



Universidade Estadual de Feira de Santana

Michelle Miranda Lopes Falcão

*Conhecimento dos cirurgiões-dentistas
em relação ao câncer bucal*

Feira de Santana
2006

Michelle Miranda Lopes Falcão

*Conhecimento dos cirurgiões-dentistas
em relação ao câncer bucal*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva como exigência para obtenção do grau de Mestre pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a Dr^a Thereza Christina Bahia Coelho

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Técia Daltro Borges Alves

Feira de Santana
2006

Michelle Miranda Lopes Falcão

Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva como exigência para obtenção do grau de Mestre pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Área de concentração: Epidemiologia

Feira de Santana, ____/____/____

Prof^a Dr^a. Thereza Christina Bahia Coelho
(Universidade Estadual de Feira de Santana)

Prof^a Dr^a. Lélia Batista de Souza
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte)

Prof^a Dr^a. Maria Isabel Pereira Vianna
(Universidade Federal da Bahia)

Aos meus pais, pelo amor e confiança dedicados,

*A Igor, João Victor, Lais e Mariana que através da
inocência de criança, enchem minha vida de alegria,*

*A Valéria, um exemplo a ser seguido, pelo carinho,
valioso incentivo e amizade.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir a realização deste sonho.

A Paulinho, pela compreensão e apoio em todos os momentos que a minha ausência se fez necessária.

Aos meus queridos irmãos Luciana, Fernanda, Vívian e Nandinho, pelo incentivo e força naqueles momentos em que a presença da família era fundamental para continuar a caminhada.

À Cristina Borges, Johelle Passos, Hyrlana Leal, Kionna Bernardes, Paloma Pinho e Rejane Lopes, pela força e cumplicidade tão importantes nesta jornada.

À Prof^a Dra. Thereza Christina Bahia Coelho, pela confiança, pela sinceridade e por ter acreditado em mim, sempre.

À Prof^a Dra. Técia Daltro Borges Alves, pela paciência, disponibilidade e atenção dedicadas à concretização deste sonho.

À Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Prof^a Dra. Tânia Maria Araújo, pelo seu engajamento na luta para elevar a qualidade e o conceito deste Programa.

À Prof^a Dra. Conceição Costa, que mesmo sem me conhecer, concedeu a oportunidade para o desenvolvimento deste trabalho.

A todos os docentes do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, pela experiência, tão importantes ao processo de construção do conhecimento.

Aos professores, funcionários e discentes da disciplina OPS IV, pela atenção, carinho, acolhimento e incentivo.

Aos bolsistas João, Diego, Laydiane, Fábio, Cíntia e Bruno, pela colaboração durante toda a pesquisa, principalmente, na coleta e criação do banco de dados.

À Goreth e Rosane, pela dedicação ao processo de consolidação do nosso Programa.

À CAPES pelo incentivo, sem o qual não poderia concretizar a realização de mais uma etapa da minha vida.

Ao CNPq pela concessão do auxílio à dissertação, tão importante à construção desta pesquisa.

Enfim, a todos os amigos, pela compreensão e carinho.

“O que é belo neste mundo, e anima, é ver que na vindima de cada sonho fica a cepa a sonhar outra aventura. E que a doçura que não se prova se transfigura noutra doçura muito mais pura e muito mais nova.”

Miguel Torga

RESUMO

O câncer bucal é um problema de saúde pública no mundo, inclusive no Brasil. A maioria dos casos da doença é detectada em fase avançada, em indivíduos de baixa renda e com pouco acesso aos serviços de saúde. Esta neoplasia pode ser prevenida, pois os principais fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da doença são, em sua maioria, de ordem sócio-ambiental. O tratamento, nos estágios avançados, revela-se de alto custo econômico e social, com prognóstico desfavorável. O objetivo deste estudo foi verificar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas de Feira de Santana - Bahia sobre o câncer bucal. Foi realizado um estudo exploratório em que se aplicou um questionário a uma amostra de 240 cirurgiões-dentistas. Após o procedimento de coleta de dados, procedeu-se a análise estatística por meio do programa SPSS 10.0 for Windows, empregando-se o teste do qui-quadrado de Pearson, na análise de correlação de freqüências. Os resultados revelaram que dos profissionais que participaram da pesquisa, 151 (62,9%) eram do gênero feminino, 148 (62,9%) tinham até 37 anos, 125 (53,2%) até dez anos de formados e 122 (50,8%) eram especialistas. O nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico de câncer bucal foi considerado baixo para 69,5% dos profissionais. Os profissionais relataram não investigar a presença de lesões na primeira consulta em 21,1% dos casos. Somente 58,3% apontaram o carcinoma espinocelular como o tipo de câncer bucal mais freqüente. O consumo de tabaco (100%), o uso de bebidas alcoólicas (89,2%), a exposição solar (83,3%) e a história familiar (93,3%) foram os fatores de riscos mais apontados. Entretanto, (96,3%) e (71,3%) acreditavam que o uso de próteses mal adaptadas e a presença de dentes em mau estado constituíam-se em fatores de risco para a doença, respectivamente. Apenas 3,75% dos entrevistados obtiveram o maior conceito em relação ao conhecimento. Os achados condizem com os resultados revelados em outros estudos e apontam para a necessidade de reformulação do ensino, de forma a capacitar os profissionais para o diagnóstico precoce, e para o investimento em políticas públicas saudáveis no município que possibilitem a adoção de estratégias de prevenção primária para redução da morbimortalidade da doença.

Palavras-chaves: câncer bucal, cirurgião-dentista, conhecimento, diagnóstico e fatores de risco.

ABSTRACT

The oral cancer is a problem of public health in the world, including in Brazil. Most cases of the disease are detected in an advanced phase, in low-income individuals, those with little access to the health services. This neoplasia can be preventable, since the main related factors of risk related to the development of the disease are, in general, from social/environmental basis. The treatment, in the advanced period, turns out to be of high economic and social cost, with unfavorable prognostic. The purpose of this study was to verify the knowledge of the dentists from Feira de Santana – Bahia on the oral cancer. An exploratory study was carried out in which a questionnaire was applied to a random sample of 240 dentists. After the procedure of data collection, the statistics analysis proceeded through the program SPSS 10,0 for Windows, making use of Pearson's chi squared test, in the analysis of correlation of frequencies. The results have disclosed that, among the professionals who have participated in the research, 151 (62,9%) were female, 148 (62,9%) were up to 37 years of age, 125 (53,2%) up to ten years who had graduated and 122 (50,8%) were specialists. The level of reliability to carry out the diagnostic procedures of oral cancer was considered low for 69,5% of the professionals. The professionals have reported not to investigate the presence of injuries in the first consultation in 21,1% of the cases. Only 58.3% indicated the spinocellular carcinoma as the most frequent type of oral cancer. Tobacco consumption (100%), alcoholic beverage ingestion (89,2%), solar exposition (83,3%) and family history (93,3%) have been the most reported risk factors. Nevertheless, (96,3%) and (71,3%), respectively, believed that the use of badly adapted prosthesis and uncared teeth presence made up risk factors for the disease. Only 3.75% of the interviewed ones have gotten the highest results concerning the knowledge. The findings agree with the results disclosed in other studies and indicate the need of educational reshaping, in order to enable the professionals for an early diagnosis, and for the investment in healthful public policies in the city, which enable the adoption of strategies of primary prevention for reduction of the morbimortality of the disease.

Keywords: oral cancer, dentists, knowledge, diagnosis and factors of risk.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição do nº e % dos cirurgiões-dentistas, segundo características do perfil profissional em Feira de Santana, 2006.....	68
TABELA 2 - Distribuição do nº e % dos cirurgiões-dentistas, segundo tipo de especialidade no município de Feira de Santana, 2006.....	69
TABELA 3 - Distribuição do nº e % da opinião dos cirurgiões-dentistas quanto ao interesse e percepção sobre o seu conhecimento em relação ao câncer bucal em Feira de Santana, 2006.....	71
TABELA 4 - Distribuição do nº e % das práticas clínicas em relação ao câncer bucal realizadas pelos cirurgiões-dentistas de Feira de Santana, 2006.....	73
TABELA 5 - Distribuição do nº e % das características clínicas do câncer bucal, segundo o conhecimento dos cirurgiões-dentistas, Feira de Santana, 2006.....	75
TABELA 6 - Distribuição do nº e % dos fatores e condições de risco para o câncer bucal, segundo o conhecimento dos cirurgiões-dentistas de Feira de Santana, 2006.....	77
TABELA 7 - Distribuição do nº e % da opinião dos cirurgiões-dentistas sobre o conhecimento do paciente em relação ao câncer bucal, Feira de Santana, 2006.....	78
TABELA 8 - Correlação entre as variáveis relacionadas às características pessoais e de trabalho do cirurgião-dentista e o escore do nível de conhecimento, Feira de Santana, 2006.....	81
TABELA 9 - Correlação entre as variáveis relacionadas à formação e educação continuada e o conceito, Feira de Santana, 2006.....	83
TABELA 10 - Correlação entre as variáveis relacionadas a atitudes, percepções e práticas do cirurgião-dentista mais relevantes e o conceito, Feira de Santana, 2006.....	85
TABELA 11 - Correlação entre as variáveis relacionadas ao auto-exame da boca e o conceito, Feira de Santana, 2006.....	86

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDs	Cirurgiões-Dentistas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRLB	Centro de Referência de Lesões Bucais
CRO	Conselho Regional de Odontologia
CROBA	Conselho Regional de Odontologia da Bahia
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DNA	Ácido Desoxirribonucléico Nuclear
HPV	Papilomavírus Humano
IARC	International Agency for Research on Cancer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NUCAO	Núcleo de Câncer Oral
NUSC	Núcleo de Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS IV	Odontologia Preventiva e Social IV
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	Classificação dos Tumores Malignos
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 O câncer bucal	18
3.2 Panorama mundial da doença.....	20
3.3 Panorama do câncer bucal no Brasil.....	22
3.4 Condições e fatores de risco para o câncer de boca.....	24
3.4.1 Uso de tabaco	25
3.4.2 Ingestão de bebidas alcoólicas.....	27
3.4.3 Idade.....	28
3.4.4 Infecções	30
3.4.5 Dieta	32
3.4.6 Exposição solar	33
3.4.7 Traumatismo e má-higiene	34
3.5 História natural da doença.....	35
3.6 Lesões e condições cancerizáveis	37
3.7 Diagnóstico do câncer bucal.....	39
3.8 O conhecimento sobre câncer bucal	44
3.9 A possibilidade de políticas públicas inclusivas para o câncer bucal	45
3.10 O profissional de odontologia no Brasil	47
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	50
4.1 Caracterização do estudo.....	50
4.2 População de estudo	51
4.3 Campo de estudo	52
4.4 Instrumento de coleta de dados	54
4.5 Procedimento de coleta de dados	56
4.6 Análise e interpretação dos dados	57
4.7 Aspectos éticos da pesquisa	62
4.7.1 Riscos e benefícios para os sujeitos da pesquisa	62
5 RESULTADOS	65
5.1 Características do perfil dos cirurgiões-dentistas	65
5.2 Conduta clínica em relação ao câncer bucal	71
5.3 Conhecimento sobre o diagnóstico clínico do câncer bucal	73
5.4 Conhecimento sobre os fatores e condições de risco relacionados ao câncer bucal.....	75
5.5 Opinião do cirurgião-dentista sobre o conhecimento do paciente	77

5.6	Escores dos níveis de conhecimento do profissional em relação ao câncer bucal	78
5.7	Correlação entre as variáveis e os escores do nível de conhecimento	79
6	DISCUSSÃO	87
7	CONCLUSÃO	103
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
	REFERÊNCIAS	107
	APÊNDICE	122
	APÊNDICE A – Modelo do instrumento de pesquisa utilizado	123
	APÊNDICE B – Relação de perguntas acrescentadas ao questionário de Dib.....	128
	APÊNDICE C – Cronograma de execução da pesquisa	130
	APÊNDICE D – Modelo do termo de consentimento livre esclarecido.....	131
	ANEXO	132
	ANEXO A – Comprovante de concessão do auxílio CNPq / apoio à dissertação ...	133
	ANEXO B – Carta de negação do CROBA sobre a lista dos cirurgiões-dentistas ..	134
	ANEXO C – Questionário adaptado por Luciano Lauria Dib, 2004	135
	ANEXO D – Folha de respostas do instrumento de pesquisa	138
	ANEXO E – Parecer do comitê de ética em pesquisa da UEFS	140

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O câncer bucal é um importante problema de saúde pública no Brasil e em muitos países (MOORE, 2000). A maior parte dos casos da doença é detectada em fase avançada, em indivíduos de baixa renda e/ou economicamente produtivos e com pouco acesso aos serviços de saúde (NAVARRO, 1996). Além disso, o tratamento revela-se de alto custo econômico e social (KOWALSKI et al., 1991).

As informações dos registros hospitalares de câncer brasileiros mostram que a maioria dos indivíduos com câncer bucal chega aos hospitais em estágio avançado da doença, o que resulta em tratamentos longos e prognósticos desfavoráveis, uma vez que esta doença pode levar à morte, invalidez e deformidades (DIB, 2003; SCULLY; PORTER, 2000).

Outros estudos confirmam essa evidência quando demonstram que a manifestação inicial da doença raramente é diagnosticada. Em torno de 60% a 80% das lesões têm sua identificação em estágio avançado, o que reduz a chance de sobrevivência de 80% para 18% (MIYACHI et al., 2002; PIRES et al., 2000).

O câncer de boca provoca a morte prematura de pessoas relativamente jovens, má qualidade de vida e angústia nos pacientes, nos familiares e nos amigos. Portanto, não se justifica que uma doença altamente incapacitante, de alta letalidade e que vem atingindo um número cada vez maior de pessoas não seja prevenida ou detectada precocemente.

O que mais surpreende neste cenário é que, se o tempo transcorrido entre a fase inicial e avançada da doença pode ser longo, pois sua evolução é lenta na maioria das vezes, então, o que justifica este percentual tão alto de diagnóstico tardio da doença? Acredita-se, que a formação profissional deficiente nesta área e a falta de conhecimento da população sobre a doença são alguns dos fatores que podem estar associados ao problema (KOWALSKI et al., 1994).

É importante salientar que o exame da cavidade bucal para a detecção de câncer não requer técnicas especializadas, tampouco, equipamentos de alta complexidade. O exame é relativamente simples e para a sua realização é necessária uma postura investigativa, respaldada por conhecimento técnico-científico (JITOMIRSKI, 2000; LEITE; KOIFMAN, 1998; TORRES, 1992).

O câncer de boca pode ser prevenível na maior parte dos casos, pois os principais fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da doença são, em sua maioria, de ordem sócio-ambiental (BROWN et al., 1988); os indivíduos de maior risco para o seu desenvolvimento são de baixo nível socioeconômico; e as maiores possibilidades de cura estão associadas ao diagnóstico precoce da doença (LOPES, 2003). Assim, torna-se indispensável a abordagem preventiva desses fatores no Programa de Saúde da Família (PSF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na rede odontológica privada.

O maior conhecimento do público em geral acerca dos fatores e condições de risco, sinais e sintomas do câncer de boca, pode proporcionar o aumento da vigilância dos indivíduos em relação à prevenção e detecção precoce da doença (SASCO; SECRETAN; STRAIF, 2004). A Odontologia poderá desempenhar um papel fundamental neste processo, através da orientação direcionada à população e da educação continuada dos profissionais de saúde.

De maneira geral, pressupõe-se que todo cirurgião-dentista, independente de sua inserção na rede pública ou privada odontológica, deva ter informações sobre os fatores de risco e diagnóstico precoce do câncer bucal e articulá-las a sua prática rotineira. Entretanto, a persistência do câncer de boca como relevante problema de saúde pública, mostra que tal pressuposto não tem se evidenciado no cotidiano dos serviços odontológicos (LOPES, 2003). Assim, observa-se a necessidade de investigar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal.

Desta forma, a realização deste estudo possibilitou o levantamento de informações que serão importantes ao desenvolvimento de estratégias de prevenção primária que visem à educação em saúde e reforcem a necessidade do diagnóstico precoce para a redução das estatísticas de morbimortalidade da doença.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Verificar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal no município de Feira de Santana - BA em 2006.

2.2 Objetivos específicos

Com o intuito de atender ao que foi proposto no objetivo geral, os objetivos específicos foram:

- descrever o perfil sócio-demográfico da população de estudo;
- identificar a conduta clínica do cirurgião-dentista em relação ao câncer bucal;
- descrever o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico do câncer bucal;
- descrever o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre os fatores e condições de risco para o câncer bucal;
- identificar a opinião do cirurgião-dentista acerca do conhecimento do paciente sobre câncer bucal;
- associar o perfil, a conduta clínica e a percepção do profissional em relação ao câncer bucal com o escore do nível de conhecimento.

Revisão de literatura

3 REVISÃO DE LITERATURA

Inicialmente, a revisão de literatura abordou aspectos gerais do câncer bucal, sua distribuição no mundo e no Brasil. Em seguida, tratou dos fatores de risco e diagnóstico da doença. E, ao final, realizou um breve relato sobre o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer de boca, as políticas públicas relacionadas à doença e o profissional de odontologia no País.

3.1 O câncer bucal

O câncer pode ser definido como um grupo de doenças representadas pela multiplicação desordenada de células defeituosas ou atípicas, que não conseguem ser rastreadas pelo sistema imunológico. Este crescimento celular descontrolado pode vir a comprometer tecidos e órgãos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2006a; BARBOSA, 2002).

O câncer pode ser proveniente do crescimento de diversos tipos de células. Quando tem origem em tecidos epiteliais (pele e mucosa) é conhecido como carcinoma e quando este início se dá em tecido conjuntivo (osso, músculo e cartilagem) é denominado sarcoma (FRANKS; TEICH, 1990). De todos os tipos de câncer que acometem a cavidade bucal e orofaringe, 90% deles são do tipo carcinoma de células escamosas (NEVILLE; DAY, 2002).

O câncer bucal é considerado como uma alteração maligna localizada em regiões anatômicas como o lábio, cavidade oral (mucosa oral, gengiva, rebordo alveolar superior e inferior, palato duro, língua, soalho bucal e glândulas salivares menores) (BRASIL, 2004a) ou qualquer outra área não específica da boca ou dos maxilares (FEDELE; JONES; NIESSEN, 1991; KRUTCHKOFF, 1990).

A localização anatômica mais freqüente do tumor primário é a língua (DEDIVITIS et al., 2004), embora alguns autores considerem a maior prevalência em região de soalho bucal (FRANCO et al., 1989; VELLY; FRANCO; SCHLECHT, 1998) ou ainda ambas as regiões como as de maior freqüência (ALMODOVAR; PEREZ; ARRUZA, 1996; LOPES, 2003).

O aspecto clínico inicial do câncer bucal caracteriza-se por úlcera indolor que não cicatriza em quinze dias. O carcinoma espinocelular é uma úlcera-vegetante-infiltrativa, com contorno irregular, bordas elevadas, superfície rugosa e firme a palpação (BORACKS, 1996; PARAJARA, 1999).

A linfadenopatia associada ao câncer bucal revela-se como linfonodo tumoral fixo a estruturas vizinhas, com superfície irregular, de aspecto endurecido e sem dor a palpação. Se a patologia estiver em fase inicial, o linfonodo pode apresentar mobilidade, o que caracteriza que ainda não houve invasão dos tecidos adjacentes (BORACKS, 1996).

Ao longo do tempo, tem-se percebido o aumento da incidência desta doença no gênero feminino. Acredita-se que isto se deva às mudanças de hábitos das mulheres ao longo do tempo, como por exemplo, a maior frequência do uso de tabaco e ingestão de bebidas alcoólicas. Mesmo assim, a maior prevalência continua ocorrendo no gênero masculino (BLOT et al., 1988).

Com relação à etnia, a maior frequência de câncer bucal dá-se no grupo étnico branco (BLOT et al., 1988; OLIVER; HELFRIEK; GARD, 1996), porém, em regiões geográficas onde existe maior miscigenação racial observa-se uma distribuição mais homogênea desta característica (FRANCO et al., 1989; VELLY, FRANCO; SCHLECHT, 1998).

Ao considerar os aspectos socioeconômicos, a grande parte dos indivíduos acometidos pelo câncer bucal tem baixa renda e grau de instrução deficiente. No Brasil, a prevalência de analfabetos entre estes indivíduos tem oscilado de 28% a 74% (FRANCO et al., 1989; LEWIN et al., 1998) e a renda mensal variado entre 83 e 128 dólares (FRANCO et al., 1989; REIS et al., 1997a; VELLY; FRANCO; SCHLECHT, 1998).

Cooper e outros (1995) ao avaliarem a predisposição genética para o desenvolvimento do carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço em estudo de caso-controle, puderam verificar que os parentes de indivíduos com câncer têm 3,5 vezes maior risco em desenvolver a doença do que àqueles que não possuem parentes portadores da doença.

São poucas as pesquisas que relacionam os fatores psicológicos ao desenvolvimento do câncer, inexistindo até o momento na literatura consultada estudos específicos sobre esta relação com o câncer bucal. No estudo de Lynge (1997) foi verificada a associação entre o desemprego e o câncer. O desemprego

funcionaria como situação desencadeadora do estresse. Este estudo revelou uma maior incidência de câncer entre os homens desempregados e que o risco não seria igual para todos os tipos de cânceres, o maior risco observado foi para o câncer de pulmão. O autor sugeriu que a elevação do risco se devesse ao aumento do uso de tabaco e ingestão de bebidas alcoólicas quando o indivíduo encontra-se em situação de estresse, no caso o desemprego.

Segundo informações da American Cancer Society (2006a), a obesidade está relacionada com a elevação dos fatores de risco para as doenças crônico-degenerativas. Em relação ao câncer, este fator associa-se diretamente ao câncer de mama, de cólon, de próstata e de útero. Não foi verificada na literatura consultada a associação entre a obesidade e o câncer bucal.

Da mesma forma, não foram encontradas referências sobre o uso de drogas injetáveis como fator de risco para o câncer bucal, tampouco o relato do contágio direto para a doença.

3.2 Epidemiologia do câncer bucal no mundo

Estudo realizado por Jemal e outros (2005) revelou que trezentos mil novos casos de câncer bucal e de faringe são diagnosticados anualmente em todo o mundo. Segundo Petti (2003), o câncer de boca foi responsável por 80 mil mortes em 2000.

Dentre todos os tipos de neoplasia, 2% são representados pelo câncer de orofaringe nos Estados Unidos e, aproximadamente, 50% dos pacientes morrem vítimas desta doença (LANDIS et al., 1998).

A incidência e mortalidade por câncer de boca variam em diferentes regiões do mundo, em torno de 2% a 8%, para cada uma delas (OLIVEIRA; FARIA, 1997). Países como o Canadá, Austrália e França são os que figuram com as taxas mais elevadas de morbimortalidade.

No Canadá verificam-se diferenças regionais nas taxas de incidência do câncer bucal: taxa de incidência de 3,3 por 100 mil habitantes por ano na região do leste canadense e, nas províncias litorâneas, 9,0 por 100 mil habitantes por ano (MOORE et al., 2000).

No continente europeu, as taxas de incidência do câncer bucal do mesmo modo que no Canadá, mostrou diferenças regionais expressivas. A França apresentou a maior taxa de incidência entre 1988 e 1992, cujos valores variaram entre 2,8 por 100 mil habitantes por ano em Tarn e 12,4 por 100 mil habitantes por ano em Bas-Rhin. Este país apresenta uma incidência de câncer de boca e faringe duas vezes maior que a dos Estados Unidos (MOORE et al., 2000).

Em relação à Austrália, foi realizada uma pesquisa em que se percebeu a presença de 2.173 novos casos de câncer bucal em um ano, com 400 óbitos. Os resultados indicaram que a maioria dos pacientes tinha idade acima dos 60 anos e a prevalência do gênero masculino foi acima de 2:1 em relação ao feminino. Além disso, a localização de maior frequência, em mais de 50% dos casos, foi a região de lábios (SUGERMAN; SAVAGE, 2002).

O estudo de Moore e outros (2000) verificou em Osaka/Japão, no período compreendido entre 1970 e 1971, uma taxa de incidência de câncer bucal de 0,2 por 100 mil habitantes por ano e, no período entre 1983 e 1987, a mesma taxa foi de 1,6 por 100 mil habitantes por ano. Os dados revelam que no Japão, apesar da taxa de incidência encontrada ser mais baixa que a dos outros países, tem crescido com o passar dos anos.

A Índia possui índice elevado de câncer bucal e a prevalência da doença varia entre as diversas regiões (FRANCO et al., 1989; HAMADA et al., 1991). Neste país, a proporção de casos de câncer bucal, corresponde a aproximadamente 45% dos casos de câncer, uma das mais altas do mundo, provavelmente, devido ao hábito de mascar fumo (AIJAZ, 1996).

Outro estudo mostra que globalmente, o câncer bucal é considerado o 6º tipo mais frequente de câncer (HUMPHRIS; FREEMAN; CLARKE, 2004), sendo a forma mais comum o carcinoma epidermóide (BERRINO; GATTA, 1998).

3.3 Epidemiologia do câncer bucal no Brasil

Diante do exposto, o câncer bucal tem freqüência variável de acordo com a localização geográfica, sendo o Brasil um dos países com uma das mais altas incidências do mundo. Ressalta-se, ainda, que esta enfermidade vem ascendendo e sobressaindo-se entre as causas de morbidade e mortalidade no país (DIB, 2003).

De acordo com Onofre e outros (1997), a análise dos 2.255 prontuários dos usuários do serviço de medicina bucal da Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista, revelou a presença de câncer bucal em 3% dos mesmos.

Cerca de 10% dos tumores malignos da região de cabeça e pescoço, no Brasil, se localizam na boca (BRASIL, 1998). Comparando com os outros países, a prevalência deste tipo de neoplasia no país, ocupa o 4º lugar no mundo.

De acordo com Costa e Silva e Cavalcante (1999), dados de registros de câncer de base populacional do país revelaram que, no gênero masculino, o câncer bucal ocupou o 6º lugar entre os tipos de neoplasias, sendo que em alguns Estados atingiu a segunda ou terceira posição.

No Estado da Bahia, dados do Registro Hospitalar Aristides Maltez indicaram que o câncer bucal foi o tumor mais freqüente em indivíduo do gênero masculino no ano de 1990 (BRASIL, 1995; BRASIL, 1998).

O estudo de Silva e Freitas (1999) indicou que a taxa de incidência de câncer bucal, em Feira de Santana - Bahia, no período de 1989 a 1995, variou de 2,16 a 7,61 por 100.000 habitantes.

Em 2002, o câncer de boca levou ao óbito mais de 3.500 pessoas no país. Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), são mais de dez mil novos casos por ano, o que o torna a oitava neoplasia de maior incidência no Brasil. Estimativas nacionais de incidência e mortalidade para o ano de 2003 apontaram o câncer de boca como o 7º mais freqüente entre todos os tipos de neoplasias malignas e o 9º em mortalidade para ambos os gêneros. O mais impressionante nisso é que cerca de 40% dos casos da doença acabam em morte, devido ao diagnóstico tardio em mais de 70% dos casos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004a).

