

ÉRICO MARCOS DE VASCONCELOS

**COMPORTAMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO QUANTO À
PREVENÇÃO E AO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL**

São Paulo

2006

Érico Marcos de Vasconcelos

**Comportamento dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de
Saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao
diagnóstico precoce do câncer bucal**

Dissertação 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: Diagnóstico Bucal

Sub-área: Semiologia

Orientador: Prof. Dr. Jayro Guimarães Junior

São Paulo

2006

FOLHA DE APROVAÇÃO

Vasconcelos EM. Comportamento dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2006.

São Paulo, 01/09/2006

Banca Examinadora

1) Prof. Dr. Jayro Guimarães Junior

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof. Dr. Sérgio Spinelli Silva

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof. Dr. Paulo José Bordini

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À memória do paciente Patriolino Parente que, através da sua doença e do seu sofrimento, iluminou meus pensamentos e caminhos, despertando-me para a problemática e incumbindo-me da importante tarefa de atuar na prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal no serviço público odontológico.

Aos meus pais, Lucídio e Berenice, e à minha querida família, por tudo o que fizeram e ainda fazem por mim, minha admiração e gratidão pela compreensão, carinho, presença e apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

À Juliana G. Bittencourt de Vasconcelos, pelo apoio à realização do mestrado e por tudo o que representou, e ainda representa, pra mim.

AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. Jayro Guimarães Junior**, pelo ser humano que é, incansável na luta pelos seus ideais, um intelectual a serviço da sociedade; pelo exercício da paciência, muitas vezes solicitada, pelo imenso apoio dado ao longo de toda a minha história no Mestrado ... meu “muito obrigado” jamais vai refletir concretamente a imensa gratidão e a admiração que guardo por você.

Ao **Prof. Dr. Sérgio Spinelli Silva**, minha primeira referência na Semiologia, alguém que me abriu as portas da academia, me apoiando e me tratando sempre com muito carinho; por isso e por tudo o que sou hoje, meu eterno abraço e meus sinceros agradecimentos.

Ao **Prof. Dr. Paulo José Bordini**, pela amizade e atenção, desde os momentos de graduação até hoje, participando comigo na pós-graduação.

Ao **Prof. Dr. Antônio Carlos Frias**, da Disciplina de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pela amizade e pelo imenso apoio na análise estatística dos dados deste estudo.

À **Dra. Maria da Candelária Soares**, Coordenadora de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, pela sensibilidade e pelo apoio na realização da pesquisa.

À **Dra. Nídia Martinelli**, Coordenadora de Saúde Bucal da Fundação Zerbini/InCor, pelo imenso apoio dado à coleta dos dados desta pesquisa, pela grande amizade e pelos caminhos que hoje trilhamos juntos na idéia do Saúde da Família.

Ao **Dr. Vicente e Dr. Mário** da Coordenação de Saúde da Região Sudeste da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, pela grande ajuda na sensibilização dos diretores para esclarecer os objetivos e a relevância do presente estudo.

Aos **Professores Gilberto Marcucci, Esther Birman, Geraldo Santos, Fernando Silveira, Norberto Sugaya, Dante Migliari e Ilan Weinfeld**, da Disciplina de Semiologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo contato e orgulho do aprendizado obtido por meio de seus ensinamentos; à todos, a minha mais profunda gratidão.

Aos **Professores Celso Augusto Lemos Junior e Mônica Lotufo**, colegas da época de clínica, meu carinho pela amizade e aprendizado compartilhado.

Aos **Professores Artur Cerri, Bernadete de Oliveira Maciel e Luiz Fernando Innocencio**, pela formação em Semiologia durante os tempos de graduação, pela grande amizade e por representar hoje mais um fruto do trabalho e da dedicação de vocês.

Ao amigo **Eduardo de Souza César**, Prefeito do município de Ubatuba, ao também amigo **Marcos da Silveira Franco**, Secretário Municipal de Saúde de Ubatuba, e aos **companheiros de Equipe Técnica desta Secretaria, Jair Souza, Néilton Lima, Denise Rinehart, Mirza Zanon e Dilei Nascimento**, meus mais sinceros agradecimentos pela compreensão nos instantes de ausência, mesmo quando presente fisicamente.

Aos **colegas de mestrado e funcionários da Disciplina de Semiologia** da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, minha admiração, alegria pela amizade e meus agradecimentos pelos bons momentos vividos e as tantas formas de ajuda.

À Sras. **Aguida, Vânia e demais funcionários da Biblioteca** da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, meus agradecimentos pelo apoio na conclusão desse documento.

À amiga **Renata Ramos Martins**, pela grande amizade e as mais diversas formas de apoio e paciência dispensadas ao longo dos desafios vividos com muita alegria em Ubatuba-SP.

A **todos os meus amigos** que, de alguma maneira, participaram comigo de mais esta missão, compreendendo os meus instantes de “caverna” e me apoiando.

[...] faz parte da energia do Universo a sincronicidade. O acreditar faz a diferença e o sincronismo da vida dá conta do resto. Basta a pessoa traçar com seu pensamento determinadas metas, que o Universo conspira a seu favor, impelindo-o em direção à vitória [...] o limite do alcançar está na mesma proporção do seu acreditar... depende apenas de você.

Nuno Cobra

Vasconcelos EM. Comportamento dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2006.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer as ações que os cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo têm desenvolvido quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal, além de suas percepções para a realização de tais ações, a fim de analisar o comportamento destes profissionais a cerca das questões relativas a esta morbidade. A maioria dos diagnósticos de câncer bucal é feita em estágios avançados em São Paulo, cidade que possui as maiores taxas de incidência nacionais, semelhantes a de outras regiões do mundo. O cirurgião-dentista exerce um papel fundamental e estratégico no combate aos fatores ligados ao aparecimento desse agravo. Foram enviados, em março de 2005, 885 questionários aos cirurgiões-dentistas das 286 unidades básicas de saúde de São Paulo, via Correio. Foi feito um banco de dados utilizando o software de informática Epi Info – versão 6.04b. Participaram da pesquisa 282 profissionais, (taxa de resposta de 32%), em sua maioria do sexo feminino, com mais de 20 anos de graduação, com perfil generalista e que possui outros vínculos empregatícios. Além do baixo grau de conhecimento constatado quanto aos fatores de risco ligados à etiologia e às condições bucais em relação a possível evolução para um câncer bucal, a maioria dos participantes expôs limitações relevantes quanto às práticas relativas ao apoio à cessação do hábito do tabagismo e etilismo e às aptidões para executarem citologia esfoliativa e biópsia. Verifica-se a necessidade de se propor políticas públicas de enfrentamento do câncer bucal em São Paulo, que considere o aprimoramento dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde em relação a esse problema e a melhor estruturação desses locais para a pronta realização dos exames complementares para fins diagnósticos.

Palavras-Chave: Câncer bucal – Prevenção – Diagnóstico precoce – Atenção primária – Unidades Básicas de Saúde

Vasconcelos EM. Dentists behaviour from basic health units of the city of São Paulo related to oral cancer prevention and early diagnosis [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2006.

ABSTRACT

The purpose of this study was to know the actions that dentists from basic health units of the city of São Paulo have been developing for the prevention and early diagnosis of oral cancer, besides their perceptions for the accomplishment of such actions, in order to analyze the behavior of these professionals about these subjects in relation to this morbidity. Most of the diagnosis of oral cancer is made in advanced stages in São Paulo that possesses the largest national incidence rates, similar to other areas of the world. The primary health care dental professional plays a fundamental and strategic role against the linked factors related to the greater appearance of this malignant neoplasm. Eight hundred and eighty-five dentists from 286 basic health units of the city of São Paulo were surveyed in March 2005. It was made a database using the computer software Epi Info, version 6.04b. Two hundred and eighty-two professionals have answered the questionnaires (a response rate of 32% was obtained) and their majority composed by female general dental practitioners, with more than 20 years of graduation and that have other kinds of employment. Besides the low degree of knowledge verified for the risk factors linked to the etiology and the oral conditions in relation to a possible evolution for an oral cancer, most of the participants exposed relevant limitations as for the relative practices to support tobacco and alcohol cessation as for the accomplishment of exfoliative cytology and biopsy. It is verified the need of proposing public policies to face the problem of oral cancer in São Paulo, which considers not only the technical improvement of the primary health care dental practitioners but also the best structuring of those places for the ready accomplishment of the complementary exams to leading final diagnosis.

Key-words: Oral cancer – Prevention – Early diagnosis – Primary health care – Basic health units

LISTA DE FIGURAS

- Figura 5.1 - Distribuição dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde, segundo as subprefeituras do município de São Paulo48
- Figura 5.2 - Distribuição dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde que responderam ao estudo, de acordo com as subprefeituras do município de São Paulo49
- Figura 5.3 - Distribuição dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde que não responderam ao estudo ou cujos questionários permaneceram sem devolução, de acordo com as subprefeituras do município de São Paulo.....49
- Figura 5.4 - Percepção dos cirurgiões-dentistas quanto em relação ao fato destes se encontrarem adequadamente capacitados para detectar lesões cancerizáveis54
- Figura 5.5 - Percepção dos cirurgiões-dentistas quanto ao fato destes se encontrarem adequadamente capacitados para realizarem citologia esfoliativa54
- Figura 5.6 - Percepção dos cirurgiões-dentistas quanto ao fato destes se encontrarem adequadamente capacitados para realizarem biópsia55
- Figura 5.7 - Percepção dos cirurgiões-dentistas quanto ao ensino que obtiveram durante a graduação em relação ao tema câncer bucal56

SUMÁRIO

p.

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 Epidemiologia do câncer	15
2.2 Epidemiologia do câncer bucal.....	17
2.3 Dados hospitalares sobre câncer bucal.....	20
2.4 O diagnóstico precoce e os casos avançados de câncer bucal	21
2.5 Taxas de sobrevivência do câncer bucal	23
2.6 Atraso no diagnóstico do câncer bucal	24
2.7 Terapêutica do câncer bucal	26
2.8 Saúde e os níveis de prevenção	27
2.9 Papel dos Serviços e profissionais de saúde quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal	28
2.10 Papel do cirurgião-dentista na detecção e diagnóstico precoce do câncer bucal.....	29
2.11 Etiopatogenia do câncer bucal	31
2.12 Perfil do cirurgião-dentista quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal	35
2.13 Gestão da saúde pública no município de São Paulo.....	37
2.14 O contexto e as atitudes para a prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal	40
3 PROPOSIÇÃO	42
4 MATERIAL E MÉTODOS	43
5 RESULTADOS	48
6 DISCUSSÃO	59

7 CONCLUSÕES	81
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES	92
ANEXOS	100

1 INTRODUÇÃO

Os números relativos aos casos de câncer bucal no Brasil vêm assumindo uma trajetória ascendente ao longo dos últimos anos. Segundo os últimos dados das estimativas de incidência por câncer no Brasil, relativos ao ano de 2006, o câncer bucal ocupa o quinto lugar entre as pessoas do sexo masculino e o sétimo lugar entre aquelas do sexo feminino, excetuando-se os casos de pele não-melanoma (BRASIL, 2005a).

No município de São Paulo, as estimativas do Instituto Nacional do Câncer para o câncer bucal entre as pessoas do sexo masculino e feminino ocupam o quinto e oitavo lugares, respectivamente, com taxas brutas de incidência de 19,45 casos por 100.000 pessoas para os homens e 5,05 casos por 100.000 pessoas para as mulheres (BRASIL, 2005a).

Apesar de a cavidade bucal ser considerada como um local de fácil acesso, não necessitar de tecnologias de ponta para a realização de exames preventivos e a população exposta aos fatores de risco ser bem conhecida, a maioria dos diagnósticos é feita em estágios avançados, o que influi no tempo e na qualidade de vida dos pacientes (ALONGE; NARENDRAN, 2003; BRASIL, 2002; KOWALSKI et al., 1991; MASHBERG, 2000; PITIPHAT et al., 2002).

Quando diagnosticado nos estágios iniciais, o câncer bucal apresenta uma das mais altas taxas de sobrevivência em cinco anos (82%), dentre outros cânceres, caindo para 46% quando há o envolvimento dos gânglios linfáticos e para 21% quando há ocorrência de metástases (BRASIL, 2003a). Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (2002), o diagnóstico do câncer de boca e faringe é feito em

estágios avançados em 60% dos casos. Essa ocorrência tem estreita relação com o atraso no diagnóstico do câncer bucal (WUNSCH FILHO, 2002).

Neste cenário, o problema “câncer bucal” assume características alarmantes com a clara inexistência de políticas públicas de saúde que contemplem a coletividade, sobretudo nas fases de prevenção, detecção e diagnóstico precoce. É possível perceber o quanto seria economizado, em termos financeiros, temporais e emocionais, e quantas vidas seriam salvas, se o câncer bucal pudesse ser diagnosticado e tratado a tempo de possibilitar um êxito na cura, sem maiores repercussões estéticas e funcionais (DIAS; SAMPAIO, 2003).

O diagnóstico precoce das lesões bucais com potencial de malignização, denominadas cancerizáveis, é crucial para a melhoria das taxas de sobrevida, sendo considerado o melhor tratamento para o câncer desta região. O cirurgião-dentista assume invariavelmente um papel de destaque e estratégico na identificação dessas lesões, principalmente aqueles que atuam nas unidades básicas de saúde, locais onde realizam ações nos níveis de prevenção primária e secundária (HOLLOWS; McANDREW; PERINI, 2000; HOLMES et al., 2003; MACPHERSON et al., 2003; MASHBERG, 2000; PETERSEN, 2003).

Ao trabalhar em unidades básicas de saúde, o cirurgião-dentista aproxima-se da realidade das pessoas da comunidade, podendo conhecer seus hábitos e costumes e identificar os saberes populares em torno das questões relacionadas aos cuidados com a saúde bucal que esses detêm, além das necessidades de tratamento requeridas (HOLMES et al., 2003; HOLLOWS; McANDREW; PERINI, 2000).

As ações direcionadas à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal assumem importância ímpar, pois são exatamente nestes níveis de prevenção

em que elas são mais eficazes, eficientes e efetivas para a população (ARAÚJO FILHO et al., 1998; CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a; GORSKY; DAYAN, 1995; HAYASSY, 1998; HOLLOWES; McANDREW; PERINI, 2000; JORDÁN et al., 1999; KOWALKI et al., 1991).

Devem ser estrategicamente pensadas e realizadas para que possam facilitar aos indivíduos as informações necessárias ao auto-exame da cavidade bucal e de transmitir os conhecimentos científicos relativos aos fatores de risco que, segundo a literatura, estão mais relacionados à gênese do câncer bucal, dentre outras ações (CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a; HOLMES et al., 2003; KOWALSKI et al., 1991).

Urge o momento para que políticas públicas e ações estratégicas para a identificação das populações mais suscetíveis a esta morbidade sejam implementadas, a fim de minimizar as graves conseqüências geradas por esta doença e de reverter a mórbida realidade que o Brasil atualmente apresenta (BRASIL, 2002; CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a; KERR; CRUZ, 2002; NAGAO; WARNAKULASURIYA, 2003).

2 REVISÃO DA LITERATURA

Optou-se por dividir em subtítulos os diversos assuntos abordados nesse capítulo como forma de facilitar o entendimento e propiciar a melhor compreensão do conteúdo.

2.1 Epidemiologia do câncer

O câncer é considerado um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento e tido como o responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo (GUERRA; MOURA GALLO; MENDONÇA, 2005; KLIGERMAN, 2002; PETERSEN et al., 2005).

Maiores taxas de incidências de câncer são encontradas nos países desenvolvidos, embora haja atualmente uma tendência ascendente da ocorrência de casos novos nos países em desenvolvimento. Dos dez milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nestes últimos (GUERRA; MOURA GALLO; MENDONÇA, 2005; PETERSEN et al., 2005).

O câncer representa atualmente a terceira mais importante causa de morte na população masculina brasileira, de qualquer idade, após as doenças cardiovasculares e as causas externas. Entre as mulheres e homens com mais de 40 anos, a doença constitui-se na segunda mais importante causa de morte,

seguindo-se aquelas decorrentes por doenças cardiovasculares (WUNSCH FILHO; MONCAU, 2002).

Em 2000, as neoplasias malignas foram responsáveis por 12,7% dos 946.392 óbitos registrados no Brasil, sendo que 53,4% deles ocorreram entre homens e 46% entre as mulheres (CERVI; HERMSDORFF; RIBEIRO, 2005; WUNSCH FILHO; MONCAU, 2002).

O Ministério da Saúde estimou que, no ano de 2006, ocorrerão em todo o Brasil 472.050 casos novos, sendo esperados 234.570 casos para o sexo masculino e 237.480 casos para o sexo feminino (BRASIL, 2005a).

A distribuição dos casos novos de câncer, segundo localização primária, é bem heterogênea entre estados e capitais do país. As regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores taxas brutas de incidência, enquanto que as regiões Norte e Nordeste mostram taxas mais baixas. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário (BRASIL, 2005a).

No município de São Paulo, os óbitos por neoplasias malignas apresentam uma tendência crescente desde o ano de 2000. Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, de 2003, informam que estas foram as responsáveis pelos óbitos de 12.035 pessoas, ante os 11.515 referidos no ano de 2000, representando a segunda causa de morte nesta cidade, atrás apenas das doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2005a).

Segundo Guerra, Moura Gallo e Mendonça (2005), a distribuição epidemiológica do câncer no Brasil sugere uma transição em andamento, envolvendo um aumento entre os tipos de câncer normalmente associados ao alto status sócio-econômico - câncer de mama, próstata e cólon e reto - e, simultaneamente, a presença de taxas de incidências persistentemente elevadas de

tumores geralmente associados com a pobreza - câncer de colo de útero, pênis, estômago e cavidade bucal.

2.2 Epidemiologia do câncer bucal

Mundialmente, os cânceres de cabeça e pescoço correspondem a 10% dos tumores malignos, sendo o sexto mais prevalente em todo o mundo. Aproximadamente 40% dos cânceres dessa localização ocorrem na cavidade bucal, os quais apresentam uma distribuição variável nas diferentes regiões do mundo. A incidência do câncer bucal é particularmente alta entre homens, devido à interação entre o hábito do tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas, sendo considerado o oitavo mais comum em todo o mundo (EPHROS; LEDERMAN, 2002; GUERRA; MOURA GALLO; MENDONÇA, 2005; KOWALSKI; NISHIMOTO, 2000; PETERSEN, 2003; PETERSEN et al., 2005).

