfil epidemiológico do Brasil. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) a neoplasia já é considerada a segunda causa morte por doença, estimando que, para 2003, serão registrados 402.190 casos novos e 129.960 óbitos por câncer. Dentre os tipos de câncer mais incidentes estimados para 2003 na população brasileira, encontra-se o câncer de boca, cujas estimativas apontam como sendo a 6^a neoplasia maligna mais freqüente no homem e a 8^a na mulher. Em algumas regiões do país, os índices são alarmantes, como no Sul e Sudeste, com as estimativas das taxas brutas de incidência por 100.000 homens atingindo 19,27%.

De acordo com a distribuição das neoplasias malignas segundo a localização topográfica e sexo do registro hospitalar de câncer do Hospital A.C. CAMARGO (1994), no sexo masculino, o número de atendimentos relacionados com tumores bucais superou os atendimentos ocasionados pelos tumores localizados nos pulmões, correspondendo respectivamente a 143 (10,8%) e 129 (9,5%)

atendimentos. Vale ressaltar que, no referido ano, as neoplasias localizadas na boca foram responsáveis pelo maior número de atendimentos neste hospital nos pacientes do gênero masculino.

No registro hospitalar de câncer do Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII (MAUAD; GOMES; MIRRA, s.d.), observa-se que o câncer de boca nos homens foi responsável por maior número de atendimentos do que o câncer de pulmão. As estatísticas apontam 566 (9,1%) atendimentos para os tumores bucais e 518 (8,3%) para tumores de pulmão no período de 1994-1999. Neste hospital, o câncer de boca foi a 3ª causa de atendimento no homem durante o referido período.

Segundo os Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) com relação ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)¹, a ocorrência de óbitos por neoplasia maligna do lábio, cavidade oral e faringe vem sofrendo progressão anualmente. A análise dos dados permite observar, entre os anos de 1996 e 2000, um acréscimo significativo no índice de óbitos por esse tipo de tumor: 16,75%.

Ao analisar os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)², relativos às neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe e às neoplasias malignas de traquéia brônquios e pulmões, referentes ao ano de 2002, observa-se: o número de internações por neoplasia maligna do lábio, cavidade oral e faringe foi 88,7% maior durante o referido ano do que as internações ocasionadas por tumores de pulmão, com 20.196 e 10.699 internações respectivamente. O valor

¹ DATASUS – <http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def>.

² SIH/SUS - <http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/mruf.def>.

total gasto com internações foi 32,3% superior ao gasto com as internações por neoplasia maligna de traquéia, brônquios e pulmões, sendo gastos, em média mensal, R\$1.068.208,24 e R\$723.625,26 respectivamente. Com relação ao número de óbitos das duas neoplasias, nota-se que a média mensal foi de 166,67 óbitos decorrentes dos tumores bucais, e 198 dos tumores de pulmões.

Vários trabalhos vêm sendo realizados em diferentes regiões do Brasil nos últimos anos, e os resultados confirmam a elevada incidência do câncer de boca na população brasileira, demonstrando que essa neoplasia merece consideração por vários segmentos da sociedade, com veremos a seguir.

Realizou-se uma pesquisa nos arquivos de um Centro de Prevenção ao Câncer, na cidade de Campo Grande, então Estado do Mato Grosso. Foram manipulados dados de cerca de 18.000 laudos de exames histopatológicos e citológicos realizados entre período de 1965 a 1975, objetivando extrair informações sobre incidência de neoplasias em geral, estratificando as neoplasias localizadas na estrutura Buco-Maxilo-Facial. O autor observou que, dos 656 exames relativos à estrutura Buco-Maxilo-Facial, 555 foram requisitados por médicos e 101 por cirurgiões dentistas. Ademais, esta localização contribuiu com 501 casos diagnosticados, representando cerca de 15,8% de todas as neoplasias, com índices anuais em ascensão. Logo, o câncer com esta localização merece acompanhamento mais profundo e ações preventivas eficazes (MENEZES FILHO, 1991).

Veeck et al. (1992) revisaram os diagnósticos histopatológicos do Serviço de Estomatologia e Anatomia Patológica do Hospital São Lucas, da Pontifícia

Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, correspondentes ao período entre abril de 1975 e março de 1992. Identificaram 260 diagnósticos de carcinoma espinocelular, considerando sexo, idade, hábitos do paciente, localização, tamanho, tempo de evolução e grau de diferenciação histológica das lesões. Os autores registraram maior incidência no sexo masculino, distribuídos preferencialmente na faixa etária entre 51 e 60 anos de idade, porém ocorrendo também em idades mais precoces. Quanto à localização da lesão, observaram que a maior frequência foi no assoalho da boca, com 25%, seguida da língua 21,87%. Na maioria dos casos, o tamanho das lesões no momento do diagnóstico era de 2,1 a 4,0 cm. (T2). A maior parte dos pacientes procurou atendimento em um prazo de até 3 meses. Também foi constatado que o crescimento úlcero vegetante foi o mais observado, com 48,36%, assim como o grau de diferenciação histológica mais observado foi o Grau II em 42,92% dos casos. Nos casos em que informações sobre os hábitos estavam presentes, 81,82% dos pacientes relataram apresentar pelo menos um dos hábitos estudados (fumo, álcool e chimarrão). A associação entre o fumo e o álcool foi a mais frequente, aparecendo em 54,63% dos pacientes. Diante dessas constatações, os autores concluem que a associação do fumo com o álcool desempenha papel preponderante na etiologia dos carcinomas espinocelulares da cavidade bucal.

Souza et al. (1996) realizaram um levantamento da casuística do carcinoma epidermóide da mucosa bucal do fichário do Serviço de Estomatologia do Hospital Heliópolis – SUS – SP durante o período de 1972 a 1993. Das 10.575 doenças diagnosticadas, encontraram 654 casos de carcinoma epidermóide (6,92%), ocasião em que se pesquisou a distribuição quanto ao sexo, faixa etária e raça, obtendo-se,

respectivamente, 80,28% no sexo masculino, 19,72%, no feminino, predominando a faixa etária entre 51/60 anos (32,72%), tendo como maioria os leucodermas (75,69%).

Camarini (1999), com o objetivo de obter dados regionais sobre o câncer de boca, consultou os arquivos dos laboratórios de Anatomia Patológica de Bauru e Jaú, durante um período de 20 anos (1976-1995), coletando dados referentes à identificação dos pacientes (gênero, cor, idade) e localização das lesões nas diversas áreas da boca. A análise dos dados permitiu concluir que os carcinomas espinocelulares acometeram 81,1% dos indivíduos do gênero masculino e 19,9% do gênero feminino. 91,58% ocorreram em indivíduos da cor branca, 1,8% em negros, 0,32% em amarelos e, em 6,18% dos casos, não foi especificada a cor. A faixa etária que apresentou maior frequência foi a sexta década de vida, seguida pela sétima e, posteriormente, a oitava década. De maneira geral, os resultados obtidos nesta pesquisa mostram que o câncer bucal constitui-se em um problema de saúde pública e que há necessidade de programas preventivos para a detecção precoce dos carcinomas espinocelulares de boca.

O perfil de pacientes com carcinoma epidermóide de boca encaminhados a dois Hospitais de Belo Horizonte – MG, entre 1986 e 1996, foi descrito por Gervásio et al. (2001) quando analisaram detalhadamente 740 prontuários médicos. Os autores puderam observar maior incidência no sexo masculino, na proporção de 4,8:1. Os sexagenários foram os mais acometidos pela patologia, sendo que a maioria era composta de trabalhadores rurais. A língua foi a região anatômica mais freqüente, existindo íntima relação entre o consumo de tabaco e álcool e o

desenvolvimento de carcinoma epidermóide de boca (63,8% dos casos). Apesar da maioria receber atendimento médico no primeiro ano de desenvolvimento da doença, metade desses pacientes apresentava lesões no estágio T4.

Baseando-se em um estudo retrospectivo, cujo objetivo era colher dados epidemiológicos e modalidades terapêuticas, Lopes et al. (2002) consideraram 123 casos de câncer de boca diagnosticados no Hospital Aldenora Bello em São Luis (MA). Os autores verificaram que o carcinoma epidermóide é a neoplasia maligna mais freqüente na boca. Nesse estudo, a localização anatômica de maior prevalência foi o lábio, seguido pela língua. A divergência entre estes resultados e a literatura pode estar associada a hábitos, vícios e costumes regionais. Também observaram que o tratamento mais empregado para o câncer de boca é o cirúrgico, em 66,67% dos casos, podendo estar associado a radioterapia e/ou quimioterapia.

Wunsch-Filho (2002) conduziu um estudo sobre a ocorrência de câncer de boca e de faringe na população das 5 regiões brasileiras. O estudo analisou a incidência, taxa de mortalidade e estimativas, levando também em consideração a sobrevida destes pacientes. Informações complementares relativas à presença de fatores de risco da doença também foram pesquisados, na tentativa de estabelecer alguma relação etiológica com a incidência e a mortalidade observada. O autor encontrou dois padrões claros para a ocorrência do câncer de boca e de faringe na população brasileira. Um padrão para a Região Norte (incluindo Regiões Norte, Nordeste e Região Centro-oeste, que são as mais pobres) e um padrão para a Região Sul (compreendendo as Regiões Sul e Sudeste). O padrão Sul revelou taxas de incidência superiores a 15% para cada 100.00 homens, enquanto o padrão Norte caracterizou-se por taxas mais baixas. Outros cânceres relacionados ao

consumo de tabaco, como esôfago, laringe, pulmão e bexiga, apresentaram o mesmo padrão de incidência e taxas de mortalidade observado no câncer de boca e de faringe. Com relação à sobrevida dos pacientes, a falta de informações impediu sua análise, mas o estudo realizado permitiu concluir que, na maioria dos casos, o diagnóstico foi feito em fases avançadas da doença, com uma taxa de sobrevivência inferior a 5 anos no Brasil, com os tumores de língua exibindo as piores taxas de sobrevida. Na Região Sul, pode ser observado um grande consumo de tabaco e álcool, bem como maior ingestão de churrasco de carnes vermelhas. Além desses riscos, parte do câncer de boca e de faringe registrada no Brasil poderia ser atribuída a alguns fatores presentes em pessoas com baixo padrão de vida, com dieta pobre e higiene oral deficiente.

2.2 Conhecimentos, opiniões e práticas

Pullon e Miller (1973) realizaram um levantamento com os dentistas membros da Pennsylvania Dental Association para determinar os conhecimentos das taxas de sobrevida para o câncer de boca inicial e avançado. Puderam observar que a maioria dos dentistas deu respostas errôneas, sendo mais pessimistas do que quando comparadas às publicações estatísticas de sobrevida. Esses resultados indicam intensa necessidade de cursos de aperfeiçoamento, com programas cuidadosamente planejados e estruturados para fornecer um material de interesse do profissional e de seus pacientes.

O câncer de boca é responsável por mais de oito mil mortes a cada ano, podendo esta mortalidade ser atribuída à falta de exames bucais efetivos por parte de dentistas e médicos clínicos gerais. Yellowits e Goodman (1995) elaboraram um questionário para obter uma linha base que descrevesse o conhecimento, opiniões e práticas dos médicos e dentistas relacionados com a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de boca. As respostas obtidas mostraram que os dois grupos de profissionais, 63,3% dos médicos e 65,5% dos dentistas, reconhecem a importância do diagnóstico precoce para a redução da mortalidade por câncer de boca. 73,1% dos dentistas e 32,6% dos médicos acreditam que seus conhecimentos a respeito do câncer bucal estão atualizados, com uma significativa parcela de dentistas (88,2%) se sentindo confortáveis em encaminhar pacientes com lesões suspeitas, já os médicos representam uma parcela menor (51,3%). Embora os dentistas executem mais exames de câncer de boca, médicos tratam consideravelmente mais paciente idosos, considerados de maior risco para o câncer de boca. Os autores concluem que uma revisão no conhecimento, opiniões e práticas é valiosa para identificar as falhas na educação e no treinamento, facilitar intervenções educacionais e clínicas, além de oferecer informações para planejar programa de cuidados a pacientes. O estudo demonstra a necessidade de aproximação dos profissionais e da interdisciplinalidade nos cuidados de saúde para reduzir a mortalidade do câncer bucal e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Em pesquisa realizada com 36 cirurgiões dentistas do SUS da cidade de Niterói-RJ, Hayassy (1998) observou que estes apresentam dificuldades para enfrentar a problemática do câncer bucal, principalmente pela falta de conhecimento específico da patologia. Verificou que eles não seguem uma rotina de trabalho, e

restringem as ações preventivas basicamente à aplicação tópica de flúor. Concluiu que as dificuldades para a prevenção do câncer de boca no setor público de Niterói estão relacionadas às questões políticas do SUS, à racionalidade administrativa e à adequação científica dos profissionais que atuam no setor para o combate da doença.

Yellowitz et al. (1998) enviaram, por correspondência, um estudo piloto para 500 cirurgiões dentistas clínicos gerais, selecionados aleatoriamente. Embora muitos dentistas relataram que seus conhecimentos com relação ao câncer bucal sejam atuais, seus reais conhecimentos sobre os fatores de risco do câncer bucal e os sinais e sintomas são incompatíveis. Também foram encontrados dados conflitantes entre o nível de conhecimento e o fornecimento de exame de câncer de boca. Muitos participantes do estudo concordam que seus pacientes deveriam ser submetidos a um exame de câncer bucal anualmente, mas muitos não oferecem este serviço.

Warnakulasuriya e Johnson (1999), após avaliar os cirurgiões dentistas do Reino Unido com relação a suas opiniões, atitudes e práticas de prevenção das lesões da mucosa bucal e o aconselhamento de pacientes com relação ao uso de tabaco, observaram que 84% dos entrevistados promovem a proteção da mucosa oral rotineiramente e que 30% deles oferecem uma rápida orientação sobre educação em saúde. O presente estudo indica uma considerável necessidade de melhoria na maneira e na extensão de se promover aconselhamento de saúde com respeito à maioria dos fatores de risco para o câncer bucal.

Seoane, Varela-Centelles e Diz-Dios (1999) elaboraram um questionário para obter de 114 dentistas do noroeste da Espanha suas experiências, conhecimentos e opiniões sobre o câncer de boca e pré-câncer. Os resultados obtidos sugerem inconsistência no nível de conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre o assunto, além de discrepância entre o nível de conhecimento e as atitudes relatadas. Os autores destacam a boa posição do CD para o aconselhamento de pacientes quanto à prevenção do câncer bucal e para a detecção de lesões precoces e condições cancerizáveis. Ressaltam a necessidade de uma intervenção educacional focalizada nos estudantes de pós-graduação e clínicos gerais, visando alcançar competência profissional na prevenção, diagnóstico e tratamento multidisciplinar do câncer de boca.

Horowitz et al. (2000) conduziram um estudo com 3.200 dentistas americanos para determinar as práticas e as opiniões com relação à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer de boca. Os profissionais, escolhidos de forma aleatória, responderam um questionário que enfocou aspectos sobre como eles conduziam os exames de câncer bucal, o uso do questionário de saúde dos pacientes para estabelecimento do risco de câncer de boca e sua prática e treinamentos sobre câncer bucal. Os resultados indicam que, na média, os dentistas avaliam 5 dos 8 fatores do histórico de saúde de seus pacientes. Em relação à conduta de exame de câncer bucal, cerca de 86% afirmaram não realizar este exame para pacientes desdentados com 18 anos de idade ou mais velhos. Entretanto, 81% reportaram que conduzem o exame de câncer bucal para 100% de seus pacientes com 40 anos de idade ou mais na sua consulta inicial. Concluiu-se que as práticas relatadas por estes dentistas em relação ao câncer de boca, em

conjunto com suas opiniões sobre os aspectos chaves desta prática e seu treinamento, apontam para a necessidade de uma atualização sistemática na prevenção do câncer de boca e seu diagnóstico em fases iniciais. Logo, é necessário que o dentista determine o risco de câncer bucal de seus pacientes e ofereça exames amplos e rotineiros de câncer bucal.