Em 2005, a estimativa de câncer bucal para o Brasil revelou este tumor como o 8º mais freqüente entre os homens, com 9.985 casos/ano estimados, e o 9º entre as mulheres, com 3.895 casos/ano (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2005a).

O número de casos de câncer bucal estimado para 2005 na região nordeste do país foi de 2.100 casos novos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2005b). Na Bahia esta mesma estimativa foi de 460 casos novos, o que representou 6,72 casos de câncer bucal para cada 100.000 homens e 250 casos novos, representando 3,60 pra cada 100.000 mulheres em 2005 (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2005c).

De acordo com o INCA, a estimativa de incidência de câncer para 2006, no Brasil, indica o câncer de boca como o 7º mais freqüente entre os homens, com um total de 10.060 novos casos/ano e o 9º entre as mulheres, com 3.410 novos casos/ano, o que perfaz o total de 13.470 casos/ano (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2006).

Diante desse panorama, observa-se que mesmo com a produção científica em saúde bucal e do enorme arsenal tecnológico em prol de tratamentos mais eficientes, níveis inaceitáveis de doenças bucais, entre elas o câncer bucal, persistem ainda em muitos países.

O aumento da mortalidade e morbidade por câncer bucal é preocupante, visto que a doença provoca alterações profundas na qualidade de vida dos acometidos e de seus familiares, bem como onera e sobrecarrega todo sistema de saúde (SILVERMAN JUNIOR, 2005). Desta forma, percebe-se que a prevenção e o diagnóstico precoce , entre outros, são as melhores “armas” para evitar tantas vítimas.

3.4 Condições e fatores de risco para o câncer de boca

A etiologia do câncer pode estar associada à exposição a fatores e condições de risco ambientais como vírus ou agentes químicos específicos, radiação, fatores genéticos, irritação crônica por agentes físicos, presença de lesões e/ou condições cancerizáveis (BALDISSEROTTO; ARAUJO; PADILHA, 2004; KOWALSKI, 1991).

Os fatores e condições de risco que podem levar ao câncer de boca são idade superior a 40 anos, o hábito de fumar, mascar e/ou cheirar o tabaco, consumo de bebidas alcoólicas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004b).

É sabido que somente 5% a 10% das causas do câncer bucal são atribuídas a fatores genéticos (KOWALSKI, 1991). Assim, percebe-se que a maioria dos fatores de risco é de ordem ambiental e, portanto, preveníveis.

A relação destes fatores e condições de risco com o câncer bucal foi verificada em estudo realizado por Leite e Kolfman (1997), que ao analisar os fatores de risco e a sobrevivência de uma coorte hospitalar de indivíduos portadores de câncer de boca, traçou o perfil do indivíduo com esta doença: homens com idade entre 45 e 55 anos que faziam uso do tabaco e/ou bebida alcoólica.

No Brasil, os dados populacionais demonstram que o indivíduo com maior risco de desenvolver câncer bucal é do gênero masculino, trabalhador, acima dos 40 anos, usuário do tabaco, consumidor de bebidas alcoólicas e de classe social menos favorecida (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004b).

3.4.1 Uso de tabaco

Em 1985, o consumo de tabaco foi associado à etiologia dos cânceres do trato aerodigestivo superior, a exemplo do câncer de boca, orofaringe, laringe, esôfago entre outros (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 1986). Mas, desde 1859, existem trabalhos que estudam esta associação (MANDEL, 1994).

O uso do tabaco, nas suas mais variadas formas, é relatado em 75% dos casos de câncer bucal. Acredita-se que o tabaco produz alterações cromossômicas através da mutação no gen p53 (GUPTA; MURTI; BHONSLE, 1996) e atribui-se este fato à presença de algumas substâncias carcinogênicas, como os hidrocarbonetos policíclicos e as nitrosaminas, em sua composição (CASAGLIA; WOO, 2001).

O consumo dos produtos à base de tabaco aumentou com o resultado da produção em massa do cigarro a partir da segunda metade do século XIX. No início do século XX ainda era pequeno o seu consumo e ocorria com maior frequência em países industrializados. Inicialmente, o uso do tabaco na forma de fumo constituía-se em um hábito tipicamente masculino, porém, ao longo do tempo as mulheres aderiram ao mesmo. Com o passar das décadas, o consumo de cigarros por ambos os gêneros diminuiu, porém ainda são um bilhão de homens e 500 milhões de mulheres fumantes no mundo acrescido do ingresso de 30 milhões de jovens adultos a cada ano (SASCO; SECRETAN; STRAIF, 2004).

A proporção do surgimento de cânceres atribuída ao consumo de tabaco tem sido analisada em diversos locais. De acordo com estudos realizados na Europa, Japão e América do Norte, 91% de todos os cânceres de pulmão em homens e 64% em mulheres são atribuídos ao uso do cigarro. Para ambos os gêneros, a proporção dos cânceres de esôfago, laringe e boca vinculadas ao uso de tabaco está entre 43% e 60% (BOYLE et al., 2003).

Ao lado do cigarro, outras formas de uso de tabaco são charuto, cachimbo e bidi¹. Um estudo realizado pela International Agency for Research on

¹ O bidi é uma forma de tabaco usada na Índia, alguns países da Ásia e vem tornando-se popular nos Estados Unidos e países da Europa. Em 1985, o bidi foi identificado como agente carcinogênico humano e estudos epidemiológicos revelam a relação entre a forma, intensidade e

Cancer (IARC) demonstrou a forte associação entre o fumo de charutos e/ou cachimbos com o câncer de pulmão, boca, orofaringe, laringe e esôfago. Em todos os estudos o risco aumentou com a quantidade do fumo e duração do hábito (SASCO; SECRETAN; STRAIF, 2004).

A Índia é um dos locais em que o tabaco é utilizado nas suas mais variadas formas: cigarro, bidi, cigarro invertido entre outros. Além disso, existe um costume de se manter o tabaco na boca em contato com as mucosas por longo período de tempo. Estes hábitos tornam o país um dos campeões mundiais em incidência de câncer bucal (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 1985).

Segundo estudos de Marshall e Graham (1994), os indivíduos que fazem uso do tabaco têm de duas a sete vezes maior risco em desenvolver câncer de boca do que aqueles que não possuem esse hábito. Os usuários de tabaco que possuem lesões ou condições cancerizáveis bucais têm um risco 69 vezes maior de desenvolver o câncer bucal em relação aos usuários que não possuem essas lesões (ESCOVICH; NOVELLI, 2000).

Franco e outros (1989) realizaram um estudo de caso-controle no Brasil e também perceberam que o tabaco é um fator de risco primordial para o desenvolvimento do câncer de boca. No estudo não se verificou diferença estatisticamente significativa na magnitude do risco de acordo com as várias formas de consumo de tabaco, exceto para os indivíduos que usavam excessivamente o cachimbo, nestes houve uma elevação do risco.

Wald (1991) observou que à medida que diminuía a mortalidade por câncer de boca, aumentava o comércio de cigarro industrializado e diminuía o consumo de tabaco, principalmente, sob a forma de cachimbo.

Quanto mais cedo a pessoa adquire o hábito de fumar, maior será o risco de desenvolver neoplasias. Por outro lado, quanto mais precocemente abandona o hábito, mais este risco se reduz comparado com quem persiste fumando, principalmente entre os usuários de cigarro industrializado (BLOT et al., 1988; FRANCO et al., 1989).

3.4.2 Ingestão de bebidas alcoólicas

Estudo de caso-controle realizado nos Estados Unidos por Borrão (1992) verificou a associação entre a ingestão de bebidas alcoólicas e o câncer de boca. Observou-se que os indivíduos que bebiam, em média, quatro vezes ou mais por dia aumentaram em nove vezes o risco de desenvolver a doença.

A intensidade do risco está diretamente relacionada ao tipo de bebida, quantidade do consumo diário e a duração do hábito. Estudo mostra o aumento do risco em 60% quando se eleva a ingestão de bebida alcoólica de três vezes para seis vezes ou mais por dia (BOFFETTA; GARFINKEL, 1990).

Alguns autores apontaram a associação entre bebidas de costume local e o câncer de boca em diversos países, como por exemplo, o consumo de cachaça e destilados no Brasil (FRANCO et al., 1989).

Observa-se em todo o mundo a associação entre o aumento da incidência do câncer de boca e orofaringe e o consumo de bebidas alcoólicas aliado ao uso do tabaco em suas mais variadas formas (REIS et al., 1997a). Dos pacientes com câncer bucal, estima-se que 95% são fumantes e 76% fumam e consomem bebidas alcoólicas regularmente (GUERRA; MOURA GALLO; MENDONÇA, 2005).

O uso concomitante de tabaco e ingestão de bebidas alcoólicas aumenta o risco de desenvolver câncer bucal e está associado ao pior prognóstico desta doença. O consumo de bebidas alcoólicas potencializa o efeito carcinogênico do tabaco (FRANCO et al., 1989).

O hábito de consumir bebida alcoólica quase sempre está atrelado ao hábito do uso de tabaco. Esta união provoca um sinergismo e potencializa o risco em se desenvolver câncer de boca. O uso isolado de tabaco e bebidas alcoólicas, este último principalmente na forma de bebida destilada, pode aumentar o risco em se desenvolver o câncer bucal de duas a três vezes, enquanto que a combinação dos hábitos pode promover um aumento em até 15 vezes (RICE; SPIRO, 1989).

Acredita-se que o álcool teria um papel de solvente e, esta ação facilitaria a passagem de carcinógenos (nitrosaminas e hidrocarbonetos) pela mucosa bucal (REIS et al., 2002). Ou, ainda, alteraria a função hepática, aumentando os níveis de acetaldeído e, conseqüentemente, a exposição tecidual

aos agentes carcinógenos do tabaco. O etanol ativaria as substâncias carcinogênicas e modificariam o metabolismo intracelular das células epiteliais. Alguns autores ainda sugerem que o uso de bebidas alcoólicas reduz a absorção nutricional promovendo uma carência de nutrientes e levando a um estado de debilidade sistêmica (GRANVIL et al., 1995).

3.4.3 Idade

O câncer bucal é mais freqüente em indivíduos com idade acima dos 40 anos. Estudo de Moreira e Kignel (1998) sugeriu esta hipótese, ao verificar que o câncer de boca acomete 95,08% de homens com idade entre 45 e 55 anos que fazem uso do tabaco. Neville e Day (2002) concordam com estes autores ao declararem que o carcinoma bucal ocorre mais frequentemente, no gênero masculino entre os 50 e 80 anos, sendo raro em indivíduos com menos de 45 anos.

A explicação para a idade como possível fator/condição de risco para o câncer bucal pode está relacionada ao processo de envelhecimento celular. O aumento da expectativa de vida dos indivíduos, apesar de ser um bom indicador da melhoria da qualidade de vida, favorece a maior prevalência de doenças crônico-degenerativas ou associadas aos processos de envelhecimento celular como o câncer. Esse predispõe à elevação das mutações espontâneas e à transformação maligna (PERUSSI et al., 2002).

A faixa etária de maior prevalência situa-se entre os 40 e 70 anos (DEDIVITIS et al., 2004). Haja vista a maior freqüência de câncer bucal ocorrer em indivíduos de meia idade ou mais e, aliado a este fator o aumento da expectativa de vida da população, acredita-se que o número de indivíduos acometidos pela doença tende a aumentar a cada ano (KOWALSKI, 1991).

O carcinoma de células escamosas é raro em pacientes jovens e ocorre com maior freqüência em pessoas a partir dos 60 anos (LLEWELLYN et al., 2004). Entretanto, alguns estudos indicam o aumento da incidência dessa patologia em

indivíduos jovens (BLOT et al., 1988; GERVÁZIO et al., 2001; HILLE; SHEAR; SITAS, 1996).

Aproximadamente, 6% dos casos de câncer bucal no Reino Unido acometeram indivíduos com idade menor que 45 anos (BRITISH DENTAL ASSOCIATION, 2000). Nos Estados Unidos e na Europa também observou-se relatos do acometimento, cada vez maior, de adultos jovens com esta doença. A incidência de câncer bucal, principalmente de língua, para adultos com idade de 20 a 39 anos, aumentou 06 pontos no continente europeu, entre 1960 e 1994 (ANNERTZ et al., 2002). E análises do Instituto Nacional do Câncer de Surveillance mostraram evidências de aumento semelhante do percentual de casos de carcinoma de células escamosas de língua entre 1973 e 1997 em adultos com 40 anos nos Estados Unidos (SCHANTZ; YU, 2002).

Percebe-se, deste modo, o crescimento global de câncer de cabeça e pescoço, principalmente, o de língua, entre as populações mais jovens. Esta situação também foi observada na pesquisa realizada por Bill e outros (2001) que demonstrou que a língua e o lábio inferior são os locais mais acometidos pelo carcinoma em pessoas de menor idade.

Martin-Granizo e outros (1997), ao estudarem 294 indivíduos portadores de câncer bucal, verificaram que 8,2% tinham idade igual ou menor a 40 anos e que deste percentual 20,8% eram jovens com idade inferior ou igual a 30 anos.

Myers e outros (2000) relataram cinco anos de sobrevida para 77% dos pacientes jovens acometidos pelo carcinoma de células escamosas da cavidade bucal. Mcgregor e Rennie (1987) observaram que o câncer em pacientes jovens tem se mostrado de comportamento mais agressivo e de prognóstico menos favorável quando comparados a pacientes idosos. Isto pode ser devido às diferentes etiologias da doença e comportamento do tumor ou por causa do atraso da apresentação do paciente ao serviço de saúde ou, ainda, do diagnóstico tardio pelo profissional.

Devido a uma etiologia e evolução clínica bastante específica, acredita-se que o carcinoma bucal em indivíduos jovens seja diferente do carcinoma bucal em pessoas mais velhas (LYPE et al., 2001).

Além disso, não se verifica a relação tradicional dos fatores de risco da doença com o indivíduo mais jovem, isto é, o tempo de exposição dos jovens ao tabaco e bebida alcoólica é menor quando comparado com os mais velhos. Esta

consideração é importante, pois para todos os fatores de risco do câncer bucal, a associação tabaco/bebidas alcoólicas é a variável mais freqüente em indivíduos mais velhos acometidos pela doença. Neste sentido, é muito importante perceber o estresse, as infecções virais, antecedente familiar e carcinógenos ambientais como possíveis causas para a origem da doença em pacientes menores de 40 anos e investir em mais pesquisas (LLEWELLYN; JOHNSON; WARNAKULASURIYA, 2001).

Estudo realizado por Horowitz e outros (2000) sobre os fatores associados ao atraso no diagnóstico do câncer de boca em pacientes jovens sugeriu que o risco deste atraso é alto nos pacientes que têm baixo nível de escolaridade e status socioeconômico e independe do fator idade. Ainda foi relatada a elevada probabilidade deste atraso quando analisados pacientes com estilo de vida estressante no período prévio ao diagnóstico.

3.4.4 Infecções

A etiologia do câncer bucal foi associada em alguns trabalhos ao papilomavírus humano (HPV) e à *Candida albicans*, porém ainda existe muita discussão sobre o papel de microrganismos nesse tipo de câncer (GERSON, 1990).

A exposição a agentes biológicos como o papiloma vírus humano (HPV) tem sido estudada. Oliveira e outros (2003), ao realizarem um trabalho de revisão bibliográfica sobre a atividade oncogênica do HPV e sua associação com o câncer bucal e/ou lesões benignas do epitélio bucal, perceberam que este vírus contribui na etiologia de alguns tipos de câncer bucal através da atuação combinada, principalmente, com o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas e que a sua atuação isolada neste processo seria reduzida.

Castro e Bussoloti Filho (2006), após estudo de revisão de literatura, verificaram a prevalência de lesões benignas associadas ao HPV e do câncer bucal ao HPV 16. Apesar desse achado, perceberam um papel controverso do vírus na carcinogênese bucal e sugeriram a realização de novas pesquisas.

Spence, Franco e Ferenczy (2005), após extensa revisão de literatura, consideraram que o papel do papilomavírus humano na etiologia do câncer bucal ainda não foi estabelecido e, que serão necessários novos estudos, com estratégias metodológicas específicas, capazes de afirmar ou negar essa relação.

Supõe-se que a infecção por HPV dá-se por transmissão sexual. Isto porque estudos revelam a sua presença nas mucosas bucal e genital (SHIMA et al., 2000). O parto normal, da mesma forma, pode relacionar-se com a infecção mãe-filho, através da passagem da criança pelo canal vaginal (LYNCH, 2000).

É válido salientar que o uso do tabaco e consumo de bebidas alcoólicas ainda constituem os principais fatores de risco para a doença, entretanto, a vinculação do vírus HPV pode ajudar a explicar por que alguns jovens desenvolvem a doença (LLEWELLYN; JOHNSON; WARNAKULASURIYA, 2001).

O papel dos fungos nas neoplasias bucais, como o carcinoma epidermóide, tem sido pouco pesquisado (GERSON, 1990). A candidíase é uma doença de origem fúngica muito freqüente na cavidade bucal, sendo a *Candida albicans* a principal espécie encontrada. É comum a infecção por *Candida sp.* na mucosa bucal de indivíduos imunossuprimidos, usuários de próteses bucais, portadores de glossite rombóide, xerostômicos ou que recebem antibioticoterapia.

No entanto, apesar da freqüência de infecções por este fungo, não há evidências da participação da candidíase no desenvolvimento de carcinomas bucais. Acredita-se, apenas, que a sua presença pode aumentar a severidade das displasias e infectar secundariamente lesões bucais como líquen plano, leucoplasia e o próprio carcinoma (SPOLIDORIO et al., 2003). Porém, o mecanismo de ocorrência, assim como o significado da infecção em cada uma dessas doenças ainda não foi estabelecido (FOTOS; HELLSTEIN, 1992).

3.4.5 Dieta

O alto consumo de gordura saturada está relacionado com doenças cardiovasculares, diabetes e câncer. A Organização Mundial de Saúde (OMS) atribui 30% dos casos de câncer em seres humanos à dieta e nutrição. A ingestão elevada de calorias e o baixo consumo de frutas e verduras têm sido relacionados com o aumento do risco de diversos tipos de câncer, o carcinoma de células escamosas de boca é um deles (KEY et al., 2002; REIS et al., 1997b).

Estudo realizado por Marshall e Graham (1994) sugere o risco carcinogênico de uma dieta rica em gorduras, porém afirma que o mesmo é bem menor em relação ao uso de tabaco e consumo de bebidas alcoólicas.

Embora a contribuição da dieta no desenvolvimento do câncer não esteja ainda bem elucidada, acredita-se no efeito carcinogênico de uma dieta rica em alimentos de origem animal, por estes serem ricos em nitrosamina, substância freqüente em carnes cruas e conservas, e heterociclaminas, produto do cozimento ou fritura de carnes em altas temperaturas (ARCHER, 1997).

O consumo de chimarrão ou o costume de ingerir bebidas ou comidas quentes são considerados agressores térmicos à mucosa bucal (PINTOS et al., 1994). Estudo de Franco e outros (1989) concluiu que a temperatura e a quantidade da bebida podem transformar o hábito em um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença.

Por outro lado, existem indícios de que a ingestão de alguns tipos de alimentos possa diminuir o risco de câncer bucal, principalmente os alimentos contendo beta-caroteno, vitaminas A, B2 e C, magnésio e ferro. Os indivíduos que possuem hábitos alimentares de consumo de frutas, legumes e azeite de oliva podem reduzir o risco de desenvolver câncer de boca. A ingestão desses alimentos foi relacionada à redução do risco de câncer bucal por funcionarem como antioxidantes (FRANCO et al., 1989; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2004b; REIS et al., 1997b).

Os danos induzidos pelos radicais livres podem afetar muitas moléculas biológicas, incluindo os lipídeos, as proteínas, os carboidratos e as vitaminas presentes nos alimentos. A utilização de agentes antioxidantes pode representar

uma nova maneira de promover a inibição dos danos provocados pelo excesso de radicais livres (BIANCHI; ANTUNES, 1999).

Em relação à maneira de preparar os alimentos, estudo de caso-controle realizado por Pintos e outros (1998) revela que diante da alta prevalência de câncer no trato aéreo digestivo superior, sugere-se que a fumaça proveniente do preparo de alimentos em fogão à lenha pode estar relacionada com, aproximadamente, 30% de todos os cânceres ocorridos na região sul do Brasil. Franco e outros (1989) informaram que o risco do câncer bucal pode ser aumentado com a ingestão de carnes grelhadas preparadas no carvão.

3.4.6 Exposição solar

A exposição crônica aos raios ultravioletas também está relacionada com a etiologia do câncer de boca, mais precisamente na região anatômica do lábio. Em 95% dos casos trata-se do tipo carcinoma de células escamosas. É mais comum no lábio inferior, provavelmente, devido a sua posição anatômica - mais susceptível a exposição à radiação solar. Acredita-se que as mulheres são menos acometidas do que os homens, por usarem batom e participarem menos de atividades sob o sol (MYERS; SUEN, 1996).

A radiação solar em longo prazo pode produzir lesões na pele e na mucosa. Os indivíduos de cor branca, com baixa pigmentação melânica são os mais susceptíveis ao desenvolvimento de carcinoma de lábio inferior (THAWLEY et al., 1999).

Algumas atividades ocupacionais, como a pesca e a agricultura, propiciam uma maior frequência expositiva à radiação solar. Nestas atividades, os indivíduos de pele clara, principalmente, são mais vulneráveis ao desenvolvimento do câncer de boca (JITOMIRSKI, 2000).

3.4.7 Traumatismo e má-higiene

Existem informações sobre a associação do uso de próteses bucais mal adaptadas, arestas dentais e piercing bucal com o câncer de boca. O estímulo traumático contínuo poderia funcionar como co-fator de progressão da doença, visto que teria a possibilidade de favorecer a ação do tabaco e do álcool (FRANCO et al., 1989).

No caso das próteses mal adaptadas, Parajara (1999) acredita que as mesmas podem, apenas, camuflar sinais da doença, retardando o diagnóstico e não estariam relacionadas com a carcinogênese diretamente, apenas poderiam provocar soluções de continuidade e, assim, permitir a penetração de agentes carcinógenos do tabaco.

Com relação à higiene bucal, da mesma forma, não se tem argumentos científicos que dêem sustentação à hipótese de que a má-higiene bucal teria associação com o desenvolvimento do câncer bucal. No entanto, observa-se que os indivíduos com melhor higiene bucal são mais atentos a alterações ou lesões que porventura se desenvolvam na boca (KOWALSKI, 1991; PARAJARA, 1999).

Estudo realizado, com o intuito de investigar a associação entre a exposição a ácidos, doença periodontal e lesões na mucosa oral em trabalhadores de uma metalúrgica, indicou associação positiva do uso de prótese com lesões na mucosa oral e apontou a higiene bucal como fator de proteção para o surgimento das mesmas para o grupo de trabalhadores que faziam uso de máscaras (VIANNA; SANTANA; MCKELVEY, 2005).

3.5 História natural da doença

De acordo com o que foi referido até o momento, algumas pesquisas sugerem que o desenvolvimento de vários tipos de câncer, nos seres humanos, está associado à exposição a fatores cancerígenos, principalmente os ambientais.

A história natural da doença teria seu início a partir da exposição do indivíduo a agentes físicos, químicos ou biológicos. A exposição contínua poderia lesar o ácido desoxirribonucléico nuclear (DNA), produzindo mutações, fraturas cromossômicas e outras alterações no material genético.

De maneira mais detalhada, o mecanismo de desenvolvimento do câncer se dá em três fases: iniciação, promoção e progressão. A iniciação é caracterizada pela exposição a um agente carcinogênico e a sua interação com o DNA celular. Nesta fase a célula alterada ficará em estado latente para, então, ser descartada ou sofrer outras alterações na hipótese de continuidade de novos estímulos. A fase de promoção seria o prolongamento da iniciação e distingue-se pela exposição a agentes promotores que provocaria efeitos carcinogênicos na célula. Inicialmente, estes efeitos seriam reversíveis, mas a exposição gradativa induziria à carcinogênese. A fase de progressão seria a continuidade da fase anterior em que aconteceria a replicação celular e o estabelecimento do fenótipo maligno (KOWALSKI; CARVALHO, 2000; SOUZA et al., 2004).

Existem algumas maneiras de se controlar a evolução da doença. Na fase pré-clínica não há possibilidade do profissional de saúde detectar a doença. Nesta fase, a forma de evitá-la só seria possível através da instituição de medidas preventivas em nível primário, isto é, a compreensão da necessidade de abandono do hábito de consumo do tabaco e seus derivados, de remissão da ingestão de bebidas alcoólicas, de adquirir hábitos alimentares mais saudáveis, entre outros. Na fase clínica, em que é perceptível a presença de lesão cancerizável ou neoplásica, a forma de controlar a doença está no estabelecimento do diagnóstico e tratamento precoces. É muito importante o exame minucioso da boca e o conhecimento sobre a doença, pois na maioria das vezes, a lesão ocorre em mucosa aparentemente normal. A progressão do tumor, o acesso ao sistema de saúde e o preparo do profissional determinarão a lógica da evolução da doença (KOWALSKI; CARVALHO, 2001).

Desta forma, ao considerar a evolução da doença e a busca pelo primeiro atendimento, percebe-se que o tempo médio decorrido entre o aparecimento do primeiro sintoma e a consulta é de, aproximadamente, quatro meses. O encaminhamento da consulta para o atendimento especializado, por sua vez, dura mais três meses; o que revela um longo tempo dentro do próprio sistema de saúde.

O estudo de Stell (1989) revelou que a sobrevivência do paciente em fase terminal é de 107 dias. Assim, o período médio entre o início da sintomatologia e o óbito do indivíduo é de três meses. Este é o tempo que se leva dentro do sistema e saúde para se obter diagnóstico e tratamento. Para controlar a evolução da doença é imprescindível uma atuação rápida e precoce.

O sucesso do tratamento do câncer bucal dependerá do estágio em que a doença é detectada. O estadiamento é realizado com base no Sistema TNM², dessa forma, de acordo com características pertinentes, classifica-se a doença nos estádios inicial, avançado e intratável. No caso do câncer bucal, do estágio inicial ao avançado levam-se em média 11 meses; do estadiamento avançado para a mudança no Sistema TNM têm-se oito meses; do estadiamento avançado para o intratável quatro meses; e do intratável até o óbito mais quatro meses. Percebe-se, então, que a evolução da doença da fase inicial à intratável pode durar, aproximadamente, até dois anos. Porém, são apenas quatro meses entre os estádios avançado e intratável. Daí, a necessidade de uma intervenção rápida para o controle da evolução da doença (KOWALSKI; CARVALHO, 2001).