O carcinoma de origem epitelial, denominado epidermóide, espinocelular ou de células escamosas, é a neoplasia maligna mais freqüente da cavidade bucal, representando 90 a 95% dos cânceres bucais. A porcentagem restante refere-se a sarcomas, melanomas e tumores malignos de glândulas salivares (CARPENTER; SILVERMAN Jr., 2001; KERR; CRUZ, 2002; OGDEN; MACLUSKEY, 2000).

As taxas de incidência de câncer bucal também são maiores em países desenvolvidos que nos países subdesenvolvidos. Aproximadamente, 30 mil casos novos de câncer de boca e faringe são diagnosticados nos Estados Unidos a cada ano, o que representa cerca de 4% de todas as causas de morte ocorridas neste

país, mais do que aquelas motivadas por outras neoplasias, tais como a doença de Hodgkin e melanoma (EPHROS; LEDERMAN, 2002; FREIJE; KUMAR, 2001; HOROWITZ et al., 2000; NAGAO; WARNAKULASURIYA, 2003; SILVERMAN Jr., 2001; YELLOWITZ et al., 2000).

No Reino Unido, a incidência do câncer bucal vem assumindo uma trajetória ascendente ao longo dos últimos anos. Atualmente, representa 5% de todas as neoplasias malignas notificadas, com aproximadamente 3.500 casos novos por ano (HUMPHRIS; IRELAND; FIELD, 2001; MACPHERSON et al., 2003; McCANN; MACPHERSON; GIBSON, 2000; SANDERSON; IRONSIDE, 2002).

O leste, oeste e sudeste europeu e Oceania são outras regiões geográficas com altas taxas de incidência de câncer bucal no mundo. A América Latina e o Caribe possuem taxas de incidência intermediárias deste câncer, embora haja uma variação entre estas taxas nos países que compõem estas regiões (WUNSCH FILHO, 2002).

Nos países do sudeste asiático, tais como a Índia, o câncer bucal é o mais comum entre os homens e o terceiro entre as mulheres. Do total de 50 mil casos novos de câncer de cabeça e pescoço diagnosticados anualmente na Índia, mais da metade surge na cavidade bucal e faringe. As altas taxas de incidência presentes estão diretamente relacionadas aos comportamentos de risco da população tais como o vício do fumo, o uso do cigarro sem fumaça e o consumo do álcool (EPHROS; LEDERMAN, 2002; PETERSEN, 2003).

O uso do tabaco misturado ao “betel quid” ou “pan” ocorre com frequência nesta região, pois mascar o “pan” faz parte da cultura e varia de acordo com os costumes locais e preferências individuais. Os componentes do “pan” consistem da folha de betel, noz de areca cortada em fatias, cal preparado de pedra calcária ou de

coral e “catechu”, um extrato resinoso da árvore de acácia com alto conteúdo de tanino (SUMMERS; WILLIAMS; CURZON, 1994).

No Brasil, os números de casos de câncer bucal assumem um papel de destaque. Em Porto Alegre foram observadas altas taxas de incidência de câncer de boca, ajustadas por idade pela população mundial, em ambos os sexos de 8,3:100.000 em homens e de 1,4:100.000 em mulheres, encontrando-se entre as mais elevadas do mundo (FRANCESCHI et al., 2000).

Em um estudo conduzido para investigar a ocorrência de câncer de boca e faringe em população residente nas cinco regiões do Brasil, verificou-se que a taxa de incidência mais alta, ajustada por idade pela população mundial, destes dois tipos de câncer combinados, encontrava-se em São Paulo (25,3:100.000 em homens e 4,9:100.000 em mulheres), achado semelhante a de outras regiões do mundo que apresentavam alta incidência destes cânceres (WUNSCH FILHO, 2002).

Informações mais atualizadas dos Registros de Câncer de Base Populacional, ligados ao Instituto Nacional do Câncer, de 16 localidades participantes, no período de 1991 a 2001, mostram que os maiores valores das taxas médias anuais de incidências, ajustadas por idade por 100 mil homens, foram constatados em São Paulo (7,6), Distrito Federal (6,6) e Salvador (4,6). Na população feminina, as maiores taxas foram observadas nas cidades de Natal (3,3), São Paulo (2,3) e João Pessoa (1,8) (BRASIL, 2003b).

Para o ano de 2006, foram estimados 13.470 casos novos de neoplasias malignas de cavidade bucal em todo o país, sendo 10.060 casos para o sexo masculino e 3.410 para o sexo feminino, o que as coloca como a quinta neoplasia maligna em incidência no sexo masculino e a sétima no sexo feminino, excetuando-se pele não-melanoma (BRASIL, 2005a).

Para o Estado de São Paulo, 5.710 casos novos de neoplasias malignas de cavidade bucal foram estimados para o ano de 2006, sendo 4.330 casos para o sexo masculino e 1.380 casos para o sexo feminino, o que as fazem ser a quinta neoplasia maligna em incidência no sexo masculino e a oitava no sexo feminino, excetuando-se pele não-melanoma, nesses dois locais (BRASIL, 2005a).

Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, apontam que, no período de 1996 a 2003, no município de São Paulo, houve 3.403 óbitos por residência por neoplasia maligna de cavidade bucal e faringe, sendo que os homens foram acometidos em 82,9% dos casos e a faixa etária de 55 a 64 anos a mais prevalente, com 29,6% do número total de óbitos registrado (BRASIL, 2005b).

No período de 2000 a 2004, foram registrados 2.159 óbitos por residência no município de São Paulo causados por neoplasias malignas de lábio, cavidade bucal e faringe, o que representou 3,8% do total de neoplasias registradas. A região Leste foi a que apresentou maior porcentagem de óbitos ao longo deste tempo, com cerca de 4,5% do total de casos, seguida das regiões Norte (4,3%), Sul (4%), Sudeste (3,8%) e Centro-oeste (2,5%) (BRASIL, 2005b).

2.3 Dados hospitalares sobre câncer bucal no Brasil

Ao analisar os dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), relativos às neoplasias malignas do lábio, cavidade bucal e faringe e às neoplasias malignas de traquéia, brônquios e pulmões, no período de

2000 a 2004, em São Paulo, observa-se que o número de internações por neoplasias malignas de lábio, cavidade bucal e faringe foi 14,6% maior que o de neoplasias malignas de traquéia, brônquios e pulmões, com 5.157 e 4.407, respectivamente (BRASIL, 2005b).

O valor total gasto com internações por neoplasias malignas de lábio, cavidade bucal e faringe foi também cerca de 20% superior ao gasto com as internações por neoplasia maligna de traquéia, brônquios e pulmões. Em média, foram gastos neste período R\$ 946.566,00 e R\$ 757.756,80, respectivamente. (BRASIL, 2005b).

2.4 O diagnóstico precoce e os casos avançados de câncer bucal

Embora os cânceres de boca e faringe sejam preveníveis, eles ainda permanecem como o maior desafio aos programas de saúde bucal (CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002b; OGDEN; MACCLUSKEY, 2000; PETERSEN, 2003).

O diagnóstico precoce do câncer bucal não deveria apresentar grandes dificuldades uma vez que a região é de fácil acesso, que pode ser visualizada até em espaços abertos, e não necessita de equipamentos especiais e de tecnologias de ponta para a realização de exames preventivos e complementares para elucidação diagnóstica. No entanto, a maioria das lesões não é diagnosticada até que atinjam fases avançadas da doença (ALONGE; NARENDRAN, 2003; CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a, 2002b; HOLLOWES; McANDREW; PERINI, 2000; HOROWITZ et al., 2000; PITIPHAT et al., 2002).

Pitiphat et al. (2002) verificaram que mais de 60% dos casos não foram diagnosticados até que atingissem o estágio clínico II ou mais da classificação TNM de tumores malignos. Acreditaram, ainda, que um maior atraso no diagnóstico pudesse estar relacionado a estágios mais avançados da doença, mas apenas os casos classificados como TNM IV corresponderam a esta hipótese.

Em um estudo realizado no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1998, 57% dos casos de câncer bucal foram diagnosticados em estágios clínicos avançados (TNM III – 12% e TNM IV – 45%) da doença. Apenas 43% (TNM I – 6% e TNM II – 37%) dos casos foram diagnosticados em estágios iniciais (ARAÚJO FILHO et al., 1998).

Em um estudo retrospectivo realizado no Instituto do Câncer do Estado do Ceará, por um período de quatro anos, verificou-se que foram registrados 291 casos novos de câncer bucal, dentre os quais 189 eram do sexo masculino e 102 do sexo feminino. Destes, 79% apresentavam-se em fases avançadas da doença enquanto apenas 21% se encontravam em estágios iniciais (SOUZA; SOUZA, 2003).

Faria et al. (2003) realizaram um estudo com pacientes em um hospital universitário brasileiro e verificaram que dos 354 casos registrados 50,2% foram diagnosticados em estágios clínicos avançados, enquanto apenas 13,8% das lesões foram diagnosticadas no estágio clínico I.

Dados da Fundação Oncocentro revelam que, entre 2000 e 2004, houve o registro de 2.678 casos de câncer de lábio, cavidade bucal e faringe de pessoas residentes no município de São Paulo. Destes, 1.563 (58,4%) se encontravam em estágios clínicos avançados da doença, sendo 318 (20,4%) casos diagnosticados como TNM III e 1.245 (79,6%) diagnosticados como TNM IV (SÃO PAULO, 2005a).

2.5 Taxas de sobrevida do câncer bucal

O câncer bucal possui uma das mais baixas taxas de sobrevida em cinco anos dentre os principais tipos de câncer, incluindo pele, mama, próstata e colo de útero (PITIPHAT et al., 2002).

Pacientes diagnosticados em estádios clínicos precoces (TNM I ou II) apresentaram uma taxa de sobrevida de cinco anos de aproximadamente 80%, enquanto 40% dos pacientes diagnosticados em estádios clínicos avançados (TNM III ou IV) sobreviveram por mais de cinco anos (CRUZ et al., 2002).

Holmes et al. (2003) reuniram dados de 51 pacientes recentemente diagnosticados com câncer bucal em um hospital americano e verificaram que 63% destes foram diagnosticados precocemente, com estádios clínicos TNM I ou II.

Segundo um estudo realizado no Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba-PR, no período de 1990 a 1992, com pacientes com câncer bucal tratados neste hospital, as taxas de sobrevida variaram de 29% para pacientes em estágio IV a 74,4% para pacientes em estágio I (BRASIL, 2002).

Mashberg (2000) relatou um desapontamento ao observar que nas duas últimas décadas, as taxas de sobrevida para o câncer bucal permaneceram inalteradas durante este período em aproximadamente 40 a 50%, enquanto que as taxas de sobrevida para os cânceres de mama, próstata, cólon e melanoma aumentaram consideravelmente, especialmente devido ao trabalho dos profissionais de saúde nos níveis de atenção primária e secundária, quanto à detecção e ao diagnóstico precoce destas morbidades.

O diagnóstico precoce é crucial para a melhoria das taxas de sobrevida daqueles acometidos pelo câncer bucal. Possibilita uma abordagem terapêutica mais conservadora, com menor tempo de recuperação e um prognóstico mais favorável. Pacientes em estágios clínicos iniciais chegam a apresentar taxas de sobrevida quatro vezes maiores que aqueles com nódulos metastáticos (CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a, 2002b; HOLLOWS; McANDREW; PERINI, 2000; HOROWITZ et al., 2001; KUJAN et al., 2006; PITIPHAT et al., 2002).

2.6 Atraso no diagnóstico do câncer bucal

Outro fator que interfere diretamente na incidência do câncer bucal e na melhoria das taxas de sobrevida dos pacientes é o atraso no diagnóstico desse agravo, entendido, por alguns pesquisadores, como o tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e o diagnóstico final, obtido através de exame complementar (GORSKY; DAYAN, 1995; HOLLOWS; McANDREW; PERINI, 2000; ONIZAWA et al., 2003; PITIPHAT et al., 2002).

Diversos estudos relatam que um dos principais fatores que interferem no atraso do diagnóstico do câncer bucal diz respeito ao atraso do próprio paciente em buscar os serviços de saúde, em especial a assistência médica e/ou odontológica, após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas. Muitas questões podem estar relacionadas a este atraso como a falta de conhecimento da seriedade da condição presente, a auto-medicação como suporte para o alívio dos sintomas, o medo de ir

ao dentista, e também, a dificuldade de acesso a estes serviços (HOLLOWS; McANDREW; PERINI, 2000; McCANN et al., 2000; ONIZAWA et al., 2003).

O atraso relativo ao profissional de saúde refere-se ao tempo dispendido desde a chegada do paciente ao serviço de saúde até o instante em que o diagnóstico final de câncer bucal é obtido. Estabelece relação com o modo como este sistema organiza seus fluxos de encaminhamentos de pacientes e os recursos materiais e humanos para prover os exames complementares para elucidação diagnóstica (ONIZAWA et al., 2003; PITIPHAT et al., 2002).

Gorsky e Dayan (1995) em um estudo sobre o atraso no diagnóstico de câncer bucal realizado em Israel, verificaram que 10% dos pacientes foram diagnosticados durante o primeiro mês, enquanto que 53% tiveram seu diagnóstico após quatro meses.

Em outro estudo no Reino Unido, apenas 39% dos pacientes foram atendidos em um período de até quatro semanas após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e 29% após três meses (HOLLOWS; McANDREW; PERINI, 2000).

Onizawa et al. (2003) realizaram uma pesquisa revisando 152 prontuários médicos de pacientes com carcinoma epidermóide e verificaram que nenhuma relação significativa ficou estabelecida entre o atraso causado pelo paciente, enquanto que o profissional que realizou o primeiro contato com o paciente teve um papel determinante para a ocorrência do atraso no diagnóstico. Estes autores destacaram ainda a importância do cirurgião-dentista nesse processo, enfatizando sua formação e a sua posição estratégica como o profissional de saúde que, algumas vezes, recebe o paciente pela primeira vez no sistema de saúde.

2.7 Terapêutica do câncer bucal

A maioria das pessoas acometidas pelo câncer bucal é de faixa etária ainda economicamente ativa e tem o seu diagnóstico feito em estágios clínicos avançados da doença, quando o prognóstico é grave, a terapia é mais complexa e as possibilidades de cura são reduzidas (LEÃO et al., 2005; MACPHERSON et al., 2003; MASHBERG, 2000).

O tratamento do câncer bucal envolve a utilização de recursos terapêuticos complexos e de alto custo, com resultados estéticos pouco satisfatórios, dadas às mutilações na região de cabeça e pescoço e o conseqüente comprometimento social implicado (CANTO; HOROWITZ; CHILD, 2002; McCANN et al., 2000; McCANN; MACPHERSON; GIBSON, 2000; ORD; BLANCHAERT JR., 2001).

Nevola e Carvalho (2000), a partir da análise dos gastos com o tratamento de 46 pacientes com tumores malignos avançados de cabeça e pescoço, tratados com radioterapia e/ou quimioterapia, concluíram que o tratamento em pacientes com estágio clínico avançado do câncer requer equipamentos e recursos tecnológicos sofisticados, onde os custos são muito mais expressivos que os benefícios terapêuticos, resultando em uma sobrevida de duração e qualidade desapontadoras a um custo desproporcional.

2.8 Saúde e os níveis de prevenção

A Constituição Federal do Brasil de 1988 reconhece, no artigo 196, que a saúde “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2003c).

Leavell e Clark (1976), em seu livro “Medicina Preventiva”, sistematizaram a base conceitual da medicina preventiva. Neste, o conceito de prevenção foi definido por estes autores como a “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”.

A prevenção apresenta-se em três fases: primária, secundária e terciária. A prevenção primária é a realizada no período de pré-patogênese, onde há surgimento das “primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar”. O conceito de promoção da saúde aparece como um dos níveis da prevenção primária, conceituado como “medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima”. Um segundo nível da prevenção primária seria a proteção específica “contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente” (LEAVELL; CLARCK, 1976).

A fase da prevenção secundária também se apresenta em dois níveis: o primeiro, diagnóstico e tratamento precoce e o segundo, limitação do dano. Por fim, a prevenção terciária que diz respeito às ações de reabilitação (LEAVELL; CLARCK, 1976).

2.9 Papel dos serviços e profissionais de saúde quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal

Sabe-se que o papel dos serviços de saúde, especialmente o do SUS, quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal é extremamente relevante, devendo propiciar condições para que os profissionais desempenhem tais ações (SÃO PAULO, 2002).

Tendo em vista a relevância da detecção e do diagnóstico precoce do câncer bucal, os profissionais de saúde devem atuar com o objetivo de conhecer as populações de risco mais suscetíveis ao aparecimento de lesões bucais suspeitas, proporcionar uma maior facilidade de acesso aos serviços de saúde para a realização dos exames preventivos, consolidando a necessidade e a importância do seu trabalho no primeiro nível de atenção do SUS, tais como nas unidades básicas de saúde, a fim de atuarem minimizando o impacto dos diagnósticos realizados, em sua maioria, em estágios avançados da doença (BERCHT, 1994; LEÃO et al., 2005).

O câncer bucal apresenta características que favorecem a detecção precoce como a maior incidência em populações com idade acima de 40 anos, o acometimento em pessoas tabagistas mais predominantemente, que consomem bebidas alcoólicas com frequência, que possuem más condições de saúde bucal e fazem uso de uma dieta pobre em proteínas e vitaminas (BRASIL, 2002; KOWALSKI et al., 1991).

Vários autores concordam que as pessoas vitimadas pelo câncer bucal no Brasil pertencem a grupos sociais menos favorecidos economicamente e que são pouco suscetíveis a programas de prevenção, particularmente os homens, pelas

mais diversas razões, não aderindo às propostas de trabalho dos profissionais que atuam nos serviços de saúde (BERCHT, 1994; HAYASSY, 1998; KOWALSKI et al., 1991).

As unidades básicas de saúde, consideradas como as “portas de entrada” do SUS para a população, devem reunir cirurgiões-dentistas com o potencial de desenvolver, entre outras atribuições, ações educativas e preventivas em saúde bucal, exame acurado da cavidade bucal e tecidos adjacentes, a eliminação de fatores irritantes locais, encaminhando para tratamento os casos necessários conforme o sistema de referência implantado local ou regionalmente (BERCHT, 1994; CAVALARI, 2004; SÃO PAULO, 2002, 2004b).

É possível verificar que os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde, especificamente nos níveis de prevenção primária e secundária, possuem condições oportunas para realizarem ações e práticas relacionadas à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal (McCANN et al., 2000; SÃO PAULO, 2002, 2004b).