Dib (2000), ao analisar o grau de informação das diferentes camadas da população a respeito de aspectos relacionados ao câncer bucal, concluiu que há uma grande lacuna de informações específicas sobre aspectos preventivos e de diagnóstico da doença. Excluindo os alunos de graduação em odontologia, a maioria dos entrevistados desconhece os fatores de risco relacionados ao aparecimento do câncer de boca. A maioria não conhece ou realiza o auto-exame bucal, além de jamais ter sido submetida a um exame completo da boca.

Procurando determinar o conhecimento de dentistas americanos clínicos gerais sobre os fatores de riscos e procedimento de diagnóstico para o câncer orofaríngeo, assim como suas opiniões e interesse por cursos de educação continuada na área, Yellowitz et al. (2000) conduziram um estudo, enviando um questionário pelo correio aos cirurgiões dentistas dos Estados Unidos da América que não tinham especialização. Com base nas respostas de 14 questões, os autores observaram que, embora a grande maioria dos dentistas tenha identificado os reais fatores de riscos para o câncer de boca e faríngeo, apenas um terço deles sabia que este tipo de neoplasia é com maior frequência diagnosticado em estágios adiantados. Dos entrevistados, cerca de metade não sabe quais são as duas regiões anatômicas mais comuns para o desenvolvimento do câncer de boca, e

apenas 36% identificaram as duas lesões com maior probabilidade de associação a este câncer. Apesar disto, 2/3 dos entrevistados acreditam que seus conhecimentos de câncer bucal estejam atualizados. Os autores concluem que o cirurgião dentista não está devidamente preparado para prevenir e diagnosticar precocemente o câncer bucal. Afinal, ter conhecimento e informações adequadas quanto aos fatores de risco e de procedimentos de diagnóstico para o câncer orofaríngeo são pré-requisitos para dentistas darem informações adequadas a seus pacientes, assim como fazerem exames abrangentes de câncer de boca. Cirurgiões dentistas instruídos e bem treinados são cruciais na prevenção e na detecção precoce do câncer de boca.

Com a finalidade de avaliar o conjunto de habilidades que devem fazer parte do perfil de atuação do profissional de odontologia em relação ao problema do câncer de boca, David et al. (s.d.) distribuíram aleatoriamente 52 questionários para cirurgiões dentistas do Estado do Rio de Janeiro. Na opinião de 92,6% dos entrevistados, a doença é entendida como um problema de saúde pública; 57,4% não se consideram preparados para prevenir e diagnosticar lesões cancerígenas, e, destes, 35,8% já participaram do diagnóstico e 14,5% informaram ter atuado em alguma fase do tratamento desta condição; 86,5% reconhecem a responsabilidade do cirurgião dentista nesse sentido; 65,4% consideram-se preparados para realizar exames clínicos à procura de áreas suspeitas de câncer. Os autores concluíram que o cirurgião dentista reconhece a importância da prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, constatando-se uma contradição entre a crença do saber e a realidade prática profissional.

Horowitz, Drury e Canto (2000), com a finalidade de investigar a prática e opiniões dos cirurgiões dentistas clínicos gerais atuantes em Maryland - EUA, com relação à prevenção e ao diagnóstico do câncer de boca e faríngeo, enviaram um questionário pelo correio a 800 profissionais. Observaram que 90% dos cirurgiões dentistas questionam seus pacientes sobre hábitos atuais de consumo de tabaco, mas somente 77% avaliam a história de uso, tipo usado, entre outros tópicos. Menos de 66% perguntam sobre consumo atual de álcool. 90% informaram realizar exame de câncer bucal na primeira consulta de pacientes com 40 anos de idade ou mais. Somente 6% oferecem este exame a pacientes desdentados, e apenas 40% afirmam palpar linfonodos. Os autores concluem que o exame de câncer bucal e o levantamento apropriado da história médica realizados pelos dentistas são decepcionantes. Sugerem que esses resultados exigem intervenção abrangente nos currículos das faculdades de odontologia e mudanças nos currículos de cursos de pós-graduação, já que muitos dos entrevistados revelam interesse em cursos de educação continuada em prevenção e diagnóstico precoce em câncer bucal.

O conhecimento e opiniões de técnicos em higiene dental de Maryland-EUA sobre os fatores de risco e procedimentos de diagnóstico de câncer de boca foram avaliados por Syme, Drury e Horowitz (2001), por meio de um questionário postado. Com um índice de resposta de cerca de 60%, tecnicamente é impossível generalizar os resultados além da população do estudo, mas as informações obtidas são valiosas. Segundo os autores, o uso do tabaco foi apontado por 99,7% dos entrevistados como fator de risco para o câncer de boca, e o consumo de álcool por 89%. Mas um alto índice de informações incorretas quanto aos fatores de risco não reais pôde ser observado. Ademais, apenas 16% dos entrevistados identificaram

que a maioria dos cânceres de boca é diagnosticado em pacientes com 60 anos de idade ou mais. Enquanto 91% identificaram corretamente o exame da língua como o procedimento para a detecção de câncer de boca, somente 16% identificaram corretamente as lesões mais comumente associadas ao câncer de boca. Os autores acreditam que existam lacunas no conhecimento e sugerem firmemente que são necessários cursos de educação continuada que esclareçam os fatores de risco e procedimentos diagnósticos associados com a detecção precoce e a prevenção do câncer de boca.

Greenwood e Lowry (2001), ao enviar 420 questionários, compararam o conhecimento de câncer bucal e assuntos relacionados a esta patologia entre dentistas e médicos clínicos gerais do nordeste da Inglaterra. Observaram que o nível de conhecimento nos dois grupos, de modo geral, é bom, mas diferenças importantes surgiram entre eles, principalmente com relação ao conhecimento dos fatores de risco e as técnicas de exame clínico. Os dentistas apresentaram-se mais instruídos do que os médicos a respeito de lesões pré-malignas; entretanto, os médicos eram melhores para encaminhar precocemente e sugerir malignidade como diagnóstico. Os autores concluem que ações conjuntas de médicos e dentista podem ter valor no futuro, o que otimizaria recursos e possibilitaria auto-aperfeiçoamento compartilhado entre os grupos de profissionais.

Horowitz et al. (2001) realizaram um estudo qualitativo de seguimento a partir de pesquisa enviada por correio aos dentistas de Maryland. Dois grupos de enfoques foram conduzidos com o objetivo de, primeiro, obter informações sobre o motivo pelo qual a maioria dos dentistas não faz exame de câncer bucal em seus

pacientes e, em seguida, como resolver tais problemas pela perspectiva de um dentista, ajudando a explicar por que a maior parte da população alvo para o exame de câncer de boca não reconheceu ter sido submetida a este exame no ano anterior. Como resultado do estudo, surgiram cinco temas principais: conhecimentos inadequados sobre câncer bucal; procedimentos inconsistentes ou inaceitáveis para exames de câncer bucal; desconforto e falta de confiança sobre o exame de câncer bucal; falta de tempo foi o maior problema percebido; recomendações para ajudar a solucionar este assunto. Os autores concluem que os grupos ofereceram uma rica fonte de idéias de como melhor oferecer aos dentistas cursos de educação continuada sobre prevenção de câncer de boca e detecção precoce. Sugerem que o governo, associações odontológicas e corretoras de seguro devam desenvolver incentivos para melhorar a avaliação de tratamento de saúde dos pacientes de risco para o câncer de boca, assim como aumentar o número de exames de câncer bucal fornecido.

A partir de um questionário com 40 itens enviado pelo correio a todos os membros da Academia dos Médicos Clínicos Gerais de Maryland, EUA, Canto et al. (2002) avaliaram os conhecimentos, opiniões e práticas sobre câncer de boca destes profissionais. Os dados apontam que os médicos clínicos gerais estão atentos para os principais fatores de risco do câncer de boca, mas desinformados sobre os fatores de não risco. Aproximadamente 77% dos entrevistados, durante a anamnese, questionam seus pacientes com os 8 itens relacionados aos fatores de risco contidos no questionário enviado. Porém, menos de 24% dos respondentes realizam um exame de câncer de boca em pacientes com 40 anos de idade ou mais velhos. Enfim, cerca de 64% estão interessados em cursos de educação continuada

sobre câncer bucal. Esse estudo identificou lacunas no conhecimento e práticas entre os médicos clínicos gerais, mas é encorajador que eles expressem interesse em cursos de educação continuada no assunto.

O câncer bucal e o faríngeo podem ser evitados, além de apresentar sucesso terapêutico quando diagnosticados em estágio inicial. Dessa maneira, Clóvis, Horowitz e Poel (2002a) propuseram-se a determinar os conhecimentos e opiniões dos cirurgiões dentistas de British Columbia e Nova Escócia com relação a estas neoplasias. Os autores enviaram pelo correio um questionário elaborado com base em duas áreas de observação, fatores de risco e procedimentos de diagnóstico do câncer bucal e faríngeo. A soma do número de respostas corretas em cada uma das áreas levou a um índice que determinou o nível de conhecimento sobre o assunto em questão. Somente 38,5% dos cirurgiões dentistas pesquisados apresentaram um nível de conhecimento consistente nas duas áreas. A maioria dos cirurgiões dentistas sabe os reais fatores de risco para o câncer de boca, particularmente o consumo de tabaco e álcool. Contudo, nem metade tem conhecimento de que a maioria dos casos de câncer de boca é diagnosticado em pessoas com 60 anos de idade ou mais, e os profissionais não estão muito certos sobre fatores que não apresentam riscos para o câncer bucal e faríngeo. Os cirurgiões dentistas entrevistados estão desinformados ou faltam informações para procedimentos diagnósticos nesta área específica. Embora quase 80% tenham afirmado que a língua é um dos dois sítios mais comuns para o câncer de boca, apenas 56% indicaram a língua e o soalho de boca como sendo as duas localizações de maior frequência. Quase todos sabem que a detecção precoce melhora em 5 anos a taxa de sobrevivência, mas somente a metade dos entrevistados

tem conhecimento que o câncer de boca é diagnosticado em estágio avançado. Apenas 42,5% dos participantes da pesquisa identificaram corretamente a eritroplasia e a leucoplasia, nesta ordem, como as duas lesões associadas com este câncer. Para os autores, o papel crucial dos cirurgiões dentistas na redução do fardo individual e social com relação ao câncer de boca requer conhecimento e práticas apropriadas, com projetos adequados de intervenção educacional que podem aumentar o conhecimento e a prática dos profissionais dessa área.

Em um estudo similar, Clóvis, Horowitz e Poel (2002b) propuseram-se avaliar, por meio de um questionário postado, a prática relatada pelos cirurgiões dentistas de British Columbia e Nova Escócia, com relação à avaliação de risco de câncer bucal de seus pacientes, a fim de determinar a opinião destes profissionais sobre sua formação com relação a esta atividade. Os questionários válidos para serem submetidos à análise correspondem a 55,2% dos questionários enviados. Os autores puderam observar que 56,7% dos entrevistados concordam que seus conhecimentos neste assunto eram atuais. Dos 8 itens da história de saúde, os cirurgiões dentistas avaliavam em média 5 itens, com a maioria (88,0%) perguntando a seus pacientes sobre o atual consumo de tabaco, porém poucos profissionais determinavam o uso de tabaco no passado e o tipo usado. Menos da metade dos entrevistados informaram avaliar o uso atual de álcool. Um total de 72,7% dos dentistas entrevistados realizam exame de câncer bucal em todos pacientes desdentados em todas as consultas, mas 10,9% nunca fizeram isto. Semelhantemente, 70,7% dos dentistas entrevistados realizam exame de câncer bucal na consulta inicial para pacientes com 40 anos de idade ou mais velhos, mas 9,8% nunca realizam este exame. O treinamento universitário relacionado à

prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal foi informado como sendo bom por apenas 52,2% dos entrevistados, e muitos informaram que suas faculdades deram menos ênfase a este tópico que a outros. Cerca de $\frac{3}{4}$ dos cirurgiões dentistas (77,0%) tinham interesse em realizar um curso de educação continuada neste assunto. Concluem que os currículos de graduação e pós-graduação deveriam direcionar-se para as lacunas identificadas com esses resultados a partir de uma série de estratégias educacionais.

Com o intuito de desenvolver um instrumento eficiente para avaliar criteriosamente o nível de conhecimento sobre o câncer de boca em diversas comunidades profissionais, Dib (2003) elaborou um questionário e aplicou em 44 graduandos do 1º. semestre de odontologia e em 52 graduandos do 8º. semestre, no início do ano letivo de 2002. A análise dos resultados permitiu concluir a eficiência do instrumento para definição de conhecimento, pois 76,9% dos alunos do 8º. semestre obtiveram conceito A ou B, enquanto 0% dos alunos do 1º. semestre obtiveram este conceito. O teste estatístico de Pearson mostrou valor de p menor do que 0,000, denotando alta significância nesta variável. A análise estatística das demais variáveis mostrou significância estatística na maioria delas, evidenciando que o instrumento proposto é um método adequado para avaliação do nível de conhecimento sobre o câncer de boca.

2.3 Fatores de risco

Graham et al. (1977) entrevistaram e realizaram exames dentais em 584 homens com câncer de boca e 1222 pacientes de controle com doenças não

neoplásicas de um hospital de Nova York. Constataram que o aumento do risco para o câncer de boca estava associado fortemente ao fumo e ao consumo de álcool, além de estar associado à dentição pobre. Os autores concluem que o risco para o desenvolvimento de câncer de boca é 7,7 vezes maior para homens fumantes, consumidores de álcool e com dentição pobre.

Num estudo sobre a epidemiologia dos tumores das vias aéreas superiores, Franco (1987) relata que esse tipo de tumores é significativo em termos de morbidade e mortalidade. Considera a experiência de estudos anteriores que comprovam a importância de fatores de risco como o fumo, o álcool e hábitos da dieta no desenvolvimento do câncer. Observa que a ocorrência da neoplasia apresenta variações geográficas em função do uso desses fatores de risco nas diferentes culturas mundiais.

A partir da análise de 1114 fumantes ou alcoólatras e 1268 casos-controle, Blot et al. (1988) avaliaram a relação entre o consumo de fumo e de álcool e o aparecimento de câncer bucal, demonstrando o risco dessas substâncias na carcinogênese. Ademais, a associação das duas substâncias apresenta risco maior do que a soma do risco de cada produto individualmente. Os indivíduos que consomem mais de 20 cigarros e bebem mais de 4 doses de álcool diariamente apresentam um risco aumentado em 35 vezes. Os autores também observaram a redução do risco de câncer após 10 anos do último cigarro. Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, maior risco pôde ser observado nos consumidores de bebidas destiladas fortes e cerveja. Aproximadamente $\frac{3}{4}$ de todos os carcinomas bucais e faríngeos estavam relacionados ao consumo de fumo e álcool.

Franco et al. (1989) também realizaram um estudo de casos-controle para avaliar os fatores de risco para o câncer de boca no Brasil. Identificou-se um risco 6,3 vezes maior para o aparecimento de câncer bucal nos fumantes do que naqueles que nunca fumaram. Assim como um risco semelhante nos pacientes que jamais fumaram e que pararam com este hábito há mais de 10 anos. Fortes evidências foram observadas com relação ao consumo de bebidas alcoólicas. A associação do consumo de fumo e álcool representou um aumento significativo do risco de carcinogênese, maior do que o observado na soma dos riscos individualmente. Observou-se também uma diminuição do risco de cancerização entre os pacientes com dieta rica em caroteno e frutas cítricas.