² O sistema TNM foi criado para classificar tumores malignos e a descrição da sua extensão anatômica. O T significa extensão do tumor primário, o N a presença ou ausência e extensão de metástases em linfonodos regionais e o M a presença ou ausência de metástase à distância. Para classificar a extensão da doença, números são adicionados a esses componentes (BRASIL, 2004a).

3.6 Lesões e condições cancerizáveis

Segundo a OMS, a lesão cancerizável pode ser conceituada como uma alteração tecidual que pode vir a sofrer uma transformação neoplásica com maior frequência que o tecido normal, mas que também pode permanecer estável por longo período de tempo ou regredir, caso haja remoção do fator irritativo (PINDBORG et al., 1997).

As condições cancerizáveis, por sua vez, definem-se como hábitos, doenças ou situações sistêmicas que tenham algum tipo de manifestação bucal inespecífica que possa vir a aumentar o risco de desenvolver câncer (PINDBORG et al., 1997).

De acordo com PINDBORG e outros (1997), as lesões cancerizáveis classificam-se clinicamente em leucoplasias, eritroplasias, queilite actínica e queratose do palato. As lesões benignas com potencial de malignidade são as lesões brancas semelhantes à leucoplasia, as lesões vermelhas parecidas com a eritroplasia, a hiperplasia epitelial focal e a atipia regenerativa e reacionária. As condições cancerizáveis podem ser a disfagia sideropênica, o líquen plano, a fibrose submucosa oral, a sífilis, o lúpus discóide eritematoso, o xeroderma pigmentoso e a epidermólise bolhosa.

A seguir serão descritos os principais tipos de lesão e condição cancerizáveis, a saber: a leucoplasia, a eritroplasia, a queilite actínica, o líquen plano e o xeroderma pigmentoso.

A primeira pode ser caracterizada como mancha ou placas brancas, não removida através de raspagem e que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença. É a lesão cancerizável mais comum. O seu potencial de transformação maligna é de, aproximadamente, 4% e pode ser encontrada em qualquer região bucal (NEVILLE et al., 1995).

Petti (2003) estimou a prevalência de leucoplasia através de revisão sistemática de literatura e observou o maior risco para o gênero masculino. Acredita-se que o seu fator etiológico esteja relacionado ao uso do tabaco e consumo de bebidas alcoólicas, principalmente. A depender da sua característica clínica pode ser do tipo homogênea, nodular, verrucosa ou ainda eritroleucoplasia.

Apenas 5 a 25% das leucoplasias apresentam displasia (VAN DER WAAL; AXÉLL, 2002).

Das lesões cancerizáveis, 85% são representadas pelas leucoplasias, que são as mais freqüentes se comparadas com outras lesões cancerizáveis. O risco de malignização é maior quando o indivíduo acometido é tabagista, quando as lesões apresentam-se verrugosas, ulceradas ou com áreas eritroplásicas, quando há displasia associada, alterações genéticas ou ainda, história de câncer na família (LEE et al., 2000).

A eritroplasia é uma placa vermelha plana ou rugosa que não pode ser diagnosticada clínica ou patologicamente como outra condição. Pode estar ou não associada à leucoplasia e, apesar de ser mais rara que a primeira, tem maior potencial de malignização, isto é, de transformação em displasia severa (CASAGLIA; WOO, 2001). Ocorre com mais freqüência em homens acima dos 65 anos, na região de soalho de boca, palato mole e/ou mucosa jugal (NEVILLE et al., 1995; PETER; PHILIPSEN, 2004).

A queilite actínica é uma alteração cancerizável que ocorre no vermelhão do lábio resultante da exposição freqüente a radiação solar. Caracteriza-se por placas escamosas irregulares de cor variada. É mais comum ao gênero masculino, na faixa etária acima dos 45 anos e em pessoas de pele clara. Sua evolução é lenta (PETTI, 2003).

O líquen plano é considerado como um processo inflamatório que pode envolver pele e mucosa. A sua etiologia é desconhecida, mas acredita-se que está relacionada com distúrbios emocionais. Clinicamente, pode manifestar-se sob a forma reticular, papular, bolhosa, atrófica, em placa e erosiva. Acomete mais o gênero feminino e seu potencial de malignização chega a 3% (PINDBORG et al., 1997).

A última condição cancerizável - abordada neste estudo - o xeroderma pigmentoso, pode ser definida como uma doença cutânea de origem genética, degenerativa, progressiva e rara. O lábio é a região anatômica mais afetada e apresenta atrofia epitelial junto a hiperpigmentação. Os indivíduos portadores dessa patologia são muito sensíveis à radiação ultravioleta (PINDBORG et al., 1997).

3.7 Diagnóstico do câncer bucal

Dentre todos os profissionais de saúde, o cirurgião-dentista é aquele que dispõe de maiores oportunidades e conhecimento para a realização do diagnóstico precoce do câncer bucal (DIB, 1999; KOWALSKI; CARVALHO, 2001). Ressalta-se ainda a sua importância em uma equipe multidisciplinar de atendimento ao indivíduo portador de neoplasia bucal (KOWALSKI, 1991).

O diagnóstico do câncer bucal se dá pela avaliação clínica minuciosa e exames diagnósticos complementares, como a citologia exfoliativa e o exame histopatológico (KOWALSKI, 1991; KRUTCHKOFF, 1990). É inconcebível a dificuldade para a realização do diagnóstico precoce, visto que a boca é uma região de fácil acesso e o exame dispensa o uso de alta tecnologia (KOWALSKI et al., 1991).

A observação dos aspectos clínicos da doença ou da lesão/condição cancerizável é relativamente simples. Entretanto, a maioria dos casos não é diagnosticada em sua fase inicial, principalmente porque nesta fase o carcinoma é assintomático, ou os indivíduos negligenciam os sinais e sintomas, ou os profissionais de saúde não realizam o exame clínico detalhado da cavidade bucal (KOWALSKI et al., 1991).

Estes são fatores a serem considerados na realização do diagnóstico precoce, visto que a procura por atendimento, na maior parte dos casos, só ocorre quando existe a presença de sintomatologia dolorosa. E a dor é um sintoma típico dos casos de lesões mais avançadas. No Brasil, estima-se que o tempo médio entre o início da sintomatologia e a procura por atendimento varia de 4 a 6 meses (KOWALSKI; CARVALHO, 2001).

Como dito, no início deste trabalho, o câncer bucal possui uma evolução lenta e o medo do diagnóstico, o despreparo profissional, o desconhecimento da população sobre a doença e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde podem ser algumas das causas também relacionadas ao diagnóstico tardio (KOWALSKI et al., 1994).

O longo intervalo de tempo relacionado à demora em se buscar atendimento ou em conseguir o diagnóstico pode envolver até quatro momentos: o primeiro relaciona-se com o início do aparecimento dos sinais ou sintomas da

doença e a procura imediata de um serviço de saúde; o segundo vai da visita inicial ao serviço médico até o encaminhamento do paciente a um centro de referência; o terceiro momento se caracteriza pelo referenciamento para um centro especializado; e o quarto, do acesso ao centro de referência até ao diagnóstico final. Qualquer falha numa das etapas do encaminhamento conduzirá ao diagnóstico tardio. O tempo transcorrido entre os primeiros sintomas até o diagnóstico definitivo da doença pode variar entre duas semanas e quatro meses, sendo mais comum entre um e dois meses (ONIZAWA et al., 2003).

Em relação ao medo do diagnóstico, este perpassa por fatores de ordem sócio-cultural. O câncer carrega consigo um estigma muito forte. A associação da palavra-doença à morte, mutilação, isolamento social, perda e dor, muitas vezes provoca uma resistência do indivíduo acometido pela doença em procurar ajuda (DIB, 1999).

O despreparo profissional pode ser verificado no estudo realizado no Distrito do Méier – RJ, em 1988, cujo propósito foi o de verificar a detecção precoce do câncer bucal pelo cirurgião-dentista. Os autores concluíram que a maioria dos cirurgiões-dentistas não examina os tecidos moles bucais ou quando realizam, o fazem superficialmente. O exame focaliza as estruturas dentárias apenas (DARÓS; ROSEIRA; TATO, 1999).

Horowitz e Nourjah (1996) ao descreverem os fatores associados ao exame de câncer bucal entre os indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos, perceberam que apenas 58% dos indivíduos relataram ter passado por um exame para a detecção do câncer bucal e que destes 48% aconteceram no ano anterior à pesquisa e 31% três anos anteriores.

A prática dos cirurgiões-dentistas foi observada em estudo piloto realizado por Yellowitz e outros (1998) e, apesar dos profissionais relatarem conhecimento atualizado sobre o câncer bucal, os resultados sobre o conhecimento dos fatores de risco e aspectos clínicos da doença foram inconsistentes, o que sugeriu a necessidade de investimentos na formação e educação continuada dos indivíduos em relação ao câncer bucal.

Horowitz e outros (2000) conduziram um estudo sobre opiniões e práticas dos cirurgiões-dentistas americanos em relação ao diagnóstico precoce e prevenção do câncer de orofaringe. Os resultados indicaram a necessidade de atualização profissional, uma vez que a maioria dos entrevistados não examinava

os indivíduos edêntulos e somente 35% dos cirurgiões-dentistas consideravam a possibilidade de linfadenopatia.

Ao investigar o conhecimento e opinião do cirurgião-dentista em relação ao câncer bucal, Yellowitz e outros (2000) verificaram que os entrevistados desconheciam os dois sítios mais freqüentes de localização e o estágio de diagnóstico mais comum do câncer bucal e concluíram a necessidade de treinamento para os profissionais.

Estudo realizado por Carvalho e outros (2002) com o objetivo de identificar os fatores que predispunham ao diagnóstico tardio do câncer bucal, indicou que o atraso do indivíduo em procurar um profissional para o diagnóstico do câncer foi inversamente associado com o estágio clínico do diagnóstico em pacientes com o mesmo câncer.

Em investigação sobre conhecimentos, práticas e atitudes em relação ao diagnóstico do câncer bucal na cidade de Lages – SC, foi observado que a prática incorreta do exame clínico pelo cirurgião-dentista (atribuída provavelmente à deficiência em sua formação profissional) e a dificuldade de percepção de lesões precursoras de câncer bucal pelos indivíduos participantes da pesquisa (devido ao seu caráter assintomático e indolor) são fatores relevantes para o diagnóstico tardio da doença (MATOS; ARAÚJO, 2003).

Estudo realizado por Gellrich e outros (2003) avaliou a eficácia dos exames de diagnóstico precoce, tratamento e prevenção do câncer bucal realizado por médicos e cirurgiões-dentistas na população europeia e concluiu que apesar de necessitar de maior treinamento, o cirurgião-dentista pode participar de atividades de aconselhamento, diagnóstico e reabilitação para o câncer bucal.

Ao avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas, que se inscreveram nos cursos de estética dental e periodontal do 20º Congresso de Odontologia de São Paulo, sobre os fatores de risco e diagnóstico do câncer de boca, Morais (2003) concluiu que seria necessário intervenções educacionais capazes de dirimir as dúvidas e controvérsias relacionadas à doença encontradas no resultado do estudo.

Cruz e outros (2005) ao estudarem as práticas de prevenção do câncer bucal e diagnóstico precoce utilizadas pelos profissionais de Nova Iorque, concluíram que o exame clínico periódico da boca é realizado na maioria dos

indivíduos acima dos 40 anos, porém o aconselhamento sobre o uso do tabaco e ingestão de bebidas alcoólicas não faz parte da rotina de atendimento.

Ao estudar o conhecimento e atitudes relacionadas ao câncer bucal em técnicos de higiene dental da Espanha, López-Jornet, Camacho-Alonso e Molina Miñano (2006) verificaram que os entrevistados da pesquisa relataram que não foram treinados o suficiente para investigar lesões suspeitas de malignidade na boca.

Quanto à dificuldade de acesso ao serviço odontológico relacionado ao diagnóstico tardio do câncer bucal, observa-se que a maioria dos indivíduos, quando busca o serviço público, depara-se com dificuldades como: informações descoordenadas, quantidade insuficiente de profissionais e burocracia excessiva. Em relação ao serviço privado, tem-se o fator econômico associado ao problema (KOWALSKI et al., 1994).

É nítida a relação do diagnóstico tardio com o agravamento da doença. Muitas vezes o indivíduo procura para o primeiro diagnóstico o profissional médico, que dificilmente considera de início a hipótese de o paciente estar acometido pelo problema. Da mesma forma, o indivíduo não se atenta para a presença da doença, dos seus fatores de risco e termina não tomando as devidas precauções (KOWALSKI; CARVALHO, 2001).

Dessa maneira, torna-se importante o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e relação ao câncer bucal. O auto-exame de boca e as atividades de rastreamento (screening) podem constituir-se em importantes instrumentos de prevenção e detecção precoce de lesões e/ou condições cancerizáveis (CRUZ et al., 2002).

O auto-exame de boca é um exame simplificado em que o próprio indivíduo, frente ao espelho, em local iluminado, observa e apalpa toda a cavidade bucal a procura de possíveis alterações de normalidade. A periodicidade para a realização do auto-exame pode ser mensal ou a cada seis meses, a depender da exposição a fatores de risco de cada indivíduo (THOMAZ; CUTRIM; LOPES, 2001).

O rastreamento das condições, lesões cancerizáveis e câncer bucal (screening), por sua vez, pode ser uma ferramenta de grande valia para a identificação de indivíduos, aparentemente saudáveis, mas pertencentes ao grupo de alto risco de doenças assintomáticas. Existe um consenso de que o uso do rastreamento do câncer de boca é uma maneira simples, eficiente e de baixo custo

que permite o diagnóstico precoce da doença (ARAÚJO, 2001; LAVELLE; SCULLY, 2004). Além de se revelar uma excelente oportunidade para orientar os indivíduos sobre o câncer bucal (FRANCO; DUARTE-FRANCO; ROHAN, 2002).

Estudo realizado por Araújo (2001) com o objetivo de avaliar a confiabilidade do exame bucal realizado pelo agente comunitário de saúde (ACS) quando comparado aquele realizado pelo cirurgião-dentista na detecção de condições, lesões cancerizáveis e câncer bucal, sugeriu que o ACS pode ser utilizado em atividades educativas relacionadas ao câncer bucal e no rastreamento dos casos.

Ainda em relação ao rastreamento, alguns autores acreditam que se o sistema de saúde, seja em qualquer nível de atenção, não estiver capacitado para receber a demanda de indivíduos com suspeita de lesões e/ou condições cancerizáveis, esse trabalho não surtirá efeito e, ainda, poderá provocar “pânico” na população (LAVELLE, 2004; WARNAKULASURIYA; JONHSON, 1999).

Mais uma vez, o esclarecimento e a informação constituem-se fatores essenciais para a detecção precoce. Isto é muito importante, pois, sabidamente, o tratamento de qualquer tipo de câncer na fase inicial da doença aumenta muito a possibilidade de cura e recuperação do indivíduo.

Desta forma, o conhecimento sobre prevenção e necessidade das pessoas procurarem atendimento especializado em caso de qualquer suspeita de anormalidade na boca deve ser fortalecida nos consultórios, ambulatórios, unidades de saúde e em toda a mídia. Os esforços na luta contra o câncer bucal devem perpassar pelo empenho de toda a sociedade (BROUHA et al., 2006).

Diante dessas informações e da presença de 108 cirurgiões-dentistas integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) de Feira de Santana (BAHIA, 2006), seria importante, uma abordagem que concebesse a atuação destes profissionais no aconselhamento aos pacientes e rastreamento das condições, lesões cancerizáveis e câncer bucal no município, permitindo, assim, a prevenção da doença.

3.8 O conhecimento sobre câncer bucal

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Odontologia, o perfil do profissional deverá contemplar uma formação humanística, generalista, postura crítico-reflexiva capaz de atuar em todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário), com ética e justiça (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO SUPERIOR, 2006a).

Em relação às competências e habilidades, o cirurgião-dentista deverá agir respeitando o princípio da integralidade e ser resolutivo. Tomar decisões de maneira eficaz e efetiva. A comunicação deve ser acessível. Compete ainda ao profissional, a capacidade de liderar, administrar e gerenciar. A educação continuada deverá ser o pilar da sua prática (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO SUPERIOR, 2006a).

Para isto, o currículo do Curso de Graduação em Odontologia, de acordo com as Diretrizes Curriculares, deve abranger as Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais e as Ciências Odontológicas. Nesta última, além de todas as outras disciplinas relacionadas à clínica odontológica, a patologia bucal, a radiologia e a semiologia devem compor a estrutura curricular. Essas disciplinas, em especial, são muito importantes para as atividades de prevenção de agravos em relação ao câncer bucal (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO SUPERIOR, 2006b).

No entanto, o processo de ensino dos Cursos de Odontologia, na maioria das vezes, dá maior enfoque as outras patologias bucais em detrimento do câncer bucal. Estudo de Matuck e outros (1998) concluiu que a falta de conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal devia-se à formação na época da graduação, pois a disciplina específica sobre o câncer bucal não era oferecida e, quando existia, tratava do tema apenas teoricamente.

Baseado na orientação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia, neste trabalho, o conhecimento será considerado como a explicação da realidade decorrente de um esforço de investigação para descobrir aquilo que está oculto ou que ainda não foi compreendido. Desta forma, adquirir conhecimentos não será compreender a realidade retendo informações, mas utilizar-se destas para desvendar o novo e

avançar, porque, quanto mais competente for o entendimento do mundo, mais satisfatória será a ação do sujeito que a detiver (LUCKESI; PASSOS, 1996).

O conhecimento estará consolidado quando o indivíduo ao buscar a compreensão de algo, seja capaz de conectar as diversas informações e dentro de um contexto específico (TUOMI, 1999). Assim, ele poderia ser definido como um conjunto de informações que para serem contextualizadas, necessitam da experiência, interpretação e reflexão do indivíduo.

Segundo Nonaka e Takeuchi (1997), o conhecimento pode ser classificado em tácito e explícito. Estes dois tipos de conhecimento, apesar de possuírem definições distintas, relacionam-se entre si. O primeiro é subjetivo, perpassa por habilidades pessoais, é encadeado por um sistema de idéias, percepção e experiência, difícil de ser formalizado, transferido ou explicado a outra pessoa. O conhecimento explícito, por sua vez, é passível de codificação, transferência e reutilização. Pode ser padronizado em textos, gráficos, tabelas, figuras, desenhos, esquemas e diagramas.

Enfim, o conhecimento sobre câncer bucal será traduzido nas informações que o cirurgião-dentista acumulou ao longo de sua formação acadêmica e profissional e consegue aplicar na sua conduta e rotina diária de trabalho.

3.9 A possibilidade de políticas públicas inclusivas para o câncer bucal

Os primeiros serviços públicos de atendimento odontológico, direcionados às pessoas de baixa renda, surgiram em capitais dos principais estados, por iniciativa dos governos estaduais. Esses serviços caracterizavam-se pela livre demanda, destinavam-se a realizar exodontias, atendimentos de urgência e, às vezes, restaurações, para uma clientela na qual predominava adultos de baixa renda (PINTO, 1993).

Estudo realizado por Hayassy (1998), com o intuito de analisar a problemática do câncer bucal no setor público de saúde, concluiu que existia demasiada dificuldade em prevenir a doença, tanto em relação às questões

político-administrativas do sistema de saúde, quanto a adequação científica dos recursos humanos.

Na atualidade, apesar do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), preconizar a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis, pressupondo o cuidado como eixo reorientador do modelo de saúde (ANDRADE, 2001), o modelo de saúde bucal (modelo assistencial centrado na doença), ainda vigente, resulta em capacidade limitada de resposta às necessidades da população brasileira. Configura-se ineficaz para reverter o quadro das doenças bucais existentes no país. Muitas vezes se revela elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social (PEREIRA, 2001).

A Política Nacional de Saúde Bucal sugere que a transição do modelo assistencial centrado na doença para o modelo de atenção integral a saúde leve em conta o conceito ampliado de saúde. Presume, entre outras, a qualificação da atenção básica e a educação continuada aos trabalhadores de saúde bucal. Afirma que o processo de trabalho em saúde bucal requer a interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, a integralidade da atenção e a intersetorialidade. Orienta que as ações de saúde bucal devem contemplar a promoção e proteção de Saúde, recuperação e reabilitação. Recomenda a prevenção e controle do câncer bucal entre as ações de ampliação e qualificação da atenção básica (COSTA et al., 2006).

No bojo da PNSB, a prevenção e o controle do câncer bucal se dão através da prática de exames para a detecção precoce da doença, com a garantia de um laboratório de referência para o exame patológico; do rastreamento de lesões bucais; e do acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados de malignidade. Sugere a criação de um serviço de referência que garanta o tratamento e reabilitação (BRASIL, 2006).

O Programa Brasil Sorridente é um dos componentes da Política Nacional de Saúde Bucal. Este programa inclui ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, cuja estratégia fundamental é a educação (COSTA et al., 2006).

3.10 O profissional de odontologia no Brasil

O Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem aproximadamente, 187.510.513 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006a). O universo de cirurgiões-dentistas de todo o país registrado no Conselho Federal de Odontologia até outubro de 2006 foi de 210.403 profissionais (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2006a).

A Bahia tem uma estimativa populacional de 13.790.081 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006b). O registro profissional do Conselho Regional de Odontologia da Bahia indica 6.804 cirurgiões-dentistas inscritos (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2006a).

O município de Feira de Santana, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006c), possui uma população, de aproximadamente, 535.820 habitantes. Em relação ao número de profissionais, são 384 cirurgiões-dentistas registrados no Conselho Regional de Odontologia da Bahia/subseção Feira de Santana (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2006b).

Ao observar a relação profissional/habitante sugerida como meta para as Américas, 1/5.000 (NARVAI, 2000), verifica-se que a proporção de cirurgião-dentista por habitante é de 1/891 no Brasil, 1/2026 na Bahia e 1/1395 em Feira de Santana, o que revela o grande número de profissionais. Estas relações apontam para uma saturação do mercado odontológico nacional quando comparadas à sugerida como meta para as Américas (QUADRO 1).

Especificação geográfica	Total habitantes	Total profissionais	Relação prof./hab.*
Brasil	187.510.513	210.403	1/891
Bahia	13.790.081	6.804	1/2026
Feira de Santana	535.820	384	1/1395

* Sugerida como meta para as Américas = 1/5.000

QUADRO 1 - Distribuição da relação cirurgião-dentista/habitante em 2006.

Este dado sugere, teoricamente, a possibilidade de uma ampla cobertura do atendimento odontológico. No entanto, essa relação não assegura a acessibilidade da população ao serviço, uma vez que o contexto do País revela uma sociedade de economia instável, marcada por intensas desigualdades salariais e sociais, com sistema educacional em crise e elevado número de indivíduos de baixa renda (NARVAI, 1997).

Assim, este panorama, atual cenário da odontologia, pode influenciar no baixo acesso ao serviço odontológico, na elevada expansão do número de cirurgiões-dentistas – sem aumento correspondente do status econômico - e na prática profissional curativista (PINTO, 1997). Aliás, a reversão deste tipo de prática perpassa pela reformulação das políticas de formação e utilização desses profissionais, cujo potencial parece está sendo subutilizado (NARVAI, 1997).

Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicas sobre o perfil do cirurgião-dentista no Brasil em 2003 revelou que 57,5% dos profissionais entrevistados eram do gênero feminino, 29,5% compunham a faixa etária de 26 a 30 anos. Quanto a formação 52,1% procederam de universidade particular, 38,1% tinham até cinco anos de formado, 76,7% atuam como clínico-geral, 57,3% já fizeram pós-graduação e destes, 42% especialização, 50,8% realizaram curso de atualização nos últimos dois anos e destes, 22,8% na área de ortodontia, 81,3% lêem periódicos científicos com frequência (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2006c).

Em relação ao mercado de trabalho, 89,6% são autônomo/liberal, 26,2% funcionário público e 11,1% possuem emprego na rede privada. A carga horária de trabalho semanal para 54,5% dos participantes da pesquisa foi de 40 horas, chegando até 60 horas para 16,1% deles. Em relação aos principais problemas enfrentados no setor público 53,4% relatam que é a questão salarial e 34,8% a desinformação, no setor privado 40,8% afirmam que é o preço dos materiais (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2006c).

Como relatado, diante do elevado número de casos de câncer bucal e, conseqüentemente, das suas seqüelas, o diagnóstico precoce é fundamental ao melhor prognóstico da patologia. Assim, revela-se muito importante a postura do cirurgião-dentista frente à detecção da doença, de lesões e condições cancerizáveis e à orientação sobre os fatores/condições de risco.

Material e métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

A seguir, serão detalhados os aspectos metodológicos que orientaram o desenvolvimento desta pesquisa.

4.1 Caracterização do estudo

O estudo investigou o conhecimento dos cirurgiões-dentistas (CDs) sobre alguns aspectos do câncer bucal. Este trabalho foi considerado como uma pesquisa descritiva de caráter exploratório, visto que estabeleceu associação entre variáveis e descreveu as características da população (ALVES, 2003; ESTRELA, 2001; ROUQUARYOL; ALMEIDA FILHO, 2003).

É um estudo de corte transversal, pois o evento estudado, no caso, o conhecimento do cirurgião-dentista em relação ao câncer bucal, foi observado em tempo e espaço definidos no presente (ROUQUARYOL; ALMEIDA FILHO, 2003).

O projeto de pesquisa contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para a aquisição de material de consumo e serviços de terceiro (ANEXO A). A contrapartida da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) diz respeito a equipamentos e material permanente que constam no Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC) da UEFS e foram disponibilizados para o projeto.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) participou do trabalho através da concessão de bolsa de mestrado ao pesquisador.

4.2 População de estudo

A população estudada foi uma amostra probabilística de 240 cirurgiões-dentistas do município de Feira de Santana - BA.

Primeiramente, seria realizado o sorteio dos indivíduos que iriam compor a amostra utilizando a lista de cirurgiões-dentistas de Feira de Santana existente no Conselho Regional de Odontologia da Bahia (CROBA). Tendo em vista a negativa do Conselho (ANEXO B) em fornecer a relação dos profissionais inscritos no CROBA/seção Feira de Santana, construiu-se uma lista, com o intuito de permitir a manutenção do critério da aleatoriedade.

A construção da listagem deu-se a partir de uma lista inicial composta por profissionais do município de Feira de Santana inscritos na Associação Brasileira de Odontologia - seção Bahia e Associação Brasileira de Odontologia - subseção Feira de Santana. Em seguida, foram acrescentados os profissionais presentes no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?Configuracao=1024&bro=Microsoft%20Internet%20Explorer>, como também os profissionais distribuídos em listas telefônicas (Editel 2006/2007 e Telelistas 2006/2007) e no cadastro de profissionais do Laboratório Farmacêutico ACHÉ. A relação construída foi de 420 profissionais, 36 profissionais a mais do que o total informado pelo site do CFO para a região da Bahia/Feira de Santana.