2.10 Papel do cirurgião-dentista na detecção e no diagnóstico precoce do câncer bucal

O cirurgião-dentista exerce um papel crucial na detecção e no diagnóstico precoce do câncer bucal, sobretudo por primariamente atuarem num campo de ação onde as lesões cancerizáveis se desenvolvem, devendo assumir uma postura ativa que vise, em suas práticas cotidianas, examinar atentamente a cavidade bucal de

seus pacientes, agindo como quem pesquisa por lesões bucais suspeitas (CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a, 2002b; GELLRICH et al., 2003; KOWALSKI et al., 1991; KUJAN et al., 2006; LANGDON, 1995; McCANN; MACPHERSON; GIBSON, 2000; SOARES DE LIMA et al., 2005).

É seu papel ainda, como profissional da área da saúde, articular movimentos a favor de políticas que procurem identificar as pessoas mais expostas aos fatores de risco relacionados ao aparecimento do câncer bucal e propiciar o seu acesso aos conhecimentos relativos à prevenção e aos exames preventivos (CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a; KOWALSKI et al., 1991; McCANN; MACPHERSON; GIBSON, 2000; SOARES DE LIMA et al., 2005; WARNAKULASURIYA et al., 1999).

Pesquisadores relatam que são poucos os profissionais que realizam rotineiramente ações de prevenção e os exames preventivos junto às populações sobre o câncer bucal e que a principal consequência disto é a ocorrência do diagnóstico tardio da maioria dos casos. A maioria destes profissionais não se sente confiante em detectar o câncer bucal em estágios iniciais, referindo a falta de treinamento adequado como a causa mais importante (McCANN; MACPHERSON; GIBSON, 2000; McCANN et al., 2000; MACPHERSON et al., 2003).

A detecção e o diagnóstico precoce desse agravo refletem diretamente na redução da morbidade e diminuição do número de mortes por câncer bucal (CAVALARI, 2004; FIELD et al., 1995; SILVERMAN Jr., 2001).

2.11 Etiopatogenia do câncer bucal

O controle do câncer bucal requer não tão somente o conhecimento da história natural da doença em questão, mas também o entendimento quanto à influência dos fatores ambientais, sociais, econômicos e culturais implicados na população em que se atua (PETERSEN, 2003).

Soares de Lima et al. (2005) revelaram que o câncer bucal está relacionado com causas ambientais, em 80% dos casos e que, portanto, esse quadro poderia ser evitado se houvesse uma abordagem extra-muros mais freqüente dos cirurgiões-dentistas, que buscasse esclarecer especialmente à população mais exposta aos riscos e hábitos perniciosos à saúde bucal os devidos cuidados necessários, considerando o meio onde esta vive.

O tabaco e o álcool são dois dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de boca e faringe (BRASIL, 2002; BROTHWELL; ARMSTRONG, 2004; LEITE; KOIFMAN, 1999; LEWIN; NORELL; JOHANSSON, 1998; MORENO-LÓPEZ et al., 2000; SHAM et al., 2003).

O fumo é um dos mais potentes agentes cancerígenos conhecidos que o ser humano introduz voluntariamente no organismo. Seu uso quer fumado (cigarro, cachimbo, charuto, cigarro de palha), mascado (fumo de rolo) ou aspirado (rapé), constitui um dos principais fatores de risco do câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, pulmão e bexiga, o que é confirmado por estudos epidemiológicos em todo o mundo (BRASIL, 2002; JOHNSON, 2001; SHAM et al., 2003).

Podem ser identificadas mais de 4.700 substâncias tóxicas no tabaco e na fumaça que dela se desprende, das quais 60 apresentam ação carcinogênica

conhecida. A exposição contínua ao calor desprendido pela combustão do fumo potencializa as agressões sobre a mucosa da cavidade bucal. Dependendo do tipo e da quantidade do tabaco usado, os tabagistas apresentam uma probabilidade quatro a 15 vezes maior de desenvolver câncer de boca do que os não-tabagistas (BRASIL, 2002; KIRCHENCHTEJN; CHATKIN, 2004).

A taxa de mortalidade do câncer de boca é similar para qualquer forma de tabaco usada. Existe uma forte relação entre a quantidade de tabaco usada por dia e a duração do período de exposição (relação dose-resposta), diminuindo o risco com a cessação do tabagismo (BRASIL, 2002).

O tabagismo influi diretamente para o aumento da carga de câncer de pulmão no Brasil, mas também para o aumento da incidência de outros tipos de câncer, tais como de laringe, esôfago, boca e faringe, os dois últimos principalmente se associado a consumo de álcool e precárias condições de nutrição, outros fatores de risco muito comuns neste país (GUERRA; MOURA GALLO; MENDONÇA, 2005).

De acordo com o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, realizado pela Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que teve como objetivo estimar a magnitude da exposição a comportamentos e fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis, a cidade que se destacava por bons índices numa perspectiva nacional em 1989 quanto ao tabagismo, deixou de ocupar esta posição devido aos altos indicadores entre mulheres e homens fumantes regulares de cigarro obtidos nesse primeiro estudo (SÃO PAULO, 2004a).

Atualmente, já existem evidências sobre o potencial carcinogênico do álcool para as pessoas, diferentemente do passado, quando não se conseguia estudar as

correlações do álcool com o câncer bucal, pela dificuldade que se tinha de encontrar um número significativo de pacientes que somente bebiam e não faziam uso do tabaco (GREENWOOD et al., 2003; HASHIBE et al., 2003; LOCKHART; NORRIS JR.; PULLIAM, 1998).

Segundo Brasil (2002), o consumo de bebidas alcoólicas aumenta cerca de nove vezes o risco de câncer de boca, e quando associado ao tabagismo, esse risco torna-se 35 vezes maior. Diversos estudos confirmam o sinergismo do consumo do álcool e do tabaco na carcinogênese de tumores da boca, faringe e esôfago. A ação do álcool facilita a atuação dos agentes carcinogênicos presentes no cigarro (CRUZ et al., 2002; KERR; CRUZ, 2002).

Dados recentes a respeito do uso do tabaco e do álcool obtidos pelo inquérito domiciliar de saúde na cidade de São Paulo, no ano de 2003, realizados pela Universidade de São Paulo, Universidade de Campinas e Universidade do Estado de São Paulo, Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em parceria com a Secretaria Municipal de São Paulo, evidenciam a alta prevalência de fumantes nesta cidade sendo que, entre 18 e 29 anos, o número de homens fumantes é duas vezes maior que o de mulheres fumantes. Quanto à frequência de ingestão de bebida alcoólica em pessoas com 18 anos ou mais, o sexo masculino predomina em relação ao sexo feminino cerca de três vezes mais, quanto ao beber de uma a três por semana. Quase o dobro das mulheres referiu não ingerir bebidas alcoólicas comparado aos homens (SÃO PAULO, 2005b).

Outro fator associado às alterações genéticas que estão relacionados à etiologia do câncer bucal é a mutação do gene p53. O p53 é uma das proteínas que controla o ciclo celular e ocupa um ponto chave no desencadeamento desse processo, retardando a divisão celular para que ocorra o reparo ou mesmo

impedindo-a através de apoptose. Esta proteína demonstra ter um papel fundamental na carcinogênese oral, pois apresenta freqüentes mutações, relacionadas a fatores de risco como o tabaco e o álcool, dentre outros (NOGUEIRA et al., 2004; VENTURI; CABRAL; LOURENÇO, 2004; WUNSCH FILHO; GATTÁS, 2001).

Um estudo realizado no Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará com pacientes com lesões bucais suspeitas que foram submetidos à biopsias detectou a expressão da proteína p53 em 55,8% dos cânceres bucais e o hábito de fumar apresentou uma correlação altamente significativa com a expressão desta, sugerindo que este carcinógeno estimule a síntese de p53 para reparar os danos ao DNA por ele provocados (NOGUEIRA et al., 2004).

Não é possível estabelecer uma relação causal entre a irritação crônica mecânica e o desenvolvimento do câncer de boca. Há controvérsias sobre essa relação. Sabe-se, porém, que estes irritantes, representados por dentes fraturados, com cárie, em má posição, com bordas cortantes, combinados com outros fatores, poderiam atuar como agentes co-carcinogênicos na gênese das neoplasias malignas da boca (LOCKHART; NORRIS JR.; PULLIAM, 1998).

A eritroplasia e a leucoplasia são duas das principais condições bucais que mais possuem potencial para evoluir para um câncer bucal. A eritroplasia apresenta-se sob a forma de placa avermelhada, que geralmente é bem delimitada, homogênea, brilhante e assintomática e pode ocorrer em associação com a leucoplasia, conhecida como eritroleucoplasia ou leucoplasia salpicada (BRASIL, 2002; HASHIBE et al., 2003; NEVILLE et al., 1998).

A leucoplasia é uma das lesões cancerizáveis mais comuns. Apresenta-se clinicamente sob a forma de placa ou manchas esbranquiçadas na mucosa bucal,

geralmente assintomáticas e que não são removíveis por raspagem. O tabaco é um fator preponderante no desenvolvimento da leucoplasia (BRASIL, 2002; HASHIBE et al., 2003; NEVILLE et al., 1998).

O líquen plano é uma doença dermatológica crônica que frequentemente afeta a mucosa bucal e possui baixo potencial de malignização. Clinicamente, apresenta-se como placas esbranquiçadas múltiplas, bilaterais, ocasionalmente erosadas (BRASIL, 2002; NEVILLE et al., 1998).

2.12 Perfil do cirurgião-dentista quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal

Diversos estudos analisaram o perfil do cirurgião-dentista que atua, ou não, na atenção primária, quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal (ALONGE; NARENDRAN, 2003; CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a, 2002b; GREENWOOD; LOWRY, 2001; HOROWITZ et al., 2000; HOROWITZ et al., 2001; KUJAN et al., 2006; LEÃO et al., 2005; McCANN et al., 2000; MACPHERSON et al., 2003; YELLOWITZ et al., 2000).

McCann et al. (2000), em um estudo realizado na Escócia, investigaram as práticas preventivas relativas ao câncer bucal dos cirurgiões-dentistas que atuavam na atenção primária a fim de determinar necessidades de treinamento ou não desses profissionais. 63% referiram sentir-se pouco confiantes em detectar o câncer bucal e 43% disseram sentir-se seguros em relatar os achados suspeitos com os pacientes.

Em um estudo de Horowitz et al. (2000), 508 cirurgiões-dentistas do Estado de Maryland, nos Estados Unidos, foram pesquisados em relação aos seus conhecimentos, opiniões e práticas no que diz respeito à prevenção e detecção precoce do câncer bucal. Os resultados apontaram que os profissionais não realizam sistematicamente os exames preventivos de câncer bucal e que ações governamentais devem ser desenvolvidas para aprimorar o trabalho com os fatores de risco que estão mais relacionados ao aparecimento do câncer bucal.

Yellowitz et al. (2000), obtiveram informações de 3.200 cirurgiões-dentistas quanto aos seus níveis de conhecimento sobre os fatores de risco para o câncer de boca e faringe e procedimentos diagnósticos. Cerca de 30% dos profissionais relataram corretamente os locais mais acometidos pelo câncer bucal e que muitos são diagnosticados tardiamente. O estudo sugere ainda a necessidade de um aprimoramento profissional quanto aos conhecimentos sobre câncer bucal.

Em um estudo com dentistas generalistas dos Estados Unidos, verificou-se que estes profissionais abordaram cinco dos oito itens da anamnese pesquisados quanto à história médica dos pacientes e que todos conduzem exames preventivos em pacientes com 40 anos ou mais nas primeiras consultas (HOROWITZ et al., 2001).

Ao comparar cirurgiões-dentistas e médicos quanto aos conhecimentos sobre câncer bucal, encontrou-se que os primeiros provavelmente façam o diagnóstico precoce de câncer bucal antes que os médicos, apesar dos dois grupos demonstrarem bons conhecimentos relativos ao tema (GREENWOOD; LOWRY, 2001).

Em um estudo no Canadá, os cirurgiões-dentistas pesquisados afirmaram que não reconheciam a eritroplasia e a leucoplasia como as mais prováveis na

associação com a etiologia do câncer bucal (CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a, 2002b).

Cirurgiões-dentistas do Estado do Texas, nos Estados Unidos, discordaram que estão adequadamente capacitados para orientar seus pacientes a interromperem os hábitos do tabagismo e etilismo, apesar de alguns terem referido que estão aptos para proverem esse trabalho quanto ao primeiro (26%) e ao segundo (11%) (ALONGE; NARENDRAN, 2003).

2.13 Gestão da saúde pública no município de São Paulo

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, gestora do SUS, é a responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem promover, proteger e recuperar a saúde da população (SÃO PAULO, 2006).

As Coordenadorias de Saúde das subprefeituras de São Paulo são gestoras do SUS em suas áreas de abrangência, por delegação da Secretaria Municipal de Saúde, e estão divididas em cinco regiões (SÃO PAULO, 2006).

A região Centro-oeste abrange as subprefeituras de Butantã, Lapa, Pinheiros e Sé. A região Leste contém as subprefeituras de Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaianases, Itaim Paulista, Itaquera, São Mateus e São Miguel. A região Norte é composta pelas subprefeituras da Casa Verde/Cachoeirinha, Freguesia do Ó/Brasilândia, Jaçanã/Tremembé, Perus, Pirituba, Santana/Tucuruvi e Vila Maria/Vila Guilherme. A região Sul abrange as subprefeituras de Campo Limpo, Capela do Socorro, Cidade Ademar, M'Boi Mirim, Parelheiros e Santo Amaro. A

região Sudeste contém as subprefeituras de Aricanduva/Formosa/Carrão, Ipiranga, Jabaquara, Mooca, Penha, Vila Mariana e Vila Prudente/Sapopemba (SÃO PAULO, 2006).

Dados do Diagnóstico Mínimo por Coordenadoria Regional de Saúde do município de São Paulo, de abril de 2005, mostram que a região Sudeste é a mais populosa, com 2.499.294 habitantes, seguida das regiões Leste e Norte. A região que possui a maior porcentagem de idosos é a Centro-oeste com 15,7%, seguida da região Sudeste com 13,7% (SÃO PAULO, 2006).

Quanto aos dados sócio-econômicos, as regiões Sul e Leste se destacam por possuírem uma porcentagem maior de população favelada (16,8%) e uma população com menos anos de estudo e renda menor que R\$ 400,00, respectivamente (SÃO PAULO, 2006).

Segundo a Universidade Presbiteriana Mackenzie (2005), um estudo foi realizado por professores de Economia em São Paulo para conhecer os bairros desta cidade com o melhor índice econômico de qualidade de vida, que pretendia descrever a qualidade de vida em cada uma das 31 subprefeituras da capital. Esta pesquisa cruzou informações do censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística do ano 2000, da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, das subprefeituras e da Secretaria de Estado da Segurança de São Paulo e foi construída a partir da análise de dez dimensões que espelhariam a qualidade de vida em uma cidade, como o acesso a cultura e lazer, demografia, educação, habitação, infra-estrutura urbana, meio ambiente, renda, saúde, segurança e justiça e o uso dos transportes.

O bairro de Pinheiros, por ser caracterizado como o de acesso mais fácil à educação e saúde, por possuir o maior número de áreas arborizadas, opções de

cultura e lazer, além de segurança satisfatória e o menor déficit habitacional e de infra-estrutura, foi eleito como aquele com melhor qualidade de vida em São Paulo, seguido dos bairros Vila Mariana, Lapa, Santo Amaro e Sé. O bairro considerado com pior qualidade de vida foi o de Parelheiros.

A principal causa de morte no município é a doença isquêmica do coração, seguida pelas doenças cérebro-vasculares. Os homicídios são a segunda causa de morte na região Sul e a terceira na região Leste (SÃO PAULO, 2006).

O município de São Paulo possui 382 unidades básicas de saúde. A região Leste tem o maior número de unidades (107), seguida pela Sul (86), Sudeste (83), Norte (76) e Centro-oeste (30) (SÃO PAULO, 2006).

Dados do ano de 2004 mostram que a taxa de acesso à primeira consulta odontológica aos usuários do SUS é ainda bastante baixa. A região que exibiu a menor taxa foi a Sul, com 2%, seguida da região Leste (3,4%), Sudeste (4,2%) e Norte (4,4%). A região Centro-Oeste apresenta uma taxa que destoa positivamente dentre as demais com 40,5% (SÃO PAULO, 2006).

De acordo com dados recentes do Inquérito de Saúde do município de São Paulo, divulgados no Boletim da Coordenação de Epidemiologia e Informação no. 1, de julho de 2005, segundo o uso de serviços de saúde quanto ao motivo de procura-atendimento realizado, tipo de serviço, fonte de financiamento e escolaridade, observou-se que as consultas odontológicas evidenciaram o menor percentual de utilização de serviços de saúde na capital, com 11,9%, certamente motivada pela baixa oferta, em especial de adultos e idosos. Verificou-se também que cerca de 60% dos custos das consultas odontológicas foram cobertos com recursos dos próprios pacientes, segundo o tipo de fonte pagadora (SÃO PAULO, 2005c).

2.14 O contexto e as atitudes para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal

Em função do contexto apresentado, é possível destacar a importância das atividades de prevenção primária que combatem o câncer bucal, tais como o controle do uso de tabaco, redução do consumo de álcool e estímulo à dieta com qualidade nutricional e à prática de atividades físicas regulares, com a finalidade de eliminação ou diminuição, de maneira eficiente, eficaz e efetiva, dos fatores de risco associados ao câncer bucal, no cotidiano dos profissionais de saúde, em especial do cirurgião-dentista (GUERRA; MOURA GALLO; MENDONÇA, 2005; KUJAN et al., 2006; LEÃO et al., 2005).

Uma efetiva política de controle do câncer bucal no Brasil deve considerar também a situação sócio-econômica e as desigualdades existentes nas diversas regiões do Brasil, sendo que as ações programáticas devem se dar também no contexto da prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis e de promoção da saúde (GUERRA; MOURA GALLO; MENDONÇA, 2005; KUJAN et al., 2006; LEÃO et al., 2005).

É importante gerar condições para a manutenção do nível adequado de conhecimento dos profissionais de saúde bucal, sobretudo daqueles que atuam nos níveis de prevenção primária e secundária, por meio da realização sistemática de programas de educação continuada sobre o tema câncer bucal, a fim de buscar o aprimoramento do diagnóstico desta morbidade e a melhoria dos índices de sobrevivência da população acometida por tal agravo (HOROWITZ et al., 2000; KUJAN

et al., 2006; LEÃO et al., 2005; McCANN et al., 2000; McCANN; MACPHERSON; GIBSON, 2000; MACPHERSON et al., 2003).

A prevenção e o diagnóstico precoce podem, definitivamente, salvar vidas (PETERSEN, 2003).

3 PROPOSIÇÃO

Este estudo tem como objetivo conhecer as ações que os cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo têm desenvolvido quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal, além das percepções que estes profissionais possuem para a realização de tais ações. Através dele, ter-se-á a oportunidade de analisar o comportamento destes profissionais neste município em relação à prevenção e o diagnóstico precoce desta morbidade.