Marshall et al. (1992) compararam 290 casos de câncer com 290 casos-controle buscando relacionar o risco de câncer de boca com o fumo, álcool, higiene dental e dieta. Os resultados confirmam que o fumo e o consumo de álcool concedem substancial risco para o desenvolvimento do câncer de boca. Uma pobre higiene bucal também aumenta o risco para essa neoplasia, embora com efeitos menores do que os do fumo e do álcool. Os dados sugerem que os macronutrientes da gordura provavelmente estão mais relacionados ao risco do câncer de boca do que os das proteínas e carboidratos. Enquanto os micronutrientes do cálcio, sódio, riboflavina e retinol estão associados com o risco, a tiamina, a niacina e a dieta com fibras estão associadas com a diminuição do risco. Os autores afirmam que, embora seja possível perceber padrões do efeito da dieta, estes são geralmente inferiores aos efeitos observados pelo fumo e consumo de álcool.

Spitz (1994) publicou um estudo epidemiológico e sobre fatores de risco em câncer de cabeça e pescoço. O trabalho relata que o carcinoma espinocelular de língua corresponde a 30% das lesões malignas da boca. Quanto aos fatores de risco, considera-se que o uso de tabaco aumenta em até 25 vezes o risco de desenvolver a neoplasia, havendo um efeito combinado entre o fumo e o álcool que potencializa esse risco a um índice bem maior do que a simples soma dos efeitos isolados de cada hábito. O autor relata que tanto o charuto quanto o cachimbo determinam um risco semelhante ao do cigarro convencional. Após 10 anos do término de fumar, não há risco detectável de desenvolver a neoplasia em cabeça e pescoço. No que diz respeito à incidência de neoplasias múltiplas, os dados apresentados refletem um risco que aumenta 4% a cada ano após o tratamento da primeira neoplasia.

Com a finalidade de avaliar o risco genético para o desenvolvimento de câncer, Copper et al. (1995) compararam parentes de primeiro grau de 105 pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço com um grupo controle. Constataram um risco 3,5 vezes maior no grupo de parentes de pacientes com câncer, sugerindo que, além do fumo e do álcool, a predisposição genética também é um importante fator de risco a ser considerado para o desenvolvimento de câncer de cabeça e pescoço.

Winn (1995) realizou um estudo a partir do qual pôde observar que uma dieta rica em ingestão de frutas propicia uma proteção positiva no risco de câncer de boca, refletindo uma redução no risco de 20 – 80%. Além disso, em grupos culturais

cujas base da dieta é geralmente empobrecida, tem sido relacionado um excesso de risco de desenvolvimento dessa neoplasia.

Welly et al. (1998) analisaram dados de uma investigação de controle de casos de câncer do trato aerodigestivo superior (UADT) no Brasil, a fim de examinar a associação entre características de saúde dentária e o risco de câncer bucal. Usou-se um questionário padronizado para entrevistar 717 casos de câncer e 1434 casos-controle. Os autores observaram que a maioria dos casos de câncer eram de pessoas do sexo masculino (88%), quase 2/3 tinham 55 anos de idade ou mais e aproximadamente 80% relataram ter vivido em áreas rurais por mais de cinco anos. O uso prolongado de próteses não foi associado a nenhum câncer UADT, mas história de lesões bucais decorrentes de próteses mal adaptadas estava associada com o câncer de boca. A escovação dentária infreqüente, foi associada ao câncer de língua e outras partes da boca. Entretanto, não houve associação significativa entre dentes quebrados e o risco de câncer UADT. Concluindo que certas características de saúde dentária, tais como feridas causadas por próteses mal adaptadas e escovação infreqüente, são associadas ao risco de câncer UADT.

2.4 Diagnóstico

Com o objetivo de avaliar os fatores responsáveis pelo atraso no diagnóstico dos carcinomas bucais e faríngeos, Guggenheimer et al. (1989) elaboraram um questionário direcionado a 149 portadores das referidas lesões. Os resultados demonstram que atrasos causados pelos próprios pacientes variam de

um dia a mais de um ano, sendo os atrasos ocasionados por médicos incidindo em 30% dos casos. Concluem que, provavelmente, os carcinomas iniciais são assintomáticos e que eventuais manifestações são confundidas com lesões bucais ou dentais benignas. Esses erros são responsáveis pelos avançados estádios clínicos no momento do diagnóstico. Os autores afirmaram que maior ênfase deve ser dada a exames periódicos e à educação à população de maior risco, para se tentar reverter o quadro apresentado.

Estudando os aspectos relativos à ocorrência e evolução de 4.527 casos de carcinoma espinocelular (CEC) de boca em pacientes matriculados no Hospital AC Camargo no período de 1953 a 1980. Dib et al. (1990) postularam que 40,80% dos casos tinham como localização o lábio, seguidos da língua, com 20,80%. Desses, apenas 14,60% dos casos foram diagnosticados no estágio clínico (EC) I, e, na realização do primeiro exame, 49,10% dos pacientes já apresentavam doença regional disseminada. Excluindo os casos de lesões labiais, devido a sua natural exposição, apenas 3,2% dos casos com lesões nas regiões anatômicas restantes foram diagnosticados em fases iniciais. Ao analisar a sobrevida em 5 anos, constatou-se que esta corresponde a 84,30% nos casos de tumor inicial, caindo para 33,40% nos casos de tumores avançados.

Kowalski et al. (1994) estudaram os fatores relacionados com o atraso no diagnóstico do câncer de boca. Consideraram a localização anatômica e o atraso no diagnóstico causado por cirurgiões dentistas ou outro profissional não especialista os grandes responsáveis por lesões avançadas. Os autores afirmaram que as principais e imediatas conseqüências do diagnóstico em fases avançadas são um

significativo aumento dos custos do tratamento e um maior tempo de internação hospitalar.

Rubright et al. (1996), a partir da análise de 53 pacientes tratados de 1990 a 1994, propuseram-se a identificar os fatores relacionados ao diagnóstico de câncer bucal em estágios avançados. A distribuição por sexo não foi significativamente associada ao estágio do tumor, assim como o grau de escolaridade, a não ser nos pacientes com escolaridade inferior ao secundário. Os resultados apontam que os diagnósticos realizados por médicos ou dentistas freqüentemente eram em fases mais iniciais e o paciente não tinha visto o tumor, mesmo a maioria apresentando dor ou algum desconforto. Somente dois pacientes, ambas enfermeiras, realizavam o auto-exame, e 87% dos pacientes desconheciam os sinais de alerta para um câncer de boca. A média de demora para o diagnóstico, a partir dos primeiros sintomas, foi de 5,3 meses. Poucos pacientes visitavam regularmente um dentista, sendo mais freqüentes visitas a médicos, que raramente examinavam a boca. Os autores concluem que os pacientes com tumores avançados tendem a ser mais velhos, usam próteses dentais e raramente vão ao dentista. Para que se obtenham melhores resultados de sobrevida e qualidade de vida, os autores sugerem que a população precisa de mais informações e vigilância epidemiológica.

3 PROPOSIÇÃO

Neste estudo, o objetivo foi avaliar o conhecimento dos cirurgiões dentistas participantes do 20º CIOSP, ocorrido em janeiro de 2002, que se inscreveram espontaneamente em cursos de estética dental e periodontal, quanto aos fatores predisponentes e de diagnóstico relativos ao câncer de boca. Para esta avaliação, utilizou-se um questionário previamente testado.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O público alvo, profissionais participantes dos cursos de estética ministrados durante o 20º CIOSP, em janeiro de 2002 na cidade de São Paulo, foi escolhido aleatoriamente.

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo A), solicitou-se da presidenta do congresso uma autorização para que um questionário fosse aplicado entre os congressistas durante o evento, cuja manifestação não apresentou qualquer restrição (Anexo B).

4.1 Material

Foi aplicado um questionário com 37 questões de múltipla escolha previamente testado (DIB, 2003), no Apêndice A, B e C. Em cada exemplar do questionário entregue aos participantes do estudo, estavam explicações sobre a natureza da pesquisa e o termo de consentimento (Apêndice D).

As perguntas do questionário estão divididas nos seguintes temas:

4.1.1 Características gerais dos participantes

Idade, gênero, tempo de formado e hábito de fumar.

4.1.2 Conhecimento das características clínicas da ocorrência do câncer de boca

Tipo mais comum de câncer de boca, região anatômica mais freqüente, sintomatologia, faixa etária de maior ocorrência, metástase regional, estágio no diagnóstico e lesão precursora.

4.1.3 Conhecimento dos fatores de risco associados ao aparecimento do câncer de boca

Drogas injetáveis, câncer prévio, consumo de álcool, consumo de tabaco, história familiar, estresse emocional, baixo consumo de frutas e vegetais, sexo oral, prótese mal adaptada, dentes em mau estado, comidas condimentadas, higiene oral deficiente, contágio direto, exposição solar, bebidas e comidas quentes e obesidade.

4.1.4 Prática clínica relacionada ao câncer de boca

Realização de exame, seqüência de casos com lesão.

4.1.5 Interesse e percepção do conhecimento sobre câncer de boca

Auto-avaliação do nível de conhecimento, segurança para o diagnóstico, pacientes informados (prevenção e diagnóstico), formação adequada na graduação, realização do último curso, interesse em cursos futuros e importância do CD na prevenção e no diagnóstico precoce.

4.2 Métodos

Foram entregues 955 questionários e obtivemos um retorno de 506. Os questionários foram entregues pessoalmente no início de cada curso de estética e recolhidos ao seu final. Durante os intervalos, o ministrador do curso solicitava à platéia que preenchesse o questionário e o devolvesse na saída.

A análise de cada questionário permitiu atribuir um conceito a cada entrevistado, sendo que o critério desse conceito é apresentado a seguir:

As questões foram separadas em 3 blocos, sendo atribuído a cada bloco um valor diferente.

- **BLOCO 1** - Valor total atribuído foi de 6 pontos.

Este bloco é composto por 6 perguntas referentes às características clínicas da ocorrência do câncer de boca (questões de nº.9, 10, 11, 12, 13 e 15), portanto, cada uma das questões vale 1 ponto.

Em nosso estudo, atribuímos maior valor a este bloco, que enfoca os aspectos clínicos do câncer de boca, os quais são importantes para que o cirurgião dentista tenha condições de realizar diagnóstico dessa patologia em fases iniciais.

Assim, em razão da relevância do diagnóstico precoce e seu impacto na sobre-vida e qualidade de vida do paciente, trata-se de um bloco mais valorizado.

- **BLOCO 2** - Atribuiu-se o valor de 4 pontos.

As 16 questões referentes aos fatores de risco para o câncer bucal (questões de nº.16 a 31) e a questão relacionada com o estágio do câncer no diagnóstico (questão nº 14) compõem este bloco de questões, e cada uma recebeu o valor 0,2353.

Esses fatores são importantes para prevenção desta neoplasia e para o conhecimento, por parte dos dentistas, da situação do câncer bucal no Brasil, no momento do diagnóstico. Como esse bloco é composto por 17 questões, a cada uma atribuiu-se o valor de 0,2353, chegando-se desta forma, ao valor total do bloco, 4 pontos.

- **BLOCO 3** – Não se atribuiu valor.

As questões que compõem esse bloco são as que se relacionam com a prática clínica, educação continuada e características gerais dos participantes, correspondendo às questões de nº. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 32, 33, 34, 35, 36 e 37. Não foram atribuídos valores a elas, pois não englobam aspectos que possam influenciar no conhecimento dos cirurgiões dentistas.

Após a coleta, os dados de cada bloco foram reunidos e somados. Enfim, a análise quantitativa das respostas possibilitou a atribuição de pontos a cada entrevistado e, a seguir, foram estabelecidos conceitos para os valores totais finais de cada participante, segundo o seguinte critério: A para as notas entre 9 e 10; B para as compreendidas entre 7 e 8,99; C para os valores de 5 e 6,99; o conceito D incluiu os índices inferiores a 4,99, insatisfatória.

4.3 Análise estatística

Para a análise da frequência das respostas e da correlação de frequência entre as diferentes variáveis estudadas, foram utilizados um microcomputador e programas específicos para gerenciamento de banco de dados (EXCEL) e análise estatística (SPSS for Windows).

Todos os dados deste estudo foram exaustivamente analisados quanto à coerência das informações. Em seguida, buscou-se selecionar as variáveis que melhor pudessem contribuir para determinar o conhecimento sobre câncer de boca da população estudada. As variáveis foram empiricamente distribuídas em categorias, buscando obter o maior número possível de informações que pudessem ser analisadas.

As variáveis que se mostraram mais importantes foram estudadas, utilizando-se o teste estatístico de Pearson (qui-quadrado), em tabelas de contingências de dupla entrada.

5 RESULTADOS

Conforme já explicitado anteriormente, o método usado para a consecução da amostra foi a distribuição e recolha de questionários a cirurgiões dentistas participantes do 20º CIOSP, realizado em janeiro de 2002, em São Paulo. De um total de 955 questionários distribuídos aleatoriamente, 506 (52,98%) retornaram. Destes, 41 (4,29%) foram inutilizados em razão de preenchimento inadequado. Logo; os resultados contidos nesta dissertação baseiam-se em 465 (48,69%) questionários efetivamente preenchidos a contento (Figura 5.1).

Figura 5.1 - Composição da amostra

A seguir, são apresentados resultados da frequência das respostas e correlação de frequência.

5.1 Frequência das respostas

A frequência absoluta e porcentagem das respostas obtidas por meio de um questionário foram agrupadas em variáveis específicas, a saber: características gerais dos participantes, características clínicas da ocorrência do câncer de boca, fatores de risco associados ao aparecimento do câncer de boca, prática clínica relacionada ao câncer de boca, interesse e percepção do conhecimento sobre o câncer de boca e conceito atribuído aos participantes. Por certo, a quantificação dos dados segundo as variáveis acima descritas permitiu uma visão precisa das deficiências e necessidades dos cirurgiões dentistas quanto a este câncer, o que é essencial em sua prática clínica. Os resultados são apresentados nas Tabelas de 5.1 a 5.6.

5.1.1 Características gerais dos participantes

A fim de melhor compreensão do grupo fornecedor da amostra, foram exploradas e descritas as características gerais dos congressistas participantes. Desse modo, foram explicitados idade, gênero, tempo de formado e hábito de fumar de cada um.

A maior parte dos entrevistados apresenta idade inferior a 39 anos, com 36,8% na faixa etária entre 20 a 29 anos de idade, 29,7% entre 30 a 39 anos e 0,4% com idade igual ou inferior a 19 anos. Entre 40 a 49 anos de idade, a porcentagem de entrevistados corresponde a 23,9%, de 50 a 59 anos, a 6% e, com idade igual ou superior a 60 anos, temos 3,2% dos participantes. No total, 64,9% dos entrevistados são mulheres. Pouco mais de 30% se formaram entre 10 a 20 anos, 9% são acadêmicos, 13,5% têm até 2 anos de formados, cerca de 20% se formou há mais de 20 anos e a grande maioria, 81,5%, nunca fumou (Tabela 5.1).

Tabela 5.1 - Características gerais referentes aos participantes da pesquisa

Variável	Categoria	N	%
Idade	19 anos	2	0,40
	20 a 29 anos	171	36,80
	30 a 39 anos	138	29,70
	40 a 49 anos	111	23,90
	50 a 59 anos	28	6,00
	60 anos	15	3,20
Gênero	Masculino	163	35,10
	Feminino	302	64,90
Tempo de formado	Acadêmico	42	9,00
	Até 2 anos	63	13,50
	2 a 10 anos	124	26,70
	10 a 20 anos	145	31,20
	> 20 anos	91	19,60
Hábito de fumar	Sim	44	9,50
	Não	379	81,50
	Parou	42	9,00

5.1.2 Características clínicas da ocorrência do câncer de boca

No tocante aos itens referentes às características clínicas relacionadas à ocorrência do câncer de boca, quase metade dos entrevistados não sabia ou deu respostas incorretas sobre o tipo mais comum de câncer bucal, e 55,9% indicaram o carcinoma espinocelular o mais freqüente. 26,7% afirmaram ser o soalho de boca a região anatômica de maior freqüência, seguido pela língua, com 24,5% das indicações. Já 22,20% não souberam responder qual a região mais comum da boca para desenvolver esta neoplasia, que, depois da cárie e da doença periodontal, é uma das mais freqüentes na cavidade bucal. 81,3% dos entrevistados sabiam que a úlcera indolor é o aspecto mais comum em pacientes com câncer de boca inicial, mas próximo a 20% deles desconhecem este fato. Do mesmo modo, a faixa etária de maior ocorrência para o câncer bucal é desconhecida por cerca de 20% dos pesquisados. Cerca de metade identificou corretamente o linfonodo mais característico em metástase cervical quando palpado como um nódulo, sem dor, com ou sem mobilidade. Cerca de 30% deles desconhecem que lesões de câncer bucal são diagnosticadas com maior freqüência em estágios avançado, porém, 75,6% identificaram corretamente a leucoplasia como a condição mais comumente associada a este tumor (Tabela 5.2).