Após a conclusão da listagem, foi verificado se os profissionais estavam inscritos no CROBA, através da comparação do nome que constava na lista construída com a relação de todos os profissionais inscritos naquele conselho, disponível na página <http://www.croba.org.br/proins.html>. É válido ressaltar que a relação presente no site diz respeito a todos os cirurgiões-dentistas do Estado e não discrimina quem são os profissionais de Feira de Santana. Da relação, somente três profissionais não constaram na lista do Conselho Regional de Odontologia da Bahia e, por isso, foram excluídos.

O tamanho da amostra foi calculado através do programa Epi Info, versão 6.04. A partir da população de 417 cirurgiões-dentistas adotou-se a fórmula (MEDRONHO et al., 2006) em que a frequência esperada do evento foi de 50%, o intervalo de confiança ao nível de 95% e o erro admitido de 5%. Devido à

possibilidade de perdas de elementos amostrais (taxa de não-resposta), foi acrescentado à amostra mais 20% de indivíduos (RONCALLI, 2004), assim o total final foi de 240 indivíduos, número considerado representativo estatisticamente.

Os critérios de inclusão adotados para participar da pesquisa foram: ser cirurgião-dentista registrado no Conselho Regional de Odontologia da Bahia/seção Feira de Santana e trabalhar no município de Feira de Santana. Excluiu-se da população de estudo todos aqueles profissionais que não atenderam aos critérios de inclusão acima descritos.

Assim, após a identificação numérica dos integrantes da lista construída, procedeu-se a realização do sorteio dos participantes da pesquisa. A distribuição entre gêneros obtida na amostra sorteada foi compatível com a distribuição entre os profissionais da lista construída. Aqueles que se recusassem a participar do estudo seriam considerados como perda do elemento amostral.

4.3 Campo de estudo

O campo de estudo foi o município de Feira de Santana no Estado da Bahia que dista 108 quilômetros da capital, Salvador. Funciona geograficamente como um eixo rodoviário, o que explica o grande fluxo migratório na região. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006c), o município possui aproximadamente 535.820 habitantes.

Há 30 anos, existe no município a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Surgiu como plano do governo do Estado para promover a interiorização da educação superior. A UEFS atua em todo centro-norte baiano, abrangendo 150 municípios. Devido a sua posição estratégica, no Portal do Sertão, a Universidade tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos habitantes da região. Para isto, conta com o apoio de 47 cursos de graduação, nove mestrados, três doutorados e diversos cursos de especialização (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 2006a).

Entre os cursos de graduação, tem-se o de Odontologia cujo reconhecimento legal deu-se em 03 de março de 1994. Este curso é diurno, possui carga horária total de 3.915 horas distribuídas em nove semestres. Oferece

semestralmente 30 vagas e obteve, na última avaliação do Ministério da Educação (MEC), o conceito cinco (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 2006b).

O objetivo do Curso é formar um profissional de saúde com perfil generalista, integrado ao contexto preventivista (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 2006c), que possua flexibilidade intelectual e capacidade crítica de análise da realidade sócio-político-cultural e detenha a formação técnico-científica humanística e ética (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 2006d).

Dentre todas as disciplinas ofertadas pelo Curso, no sétimo semestre existe a Odontologia Preventiva e Social IV (OPS IV) com carga horária de 120 horas, divididas equitativamente entre as aulas teóricas e práticas (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 2006e). Esta disciplina oferece o embasamento necessário à construção das habilidades e atitudes do futuro profissional em relação ao câncer bucal, as fissuras oro-faciais e as oclusopatias (PLANO SEMESTRAL, 2006).

Além disso, o Departamento de Saúde da UEFS possui o Núcleo de Câncer Oral (NUCAO) que desenvolve o Programa de Prevenção e Controle do Câncer de Boca. As ações do programa incluem especialmente educação em saúde, formação de recursos humanos e pesquisas relacionadas ao tema. As atividades de extensão do Programa envolvem a realização de palestras educativas para redução de fatores de risco e realização do auto-exame da boca, distribuição folhetos explicativos sobre a patologia, e a busca ativa das lesões/condições cancerizáveis e do câncer bucal (PLANO SEMESTRAL, 2006).

A disciplina OPS IV apóia o Programa de Prevenção e Controle do Câncer de Boca e dispõe de um Centro de Referência de Lesões Bucais (CRLB). Desta forma, oferece o atendimento odontológico a pacientes em tratamento de radioterapia e quimioterapia em especial para tumores da região de cabeça e pescoço, o diagnóstico clínico e histopatológico de lesões bucais e o encaminhamento a nível terciário dos casos de câncer bucal detectados nas atividades de extensão do Programa. É válido ressaltar, que a maioria dos casos de lesões bucais detectadas no município e região são encaminhadas para atendimento no CRLB, uma vez que o mesmo possui convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Feira de Santana (Secretaria Municipal de Saúde) e com a

Liga Baiana Contra o Câncer/Hospital Aristides Maltez (PLANO SEMESTRAL, 2006).

Visto que esta estrutura de referenciamento possibilita a detecção e diagnóstico precoce do câncer bucal no município, é de extrema importância o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas acerca do problema, para que possam realizar os encaminhamentos dos casos suspeitos.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Para a realização da pesquisa, utilizou-se um questionário com 51 questões (APÊNDICE A). Este instrumento, que inicialmente constava de 37 questões de múltipla escolha, foi desenvolvido por Horowitz et al. (2000), tendo sido testado e adaptado, posteriormente, por Dib (2003), com o intuito de que se evitassem respostas duvidosas ou inapropriadas na avaliação do grau de conhecimento dos profissionais da área sobre o câncer bucal (ANEXO C).

Neste estudo, catorze perguntas foram acrescentadas ao questionário testado por Dib (2003). Foram elas as questões numeradas de 3 a 9; de 14 a 17; 41; 43 e 44 (APÊNDICE B). O acréscimo destas perguntas se fez pela necessidade de se identificar outros aspectos do perfil profissional e da conduta clínica dos cirurgiões-dentistas que o instrumento adaptado por Dib (2003) não abordava.

As perguntas do questionário de Dib (2003) dizem respeito ao perfil sócio-demográfico do entrevistado, ao conhecimento das características clínicas, fatores e condições de risco da doença, à prática clínica e ao interesse e percepção do conhecimento em relação ao câncer bucal. As respostas das questões específicas e relacionadas aos fatores de risco estão disponíveis para consulta no ANEXO D.

Em relação ao perfil sócio-demográfico foram consideradas as seguintes variáveis: idade, gênero, tempo de formação, presença de especialidade, tipo de especialidade, tipo de inserção no mercado, carga horária semanal de trabalho, universidade de procedência, presença de alguma disciplina específica relacionada ao câncer bucal durante o curso de formação, tipo de atualização e uso de tabaco.

Quanto ao conhecimento sobre as características clínicas do câncer bucal as variáveis relacionadas foram: tipo de câncer, região anatômica, aspecto inicial, faixa etária, característica do linfonodo em metástases cervicais, estágio de diagnóstico mais encontrado no Brasil e condição de risco associada.

O conhecimento sobre os fatores e condições de risco relacionados ao câncer bucal foi abordado através das variáveis: uso de drogas injetáveis, história prévia de câncer, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco, história familiar de câncer, estresse emocional, baixo consumo de frutas e vegetais, sexo oral, próteses mal adaptadas, dentes em mau estado, consumo de comidas condimentadas, higiene bucal deficiente, contágio direto, exposição solar, bebidas e comidas quentes e obesidade.

Para avaliar a prática clínica relacionada à doença fez-se uso das variáveis: realização de exame procurando identificar lesões/condições cancerizáveis e câncer bucal na primeira consulta, motivo da não realização do exame, encaminhamento das lesões suspeitas de malignidade, orientação, conhecimento sobre a técnica e recomendação ao paciente sobre a frequência de realização do auto-exame da boca, além do que é necessário para a realização do mesmo.

O interesse e percepção do conhecimento em relação à patologia foram verificados através do (a): nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico, opinião sobre a presença de treinamento para o exame de câncer bucal durante o curso de graduação, última vez que assistiu a um curso de educação continuada sobre a doença, interesse futuro em assistir a um curso de educação continuada, opinião sobre a importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce, auto-avaliação sobre o nível de conhecimento, situação considerada relevante para o indivíduo chegar à primeira consulta com a doença em estágio avançado, informação do paciente sobre o câncer bucal, realização do auto-exame de boca pelo paciente e motivo da não realização do auto-exame.

4.5 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente, foi realizado o piloto da pesquisa com o objetivo de testar as alterações feitas no instrumento e treinar os indivíduos envolvidos na aplicação do questionário. Assim, imediatamente antes do início do Curso sobre Câncer Bucal oferecido aos cirurgiões-dentistas da rede pública e privada do município de Alagoinhas-BA, no final de março/2006, foram entregues, de uma só vez, aos participantes do curso 35 questionários e recolhidos 31. Previamente à entrega do instrumento de coleta de dados, forneceram-se orientações verbais sobre a natureza da pesquisa, assim como duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido.

O resultado do piloto indicou a necessidade de melhor estruturação da questão 42, uma vez que a mesma apresentou dificuldade quanto à compreensão para 16% dos participantes, necessitando de explicação adicional. O tempo médio necessário para preenchimento do questionário revelado no piloto foi de 6 minutos.

De acordo com o cronograma da pesquisa (APÊNDICE C), o procedimento de coleta de dados iniciou-se logo após a avaliação dos resultados obtidos no piloto e a adequação do instrumento de pesquisa. Assim, entre os meses de junho e agosto de 2006, o pesquisador mais três bolsistas voluntários do Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC) realizaram a coleta de dados.

Os 240 questionários foram aplicados diretamente nos consultórios odontológicos em horários agendados, previamente, e lembrados com antecedência. Durante o agendamento, evitou-se falar sobre o assunto específico de que se tratava a pesquisa, como forma de se evitar o viés de informação.

Foram entregues a cada participante o questionário, juntamente com duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (APÊNDICE D). O tempo aproximado de preenchimento foi de 10 minutos. Como a coleta de dados aconteceu no consultório, um tempo maior foi gasto na sala de espera, mesmo havendo o agendamento prévio.

Com o intuito de evitar trocas ou distorções das informações entre os participantes da pesquisa, tentou-se aplicar os questionários no menor espaço de tempo possível. Devido à quantidade de feriados prolongados e turnos de trabalho mais curtos por conta da Copa do Mundo 2006, foram aplicados somente 20

questionários de pesquisa no mês de junho. Em julho houve o maior número de coletas, 198 questionários e até a metade do mês de agosto completou-se a amostra.

Após a coleta de dados a lista dos profissionais sorteados foi descartada.

4.6 Análise e interpretação dos dados

Para responder a questão de estudo desta pesquisa procurou-se associar as perguntas do instrumento utilizado com os objetivos específicos e seus respectivos temas. Esta associação pode ser visualizada no QUADRO 2.

Desta forma, as perguntas do questionário foram divididas e classificadas de acordo com o tema. Cada tema constituiu um bloco de perguntas e a cada um destes blocos foi atribuído um valor. Cada questionário totalizou dez pontos, conforme pesquisa realizada por Moraes (2003). A classificação e pontuação dos blocos serão explicadas a seguir.

O bloco 1 compreendeu as perguntas relativas ao perfil do profissional e sua opinião sobre o conhecimento do paciente em relação ao câncer bucal. Compôs este bloco as questões de 01 a 11 e 42 a 51. Não se atribuiu valor a este bloco, por considerar que o mesmo não possui relação direta com o conhecimento sobre o câncer bucal.

O bloco 2, relacionado aos aspectos sobre a conduta clínica profissional, foi formado pelas perguntas de número 12 a 18. Da mesma forma que o bloco anterior, estas questões não obtiveram pontuação.

O bloco 3 foi constituído pelas perguntas de número 19 a 23 e 25 referentes a alguns aspectos clínicos da doença. Por entender que o conhecimento relativo a estes aspectos é de grande valia para a realização do diagnóstico precoce, decidiu-se considerar as perguntas deste bloco com maior valor que as demais, no caso, um ponto. Este bloco totalizou seis pontos.

Por fim, o bloco 4 compreendeu as questões de número 24 e 26 a 41, relacionadas ao estágio de diagnóstico do câncer bucal e ao conhecimento sobre

os fatores de risco do câncer bucal. Cada questão deste bloco somou 0,2353 perfazendo um total de quatro pontos.

Os questionários, após a coleta dos dados, foram contabilizados de acordo com escores de cada bloco. Ao total de pontos estabeleceu-se 04 conceitos (A, B, C e D), de acordo com a soma dos valores referentes a cada bloco de perguntas e obedecendo aos seguintes critérios: o conceito A foi dado aos questionários que computaram uma nota entre 9,00 e 10,00 pontos; o conceito B para os questionários com pontos entre 7,00 e 8,99, o conceito C para aqueles com valores compreendidos entre 5,00 e 6,99 e o conceito D para os valores iguais ou menores que 4,99 pontos.

A análise dos dados foi feita pelo Statistical Package for Social Science - SPSS, versão 10.0 for Windows (1998). O nível de significância adotado para a análise estatística em relação ao conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o câncer bucal foi $\alpha = 0,05$.

Os dados foram analisados descritivamente, por meio de proporções (COSTA, 2005). Em seguida procedeu-se a associação de freqüências das variáveis que compunham o bloco 1 e o bloco 2 com os escores obtidos no nível de conhecimento. Por não ser objetivo do trabalho, a correlação entre todas as variáveis não foi realizada. Para a análise de correlação de freqüências empregou-se o teste do Qui-quadrado de Pearson com o objetivo de avaliar o grau de associação entre cada item e sua respectiva dimensão (MCHORNEY et al., 1995). A significância estatística aceita foi o p igual ou menor a 0,05.

Finalmente, as informações foram sistematizadas em tabelas e gráficos com auxílio do Programa Excel da MICROSOFT CORPORATION (2000), seguindo a seqüência e distribuição das variáveis do estudo.

A interpretação dos resultados se deu a partir do confronto entre as informações geradas pelo primeiro nível de análise, com o referencial teórico que orientou a definição dos objetivos, como apresentado no quadro a seguir:

(continua)

Questão	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Perguntas do Questionário	Tema
Qual o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal no município de Feira de Santana - BA em 2006?	Investigar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal no município de Feira de Santana - BA em 2006	Descrever o perfil da população de estudo	1. Idade 2. Gênero 3. Tempo de formado 4. Tem alguma especialidade? 5. Caso tenha alguma especialidade, qual? 6. Tipo de inserção no mercado: 7. Carga horária de trabalho: 8. Universidade de procedência: 9. Durante o seu curso de formação você cursou alguma disciplina específica relacionada ao câncer bucal? 10. Como você se atualiza? 11. Você fuma? 46. Qual é o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico para câncer bucal? 47. Em sua opinião, sua Universidade realizou treinamento para o exame de câncer bucal durante o curso de graduação? 48. Qual foi a última vez que você assistiu a um curso de educação continuada sobre câncer bucal? 49. Você se interessaria em assistir a um curso de educação continuada sobre câncer bucal no futuro? 50. Em sua opinião, qual a importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal? 51. Com relação ao seu nível de conhecimento sobre câncer bucal, qual é sua auto-avaliação?	Perfil da população de estudo (BLOCO 1)
		Identificar a conduta clínica do cirurgião-dentista em relação ao câncer bucal	12. Na primeira consulta odontológica dos seus pacientes, você realiza exame procurando identificar câncer bucal? 13. Porque você não realiza o exame de câncer bucal. 14. Quando você encontra lesões bucais suspeitas de malignidade, como você encaminha o caso? 15. Você orienta seu paciente em relação ao auto-exame de boca? 16. Com relação ao auto-exame de boca você tem conhecimento sobre a técnica? 17. Quantas vezes ao ano você recomenda ao paciente a realização do auto-exame da boca? 18. O que você considera necessário para a realização do auto-exame da boca?	Conduta clínica do profissional em relação ao câncer bucal (BLOCO 2)

QUADRO 2 - Quadro analítico sobre a relação dos objetivos com o instrumento de coleta de dados da pesquisa.

(continuação)

<p>Qual o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal no município de Feira de Santana - BA em 2006?</p>	<p>Investigar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal no município de Feira de Santana - BA em 2006</p>	<p>Descrever o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico do câncer bucal</p>	<p>19. Qual é o tipo de câncer mais comum da boca? 20. Qual a região anatômica mais freqüente para o câncer bucal? 21. Dentre os citados, qual o aspecto mais comum em pacientes com câncer de boca inicial? 22. Qual é a faixa etária mais comum para a ocorrência de câncer bucal? 23. O linfonodo mais característico em metástases cervicais em câncer bucal, quando palpado apresenta-se: 25. Das seguintes condições, qual a mais comumente associada com o câncer bucal?</p>	<p>Aspectos clínicos da ocorrência do câncer bucal (BLOCO 3)</p>
		<p>Descrever o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre os fatores e condições de risco para o câncer bucal</p>	<p>24. No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que o câncer bucal é diagnosticado mais freqüentemente em qual estágio? 26. Uso de drogas injetáveis 27. Ter apresentado outro câncer previamente 28. Consumo de bebidas alcoólicas 29. Consumo de tabaco 30. História familiar de câncer 31. Estresse emocional 32. Baixo consumo de frutas e vegetais 33. Sexo oral 34. Próteses mal adaptadas 35. Dentes em mau estado 36. Consumo de comidas condimentadas 37. Higiene bucal deficiente 38. Contágio direto 39. Exposição solar 40. Bebidas e comidas quentes 41. Obesidade</p>	<p>Fatores e condições de risco do câncer bucal (BLOCO 4)</p>
		<p>Identificar a opinião do cirurgião-dentista acerca do conhecimento do paciente sobre câncer bucal</p>	<p>42. Qual das situações abaixo você considera relevante para o indivíduo chegar à primeira consulta com a doença em estágio avançado? 43. Você considera que seus pacientes estão suficientemente informados sobre o câncer bucal (aspectos preventivos e de diagnóstico)? 44. Você considera que seu paciente realiza o auto-exame de boca? 45. Porque você acha que ele não realiza o auto-exame de boca?</p>	<p>Opinião sobre o conhecimento do paciente (BLOCO 1)</p>

QUADRO 2 - Quadro analítico sobre a relação dos objetivos com o instrumento de coleta de dados da pesquisa.

(conclusão)

<p>Qual o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal no município de Feira de Santana - BA em 2006?</p>	<p>Investigar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal no município de Feira de Santana - BA em 2006</p>	<p>Correlacionar o perfil, a conduta clínica e a percepção do profissional em relação ao câncer bucal com o escore do nível de conhecimento</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Idade 2. Gênero 3. Tempo de formado 4. Tem alguma especialidade? 5. Caso tenha alguma especialidade, qual? 6. Tipo de inserção no mercado: 7. Carga horária de trabalho: 8. Universidade de procedência: 9. Durante o seu curso de formação você cursou alguma disciplina específica relacionada ao câncer bucal? 10. Como você se atualiza? 11. Você fuma? 12. Na primeira consulta odontológica dos seus pacientes, você realiza exame procurando identificar câncer bucal? 13. Porque você não realiza o exame de câncer bucal. 14. Quando você encontra lesões bucais suspeitas de malignidade, como você encaminha o caso? 15. Você orienta seu paciente em relação ao auto-exame de boca? 16. Com relação ao auto-exame de boca você tem conhecimento sobre a técnica? 17. Quantas vezes ao ano você recomenda ao paciente a realização do auto-exame da boca? 18. O que você considera necessário para a realização do auto-exame da boca? 46. Qual é o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico para câncer bucal? 47. Em sua opinião, sua Universidade realizou treinamento para o exame de câncer bucal durante o curso de graduação? 48. Qual foi a última vez que você assistiu a um curso de educação continuada sobre câncer bucal? 49. Você se interessaria em assistir a um curso de educação continuada sobre câncer bucal no futuro? 50. Em sua opinião, qual a importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal? 51. Com relação ao seu nível de conhecimento sobre câncer bucal, qual é sua auto-avaliação? 	<p>Perfil da população de estudo (BLOCO 1)</p> <p>Conduta clínica do profissional em relação ao câncer bucal (BLOCO 2)</p>
---	--	---	---	--

QUADRO 2 - Quadro analítico sobre a relação dos objetivos com o instrumento de coleta de dados da pesquisa.

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi realizado observando a resolução 196/96 que diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1997). Desta forma, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana e realizado após obtenção do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) dos indivíduos (APÊNDICE D).

O procedimento de coleta de dados somente foi iniciado após aprovação pelo CEP através do Protocolo nº 004/2006 – CAEE 0120.0.059.000-06 (ANEXO E). O anonimato foi resguardado e as informações dos indivíduos participantes deste estudo, mantidas em sigilo nos relatórios de pesquisa enviados ao CEP, nas publicações e em todo e qualquer meio de apresentação e divulgação dos dados.

4.7.1 Riscos e benefícios para os sujeitos da pesquisa

Os indivíduos da pesquisa responderam a um questionário contendo 51 perguntas referentes ao perfil profissional, ao conhecimento sobre alguns aspectos clínicos do câncer bucal, os fatores de risco para a doença e sobre a conduta clínica profissional. O preenchimento do questionário poderia causar algum desconforto ou constrangimento aos participantes do estudo, o que foi informado no TCLE, com o intuito de minimizá-los, a participação foi voluntária e o anonimato foi resguardado, garantindo o sigilo dos dados.

O câncer bucal é uma doença mutiladora com elevados indicadores de morbimortalidade. O levantamento de informações sobre o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação a esta patologia poderá trazer benefícios para os indivíduos da pesquisa e a comunidade em geral e científica, visto que os resultados possibilitarão o planejamento de cursos para estes profissionais e com isto capacitá-los para o diagnóstico precoce, encaminhamento e aconselhamento dos pacientes, favorecendo a redução dos indicadores de morbimortalidade da doença.

A divulgação dos resultados aos participantes da pesquisa e comunidade se fará através da realização de palestras, publicações e, após a conclusão do

estudo, será elaborado um curso para os cirurgiões-dentistas que abordará os aspectos relacionados aos fatores/condições de risco e diagnóstico precoce em relação ao câncer bucal.

Resultados

5 RESULTADOS

Os resultados contidos neste trabalho referem-se à avaliação da amostra de 240 cirurgiões-dentistas. A seguir, são apresentados resultados das frequências das respostas, com respectiva análise estatística das variáveis investigadas.

5.1 Características do perfil dos cirurgiões-dentistas

Na avaliação do perfil dos cirurgiões-dentistas observou-se a frequência da (o): faixa etária, gênero, tempo de formação e hábito de fumar. Também se procurou conhecer a existência e tipo de especialidade, o tipo de inserção no mercado, a carga horária semanal de trabalho, seja no setor público, privado ou público/privado, a universidade de procedência, a formação adequada na graduação e o meio de atualização empregado por este profissional (TABELA1).

Constatou-se que a maior parte (62,9%) dos cirurgiões-dentistas era do gênero feminino. Em relação à idade, 55,7% deles possuíam entre 26 e 37 anos, 12,8% de 38 a 43 anos e 12,3% idade igual ou superior a 50 anos. A maioria, 53,2%, tinha até 10 anos de formação, sendo que 32,3% da amostra situavam-se na faixa de 6 a 10 anos de formado. Os profissionais com mais de 20 anos de profissão perfizeram 22,5%.

A maioria (52,5%) relatou que trabalhava exclusivamente na rede privada, 3,3%, na rede pública e os outros 44,2%, simultaneamente, na rede pública e privada. Quanto à carga horária semanal de trabalho no setor público, 53,9% trabalhavam até 20 horas e 34,3% de 31 a 40 horas. No setor privado o número de horas semanais trabalhadas apresentou-se maior, pois 52,7% trabalhavam de 31 a 40 horas.

Na avaliação sobre a adequada formação durante a graduação, isto é, a presença de disciplina específica sobre o câncer bucal no curso, 54,8% relataram ter cursado disciplina específica, enquanto 45,2% negaram. Em relação à atualização, 89,8% afirmaram que utiliza diversas fontes, tais como, congressos, cursos de atualização, revistas, periódicos ou artigos científicos, internet e livros. Os resultados

ainda indicaram que a maioria dos profissionais nunca fumou, 11,3% já fez uso do tabaco e apenas 1,7% eram fumantes (TABELA 1).

Quanto ao tipo de universidade de procedência verificou-se que apenas 11,7% provieram de universidades particulares, 56,1,8% representaram as estaduais e 32,2% as federais somando o total de 88,3% procedentes de universidade pública (FIGURA 1).

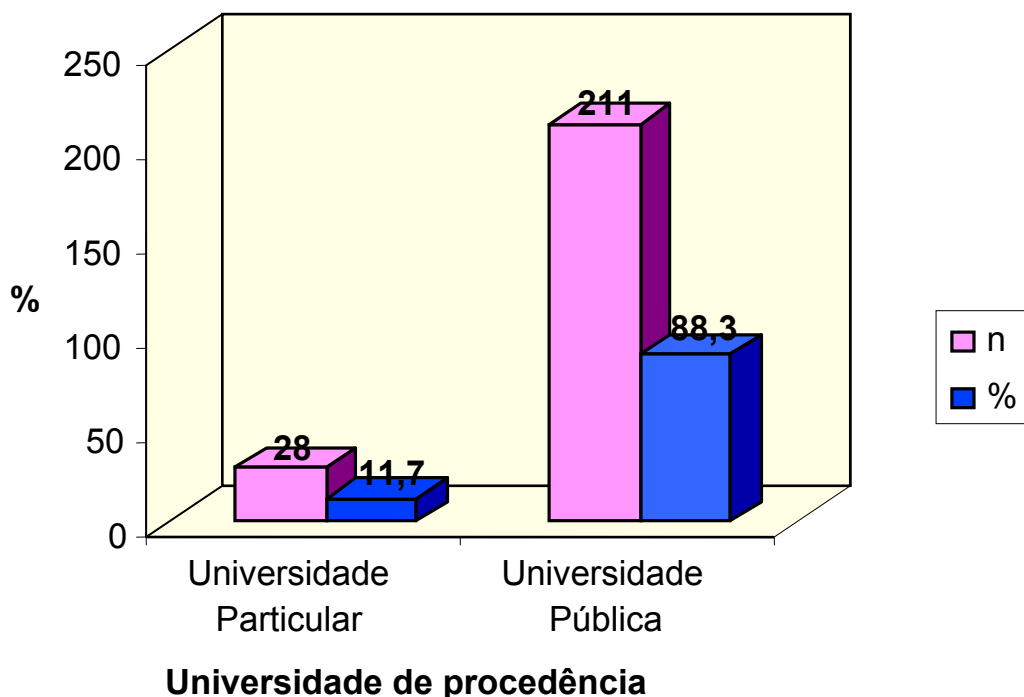


FIGURA 1 – Distribuição do nº e % de cirurgiões-dentistas de acordo com o tipo da universidade de procedência, Feira de Santana, 2006.