Tal investigação se faz necessária pela importância do papel que o cirurgião-dentista assume nas unidades básicas de saúde quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce das lesões bucais suspeitas, objetivando evidenciar a realização, ou não, de tais ações e reconhecer quais os fatores limitantes para a sua operacionalização.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo seguiu a mesma proposta metodológica das pesquisas realizadas com cirurgiões-dentistas que atuam na atenção primária de outras regiões do mundo, sobre os seus conhecimentos e percepções a respeito da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer bucal (ALONGE; NARENDRAN, 2003; HOROWITZ et al., 2000; MACPHERSON et al., 2003; McCANN et al., 2000; YELLOWITZ et al., 2000).

O público-alvo foram os cirurgiões-dentistas que atuavam nas 286 unidades básicas de saúde do município de São Paulo, discriminadas por nome e endereço em um documento fornecido pela Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em março de 2005.

No primeiro semestre de 2004, um primeiro contato com a Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde, da gestão 2000/2004, se concretizou quando a análise da viabilidade e a relevância do estudo proposto foram verificadas e atestadas. Foi sugerido o encaminhamento do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde para apreciação e julgamento, cuja manifestação não apresentou qualquer restrição (Anexo A).

Encaminhamos o presente projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, que também não manifestou restrições (Anexo B).

Com a sucessão da gestão e entrada de outros profissionais na Coordenação de Saúde Bucal desta Secretaria, em janeiro de 2005, foi realizado um novo contato

para informá-la do estudo, por meio de uma apresentação, e solicitar seu apoio para a realização e a divulgação deste aos diretores das unidades básicas de saúde.

Este questionário havia sido previamente testado, em setembro de 2004, com os cirurgiões-dentistas que atuam nas unidades de saúde da família do Programa Saúde da Família do município de Jundiaí-SP.

Uma relação com os endereços das unidades básicas de saúde do município de São Paulo que continham cirurgiões-dentistas atuando foi solicitada para o início da fase de coleta de dados. Todos os questionários foram codificados no intuito de registrar a participação dos profissionais, segundo as regiões administrativas, subprefeituras e as unidades básicas de saúde do município de São Paulo.

As correspondências foram enviadas uma única vez às unidades básicas de saúde em março de 2005, via Correio, contendo uma carta destinada aos diretores destas orientando-os a como procederem com os documentos enviados, como os questionários da pesquisa que continham em anexo o termo de consentimento livre e esclarecido, explicando a natureza da pesquisa, em quantidade equivalente ao número de cirurgiões-dentistas atuantes na unidade e um envelope selado para a devolução dos documentos ao autor deste (Apêndices A, B e C).

O fluxo estabelecido levava em consideração o recebimento do envelope pelo diretor da unidade básica de saúde que, ao ler o documento endereçado a ele e consentir com a realização da pesquisa, deveria conduzir os questionários aos cirurgiões-dentistas de sua unidade, explicando-lhes a respeito da relevância da pesquisa e sensibilizando-os a participarem. Aqueles profissionais que desejassem participar deveriam preencher e retornar os questionários ao diretor que, após a devida conferência, encaminharia os documentos preenchidos por meio do envelope selado, via Correio.

O questionário aplicado possuía 24 questões de múltipla escolha e foi dividido em sete partes.

A primeira parte analisou as seis primeiras questões que se referiam à identificação dos cirurgiões-dentistas com relação ao sexo, idade, tempo de graduação, realização ou não de cursos de pós-graduação *lato e/ou stricto sensu*, localização da unidade básica de saúde no município de São Paulo em que atuavam e se trabalhavam em algum outro local.

A segunda parte do questionário buscou analisar o comportamento dos profissionais com relação à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal, por meio das questões um a quatro, que visavam conhecer as ações que os profissionais de saúde bucal realizavam na unidade básica de saúde quanto ao exame dos tecidos moles na primeira consulta, durante a anamnese, uso do tabaco e do álcool e respectiva conduta e se conhecia alguma técnica para apoiar pacientes na interrupção do hábito do tabagismo e etilismo.

A terceira parte abrangia as questões cinco e seis e tinham como proposta identificar o grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto à importância dos fatores relacionados à etiologia do câncer bucal e quanto às condições bucais relacionadas à evolução para um câncer.

Assim como nos estudos de Clovis, Horowitz e Poel (2002a, 2002b), Horowitz et al. (2000) e Yellowitz et al. (2000), os conhecimentos relativos a estas duas situações assinalados corretamente no presente estudo foram valorados em um ponto. Tanto em relação aos fatores ligados à etiologia do câncer bucal como às condições bucais quanto à possível evolução para essa morbidade, o participante que assinalou de zero a dois itens corretamente teve o seu grau de conhecimento

classificado como baixo, de três a cinco, classificado como médio e de seis a sete, na questão cinco, e de seis a oito, na questão seis, classificado como alto.

O total de pontos obtido por meio dos itens apontados corretamente nestas duas situações produziu uma outra informação quanto ao grau de conhecimento geral dos cirurgiões-dentistas relativo ao diagnóstico precoce do câncer bucal. O profissional de saúde bucal que acertou de zero a nove itens foi classificado como possuindo grau baixo de conhecimento, de dez a treze, grau médio e de 14 a 15, grau alto.

A quarta parte do questionário, através das questões sete, nove, onze e treze, tinha o objetivo de conhecer as percepções que estes profissionais possuíam em relação aos seus conhecimentos sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, no que diz respeito às aptidões para detectar lesões cancerizáveis, aptidões para realizar citologia esfoliativa e biópsia e quanto ao ensino obtido durante a graduação sobre este tema.

A quinta parte buscou conhecer, por meio das questões dez e doze, as condições que as unidades básicas de saúde ofereciam para a realização dos exames complementares para fins de diagnóstico, como a citologia esfoliativa e a biópsia.

A sexta parte procurou verificar as práticas dos cirurgiões-dentistas quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal, com relação ao tempo e o local para o encaminhamento dos pacientes com lesões bucais suspeitas, à realização de algum trabalho em sua unidade sobre prevenção deste agravo e à sua participação em campanhas de prevenção do câncer bucal na vacinação da gripe para os idosos.

A sétima parte do questionário analisou a participação dos profissionais em cursos sobre câncer bucal nos últimos tempos e os seus desejos quanto à disponibilização de mais cursos sobre esse tema.

Foram consideradas três situações quanto à devolução dos questionários ao autor do estudo para a contabilização e análise estatística dos dados. Convencionou-se como participantes do estudo os questionários respondidos pelos cirurgiões-dentistas até 30 de junho de 2005, que se encontravam devidamente preenchidos e cujo termo de consentimento livre e esclarecido estava assinado. Foram classificados como não participantes do estudo os questionários retornados em branco e/ou com o termo não assinado e aqueles cujos envelopes selados, contendo os documentos da pesquisa, não foram devolvidos.

A análise dos dados foi realizada através do estudo das informações contidas nos questionários respondidos durante a fase de coleta. Esta análise foi realizada através de procedimentos estatísticos e expressa em números absolutos e percentuais, apresentados através de gráficos. Foi feito um banco de dados utilizando o software de informática Epi Info – versão 6.04b.

Foram enviados 885 questionários e devolvidos 282. Não foram contabilizados 598 questionários, sendo que 124 foram retornados em branco e/ou com o termo de consentimento livre e esclarecido não assinado e 474 não foram devolvidos.

Cinco correspondências apresentaram problemas, tais como a devolução pela não existência de cirurgiões-dentistas em duas unidades básicas de saúde e três delas que não alcançaram o destinatário devido a erros nos endereços das unidades básicas de saúde, contidos no documento fornecido pela Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde.

5 RESULTADOS

O presente estudo reuniu informações quanto ao comportamento dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal.

Foram enviados 885 questionários aos cirurgiões-dentistas atuantes nas unidades básicas de saúde, de acordo com as regiões administrativas do município de São Paulo, onde desempenhavam suas ações (Gráfico 5.1).

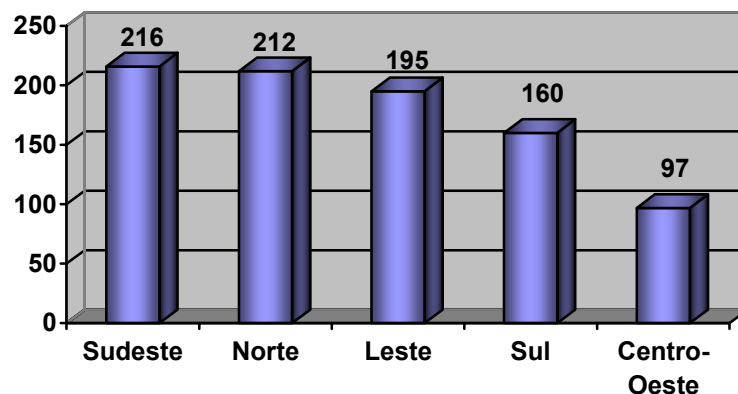


Gráfico 5.1 – Distribuição dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde, segundo as regiões administrativas do município de São Paulo (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo-SP)

Do total, 216 (24,4%) questionários foram enviados aos cirurgiões-dentistas da região Sudeste, 212 (23,9%) para a Norte, 195 (22%) para a Leste, 160 (18,1%) para a Sul e 97 (11%) para a Centro-Oeste.

Após correção das distorções presentes na lista de cirurgiões-dentistas atuantes nas unidades básicas de saúde (não-existência desses profissionais nas unidades e erros contidos nos endereços destas), foi considerado o envio de 880 questionários.

Participaram do estudo, respondendo aos questionários enviados, 282 profissionais, distribuídos pelas regiões administrativas do município de São Paulo, o que representou uma taxa de resposta de 32%, conforme evidencia o gráfico 5.2.

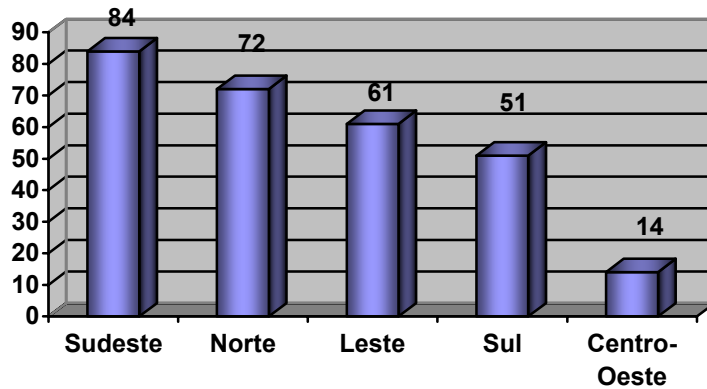


Gráfico 5.2 – Distribuição dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde que responderam ao estudo, de acordo com as regiões administrativas do município de São Paulo

Houve 124 (14,1%) cirurgiões-dentistas que não participaram do estudo, retornando os questionários em branco e 474 (53,9%) profissionais que não devolveram os questionários enviados ao autor da pesquisa. O gráfico abaixo mostra a distribuição dos cirurgiões-dentistas, segundo as subprefeituras do município de São Paulo, que se apresentaram nessas duas condições.

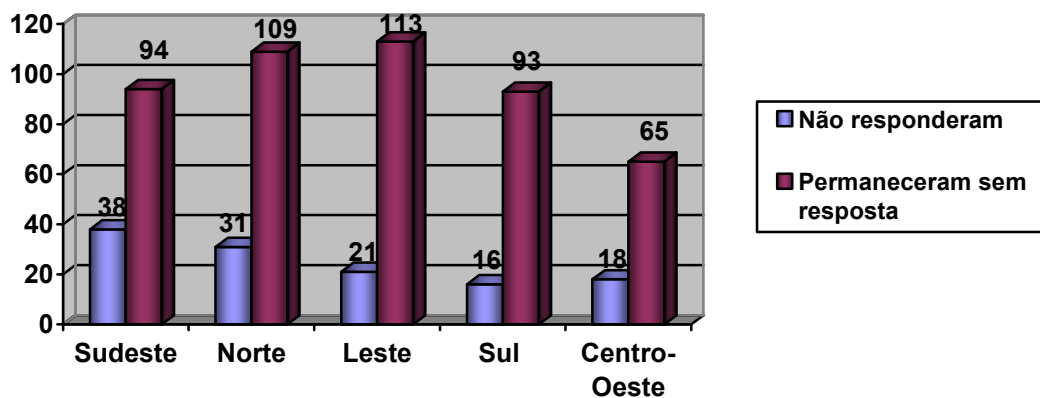


Gráfico 5.3 – Distribuição dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde que não responderam ao estudo ou cujos questionários permaneceram sem devolução, de acordo com as regiões administrativas do município de São Paulo

Dentre o total de questionários enviados aos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo, a região administrativa que predominou pela não participação do estudo, com 38 (4,3%) questionários retornados em branco foi a Sudeste e a região administrativa do município de São Paulo que mais permaneceu sem devolução foi a região Leste, com 113 (12,8%) questionários.

A taxa obtida por meio da soma das porcentagens de questionários não respondidos (14,1%) e daqueles que permaneceram sem devolução (53,9%) pelos cirurgiões-dentistas foi de 68%, o que representou um total de 594 questionários que se apresentaram em alguma dessas duas condições.

Quanto à região administrativa do município de São Paulo em relação ao total da amostra selecionada, a região Norte de São Paulo foi aquela cujos cirurgiões-dentistas menos participaram do estudo (15,8%), seguida das regiões Leste (15,2%), Sudeste (14,9%), Sul (11,3%) e Centro-Oeste (9,3%).

Em relação ao total de cirurgiões-dentistas por subprefeitura, a região que menos participou do estudo foi a Centro-Oeste, com 85,5% dos profissionais, seguida das regiões Leste (68,7%), Sul (68,1%), Norte (66%) e Sudeste (61,1%).

Quanto às subprefeituras, foram registradas a não-participação de todos os profissionais de saúde bucal de seis delas, dentre as 31 analisadas, que foram Pinheiros e Sé (região Centro-Oeste), Parelheiros e Santo Amaro (região Sul), Perus (região Norte) e Jabaquara (região Sudeste). A subprefeitura de Ermelino Matarazzo, localizada na região Leste, foi a que menos respondeu ao estudo, com 90,5% dos cirurgiões-dentistas.

Com relação à caracterização da amostra participante do estudo, verificou-se quanto ao sexo que, dentre os participantes, 199 (70,6%) eram do sexo feminino, enquanto 83 (29,4%) eram do sexo masculino.

Quanto ao tempo de graduação dos cirurgiões-dentistas, 93 (33%) tinham sido graduados nas Faculdades de Odontologia há mais de 20 anos, 68 (24,1%) estavam graduados há 16 e 20 anos, 39 (13,8%) tinham entre 11 a 15 anos de graduação, 42 (14,9%) tinham entre seis a dez e 40 (14,2%) possuíam menos que cinco anos de graduação.

Dentre o total de profissionais que responderam ao estudo, 132 (46,8%) relataram não possuir pós-graduação. 125 (44,3%) profissionais referiram serem especialistas, dez (3,5%) disseram possuir grau de mestrado, cinco (1,8%) doutorado, três (1,1%) pós-doutorado e sete (2,5%) não responderam.

Duzentos e vinte e cinco (79,8%) cirurgiões-dentistas relataram que trabalhavam em outros locais, além daquele onde desempenhavam suas ações nas unidades básicas de saúde, enquanto 57 (20,2%) profissionais dedicavam-se exclusivamente a este trabalho na rede municipal. Dentre os profissionais que trabalhavam em outros locais, 127 (45%) atuavam em consultório odontológico próprio, 34 (12,1%) em consultório odontológico de outras pessoas, dividindo-o com outros profissionais ou como contratado, 17 (6%) desempenhavam ações tanto em consultório odontológico próprio como em consultório odontológico de outras pessoas e 104 (36,9%) trabalhavam em outros locais que não os referidos na questão.

Verificou-se que 227 (80,5%) cirurgiões-dentistas responderam que realizavam sempre o exame dos tecidos moles nas cavidades bucais de seus

pacientes nas consultas iniciais, 41 (14,5%) ocasionalmente e 13 (4,6%) apenas quando havia queixa do paciente.

Cento e setenta e quatro (61,7%) cirurgiões-dentistas referiram perguntar aos pacientes rotineiramente, durante a anamnese, com qual freqüência seus pacientes fumavam ou ingeriam bebidas alcoólicas. Oitenta e seis (30,5%) relataram que algumas vezes realizavam tal conduta, dez (3,5%) raramente e 12 (4,3%) nunca fizeram esse questionamento.

Dentre aqueles que disseram que sempre realizavam o exame dos tecidos moles da cavidade bucal de seus pacientes nas consultas iniciais, 148 (52,5%) perguntavam rotineiramente, durante a anamnese, se os pacientes fumavam ou ingeriam bebidas alcoólicas e 68 (24,1%) cirurgiões-dentistas relataram que questionavam algumas vezes.

Verificou-se que 211 (75,1%) profissionais referiram desconhecer as técnicas utilizadas para ajudar os pacientes a interromperem o hábito do tabagismo, enquanto 70 (24,9%) já obtiveram estas informações.

Quanto às técnicas utilizadas para ajudar os pacientes a interromperem o hábito do etilismo, 224 (79,4%) cirurgiões-dentistas referiram desconhecê-las, enquanto 58 (20,6%) já tiveram acesso a estas informações.

Em relação aos profissionais que relataram que sempre realizavam o exame dos tecidos moles da cavidade bucal de seus pacientes nas consultas iniciais, verificou-se que 170 (60,3%) desses não foram informados sobre as técnicas utilizadas para ajudar os pacientes a abandonarem o tabagismo e que 178 (63,1%) referiram não terem sido informados sobre as técnicas utilizadas para ajudar os pacientes a abandonarem o etilismo.

Quanto aos graus de importância de cada fator de risco no que diz respeito à etiologia do câncer bucal, o tabagismo (98,2%) e o álcool (95,4%) foram as situações que a maioria dos participantes mais apontou corretamente. A idade do paciente foi a terceira condição mais corretamente apontada, com 57,1%, seguida da infecção bacteriana (30,8%), infecção fúngica (23,7%), infecção viral (24,8%) e o trauma, com 8,9%, situação que a maioria mais apontou equivocadamente como fator de risco ligado à etiologia do câncer bucal.

Em relação aos graus de importância de cada uma das condições bucais para a possível evolução para um câncer bucal, a leucoplasia (89%) foi a doença que a maioria apontou mais corretamente, seguida da língua geográfica, com 83%. A eritroplasia foi a terceira condição bucal mais corretamente apontada, com 68,4%. Dentre todos os participantes, 66% acertaram que as aftas não são importantes para a evolução para um câncer bucal, seguidas do líquen plano (37,6%), da candidose crônica (27,3%), do nevo branco esponjoso (13,8%) e da estomatite nicotínica, que obteve apenas um percentual de 7,1% de acerto.