Tabela 5.2 - Distribuição das respostas referentes às características clínicas da ocorrência do câncer de boca

Variável	Categoria	N	%
Tipo mais comum	Linfoma	11	2,40
	CEC	260	55,90
	Sarcoma de Kaposi	20	4,30
	Ameloblastoma	21	4,50
	Adenoma de gl.salivares	11	2,40
	Não sei	142	30,50
Região anatômica mais freqüente	Língua	114	24,50
	Soalho de boca	124	26,70
	Gengiva	20	4,30
	Palato	27	5,80
	Mucosa jugal	77	16,50
	Não sei	103	22,20
Sintomatologia	Salivação	7	1,50
	Úlcera indolor	378	81,30
	Massa tumoral	32	6,90
	Dor intensa	3	0,60
	Não sei	45	9,70
Faixa etária de maior ocorrência	< de 18 anos	1	0,20
	18 a 39 anos	39	8,40
	> de 40 anos	376	80,90
	Não sei	49	10,50
Metástase regional	Duro, dolorido com mobilidade	48	10,30
	Duro, sem dor, c/ ou s/ mobilidade	254	54,60
	Mole, dolorido, com mobilidade	5	1,10
	Mole, sem dor, c/ ou s/ mobilidade	21	4,50
	Não sei	137	29,50
Estágio no diagnóstico	Pré-maligno	44	9,50
	Precoce	15	3,20
	Avançado	326	70,10
	Não sei	80	17,20
Lesão precursora	Leucoplasia	352	75,60
	Pênfigo vulgar	12	2,60
	Estomatite	17	3,70
	Candidíase	18	3,90
	Língua geográfica	1	0,20
	Não sei	65	14,00

5.1.3 Fatores de risco associados ao aparecimento do câncer de boca

Com relação aos fatores de risco associados ao aparecimento do câncer bucal, o consumo de tabaco (99,1%), história familiar de câncer (92,9%) e o consumo de álcool (91%) foram reconhecidos como fatores de risco por quase todos os entrevistados. Outros fatores, como prótese mal adaptada, ocorrência prévia de outro câncer e exposição solar foram identificados por pelo menos 80% dos participantes. Entretanto, dentes em mau estado, higiene oral deficiente, bebida e comidas com temperatura elevada, baixo consumo de frutas e verduras e comidas condimentadas foram identificados por proporções bem menores (Tabela 5.3).

Em se tratando de fatores que não apresentam riscos para o desenvolvimento do câncer de boca, mais da metade dos pesquisados sabia que as drogas injetáveis e o sexo oral não apresentam risco, assim como o contágio direto (91,2%) e a obesidade (92,7%), que foram identificados por mais de 90% como não sendo um fator de risco (Tabela 5.3).

Tabela 5.3 - Distribuição percentual das respostas quanto à associação entre os diversos aspectos e o risco de câncer de boca

Variável	Categoria	
	Sim N (%)	Não N (%)
Consumo de tabaco	461 (99,10)	4 (0,90)
História familiar	432 (92,90)	33 (7,10)
Consumo de álcool	423 (91,00)	42 (9,00)
Prótese mal adaptada	418 (89,90)	47 (10,10)
Câncer prévio	390 (83,90)	75 (16,10)
Exposição solar	385 (82,80)	80 (17,20)
Estresse emocional	336 (72,30)	129 (27,70)
Dentes em mau estado	275 (59,10)	190 (40,90)
Higiene oral deficiente	241 (51,80)	224 (48,20)
Bebidas/comidas quentes	215 (46,20)	250 (53,80)
Baixo consumo - frutas e vegetais	182 (39,10)	283 (60,90)
Comidas condimentadas	172 (37,00)	293 (63,0)
Drogas injetáveis	141 (30,30)	324 (69,70)
Sexo oral	125 (26,90)	340 (73,10)
Contágio direto	41 (8,80)	424 (91,20)
Obesidade	34 (7,30)	431 (92,70)

5.1.4 Prática clínica relacionada ao câncer de boca

Quando perguntados sobre a realização de exames visando identificar lesões bucais, observou-se que 66 (14,2%) participantes da pesquisa relataram não oferecer este procedimento a seus pacientes na primeira consulta. Dentre os profissionais que não realizam o exame para detecção de lesões bucais, 53 (80,30%) não o fazem por não saber como realizá-lo. Sete profissionais (10,60%) acreditam não ser necessário a sua realização, e 6 (9,10%) assinalaram não fazer, por não receber

honorários pelo procedimento. E 399 (85,8%) dos entrevistados afirmaram examinar a boca de seus pacientes com a finalidade de identificar lesões bucais (Tabela 5.4).

No que diz respeito à questão que aborda a sequência do caso com lesão bucal, 262 (56,40%) participantes informaram encaminhar o paciente a um dentista especialista em estomatologia, e 105 (22,60%) a uma faculdade de odontologia. O encaminhamento do paciente para um médico ou hospital especializado foi a opção assinalada por 26 (5,6%) e 43 (9,20%) respectivamente. Os que afirmaram que, se a lesão encontrada não for a queixa principal do paciente, esperam até que o mesmo se manifeste pedindo orientação, foi a conduta relatada por 2 (0,4%) dos entrevistados.

No entanto, apenas 27 (5,80%) dos participantes da pesquisa afirmaram realizar o diagnóstico (Tabela 5.4).

Tabela 5.4 - Distribuição das respostas referentes ao ato de realizar o exame de câncer de boca e a conduta após identificação de um caso

Variável	Categoria	N	%
Realiza exame (identificar lesões bucais)	Sim	399	85,80
	Não sabe como fazer	53	11,40
	Não acha necessário	7	1,50
	Não recebe honorários	6	1,30
Seqüência do caso (com lesão bucal)	Realiza o diagnóstico	27	5,80
	Dentista	262	56,40
	Médico	26	5,60
	Faculdade de Odontologia	105	22,60
	Hospital especializado	43	9,20
	Não sendo a queixa, espero	2	0,40

5.1.5 Interesse e percepção do conhecimento sobre câncer de boca

Avaliando a distribuição das respostas segundo as características gerais relacionadas ao câncer de boca, observa-se que aproximadamente 2/3 dos entrevistados avaliaram o seu nível de conhecimento como regular ou insuficiente. Apenas 16,60% se sentem confiantes para realizar procedimentos de diagnóstico para o câncer bucal. E uma proporção expressiva da população estudada (81,3%) relatou que seus pacientes não estão suficientemente informados com relação aos aspectos preventivos e de diagnóstico do câncer de boca (Tabela 5.5).

Com relação ao treinamento dado pela Universidade, encontrou-se regularidade nas categorias “sim” e “não”. Quanto à participação em cursos de educação continuada em câncer de boca, mais da metade dos participantes não se atualizam há mais de 5 anos. Entretanto, a grande maioria mostrou interesse em tais cursos no futuro. Do mesmo modo, quase todos reconhecem a importância do cirurgião dentista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de boca (Tabela 5.5).

Tabela 5.5 - Distribuição das respostas referentes ao interesse e percepção do conhecimento sobre câncer de bucal por parte dos entrevistados

Variável	Categoria	N	%
Auto-avaliação do nível de conhecimento	Ótimo	11	2,40
	Bom	166	35,70
	Regular	212	45,60
	Insuficiente	76	16,30
Segurança para diagnóstico	Alto	77	16,60
	Baixo	345	74,20
	Não sei	43	9,20
Pacientes informados	Sim	64	13,80
	Não	378	81,30
	Não sei	23	4,90
Formação adequada na graduação	Sim	229	49,20
	Não	225	48,40
	Não sei	11	2,40
Realização do último curso	Último ano	83	17,90
	2 a 5 anos	129	27,70
	Mais de 5 anos	119	25,60
	Nunca	85	18,30
	Não lembra	49	10,50
Interesse em cursos futuros	Sim	414	89,00
	Não	10	2,20
	Não tenho certeza	41	8,80
Importância do C.D. (prevenção e diagnóstico precoce)	Grande	451	97,00
	Média	7	1,50
	Regular	0	0,00
	Baixa	6	1,30
	Não sei	1	0,20

5.1.6 Conceito

A dimensão qualitativa da análise da amostra relaciona-se à atribuição de conceitos aos profissionais pesquisados.

O conceito atribuído a mais da metade dos entrevistados com relação ao conhecimento do câncer de boca variou entre C (regular), com 179 (38,5%), e D (insuficiente), com 81 (17,40%). Os conceitos A (ótimo) e B (Bom) foram atribuídos a 19 (4,10%) e 186 (40,0%) respectivamente (Tabela 5.6).

Tabela 5.6 - Distribuição das respostas relacionadas com o conceito atribuído aos participantes

Variável	Categoria	N	%
Conceito	A (9 a 10 pontos)	19	4,10
	B (7 a 8,99 pontos)	186	40,00
	C (5 a 6,99 pontos)	179	38,50
	D (0 a 4,99 pontos)	81	17,40

5.2 Correlação de frequência entre as variáveis estudadas

Todas as variáveis obtidas no questionário foram correlacionadas entre si, com o fim de obter dados de impacto científico ou estatístico. A seguir, apresentaremos apenas aquelas correlações que se revelaram importantes para o detalhamento do perfil da amostra populacional estudada.

Analizando a Tabela 5.7, observou-se que, com relação à idade dos participantes, a distribuição entre as categorias não foi estatisticamente significativa

entre os conceitos atribuídos ($p=0,115$). Constatou-se que a idade entre 50 e 59 anos compõe a categoria que obteve maior porcentagem de notas superiores a 7, sendo que 64,3% obteve conceitos A e B.

A idade compreendida entre 30 e 39 anos compõe a categoria que obteve maior porcentagem de notas inferiores a 6,99, sendo que 60,2% desta faixa etária obteve conceitos C e D. Todos os participantes com idade inferior a 19 anos obtiveram conceitos C e D, e nenhum entrevistado com idade superior a 60 anos obteve o conceito A.

Com relação ao gênero, também não houve uma distribuição estatisticamente significativa entre as categorias e o conceito ($p=0,235$), sendo que 49,7% do gênero masculino e 41,1% do feminino obtiveram conceitos A e B.

Estudando-se a distribuição do tempo de formado de acordo com o conceito obtido, constatou-se que os participantes formados há até 2 anos obtiveram maior porcentagem de conceitos A e B (55,6%), seguido pelos acadêmicos, com 47,6%. Já os formados entre 2 e 10 anos compõem a categoria que obteve maior porcentagem de conceitos C e D (64,5%), seguida pela categoria dos formados há mais de 20 anos (58,2%).

Avaliando-se a variável auto-avaliação do nível de conhecimento de acordo com o conceito obtido, houve significância estatística ($p=0,000$). Observou-se de maneira geral, coerência na auto-avaliação e no conceito obtido. De fato 72,7% dos entrevistados que se auto-avaliaram ótimos e 59,10% dos que se auto-avaliaram bons obtiveram conceitos A e B. Por outro lado, 73,7% dos que se auto-avaliaram insuficientes e 62,8% dos que se auto-avaliaram regulares obtiveram conceitos C e D.

Contudo, uma parcela significativa desconhece suas limitações no assunto, considerando-se melhores do que demonstra o conceito obtido, pois 40,9% dos participantes que se auto-avaliaram bons e 27,3% dos que se auto-avaliaram ótimos obtiveram conceitos C e D. Do mesmo modo, uma parcela significativa também se apresenta mais pessimista do que apontam os resultados, pois 37,2% dos que se auto-avaliaram regular e 26,3% dos que se auto-avaliaram insuficientes obtiveram conceitos A e B.

No tocante à variável segurança para o diagnóstico, segundo o conceito obtido, constatou-se uma distribuição estatisticamente significante ($p=0,000$). Assim como na variável anterior, no geral, observa-se coerência entre o nível de segurança e o conceito obtido. Afinal, 74% dos que indicaram um alto nível de segurança para o diagnóstico do câncer de boca obtiveram conceitos A e B, enquanto 62,3% dos que indicaram um baixo nível de segurança para o diagnóstico obtiveram conceitos C e D. Novamente, uma parcela significativa desconhece suas limitações no assunto em questão, já que 26% dos que indicaram um alto nível de segurança para o diagnóstico do câncer de boca obtiveram conceito C e D, assim como falta segurança para o diagnóstico, já que 37,7% dos que indicaram um baixo nível de segurança para o diagnóstico obtiveram conceitos A e B.

Com relação aos que não souberam qual seu nível de segurança para o diagnóstico, observa-se predomínio dos conceitos C e D.

Considerando a variável formação adequada, segundo o conceito obtido, observam-se conceitos melhores para os que indicaram ter recebido da Universidade treinamento adequado para exame de câncer de boca, enquanto os que indicaram não ter recebido tal treinamento obtiveram conceitos inferiores. O predomínio dos

conceito C e D também pôde ser observado na categoria que indica não saber se recebeu ou não este treinamento.

A análise da distribuição da ocorrência da variável realização do último curso, segundo o conceito obtido, foi estatisticamente significativa ($p=0,001$), constatando-se que ter feito um curso recentemente era fator preponderante para a obtenção de um conceito alto (A e B). De fato, 59,10% dos participantes que realizaram um curso de educação continuada em câncer de boca no último ano e 54,3% que o fizeram entre 2 e 5 anos obtiveram conceitos A e B. Nas categorias em que os cirurgiões dentistas participaram de um curso há mais de 5 anos ou nunca fizeram, 64,7% dos participantes obtiveram conceitos C e D. Do mesmo modo, 71,4% dos que não souberam informar quanto à participação em cursos sobre câncer de boca obtiveram conceitos C e D.