TABELA 1 – Distribuição do nº e % dos cirurgiões-dentistas, segundo características do perfil profissional em Feira de Santana, 2006.

Variável	n	%
Gênero		
Masculino	89	37,1
Feminino	151	62,9
Faixa etária		
20 a 25 anos	17	7,2
26 a 31 anos	59	25,1
32 a 37 anos	72	30,6
38 a 43 anos	30	12,8
44 a 49 anos	28	11,9
50 anos ou mais	29	12,3
Tempo de formação		
Até 5 anos	49	20,9
6 a 10 anos	76	32,3
11 a 15 anos	46	19,6
16 a 20 anos	11	4,7
21 a 25 anos	25	10,6
26 a 30 anos	19	8,1
Mais de 30 anos	09	3,8
Tipo de inserção no mercado		
Pública	08	3,3
Privada	126	52,5
Público-privada	106	44,2
Carga horária semanal de trabalho no setor público		
Até 20 horas	55	53,9
21 a 30 horas	12	11,8
31 a 40 horas	35	34,3
Carga horária semanal de trabalho no setor privado		
Até 20 horas	61	32,4
21 a 30 horas	28	14,9
31 a 40 horas	99	52,7
Universidade de procedência		
Particular	28	11,7
Estadual	134	56,1
Federal	77	32,2
Presença de disciplina sobre o câncer bucal na graduação		
Sim	131	54,8
Não	108	45,2
Presença de especialidade		
Sim	122	50,8
Não	118	49,2
Tipo de atualização		
Revistas científicas	10	4,2
Congressos	03	1,3
Uso a internet	03	1,3
Cursos de atualização	06	2,5
Livros	01	0,4
Periódicos e artigos científicos	01	0,4
Mais de um tipo dos anteriores	212	89,8
Hábito de fumar		
Sim	04	1,7
Nunca	209	87,1
Parou	27	11,3

Observou-se que 49,2% dos cirurgiões-dentistas não tinham especialidade e, entre os 50,8% daqueles que a possuíam, verificou-se a presença de diversas especialidades. Prótese, dentística, periodontia e ortodontia foram as mais apontadas, no entanto, saúde coletiva, implantodontia, odontopediatria, saúde pública, odontologia legal, radiologia, farmacologia, gestão/auditoria em saúde entre muitas outras também foram encontradas (TABELA 2).

TABELA 2 – Distribuição do nº e % dos cirurgiões-dentistas, segundo tipo de especialidade no município de Feira de Santana, 2006.

Variável	n	%**
Tipo de especialidade		
Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais	06	4,9
Dentística	07	5,7
Endodontia	21	17,2
Estomatologia	01	0,8
Implantodontia	06	4,9
Odontologia Legal	02	1,6
Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	01	0,8
Odontopediatria	10	8,3
Ortodontia	15	12,9
Ortopedia Funcional dos Maxilares	01	0,8
Patologia Bucal	01	0,8
Periodontia	14	11,5
Prótese Dentária	29	23,8
Radiologia	01	0,8
Radiologia Odontológica e Imaginologia	04	3,3
Saúde Coletiva	02	1,6
Outras*	22	18,0

* Para esta categoria inclui-se: Administração Hospitalar, Auditoria em Saúde, Administração em Sistema Público, Biologia Molecular, Farmacologia, Informática em Saúde, Gestão em Saúde, Gestão empresarial com ênfase em finanças públicas, Metodologia, Oclusão, Odontologia Social, Saúde da Família e Saúde Pública.

** O total revelou-se maior que 100,0% devido a alguns profissionais terem apresentado mais de uma especialidade.

Adicionalmente, na composição do perfil também foram analisados o interesse e percepção do conhecimento em relação ao câncer bucal através da frequência das variáveis: nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico, opinião sobre a presença de treinamento para o exame de câncer bucal durante o curso de graduação, última vez que assistiu a um curso de educação continuada sobre a doença, interesse futuro em assistir a um curso de educação continuada, opinião sobre a importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce, auto-avaliação sobre o nível de conhecimento sobre o câncer bucal (TABELA 3).

Verificou-se que uma proporção expressiva dos entrevistados (69,5%) avaliou como baixo o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico do câncer bucal e outros 6,9% não souberam responder. Com relação ao treinamento para o exame de câncer bucal fornecido pela universidade durante a graduação, pode-se verificar que apenas 43,8% responderam positivamente. Quanto à última participação em cursos sobre câncer bucal, 35,3% deles realizaram durante os últimos 2 a 5 anos, 18,3% tinham mais de 5 anos que se atualizaram, outros 18,3% o fizeram no ano passado, enquanto que 19,6% não lembravam da última participação e 8,5% nunca haviam participado.

Entretanto, 92,3% destes profissionais mostraram interesse em participar de cursos dessa natureza no futuro. Verificou-se também que um grande percentual (97,0%) deles acreditavam que é alta a importância do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. Em relação à auto-avaliação sobre o nível de conhecimento referente ao câncer bucal, 27,5% consideraram-no como bom, 41,1% como regular, e 27,5% como insuficiente.

TABELA 3 – Distribuição do nº e % da opinião dos cirurgiões-dentistas quanto ao interesse e percepção sobre o seu conhecimento em relação ao câncer bucal em Feira de Santana, 2006.

Variável	n	%
Nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico de câncer bucal		
Alto	55	23,6
Baixo	162	69,5
Não sabem	16	6,9
Treinamento para realização do exame de câncer bucal na graduação		
Sim	103	43,8
Não	127	54,0
Não sabem	03	1,3
Realização do último curso sobre câncer bucal		
No ano passado	43	18,3
Durante os últimos 2 a 5 anos	83	35,3
Mais de 5 anos	43	18,3
Nunca	20	8,5
Não lembra	46	19,6
Interesse em cursos de educação continuada sobre câncer bucal no futuro		
Sim	217	92,3
Não	05	2,1
Não tem certeza	13	5,5
Importância do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico precoce da doença		
Alta	230	97,0
Média	05	2,1
Regular	01	0,4
Baixa	01	0,4
Auto - avaliação do nível de conhecimento sobre a doença		
Ótimo	09	3,8
Bom	65	27,5
Regular	97	41,1
Insuficiente	65	27,5

5.2 Conduta clínica em relação ao câncer bucal

A identificação da conduta clínica relacionada ao câncer bucal fez-se através da frequência das variáveis: realização de exame procurando identificar câncer bucal na primeira consulta, motivo da não realização do exame, encaminhamento das lesões suspeitas de malignidade, orientação e conhecimento sobre o auto-exame, recomendação ao paciente sobre a frequência de realização do auto-exame da boca e o que é necessário para a realização do mesmo (TABELA 4).

Verificou-se que 78,9% dos cirurgiões-dentistas realizavam o exame clínico investigando a presença de lesões/condições cancerizáveis ou câncer bucal na primeira consulta. Ao ser questionado sobre o motivo da não realização do exame, 8,7% dos entrevistados afirmaram que não sabiam fazer, 3,0% não achavam necessário realizá-lo e 3,0% disseram não receber honorários pelo serviço. Em relação ao encaminhamento dos casos suspeitos, 52,8% encaminhavam para um profissional especializado, 34,3% para uma faculdade de odontologia, 4,2% para um hospital especializado e 1,4% para um médico.

Constatou-se que 55,6% dos profissionais orientavam o paciente sobre o auto-exame. Quanto ao conhecimento sobre a técnica do mesmo, 75,2% dos cirurgiões-dentistas afirmaram conhecer. Mas, quando se verificou a recomendação ao paciente em realizar o auto-exame, observou-se que 47,8% dos profissionais não recomendavam ao paciente o seu uso, enquanto 21,6% orientavam ao paciente a realização de pelo menos quatro vezes ao ano, 20,3%, duas vezes ao ano, 6,0%, somente uma vez ao ano e 4,3%, três vezes ao ano.

Em relação ao que o profissional considerava necessário para a realização do auto-exame, 41,6% dos profissionais consideraram necessário o conhecimento da técnica, 31,2%, gaze e conhecimento da técnica, 24,2% responderam não requerer qualquer instrumento e 3,0% relataram ser necessário o uso de instrumentos especializados e conhecimento da técnica.

TABELA 4 – Distribuição do nº e % das práticas clínicas em relação ao câncer bucal realizadas pelos cirurgiões-dentistas de Feira de Santana, 2006.

Variável	n	%
Investigação da presença de lesão cancerizável e/ou câncer bucal na 1ª consulta		
Sim	187	78,9
Não	50	21,1
Motivo da não realização do exame na 1ª consulta		
Realiza o exame	196	85,2
Não sabe como fazer	20	8,8
Não acha necessário	07	3,0
Não recebe honorários pelo procedimento	07	3,0
Encaminhamento dos casos suspeitos		
Realiza os procedimentos diagnósticos	13	6,0
Dentista especialista em estomatologia	114	52,8
Médico	03	1,4
Faculdade de odontologia	74	34,3
Hospital especializado	09	4,2
Não sendo a queixa principal, aguarda a recuperação	03	1,4
Orientação sobre o auto-exame da boca		
Sim	133	55,6
Não	106	44,4
Conhecimento sobre o auto-exame da boca		
Sim	179	75,2
Não	59	24,8
Frequência de realização do auto-exame da boca		
Uma vez por ano	14	6,0
Duas vezes ao ano	47	20,3
Três vezes ao ano	10	4,3
Quatro vezes ano	50	21,6
Não recomenda	111	47,8
Recurso necessário à técnica do auto-exame da boca		
Instrumentos especializados e conhecimento da técnica	07	3,0
Gaze e conhecimento da técnica	72	31,2
Conhecimento da técnica	96	41,6
Não requer qualquer instrumento	56	24,2

5.3 Conhecimento sobre o diagnóstico clínico do câncer bucal

Para identificar o conhecimento sobre o diagnóstico clínico da doença, observou-se a frequência das variáveis: tipo de câncer, região anatômica, aspecto clínico inicial, faixa etária, metástases cervicais, estágio de diagnóstico e condição de risco mais frequentemente associada ao câncer bucal (TABELA 5).

Desta forma, observou-se que quase metade dos entrevistados na pesquisa não sabia ou respondeu incorretamente sobre o tipo mais comum de câncer bucal, enquanto 58,3% indicaram o carcinoma espinocelular como mais freqüente. A região anatômica mais referida (32,7%) foi a língua, sendo seguida por o soalho de boca (23,2%) e mucosa jugal (15,9%). Destaca-se sobre esse item, que 19,1% não souberam responder. O aspecto mais comum em pacientes com câncer de boca em fase inicial, citado corretamente por 71,6% dos entrevistados, foi a úlcera indolor.

Quanto à faixa etária mais freqüente, 77,0% dos cirurgiões-dentistas indicaram acima dos 40 anos. Em relação ao linfonodo mais característico em metástases cervicais do câncer bucal, 65,6% dos entrevistados relataram que este se apresenta duro, sem dor, com mobilidade ou não quando apalpado, enquanto 24,6% dos profissionais desconheciam as características.

Cerca de 17,7% dos profissionais ignoravam o tipo de lesões precursoras que são diagnosticadas com maior freqüência, porém, 68,6% identificaram corretamente a leucoplasia como condição mais comumente associada à doença. Para 73,0% dos entrevistados, a doença é mais diagnosticada no estágio avançado, enquanto 20,3% não souberam responder.

TABELA 5 – Distribuição do nº e % das características clínicas do câncer bucal, segundo o conhecimento dos cirurgiões-dentistas, Feira de Santana, 2006.

Variável	n	%
Tipo de câncer bucal mais freqüente		
Linfoma	12	5,4
Carcinoma espinocelular	130	58,3
Sarcoma de kaposi	06	2,7
Ameloblastoma	10	4,5
Adenocarcinoma de glândula salivar	02	0,9
Não sabem	63	28,3
Região anatômica mais comum		
Língua	72	32,7
Soalho de boca	51	23,2
Gengiva	08	3,6
Palato	12	5,5
Mucosa jugal	35	15,9
Não sabem	42	19,1
Aspecto mais encontrado em pacientes com câncer bucal em fase inicial		
Salivação abundante	01	0,5
Úlcera indolor	159	71,6
Nódulo duro	33	14,9
Dor intensa	01	0,5
Não sabem	28	12,6
Faixa etária de maior ocorrência		
18 a 39 anos	20	8,5
Acima dos 40 anos	181	77,0
Não sabem	34	14,5
Características do linfonodo na metástase regional		
Duro, dolorido, com mobilidade	14	6,3
Duro, sem dor, com mobilidade ou não	147	65,6
Mole, dolorido, com mobilidade	03	1,3
Mole, sem dor, com mobilidade ou não	05	2,2
Não sabem	55	24,6
Lesão precursora mais frequente		
Leucoplasia	155	68,6
Pênfigo vulgar	06	2,7
Estomatite	16	7,1
Candidíase	08	3,5
Língua geográfica	01	0,4
Não sabem	40	17,7
Estágio do diagnóstico mais encontrado		
Pré-maligno	13	5,5
Precoce	03	1,3
Avançado	173	73,0
Não sabem	48	20,3

5.4 Conhecimento sobre os fatores e condições de risco relacionados ao câncer bucal

Em relação a conhecimento sobre os fatores e condições de risco relacionados ao câncer bucal, utilizou-se as frequências das variáveis: uso de drogas injetáveis, história prévia de câncer, ingestão de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco, história familiar de câncer, estresse emocional, baixo consumo de frutas e vegetais, sexo oral, próteses mal adaptadas, dentes em mau estado, consumo de comidas condimentadas, higiene bucal deficiente, contágio direto, exposição solar, bebidas e comidas quentes e obesidade (TABELA 6).

É válido ressaltar que as informações encontradas no texto diferem das visualizadas na tabela, pois nesta, optou-se por inserir o percentual dos indivíduos que não responderam as perguntas. E no texto utilizou-se o percentual válido das respostas.

Quanto às respostas dos cirurgiões-dentistas neste bloco de perguntas, verificou-se que 87,1% deles acreditavam que, a história prévia de câncer, ingestão de bebidas alcoólicas (92,6%), consumo de tabaco (100%), histórico familiar de câncer (95,7%), uso de próteses mal adaptadas (97,5%), estresse emocional (72,6%), exposição solar (88,5%), higiene bucal deficiente (72,7%) e dentes em mau estado (77,4%), são considerados como fatores ou condição de risco para o câncer bucal.

O baixo consumo de frutas e vegetais (43,3%), sexo oral (36,3%), consumo de comidas condimentadas (35,8%), bebidas e comidas quentes (38,2%) foram relatados pelos profissionais como fatores ou condição de risco para a doença. Não foram considerados como fator ou condição de risco o uso de drogas injetáveis (87,2%), o contágio direto (94,9%) e a obesidade (97%).

Observou-se que 11,0% dos entrevistados preferiram abster-se de opinar se a obesidade seria considerado como fator de risco para o câncer bucal, assim como 11,0% não responderam para o contágio direto e 10,0% para o baixo consumo de frutas e verduras.

TABELA 6 – Distribuição do nº e % dos fatores e condições de risco para o câncer bucal, segundo o conhecimento dos cirurgiões-dentistas de Feira de Santana, 2006.

Variável	Categoria					
	Sim		Não		Não responderam	
	n	%	n	%	n	%
Uso de drogas injetáveis	25	10,4	171	71,3	44	18,3
Presença prévia de câncer	196	81,7	29	12,1	15	6,3
Ingestão de bebidas alcoólicas	214	89,2	17	7,1	09	3,8
Consumo de tabaco	236	100,0	00	0	04	1,7
Histórico familiar de câncer	224	93,3	10	4,2	06	2,5
Estresse emocional	156	65	59	24,6	25	10,4
Baixo consumo de frutas e vegetais	87	36,3	114	47,5	39	16,2
Sexo oral	74	30,8	130	54,2	36	15
Próteses mal adaptadas	231	96,3	06	2,5	03	1,2
Dentes em mau estado	171	71,3	50	20,8	19	7,9
Consumo de comidas condimentadas	73	30,4	131	54,6	36	15
Higiene bucal deficiente	160	66,7	60	25	20	8,3
Contágio direto	10	4,2	187	77,9	43	17,9
Exposição solar	200	83,3	26	10,8	14	5,8
Bebidas e comidas quentes	78	32,5	126	52,5	36	15
Obesidade	06	2,5	191	79,6	43	17,9

5.5 Opinião do cirurgião-dentista sobre o conhecimento do paciente

Para identificar a opinião do profissional sobre o conhecimento do paciente em relação ao câncer bucal foram observadas as seguintes variáveis: situação considerada relevante para o indivíduo chegar à primeira consulta com a doença em estágio avançado, informação do paciente sobre o câncer bucal, realização do auto-exame de boca pelo paciente e motivo da não realização do auto-exame (TABELA 7).

Constatou-se que 74,0% dos cirurgiões-dentistas acreditavam que o motivo que leva o paciente a chegar à primeira consulta com a doença em estágio avançado é o desconhecimento sobre a patologia e os fatores de risco, para outros 13,2% o medo, para 10,5% é o acesso ao serviço de saúde e 1,8% não souberam responder. Observou-se que, segundo opinião dos profissionais, 79,7% dos pacientes não estão suficientemente informados sobre os aspectos preventivos e de diagnóstico do câncer de boca.

TABELA 7 – Distribuição do nº e % da opinião dos cirurgiões-dentistas sobre o conhecimento do paciente em relação ao câncer bucal, Feira de Santana, 2006.

Variável	n	%
Motivo para o indivíduo chegar a 1ª consulta com a doença em estágio avançado		
Medo	29	13,2
Acesso ao serviço de saúde	23	10,5
Desconhecimento sobre a doença e fatores de risco	162	74,0
Não sabem informar	04	1,8
Vergonha	01	0,5
Informação dos pacientes sobre a doença		
Sim	30	12,7
Não	189	79,7
Não sabem informar	18	7,6
Realização do auto-exame da boca pelo paciente		
Sim	29	12,5
Não	203	87,5
Motivo da não realização do auto - exame da boca pelo paciente		
Ele realiza o auto-exame	20	8,5
Porque não acha importante realizar	58	24,6
Porque nunca foi orientado	103	43,6
Porque não sabe fazer	18	7,6
Não sabem informar	37	15,7

5.6 Escores dos níveis de conhecimento do profissional em relação ao câncer bucal

Atribuiu-se conceitos de acordo com as respostas dadas pelos profissionais pesquisados sobre o conhecimento do câncer bucal e constatou-se que apenas 3,75% conseguiram o conceito A (ótimo) e 33,75% o B (bom). Mais de 60% dos profissionais receberam conceito C (32,5%), que significa regular, e D (30%), insuficiente (FIGURA 2).

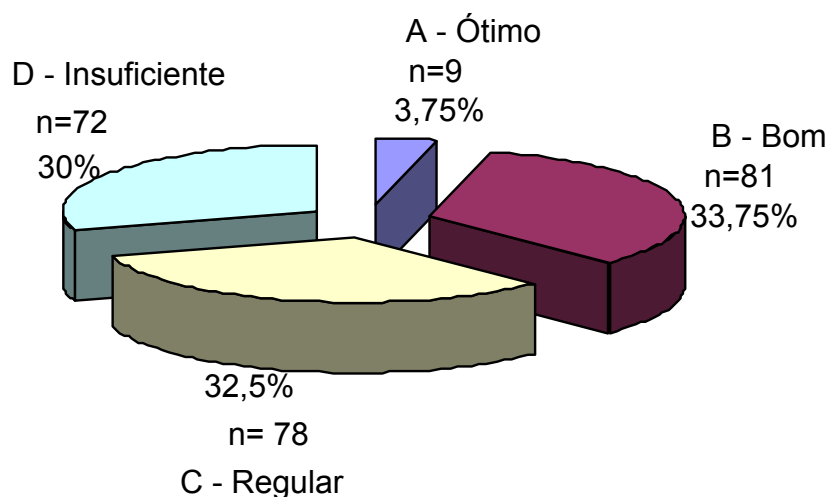


FIGURA 2 – Distribuição do nº e % dos cirurgiões-dentistas, segundo o conceito atribuído, Feira de Santana, 2006.

5.7 Associação entre as variáveis e os escores do nível de conhecimento

A seguir serão apresentadas as correlações das variáveis referentes ao perfil e à conduta clínica do profissional em relação ao câncer bucal com os escores do níveis de conhecimentos obtidos.

Percebeu-se que algumas variáveis como: faixa etária ($p = 0,001$), carga horária semanal de trabalho no setor privado ($p = 0,023$) e presença do hábito de fumar ($p = 0,026$) apresentaram significância estatística, o que demonstra a possibilidade de associação destas variáveis com o nível de conhecimento neste trabalho (TABELA 8).

A observação dos resultados indicou, em relação à idade dos cirurgiões-dentistas que, 64,8% dos que obtiveram conceito A e B possuíam idade menor que 26 anos, enquanto no grupo daqueles que conseguiram o conceito C ou D 82,4% tinham 50 anos ou mais. Para os melhores conceitos (A e B) registrou-se uma relação inversa com a idade.

Com relação ao gênero, ao tipo de inserção no mercado e à carga horária semanal de trabalho no setor público, a associação não revelou significância estatística em relação ao conceito atribuído ($p = 0,828$), ($p = 0,574$) e ($p = 0,990$), respectivamente.

Ao verificar as informações relativas à carga horária semanal de trabalho no setor privado, percebeu-se que 64,7% dos entrevistados que obtiveram o conceito C ou D trabalhavam entre 31 e 40 horas semanais. Para a mesma categoria de horário, apenas 32,2% conseguiram o conceito A ou B.

Em relação ao hábito de fumar, 41,2% dos profissionais que nunca fumaram obtiveram o conceito A ou B e 88,9% dos cirurgiões-dentistas que haviam abandonado o hábito de fumar, o conceito C ou D.

TABELA 8 – Correlação entre as variáveis relacionadas às características pessoais e de trabalho do cirurgião-dentista e o escore do nível de conhecimento, Feira de Santana, 2006.

Variável	Conceito								P-valor
	A		B		C		D		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária									0,001*
20 a 25 anos	04	23,6	07	41,2	03	17,6	03	17,6	
26 a 31anos	02	3,4	29	49,2	17	28,8	11	18,6	
32 a 37anos	02	2,8	21	29,2	27	37,5	22	30,5	
38 a 43 anos	01	3,3	09	30,0	11	36,7	09	30,0	
44 a 49 anos	-	-	09	32,1	10	35,8	09	32,1	
50 anos ou mais	-	-	06	17,6	10	29,5	18	52,9	
Gênero									0,828
Masculino	04	4,5	32	36,0	26	29,2	27	30,3	
Feminino	05	3,3	49	32,5	52	34,4	45	29,2	
Tipo de inserção no mercado									0,574
Pública	-	-	02	2,5	02	2,6	04	5,6	
Privada	06	66,7	43	53,1	36	46,2	41	56,9	
Público-privada	03	33,3	36	44,4	40	51,3	27	37,5	
Carga horária semanal de trabalho no setor público									0,990
Até 20 horas	02	3,6	17	31,0	20	36,3	16	29,1	
21 a 30 horas	-	-	05	41,7	04	33,3	03	25,0	
31 a 40 horas	01	3,0	14	40,0	10	28,5	10	28,5	
41 horas ou mais	06	4,3	45	32,6	44	31,9	43	31,2	
Carga horária semanal de trabalho no setor privado									0,023*
Até 20 horas	03	5,9	24	39,3	22	36,1	12	19,7	
21 a 30 horas	01	3,6	08	28,6	04	14,3	15	53,5	
31 a 40 horas	02	2,0	33	33,3	40	40,5	24	24,2	
41 horas ou mais	03	5,8	16	30,8	12	23,0	21	40,4	
Hábito de fumar									0,026*
Sim	-	-	01	25,0	-	-	03	75,0	
Nunca	09	4,4	77	36,8	67	32,0	56	26,8	
Parou	-	-	03	11,1	11	40,8	13	48,1	

* Significância estatística através do teste do Qui-quadrado de Pearson

A TABELA 9 mostra a correlação entre as variáveis relacionadas à formação e à educação continuada com o conceito obtido. A presença de especialidade ($p = 0,891$), a universidade de procedência ($p = 0,912$), a presença de disciplina relacionada ao câncer bucal na graduação ($p = 0,101$), o tipo de atualização ($p = 0,772$) e o interesse em assistir a um curso de educação continuada sobre o câncer bucal no futuro ($p = 0,284$) não apresentaram significância estatística.

Ao analisar a distribuição por tempo de formação, que apresentou significância estatística ($p = 0,035$), verificou-se que entre os que obtiveram o conceito A ou B, 59,2% tinham até cinco anos de formado. Os profissionais com 31 anos ou mais de graduação somaram em 71,4% dos casos o conceito C ou D. Nesta categoria, nenhum dos profissionais atingiu o conceito A.

Quanto à realização de treinamento na graduação para o exame de câncer bucal, verificou-se que os cirurgiões-dentistas que tiveram treinamento na graduação conseguiram os maiores conceitos ($p=0,000$). Para o conceito A, 6,8% deles relataram ter feito treinamento, para o B, 48,5%, para o C, 25,3% e para o D, 19,4%.

Em relação à última vez que assistiu a um curso de educação continuada sobre câncer bucal, pôde-se verificar que somente 7,0% dos entrevistados que o assistiram no ano anterior a pesquisa obtiveram o conceito A e que 54,2% dos que freqüentaram um curso sobre a doença entre dois a cinco anos atrás tiveram conceito C ou D.

TABELA 9 – Correlação entre as variáveis relacionadas à formação e educação continuada e o conceito, Feira de Santana, 2006.