Quanto ao grau de importância dos fatores de risco que estabelecem relação com a etiologia do câncer bucal, a partir dos valores atribuídos às respostas assinaladas corretamente pelos cirurgiões-dentistas que participaram do estudo, verificou-se que a maioria deles (70,2%) foi classificada como possuindo um grau médio de conhecimento, 23,8% baixo e apenas 6% classificados com um grau alto de conhecimento.

Em relação ao grau de importância das condições bucais quanto a possível evolução para um câncer, encontrou-se nesse estudo que a maioria dos participantes (67,4%) possuiu um grau médio de conhecimento, 18,8% baixo e 13,8% classificados com um grau alto de conhecimento.

Ao obter-se o total dos valores atribuídos às duas situações, foi possível observar que 85,5% dos cirurgiões-dentistas do presente estudo foram classificados como possuindo um grau baixo de conhecimento, 14,2% um grau médio e apenas um profissional (0,4%) classificado com um grau alto de conhecimento.

O gráfico 5.4 mostra a percepção dos cirurgiões-dentistas quanto em relação ao fato destes se encontrarem adequadamente capacitados para detectar lesões cancerizáveis.

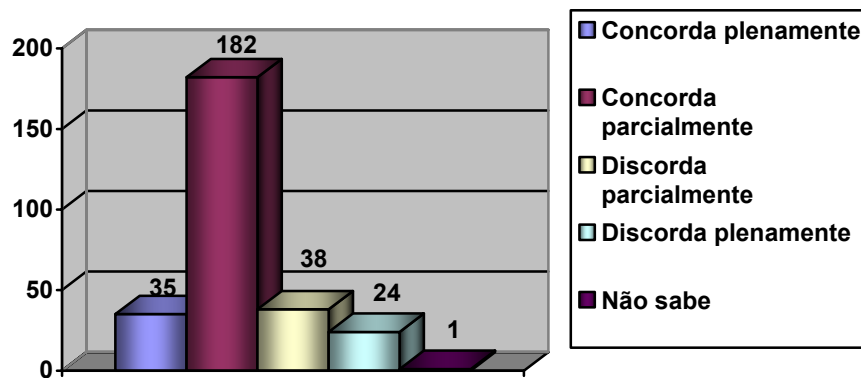


Gráfico 5.4 – Percepção dos cirurgiões-dentistas quanto ao fato destes se encontrarem adequadamente capacitados para detectar lesões cancerizáveis

O gráfico 5.5 evidencia a percepção dos cirurgiões-dentistas quanto ao fato destes se encontrarem adequadamente capacitados para realizarem citologia esfoliativa.

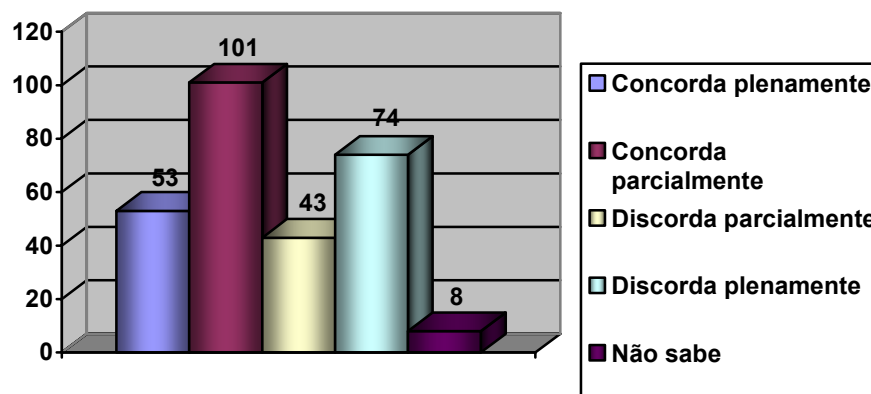


Gráfico 5.5 – Percepção dos cirurgiões-dentistas quanto ao fato destes se encontrarem adequadamente capacitados para realizarem citologia esfoliativa

Verificou-se que 80 (28,4%) cirurgiões-dentistas que disseram concordar parcialmente com o fato de estarem adequadamente capacitados para realizar citologia esfoliativa, referiram concordar parcialmente quanto ao fato de estarem adequadamente capacitados para detectar lesões cancerizáveis.

O gráfico 5.6 mostra a percepção dos cirurgiões-dentistas quanto ao fato destes se encontrarem adequadamente capacitados para realizar biópsia.

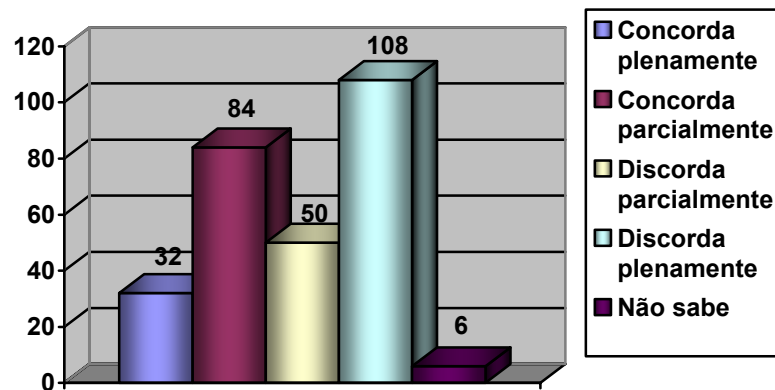


Gráfico 5.6 – Percepção dos cirurgiões-dentistas quanto ao fato destes se encontrarem adequadamente capacitados para realizar biópsia

Quanto às percepções dos profissionais relativas ao fato de estarem adequadamente capacitados para realizarem biópsia e à aptidão para detectar lesões cancerizáveis, verificou-se que 70 (24,9%) cirurgiões-dentistas disseram concordar parcialmente com o fato de estarem adequadamente capacitados para realizar biópsia, assim como referiram concordar parcialmente com a aptidão para detectar lesões cancerizáveis.

O gráfico 5.7 exhibe a percepção dos cirurgiões-dentistas quanto ao ensino que obtiveram durante a graduação em relação ao tema câncer bucal.

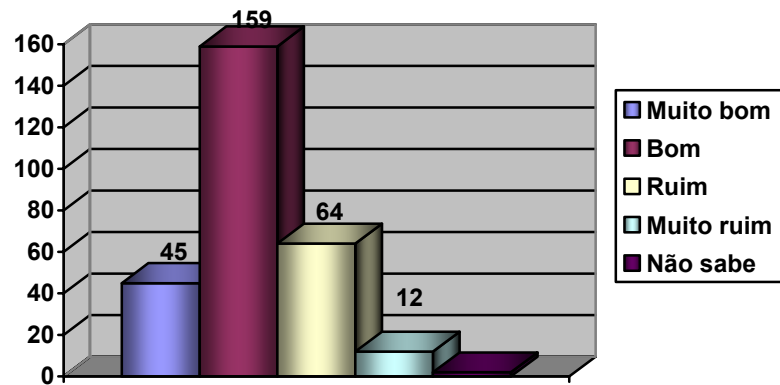


Gráfico 5.7 – Percepção dos cirurgiões-dentistas quanto ao ensino que obtiveram durante a graduação em relação ao tema câncer bucal

Cento e seis (37,6%) cirurgiões-dentistas que acreditavam que o ensino apreendido durante a graduação sobre o tema câncer bucal foi bom disseram que concordavam parcialmente com o fato de estarem adequadamente capacitados para detectar lesões cancerizáveis.

Dentre os participantes do estudo, 204 (73,1%) disseram que as unidades básicas de saúde onde atuavam não lhes ofereciam condições de fazer uma citologia esfoliativa, enquanto que 75 (26,9%) não concordavam com este ponto de vista.

Duzentos e quinze (76,5%) profissionais disseram que as unidades básicas de saúde onde atuavam não lhes ofereciam condições de fazer uma biópsia, enquanto que 66 (23,5%) não concordavam com este ponto de vista.

Com relação às práticas profissionais quanto ao encaminhamento de pacientes com lesões bucais suspeitas, verificou-se nesse estudo que 50,4% dos cirurgiões-dentistas referiram observar o paciente pelo período de duas semanas para depois encaminhar e que quase a metade dos profissionais participantes 133 (47,2%) encaminhava para a Disciplina de Semiologia ou Estomatologia de alguma Faculdade de Odontologia. Cento e dezenove (42,2%) disseram também que

costumavam encaminhar pacientes para um profissional especialista que atende em outra unidade básica de saúde.

Dos cirurgiões-dentistas que referiram encaminhar os pacientes após um período de observação de duas semanas, 113 (79,6%) disseram que realizavam sempre os exames dos tecidos moles da cavidade bucal de seus pacientes nas consultas iniciais. Dentre os 119 (42,2%) profissionais que relataram que faziam o encaminhamento de pacientes com lesões bucais suspeitas na mesma consulta, 98 (82,3%) referiram que realizavam sempre os exames dos tecidos moles da cavidade bucal de seus pacientes nas consultas iniciais.

Cento e oitenta e oito (67,4%) profissionais disseram que havia algum trabalho sendo realizado em suas unidades básicas de saúde que tivesse como objetivo a prevenção do câncer bucal, ante os 91 (32,6%) que relataram situação contrária.

Duzentos e sessenta e seis (94,3%) cirurgiões-dentistas referiram que já participaram das campanhas de prevenção do câncer bucal realizadas concomitantemente às campanhas de vacinação de idosos contra a gripe, enquanto que apenas 16 (5,7%) ainda não tinham participado.

Quanto à participação dos cirurgiões-dentistas em cursos sobre algum tema relacionado ao câncer bucal, verificou-se que 256 (90,8%) deles disseram que já haviam participado e 26 (9,2%) profissionais relataram que ainda não o fizeram. Destes que já realizaram algum curso sobre esse tema, 140 (49,6%) referiram que isso ocorreu há menos de 12 meses, 103 (36,5%) disseram que fizeram esse curso entre um a quatro anos atrás e 11 (3,9%) relataram que há cinco anos ou mais não fazem um curso sobre câncer bucal.

Em relação ao desejo dos participantes do presente estudo que o Serviço disponibilizasse cursos de atualização sobre câncer bucal, 274 referiram que gostaria que essa chance lhes fosse proporcionada, enquanto apenas sete profissionais (2,5%) não expressaram esta vontade.

O perfil do cirurgião-dentista participante desse estudo é, portanto, composto por uma profissional do sexo feminino, que tem mais de 20 anos de graduação em Odontologia, generalista e que possui outros vínculos empregatícios, além daquele exercido no serviço público odontológico.

Dentre o total de participantes, 39% pertenciam à região Sudeste, a que mais predominou no estudo e das dez subprefeituras que menos responderam, seis pertenciam à região Leste.

6 DISCUSSÃO

Este trabalho discorre num contexto em que variados fatores estão interferindo de modo importante para a tendência ascendente dos números de casos novos de câncer bucal no Brasil.

Ao longo das últimas décadas, verifica-se o declínio da fecundidade, juntamente com um maior controle das doenças potencialmente fatais, o que gerou um aumento da expectativa de vida e o conseqüente envelhecimento da população brasileira. Segundo Paes (2004), a previsão para o ano de 2025 é de que a participação dos idosos, pessoas com 65 anos e mais, seja equivalente a 9,2% da população brasileira.

Concomitantemente a esse processo de transição demográfica, destacam-se ainda as transições epidemiológica e nutricional, caracterizadas pelo processo de urbanização e as mudanças sócio-econômicas, alimentares e no estilo de vida da sociedade atual, que ocasionaram modificações relevantes no perfil de morbimortalidade nos últimos 20 anos (CERVI; HERMSDORFF; RIBEIRO, 2005; PAES, 2004).

Neste cenário, o aumento do número de casos novos de câncer vem assumindo um papel preocupante e já constitui a segunda causa de morte por doença no Brasil, atrás apenas das doenças cardiovasculares.

Os casos de câncer bucal em São Paulo chamam a atenção e, tendo em vista a realidade que se consolida em todo o território nacional quanto à crescente incidência desse tipo de câncer, vê-se a necessidade de conhecer os possíveis fatores que estejam contribuindo para o estabelecimento desta situação no

município de São Paulo, que detém as maiores taxas no Brasil e semelhantes às de outros países do mundo, a fim de que sejam articuladas providências para combater essa condição.

Considerando as atuais evidências quanto à porcentagem de casos de câncer bucal diagnosticados em estágios avançados e as situações decorrentes deste fato, tais como as repercussões funcionais, estéticas e sociais que os pacientes sofrem a partir da terapia submetida e as baixas taxas de sobrevivência em cinco anos constatadas, este estudo pretende contribuir para uma análise deste quadro a partir do olhar acurado para as ações que o cirurgião-dentista desenvolve quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce desta morbidade nas unidades básicas de saúde do município de São Paulo.

Este profissional da saúde bucal exerce um papel primordial no que diz respeito à prevenção do câncer dessa localização em todos os âmbitos, em especial quando atua nos níveis de prevenção primária e secundária, o que ocorre nestas unidades, propondo ações que possam reconhecer os pacientes mais suscetíveis ao aparecimento da doença e práticas que busquem diagnosticar precocemente lesões bucais suspeitas.

Uma taxa de resposta de 32% foi obtida neste estudo, a partir da devolução dos questionários e do termo de consentimento livre e esclarecido, devidamente preenchidos e assinados, respectivamente, o que representa aproximadamente um terço dos cirurgiões-dentistas da amostra selecionada. Esta taxa poderia ter sido melhorada se os diretores da maioria das unidades básicas de saúde tivessem tomado conhecimento a respeito da realização da pesquisa e do envio dos documentos aos seus cuidados, já que muitos estabeleceram contato telefônico

solicitando informações acerca do envio dos questionários para o seu local de trabalho.

Vê-se que esta baixa taxa pode ter sido o resultado tanto da falta de interesse dos profissionais de saúde bucal em participar desse estudo bem como consequência do não conhecimento destes quanto à realização da pesquisa, a partir do instante em que os diretores não lhes informaram sobre essa.

A baixa participação dos cirurgiões-dentistas neste estudo coincidiu com a baixa taxa de resposta encontrada por pesquisadores, como Alonge e Narendran (2003) que obtiveram 40% e Horowitz et al. (2000) com 50%, que também enviaram questionários via Correio.

Horowitz et al. (2000) e Yellowitz et al. (2000) concordaram que as pesquisas que são realizadas por meio de correspondências normalmente obtêm maior devolutiva de pessoas que têm um maior conhecimento sobre o tema e que estão mais envolvidas com este de algum modo. Isto traz à tona uma reflexão importante quanto às ações que a maioria dos cirurgiões-dentistas que não participaram desse estudo (68%) está desenvolvendo nas unidades básicas de saúde quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal na cidade de São Paulo.

A falta de interesse em participar de estudos como esse provoca uma preocupação relativa ao cenário que se agrava a cada ano nesse município, pois, assim como Alonge e Narendran (2003) constataram em sua pesquisa, induz a um pensamento que os profissionais de saúde bucal não estão atentos ao problema câncer bucal em suas práticas cotidianas, refletido no receio em participar e verificar que seus conhecimentos podem não estar atualizados a respeito do assunto.

Quanto ao sexo, a grande participação de cirurgiões-dentistas do sexo feminino foi marcadamente importante (70,6%), o que difere da maioria dos outros estudos, porém, coincide com a única pesquisa brasileira a respeito da atuação desses profissionais quanto à prevenção e o ao diagnóstico precoce do câncer bucal, realizada no Estado de Pernambuco por Leão et al. (2005), que obteve 52% de participação predominantemente feminina. Em São Paulo, isso estabelece relação com o maior número de profissionais cirurgiões-dentistas do sexo feminino registrados no Conselho Regional de Odontologia desse Estado (1.846 profissionais a mais que o sexo masculino) e que voltam suas ações para a área da saúde pública (BRASIL, 2006b).

Os profissionais de saúde bucal com mais de 20 anos de tempo de graduação predominaram neste e nos diversos estudos analisados (ALONGE; NARENDRAN, 2003; KUJAN et al., 2006; MACPHERSON et al., 2003). O ano de graduação dos profissionais variou entre 1959 e 2004 no presente estudo, enquanto em Greenwood e Lowry (2001) foi de 1970 a 1997 e em Clovis, Horowitz e Poel (2002a) entre 1980 a 1997.

McCann et al. (2000) encontraram um percentual de 33% de profissionais formados com mais de 20 anos, coincidentemente semelhante ao obtido nesta pesquisa. Apenas Leão et al. (2005) verificaram que os participantes de seu estudo tinham, em média, 16 anos de tempo de graduação.

Leão et al. (2005) referiram que os profissionais que possuíam 16 ou mais anos de tempo de graduação em Odontologia, atuando na área da saúde pública, detinham um melhor conhecimento dos aspectos relevantes e mais relacionados ao aparecimento do câncer bucal e outras doenças.

Assim como na pesquisa realizada por Kujan et al. (2006), que verificaram que a maioria dos cirurgiões-dentistas participantes era generalista (71,5%), o presente estudo também predominou pela participação de profissionais que não realizaram nenhuma pós-graduação (46,8%), logo seguidos pelos cirurgiões-dentistas especialistas (44,3%).

O número de profissionais de saúde bucal que se dedicavam apenas ao serviço público odontológico encontrado nesta pesquisa foi pequeno (20,2%), próximo ao percentual encontrado por Kujan et al. (2006), com 21,7%. Este índice encontrado é bem menor que o verificado no estudo de Leão et al. (2005), onde 38% dos cirurgiões-dentistas atuavam exclusivamente neste âmbito. Quase 80% dos participantes desta pesquisa trabalhavam em outros locais, além do trabalho desempenhado nas unidades básicas de saúde, o que corroborou com os achados de Leão et al. (2005), que obtiveram um percentual de 62% de profissionais em situação semelhante.

A região Norte do município de São Paulo foi a que menos participou do presente estudo em relação ao total da amostra selecionada e, de acordo com o Índice Econômico de Qualidade de Vida dessa cidade, das sete subprefeituras da região Norte com melhor qualidade de vida, seis situam-se entre a 13^a. e 27^a. colocações, dentre as 31 estudadas.

A subprefeitura de Ermelino Matarazzo, localizada na região Leste, foi a que menos respondeu ao estudo, com 90,5% dos cirurgiões-dentistas, e foi classificada como sendo de média qualidade de vida. As subprefeituras de Itaquera e Campo Limpo, ambas pertencentes à região Leste e Sul, respectivamente, classificaram-se em terceiro e sétimo lugares entre aquelas que menos responderam

a este estudo e obtiveram qualidades de vida média e baixa, de acordo com a pesquisa.