Tabela 5.7 - Correlação de freqüência entre as variáveis relacionadas ao conhecimento sobre o câncer bucal e o conceito obtido

Variável	Categoria	Conceito				
		A N (%)	B N (%)	C N (%)	D N (%)	Valor de P*
Idade	19 anos	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)	1(50,0)	0,115
	20 a 29 anos	9(5,3)	71(41,5)	72(42,1)	19(11,1)	
	30 a 39 anos	6(4,3)	49(35,5)	49(35,5)	34(24,7)	
	40 a 49 anos	3(2,7)	43(38,7)	46(41,5)	19(17,1)	
	50 a 59 anos	1(3,6)	17(60,7)	7(25,0)	3(10,7)	
	60 anos	0(0,0)	6(40,0)	4(26,7)	5(33,3)	
Gênero	Masculino	6(3,7)	75(46,0)	54(33,1)	28(17,2)	0,235
	Feminino	13(4,3)	111(36,8)	125(41,4)	56(17,5)	
Tempo de formado	Acadêmico	3(7,1)	17(40,5)	20(47,6)	2(4,8)	0,161
	Até 2 anos	3(4,8)	32(50,8)	22(34,9)	6(9,5)	
	2 a 10 anos	4(3,2)	40(32,3)	52(41,9)	28(22,6)	
	10 a 20 anos	7(4,8)	61(42,1)	51(35,2)	26(17,9)	
	20 anos	2(2,2)	36(39,6)	34(37,4)	19(20,8)	
Auto-avaliação do nível de conhecimento	Ótimo	1(9,1)	7(63,6)	1(9,1)	2(18,2)	0,000
	Bom	11(6,6)	87(52,5)	54(32,5)	14(8,4)	
	Regular	6(2,8)	73(34,4)	93(43,9)	40(18,9)	
	Insuficiente	1(1,3)	19(25,0)	31(40,80)	25(32,9)	
Segurança para o diagnóstico	Alto	6(7,8)	51(66,2)	12(15,6)	8(10,4)	0,000
	Baixo	10(2,9)	120(34,8)	148(42,9)	67(19,4)	
	Não sei	3(7,0)	15(34,8)	19(44,2)	6(14,0)	
Formação adequada	Sim	12(5,2)	115(50,2)	78(34,1)	24(10,5)	0,000
	Não	7(3,1)	69(30,7)	95(42,2)	54(24,0)	
	Não sei	0(0,0)	2(18,2)	6(54,5)	3(27,3)	
Realização do último curso	Último ano	8(9,6)	41(49,5)	27(32,5)	7(8,4)	0,001
	2 a 5 anos	7(5,4)	63(48,9)	43(33,3)	16(12,4)	
	Mais de 5 anos	3(2,5)	39(32,8)	51(42,9)	26(21,8)	
	Nunca	1(1,2)	29(34,1)	37(43,5)	18(21,2)	
	Não lembra	0(0,0)	14(28,6)	21(42,8)	14(28,6)	

* Significância estatística pelo método teste Qui-quadrado

6 DISCUSSÃO

Vários autores, tais como Medeiros (1999) e Carvalho (2001), relatam que o ser humano vem apresentando um anseio cada vez maior pela estética, o que tem promovido a volta de pacientes aos consultórios e clínicas odontológicas. Afinal, um sorriso bonito é um importante aspecto nas relações empregatícias, sociais e culturais, além de ajudar na auto-estima de cada um.

Acreditamos ser esta uma grande oportunidade para o cirurgião dentista realizar um exame detalhado e informar seus pacientes das medidas preventivas que podem levar à redução da mortalidade e da incidência do câncer de boca.

Para uma execução adequada desse procedimento, é necessário que o profissional responsável conheça os aspectos fundamentais do câncer bucal, uma vez que, segundo Bernard¹ (s.d., apud Ramos Jr., 1980) quem não sabe o que procura não sabe interpretar o que encontra.

Mesmo o questionário sendo entregue pessoalmente e solicitado o seu preenchimento e devolução várias vezes durante os cursos, o índice de devolução com respostas completas foi de 52,98%. Observou-se a falta de colaboração de inúmeros profissionais. Muitos se recusaram a receber o questionário, ignorando-nos. Outros deixavam o questionário sobre a cadeira ao sair, e alguns formulários foram jogados no lixo. Notou-se também um número reduzido de interessados que

¹ Bernard C. In: Ramos Jr., J.

nos procurou para devolver o questionário respondido e/ou solicitar alguma informação sobre as respostas corretas ou cursos.

A fim de promover vários contatos entre os profissionais envolvidos, pesquisadores e público alvo, foi doado um adesivo aos 506 cirurgiões dentistas que devolveram o questionário. No caso, o adesivo apresentava dados relacionados à prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de boca, com endereço, telefone e endereço eletrônico para contato. Contudo, passados quase 2 anos, apenas um contato foi feito, via e-mail.

O índice de resposta de 52,98% obtido neste estudo encontra-se na mesma faixa de respostas conseguidas por outros levantamentos recentes: Asch, Jedrzejewski e Christakis (1997), Clóvis, Horowitz e Poel (2002a), Horowitz, Drury e Canto (2000), Yellowitz et al. (1998).

Assim como outros autores, Syme, Drury e Horowitz (2001), Clóvis, Horowitz e Poel (2002a), acreditamos que os participantes do levantamento representam, com mais probabilidade, indivíduos com maior conhecimento e interesse a respeito de câncer de boca, o que pode levar a resultados que reflitam níveis mais positivos de conhecimentos e comportamentos aceitáveis do que poderia ser o observado na população alvo.

O estudo contempla diversidade considerável de variáveis, fatos necessário à percepção da situação real do conhecimento do cirurgião dentista em relação ao câncer bucal. Nesse sentido, é preciso, em um primeiro momento, fragmentar a discussão em itens, prática que facilita a compreensão dos resultados e permite a visão integral de cada variável.

6.1 Análise descritiva da frequência das diferentes variáveis estudadas

6.1.1 Características gerais dos participantes

Em relação à idade, os resultados obtidos demonstram que nossa amostra é composta, em sua maior parte, de pessoas com idade inferior a 39 anos. Trata-se de população jovem que, além de possuir as características próprias da juventude, vivacidade, idealismo e dinamismo, têm ainda muito tempo para o exercício profissional, precisando de conhecimentos adequados para que o câncer de boca possa ser prevenido e diagnosticado precocemente ao longo dos anos.

Com relação ao gênero, a amostra desta pesquisa foi composta, na maioria, por mulheres, representando 64,9%. O mesmo predomínio do gênero feminino na prática odontológica pôde ser observado nos estudos de David et al. (s.d.) e Dib (2000). Essa tendência de profissionais do gênero feminino na prática odontológica tem sido observada com maior clareza nas últimas décadas. O final da década de 70 e início dos anos 80 foi um período marcado pela virada das mulheres sobre os homens na odontologia (RABELLO; GODOY; PADILHA, 2000). A propensão das mulheres pelo setor da saúde, em especial nas categorias do setor médico e odontológico, pode ser explicada, além das características intrínsecas da identidade feminina, pela flexibilidade de horário, ausência de patrão, compatibilidade com suas responsabilidades domésticas e a equivalência salarial com o gênero masculino, ao contrário de outras carreiras, nas quais a remuneração feminina, de certa forma, ainda é depreciada (PARAJARA, 2000; RABELLO; GODOY; PADILHA, 2000).

Ao analisar a variável tempo de formação, tivemos como principal objetivo avaliar o tempo de exercício profissional passado e futuro. Nessa amostra, houve um predomínio de profissionais formados entre 10 e 20 anos (31,20%), período considerado o auge do exercício profissional. Esses dados são coincidentes com os obtidos por Canto et al. (2002), Clovis, Horowitz e Poel (2002a), Horowitz, Drury e Canto (2000) e Yellowits et al. (1998).

Observou-se que 49,20% dos respondentes da pesquisa são formados há menos de 10 anos. Portanto, relacionados a profissionais cujo conhecimento foi adquirido há poucos anos e dessa maneira, não deveriam estar desatualizados. Além do mais, estarão prestando atendimento à população por um longo período, o que torna imprescindível que tenham conhecimentos adequados para a promoção da saúde.

Quanto ao hábito de fumar, permitiu-se constatar a ausência do consumo de tabaco em quase todos os entrevistados, com apenas 9,5% conservando este hábito prejudicial. Esses resultados discordam da literatura, que considera que o fumo já atingiu proporções de epidemia global, com poucos sinais de declínio (FERREIRA, 1998).

6.1.2 Características clínicas da ocorrência do câncer de boca

A literatura científica é concorde em considerar o carcinoma espinocelular o câncer mais prevalente na boca (BRUMINI, 1982; DIB et al., 1990, KOWALSKI et al., 1999). Mesmo assim, os componentes da nossa amostra estão desinformados a esse respeito, pois quase metade dos participantes desconhece esse fato. Destes,

30,5% relataram não saber qual o tipo de câncer mais comum na boca, e 13,6% assinalaram uma resposta incorreta. A falta de conhecimento relacionada ao tipo mais comum de câncer bucal pode levar ao comprometimento do exame inicial dos pacientes.

O índice de 55,9% de respostas corretas, foi próximo ao obtido no levantamento realizado por Syme, Drurry e Horowitz (2001), em estudo com técnicos em higiene dental. Acreditamos que os cirurgiões dentistas deveriam ter um índice de acerto muito maior do que os técnicos em higiene dental, pois nesta profissão, um curso de nível técnico é o suficiente para o seu exercício. Por outro lado, para o exercício da odontologia, é necessário um curso superior de maior duração que aborda com mais profundidade as doenças bucais.

Dentre as regiões anatômicas, a língua é o local de maior incidência dos carcinomas (CHAIRMAN; DOWNER, 1995; DIB et al., 1994; KOWALSKI; NISHIMOTO, 2000).

A análise dos dados obtidos com este estudo indicam que apenas 24,5% dos entrevistados consideram a língua a localização de maior frequência e, 26,7%, o soalho da boca. Esses resultados são muito inferiores dos obtidos por Clovis, Horowitz e Poel (2002a), que obtiveram da população estudada 80% de respostas indicando a língua como o local mais provável para este tipo de câncer.

Cerca de 50% do público pesquisado no presente estudo não sabia a localização anatômica de maior ocorrência para o câncer de boca, com 22,2% assinalando a categoria não sei, dado compatível com o estudo de Yellowitz et al. (2000), em que cerca de metade dos entrevistados não sabe qual a região anatômica mais comum para o desenvolvimento do câncer bucal.

Mais uma vez, o exame inicial oferecido pelo cirurgião dentista ao paciente fica comprometido, e, conseqüentemente, o diagnóstico precoce, pois um número considerável de cirurgiões dentistas não sabem procurar pela lesão.

Um aspecto fundamental para se realizar o diagnóstico precoce do câncer de boca consiste no conhecimento de suas manifestações iniciais. A análise dos resultados desta pesquisa apontam que a maioria dos entrevistados (81,3%) reconhecem a úlcera indolor como o aspecto mais comum em pacientes com câncer bucal inicial. Esses dados são semelhantes aos publicados por Clovis, Horowitz e Poel (2002a) e Syme, Drury e Horowitz (2001), que observaram um grande número de entrevistados identificando corretamente os aspectos iniciais deste tumor. Entretanto, quase 20% não indicaram o aspecto clínico correto, sendo que, destes, quase metade assinalou a categoria não sei. Como diagnosticar precocemente, se o profissional desconhece as características iniciais de uma patologia tão significativa na população a que se propôs prestar atendimento?

Com relação à faixa etária de maior ocorrência, os resultados obtidos foram semelhantes aos da literatura (CANTO; HOROWITZ; DRURY, 2002; CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a; DIB et al., 1990; KOWALSKI et al., 1999; YELLOWITZ et al., 2000), com a maioria dos entrevistados (80,9%) caracterizando o câncer de boca como uma doença que ocorre predominantemente acima dos 40 anos de idade. Porém, uma parcela significativa de entrevistados (19,1%) desconhece a faixa etária de maior ocorrência dessa patologia.

Os resultados obtidos a partir do estudo da variável metástase regional revelaram que aproximadamente metade (54,6%) dos entrevistados conhecem o linfonodo mais característico em metástase cervical em câncer de boca quando palpado como sendo duro, indolor, móvel ou fixo. Na literatura, os resultados não

são mais animadores, e entrevistando técnicos em higiene dental, Syme, Drury e Horowitz (2001) obtiveram resultados semelhantes.

Quanto ao estágio da doença no momento do diagnóstico, dados epidemiológicos e alguns autores têm demonstrado que o câncer de boca é freqüentemente diagnosticado em fases avançadas (ALMEIDA; LOPES, 1997; BRUMINI, 1982; DIB, 1997; HOROWITZ et al., 2001; BRASIL, 2003; MELROSE, 1998; OLIVEIRA; ODELL, 2000; SILVA; CAVALCANTE, 1999). Dos entrevistados, 70,1% têm conhecimento desse fato. Situação um pouco melhor do que a encontrada na literatura, que relata um índice em torno de 50% de profissionais conscientes de que o diagnóstico de câncer bucal com freqüência é realizado em estágios adiantados (CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a; SYME; DRURY; HOROWITZ, 2001).

Próximo a 1/3 dos nossos entrevistados desconhece essa realidade, o que vem demonstrando o fracasso da odontologia com relação a uma das mais incidentes patologias bucais.

As condições cancerizáveis como a leucoplasia, entre outras, representam a primeira evidência clínica do processo de carcinogênese. Portanto, o tratamento deve ser dirigido para reversão e eliminação de tal lesão potencialmente maligna, dando-se a oportunidade de prevenir um câncer evasivo (ESCOVICH; NOVELLI, 1999; OLIVEIRA; ODELL, 2000).

Mesmo diante de 75,6% dos entrevistados indicando a leucoplasia como a condição mais comumente associada ao câncer de boca, constatamos que 24,4% dos provedores de saúde entrevistados desconhecem uma lesão cancerizável, embora o acesso a informações e fotos esteja garantido em manuais, monografias e até mesmo na internet (MELROSE, 1998).

Considerando-se que o tratamento e prognóstico do câncer de boca estão significativamente vinculados ao estágio clínico da doença no momento do diagnóstico, pois as lesões iniciais apresentam um alto índice de sobrevida e cura (DIB et al., 1990; ESCOVICH; NOVELLI, 1999; KOWALSKI; NISHIMOTO, 2000; OLIVEIRA; ODELL, 2000), tal condição deveria ser conhecida por todos.

Nossos resultados são discretamente melhores que os encontrados na literatura, pois os levantamentos indicam que, em média, menos de 50% dos profissionais entrevistados reconhecem as condições com maior probabilidade de associação com o câncer de boca (CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a).

6.1.3 Fatores de risco associados ao aparecimento do câncer de boca

Influências ambientais, particularmente as relacionadas ao estilo de vida, são responsáveis por 80% das neoplasias. O câncer bucal não é exceção, podendo ser induzido por uma combinação de fatores: hábitos pessoais, atividade profissional e região de residência (KOWALSKI; NISHIMOTO, 2000; OLIVEIRA; ODELL, 2000). Conseqüentemente, a maior parte dos cânceres bucais podem ser evitados se eliminados os fatores de risco (HOROWITZ et al., 2001).

O primeiro método de prevenção do câncer bucal requer o reconhecimento dos fatores de risco tanto por parte dos pacientes quanto por parte dos profissionais da saúde.

A análise dos resultados quanto aos fatores de risco associados ao aparecimento do câncer de boca permitiu constatar que o consumo de tabaco

(99,1%) e o consumo de álcool (91%) como em outros levantamentos, foram identificados por quase todos os entrevistados (CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a; DIB, 2000; GREENWOOD; LOWRY, 2001; HOROWITZ et al., 2001; SYME; DRURY; HOROWITZ, 2001; YELLOWITZ et al., 2000).

A exposição solar foi reconhecida como fator de risco por 82,8%, resultado superior ao encontrado por Yellowitz et al. (2000), que obteve este reconhecimento por 64%, Syme, Drury e Horowitz (2001), por 56%, e Clovis, Horowitz e Poel (2002a), por 70% dos entrevistados.

Entretanto, o consumo de bebidas / comidas quentes (46,2%), baixo consumo de frutas e vegetais (39,1%) e comidas condimentadas (37%) foram identificados por proporções bem menores, como foi observado nos estudos de Syme, Drury e Horowitz (2001) e de Clovis, Horowitz e Poel (2002a).

Contudo, 72,3% dos entrevistados sustentam o conceito errôneo de que o estresse emocional é um fator de risco.

Com relação às variáveis dentes em mau estado e higiene oral deficiente, houve equivalência nas respostas. Já a história familiar, prótese mal adaptada e câncer prévio, tanto em nosso levantamento como nos resultados encontrados na literatura, foram considerados por muitos como fatores de risco. Do mesmo modo, a maioria não considera drogas injetáveis, sexo oral, contágio direto e obesidade fatores de risco.

Os dados obtidos relacionados aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de boca estão em conformidade com a literatura estudada (CHAIRMAN; DOWNER, 1995; CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a; DIB, 2000; HOROWITZ et al., 2001; SYME; DRURY; HOROWITZ, 2001; YELLOWITZ et al., 2000).