Variável	Conceito								P-valor
	A		B		C		D		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tempo de formação									0,035*
Até 5 anos	06	12,2	23	47,0	12	24,5	08	16,3	
6 a 10 anos	01	1,3	26	34,3	29	38,1	20	26,3	
11 a 15 anos	-	-	16	34,8	13	28,2	17	37,0	
16 a 20 anos	01	9,1	03	27,3	04	36,3	03	27,3	
21 a 25 anos	-	-	07	28,0	09	36,0	09	36,0	
26 a 30 anos	01	5,3	02	10,5	07	36,8	09	47,4	
31 anos ou mais	-	-	04	28,6	04	28,6	06	42,8	
Presença de especialidade									0,891
Sim	04	3,3	44	36,0	38	31,2	36	29,5	
Não	05	4,3	37	31,6	39	33,3	36	30,8	
Universidade de procedência									0,912
Particular	02	7,2	09	32,1	08	28,6	09	32,1	
Estadual	05	3,7	48	35,8	42	31,4	39	29,1	
Federal	02	2,6	24	31,2	28	36,3	23	29,9	
Presença de disciplina sobre o câncer bucal na graduação									0,101
Sim	07	5,3	50	38,2	42	32,2	32	24,3	
Não	02	1,9	31	28,7	36	33,3	39	36,1	
Tipo de atualização									0,772
Revistas científicas	-	-	03	30,0	04	40,0	03	30,0	
Congressos	-	-	02	66,7	-	-	01	33,3	
Internet	-	-	01	33,3	02	66,7	-	-	
Cursos de atualização	-	-	01	16,7	01	16,7	04	66,6	
Livros	-	-	-	-	-	-	01	100,0	
Artigos científicos	-	-	-	-	01	100,0	-	-	
Mais de uma das alternativas	09	100,0	74	35,0	67	31,6	62	29,2	
Treinamento para realização do diagnóstico do câncer bucal na graduação									0,000*
Sim	07	6,8	50	48,5	26	25,3	20	19,4	
Não	02	1,6	30	23,6	49	38,6	46	36,2	
Não sabe	-	-	01	20,0	01	20,0	03	60,0	
Última vez que assistiu a um curso sobre câncer bucal									0,000*
No ano passado	03	7,0	20	46,5	14	32,5	06	14,0	
Nos últimos 2 a 5 anos	05	6,0	33	39,8	28	33,7	17	20,5	
Mais de 5 anos	-	-	16	37,2	14	32,6	13	30,2	
Nunca	-	-	03	15,0	02	10,0	15	75,0	
Não lembra	01	2,2	07	15,2	19	41,3	19	41,3	
Interesse em assistir a um curso sobre câncer bucal no futuro									0,284
Sim	09	4,1	78	36,0	71	32,7	59	27,2	
Não	-	-	01	20,0	01	20,0	03	60,0	
Não tem certeza	-	-	02	15,4	04	30,8	07	53,8	

* Significância estatística através do teste do Qui-quadrado de Pearson

A correlação entre as variáveis mais relevantes correspondentes a atitudes, percepções e práticas dos cirurgiões-dentista com o conceito atribuído pode ser visualizada na TABELA 10. A realização do exame procurando identificar câncer bucal na primeira consulta ($p= 0,379$), o encaminhamento no caso de suspeita de lesões malignas ($p= 0,455$), a informação do paciente sobre o câncer bucal ($p= 0,773$), a importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal ($p= 0,262$) não se revelaram estatisticamente significativas.

Quanto ao nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico de câncer bucal, relação que se revelou significativa estatisticamente ($p = 0,006$), julgaram-se com baixo nível de segurança 31,5% dos profissionais que obtiveram o conceito A ou B, 35,2% que tiveram o conceito C e 33,3% que atingiram o conceito D.

Ao correlacionar a auto-avaliação do nível de conhecimento sobre câncer bucal com o conceito obtido, encontrou-se significância estatística ($p = 0,000$). Dos profissionais que se auto-avaliaram com conhecimento ótimo, apenas 11,1% atingiram o conceito A. Para os profissionais que avaliaram seu conhecimento como insuficiente, 83,0% alcançaram o conceito C ou D.

TABELA 10 – Correlação entre as variáveis relacionadas a atitudes, percepções e práticas do cirurgião-dentista mais relevantes e o conceito, Feira de Santana, 2006.

Variável	Conceito								P-valor
	A		B		C		D		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Investigação da presença de lesão cancerizável e/ou câncer bucal na 1ª consulta									0,379
Sim	08	4,3	67	35,9	60	32,0	52	27,8	
Não	01	2,0	13	26,0	17	34,0	19	38,0	
Encaminhamento dos casos suspeitos									0,455
Realiza os procedimentos diagnósticos	-	-	08	61,5	02	15,4	03	23,1	
Dentista especialista	07	6,1	34	29,8	36	31,6	37	32,4	
Médico	-	-	-	-	02	66,7	01	33,3	
Faculdade de odontologia	02	2,7	30	40,5	25	33,8	17	23,0	
Hospital especializado	-	-	03	33,3	02	22,2	04	44,5	
Não sendo a queixa principal do paciente, aguarda recuperação	-	-	-	-	02	66,7	01	33,3	
Informação do paciente sobre o câncer bucal									0,773
Sim	01	3,3	14	46,7	08	26,7	07	23,3	
Não	07	3,7	61	32,3	61	32,3	60	31,7	
Não sabe	01	5,5	06	33,3	07	39,0	04	22,2	
Nível de confiança para realizar o diagnóstico de câncer bucal									0,006*
Alto	02	3,6	29	52,7	16	29,1	08	14,6	
Baixo	04	2,5	47	29,0	57	35,2	54	33,3	
Não sabe	02	12,5	03	18,7	05	31,3	06	37,5	
Importância do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal									0,262
Alta	08	3,5	80	34,8	75	32,6	67	29,1	
Média	01	20,0	01	20,0	-	-	03	60,0	
Regular	-	-	-	-	01	100,0	-	-	
Baixa	-	-	-	-	01	100,0	-	-	
Auto-avaliação do nível de conhecimento sobre câncer bucal									0,000*
Ótimo	01	11,1	05	55,6	-	-	03	33,3	
Bom	03	4,6	35	53,9	19	29,2	08	12,3	
Regular	05	5,1	29	29,9	32	33,0	31	32,0	
Insuficiente	-	-	11	17,0	26	40,0	28	43,0	

* Significância estatística através do teste do Qui-quadrado de Pearson

Em relação à orientação ao paciente quanto à realização do auto-exame da boca, verificou-se que 4,6% e 41,4% dos entrevistados que obtiveram o conceito A e B, respectivamente, orientavam seus pacientes, enquanto 35,9% e 37,7% dos que obtiveram o conceito C ou D não os orientavam (TABELA 11).

O conhecimento sobre a técnica do auto-exame da boca apresentou significância estatística ($p = 0,000$). Para os que responderam positivamente ao conhecimento sobre a técnica, o percentual de profissional que atingiu o conceito A ou B foi de 46,4%. Quanto aos que relataram não possuí-lo, 89,8% obtiveram o conceito C ou D (TABELA 11).

TABELA 11 – Correlação entre as variáveis relacionadas ao auto-exame da boca e o conceito, Feira de Santana, 2006.

Variável	Conceito								P-valor
	A		B		C		D		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Orientação ao paciente quanto à realização do auto-exame da boca									0,016*
Sim	06	4,6	55	41,4	40	30,0	32	24,0	
Não	03	2,8	25	23,6	38	35,9	40	37,7	
Conhecimento do profissional sobre a técnica do auto-exame									0,000*
Sim	07	4,0	76	42,4	54	30,1	42	23,5	
Não	02	3,4	04	6,8	24	40,7	29	49,1	
Freqüência anual de realização do auto-exame recomendada ao paciente									0,142
Uma vez	-	-	06	42,9	03	21,4	05	35,7	
Duas vezes	02	4,3	20	42,5	14	29,8	11	23,4	
Três vezes	01	10,0	05	50,0	03	30,0	01	10,0	
Quatro vezes ou mais	03	6,0	22	44,0	16	32,0	09	18,0	
Não recomenda	03	2,7	27	24,3	38	34,3	43	38,7	
Recursos necessários para a realização do auto-exame da boca									0,506
Instrumentos especializados e conhecimento da técnica	-	-	02	28,6	03	42,8	02	28,6	
Gaze e conhecimento da técnica	02	2,8	22	30,6	32	44,4	16	22,2	
Conhecimento da técnica	05	5,2	37	38,5	25	26,0	29	30,3	
Não requer qualquer instrumento	02	3,5	19	34,0	16	28,5	19	34,0	

* Significância estatística através do teste do Qui-quadrado de Pearson

Discussão

6 DISCUSSÃO

O câncer bucal é uma doença preocupante e está entre os principais agravos que elevam as taxas de morbimortalidade no mundo. É uma patologia de fácil diagnóstico que requer apenas uma observação mais sistemática dos tecidos da cavidade bucal e reconhecimento das possíveis alterações encontradas. A prevenção dessa doença está intimamente relacionada ao diagnóstico precoce e à mudança de comportamento do indivíduo, como medidas de abandono do uso de tabaco e bebidas alcoólicas, principalmente.

O cirurgião-dentista, por atuar no complexo bucomaxilofacial e ter formação que contempla a propedêutica, deveria ser o profissional mais próximo da realidade da prevenção do câncer bucal, através do diagnóstico precoce e do aconselhamento sobre os fatores de risco e auto-exame (HOROWITZ et al., 2000; MATOS; ARAÚJO, 2003). No entanto, o que se percebe é o afastamento desse profissional do conhecimento sobre a estomatologia e patologia bucal e o seu “fetiche”, cada vez maior, pelas novidades do mercado da estética odontológica (FIGUEIREDO; SÁ BRITO; BOTAZZO, 2003).

Nesta pesquisa, dos 240 questionários distribuídos obteve-se o retorno de 100%. Diferente do que ocorreu nos estudos de Yellowitz e outros (1998), Yellowitz e outros (2000), Morais (2003), Patton (2005), López-Jornet, Camacho-Alonso, Miñano (2006) cujo retorno médio foi de, aproximadamente, 45%. Esta diferença talvez se deva as distintas estratégias metodológicas nas formas de aplicação do instrumento adotadas nos estudos. A maioria destes autores optaram por enviar e receber os questionários pelo correio, enquanto a estratégia adotada nesta pesquisa foi a aplicação direta do instrumento através de visita em cada consultório.

Ao identificar o perfil dos profissionais que compuseram a amostra, verificou-se a similaridade com o estudo de Morais (2003). Em relação à idade, 62,9% possuíam até 37 anos, o que revela uma população jovem, passível de flexibilidade no que diz respeito à implementação de novos comportamentos em relação à prevenção do câncer bucal.

Quanto ao gênero, 62,9% dos entrevistados foram mulheres, o que reflete o maior ingresso das mulheres no mercado de trabalho nos últimos anos, e em odontologia em particular. Morais (2003) encontrou resultado semelhante. No

entanto, nos estudos de Yellowitz e outros (1998), Yellowitz e outros (2000), Matos e Araújo (2003), Patton (2005), López-Jornet, Camacho-Alonso, Miñano (2006) houve predomínio do gênero masculino na composição da amostra.

Quanto ao hábito de fumar apenas 1,7% possuíam este hábito, sendo que 11,3% dos entrevistados haviam parado de fumar. O estudo de Moraes (2003) revelou que 9,5% dos entrevistados mantinham o hábito. Este resultado pode ser indicativo da conscientização dos cirurgiões-dentistas sobre os malefícios do fumo à saúde.

No que se refere ao tempo de formação, 53,2% tinham no máximo dez anos de formado, este dado reflete na atribuição dos melhores conceitos deste estudo, visto que o menor tempo de formação é indicativo de menor desatualização. Os estudos de Yellowitz e outros (1998), Yellowitz e outros (2000), Matos e Araújo (2003), Cruz e outros (2005), Patton (2005), porém, revelaram maior tempo de formação entre os entrevistados, cerca de vinte anos ou mais. Ao observar esta informação, poderia supor o menor conhecimento dessa população em relação ao câncer bucal, mas isto não foi observado. Este fato talvez se deva a maior abordagem sobre a doença na época da graduação ou na educação continuada nestes estudos.

A existência de especialidade foi verificada em 50,8% dos cirurgiões-dentistas, sendo a especialização em prótese a mais referida. Para a estomatologia e patologia bucal, houve a presença de 0,8% especialista para cada uma. Este dado aponta a preferência do profissional pela odontologia estético-funcional-reabilitadora, que também foi observada no estudo de Matos e Araújo (2003). O estudo de Patton (2005) encontrou maior frequência na especialização em cirurgia bucomaxilofacial e nenhum caso de patologista ou radiologista bucal entre os 584 entrevistados.

Em relação ao tipo de inserção no mercado 52,5% mostraram inserção somente na rede privada e 44,2% na público-privada. Resultado semelhante foi verificado no estudo realizado por Matos e Araújo (2003). De acordo com o perfil traçado na pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicas em 2003 (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2006c), 89,6% dos cirurgiões-dentistas brasileiros são profissionais autônomos/liberais que atuam na rede privada. O que denota que a busca por conhecimento depende exclusivamente da disponibilidade e interesse destes profissionais nesta busca.

Dos profissionais do setor privado e público/privado 52,7% possuíam entre 31 e 40 horas semanais de trabalho somente no setor privado. Diante deste resultado, fica o questionamento de como será a organização do tempo do profissional que tem vínculo no setor público/privado para investir em atualização, tendo em vista que o mínimo legal de horas para dedicação no serviço público é de 20 horas.

A maioria dos cirurgiões-dentistas faz uso de mais de um meio de atualização, entre eles artigos científicos, periódicos, livros, congressos e internet. Este achado é semelhante ao estudo de Matos e Araújo (2003) e diante das diversas fontes de atualização era de se esperar melhores resultados em relação ao nível de conhecimento sobre o câncer bucal. Yellowitz e outros (2000) verificaram que o meio de atualização preferido dos entrevistados do estudo eram revistas e demonstrações clínicas.

Quanto à formação 56,1% são provenientes de Universidades Públicas Estaduais e 54,8% cursaram alguma disciplina relacionada ao câncer bucal. Esse resultado difere do encontrado por Matos e Araújo (2003) cuja maioria dos cirurgiões-dentistas havia colado grau em Universidades Públicas Federais. É importante destacar a presença da Universidade Estadual de Feira de Santana no município, responsável pela formação de 55,8% dos profissionais da amostra.

O processo de formação de recursos humanos dentro da perspectiva da atenção integral à saúde, requer um modelo de práticas que contemple ações de promoção, proteção, prevenção e reabilitação e amplie a discussão em torno da formação de recursos humanos na saúde, para, assim, buscar alternativas concretas que garantam atitudes e práticas pertinentes ao enfrentamento dos diversos agravos, entre eles o câncer bucal (GIL, 2005).

Expressiva proporção dos entrevistados se auto-avaliaram inseguros para realizar procedimentos de diagnóstico do câncer bucal. Quase 45% deles responderam positivamente à presença de treinamento na graduação para o exame da doença. Em relação ao conhecimento sobre o câncer bucal, 41,1% consideraram-no regular e 27,5% insuficiente, somente 3,8% acharam-no ótimo. Esses dados aproximam-se dos resultados obtidos por Morais (2003). Estudo de Yellowitz e outros (1998) revela 88,0% de respostas sobre o treinamento e 66% sobre conhecimento adequado - a diferença talvez se deva aos diferentes contextos

em que estão inseridos os profissionais dos estudos: países desenvolvidos e em desenvolvimento, respectivamente.

Ora, se a maioria dos profissionais entrevistados tinham entre cinco e dez anos de formados e mais da metade formaram-se na UEFS, cujo curso de odontologia oferece em sua grade curricular disciplina voltada para o câncer bucal nos últimos 10 anos, pergunta-se: Tiveram formação e reconheceram que não têm capacidade de realizar o diagnóstico? Por outro lado, mais da metade dos participantes da pesquisa relataram que não tiveram acesso ao treinamento diagnóstico, resultado aproximado ao de Yellowitz e outros (1998), Horowitz e outros (2000) e Morais (2003).

Assim, têm-se duas situações: quem não teve treinamento e não se julga apto ao diagnóstico e quem foi treinado, mas também não se acha capaz de fazê-lo. Desta forma, deve-se considerar a importância que o discente, durante a graduação, dá à disciplina, afinal, somente a presença da mesma não garante a sua apreensão cognitiva e o despertar para o seu valor (HOROWITZ et al., 1996).

Deve-se também, levar em conta a necessidade de todas as faculdades de odontologia em abordar, criteriosamente, o exame do câncer bucal, assim como, os seus fatores preventivos, através da revisão crítica de seus currículos. Cabe à universidade a formação de recursos humanos comprometidos com a promoção de saúde (CANNICK et al., 2005; HOROWITZ et al., 1996; TORRES, 1992; YELLOWITZ et al., 1998; YELLOWITZ et al., 2000,). Somente através do envolvimento dos grupos sociais no que se refere à política do câncer bucal, se garantirá a postura responsável de todos diante do tema.

A educação continuada é fundamental ao processo de aprendizagem e atualização. Percebe-se que 19,6% dos entrevistados não lembram quando foi a última vez que realizaram um curso sobre câncer bucal, percentual maior do que o encontrado por Morais (2003), 35,3% cursaram há dois ou cinco anos e, somente, 18,3% o tinham feito a menos de um ano. Yellowitz e outros (1998) encontraram um resultado semelhante, em torno de 53,0% dos profissionais realizaram o curso supracitado há cinco anos. Os dados revelados pela pesquisa indicam a necessidade desses profissionais em investirem em cursos sobre o tema como forma de aumentar o conhecimento e a autoconfiança para realizar o diagnóstico precoce e orientar o indivíduo.

Apesar da informação anterior sugerir o descaso com a educação continuada em relação ao câncer bucal, 92,3% dos entrevistados se interessaram em realizar no futuro um curso sobre a doença e 97,0% reconheceram a importância do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico da doença. O resultado da pesquisa foi semelhante ao de Moraes (2003).

No momento das visitas para aplicação dos questionários, a maioria dos cirurgiões-dentistas, após o preenchimento do instrumento de pesquisa, referiu que não sabia de “nada” sobre o câncer bucal, que gostaria de ter acesso ao resultado da pesquisa e perguntou se um curso sobre a doença seria oferecido. A participação na pesquisa despertou o interesse imediato ao tema. A impressão foi de que a maioria dos profissionais não tinha percebido o seu distanciamento da estomatologia e patologia bucal da sua prática profissional.

Ao tratar sobre a conduta clínica do cirurgião-dentista em relação ao câncer bucal, verificou-se que 78,9% dos profissionais, na primeira consulta odontológica, referiram investigar a possibilidade de alterações nos tecidos moles. Este resultado condiz com o encontrado por Cruz e outros (2005), Moraes (2003), Yellowitz e outros (1998). O estudo de Matos e Araújo (2003) encontrou um percentual de apenas 44% para esta variável.

Com estas proporções de profissionais executando o exame para detecção do câncer bucal, torna-se difícil compreender o porquê da maioria dos diagnósticos acontecerem num estágio avançado da doença. Este resultado gera dúvidas, principalmente ao observar em outro estudo, que apenas 7% dos indivíduos americanos com idade igual ou superior a 40 anos relataram que se submeteram ao exame para detecção do câncer bucal no ano anterior à pesquisa (HOROWITZ; NOURJAH, 1996). Ou ainda, quando Horowitz e outros (2000) identificaram que 86% dos indivíduos edêntulos não eram examinados pelos cirurgiões-dentistas.

Por outro lado, 21,1% dos entrevistados referiram que não realizam o procedimento e, ao serem questionados sobre o motivo, 8,8%, dos indivíduos que responderam a este questionamento, relataram que não sabiam fazê-lo. Ainda neste cenário, o resultado que mais impressiona refere-se aos 3,0% dos profissionais que justificaram a não realização do exame por não receberem honorários pelo procedimento. Este resultado foi semelhante ao encontrado por Moraes (2003). Esta postura é contraditória quando se trata de um profissional, cujo perfil deveria estar consolidado com base em princípios humanísticos, com formação generalista,

postura crítico-reflexiva capaz de atuar em todos os níveis de atenção, com ética e justiça (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO SUPERIOR, 2006b).

Quanto às lesões suspeitas de malignidade quase a metade dos entrevistados encaminhavam os casos para um dentista especializado e 34,3% para uma faculdade de odontologia. Apenas 6,0% realizavam os procedimentos diagnósticos necessários, 4,2% encaminhavam para um hospital de referência e 1,4% preferiam aguardar a recuperação, caso não fosse a queixa principal do paciente. Percebe-se que a maioria dos profissionais prefere encaminhar os casos suspeitos, o que revela o despreparo profissional para a realização dos exames diagnósticos. Este resultado é semelhante ao encontrado por Moraes (2003).

Talvez, o elevado referenciamento dos casos suspeitos para uma faculdade em relação às outras possibilidades, se deva à presença do Centro de Referência de Lesões Bucais da UEFS.

Por outro lado, estudo realizado por Matos e Araújo (2003) revelou que 51,3% da população entrevistada não procurariam nenhum profissional em caso de aparecimento de lesão na boca, somente 23,5% buscaria ajuda de um cirurgião-dentista, 15,2% do farmacêutico e 10% do médico. Dentre os que não procurariam o cirurgião-dentista, a justificativa era a de que ele só “tratava dos dentes”. Lima e outros (2005) encontraram resultado semelhante em pesquisa sobre o conhecimento de alunos universitários sobre o câncer bucal.

Os resultados desta pesquisa associados aos estudos de Matos e Araújo (2003) e Lima e outros (2005) sugerem a insegurança dos cirurgiões-dentistas devido à falta de conhecimento e o descrédito da população neste profissional, quando se trata de outras doenças da boca que não a lesão do órgão dentário, o que mostra o desconhecimento dos indivíduos em relação às competências do cirurgião-dentista. Mais uma vez, percebe-se a necessidade da implementação de políticas voltadas para a educação em saúde para todos os tipos de público.

Atualmente, em Feira de Santana, o Centro de Referência para Lesões Bucais, tem recebido uma demanda muito grande de casos suspeitos do município e regiões circunvizinhas. Este quadro reitera a importância do investimento em capacitação dos profissionais no diagnóstico das lesões bucais e no serviço de atenção secundária e terciária para que possam receber os casos de lesões malignas.

Neste sentido, observa-se que a relação profissional/habitante em Feira de Santana (1/1395), quando comparada à relação sugerida como meta para as Américas (1/5000) (NARVAI, 2000), aponta para a saturação do mercado odontológico. Esta situação é favorável à busca de novos serviços dentro da Odontologia, como forma de superar os limites impostos pela grande demanda de profissionais. Assim, o investimento na capacitação em relação ao câncer bucal revelar-se-ia como uma possibilidade de permanecer no mercado e, ao mesmo tempo, participar das ações direcionadas a redução do quadro de morbimortalidade da doença.

Em relação à orientação que o profissional fornecia sobre o auto-exame da boca para o seu paciente, 55,6% afirmaram fazê-la e 75,2% referiram conhecer bem a técnica. No entanto, ao serem questionados sobre a frequência anual recomendada para a realização do auto-exame, 47,8% disseram não recomendar. Verifica-se, neste caso, a inconsistência da informação fornecida pelos entrevistados. Estudo realizado por López-Jornet, Camacho-Alonso e Miñano (2006) revela que os profissionais não possuem o hábito de orientar os seus pacientes em relação ao câncer bucal.

Outro dado importante, diz respeito ao que seria necessário para a realização do auto-exame, 3% dos entrevistados disseram requerer o uso de instrumentos especializados e 24,2% afirmaram que não seria necessário qualquer instrumento. Ora, sabe-se que para a realização do auto-exame, precisa-se ficar de frente a um espelho, em local iluminado para visualizar toda a cavidade bucal numa seqüência lógica, de forma que todas as áreas sejam inspecionadas, e, por último, com auxílio de uma gaze, deve-se tracionar a língua para observar a sua base (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004b). Percebe-se, novamente, a necessidade da qualificação profissional em relação ao câncer de boca.

Ao observar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico clínico do câncer bucal verificou-se que 28,3% não sabiam responder em relação ao tipo mais comum do câncer bucal, enquanto 13,5% responderam erroneamente. Desta forma, 41,8% desconheciam o carcinoma espinocelular como o tipo mais comum dos tumores malignos da boca. Este resultado foi semelhante ao de Morais (2003), mas diferente dos estudos de Yellowitz e outros, (1998) e Yellowitz e outros, (2000) que encontraram 83% das respostas corretas em relação ao tipo de tumor mais freqüente. É válido ressaltar que na realidade norte-americana, contexto do

estudo desses autores, existe uma intensificação na orientação aos profissionais quanto ao câncer bucal, pois uma das recomendações da American Cancer Society (2006b) é a realização do exame clínico bucal periódico para os indivíduos, principalmente para aqueles com perfil de risco. Mesmo assim, os autores analisaram a inconsistência desse resultado, visto que um maior percentual de assertividade não foi encontrado para as outras variáveis.

Quanto à região anatômica mais freqüente para localização do câncer bucal, 23,2% relataram que seria o soalho bucal e somente 32,7% que seria a língua. Este resultado é semelhante ao obtido por Gellrich e outros (2003); Morais (2003). Yellowitz e outros (2000) encontraram para a amostra de 3.200 indivíduos, 71% de resposta em relação à língua como sítio principal para a doença. Apesar de alguns autores considerarem o soalho bucal como o local de maior prevalência (FRANCO et al., 1989; VELLY; FRANCO; SCHLECHT, 1998) ou ainda o soalho bucal e língua como as regiões de maior freqüência (ALMODOVAR; PEREZ; ARRUZA, 1996; LOPES, 2003), a localização anatômica mais freqüente do tumor primário é a língua (DEDIVITIS et al., 2004). Este resultado sugere a dificuldade dos cirurgiões-dentistas em procurar lesões durante o exame clínico.

Aproximadamente, 71,6% da amostra responderam corretamente que o sinal clínico inicial do câncer bucal é a úlcera indolor, no entanto 28,5% relataram não saber ou responderam incorretamente. Isto é muito grave, visto que o câncer bucal em sua fase inicial é assintomático, na maioria das vezes não é percebido pelo indivíduo e o profissional que deveria estar apto a reconhecê-lo, desconhece a sua manifestação inicial, o que dificulta o diagnóstico precoce. Resultados semelhantes foram verificados nos estudos de Yellowitz e outros (2000), Morais (2003). Os estudos de Yellowitz e outros (1998) e Matos e Araújo (2003) obtiveram resultados diferentes, apenas 27% dos entrevistados reconheceram o aspecto inicial da lesão.

Quanto à faixa etária de maior ocorrência para o câncer bucal, 77% referiram a faixa acima dos 40 anos, enquanto 23% não souberam responder. Encontrou-se resultado parecido no estudo realizado por Yellowitz e outros (1998), Gellrich e outros (2003) e Morais (2003). Mais uma vez, chama a atenção esta informação, pois todos os indivíduos, principalmente os que compõem o perfil de risco - indivíduos maiores de 40 anos, usuários de tabaco e bebidas alcoólicas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004b) - devem ser submetidos ao exame clínico e aconselhamento quanto aos fatores de risco periodicamente. Mas, se o

profissional desconhece o grupo de risco, outra vez o diagnóstico precoce ficará prejudicado.

Em relação à metástase regional, observou-se que 34,4% não souberam responder ou o fizeram incorretamente. Segundo Boracks (1996), o linfonodo característico deve ser duro, fixo ou móvel e indolor a palpação. Este resultado condiz com os encontrados por Morais (2003) e difere do encontrado por Yellowitz e outros (2000) que encontraram 79% de acerto em relação ao aspecto clínico desta variável.