Este estudo constatou que entre as dez subprefeituras que menos participaram, seis pertenciam à região Leste, classificada como sendo uma das regiões que possuem condições sócio-econômicas mais desfavoráveis do município de São Paulo, como o alto índice de população favelada e famílias com renda mensal abaixo de R\$ 400,00, o que corroborou com a constatação de McCann et al. (2000) e Macpherson et al. (2003), que verificaram que os não-participantes de seus estudos também atuavam em regiões com privações importantes no âmbito sócio-econômico.

De acordo com um levantamento feito através do Programa Tabnet Win32 2.2: PRO-AIM - Sistema de Informação de Mortalidade, do número de óbitos por residência causados por neoplasias malignas de lábio, cavidade bucal e faringe, obtido por subprefeituras da cidade de São Paulo, no período de 2000 a 2004, as regiões Sudeste e Norte, com quatro subprefeituras cada, foram as que apresentaram o maior percentual (34,7%) de óbitos ocasionados por tais neoplasias, de todas as neoplasias registradas nessas regiões, entre as dez primeiras subprefeituras.

As subprefeituras de Vila Prudente/Sapopemba, com 6,2%, Penha (6,1%) e Ipiranga (5,2%) e Moóca (4,7%), pertencentes à região Sudeste, obtiveram um percentual total de óbitos por neoplasias malignas de lábio, cavidade bucal e faringe de 17,5% em relação a todos os óbitos ocorridos por neoplasias durante o período de 2000 a 2004, ocupando o primeiro, segundo, terceiro e quarto lugares, respectivamente.

As subprefeituras de Santana/Tucuruvi, com 5,2%, Vila Maria/Vila Guilherme (4,3%), Freguesia do Ó/Brasilândia (4,2%) e Pirituba (3,5%), pertencentes à região Norte, obtiveram um percentual total de óbitos por neoplasias malignas de lábio, cavidade bucal e faringe de 17,2% em relação a todos os óbitos ocorridos por neoplasias durante o período de 2000 a 2004, ocupando o terceiro, quinto, sexto e nono lugares, respectivamente.

A região Centro-Oeste do município de São Paulo foi a que apresentou melhores índices de qualidade de vida, segundo o Índice Econômico de Qualidade de Vida, com quatro subprefeituras classificadas entre as dez melhores colocadas. As subprefeituras de Pinheiros, Lapa, Sé e Butantã ocuparam o primeiro, terceiro, quinto e nono lugares, respectivamente. Esta região registrou apenas a presença de uma subprefeitura entre as dez com maior número de óbitos por neoplasias malignas de lábio, cavidade bucal e faringe. A subprefeitura de Butantã ocupou a nona colocação, com um percentual de 3,6% em relação a todos os óbitos ocorridos por neoplasias durante o período de 2000 a 2004.

Sete entre as dez subprefeituras que menos participaram do estudo situavam-se entre as que apresentaram maior número de óbitos por neoplasias malignas de lábio, cavidade bucal e faringe em relação a todos os óbitos ocorridos por neoplasias durante o período de 2000 a 2004, na cidade de São Paulo e apenas duas, dentre as dez subprefeituras que mais participaram do estudo, situavam-se entre as que apresentavam menor número de óbitos por neoplasias malignas de lábio, cavidade bucal e faringe em relação a todos os óbitos ocorridos por neoplasias durante o período de 2000 a 2004, neste mesmo local. Verificou-se não ser possível inferir que haja uma relação direta entre os profissionais que não participaram do estudo e a maior ocorrência de óbitos por câncer bucal no município de São Paulo,

em virtude daquelas subprefeituras que mais participaram do estudo terem obtido também grande número de óbitos por neoplasias malignas de lábio, cavidade bucal e faringe registrados no período acima citado.

A subprefeitura de Vila Prudente/Sapopemba foi a segunda maior participante do estudo e foi a que registrou o maior número de óbitos por neoplasias malignas de lábio, cavidade bucal e faringe em relação a todos os óbitos ocorridos por neoplasias na subprefeitura, no período de 2000 a 2004. Isto demonstra que algum trabalho em relação à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal pode ter sido realizado também e, portanto, um maior número de diagnósticos positivos dessa condição surgido e encaminhado e/ou tratado nos centros de referência existentes no município.

Quanto à frequência com que os cirurgiões-dentistas realizavam o exame dos tecidos moles da cavidade bucal de seus pacientes nas consultas iniciais, verificou-se, nesse estudo, que 80,5% deles realizavam sempre este procedimento, o que corroborou com os estudos de Horowitz et al. (2000) que encontraram percentual similar (81%) da realização deste exame, nas consultas iniciais, mas apenas em pacientes com 40 anos e mais.

Kujan et al. (2006) referiram também que a grande maioria dos profissionais de saúde bucal de sua pesquisa (92%) realizava sistematicamente o exame dos tecidos moles da cavidade bucal dos pacientes com 40 anos e mais, assim como Clovis, Horowitz e Poel (2002a) verificaram que a maioria dos profissionais de saúde bucal pesquisados, 70,7%, relatou que realizava sempre o exame dos tecidos moles da cavidade bucal dos pacientes com 40 anos e mais, mas que 10% de todos os cirurgiões-dentistas, ainda, não realizavam este exame nos pacientes nas consultas iniciais.

Apenas 14,5% dos cirurgiões-dentistas desse estudo referiram que realizavam o exame dos tecidos moles da cavidade bucal dos pacientes ocasionalmente, um valor abaixo do encontrado por Macpherson et al. (2003) que relataram que 38% assim o fazem. Horowitz et al. (2001) verificaram que a realização dos exames dos tecidos moles da cavidade bucal dos pacientes variou desde o momento até a ordem das áreas a serem examinadas, o que contrasta com o protocolo passo-a-passo sugerido pelo Instituto Nacional de Saúde Americano para esse tipo de conduta.

Desse estudo, 61,7% dos profissionais referiram que perguntavam aos pacientes, durante a anamnese, se fumavam ou ingeriam bebidas alcoólicas. Horowitz et al. (2000), Clovis, Horowitz e Poel (2002b) e Kujan et al. (2006) também verificaram que a maioria dos cirurgiões-dentistas questionava seus pacientes a respeito do uso atual de tabaco e álcool. Horowitz et al. (2000) relataram que 90% e 60% dos cirurgiões-dentistas perguntavam aos pacientes se eram fumantes e se ingeriam bebidas alcoólicas, respectivamente. Clovis, Horowitz e Poel (2002b) e Kujan et al. (2006) encontraram valores semelhantes para ambas as situações, o primeiro 88% e 42,8% e o segundo 87,4% e 58,8%.

McCann et al. (2000) e Macpherson et al. (2003), no entanto, verificaram percentuais bem abaixo dos constatados pelos pesquisadores anteriores. McCann et al. (2000) referiram que apenas 19% dos cirurgiões-dentistas questionavam os pacientes rotineiramente se fumavam, 25% raramente e 42% nunca haviam perguntado. Quanto ao uso freqüente do álcool, apenas 3% dos profissionais relataram que perguntavam rotineiramente, 27% às vezes e 69% raramente ou mesmo nunca haviam questionado.

Macpherson et al. (2003) verificaram que 19% dos cirurgiões-dentistas rotineiramente perguntavam aos pacientes quanto ao uso do tabaco e 49% ocasionalmente, enquanto 3% apenas questionavam-nos quanto ao uso do álcool e 68% raramente ou nunca haviam perguntado.

Buscou-se conhecer entre os profissionais de saúde bucal desse estudo, os conhecimentos que possuíam quanto às técnicas utilizadas para ajudar os pacientes a abandonarem o tabagismo e etilismo. Dentre todos os participantes, 75,1% dos cirurgiões-dentistas referiram desconhecer as técnicas para apoiarem os pacientes na cessação do tabagismo, enquanto 24,9% já haviam obtido estas informações. Quanto ao etilismo, 79,4% desses profissionais relataram desconhecer as técnicas para apoiarem os pacientes na cessação do etilismo, enquanto 20,6% já tiveram acesso a estas informações.

No estudo de McCann et al. (2000), apenas 2% dos profissionais tinham adquirido algum conhecimento sobre o aconselhamento aos pacientes tabagistas e 56% manifestaram o desejo em receber algum tipo de treinamento.

Menos que 10% dos cirurgiões-dentistas concordaram que estão adequadamente treinados para prover ações educativas para a cessação do tabagismo entre os pacientes, apesar da maioria dos profissionais avaliarem a história de tabagismo entre estes com freqüência (CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002a).

Alonge e Narendran (2003) verificaram que a maioria dos cirurgiões-dentistas pesquisados discordou que estão adequadamente treinados para apoiarem os pacientes tanto na cessação do tabagismo como do etilismo. Mesmo assim, 26% desses profissionais concordaram que estão capacitados para

promoverem a cessação do tabagismo e 11% para a cessação do etilismo entre os pacientes.

Macpherson et al. (2003) constataram que apenas 3% a 1% dos cirurgiões-dentistas referiram que receberam treinamento para aconselharem seus pacientes a interromperem os hábitos de tabagismo e etilismo, respectivamente.

Kujan et al. (2006) verificaram que 59,2% dos profissionais de saúde bucal pesquisados, relataram que aconselham seus pacientes sobre os riscos do tabagismo e do uso freqüente do álcool para todos que referiram alguma história anterior desses hábitos. Quando comparados os cirurgiões-dentistas especialistas e generalistas quanto à realização de ações para apoiarem os pacientes na cessação desses hábitos, um percentual maior entre os especialistas foi encontrado (73,2% *versus* 41,2%).

Em Horowitz et al. (2000), 28% dos cirurgiões-dentistas concordaram que estão adequadamente treinados para prover ações de suporte aos pacientes para a cessação do tabagismo e 50% dos profissionais referiram que necessitam ser adequadamente treinados para apoiarem à cessação deste hábito.

Horowitz et al. (2001) referiram que a falta de tempo dos profissionais de saúde bucal durante as suas rotinas para prover ações de educação em saúde bucal ou aconselhamento com relação à prevenção do câncer bucal e detecção precoce foi um dos principais fatores informados por estes para a não-realização de ações de combate ao câncer bucal no Estado de Maryland, nos Estados Unidos.

Com relação aos graus de importância de cada fator de risco no que diz respeito à etiologia do câncer bucal, o tabagismo (98,2%) e o álcool (95,4%) foram as situações que a maioria dos participantes mais apontou corretamente, assim

como ocorreu nas pesquisas de Yellowitz et al. (2000) e Clovis, Horowitz e Poel (2002a), com 99,7% e 92,7% e 99,4% e 90,4%, respectivamente.

Quanto aos graus de importância de cada uma das condições bucais para a possível evolução para um câncer bucal, a eritroplasia e a leucoplasia foram, nessa ordem, as condições bucais mais corretamente apontadas pelos cirurgiões-dentistas dos estudos de Clovis, Horowitz e Poel (2002a) e Yellowitz et al. (2000), com 49% e 37%, respectivamente, o que difere do presente estudo onde a leucoplasia, com 89%, foi a condição bucal cujos cirurgiões-dentistas mais corretamente apontaram como ligada à evolução para um câncer bucal e a eritroplasia apenas a terceira condição bucal mais corretamente apontada, com 68,4%.

O trauma e a estomatite nicotínica foram as duas situações que apresentaram menor percentual de acerto entre os participantes da pesquisa, o que não corroborou com os achados de McCann et al. (2000) e Macpherson et al. (2003). Lockhart, Norris Jr. e Pulliam (1998), concluíram, a partir de um estudo que avaliou 99 pacientes com câncer bucal em estágio avançado, que os aspectos dentais, relativos às arestas pontiagudas de elementos dentais com grandes destruições coronárias e restos radiculares, e protéticos, tais como as bordas de próteses totais ou parciais, podem ocasionar irritações crônicas importantes, mas com baixo potencial para gerar malignidade. Esses autores afirmaram ainda que outros estudos prospectivos devam ser realizados para estabelecer melhor esta relação.

A estomatite nicotínica é uma condição encontrada em tabagistas, mais comum em pessoas que fumam cachimbos e charutos. Desenvolve-se em resposta ao calor e acomete em grande parte dos casos a região do palato duro. Não é tida como lesão cancerizável e tem bom prognóstico, que tem o seu desaparecimento

ligado à interrupção do hábito (NEVILLE et al., 1998). A maior associação de importância entre os participantes estabelecida entre essa condição e a evolução para o câncer bucal talvez tenha se dado em virtude da relação intrínseca que o fumo mantém com a etiologia deste agravo.

Quanto ao grau de importância dos fatores de risco que estabelecem relação com a etiologia do câncer bucal, verificou-se que a maioria dos cirurgiões-dentistas (70,2%) possuiu um grau médio de conhecimento, 23,8% baixo e apenas 6% classificados com um grau alto de conhecimento. Estes dados corroboraram com os achados de Clovis, Horowitz e Poel (2002a), cujos cirurgiões-dentistas apresentaram também um grau médio de conhecimento e que predominou quando comparado aos graus baixo e alto. No entanto, no presente estudo, o grau médio se sobressaiu em quase 50% a mais em relação ao grau baixo e quase 55% a mais que o grau alto de conhecimento que nessa pesquisa.

Yellowitz et al. (2000) constataram entre as respostas fornecidas pelos profissionais de saúde bucal em relação aos conhecimentos sobre os fatores de risco, um percentual maior (35,2%) para o grau alto e semelhante entre os graus baixo e médio, diferentemente dos valores encontrados no presente estudo.

Em relação ao grau de importância das condições bucais quanto a possível evolução para um câncer, encontrou-se nesse estudo que a maioria dos participantes (67,4%) possuiu um grau médio de conhecimento, 18,8% baixo e 13,8% classificados com um grau alto de conhecimento. Novamente, verificou-se uma semelhança no perfil dos conhecimentos dos profissionais de saúde bucal dessa pesquisa e a de Clovis, Horowitz e Poel (2002a), cujos valores dos graus médios de conhecimento também se apresentaram mais altos quando comparados com os outros graus (alto e baixo), porém, quantitativamente menores. Comparando

esses achados com os de Yellowitz et al. (2000), verificou-se que foram encontrados nesse último, valores maiores para o grau baixo de conhecimento (37,3%) entre os cirurgiões-dentistas.

Ao obter-se o total dos valores de cada uma das duas condições, foi possível observar que 85,5% dos cirurgiões-dentistas do presente estudo foram classificados como possuindo um grau baixo de conhecimento, 14,2% um grau médio e apenas um profissional (0,4%) classificado com um grau alto de conhecimento. Clovis, Horowitz e Poel (2002a) constataram que o grau baixo predominou (35,1%) em relação aos graus médio (34,3%) e alto (30,6%), assim como ocorreu no presente estudo, contudo, em valores bem menores do que aqueles alcançados nesse.

O grande percentual de cirurgiões-dentistas que atuam nas unidades básicas de saúde do município de São Paulo com grau baixo de conhecimento em relação a soma dos valores obtidos dos fatores de risco ligados à etiologia do câncer bucal e às condições bucais quanto a possível evolução desse, demonstram a extrema necessidade de rever os conceitos da atuação desse profissional no que tange ao papel dele na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal, apesar de 90,8% afirmarem terem participado de algum curso sobre esse tema e 49,6% desses profissionais informaram que o realizaram nos últimos 12 meses.

Com relação às percepções dos cirurgiões-dentistas quanto ao fato desses encontrarem-se adequadamente capacitados para detectar lesões cancerizáveis, verificou-se que 64,5% referiram concordar parcialmente com esse ponto de vista e que a maioria desses profissionais (76,9%) relatou concordar que está adequadamente capacitada para detectar lesões cancerizáveis, seja plenamente ou parcialmente.

Apenas Clovis, Horowitz e Poel (2002a) referiram que a maioria dos cirurgiões-dentistas (56,7%) disse estar apta para detectar lesões cancerizáveis, mas que um terço desses profissionais discordou possuir esta aptidão, mais plenamente do que parcialmente.

Tanto McCann et al. (2000) como Macpherson et al. (2003) verificaram que um percentual menor de cirurgiões-dentistas demonstrou estar apto e confiante para detectar lesões cancerizáveis. Os primeiros referiram que apenas 38% estavam muito confiantes ou confiantes e que 17% desses profissionais relataram falta de confiança. Já os últimos autores encontraram que 44% dos cirurgiões-dentistas sentiram-se moderadamente confiantes na detecção de lesões cancerizáveis.

Foi possível verificar que, tanto em relação à aptidão dos cirurgiões-dentistas para realizar citologia esfoliativa e as condições que a unidade básica de saúde onde atuam oferece para a realização de tal exame complementar, quanto à aptidão desses profissionais para fazer biópsias e as condições que a unidade básica de saúde oferece para a realização desse exame, a maioria dos cirurgiões-dentistas referiu que está mais preparada para fazer citologias esfoliativas (54,6%) do que biópsia (40,1%) e que as unidades básicas de saúde do município de São Paulo não lhes oferecem condições para possibilitar a realização desses exames, tanto para citologia esfoliativa (73,1%) como para biópsia (76,5%).

Apesar do maior número de profissionais terem referido que estavam mais preparados para fazer citologia esfoliativa que biópsia, torna-se oportuno ressaltar que a citologia esfoliativa não é o exame complementar de primeira escolha, na maioria dos casos. Sua indicação é feita quando há algum impedimento para realizar biópsia, dentre outras situações em que é formalmente indicada.

O grande número de cirurgiões-dentistas que discordaram, plena ou parcialmente, quanto ao fato de estarem adequadamente capacitados para realizarem citologia esfoliativa (41,4%) e biópsia (56%), verificado nesse estudo, expõe uma realidade preocupante. Viu-se que, apesar dos conhecimentos relativos às teorias e práticas destes exames complementares serem considerados e ensinados durante a formação desse profissional e que a realização de tais procedimentos deve ser da atribuição de cada cirurgião-dentista, grande parte deles encontra limitações e que já estão inerentes em sua conduta.

A rotina estabelecida nos Sistemas Municipais de Saúde para o encaminhamento de pacientes com a indicação para a realização de exames complementares para fins de diagnóstico pode ser a principal razão para a ocorrência desse quadro que este estudo observou. Este fluxo induz a um pensamento de que estes procedimentos não são da atribuição do cirurgião-dentista generalista e que, portanto, este não deve se ater mais às preocupações relativas à manutenção dos conhecimentos pertinentes à área da Estomatologia, obtidos durante a sua graduação, já que há um outro profissional específico para isso.