Os fatores de riscos irritativos crônicos, como as próteses mal adaptadas, dentes em mau estado, comidas condimentadas, higiene oral deficiente, bebidas e comidas quentes são conceitos arraigados e, embora não sejam cientificamente provados, talvez sejam interessantes do ponto de vista preventivo, pois, evitando-os ou identificando-os, talvez o cirurgião dentista antecipe o diagnóstico avançado.

6.1.4 Prática clínica relacionada ao câncer de boca

De acordo com a American Cancer Society – ACS (s.d.), pessoas com 40 anos de idade ou mais, ou com alto risco de desenvolver câncer, deveriam ser submetidas a um exame anual de câncer. Para a população em geral, com idade entre 20 e 39 anos, a ACS sugere a realização deste exame a cada 3 anos.

Em nosso estudo, assim como na literatura, os relatos de profissionais quanto à realização dos exames são favoráveis, com a maioria dos profissionais (85,8%) relatando oferecê-los a seus pacientes durante o tratamento odontológico (CANTO et al., 2002; CLOVIS; HOROWITS; POEL, 2002a, 2002b; GREENWOOD; LOWRY, 2001; HOROWITZ et al., 2000, 2001; SEOANE; VARELA-CENTELLES; DIZ-DIOS, 1999; WARNAKULASURIYA; JOHNSON, 1999; YELLOWITZ; GOODMAN, 1995; YELLOWITZ et al., 1998, 2000).

Entretanto, surgem algumas dúvidas. Se tantos profissionais afirmam estar realizando exames que identificam lesões bucais, por que o câncer de boca continua sendo diagnosticado em estágios tão avançados, com alto índice de mortalidade e com a situação permanecendo inalterada décadas após décadas?

Levantamos algumas hipóteses. Se tantos profissionais estão realizando tal exame, a falha pode estar no conhecimento destes profissionais para identificar possíveis lesões. Além disso, pode ser ausência de infra-estrutura para o estabelecimento do diagnóstico.

Por outro lado, estudos como os de Horowitz et al. (2001) e Dib (2000) relatam que a grande maioria da população nunca teve a boca totalmente examinada por um profissional, ou, se foi realizado tal exame, os pacientes não foram informados.

Os resultados obtidos demonstram que cerca de 15% dos dentistas deixam de fornecer o exame que visa identificar lesões bucais. Mesmo a cavidade oral apresentando-se de fácil acesso e podendo ser examinada com pouco desconforto, sendo possível para o dentista, como fornecedor primário de tratamento de saúde, incorporar facilmente o protocolo de exame detalhado em seus exames rotineiros (CLOVIS; HOROWITS; POEL, 2002a).

Deixando de oferecer esse exame, o cirurgião dentista perde a oportunidade de promover a saúde de seus pacientes. Afinal, detecção precoce consiste na única intervenção que irá influenciar de maneira marcante a sobrevida de portadores de tumor.

Os resultados obtidos na análise da variável seqüência do caso permitem-nos identificar um número reduzido de profissionais (5,8%) que realizam procedimentos de diagnóstico. A grande maioria (93,7%) faz o encaminhamento de pacientes com lesões suspeitas. Como podemos observar, 56,40% dos entrevistados encaminham estes pacientes para um cirurgião dentista especialista em estomatologia, e 22,60% para Faculdades de Odontologia. Entretanto, segundo Dib (1997), apenas 2,2% dos casos de câncer de boca referidos para tratamento

foram encaminhados por cirurgiões dentistas. Dados similares foram encontrados por Menezes Filho (1991). Brumini (1982) indica que 1,7% dos diagnósticos de câncer de boca foram realizados por faculdades de odontologia.

Atribuímos este fato a possíveis hipóteses: de um lado, há pacientes desinformados, por falta de reconhecimento da população, do cirurgião dentista como profissional envolvido no diagnóstico e tratamento das lesões bucais; Por outro, faltam condições para que os cirurgiões dentistas possam realizar procedimentos ou encaminhamentos mais adequados.

Mesmo os cirurgiões dentistas com conhecimentos adequados em relação ao câncer de boca deparam-se com as dificuldades de darem seqüência aos casos. A falta de política que visa o controle do câncer bucal vem se arrastando por décadas. As biópsias não podem ser realizadas nos postos de saúde, pois o SUS ainda não incluiu este procedimento em sua tabela de valores de serviços prestados (SÃO PAULO, 2002), o que inviabiliza a existência de laboratórios que realizem diagnósticos ao serviço público. Os poucos laboratórios que prestam esse serviço estão distantes da realidade brasileira, pois a grande maioria da população não tem condições de pagar por este exame.

São hipóteses que induzem à reflexão sobre o papel da odontologia, e a necessidade de ajustes curriculares na graduação e pós-graduação. Porém, também deve-se refletir sobre a atenção que o câncer bucal vem recebendo do poder público e a necessidade de campanhas informativas e educativas para a população. No entanto, apenas mudanças curriculares e informação à população não promoverão as alterações apropriadas no quadro atual. É necessário o estabelecimento de centros de referência para diagnósticos bucais, que qualifiquem profissionais na área de diagnóstico clínico e histopatológico. Centros que ofereçam

treinamentos para profissionais da área da saúde, que absorvam o material removido para análise histopatológica, além de acolher pacientes com possíveis lesões e planejar campanhas informativas e educativas para a população. As Instituições de ensino em Odontologia não conseguem absorver toda a demanda, e os hospitais especializados, com frequência, só prestam atendimento aos casos de câncer já estabelecidos, ficando os pacientes com lesões cancerizáveis ou pré-cancerígenas sem atenção até que o tumor se torne evidente aos olhos de todos. Sem esses centros de referência, a situação do câncer bucal dificilmente sofrerá modificações, e este continuará sendo diagnosticado em estágios tardios.

No entanto, Rubright et al. (1996) demonstraram taxas mais favoráveis sobre a participação do cirurgião dentista no diagnóstico de câncer. Indicam que cirurgiões dentistas foram responsáveis por 32% dos diagnósticos. Os autores também relatam que, nos casos diagnosticados por médicos ou dentistas, o estadiamento das lesões foram mais iniciais que nos demais.

Este dado confirma a necessidade de maior atenção ao câncer de boca principalmente do serviço público, que deveria fornecer respaldo a esta neoplasia.

6.1.5 Interesse e percepção do conhecimento sobre câncer de boca

Cerca de 2/3 da população estudada considera pobre seu nível de conhecimento com relação ao câncer de boca, pois 45,6% dos entrevistados se auto-avaliaram regulares e 16,3% se auto-avaliaram insuficientes no assunto em questão.

Menos de 40% dos entrevistados se consideram bons ou ótimos, com 35,7% se auto-avaliando bons, e apenas 2,4% se auto-avaliando ótimos.

Esses resultados demonstram que a maioria dos profissionais estão cientes de sua falta de conhecimento no assunto. Dados semelhantes foram observados por Clovis, Horowitz e Poel (2002a, 2002b) e Syme, Drury e Horowitz (2001).

Apesar do câncer de boca ser uma das principais doenças que acometem a cavidade bucal, e do fato de maior gravidade poder levar seu portador a óbito, uma parcela significativa dos cirurgiões dentistas entrevistados (83,4%) não se sente confiante para realizar procedimentos de diagnóstico. A falta de confiança para realização de tais procedimentos também foi observada nos estudos de Horowitz et al. (2001) e de Clovis, Horowitz e Poel (2002a, 2002b).

Manter a população informada sobre os aspectos relacionados com o câncer de boca é uma importante arma para a sua prevenção e seu diagnóstico em fases iniciais. As pessoas devem estar cientes, para que possam tomar decisões acertadas quanto ao uso de tabaco e consumo de álcool, assim como o uso de filtro solar, entre outras práticas. Além disso, os indivíduos precisam saber do exame preventivo de câncer de boca, para poder solicita-lo, sobretudo quando não for feito (HORROWITZ, 1994).

Porém, 81,3% dos profissionais entrevistados afirmaram que seus pacientes não estão suficientemente informados sobre aspectos preventivos e de diagnóstico do câncer de boca. Cerca de 5% indicou a categoria não sei. Apenas 13,8% acreditam que seus pacientes têm conhecimentos adequados com relação a esta importante patologia bucal.

Pacientes sabem pouco a respeito de câncer de boca e, por conseqüência, não sabem o suficiente para solicitar um exame ou indagar se já foi feito algum. No

geral, o público é desinformado sobre esta neoplasia de incidência e significância na população, e isto não é melhorado por nossa profissão, que está fazendo pouco para educar quanto aos fatores de risco, prevenção e meios de detecção precoce (GREENWOOD; LOWRY, 2001; HOROWITZ, 1994; HOROWITZ et al., 2001; MELROSE, 1998).

Estudos como os de Dib (2000) e de Horowitz (1994) retratam um público carente de conhecimentos e práticas de câncer de boca.

A análise dos resultados obtidos quanto ao treinamento adequado na graduação mostrou equivalência das respostas. Dessa maneira, quase metade dos profissionais entrevistados indicou que sua Universidade não realizou treinamento adequado durante a graduação. Podemos observar que nossos resultados estão de acordo com os encontrados na literatura (HOROWITZ et al., 2001, SYME; DRURY; HOROWITZ, 2001; YELLOWITZ et al., 1998).

Esses dados sugerem que as faculdades de odontologia deveriam enfatizar mais o exame de câncer de boca. Se os alunos, durante a graduação, fossem estimulados a prevenir o câncer bucal e a realizar rotineiramente exames detalhados, estariam mais propensos a agirem da mesma forma na prática. (HOROWITZ et al., 2001).

A necessidade da educação continuada em odontologia é indiscutível; algumas autoridades no assunto, há várias décadas já estimavam que o treinamento profissional do cirurgião dentista está obsoleto cinco anos após a graduação quando não existe treinamento sistemático (HOZID, 1969).

No que diz respeito à participação em cursos de educação continuada relacionada ao câncer bucal, observou-se que mais da metade dos profissionais

entrevistado (54,5%), está há mais de cinco anos sem se atualizarem no assunto. Destes, 10,5% sequer lembram se fizeram ou não um curso nesta área.

Menos da metade dos participantes do estudo (45,5%) tem acompanhado o desenvolvimento da odontologia, atualizando-se periodicamente com relação ao câncer de boca. Talvez esses resultados ajudem a explicar a falta de um conhecimento adequado por parte dos entrevistados.

A mesma situação por nós encontrada é observada em estudos como os de Pullon e Miller (1973), Syme, Drury e Horowitz (2001) e de Clovis, Horowitz e Poel (2002a, 2002b).

Diante do avanço científico e tecnológico atual, são necessários freqüentes cursos de educação continuada nas mais diferentes áreas, inclusive na odontológica. Mesmo diante desta evidência, 11% dos entrevistados não têm consciência da necessidade de se reciclarem periodicamente, pois 8,8% não têm certeza do interesse em participar de cursos nesta área no futuro, e 2,2% afirmaram não ter interesse algum.

Esses dados apresentam uma perspectiva melhor do que a encontrada por Pullon e Miller (1973), Horowitz et al. (2001) e Clovis, Horowitz e Poel (2002a, 2002b). No levantamento realizado por Horowitz et al. (2001), ainda pôde ser observado que havia interesse por tais cursos, desde que estes fossem um breve acréscimo a outros cursos, com uma abordagem simples e diretamente relevante para a prática.

Vale ressaltar que escolas de odontologia e instituições associadas oferecem cursos de aperfeiçoamento nas diversas especialidades odontológicas, mas os que abordam patologia ou diagnóstico bucal são em número reduzido.

No ano de 2002, a Sociedade Brasileira de Estomatologia (SOBE) realizou, em julho, seu X Congresso. O evento contou com cerca de 200 participantes, que pagaram pela inscrição entre R\$80,00 e R\$360,00 (informação verbal)². No mesmo ano, em maio, a Sociedade Brasileira de Odontologia Estética (SBOE) realizou seu 8º Encontro Anual. Já neste evento, o número de participantes foi de aproximadamente 480 pessoas, cujo valor da inscrição variou entre R\$1.280,00 e R\$1.560,00 (informação verbal)³. Mesmo o valor sendo muito superior, fica claro o maior interesse dos profissionais pelos cursos de estética.

A Escola de Aperfeiçoamento Profissional (EAP) da Associação Paulista de Cirurgião Dentistas (APCD), nos 5 primeiros meses de 2003, ofereceu aos profissionais odontológicos 72 cursos. Destes, 6 abordaram estética, porém apenas 1 abordou estomatologia (informação verbal)⁴. Dados semelhantes foram observados por Pullon e Miller (1973). Passados 30 anos deste levantamento, constatamos que a situação permanece inalterada.

A odontologia é considerada como a mais importante especialidade relacionada à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer de boca (DIB, 1997). Sendo assim, o cirurgião dentista, como grupo primário de fornecedores de tratamento de saúde, que avalia a condição bucal, indiscutivelmente, tem maior cota de responsabilidade na prevenção e detecção do câncer de boca (HOROWITZ et al., 2001).

O câncer de boca acomete uma região anatômica de atuação do dentista, sobre a qual ele tem total domínio. Sua importância na prevenção e no diagnóstico em fase inicial é consenso entre os entrevistados, pois 97% informaram ser grande a

² Informações fornecidas pela secretaria da SOBE, em novembro de 2002.

³ Informações fornecidas pela secretaria da SBOE, em novembro de 2002.

⁴ Informações fornecidas pela secretaria da EAP – APCD São Paulo, em junho de 2003.

importância deste profissional (CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a, 2002b; DAVID et al., s.d.; DIB, 1997; GREENWOOD; LOWRY, 2001).

6.2 Conceito atribuído

A análise dos resultados demonstra a frequência dos conceitos atribuídos aos participantes do estudo, sugerindo a necessidade de cursos de graduação e pós-graduação que abordem com maior ênfase o câncer de boca, em vista de mais da metade dos entrevistados (55,9%) não estarem devidamente preparados para prevenir e diagnosticar precocemente o câncer de boca. 38,5% obtiveram o conceito C (regular), e 17,40% o conceito D (insuficiente).

Em nosso estudo, consideramos os participantes que obtiveram conceito C dotados de conhecimentos insatisfatórios para prevenir e diagnosticar precocemente o câncer de boca, uma vez, que no trabalho realizado por Dib (2003), 76,9% dos alunos do 8º. semestre do curso de odontologia, que tiveram contato efetivo com os aspectos teóricos do tema câncer bucal, obtiveram conceito A e B, denotando efetivo conhecimento sobre a neoplasia. Enquanto os alunos do 1º. semestre, que jamais tiveram contato teórico sobre o tema, não conseguiram obter conceitos A ou B, sendo que 6,8 obtiveram conceito C e a grande maioria (93,2%) conceito D.

A falta de consistência no conhecimento de profissionais da saúde com relação ao câncer bucal vem sendo observada em várias partes do mundo ao longo dos anos. (CANTO et al., 2002; CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a, 2002b; DAVID et al., s.d.; HAYASSY, 1998; HOROWITZ; DRURY; CANTO, 2000; HOROWITZ et

al., 2000; PULLON; MILLER, 1973; SEOANE; VARELA-CENTELLES; DIZ-DIOS, 1999; SYME; DRURY; HOROWITZ, 2001; WARNAKULASURIYA; JOHNSON, 1999; YELLOWITZ et al., 1998, 2000; YELLOWITZ; GOODMAN, 1995).

6.3 Correlação de frequência entre as variáveis estudadas

Com relação às faixas etárias estudadas, não foram observadas alterações significativas no conhecimento em função da idade dos participantes. O conceito C e D, em todas as faixas etárias analisadas, foi obtido por mais da metade dos entrevistados, exceto na idade compreendida entre 50 e 59 anos, cujo conceito A e B foi o obtido pela maioria (64,3%). Outro período a ser ressaltado é o que compreende a idade igual ou menor a 19 anos, em que todos os participantes obtiveram conceitos C e D, provavelmente por estarem iniciando um curso de graduação e ainda não terem tido contato com o tema.