A lesão precursora mais freqüente do câncer bucal é a leucoplasia. Em 85% dos casos, a leucoplasia é a lesão cancerizável mais comum. O risco de malignização é maior quando o indivíduo acometido é tabagista (LEE et al., 2000). O seu potencial de transformação maligna chega a 4% e pode ser encontrada em qualquer região bucal (NEVILLE et al., 1995). Desta forma, a participação do cirurgião-dentista é fundamental para o diagnóstico e orientação do indivíduo acometido por esta condição cancerizável. No entanto, neste estudo, 17,7% dos entrevistados não souberam responder e 13,7% o fizeram incorretamente, o que mais uma vez é preocupante em relação ao diagnóstico precoce. Este resultado assemelha-se aos resultados obtidos por Yellowitz e outros (1998), Yellowitz e outros (2000) e Morais (2003).

Ao se tratar do estágio da patologia no momento do diagnóstico, 73% sabiam que o estágio avançado é o mais frequentemente encontrado. Este resultado foi encontrado no estudo de Yellowitz e outros (1998), Yellowitz e outros (2000), Gellrich e outros (2003) e Morais (2003). O que mais chama a atenção é que se a maioria dos profissionais tem conhecimento de que o diagnóstico é feito tardiamente, por que não adotam uma postura mais vigilante no momento do exame clínico?

É necessário reafirmar a importância do cirurgião-dentista no processo de aconselhamento ao paciente sobre os fatores/condições de risco do câncer bucal. Afinal, o câncer bucal é prevenível na maioria das vezes. Para isto, é necessário que o profissional conheça a relação do risco e, assim, possa orientar o indivíduo adequadamente (BROUHA et al., 2006; GELLRICH, 2003; HOROWITZ et al., 1996; HOROWITZ et al., 2000; THOMAZ; CUTRIM; LOPES, 2000; TORRES, 1992; YELLOWITZ et al., 2000).

Neste sentido, em relação ao conhecimento sobre os fatores e condições de risco para a doença, observou-se que 100% dos profissionais reconheceram o tabaco como fator de risco. A grande maioria também relatou a ingestão de bebidas alcoólicas, a antecedência familiar de câncer, a exposição solar e a presença de câncer prévio como fatores/condições de risco. Este resultado também foi verificado nos estudos de Yellowitz e outros (1998), Yellowitz e outros (2000), Morais (2003), Patton e outros (2005), López-Jornet, Camacho-Alonso e Miñano (2006).

Foi um percentual elevado de assertividade, porém, o que se observa é que nem sempre, ter somente a informação, garante o seu uso prático. Afinal, segundo Tuomi (1999), para o conhecimento se consolidar, a busca pela compreensão do que se estuda, deve perpassar pela conectividade entre as diversas informações num contexto específico. Este pressuposto é muito importante à construção do conhecimento. Desta forma, somente saber as informações relacionadas ao câncer bucal não basta. É necessário que as mesmas sejam contextualizadas para que se tornem de fato conhecimento. E, para isto, a experiência, interpretação e reflexão do indivíduo são imprescindíveis.

Alguns autores chamam a atenção para o papel do cirurgião-dentista durante o contato com o indivíduo, pois detectaram que os profissionais, apesar de conhecerem os fatores de risco, não investigam sobre a presença, informam ou aconselham sobre os mesmos durante a consulta (BROUHA et al., 2006; HOROWITZ et al., 1996; HOROWIZ et al., 2000; LÓPEZ-JORNET; CAMACHO-ALONSO; MIÑANO, 2006; YELLOWITZ et al., 1998).

As próteses mal adaptadas (97,5%), o estresse emocional (72,6%), os dentes em mau estado (77,4%) e a higiene bucal deficiente (72,7%) apesar de não serem consideradas na literatura como fatores de risco para a doença, também obtiveram um grande percentual de concordância em relação ao risco para o câncer bucal. O consumo de comidas condimentadas (35,8%), a ingestão de alimentos quentes (38,2%) e o sexo oral (36,3%), mesmo com menor percentual, também foram considerados como fatores de risco para a doença, por uma quantidade razoável dos profissionais (LÓPEZ-JORNET; CAMACHO-ALONSO; MIÑANO, 2006; MORAIS, 2003; PATTON et al., 2005; YELLOWIZ et al., 1998; YELLOWIZ et al., 2000).

O uso de drogas injetáveis (87,2%), o baixo consumo de frutas e vegetais (56,7%), o contágio direto (94,9%) e a obesidade (97%) não foram identificados

como fatores/condição de risco, resultado condizente com o obtido por Moraes (2003). Porém, para todas estas variáveis 11% dos entrevistados em média preferiram não responder. Um percentual relativamente alto, considerando que os profissionais relataram ter acesso a diversos meios de atualização (MATOS; ARAÚJO, 2003).

Ao verificar a opinião dos profissionais em relação ao fator de maior relevância para o indivíduo chegar à primeira consulta com a doença em estágio avançado, percebeu-se que a maioria acredita ser o desconhecimento sobre a patologia e os fatores de risco e em segundo lugar, o medo. Ao opinar sobre a informação dispensada aos pacientes, consideraram que os mesmos não estão suficientemente informados sobre os aspectos preventivos e de diagnóstico da patologia. Assim, observa-se que os cirurgiões-dentistas têm consciência sobre a falta de informação da população sobre o câncer bucal, no entanto se mantêm passivos diante do quadro.

Alguns estudos verificaram o conhecimento dos indivíduos sobre a doença e, concluíram que é necessária a implementação de políticas públicas cujo eixo central seja a educação em saúde em qualquer nível de assistência, assim como, o emprego da orientação sobre o câncer aos pacientes, como rotina durante as consultas odontológicas (BROUHA et al., 2006; HOROWITZ; NOURJAH; GIFT, 1995; HOROWITZ et al., 1996; HOROWITZ; NOURJAH, 1996; MATOS; ARAÚJO, 2003; PETTI; SCULLY, 2006; THOMAZ; CUTRIM; LOPES, 2000; TORRES, 1992). Pois, somente de posse da informação, o sujeito poderá compreender o processo saúde-doença e, assim, decidir sobre os seus hábitos e atitudes (HOROWITZ et al., 1996).

Em relação à percepção do profissional sobre o auto-exame realizado pelo paciente, observou-se que 87,5% dos entrevistados não acreditam que os indivíduos realizem o auto-exame da boca, 43,6% e 7,6% supõem que o motivo para a não realização seria a falta de orientação e o não saber fazer, respectivamente. Verifica-se que é um percentual elevado, o que demonstra que os profissionais não possuem em sua rotina de trabalho a prática de aconselhamento e orientação sobre o câncer bucal (LÓPEZ-JORNET; CAMACHO-ALONSO; MIÑANO, 2006).

O estudo também atribuiu conceitos ao nível de conhecimento de cada entrevistado. O resultado indicou que 32,5% e 30,0% dos entrevistados obtiveram o conceito C (regular) e D (insuficiente), respectivamente. Somente 3,75%

conseguiram o conceito A (ótimo) e 33,75% o B (bom). Estes dados ficaram muito próximos do resultado da autopercepção do nível de conhecimento dos entrevistados, quando 3,8% consideraram-no ótimo, 27,5% bom, 41,1% regular e 27,5% insuficiente. Esta informação, mais uma vez, indica que o cirurgião-dentista tem consciência dos limites do seu conhecimento em relação ao câncer bucal e continua a adotar uma postura passiva frente à prevenção e diagnóstico precoce da doença.

O percentual de 62,5% atribuído à soma dos conceitos C (regular) e D (insuficiente) aponta para a necessidade do investimento na educação sobre o câncer bucal, seja na graduação ou na pós-graduação. Afinal, apesar desta doença ter elevado índice de morbimortalidade, é passível de prevenção na maioria das vezes. Mais uma vez ressalta-se que o cirurgião-dentista deve estar preparado para diagnosticá-la precocemente e orientar os indivíduos sobre a mesma, pois, de acordo com as diretrizes curriculares para o Curso de Odontologia, é o profissional capacitado ao exercício de atividades relacionadas à saúde bucal da população (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 2006f). Os autores Torres (1992), Horowitz e outros (1996), Yellowitz e outros (1998), Horowitz e outros (2000), Thomaz, Cutrim e Lopes (2000), Yellowitz e outros (2000), Gellrich e outros (2003), Morais (2003), Cannick e outros (2005), Brouha e outros (2006), López-Jornet, Camacho-Alonso e Miñano (2006) concordam com esta afirmativa.

A correlação das variáveis indicou, ao referir a faixa etária, que 64,8% dos indivíduos com idade entre 20 a 25 anos e 52,6% com idade entre 26 a 31 anos obtiveram o conceito A e B. Para as outras faixas etárias a maioria dos entrevistados conseguiu apenas o conceito C e D, sendo que para as idades superiores a 43 anos, ninguém obteve conceito A. Este resultado diferiu do encontrado por Morais (2003) cuja idade compreendida entre 50 e 59 anos foi a que conseguiu os melhores conceitos. Como dito, anteriormente, as menores idades podem estar relacionadas ao menor tempo de formação e, conseqüentemente, menor desatualização.

O tempo de formação superior a 10 anos obteve, em sua maioria, o conceito D, entretanto, até cinco anos de formado conseguiu os melhores conceitos: 12,2% conceito A e 47,0% conceito B. Esta informação aponta para o melhor conhecimento no menor tempo de formação.

Em relação ao tipo de inserção no mercado de trabalho, não houve significância estatística, no entanto observa-se que a maioria dos conceitos A e B foi

atribuído aos indivíduos que possuíam somente a inserção privada. Dos 100,0% dos indivíduos com inserção pública, nenhum conseguiu conceito A e a metade obteve o conceito D. O conceito C e D foi atribuído a 63,2% dos profissionais com inserção público/privada. Talvez dois tipos de inserção no mercado, resulte numa sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, menor tempo para investir em atualização.

Quanto à carga horária semanal de trabalho, percebeu-se que os piores conceitos (C e D) foram atribuídos aos profissionais que trabalhavam 41 horas ou mais no setor privado e, apesar de não ter apresentado significância estatística, o resultado da correlação da carga horária semanal do setor público com o conceito obtido, também revelou conceitos C e D para quem trabalhava mais de 40 horas. Isto reforça mais uma vez que a sobrecarga de trabalho pode influenciar no nível de conhecimento e, desta forma, é necessária a adoção de medidas preventivas redutoras de estresse e carga horária, para que se tenha tempo de investir na busca de conhecimento e, assim, se reverta esta situação.

Observou-se que melhores conceitos foram destinados àqueles profissionais que nunca haviam utilizado o fumo. Esta informação sugere que a ausência de comportamento de risco pode ajudar o profissional no aconselhamento do indivíduo, visto que a sua atitude e percepção dos fatores de risco associados ao câncer bucal pode estar diretamente relacionada com a sua postura individual.

A presença ou ausência de especialidade não apresentou significância estatística, a distribuição de conceitos foi bastante homogênea para esta variável, o que sugere, neste estudo, que a especialidade não estava relacionada com o nível de conhecimento.

As variáveis que referiam a presença de disciplina relacionada ao câncer bucal durante a graduação e o interesse em assistir a um curso sobre a doença no futuro, não foram estatisticamente significativas, porém se observou que os maiores conceitos foram atribuídos aos profissionais que responderam afirmativamente a primeira e última questão. Assim como, mais da metade dos profissionais que obtiveram o conceito C e D, foram justamente os que não tiveram acesso à disciplina específica sobre a doença durante a sua formação. É perceptível que o investimento na formação e educação continuada é fundamental ao melhor nível de conhecimento. O estudo de Moraes (2003) revelou significância estatística para a relação entre a presença de formação adequada na graduação e o conceito.

Ainda sobre a atualização, constatou-se que a maioria dos cirurgiões-dentistas, que assistiu a um curso sobre câncer bucal no ano anterior à realização da pesquisa, obteve os conceitos A e B. Da mesma forma, os piores conceitos foram atribuídos àqueles que tinham mais de cinco anos, não lembravam ou nunca tinham participado de um curso semelhante. Este resultado também foi encontrado por Morais (2003), Yellowitz e outros (2000).

Em relação à presença de treinamento para exame de diagnóstico do câncer bucal na graduação 6,8% dos que o tiveram, atingiram o conceito A e 48,5% o conceito B. A maioria que negou a presença da formação adequada teve conceitos C e D. Este resultado indica que a presença de disciplina que tenha abordagem teórica e prática durante a graduação ajuda na consolidação do conhecimento. Muitos autores como Torres (1992), Horowitz e outros (1996), Yellowitz e outros (1998), Horowitz e outros (2000), Thomaz, Cutrim e Lopes (2000), Yellowitz e outros (2000), Gellrich e outros (2003), Morais (2003), Cannick e outros (2005), Brouha e outros (2006), López-Jornet, Camacho-Alonso e Miñano (2006) concordam que a educação em relação ao câncer bucal deva ser abordada com maior intensidade na graduação e pós-graduação.

Para 56,3% dos cirurgiões-dentistas, que se acharam com o nível alto de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico de câncer bucal, foi atribuído o conceito A e B e para 43,7% o conceito C e D. No entanto, 31,5% que disseram ter baixo nível de segurança para realizar o exame conseguiram os melhores conceitos. Novamente, percebe-se a insegurança, pois, mesmo de posse do conhecimento, os profissionais não se julgam aptos em relação ao exame diagnóstico da doença.

Quanto à auto-avaliação do nível de conhecimento, 83,0% dos participantes que se julgaram com conhecimento insuficiente tiveram conceito C e D. Para este resultado Morais (2003) encontrou o percentual de 73,7% em seu estudo. Este resultado mostra que os entrevistados têm conhecimento sobre sua desinformação. No entanto, 77,0% que também realizaram o mesmo julgamento, conseguiram o conceito B e 35% que avaliaram-se com conhecimento regular, atingiram os conceitos A ou B. Isto demonstra a falta de segurança em relação à garantia do conhecimento sobre o câncer bucal. Esta insegurança talvez explique o motivo dos baixos índices de diagnóstico precoce da doença.

Outra vez, percebe-se que a postura profissional influencia o nível de conhecimento, quando se verifica que mais da metade dos profissionais que

orientava o seu paciente quanto ao auto-exame, foi a que conseguiu os maiores conceitos. Assim, ampliar esforços na formação ético-profissional dos cirurgiões-dentistas, será a melhor forma de imbuir o axiograma de cada indivíduo de valores que reflitam em suas atitudes e na busca de maior conhecimento (PATTON et al., 2005; THOMAZ; CUTRIM; LOPES, 2000).

Quanto à técnica sobre o auto-exame da boca, 42,4% que disseram conhecer, conseguiram o conceito B e 4,0% o conceito A. Em relação aos que relataram não conhecer a técnica, 89,8% obtiveram o conceito C e D. Estes conceitos também foram atribuídos a 30,1% e 23,5% dos profissionais que disseram conhecer a técnica. Esta última informação demonstra o equívoco de que alguns profissionais em relação ao conhecimento sobre a doença.

O Brasil dispõe de uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que se intitula Brasil Sorridente. Entre as recomendações da PNSB, está a prevenção e o controle do câncer bucal, que deveria se dar através da prática de exames para a detecção precoce da doença, com a garantia de um laboratório de referência para o exame patológico, do rastreamento de lesões bucais e do acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados de malignidade. A PNSB também sugere a criação de um serviço de referência que garanta o tratamento e reabilitação e diz que todas as ações devem ter a educação como eixo (BRASIL, 2006).

Neste sentido, todas as informações adquiridas por esta pesquisa conduzem à necessidade da implementação das propostas da PNSB e do investimento em políticas públicas que dêem sustentação às ações que visem à redução da morbimortalidade pelo câncer bucal. É necessário reavaliar os currículos universitários e avaliar a sua efetividade. É importante a adoção de medidas preventivas e de diagnóstico precoce em relação ao câncer bucal. O envolvimento de todos no processo de construção e consolidação da Política Nacional para o Câncer Bucal também se mostra fundamental.

Conclusão

7 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, concluiu-se que:

1. para 97% dos profissionais entrevistados, a presença do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce e orientação sobre os fatores/condições de risco relacionados ao câncer bucal, é muito importante;

2. a soma dos percentuais dos conceitos regular e insuficiente (62,5%) revela o baixo nível de conhecimento do cirurgião-dentista de Feira de Santana;

3. o perfil do cirurgião-dentista do município é representado por mulheres (62,9%), com idade até 37 anos (62,9%), cujo tempo de formação era menor ou igual à 10 anos (53,2%), provenientes de universidades estaduais (56,1%), que cursaram disciplina relacionada ao câncer bucal na graduação (54,8%), utilizavam mais de uma fonte de informações para se atualizar (89,8%) e nunca fumaram (87,1%);

4. o conhecimento sobre os aspectos específicos e fatores de risco relacionados ao câncer bucal revelou-se inconsistente na maioria dos casos;

5. a insegurança identificada nos profissionais para a realização dos procedimentos diagnósticos do câncer bucal (76,4%) sugere a necessidade de uma maior abordagem sobre esta patologia nos cursos de graduação de odontologia, de modo a capacitar os cirurgiões-dentistas a detecção precoce da doença;

6. o interesse dos cirurgiões-dentistas em participar de cursos sobre câncer bucal no futuro (92,3%) verificado no estudo, aponta para a viabilidade do investimento dos diversos setores da educação na promoção de cursos de capacitação e aperfeiçoamento relacionados ao diagnóstico e prevenção do câncer bucal para estes profissionais;

7. a idade, o hábito de fumar, o tempo de formação, a atualização em relação ao câncer de boca, a presença de treinamento para o diagnóstico da doença na graduação, o nível de confiança para realização do procedimento de diagnóstico e a auto-avaliação sobre o câncer bucal parecem estar relacionados com o nível de conhecimento.

Considerações finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Diante do nível de conhecimento verificado neste estudo, torna-se necessário uma maior abordagem sobre o câncer bucal durante a formação dos cirurgiões-dentistas.

- É importante o investimento em políticas públicas saudáveis no município, que possibilitem a adoção de estratégias de prevenção primária para redução da morbimortalidade da doença.

- Propõe-se a realização de estudos futuros com abordagens qualitativas sobre o tema, com o intuito de analisar mais profundamente as questões relativas à falta de conhecimento do cirurgião-dentista sobre o câncer bucal.

Referências

REFERÊNCIAS

AIJAZ, A. How to recognize the danger sings. **Oral cancer**, v. 99, n. 4, p. 559-567, 1996.

ALMODOVAR, J. et al. Descriptive epidemiology of head and neck squamous cell carcinoma in Puerto Ricans. **Health Science Journal**, v. 15, n. 4, p. 251-255, 1996.

ALVES, M. **Como escrever teses e monografias**: um roteiro passo a passo. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts & figures for hispanics/latinos 2006-2008. **National Home Office**, v. 404, p. 01-36, 2006a.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer reference information**. Disponível em: <http://www.cancer.org/docroot/CRI/CRI_2_3x.asp?dt=60>. Acesso em: 23 out. 2006b.

ANDRADE, L. O. M. **SUS**: passo a passo - normas, gestão e financiamento. São Paulo: HUCITEC/Sobral: UVA, 2001.

ANNERTZ, K., et al. Incidence and survival of squamous cell carcinoma of the tongue in Scandinavia, with special reference to young adults. **International Journal of Cancer**, v. 101, p. 95-99, 2002.

ARAÚJO, Claudine Telles de Araújo. **Confiabilidade do exame bucal realizado por agentes comunitários de saúde no rastreamento de condições, lesões cancerizáveis e câncer bucal no município de Alagoinhas**. 54f. Monografia (Especialização em Saúde Pública)-Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Feira de Santana, 2001.

ARCHER, M. C. **Cáncer y dieta**. In: ZIEGLER, E. E.; FILER JR, L. J. editors. Conocimientos actuales sobre nutrición, publicación científica n. 565. Organización Panamericana de la Salud: Washington, 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO. **Diretrizes curriculares nacionais**. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/>. Acesso em: 20 out. 2006a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em odontologia**. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/>. Acesso em: 15 out. 2006b.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Profissionais da rede pública**
Disponível em:

<http://www.saude.ba.gov.br/dados_saude/recursos_saude/PROFISSIONAIS%20DA%20REDE%20PUBLICA.xls>. Acesso em: 29 out. 2006.

BALDISSEROTTO, Julio; ARAUJO, Silvânia Maria Caribe; PADILHA, Dalva Maria Pereira. Câncer bucal: a importância de promover a saúde bucal durante e após o tratamento oncológico - relato de caso clínico. **Momento e Perspectiva em Saúde**, v. 50, n. 1, p. 32-39, 2004.

BARBOSA, A. M. G. **Câncer**: direito e cidadania - informações que pacientes e familiares precisam ter em mente. Recife: Bargaço, 2002.

BERRINO, F.; GATTA, G. Variation in survival of patients with head and neck cancer in Europe by the site of origin of the tumours. **European Journal of Cancer**, v. 34, n. 14, p. 2154-2161, 1998.

BIANCHI, Maria de Lourdes Pires; ANTUNES, Lusânia Maria Greggi. Radicais livres e os principais antioxidantes da dieta. **Revista de Nutrição**, v. 12, n. 2, p. 15-23, 1999.

BILL, T. J. et al. Adolescent gingival squamous cell carcinoma: report of a case and review of the literature. **Oral Surgical Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontology**, v. 91, n. 6, p. 682-685, 2001.

BLOT, W. J. et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. **Cancer Research**, v. 48, p. 3282-3287, 1988.

BOFETTA, P. E; GARFINKEL, L. The alcohol that it drinks and mortality between men were registered in a perspective study of the american society of cancer **Epidemiology**, v. 1, p. 342-348, 1990.

BORACKS, Silvio. **Diagnóstico bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1996.

BORRÃO, W. J. Alcohol and cancer. **Cancer Research**, v. 52, n. 7suppl, p. 2119s-2123s, 1992.

BOYLE, P. et al. European code against cancer and scientific justification: third version (2003). **Annual Oncology**, v. 14, p. 973-1005, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde bucal**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em 05 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de programas de controle de Câncer (PRO-ONCO). **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 1998**. Rio de Janeiro. PRO-ONCO/INCA, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer/Liga Bahiana de Combate ao Câncer. Coordenação de programas de controle de Câncer (PRO-ONCO). **Registro hospitalar de câncer: dados do hospital Aristides Maltez**. Rio de Janeiro, PRO-ONCO, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Conselho Nacional de Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg**. 6 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

BRITISH DENTAL ASSOCIATION. Opportunistic oral cancer screening. **Occasional paper**, London, n. 6, 2000.

BROUHA, X. D. R. et al. Professional delay in head and neck cancer patients: analysis of the diagnostic pathway. **Oral Oncology**, v. 42, p. 1-6, 2006.

BROWN, L. M. et al. Ambient factors and high risk of esophageal cancer between men in coast South Carolina. **Installation National of the cancer Journal**. v. 80, p. 1620-1625, 1988.

CANNICK, Gabrielle F. et al. Assessing oral cancer knowledge among dental students in South Carolina. **Journal of the American Dental Association**, v. 136, p. 373-378, 2005.

CARVALHO, André et al. Predictive factors for diagnosis of advanced-stage squamous cell carcinoma of the head and neck. **Archive Otolaryngology Head Neck Surgery**, v. 128, p. 313-318, 2002.

CASAGLIA, J.; WOO, S. B. A. Comprehensive review of oral cancer. **General Dentistry**, v. 2, p. 72-82, 2001.

CASTRO, Therezita Peixoto Patury Galvão; BUSSOLOTI FILHO, Ivo. Prevalência do papilomavírus humano (HPV) na cavidade oral e na orofaringe. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 72, n. 2, p. 272-282, 2006.

COOPER, M. P. et al. Role of genetic factors in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. **Archive Otolaryngology Head Neck Surgery**, v. 121, n. 2, p. 157-160, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Dados do CFO**. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/busca_dados/totais/tot_prof_cro.asp>. Acesso em: 02 out. 2006a.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Dados do CFO**. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/busca_dados/totais/tot_prof_munic.asp>. Acesso em: maio 2006b.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Perfil do cirurgião-dentista**. Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/pdf/perfil_cd.pdf>. Acesso em: 5 out. 2006c.

COSTA, José Felipe Riani; CHAGAS, Luciana de Deus; SILVESTRE, Rosa Maria (org.). **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

COSTA, Sérgio Francisco. **Introdução ilustrada à estatística**. 4 ed. São Paulo: Harbra, 2005.

COSTA E SILVA, V. C.; CAVALCANTE, T. M. **Programas de prevenção e controle de câncer bucal**: atividades educativas, diagnóstico precoce e proposta de programas integrados. In: KOWALSKI, L. P.; DIB, L. L.; IKEDA, M. K.; ADDE, C. (edit.). **Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer bucal**. São Paulo: Frontis, 1999.

CRUZ, Gustavo D. et al. Oral cancer knowledge, risk factors and characteristics of subjects in a large oral cancer screening program. **Journal of the American Dental Association**, v. 133, p. 1064-1071, 2002.

CRUZ, Gustavo D. et al. Preventing and detecting oral cancer - oral health care providers' readiness to provide health behavior counseling and oral cancer examinations. **Journal of the American Dental Association**, v. 136, p. 594-601, 2005.

DARÓS, P.; ROSEIRA, R. P.; TATO, N. A. **Identificação precoce do câncer bucal por parte dos cd's no distrito do Méier/RJ, em 1988**. Disponível em: <<http://www.estacio.br/odontologica/estomatologia.htm>>. Acesso em: 25 set. 1999.

DEDIVITIS, Rogério A., et al. Características clínico epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.70, n.1, p. 35-40, 2004.

DIB, L. L. Nível de conhecimento e atitudes preventivas entre universitários, em relação ao câncer bucal: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. **Acta Oncológica**, 2003. No prelo.

DIB, L. L. **O que é pior: ter câncer ou ter medo de ter câncer?** Disponível em: <<http://www.hcanc.org.br/ens1.html>>. Acesso em: 28 fev. 1999.

ESCOVICH, Livia; NOVELLI, José Luis. Lesiones cancerizables de la mucosa oral: factores de riesgo. **Collectanea Symposium-Série Medicina e Saúde**, p. 23-31, 2000.

ESTRELA, Carlos. **Metodologia científica**. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

FEDELE, D. J.; JONES, J. A.; NIESSEN, L. C. Oral cancer screening in the elderly. **Journal American Geriatric Society**, v. 39, p. 920-925, 1991.

FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira; SÁ BRITO, Dyla Tavares de; BOTAZZO, Carlos. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 753-763, 2003.

FOTOS, P. G.; HELLSTEIN, J. W. Candida and candidosis. Epidemiology, diagnosis and therapeutic management. **Dental Clinics of North America**, v. 36, p. 857-878, 1992.

FRANCO, Eduardo L.; DUARTE-FRANCO, Eliane; ROHAN, Thomas E. Evidence-based policy recommendations on cancer screening and prevention. **Cancer Detection and Prevention**, v. 26, p. 350-361, 2002.

FRANCO, Eduardo L. et al. Risk factor for oral cancer in brazil: a case-control study. **International Journal Cancer**, v. 43, p. 992-1000, 1989.