A impossibilidade de providenciar a pronta realização do exame complementar em um paciente com lesões bucais suspeitas na unidade básica de saúde mais próxima de sua residência, pelo cirurgião-dentista com quem mantém contato e está mais vinculado, gera uma perda de tempo potencialmente importante e de oportunidade, além de provocar gastos desnecessários, incômodos e expectativas, nesse e em seus familiares, quanto à condição bucal que apresenta, causada pela não-resolutividade em âmbito local. Isto é alarmante, pois pode propiciar a ocorrência de maiores atrasos nos diagnósticos de câncer bucal.

A necessidade do cuidado de um cirurgião-dentista especialista reforça a idéia de que este é o profissional que efetivamente poderá resolver seu problema, podendo conduzi-lo a um pensamento em que, sempre que ocorrer algo semelhante novamente, seja com ele próprio ou com familiares e/ou amigos, ele tenderá buscar atenção odontológica diretamente com este cirurgião-dentista, o que fortalece a idéia do modelo de atenção à saúde odontológico hegemônico no Brasil, centrado na doença e na especialidade.

Outra situação que remete a reflexão diz respeito ao menor percentual de utilização de serviços de saúde na capital alcançado pelas consultas odontológicas (11,9%), dentre todos os outros serviços ofertados, divulgado recentemente pela Secretaria Municipal de Saúde, e justificado pela baixa oferta desse Serviço aos pacientes adultos e idosos. Nesse instante, surge o seguinte questionamento: até que ponto essa dificuldade de acesso dessa população, mais acometida pelo câncer bucal, às consultas odontológicas no município de São Paulo não está interferindo na maior incidência de casos e no diagnóstico em estágios avançados desta morbidade? Vê-se a necessidade de mais estudos prospectivos para esclarecer essa relação.

Ao constatar a presença de lesões bucais suspeitas nos pacientes, considerando a anamnese, a história médica do paciente, a história da doença atual e as hipóteses de diagnóstico e observadas as devidas condições e oportunidades para a realização destes dois exames, o cirurgião-dentista que atua nas unidades básicas de saúde encontra a possibilidade de executá-los diante da presença desse cenário adequado. Isso o conduzirá a necessidade da manutenção constante dos conhecimentos relativos à área da Estomatologia e o manterá mais preparado para lidar com estes casos.

Kowalski et al. (1991) afirmaram que ninguém mais que os cirurgiões-dentistas têm a possibilidade de fazer diagnóstico precoce do câncer bucal.

Lydiatt (2002) em um estudo com cirurgiões-dentistas generalistas, observou que 60% destes relataram que devem, mas não realizam biópsias e isso ocorreu devido ao fato dos profissionais não se sentirem habilitados para realizar tal procedimento.

Cavalari (2004) acredita na necessidade de se conscientizar socialmente os profissionais de saúde bucal quanto a este problema, devido ao fato de observar que muitos não estão devidamente preparados para atuar no diagnóstico precoce, esclarecendo-os da necessidade da incorporação do hábito de examinar criteriosamente todos os pacientes, independente de queixas específicas, e da realização de exames complementares como a citologia esfoliativa e a biópsia.

Todos os esforços devem ser feitos no sentido de prover aos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde, ainda que generalistas, as condições ideais para a realização dos exames complementares para fins de diagnóstico das lesões bucais suspeitas.

Quanto às percepções dos cirurgiões-dentistas quanto ao ensino que obtiveram durante a graduação em relação ao tema câncer bucal, constatou-se que 79,1% dos cirurgiões-dentistas avaliaram positivamente (muito bom e bom) o ensino obtido durante a graduação sobre câncer bucal, enquanto que 27% desses avaliaram negativamente (ruim e muito ruim) a apreensão desse conteúdo durante o curso de Odontologia que realizaram.

Isso corroborou com os achados de Horowitz et al. (2000) e Kujan et al. (2006). Estes últimos verificaram que a maioria dos cirurgiões-dentistas de sua pesquisa classificou o ensino da graduação sobre câncer bucal como muito bom e

bom, sendo que 51% dos profissionais classificaram-no como suficiente, 40,5% como insuficiente e 7% afirmaram não poder classificar o ensino obtido.

Horowitz et al. (2000) relataram que apenas 78% dos cirurgiões-dentistas de seu estudo classificaram o ensino obtido durante a graduação como muito bom e bom e apenas 20% como ruim e muito ruim.

Alonge e Narendran (2003) verificaram que os profissionais de saúde bucal participantes de seu estudo que classificaram o ensino da graduação como favorável referiram concordar que seus conhecimentos pertinentes à prevenção e ao diagnóstico precoce sobre câncer bucal encontravam-se mais atualizados que aqueles que classificaram o ensino obtido na graduação como desfavorável.

Quanto ao tempo para o encaminhamento, os achados desse estudo corroboraram com as pesquisas de McCann et al. (2000) e de Macpherson et al. (2003). Esses autores coincidentemente referiram que 54% dos cirurgiões-dentistas observavam as lesões bucais suspeitas pelo período de duas a três semanas para depois encaminharem, após a não-remissão do quadro.

Importante verificar que pouco mais de 40% dos cirurgiões-dentistas do presente estudo relatou que fazia o encaminhamento de pacientes com lesões bucais suspeitas na mesma consulta. Esse fato confirma a preocupação excessiva dos profissionais quanto às lesões bucais suspeitas em suas práticas e que, muitas vezes, refletem um não-reconhecimento, que ocorre pelo não-conhecimento, das condições benignas apresentadas por estas (muitas alterações da normalidade) e que dependendo do fluxo estabelecido para o encaminhamento de pacientes com lesões bucais suspeitas no Sistema de Saúde do município, pode gerar um acúmulo de pacientes nos centros especializados, ocasionando uma série de desconfortos aos pacientes e gerando gastos desnecessários ao Sistema.

Com relação ao local para onde os profissionais encaminhavam os pacientes com lesões bucais suspeitas, Alonge e Narendran (2003) encontraram que praticamente todos os cirurgiões-dentistas sentiam-se aptos para encaminhar seus pacientes nessas condições para um especialista na área. Nos estudos de Greenwood e Lowry (2001) e Kujan et al. (2006), a maioria dos profissionais pesquisados preferiu encaminhar seus pacientes para um cirurgião especialista em traumatologista buco-maxilo-faciais.

O encaminhamento para a Disciplina de Semiologia ou Estomatologia de alguma Faculdade de Odontologia referido pela maioria dos profissionais desse estudo pode ser reflexo de algumas situações importantes e que merecem maior atenção. Uma série de fatores contribuem para a ocorrência dessa situação como, dentre eles, o fato dos profissionais saberem os dias em que, sistematicamente, estas Disciplinas assistem aos pacientes com lesões bucais suspeitas, pela demanda por pacientes que esta tem, pela autoridade e competência dos professores que compõem o corpo docente e, sobretudo, pela efetiva resolutividade do caso apresentado pelo paciente, sem ônus financeiro para o paciente.

Esse fluxo pode ser resultado também da inexistência de uma referência estabelecida e articulada para os casos de pacientes com lesões bucais suspeitas no Sistema de Saúde, cujo cirurgião-dentista acaba preferindo encaminhar para esta Disciplina de alguma Faculdade próxima, ou não, à região onde atua. Trata-se, na verdade, do meio mais eficaz e eficiente quando há o surgimento de pacientes apresentando estas condições.

Esta conduta pode ainda gerar uma idéia de que esse campo de conhecimento não mais pertence ao alcance das ações dos cirurgiões-dentistas generalistas, que foi o perfil dos profissionais que participaram desse estudo, e que

havendo esta alternativa, estes não devem mais se ater aos conhecimentos que adquiriram e às especificidades dos procedimentos relativos à elucidação diagnóstica. Tal situação pode contribuir para o atraso no diagnóstico de câncer bucal dos pacientes com lesões bucais suspeitas.

O encaminhamento de pacientes para as Disciplinas de Semiologia ou Estomatologia de Faculdades de Odontologia gera a percepção de outras situações, ainda. É possível observar que, raramente, é verificada a prática do encaminhamento de pacientes aos cirurgiões-dentistas especialistas na área de Estomatologia, como há comumente em outras especialidades da área da Odontologia, o que faz com que o Serviço oferecido gratuitamente pelas clínicas destas Faculdades das Universidades, voltado especialmente aos pacientes da camada populacional mais desfavorecida social e economicamente, também seja freqüentado por pessoas de maior poder aquisitivo.

Constata-se com bastante freqüência também a prática do encaminhamento de pacientes com lesões bucais suspeitas para profissionais da área médica, tais como os otorrinolaringologistas, profissionais da área da saúde importantes para o trabalho conjunto na prevenção do câncer bucal. Porém, torna-se oportuno sobressaltar a relevância do papel do cirurgião-dentista nesse contexto e a possibilidade de indicar encaminhamentos para esse profissional, já que este está mais apropriado dos conhecimentos pertinentes à área da Estomatologia e cujo campo de saber e práticas abrangem a área que é acometida pelas lesões cancerizáveis.

A adesão da maioria dos cirurgiões-dentistas nas ações relativas à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal no âmbito das unidades básicas de saúde, referida por meio de suas participações nas campanhas de

prevenção do câncer bucal, quando na ocasião das campanhas de vacinação dos idosos contra a gripe, da existência de trabalhos sendo realizados com esses objetivos e o desejo expresso de que o Serviço disponibilize cursos de atualização sobre câncer bucal, fala a favor da possibilidade de se articular ações para a educação continuada desses profissionais quanto a esse tipo de câncer, tendo em vista a relevância de seus papéis nesse processo, a fim de corresponder tanto em relação às expectativas expressas por eles como pela necessidade de aprimorar os conhecimentos técnicos relativos à área da Estomatologia, demonstrada pelo presente estudo.

7 CONCLUSÕES

Quanto às ações que os cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo têm desenvolvido quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal, verificou-se que:

1. a maioria dos participantes (80,5%) realizava o exame dos tecidos moles da cavidade bucal dos seus pacientes nas consultas iniciais;
2. a maioria dos cirurgiões-dentistas (61,7%) perguntava aos pacientes, durante a anamnese, se fumavam ou ingeriam bebidas alcoólicas;
3. a maioria dos profissionais desconhecia as técnicas para apoiarem os pacientes na cessação do tabagismo (75,1%) e do etilismo (79,4%);
4. a maioria dos participantes (50,4%) observava os pacientes com lesões bucais suspeitas pelo período de duas semanas para depois encaminhar e quase a metade costuma encaminhá-los para a Disciplina de Semiologia ou Estomatologia de alguma Faculdade de Odontologia;

O baixo grau de conhecimento (85,5% dos participantes) quanto aos fatores de risco ligados à etiologia do câncer e às condições bucais mais relacionadas à evolução para esse agravo, pode estar repercutindo na não-identificação de lesões bucais suspeitas e no agravamento da realidade do câncer bucal no município de São Paulo, a partir da ocorrência de atrasos no diagnóstico do câncer bucal, com a conseqüente realização de terapias mais invasivas, mutilantes e mais custosas para o SUS.

Em relação às percepções que os cirurgiões-dentistas possuem para a realização das ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, observou-se que:

1. a maioria deles (76,9%) disse que concordava quanto ao fato de estar adequadamente capacitada para detectar lesões cancerizáveis, sendo que 64,5% dos profissionais apontaram que concordavam parcialmente;
2. a maioria dos participantes disse que estava mais preparada para realizar citologia esfoliativa (54,6%) do que biópsia (40,1%) e grande parte deles disseram que discordavam, plenamente ou parcialmente, quanto ao fato de estarem capacitados para realizarem tanto uma citologia esfoliativa (41,4%) como uma biópsia (56%);
3. a maioria dos profissionais (79,1%) avaliou positivamente, como muito bom e bom, o ensino obtido durante a graduação sobre o câncer bucal.
4. a maioria dos cirurgiões-dentistas referiu que as unidades básicas de saúde onde atuam não ofereciam condições, tanto para realizar citologia esfoliativa (73,1%) como biópsia (76,5%);

Quanto à análise do comportamento dos cirurgiões-dentistas que atuam nas unidades básicas de saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal, verificou-se que, apesar de terem referido atuar de modo condizente quanto às indagações nas consultas iniciais e de terem se considerado adequadamente capacitados para detectar lesões cancerizáveis, grande parte apresentou limitações extremamente relevantes em relação às práticas, ao não saber lidar com as ações de apoio à cessação do tabagismo e etilismo e ao discordar que não se sentem aptos para realizarem citologia esfoliativa e biópsia.

Vê-se a urgente necessidade de se propor uma política pública de combate ao câncer bucal no município de São Paulo, que considere a necessidade de aprimorar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas que atuam nas unidades básicas de saúde, tendo em vista o papel fundamental e estratégico que naturalmente lhes está atribuído na prevenção e no diagnóstico precoce dessa morbidade nesse âmbito, e de apoiar a realização de tais ações nestas unidades, proporcionando condições adequadas para a execução dos exames complementares e amenizando os desgastes emocionais, temporais e financeiros gerados pela conduta do encaminhamento.

REFERÊNCIAS¹

Alonge OK, Narendran S. Opinions about oral cancer prevention and early detection among dentists practicing along the Texas-Mexico border. *Oral Dis* 2003;9:41-5.

Araújo Filho VJF, De Carlucci Júnior D, Sasaki SU, Montag E, Azato FN, Cordeiro AC, et al. Perfil de incidência do câncer oral em um hospital geral em São Paulo. *Rev Hosp Clín Fac Med* 1998;53(3):110-3.

Bercht SMB. O câncer de boca sob o modelo odontológico hegemônico. Tese [Doutorado]. Niterói: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense; 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2003a. 92 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Falando sobre câncer da boca. Rio de Janeiro: INCA; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional, Rio de Janeiro: INCA; 2003b. v. 3, 208 p.

Brasil. Senado Federal. Constituição Brasileira de 1988. Disponível em: URL: www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf [13 abr. 2003c].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2005a. 94 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Disponível em: URL: <http://www.datasus.gov.br> [21 jul. 2005b].

Brasil. Conselho Regional de Odontologia de São Paulo. Disponível em: http://www.crosp.org.br/estatisticas_crosp/index.html [23 jun. 2006b].

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

Brothwell DJ, Armstrong KA. Smoking cessations services provided by dental professionals in a rural Ontario Health Unit. *J Can Dent Assoc* 2004;70(2):94-8.

Canto MT, Horowitz AM, Child WL. Views of oral cancer prevention and early detection: Maryland physicians. *Oral Oncol* 2002;38:373-7.

Carpenter WM, Silverman Jr. S. Oral cancer: the role of the dentist in prevention and early detection. *Dentistry Today* 2001;20(5):92-7.

Cavalari MC. Uma visão sobre o câncer bucal. *Rev Bras Patol Oral* 2004;3(4):227-8.

Cervi A, Hermsdorff HHM, Ribeiro RCL. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(4):407-18.

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):421-5.

Cruz GD, Le Geros RZ, Ostroff JS, Hay JL, Kenigsberg H, Franklin M. Oral cancer Knowledge, risk factors and characteristics of subjects in a large oral cancer screening program. *J Am Dent Assoc* 2002;133:1064-71.

Dias AA, Sampaio JJC. Câncer de boca no Brasil e no Ceará: informações epidemiológicas. *Rev Sustentação* 2003;33-8.

Ephros H, Lederman DA. Reducing morbidity and mortality from oral and oropharyngeal cancer. *Alpha Omegan* 2002;95(2):19-24.

Faria PR, Cardoso SV, Nishioka SA, Silva SJ, Loyola AM. Clinical presentation of patients with oral squamous cell carcinoma when first seen by dentists or physicians in a teaching hospital in Brazil. *Clin Oral Invest* 2003;7:46-51.

Field EA, Morrison T, Darling AE, Parr TA, Zakrzewska JM. Oral mucosal screenings an integral part of routine dental care. *Br Dent J* 1995;179:262-6.

Franceschi S, Bidoli E, Herrero R, Munoz N. Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. *Oral Oncol* 2000 Jan;36(1):106-15.

Freije J, Kumar JV. Prevention of cancers of oral cavity and pharynx in the New York State. *NY State Dent J* 2001;67(3):26-30.

Gellrich NC, Suarez-Cunqueiro MM, Bremerich A, Schramm A. Characteristics of oral cancer in a central European population – Defining the dentist's role. *J Am Dent Assoc* 2003;134:307-14.

Gorsky M, Dayan D. Referral delay in diagnosis of oro/oropharyngeal cancer in Israel. *Oral Oncol, Eur J Cancer* 1995;31B(3):166-8.

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.

Greenwood M, Thomson PJ, Lowry RJ, Steen IN. Oral cancer: material deprivation, unemployment and risk factor behaviour – an initial study. *Int J Maxillofac Surg* 2003; 32:74-7.

Guerra MR, Moura Gallo CV, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil:tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol* 2005;51(3):227-34.

Hashibe M, Jacob BJ, Thomas G, Ramdas K, Mathew B, Sankaranarayanan R, et al. Socioeconomic status, lifestyle factors and oral premalignant lesions. *Oral Oncol* 2003;39:664-71.

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

Hollows P, McAndrew PG, Perini MG. Delays in the referral and treatment of oral squamous cell carcinoma. *Br Dent J* 2000;188(5):262-5.

Holmes JD, Dierks EJ, Homer LD, Potter BE. Is detection of oral and oropharyngeal squamous cancer by a dental health care provider associated with a lower stage at diagnosis? *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61:285-91.

Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS, Yellowitz JA. Oral pharyngeal cancer prevention and early detection – Dentist's opinion and practices. *J Am Dent Assoc* 2000;131(1):453-62.

Horowitz AM, Siriphant P, Sheikh A, Child WL. Perspectives of Maryland dentist on oral cancer. *J Am Dent Assoc* 2001;132:65-71.

Humphris GM, Ireland RS, Field EA. Immediate knowledge increase from an oral cancer information leaflet in patients attending a primary health care facility: a randomized controlled trial. *Oral Oncol* 2001;37:99-102.

Johnson N. Tobacco use and oral cancer: A global perspective. *J Dent Educ* 2001;65(4):328-36.

Jordán MG, Rosales MS, Anta JL, Garrote LF, Moya LAM. Distribución del cáncer bucal por etapas clínicas. Cuba (1988-1994). *Rev Cubana Oncol* 1999;15(3):170-5.

Kerr AR, Cruz GD. Oral cancer: practical prevention and early detection for the dental team. *NY State Dent J* 2002;68(7):44-54.

Kirchenchtejn C, Chatkin JM. Diretrizes para cessação do tabagismo. Dependência da nicotina, capítulo 3. *J Bras Pneumol* 2004;30(Supl 2):S11-S18.

Kligerman J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil – 2002. *Rev Bras Cancerol* 2002;48(2):175-9.