Avaliando-se o gênero segundo o conceito, observou-se maior porcentagem de homens com conceitos A e B (49,7%) do que de mulheres (41,1%). Analisando os conceitos separadamente, as mulheres obtiveram maior porcentagem de conceitos A (4,3%), enquanto apenas 3,7% dos homens obtiveram este conceito. Quanto ao conceito D, houve equivalência nas porcentagens, com os dois gêneros atingindo uma porcentagem ao redor de 17%.

A maior diferença observada no nível de conhecimento entre os gêneros encontra-se nos conceitos B e C, sendo que 46% dos homens obtiveram B, e 33,1% alcançaram C. Quanto às mulheres, 36,8% obtiveram B, e 41,4% obtiveram C. Esses dados sugerem que o nível de conhecimento do gênero masculino em relação

ao câncer de boca é um pouco melhor do que o do gênero feminino. No entanto, Horowitz, Drury e Canto (2000) observaram as mulheres com pontos mais altos do que os dos homens.

Talvez possamos atribuir os resultados por nós encontrados ao fato das mulheres concentrarem-se em determinadas especialidades, como odontopediatria, endodontia e dentística restauradora. Mesmo sendo as mulheres a maioria na odontologia, não é freqüente encontrar uma atuando em cirurgia-buco-maxilo-facial, patologia bucal ou mesmo em estomatologia. (PARAJA, 2000, p.16).

Com relação ao tempo de formado, de acordo com o conceito, apesar de não se apresentar estatisticamente significativa, o fato de ser acadêmico ou de ter até dois anos de formado teve efeito consistente na probabilidade de obtenção de melhores conceitos, podendo refletir atenção aumentada ao câncer de boca nos currículos das faculdades de odontologia em anos mais recentes. Entretanto, os resultados obtidos com este estudo sugerem que a formação com relação ao câncer de boca ainda não é a ideal. Acreditava-se que os conceitos A e B entre os acadêmicos e formados até dois anos seriam muito superiores a 50%, o que não aconteceu, pois 47,6% dos acadêmicos e 55,6% dos formados até dois anos obtiveram conceitos favoráveis.

Nas demais categorias analisadas, os conceitos C e D foram obtidos por mais da metade dos participantes do presente estudo, sendo estes conceitos alcançados por 64,5% dos formados entre 2 e 10 anos, 53,1% dos formados entre 10 e 20 anos e 58,2% dos formados há mais de 20 anos.

Ao longo dos anos, o CEC se mantém como a neoplasia mais freqüente na boca, e os fatores de risco, como o fumo e o álcool continuam, sendo os principais desencadeadores deste tumor. Mesmo assim, ainda hoje não atingimos um nível

adequado de conhecimento a respeito do assunto. Resultados semelhantes aos encontrados na literatura (CLOVIS et al., 2002a; YELLOWITZ et al., 2000).

Houve significância estatística quanto à auto-avaliação do nível de conhecimento pelos participantes do estudo, segundo o conceito obtido. A grande maioria dos entrevistados (72,7%) que se auto-avaliaram ótimos obteve conceito A e B. Dos que se consideraram bons, 59,1% foram relativamente bem, obtendo conceitos A (6,6%) e B (52,5%).

Entretanto, cerca de 1/3 dos que se consideraram ótimos (27,3%) obteve conceitos C e D, e 40,9% dos que se acham bons também obtiveram conceitos C e D.

Já os participantes que se auto-avaliaram regulares e insuficientes obtiveram conceitos baixos. Dos que se avaliaram regulares, 62,8% obtiveram conceitos C e D, e 73,7% dos que se auto-avaliaram insuficientes obtiveram o conceito C e D. Logo, o questionário pode ser considerado um método interessante de avaliação, em que as pessoas que se auto-avaliaram boas foram bem, e as que se auto-avaliaram regulares ou insuficiente foram mal.

Os resultados demonstram que os cirurgiões dentistas estão cientes dos seus níveis de conhecimento com relação ao câncer de boca. Contudo, uma parcela significativa ainda desconhece as lacunas existentes no conhecimento em relação ao assunto em questão. O mesmo foi observado por CLOVIS et al., 2002a.

Ter conhecimento atualizado dos fatores de risco e segurança para realizar procedimentos de diagnóstico para o câncer de boca deve constituir característica inerente aos cirurgiões dentistas, sendo um consenso na literatura estudada (CLOVIS et al., 2002a; SYME, DRURY E HOROWITZ, 2001; YELLOWITZ et al., 2000). Entretanto, dos entrevistados que apresentaram um alto nível de confiança

para realizar procedimentos de diagnóstico, uma parcela significativa não foi bem no estudo, com 26% obtendo conceitos C e D.

Dos participantes da pesquisa que têm um baixo nível de segurança para o diagnóstico, o conceito C e D foi obtido por 62,3% dos entrevistados, entretanto, 37,7% apesar de não terem segurança para o diagnóstico, apresentaram-se com conhecimentos adequados, obtendo conceitos A e B.

Já o grupo que não soube identificar qual seu nível de segurança para o diagnóstico foi um pouco melhor do que os que indicaram baixo nível de segurança, pois 41,8% obtiveram A e B.

O que adianta ter conhecimento e não ter segurança? Somente com conhecimento e informações apropriadas quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico para câncer de boca o cirurgião dentista terá segurança para realizar o diagnóstico, e, desta maneira, informar adequadamente seus pacientes, assim como realizar exames abrangentes. Mais uma vez, fica clara a necessidade de intervenções educacionais para profissionais e estudantes de odontologia. Essa necessidade também foi constatada no estudo de Clovis, Horowitz e Poel, 2002a.

É possível que a falta de segurança possa ajudar a explicar por que alguns dentistas não fazem rotineiramente o exame preventivo de câncer de boca.

A análise da formação adequada, segundo o conceito obtido, apresentou-se estatisticamente significativa, evidenciando ser imperativo maior ênfase dos currículos de odontologia para câncer de boca.

A necessidade de adequações curriculares vem sendo apontada por vários autores ao longo dos anos (CANTO, 2002; HORROWITZ; DRURY; CANTO, 2000;

HORROWITZ et al., 2001; PULLON; MILLER, 1973; WARNAKULASURIYA; JOHNSON, 1999; YELLOWITZ, 1995).

Dos participantes que informaram ter recebido treinamento adequado durante a graduação, a maioria (55,4%) obteve conceitos A e B. Contudo, ainda se encontra uma parcela significativa de profissionais (44,6%) que, mesmo recebendo tal treinamento, não apresenta um conhecimento apropriado, obtendo conceitos C e D.

Os conceitos C e D também foram obtidos por 66,2% dos entrevistados que indicaram não terem recebido treinamento adequado, e por 81,8% dos que não souberam indicar se receberam treinamento.

Cerca de 1/3 dos que afirmaram não terem recebido treinamento (33,8%) obteve conceitos A e B, o que sugere que estes buscaram por educação adicional para obtenção do conhecimento, assim como os 18,2% dos entrevistados que, apesar de não saberem informar sobre o treinamento recebido, obtiveram conceito B, sendo que nenhum destes, obteve conceito A.

No que se refere à variável realização do último curso, segundo o conceito, observou-se significância estatística ($p=0,001$), com indicações claras dos benefícios de educação recente, uma vez que apenas as categorias “realização de curso no último ano” e “realização de curso durante os últimos 2 a 5 anos” atingiram porcentagens superiores a 50% nos conceitos A e B. Sendo 59,1% para os cursos realizados no último anos, e 54,3% entre 2 a 5 anos.

Nas demais categorias, o índice de conceitos A e B localizou-se em torno de 30%, sendo que 71,4% dos participantes que informaram não se lembrarem de quando realizaram o último curso, 64,7% dos que informaram terem realizado tal

curso há mais de 5 anos e 64,7% dos que nunca realizaram um curso nesta área obtiveram conceito C e D.

A associação entre conceitos A e B e um recente curso de educação continuada em câncer de boca confirma os efeitos positivos de tais atividades (CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a; HOROWITZ et al., 2000; YELLOWITZ et al., 2000).

Entretanto, cerca de 40% dos entrevistados que realizaram um curso nesta área no último ano e 45,7% dos que realizaram um curso há menos de 5 anos obtiveram conceitos C e D, demonstrando que o fato de terem freqüentado um curso em câncer de boca teve pouco efeito no nível de conhecimento no assunto em questão. Tal fato pode refletir a urgência de intervenções curriculares ou a necessidade de os participantes estarem potencializando a realização desses cursos, pois as oportunidades de atualização profissional referente à prevenção e à detecção precoce do câncer de boca são em número bem reduzido quando comparados a outros cursos oferecidos.

7 CONCLUSÕES

Cirurgiões dentistas capacitados no assunto são decisivos na prevenção e detecção precoce do câncer de boca. Neste estudo, concluímos que:

- Existem dúvidas e divergências no conhecimento dos cirurgiões dentistas com relação a diversos aspectos que envolvem esta patologia, deixando evidente a necessidade de intervenções educacionais que elucidem as deficiências identificadas.
- Os estudantes e cirurgiões dentistas formados há até 2 anos apresentam um conhecimento mais consistente do que os formados há mais tempo, sugerindo que os cursos de graduação em odontologia têm abordado com mais atenção o tema.

- A grande maioria dos entrevistados dispõe ainda de muitos anos para o exercício profissional, exigindo das instituições de ensino, associações de classe e órgãos governamentais a disponibilização de um número maior de cursos dedicados ao câncer de boca. Sem uma atualização sistemática, o quadro atual permanecerá inalterado ao longo dos próximos anos.

REFERÊNCIAS¹

Almeida OP, Lopes MA. Prevenção das doenças bucais. In: Krieger L, coordenador. Promoção as saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1997. cap.18, p.433-46.

American Cancer Society. Recommendations for check up. Disponível em: URL:<http://www.andre.sasse.com/exames.htm>. [2002 abr. 14]

Asch DA, Jedrzewski MK, Christakis NA. Response rates to mail surveys published in medical journals. J Clin Epidemiol 1997; 50(10):1129-36.

Blot WJ, Mclaughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS; Preston-Martini, S; Bernstein, L; Schoenberg, JB; Stemhagen, A; Fraumeni, JF. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. Cancer Res 1988; 48(11):3282-87.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil-2003. Disponível em: URL: <http://www.inca.gov.br/cancer/epidemiologia/estimativa2003> [2003 abr. 13]

Brasil. Ministério da Saúde. MS/Funasa/Cenepi – Sistema de Informações dobre Mortalidade (SIM). Disponível em: URL: <http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def> [2003 abr. 15]

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Disponível em: URL: <<http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/mruf.def> [2003 abr.15]

Brumini R. Câncer no Brasil: dados histopatológicos 1976-1980. Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 1982.

¹ De acordo com Estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

Camarini ET. Estudo epidemiológico dos carcinomas espinocelulares de boca dos pacientes atendidos nas cidades de Bauru e Jaú, Estado de São Paulo, Brasil [Dissertação de Mestrado]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru; 1999.

Canto MT, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Maryland family physicians' knowledge, opinions and practices about oral cancer. *Oral Oncol* 2002;38:416-24.

Carvalho C. Redescobrimos o sorriso. *RBO* 2001;58(6):396-99.

Chairman TA, Downer MC. Early diagnosis and prevention of oral cancer and precancer: Report of Symposium III. *Adv Dent Res* 1995; 9(2):134-7.

Chinellato LEM, Martha SN, Sant'ana E, Kanô SC, Maeda L, Porto VMC. Programa de prevenção do câncer bucal no município de Bauru, através do auto-exame. *Rev Fac Odontol Bauru* 1995;3(1/4):143-5.

Clovis JB, Horowitz AM, Poel DH. Oral and pharyngeal cancer: knowledge and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. *J Can Dent Assoc* 2002a; 68(7):415-20.

Clovis JB, Horowitz AM, Poel DH. Oral and pharyngeal cancer: Practices and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. *J Can Dent Assoc* 2002b; 68(7):421-25.

Cooper MP, Jovanovic A, Nauta JJP, Braakhuis BJM, Vries ND, Van Der Waal, Snow G. Role of genetic factors in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;121(2):157-60.

David FP, Moleri AB, Santos RM, Pinho AM, Lee JY, Moreira LC. Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas do CD diante do câncer bucal. Disponível em URL: <http://www.odontologia.com.br/paineis.asp?id=18&ler=s>. [2002 jan. 12]

Dib LL, Pinto DS, Sanvitto LC, Contesini H, Lombardo V, Franco, E. Determinantes de sobrevida em câncer de boca: fatores sócio-demográficos e anatômicos. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* 1990; 14(1-3):1-9.

Dib LL, Sabba LM, Marques LA, Araujo NS. Fatores prognósticos em carcinoma de borda de língua: Análise clínica e histopatológica. *Acta Oncol Bras* 1994;14(2):88-93.

Dib LL. Avaliação do nível de informação de diferentes camadas da população a respeito de aspectos relacionados ao câncer bucal. São Paulo: UNIP; 2000.[Estudos e Pesquisas,6].

Dib LL. Carcinoma espinocelular de língua: análise dos dados clínicos, sociodemográficos e fatores de prognóstico [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1997.

Dib LL. Fatores Prognóstico em Carcinoma Espinocelular de Língua. Análise Clínica e Histológica [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1991.

Dib LL. Nível de conhecimento e de atitudes preventivas entre universitários, em relação ao câncer bucal: Desenvolvimento de um instrumento de avaliação. Acta Oncol; 2003. No prelo.

Escovich L, Novelli JL. Lesiones cancerizables de la mucosa oral: factores de riesgo. In: Kowalski LP, Dib LL, Ikeda MK, Adde CA. Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer bucal. 1^a. ed, São Paulo: Frôntis Editorial; 1999. p.23-31.

Ferreira B. Atração fatal. Rev. ABO Nac 1998;6(3):139-41.

Franco EL, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP, Pereira RN, Silva ME, Fava AS, Torloni H. Risk factors for oral câncer in Brazil: a case-control study. Int J Cancer 1989;43(6):992-1000.

Franco ELF. Epidemiology of cancers of the upper respiratory and digestive system. Rev Bras Cir Cabeça Pesc 1987;11(1-3):23-33.

Gervásio OLAS, Dutra RA, Tartaglia SMA, Vasconcellos WA, Barbosa AA, Aguiar MCF. Oral squamous cell carcinoma: A retrospective study of 740 cases in a brazilian population. Braz Dent J 2001;12(1):57-61.

Graham S, Dayal H, Rohrer T, Swanson M, Sultz H, Shedd D, Fischman S. Dentition, diet, tobacco, and alcohol in the epidemiology of oral cancer. J Natl Cancer Inst 1977;59(6):1611-8.

Greenwood M, Lowry RJ. Primary care clinicians' knowledge of oral cancer: a study of dentists and doctors in the north east of England. Br Dent J 2001;191(9):510-2.

Guggenheimer J, Verbin RS, Johnson JT, Horkowitz CA, Myers EN. Factors delaying the diagnosis of oral and oropharyngeal carcinomas. *Cancer* 1989;64(4):932-35.

Hayassy A. Câncer bucal no setor público de saúde. *RBO* 1998; 55(3):173-5.

Horowitz AM. As we stand By...8,000 die from oral cancer each year (editorial). *J Public Health Dent* 1994; 54(3):131.

Horowitz AM, Drury TF, Canto MT. Practices of Maryland dentists: oral cancer prevention and early detection – base data from 1995. *Oral Dis* 2000;6(5):282-8.

Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS, Yellowitz JA. Oral pharyngeal cancer prevention and early detection. Dentists' opinions and practices. *J Am Dent Assoc* 2000;131:453-62.