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, Magrin J, Riera C, Coelho FR, Zeferino LC. Modelo de programa de prevenção e detecção precoce do câncer bucal. *Saúde Debate* 1991;32:66-71.

Kujan O, Duxbury AJ, Glenny AM, Thakker NS, Sloan P. Opinions and attitudes of the UK's GDP's and specialists in oral surgery, oral medicine and surgical dentistry on oral cancer screening. *Oral Dis* 2006;12:194-9.

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

Leão JC, Góes P, Sobrinho CB, Porter S. Knowledge and clinical expertise regarding oral cancer among Brazilian dentists. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005;34:436-9.

Leavell S, Clarck EG. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.

Leite ICG, Koifman S. Survival analysis in a sample of oral cancer patients at a reference hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Oral Oncol* 1999;34:347-52.

Lewin F, Norell SE, Johansson H. Smoking tobacco, oral snuff and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer* 1998;82:1367-75.

Lydiatt D. Cancer of the oral cavity and medical malpractice. *Laryngoscope* 2002; 112(5):816-9.

Lockhart PB, Norris Jr CM, Pulliam C. Dental factors in the genesis of squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Oral Oncol* 1998;34:133-9.

McCann MF, Macpherson LMD, Gibson J. The role of the general dental practitioner in detection and prevention of oral cancer: a review of the literature. *Dent Update* 2000;27(8):404-8.

McCann MF, Macpherson LMD, Binnie VI, Stephen KW. A survey of Scottish primary care dental practitioners' oral cancer-related practices and training requirements. *Com Dent Health* 2000;17:24-30.

Macpherson LMD, McCann MF, Binnie VI, Stephen KW. The role of primary health care professionals in oral cancer prevention and detection. *Br Dent J* 2003;195:277-81.

Mashberg A. Diagnosis of early oral and oropharyngeal squamous carcinoma: obstacles and their amelioration. *Oral Oncol* 2000;36:253-5.

Moreno-López LA, Esparza-Gómez GC, González-Hernández MJ, Dominguez-Rojas V. Risk of oral cancer associated with tobacco smoking, alcohol consumption and oral hygiene: a case-control study in Madrid, Spain. *Oral Oncol* 2000;36:170-4.

Nagao T, Warnakulasuriya S. Annual screening for oral cancer detection. *Cancer Detect Prev* 2003;27:333-7.

Neville BD, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 1998. cap. 10, p. 286-301.

Nevola AC, Carvalho MB. Gastos com diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer avançado de cabeça e pescoço. Rev Soc Bras Cancerol 2000;3(12). Disponível em: <http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/12artigo1.asp?nrev=no.12> [20 maio 2003].

Nogueira RLM, Lima GM, Rabenhorst SHB, Ferreira FVA. Detecção da p53 em lesões benignas e malignas da mucosa bucal: correlação com o hábito de fumar. Rev Cir Traumatol Buco-Max-Fac 2004;4(1):33-62.

Ogden GR, Macluskey M. An overview of the prevention of oral cancer and diagnostic markers of malignant change: I. Prevention. Dent Update 2000;27:95-9.

Onizawa K, Nishihara K, Yamagata K, Yusa H, Yanagawa T, Yoshida H. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. Oral Oncol 2003; 39:781-8.

Ord RA, Blanchaert Jr RH. Current management of oral cancer. J Am Dent Assoc 2001;132:19S-23S.

Paes NA. A mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias na população idosa brasileira. Rev Panam Salud Publ 2004;15(4):223-41.

Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Com Dent Oral Epidemiol 2003;31(Suppl.1):3-24.

Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Org [periódico on line]. Sept. 2005;83(9) Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0042-9686200050000900011Ing=enrm=iso [11 Dez. 2005].

Pitiphat W, Diehl SR, Laskaris G, Cartos V, Douglass CW, Zavros AI. Factors associated with delay in the diagnosis of oral cancer. J Dent Res 2002;81(3):192-7.

Sanderson RJ, Ironside JAD. Squamous cell carcinomas of the head and neck. BMJ 2002;325(12):822-7.

São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. GATS - Grupo de Avaliação Técnica de Saúde. Centro Técnico de Saúde Bucal. Prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, São Paulo; 2002.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Síntese da situação da cidade de São Paulo em relação às demais capitais. São Paulo; 2004a.

São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. GATS - Grupo de Avaliação Técnica de Saúde. Centro Técnico de Saúde Bucal. Prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. São Paulo; 2004b.

São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde. Fundação Oncocentro. Disponível em: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br> [12 Dez. 2005a].

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Boletim CEInfo ISA-Capital n.1 – Julho/2005b.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Painel de monitoramento das condições de vida e saúde e da situação dos serviços de saúde. São Paulo; 2005c.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Diagnóstico Mínimo por Coordenadoria Regional de Saúde. Disponível em: http://www.portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/informacoes_saude/0005 [22 abr. 2006].

Sham ASK, Cheung LKM, Jin IJ, Corbet EF. The effects of tobacco use on oral health. Hong Kong Med J 2003;9(4):271-7.

Silverman Jr S. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers. The outcomes, the trends, the challenge. J Am Dent Assoc 2001;132:7S-10S.

Soares de Lima AA, França BHS, Ignácio SA, Baioni CS. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. Rev Bras Cancerol 2005;51(4):283-8.

Souza EF, Souza EBL. Câncer inicial de boca. Disponível em: www.cmc.org.br/revista/art_atualizacao.htm [21 mar. 2003].

Summers RM, Williams SA, Curzon MEJ. The use of tobacco and betel quid (“pan”) among Bangladeshi woman in West Yorkshire. *Community Dent Health* 1994;11(1): 12-6.

Universidade Presbiteriana Mackenzie. Faculdade de Ciências Econômicas, Contábeis e Administrativas. A construção do Índice Econômico de Qualidade de Vida. Versão Preliminar. São Paulo. Maio de 2005. Disponível em: <http://www.mackenzie.com.br/universidade/fceca/eco/cpqv/relatoriocompleto.pdf> [04 jun. 2005].

Venturi BRM, Cabral MG, Lourenço SQC. Carcinoma de células escamosas oral – contribuição de vírus oncogênicos e alguns marcadores moleculares no desenvolvimento e prognóstico da lesão: uma revisão. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004;70(3):385-92.

Warnakulasuriya KAAS, Harris CK, Scarrot DM, Watt R, Gelbier S, Peters TJ, et al. An alarming lack of public awareness towards oral câncer. *Br Dent J* 1999;187(6):319-22.

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

Wunsch Filho V, Gattás GJF. Biomarcadores moleculares em câncer: implicações para a pesquisa epidemiológica e a saúde pública. *Cad Saúde Públ* 2001;17(3):467-80.

Wunsch Filho V, Moncau JE. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: Padrões regionais e tendências temporais. *Rev Assoc Med Bras* 2002;48(3):250-7.

Yellowitz JA, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Survey of U.S. dentist’s knowledge and opinions about oral pharyngeal cancer. *J Am Dent Assoc* 2000; 131(4):653-61.

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia

ORIENTAÇÕES AO SR. (A) DIRETOR (A) DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

ESTUDO: Comportamento dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal

As informações abaixo são para esclarecer e pedir sua participação voluntária neste estudo que tem por finalidade conhecer as ações que os cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo têm desenvolvido quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal, além das percepções que estes profissionais possuem para a realização das mesmas.

Reconhecemos a importância do papel que o cirurgião-dentista assume nas Unidades Básicas de Saúde quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce das lesões bucais suspeitas, e gostaríamos de evidenciar a realização, ou não, de tais ações e reconhecer quais os fatores limitantes para a sua operacionalização.

Esta carta tem a função de orientar o(a) Sr.(a) Diretor(a) como proceder com os documentos para a coleta dos dados desta pesquisa. Além deste instrumento, fazem parte do conteúdo desta correspondência os questionários e os termos de consentimento livre e esclarecido, em quantidade equivalente ao número de cirurgiões-dentistas que atuam nesta Unidade, destinados ao seu preenchimento, e um envelope selado para o reenvio dos documentos ao autor da pesquisa.

Para otimizar a coleta das informações em tempo hábil para esta pesquisa, sugerimos ao(à) Sr.(a) Diretor(a) a seguinte rotina: destine os documentos, o questionário e o termo de consentimento livre e esclarecido, grampeados e numerados, aos cirurgiões-dentistas que atuam em sua Unidade, esclarecendo-os quanto à pesquisa e sua relevância, convidando-os à leitura do termo de consentimento livre e esclarecido. Àqueles que desejarem participar da pesquisa, devem preencher este documento e responder todos os itens do questionário.

Oriente os participantes do estudo para procederem às respostas em local apropriado e que, somente após o total preenchimento dos documentos, devem retorná-los ao(à) Sr.(a) Diretor (a).

Devido à premência de tempo e a necessidade de tabular os dados dentro do prazo exigido pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, solicitamos que a correspondência com as respostas seja enviada o mais breve possível.

Trata-se de uma pesquisa importante para a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, no sentido de evidenciar uma realidade a cerca das ações relativas à prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal e de auxiliá-la no planejamento destas ações e na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Gostaríamos de agradecer ao(à) Sr.(a) Diretor e a todos os profissionais envolvidos neste trabalho pela atenção dispensada na coleta dos dados desta pesquisa, o que, de fato, fará com que este estudo alcance os objetivos propostos. Os principais resultados deste serão enviados posteriormente a V. Sa., afim de que possa verificar a realidade em torno do comportamento dos cirurgiões-dentistas frente a esta morbidade.

Caso necessite de maiores esclarecimentos, a qualquer momento durante o andamento da pesquisa, entre em contato com o pesquisador através de telefone e/ou e-mail, disponibilizados abaixo. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, solicitamos ainda que entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Av. Lineu Prestes, 2227, CEP 05508-000, São Paulo-SP) e/ou da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Rua General Jardim, 36 – 2 andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br).

São Paulo, Março de 2005.

Responsável pelo Projeto: _____

ÉRICO MARCOS DE VASCONCELOS

CRO nº. 67.093

Mestrando em Diagnóstico Bucal, subárea Semiologia, da
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP)

Endereço: Avenida Lineu Prestes, 2227, CEP 05508-000, São Paulo-SP
A/C Departamento de Estomatologia – Disciplina de Semiologia

Telefone: (11) 9981-0706

E-mail para contato: ericoeju@usp.br

APÊNDICE B - Questionário

a) Sexo: () M () F

b) Idade: _____ anos

c) Tempo de Graduado: _____ anos

d) Pós-graduação: () Não tenho () Especialização () Mestrado
() Doutorado () Livre-Docência

e) Em qual região de São Paulo sua Unidade de Saúde está localizada:

() Norte () Sul () Centro () Leste () Oeste

f) Você trabalha em algum outro local?

() Sim () Não

Onde: () Em consultório odontológico próprio

() Em consultório odontológico de outras pessoas, dividindo-o com outros profissionais ou como contratado

() Ambos

() Outros: _____

1. Com que frequência você realiza o exame dos tecidos moles da cavidade bucal do seu paciente, **nas consultas iniciais**:

() Sempre

() Ocasionalmente

() Quando há queixa do paciente

2. Você pergunta aos seus pacientes se eles fumam ou bebem, **durante a anamnese**?

() Rotineiramente

() Algumas vezes

() Raramente

() Nunca

Qual sua conduta ao saber que seus pacientes fumam ou bebem, **quando perguntados durante a anamnese**?

() Nenhuma

() Orienta

() Encaminha

() Outros: _____

3. Você já foi informado sobre as técnicas utilizadas para ajudar os pacientes a abandonarem o tabagismo?

() Sim () Não

Se SIM, qual técnica você utiliza: _____

4. Você já foi informado sobre as técnicas utilizadas para ajudar os pacientes a abandonarem o etilismo?

() Sim () Não

Se SIM, qual técnica você utiliza: _____

5. Marque com um "X" o grau de importância de cada fator de risco no que diz respeito à **etiologia do câncer bucal**:

	Importante	Moderadamente Importante	Não é Importante	Não Sei
Idade do paciente				
Álcool				
Infecção bacteriana				
Trauma				
Infecção fúngica				
Tabagismo				
Infecção viral				

6. Marque com um "X" o grau de importância de cada condição bucal quanto a possível **evolução para um câncer**:

	Importante	Moderadamente Importante	Não é Importante	Não Sei
Aftas				
Candidíase crônica				
Eritroplasia				
Estomatite nicotínica				
Leucoplasia				
Língua geográfica				
Líquen plano				
Nevo branco esponjoso				

7. Em relação à afirmativa: “Estou **adequadamente** capacitado(a) para detectar lesões cancerizáveis”. Você:
- () Concorda plenamente
 - () Concorda parcialmente
 - () Discorda parcialmente
 - () Discorda plenamente
 - () Não sei
8. Para o encaminhamento de algum paciente portador de lesões bucais suspeitas, você:
- () Faria o encaminhamento na mesma consulta
 - () Observaria pelo período de 2 semanas para depois encaminhar
 - () Observaria pelo período de 3 a 4 semanas para encaminhar
 - () Esperaria por mais de 5 semanas para encaminhar
9. Em relação à afirmativa: “Estou **adequadamente** capacitado(a) para realizar uma citologia esfoliativa”. Você:
- () Concorda plenamente
 - () Concorda parcialmente
 - () Discorda parcialmente
 - () Discorda plenamente
 - () Não sei
10. Sua Unidade Básica de Saúde lhe dá condição de fazer uma citologia esfoliativa?
- () Sim () Não
11. Em relação à afirmativa: “Estou **adequadamente** capacitado(a) para realizar uma biópsia”. Você:
- () Concorda plenamente
 - () Concorda parcialmente
 - () Discorda parcialmente
 - () Discorda plenamente
 - () Não sei
12. Sua Unidade Básica de Saúde lhe dá condição de fazer uma biópsia?
- () Sim () Não

13. Como você classificaria o ensino que obteve durante a sua graduação em relação ao tema “Câncer Bucal”:
- Muito bom
 - Bom
 - Ruim
 - Muito ruim
 - Não sei
14. Para quem você costuma encaminhar seus pacientes com lesões bucais suspeitas:
- Para um médico
 - Para um cirurgião-dentista especialista que rotineiramente atende na Unidade Básica de Saúde em que trabalha
 - Para um cirurgião-dentista especialista que atende em outra Unidade Básica de Saúde
 - Para o consultório particular de cirurgião-dentista especialista em Estomatologia
 - Para a Disciplina de Semiologia de alguma Faculdade de Odontologia
 - Para um hospital de referência mais próximo da Unidade de Saúde
 - Outros: _____
15. Existe atualmente algum trabalho sendo realizado em sua Unidade de Saúde que tenha como objetivo a **prevenção do câncer bucal**:
- Sim Não
16. Você já participou de cursos sobre algum tema relacionado ao “Câncer Bucal”:
- Sim Não
- Em caso **positivo**, quando? Menos de 12 meses Há 5 anos ou mais
- De 1 a 4 anos Nunca fiz
17. Você gostaria que seu Serviço disponibilizasse cursos de atualização sobre “Câncer Bucal”?
- Sim Não
18. Você já participou das campanhas de prevenção do câncer bucal realizadas concomitantemente às campanhas de vacinação de idosos?
- Sim Não

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: Comportamento dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa acima citada. O documento abaixo contém as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós e não causará nenhum prejuízo a você, podendo você desistir a qualquer momento.

As informações abaixo são para esclarecer e pedir sua participação voluntária neste estudo que tem por finalidade conhecer as ações que os cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo têm desenvolvido quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal, além das percepções que estes profissionais possuem para a realização das mesmas.

Reconhecemos a importância do papel que o cirurgião-dentista assume nas Unidades Básicas de Saúde quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce das lesões bucais suspeitas, e gostaríamos de evidenciar a realização, ou não, de tais ações e reconhecer quais os fatores limitantes para a sua operacionalização.

O diagnóstico da realidade sobre a atuação do cirurgião-dentista no combate à prevenção do câncer bucal no município de São Paulo, sobretudo no reconhecimento das dificuldades que este possa ter para a realização deste trabalho, é um dos benefícios diretos que este estudo pretende alcançar, dentre outros.

Não haverá quaisquer despesas financeiras, nem riscos ou desconfortos, àqueles que desejarem participar da pesquisa durante a realização dos procedimentos.

Retorne ao autor da pesquisa, por meio dos Correios, o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente preenchidos, sendo este último assinado, utilizando-se do envelope selado, contido na correspondência, em um prazo de até 7 dias após o recebimento desta.

As informações obtidas não serão utilizadas para divulgar a sua identidade e tais dados somente serão utilizados para este estudo. Caso necessite de maiores esclarecimentos, a

qualquer momento durante o andamento da pesquisa, entre em contato com o pesquisador através de telefone e/ou e-mail, disponibilizados abaixo.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, solicitamos ainda que entre em contato com o Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Av. Lineu Prestes, 2227, CEP 05508-000, São Paulo-SP) e/ou da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Rua General Jardim, 36 – 2 andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br).

Após ler estas informações e de ter as dúvidas suficientemente esclarecidas pelo pesquisador, tem-se a sua concordância em participar de forma voluntária neste estudo.

São Paulo, Fevereiro de 2005.

Voluntário ou representante legal: _____

Documento de identificação (RG, CPF ou CRO): _____

Responsável pelo Projeto: _____

ÉRICO MARCOS DE VASCONCELOS
CRO nº 67.093

Mestrando em Diagnóstico Bucal, subárea Semiologia, da
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP)

Endereço / Telefone / E-mail para contato:

Avenida Lineu Prestes, 2227, CEP 05508-000, São Paulo-SP
A/C Departamento de Estomatologia – Disciplina de Semiologia
(11) 9981-0706
ericoeju@usp.br

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest
Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 21 de dezembro de 2004.

Ofício Nº 435/2004 – CEPSMS

Prezado (a) Senhor (a),

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo analisou, e **APROVOU**, de acordo com a Resolução 196/96, o protocolo de pesquisa “*Comportamento dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo quanto à prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal*”; registro 245/2004–CEPSMS, de autoria do(a) pesquisador(a) *Érico Marcos de Vasconcelos*.

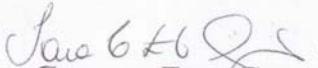
Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salienamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,


IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEPSMS

Ilmo(a). Sr(a).

Érico Marcos de Vasconcelos

Nesta

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PARECER DE APROVAÇÃO
Protocolo 100/04

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa, APROVOU o protocolo de pesquisa "*Comportamento dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal*", de responsabilidade do Pesquisador **Érico Marcos de Vasconcelos**, sob orientação do Professor Doutor **Jayro Guimarães Junior**.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 06 de junho de 2005

Prof. Dr. **Rogério Nogueira de Oliveira**
Coordenador do CEP-FOUSP