Horowitz AM, Siripant P, Sheikh A, Child WL. Perspectives of Maryland dentists on oral cancer *J Am Dent Assoc* 2001;132:65-72.

Hospital A.C. Camargo. Registro hospitalar de câncer – estatística 1994. [São Paulo]:Hospital A. C. Camargo;s.d.

Hozid JL. Role of continuing education in dental obsolescence. *J Am Dent Assoc* 1969;78:1299-303.

Kowalski LP, Nishimoto IN. Epidemiologia do câncer de Boca. In: Parise Jr., O. Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier; 2000. cap. 1, p.3-11.

Kowalski LP; Dib LL; Ikeda MK; Adde CA. Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de bucal. Ed. Frontis, São Paulo 1999.

Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, Fava AS, Sobrinho JÁ, Ramos G, Oliveira BV, Curado MP. - Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to tumour, the patient and health professionals. *Eur. J. Cancer B Oral Oncol* 1994;30B(3):167-73.

Langdon JD. Oral cancer: raising the level of awareness. *Dent Update* 1995;22(7):269-70.

Lopes FF, Cutrim MCFN, Casal CP, Fagundes DM, Montoro LA. Aspectos epidemiológicos e terapêuticos do câncer bucal. Rev Bras Odontol 2002;59(2): 98-9.

Marshall JR, Graham S, Haughey BP, Shedd D, O'Shea R, Brasure J, Wilkinson GS, West D. Smoking, alcohol, dentition and diet in the epidemiology of oral cancer. Eur J Cancer B Oral Oncol 1992;28B(1):9-15.

Mauad EC, Gomes UA, Mirra P. Registro hospitalar de câncer. Barretos: Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII;s.d.

Medeiros CGG. Princípios básicos de estética aplicados na dentística restauradora. Robrac 1999;8(25):19-2.

Melorose RJ. An approach to solving the problem of oral cancer (Commentary). CDA.Journal 1998;26(6):430-31.

Mendonça EF, Vêncio EF, Caixeta WBC. Programa de Prevenção do Câncer Bucal no Município de Goiânia. Robrac 1998;7(23):27-30.

Menezes Filho JF. Incidência de neoplasias BMF. RGO 1991;39(6):428-30.

Menezes JDV. Restabelecendo a verdade Histórica. Periodontia 1993;1(2):68-69.

Navarro CM. Fatores de risco no desenvolvimento de câncer bucal. Revista do CROMG 1996; 2(2):98-102.

Oliveira DT, Odell EW. Diagnóstico precoce e prevenção do câncer de boca. In: Buischi, YAP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2000. cap. 11, p. 280-93.

Parajara F. A caminho da igualdade. Rev Assoc Paul Cir Dent 2000; 54(1):11-19.

Parajara F. Enfrentando o câncer bucal. Rev Assoc Paul Cir Dent 1999;53(5):353-60.

Pullon PA, Miller AS. Oral cancer knowledge: results of a survey of Pennsylvania dentists in 1971. J Am Dent Assoc 1973;86:149-52.

Qualtrough AJE, Burke FJT. A look at the dental esthetic. Quintessence Int 1999;25:7-14.

Rabello SB, Godoy CV, Padilha WWN. Por que a odontologia se transformou numa profissão de mulheres? Rev Bras Odontol 2000; 57(2):118-23.

Ramos Jr J. Semiotécnica da observação clínica: Síndrome clínico-propedêutica. 6ª ed. São Paulo: Sarvier; 1980.

Rubright WC, Hoffman HT, Lynch CF, Kohout FJ, Robinson, R.A.; Graham, S.; Funk, G.; McCulloch, T. Risk factors for advanced-stage oral cavity cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1996; 122(6):621-26.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Fundação Oncocentro de São Paulo. Reabilitação em câncer da cabeça e pescoço 1974-2000. São Paulo: Imprensa Oficial; 2001. 30p.[Cadernos FOSP, v.2].

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde/CPS/GTNAC. Divisão de Faturamento.[São Paulo]:mar. 2002.

Seoane J, Varela-Centelles PI, Diz-Dios P. Experience and knowledge of oral cancer and precancer among dentists in northwestern Spain. J Cancer Educ 1999;14(3):175-6.

Serra MC, Pimenta LAF, Paulillo, LAMS. Dentística e manutenção de saúde bucal. In: ABOPREVE. São Paulo: Artes Médicas; 1997. cap.11, p.201-53.

Silva VLC; Cavalcante, TM. Programas de prevenção e controle de câncer bucal: atividades educativas, diagnóstico precoce e proposta de programas integrados. In: Kowalski LP, Dib LL, Ikeda MK, Adde CA. Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de bucal. São Paulo: Frontis;1999. p.57-70.

Souza A, Stevaux OM, Santos GG, Marcucci G. Epidemiologia do carcinoma epidermóide da mucosa bucal – Contribuição ao estudo sobre três variáveis: Sexo, faixa etária e raça. Rev Odontol UNICID 1996;8(2):127-34.

Spitz MR. Epidemiology and risk factors for head and neck cancer. Semin Oncol 1994;21(3):281-8.

Syme SE, Drury TF, Horowitz AM. Maryland dental hygienists' knowledge and opinions of oral cancer risk factors and diagnostic procedures. *Oral Diseases* 2001;7:177-84.

Veeck EB, Ribas MO, Fontanella VRC, Lorandi CS. Estudo epidemiológico dos carcinomas espinocelulares na cavidade bucal. *Rev Odonto Cienc* 1992;7(14):25-34.

Warnakulasuriya KAAS, Johnson NW. Dentists and oral câncer prevention in the UK: opinions, attitudes and practices to screening for mucosal lesions and to counselling patients on tobacco and alcohol use: baseline data from 1991. *Oral Dis* 1999;5(1):10-4.

Welly AM, Franco EL, Schlecht N, Pinto JJ, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP. Relationship between dental factors and risk of upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncol* 1998;34:284-91.

Winn DM. Diet and nutrition in the etiology of oral cancer. *Am J Clin Nutr* 1995;61(suppl):437S-445S.

World Health Organisation. International Agency for Research on Cancer. Worldwide cancer mortality statistics. Disponível em URL: <http://www-dep.iarc.fr/cgi-bin/exe/globofp.exe?dtype=1&select=0&value=&sex=1> [2003 fev. 15]

Wunsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncol* 2002;38(8):737-46.

Yellowitz JA, Goodman HS. Assessing physicians' and dentists' oral cancer - knowledge, opinions and practices. *J Am Dent Assoc* 1995;126(1):53-60.

Yellowitz JA, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Survey of U.S. dentists' knowledge and opinions about oral pharyngeal cancer. *J Am Dent Assoc* 2000;131(5):653-61.

Yellowitz JA, Horowitz AM, Goodman HS, Canto MT, Farooq N.S. Knowledge, opinions and practices of general dentists. Regarding oral cancer: A pilot survey. *J Am Dent Assoc* 1998;129(5):579-83.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Capa do questionário

APÊNDICE B – 1ª página do questionário

Assinale apenas uma resposta, a que julgar mais apropriada.

1. Idade: _____

2. Sexo: (1) Masc. (2) Fem.

3. Tempo de Formado: (1) Acadêmico (2) Até 2 anos (3) 2 a 10 anos (4) 10 a 20 anos (5) Mais de 20 anos

4. Você fuma? (1) Sim (2) Não (3) Parou

5. Com relação ao seu nível de conhecimento sobre câncer bucal, qual é sua auto avaliação?

(1) Ótimo (2) Bom (3) Regular (4) Insuficiente

6. Na primeira consulta odontológica dos seus pacientes, você realiza exame procurando identificar lesões bucais?

(1) Sim (2) Não

7. Porque você NÃO realiza o exame?

(1) Realizo o exame (2) Não sei como fazer (3) Não acho necessário (4) Não recebo honorários pelo procedimento

8. Quando você encontra lesões bucais suspeitas de malignidade, como você encaminha o caso?

(1) Eu mesmo realizo os procedimentos diagnósticos (2) Dentista especialista em estomatologia (3) Médico
(4) Faculdade de Odontologia (5) Hospital Especializado
(6) Não sendo a queixa principal do paciente, espero até que o mesmo se manifeste, pedindo orientação.

9. Qual é o tipo de câncer mais comum da boca?

(1) Linfoma (2) Carcinoma Espinoelular (3) Sarcoma de Kaposi (4) Ameloblastoma
(5) Adenocarcinoma de Glândula Salivar (6) Não sei

10. Qual a região anatômica mais freqüente para o câncer bucal?

(1) Língua (2) Soalho de boca (3) Gengiva (4) Palato (5) Mucosa jugal (6) Não sei

11. Dentre os citados, qual o aspecto mais comum em pacientes com câncer de boca INICIAL?

(1) Salivação abundante (2) Úlcera indolor (3) Massa Tumoral (4) Dor intensa (5) Não sei

12. Qual é a faixa etária mais comum para a ocorrência de câncer bucal?

(1) Menos de 18 anos (2) 18 a 39 anos (3) Acima de 40 anos (4) Não sei

13. O linfonodo mais característico em metástase cervicais em câncer bucal, quando palpado apresenta-se:

(1) Duro, dolorido, com mobilidade (2) Duro, sem dor, com mobilidade ou não (3) Mole, dolorido, com mobilidade
(4) Mole, sem dor, com mobilidade ou não (5) Não sei

14. No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que o câncer bucal é diagnosticado mais freqüentemente em qual estágio?

(1) Pré-maligno (2) Precoce (3) Avançado (4) Não sei

15. Das seguintes condições, qual a mais comumente associada com o câncer bucal?

(1) Leucoplasia (2) Pênfigo Vulgar (3) Estomatite (4) Candidíase (5) Língua Geográfica (6) Não sei

APÊNDICE C – 2ª página do questionário

Assinale se você considera ou não a condição apresentada como fator de risco para câncer bucal:

16. Uso de drogas injetáveis
(1) Sim (2) Não

17. Ter apresentado outro câncer previamente
(1) Sim (2) Não

18. Consumo de álcool
(1) Sim (2) Não

19. Consumo de Tabaco
(1) Sim (2) Não

20. História familiar de câncer
(1) Sim (2) Não

21. Estresse emocional
(1) Sim (2) Não

22. Baixo consumo de frutas e vegetais
(1) Sim (2) Não

23. Sexo Oral
(1) Sim (2) Não

24. Próteses mal adaptadas
(1) Sim (2) Não

25. Dentes em mau estado
(1) Sim (2) Não

26. Consumo de comidas condimentadas
(1) Sim (2) Não

27. Higiene oral deficiente
(1) Sim (2) Não

28. Contágio Direto
(1) Sim (2) Não

29. Exposição Solar
(1) Sim (2) Não

30. Bebidas e comidas quentes
(1) Sim (2) Não

31. Obesidade
(1) Sim (2) Não

32. Você considera que seus pacientes estão suficientemente informados sobre câncer bucal (aspectos preventivos e de diagnóstico)?
(1) Sim (2) Não (3) Não sei

33. Qual é o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico para câncer bucal?
(1) Alto (2) Baixo (3) Não sei

34. Em sua opinião, sua Universidade realizou treinamento para o exame de câncer bucal durante o curso de graduação?
(1) Sim (2) Não (3) Não sei

35. Qual foi a última vez que você assistiu a um curso de educação continuada sobre câncer bucal?
(1) No ano passado (2) Durante os últimos 2 a 5 anos (3) Mais de 5 anos (4) Nunca (5) Não lembro

36. Você se interessa em assistir a um curso de educação continuada sobre câncer bucal no futuro?
(1) Sim (2) Não (3) Não tenho certeza

37. Na sua opinião, qual a importância do cirurgião dentista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal?
(1) Grande (2) Média (3) Regular (4) Baixa (5) Não sei

Favor devolver o questionário na saída.

APÊNDICE D – Natureza da pesquisa e termo de consentimento

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
 DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA
 ÁREA DE CONCENTRAÇÃO CLÍNICA INTEGRADA
 Av. Prof. Lineu Prestes, 2.227 Cidade Universitária CEP:05.508-900 - São Paulo/SP

Termo Para Consentimento Livre Após Informação por Escrito

Estamos desenvolvendo junto ao Curso de Pós-Graduação em Odontologia Nível de Mestrado Área de Concentração em Clínica Integrada do Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da USP, uma pesquisa que pretende avaliar o conhecimento sobre câncer bucal, visando o estabelecimento de estratégias de saúde após a avaliação dos resultados.

Para a realização desta pesquisa **precisamos muito de sua colaboração preenchendo este questionário**, que aborda aspectos referentes ao câncer de boca. O não preenchimento do questionário impossibilitará a realização desse importante estudo. Por isso, contamos com você e lembramos que lhe será assegurado o direito à não identificação no trabalho. Os resultados serão divulgados globalmente, não sendo em hipótese alguma analisados isoladamente, o que irá garantir a confidencialidade das respostas individuais.

Certos de que sua participação neste estudo enriquecerá muito nosso trabalho, agradecemos antecipadamente e nos colocamos a disposição para esclarecimentos de qualquer natureza.

Av. 25 n. 1246 - Barretos-SP CEP 14.780-680 Fone: (17) 3325 8552

Consentimento Livre Esclarecido por Escrito

Eu, _____, R.G. _____, certifico que fui informado pelos pesquisadores Teresa Márcia Nascimento de Moraes e Prof. Dr. Carlos Alberto Adde, que esta pesquisa tem por objetivos avaliar os conhecimentos relacionados com o câncer bucal, estando ciente que os resultados poderão ser divulgados através de artigos em revistas científicas. Declaro, também, que me foi assegurado o direito à não identificação no trabalho e a confidencialidade das respostas e que, caso não queira, posso me recusar a participar do estudo.

Estou plenamente de acordo com a realização do trabalho. Assim, autorizo a execução do trabalho de pesquisa, exposto acima, com a minha colaboração espontânea.

São Paulo, janeiro de 2002

Assinatura do Participante

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PARECER nº 26/02
Protocolo 189/01

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa, **APROVOU** o protocolo de pesquisa ***"Avaliação do nível de conhecimento do cirurgião-dentista quanto aos aspectos relacionados à prevenção e diagnóstico do câncer bucal"***, de responsabilidade da pesquisadora **Teresa Márcia Nascimento de Moraes**, sob orientação do Professor Doutor **Carlos Alberto Adde**.

São Paulo, 26 de março de 2002

Profa.Dra. Célia Regina Martins Delgado Rodrigues
Coordenadora do CEP-FOUSP

ANEXO B – Autorização do 20º CIOSP

5ª FEIRA INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO
4º SOUTH AMERICAN DENTAL SHOW
62º SEMINÁRIO ODONTOLÓGICO LATINO - AMERICANO
28 A 31 DE JANEIRO DE 2002
27 DE JANEIRO DE 2002 - DEALER'S DAY
SÃO PAULO - BRASIL

Of.APCD/20ºCIOSP/0808

São Paulo, 03 de janeiro de 2002

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Carlos Alberto Adde
Professor Associado da FOUSP

Prezado Senhor,

Acusamos o recebimento de seu ofício, informando sobre o questionário a ser aplicado entre os congressistas para avaliar o conhecimento sobre câncer bucal, durante a realização do 20º CIOSP – Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo.

Esta Presidência não apresenta restrições quanto à solicitação requerida por V.Sa.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos

Atenciosamente,

Elenice Ap. Nogueira Gonçalves
Presidente – 20º CIOSP

Salvador Nunes Gentil
Secretário Geral – 20º CIOSP

PROMOÇÃO - APCD Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas - Praça Campo de Bagatelle, 100 - CEP: 02012-000 - São Paulo - SP - Brasil
Cx. Postal: 2523 - PABX: (55-11) 6221-3022 - Fax: (55-11) 6221-7204 / 6221-3612
home page: <http://www.apcd.org.br> e-mail: ciosp@aped.org.br