FRANKS, L.M., TEICH, N. **Introdução à biologia molecular do câncer**. São Paulo: Roca, 1990.

GELLRICH, Nills-Claudius et al. Characteristics of oral cancer in a central european population. **Journal of the American Dental Association**, v. 134, p. 307-314, 2003.

GERSON, S. J. Oral cancer. **Critical Reviews in Oral Biology & Medicine**, v. 1, p. 153-166, 1990.

GERVÁZIO, Olas et al. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. **Brazilian Dental Journal**, v. 2, p. 57-61, 2001.

- GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, 2005.
- GRANVIL, L. et al. Co-carcinogenesis and field cancerization: oral lesions offer first signs. **Journal of the American Dental Association**, v. 126, p. 47-51, 1995.
- GUERRA, M. R.; MOURA GALLO, C. V.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.
- GUPTA, P. C.; MURTI, P. R.; BHONSLE, R. B. Epidemiology of cancer by tobacco products and the significance of tsna. **Critical Reviews in Toxicology**, v. 26, n. 2, p. 183-198, 1996.
- HAMADA, G.S. et al. Comparative epidemiology of oral cancer in Brazil and India Tokai. **Journal Experimental Clinical Medicine**, v.16, n. 1, p. 63-72, 1991.
- HAYASSY, Armando. Câncer bucal no setor público de saúde. **Revista Fluminense de Súde Coletiva**, n. 3, p. 59-65, 1998.
- HILLE, J. J.; SHEAR, M.; SITAS, F. Age standardized incidence rates of oral cancer in south africa, 1988-1991. **Journal of Dental Association South África**, v. 51, p. 771-776, 1996.
- HOROWITZ, A. M. et al. Oral pharyngeal cancer prevention and early detection: dentists' opinions and practices. **Journal of the American Dental Association**, v. 131, p. 453-462, 2000.
- HOROWITZ, Alice M. et al. The need health of promotion in oral cancer prevetion and early detection. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 56, n. 6, p. 319-330, 1996.
- HOROWITZ, Alice M.; NOURJAH, Parivash A. Factors associated with having oral cancer examinations among us adults 40 years of age or older. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 56, n. 6, p. 331-335, 1996.
- HOROWITZ, Alice M.; NOURJAH, Parivash A.; GIFT, Helen. U.S. adult knowledge of risk factors and signs of oral cancers: 1990. **Journal of the American Dental Association**, v. 126, p. 39-45, 1995.
- HUMPHRIS, G. M.; FREEMAN, R.; CLARKE, H. M. M. Risk perception of oral cancer in smokers attending primary care: a randomised controlled trial. **Oral Oncology**, v. 40, p. 916-924, 2004.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **IARC** monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. v. 37, Tobacco Habits other than Smoking; betel-quid and areca-nut chewing and some related nitrosamines. Lyon, France: IARC, 1985.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **IARC** monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. v. 38, Tobacco Smoking. Lyon, France: IARC, 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas populacionais**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 03 nov. 2006c.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/POP_2006_DO_U.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2006b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções populacionais**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/Estimativas_1980_2010/>. Acesso em: 03 nov. 2006a.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Atlas**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/atlas>>. Acesso em: 20 nov. 2004a.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Conteúdo**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=324>. Acesso em: 20 nov. 2004b.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Conteúdo**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=18>. Acesso em: 05 nov. 2005a.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2005/index.asp?link=tabelaestados.aspeUF=BA>>. Acesso em: 06 nov. 2005c.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=BR>>. Acesso em: 27 set. 2006.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2005/index.asp?link=tabelaregiones.aspeID=3>>. Acesso em: 06 nov. 2005b.

JEMAL, A. et al. Cancer statistics 2005. **CA: Cancer Journal of Clinicians**, v. 55, n.1, p.10-30, 2005.

JITOMIRSKI, F. Câncer bucal. In: Pinto, V G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, p. 445-456, 2000.

KEY, T. J. et al. The effect of diet on risk of cancer. **Lancet**, v. 360, p. 861-868, 2002.

KOWALSKI, Luiz Paulo. Carcinoma da boca: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Acta Awho**, v. 10, n. 3, p. 128-134, 1991.

KOWALSKI, L. P. et al. Modelo de programa de prevenção e detecção precoce do câncer bucal. **Saúde em Debate**. CEBES, Londrina, n. 32, 1991.

KOWALSKI, L. P.; CARVALHO, A. L. Influence of time delay and clinical upstaging in the prognosis of head and neck cancer. **Oral Oncology**, v. 37, p. 94-98, 2001.

KOWALSKI, L. P.; CARVALHO, A. L. Natural history of untreated head and neck cancer. **European Journal of Cancer**, v. 36, p. 1032-1037, 2000.

KOWALSKI, L. P. et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to tumour, the patient and health professionals. Part B: **Oral Oncology**, v. 30B, p. 167-173, 1994.

KRUTCHKOFF, D. J. Oral cancer: a survey of 566 cases from the University of Connecticut bucal pathology biopsy service, 1975-1986. **Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology**, v. 70, p. 192-198, 1990.

LANDIS, S. H. et al. Cancer statistics. **CA: Cancer Journal of Clinicians**, v. 48, p. 6-9, 1998.

LAVELLE, Christopher L. B.; SCULLY, Crispian. Criteria to rationalize population screening to control oral cancer. **Oral Oncology**, v. 41, p. 11-16, 2004.

LEE, J. J. et al. Predicting cancer development in bucal leucoplakia: ten years of translational research. **Clinical Cancer Research**, v. 6, p. 1702-1710, 2000.

LEITE, I. C. G.; KOIFMAN, S. Survival analysis in a sample of oral cancer patients at a reference hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Oral Oncology**, v. 34, p. 347-352, 1998.

LEWIN, F. et al. Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. **Cancer**, v. 82, p. 1367-1375, 1998.

LIMA, Antonio Adilson Soares de et al. Conhecimento de alunos universitários sobre o câncer bucal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 4, p. 283-288, 2005.

LLEWELLYN, C. D.; JOHNSON, N. W.; WARNAKULASURIYA, K. A. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people - a comprehensive literature review. **Oral Oncology**, v. 37, n. 5, p. 401-418, 2001.

LLEWELLYN, Carrie D. et al. An analysis of risk factors for oral cancer in young people: a case-control study. **Oral Oncology**, v. 40, p. 304-313, 2004.

LOPES, Márcio Ajudarte. Reconhecendo e prevenindo as doenças bucais. In: PEREIRA, Antonio Carlos. **Odontologia em saúde coletiva** – planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LÓPEZ-JORNET, P.; CAMACHO-ALONSO, F.; MIÑANO, Molina F. Knowledge and attitude towards risk factors in oral cancer held by dental hygienists in the autonomous community of Murcia (Spain): a pilot study. **Oral Oncology**, p.1-5, 2006.

LUCKESI, C. C.; PASSOS, E. S. **Introdução à filosofia: aprendendo a pensar**. São Paulo: Cortez, 1996.

LYNCH, D. P. Oral viral infections. **Clinics in dermatology**, v. 18, p. 619-628, 2000.

LYNGE, E. Unemployment and cancer: a literature review. **IARC Scientific Publications**, n. 138, p. 343-351, 1997.

LYPE, E. M. et al. Oral cancer among patients under the age of 35 years. **Journal Postgraduate Medicine**, v. 47, n. 3, p. 171-176, 2001.

MANDEL, I. Smoke signals: an alert for oral disease. **Journal American Dental Association**, v. 125, n. 7, p. 872-878, 1994.

MARSHALL, J. R.; GRAHAM, A. Smoking, alcohol, dentition and diet in epidemiology of oral cancer. Part B. **Oral Oncology**, v. 30B, p. 167-173, 1994.

MARTIN-GRANIZO, R. et al. Squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients younger than 40 years. **Otolaryngology Head Neck Surgical**, v. 117, n. 3, p. 268-275, 1997.

MATOS, Izabella Barison; ARAÚJO, Lenita Aver. Práticas acadêmicas, cirurgiões dentistas, população e câncer bucal. **Revista da ABENO**, v. 3, n. 1, p. 76-81, 2003.

MATUCK, Isabel Cristina et al. Os cirurgiões-dentistas de Niterói e os pacientes tratados por radioterapia do câncer de cabeça e pescoço. **Revista Fluminense de Saúde Coletiva**, n. 2, p. 39-48, 1998.

MCHORNEY, C. A. et al. The mos 36 – item short-form health survey (sf36). III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. **Medical Care**, v. 31, n. 3, p. 247-263, 1995.

MCGREGOR, A. D.; RENNIE, J. S. Intra-oral squamous cell carcinoma in patients under 40 years of age. A report of 13 cases and review of the literature. **Brazilian Journal Plastic Surgical**, v. 40, p. 270-273, 1987.

MEDRONHO, Roberto A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

MICROSOFT CORPORATION. **Microsoft Excel**. [Programa de computador]. Versão 7.0. (New York): MapInfo Corporation; 2000.

MIYACHI, S. et al. Centro de diagnóstico de lesões bucais: potencial do impacto na epidemiologia do câncer de boca em Curitiba. **Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia**, v. 9, n. 33, p. 80-85, 2002.

MOORE, S. R. et al. The epidemiology of mouth cancer: a review of global incidence. **Oral Diseases**, v. 6, p. 65-74, 2000.

MORAIS, Thereza Márcia Nascimento de. **Câncer de boca: avaliação do conhecimento dos cirurgiões dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico**. 108f. Dissertação (Mestrado em Odontologia)-Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, São Paulo, 2003.

MOREIRA, C. A.; KIGNEL, S. Prevenção do câncer bucal. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 52, n. 1, 1998.

MYERS J. N. et al. Squamous cell carcinoma of the tongue in young adults: increasing incidence and factors that predict treatment outcomes. **Otolaryngology Head Neck Surgical**, v. 122, p. 44-51, 2000.

MYERS, J. N.; SUEN, J. Y. **Head and neck neoplasms**. Philadelphia: Saunders; 1996.

NARVAI, Paulo Capel. Recursos humanos para promoção de saúde bucal. In: KRIGER, Léo (Org.). **Aboprev** - promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

NARVAI, P. C. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do município de São Paulo, SP, 1970-1996. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 196-200, 2000.

NAVARRO, C. M. Fatores de risco no desenvolvimento do câncer bucal. **Revista do CROMG**, v. 2, n. 2, 1996.

NEVILLE, Brad W. et al. **Patologia oral e maxillofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

NEVILLE, B. W.; DAY, T. A. Oral cancer and precancerous lesions. **CA: Cancer Journal Clinical**, v. 52, p. 195-215, 2002.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

OLIVER, A. J.; HELFRIEK, J. F.; GARD, D. Primary oral squamous cell carcinoma: a review of 92 cases. **Journal Oral Maxillofacial Surgical**, v. 54, p. 949-954, 1996.

OLIVEIRA, J. A.; FARIA, S. L. **Câncer**. São Paulo: Contexto, 1997.

OLIVEIRA, Márcio C. et al. HPV e carcinogênese oral: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 69, n. 4, p. 553-559, 2003.

ONIZAWA, Kojiro et al. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. **Oral Oncology**, v. 39, p. 781-788, 2003.

ONOFRE, M. A. et al. Prevalência de câncer bucal no serviço de medicina bucal da faculdade de odontologia de Araraquara/UNESP: 1989-1995. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 45, n. 2, p. 101-104, 1997.

PARAJARA, Fabiana. Enfrentando o câncer bucal. [Entrevista]. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 53, n. 5, p. 353-360, 1999.

PATTON, Lauren L. et al. Knowledge of oral cancer risk factors and diagnostic concepts among North Carolina dentists. **Journal of the American Dental Association**, v. 136, p. 602-610, 2005.

PEREIRA, Dayliz Quinto. **A prática odontológica em unidades básicas de Feira de Santana, Bahia no processo de municipalização de saúde**: individual, curativa, autônoma e tecnicista. 102f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Feira de Santana, 2001.

PERUSSI, Mário R. et al. Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48 n. 4, p. 341-344, São Paulo, 2002.

PETER, A. Reichart; PHILIPSEN, Hans Peter. Oral erythroplakia - a review. **Oral Oncology**, v. 41, p. 551-561, 2004.

PETTI, Stefano. Pooled estimate of world leukoplakia prevalence: a systematic review. **Oral Oncology**, v. 39, p. 770-780, 2003.

PETTI, Stefano; SCULLY, Crispian. Oral cancer knowledge and awareness: primary and secondary effects of an information leaflet. **Oral Oncology**, p.1-8, 2006.

PINDBORG, J. J. et al. **Histological typing of cancer and precancer of the oral mucosa**. 2 ed. Germany: Springer, 1997.

PINTO, V. G. **A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000**: diagnóstico e caminhos a seguir. São Paulo: Santos, 1993.

PINTO, Vitor Gomes. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIGER, Léo (Org.). **Aboprev** - promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

PINTOS, J. et al. Mate, coffee, and tea consumption and risk of cancers of the upper aerodigestive tract in southern Brazil. **Epidemiology**, v. 5, p. 583-590, 1994.

PINTOS, Javier et al. Use of wood stoves and risk of cancers of the upper aerodigestive tract: a case-control study. **International Journal of Epidemiology**, v. 27, p. 936-940, 1998.

PIRES, A. B. et al. Diagnóstico do câncer de boca, responsabilidade do cirurgião-dentista. **Anais** (Trabalho apresentado no 5º OdontoRio), Rio de Janeiro, 2000.

PLANO SEMESTRAL. **Plano semestral 2006.1** - Odontologia Preventiva e Social IV, Feira de Santana: NUEG/UEFS, 2006.

REIS, Sílvia Regina de Almeida et al. Fatores de risco do câncer da cavidade oral e da orofaringe. II. Dieta alimentar. **RPG**, v. 4, n. 3, p. 187-189, 1997b.

REIS, S. R. A. et al. Fatores de risco do câncer da cavidade oral e da orofaringe. I. Fumo, bebidas alcoólicas e outros determinantes. **RPG**, v. 4, n. 2, p. 127-132, 1997a.

REIS, Sílvia Regina de Almeida et al. Efeito genotóxico do etanol em células da mucosa bucal. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 16, n. 3, p. 221-225, 2002.

RICE, D. H.; SPIRO, R. H. **Current concepts in head and neck cancer**. Atlanta : American Cancer Society, 1989.

RONCALLI, Ângelo Giuseppe. Aspectos técnico-operacionais de um levantamento epidemiológico em saúde bucal. In: FERREIRA, Angela (Org.). **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal: EDUFRN, 2004.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SASCO, A. J.; SECRETAN, M. B.; STRAIF, K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. **Lung Cancer**, v. 45, Suppl. 2, 2004.

SCHANTZ, S. P.; YU, G. P. Head and neck cancer incidence trends in young americans, 1973-1997, with a special analysis for tongue cancer. **Archive Otolaryngology Head Neck Surgical**, v. 128, p. 268-274, 2002.

SCULLY C.; PORTER S. ABC of oral health: oral cancer. **British Medical Journal**, v. 321, n. 7253, p. 97-100, 2000.

SHIMA, K. et al. Incidence of human papillomavirus 16 and 18 infection and p53 mutation in patients with oral squamous cell carcinoma in Japan. **British Journal of Bucal and Maxillofacial Surgery**, v. 38, p. 445-450, 2000.

SILVA, Marcelo Filadelfo; FREITAS, Valéria Souza. **Incidência e mortalidade por câncer de boca no município de Feira de Santana**. Monografia. (Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia)-Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Feira de Santana, 1999.

SILVERMAN JUNIOR, Sol. Controlling oral and pharyngeal cancer: can dental professionals make a difference? **Journal of the American Dental Association**, v. 136, p. 576-578, 2005.

SOUZA, F. A. C. G. de et al. Alterações gênicas e câncer bucal - uma breve revisão **Revista Brasileira de Patologia Bucal**, v. 3, n. 1, p. 20-25, 2004.

SPENCE, Andrea R.; FRANCO, Eduardo L.; FERENCZY, Alex . The role papillomaviruses in cancer - evidence to date. **American Journal Cancer**, v. 4, n. 1, p. 49-64, 2005.

SPOLIDORIO, Luís Carlos et al. The frequency of *candida sp.* in biopsies of oral mucosal lesions. **Brazilian Dental Research**, v. 17, n. 1, p.89-93, 2003.

STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES – **SPSS for Windows**. [Programa de Computador]. Version 10.0. SPSS Inc, 1998.

STELL, P. M. Survival times in end-stage head and neck cancer. **European Journal Surgical Oncology**, v. 15, p. 407-410, 1989.

SUGERMAN P.B.; SAVAGE N. W. Oral cancer in Australia: 1983-1996. **Australian Dental Journal**, v. 47, p. 45-56, 2002.

THAWLEY, S. E. et al. **Comprehensive management of head and neck tumors**. Philadelphia: Saunders, 1999.

THOMAZ, Erika Bárbara Abreu Fonseca; CUTRIM, Maria Carmen Fontoura Nogueira; LOPES, Fernanda Ferreira. A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral. **Acta Oncológica Brasileira**, v. 20, n. 4, p. 149-152, 2001.

TORRES, I. A. Câncer de boca no Brasil - perfil atual do cirurgião-dentista frente ao problema. **Saúde em Debate**, n. 37, p. 44-47, 1992.

TUOMI, I. Data is more than knowledge: implications of the reversed knowledge hierarchy for knowledge management and organization memory. **Journal of Management Information Systems**, v. 16, n. 3, p. 103-117, 1999.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. **Campo de atuação**. Disponível em: < <http://www2.uefs.br/saude/graduacao/odonto/campoatuacao.htm>> Acesso em: 15 out. 2006f.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. **Descrição**. Disponível em: < <http://www2.uefs.br/saude/graduacao/odonto/descricao.htm>> Acesso em: 15 out. 2006b.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. **Objetivo**. Disponível em: < <http://www2.uefs.br/saude/graduacao/odonto/objetivo.htm>> Acesso em: 15 out. 2006c.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. **Perfil**. Disponível em: < <http://www2.uefs.br/saude/graduacao/odonto/perfil.htm>> Acesso em: 15 out. 2006d.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. **Quadro curricular**. Disponível em: < <http://www2.uefs.br/saude/graduacao/odonto/quadrocurricular.htm>> Acesso em: 15 out. 2006e.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. **Sua história**. Disponível em: < <http://www.uefs.br/portal/a-universidade/sua-historia>> Acesso em: 15 out. 2006a.

VAN DER WAAL, I.; AXÉLL, T. Oral leukoplakia: a proposal for uniform reporting. **Oral Oncology**, v. 38, p. 521-526, 2002.

VELLY, A. M. et al. Relationship between dental factors and risk of upper aerodigestive tract cancer. **Oral Oncology**, v. 34, p. 284-291, 1998.

VIANNA, Maria Isabel Pereira; SANTANA, Vilma Sousa; McKelvey, Wendy. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 33, p. 341–348, 2005.

YELLOWITZ, Janet et al. Knowledge opinions and practices of general dentists regarding oral cancer: a pilot survey. **Journal of the American Dental Association**, v. 126, p. 579-583, 1998.

YELLOWITZ, Janet A. et al. Survey of U.K. dentists' knowledge and opinions about oral pharyngeal cancer. **Journal of the American Dental Association**, v. 131, p. 653-661, 2000.

WALD, N.; NICOLAIDES-BOUMAN, A. **UK smoking statistics**. 2 ed. Oxford: Oxford University Press, 1991.

WARNAKULASURIYA, K. A. A. S; JOHNSON, N. W. Dentists and oral cancer prevention in the UK: opinions, attitudes and practices to screening for mucosa lesions and to counseling patients on tobacco and alcohol use: baseline data from 1991. **Oral Diseases**, v. 5, p. 10-14, 1999.

Apêndice

APÊNDICE A – Modelo do instrumento de pesquisa utilizado

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Nº. de identificação: _____

IDENTIFICAÇÃO

Assinale apenas uma resposta, a que julgar mais apropriada.

1. Idade _____

2. Gênero

1 Masculino 2 Feminino

3. Tempo de formado _____

4. Tem alguma especialidade?

1 Sim 2 Não

5. Caso tenha alguma especialidade, qual?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Não tenho especialidade | <input type="checkbox"/> 6 Odontopediatria |
| <input type="checkbox"/> 2 Prótese | <input type="checkbox"/> 7 Cirurgia Buco-maxilo-facial |
| <input type="checkbox"/> 3 Dentística | <input type="checkbox"/> 10 Endodontia |
| <input type="checkbox"/> 4 Implantologia | <input type="checkbox"/> 11 Periodontia |
| <input type="checkbox"/> 5 Imaginologia | <input type="checkbox"/> 12 Estomatologia |
| | <input type="checkbox"/> 13 Outras _____ |

6. Tipo de inserção no mercado:

- 1 Pública
 2 Privada
 3 Público-privada

7. Qual a carga horária semanal de trabalho em cada atividade?

Carga horária no setor público _____
Carga horária no setor privado _____

8. Universidade de procedência:

- 1 Particular Qual? _____
 2 Estadual Qual? _____
 3 Federal Qual? _____

9. Durante o seu curso de formação você cursou alguma disciplina específica relacionada ao câncer bucal?

1 Sim 2 Não

10. Como você se atualiza?

1 Não me atualizo 5 Através de cursos de atualização
 2 Através de revistas científicas 6 Através de livros
 3 Através de congressos 7 Mais de uma das alternativas anteriores
 4 Uso a Internet 10 Outros _____

11. Você fuma?

1 Sim 2 Nunca 3 Parou

QUESTÕES ESPECÍFICAS

Assinale apenas uma resposta, a que julgar mais apropriada.

12. Na primeira consulta odontológica dos seus pacientes, você realiza exame procurando identificar câncer bucal?

1 Sim 2 Não

13. Por que você não realiza o exame de câncer bucal.

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

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

1 Eu mesmo realizo os procedimentos diagnósticos
 2 Para um dentista especialista em estomatologia
 3 Para um médico
 4 Para uma faculdade de Odontologia
 5 Para um hospital especializado
 6 Não sendo a queixa principal do paciente, espero até que o mesmo se recupere

15. Você orienta o paciente à realização do auto-exame da boca?

1 Sim 2 Não

16. Com relação ao auto-exame da boca você tem conhecimento sobre a técnica?

1 Sim 2 Não

17. Quantas vezes ao ano você recomenda ao paciente a realização do auto-exame da boca?

- 1 Uma vez 3 Três vezes 5 Não recomendo
 2 Duas vezes 4 Quatro vezes ou mais

18. O que você considera necessário para a realização do auto-exame da boca?

- 1 Instrumentos especializados e conhecimento da técnica
 2 Gaze e conhecimento da técnica
 3 Conhecimento da técnica
 4 Não requer qualquer instrumento

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

- 1 Linfoma 2 Carcinoma Espinocelular 3 Sarcoma de Kaposi
 4 Ameloblastoma 5 Adenocarcinoma de Glândula Salivar 6 Não sei

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

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

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

- 1 Salivação abundante 2 Úlcera indolor 3 Nódulo duro
 4 Dor intensa 5 Não sei

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

- 1 Menos de 18 anos 2 De 18 a 39 anos
 3 Acima de 40 anos 4 Não sei

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

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

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

- 1 Pré-maligno 2 Precoces 3 Avançado 4 Não sei

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

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

Nas questões de 26 a 41 assinale se você considera ou não a condição apresentada como fator de risco para câncer bucal

26. Uso de drogas injetáveis 1 Sim 2 Não
27. Ter apresentado outro câncer previamente 1 Sim 2 Não
28. Consumo de bebidas alcoólicas 1 Sim 2 Não
29. Consumo de tabaco 1 Sim 2 Não
30. História familiar de câncer 1 Sim 2 Não
31. Estresse emocional 1 Sim 2 Não
32. Baixo consumo de frutas e vegetais 1 Sim 2 Não
33. Sexo oral 1 Sim 2 Não
34. Próteses mal adaptadas 1 Sim 2 Não
35. Dentes em mau estado 1 Sim 2 Não
36. Consumo de comidas condimentadas 1 Sim 2 Não
37. Higiene bucal deficiente 1 Sim 2 Não
38. Contágio direto 1 Sim 2 Não
39. Exposição solar 1 Sim 2 Não
40. Bebidas e comidas quentes 1 Sim 2 Não
41. Obesidade 1 Sim 2 Não

42. Qual destas situações abaixo, é a mais observada em sua prática, para o indivíduo chegar à primeira consulta com a doença em estágio avançado?

- 1 Medo
- 2 Acesso ao serviço de saúde
- 3 Desconhecimento sobre a doença e fatores de risco
- 4 Falta de confiança no profissional
- 5 Não sei
- 6 Outro _____

43. Você considera que seus pacientes estão suficientemente informados sobre câncer bucal (aspectos preventivos e de diagnóstico)?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei

44. Você considera que seu paciente realiza o auto-exame de boca?

1 Sim 2 Não

45. Por que você acha que ele não realiza o auto-exame de boca?

1 Ele realiza o auto-exame 2 Porque não acha importante realizar
 3 Porque nunca foi orientado 5 Não sei
 4 Porque não sabe fazer

46. Qual é o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico para câncer bucal?

1 Alto 2 Baixo 3 Não sei

47. Em sua opinião, sua Universidade realizou treinamento para o exame de câncer bucal durante o curso de graduação?

1 Sim 2 Não 3 Não sei

48. Qual foi a última vez que você assistiu a um curso de educação continuada sobre câncer bucal?

1 No ano passado 2 Durante os últimos 2 a 5 anos 3 Mais de 5 anos
 4 Nunca 5 Não lembro

49. Você se interessaria em assistir a um curso de educação continuada sobre câncer bucal no futuro?

1 Sim 2 Não 3 Não tenho certeza

50. Em sua opinião, qual a importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal?

1 Alta 2 Média 3 Regular
 4 Baixa 5 Não sei

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

1 Ótimo 2 Bom
 3 Regular 4 Insuficiente

POR FAVOR, DEVOLVA O QUESTIONÁRIO APÓS CONCLUIR O PREENCHIMENTO.

APÊNDICE B – Relação de perguntas acrescentadas ao questionário de Dib

4. Tem alguma especialidade?

1 Sim 2 Não

5. Caso tenha alguma especialidade, qual?

1 Não tenho especialidade 6 Odontopediatria
 2 Prótese 7 Cirurgia Buco-maxilo-facial
 3 Dentística 10 Endodontia
 4 Implantologia 11 Periodontia
 5 Imaginologia 12 Estomatologia
 13 Outras _____

6. Tipo de inserção no mercado:

1 Pública
 2 Privada
 3 Público-privada

7. Qual a carga horária semanal de trabalho em cada atividade?

Carga horária no setor público _____
Carga horária no setor privado _____

8. Universidade de procedência:

1 Particular Qual? _____
 2 Estadual Qual? _____
 3 Federal Qual? _____

9. Durante o seu curso de formação você cursou alguma disciplina específica relacionada ao câncer bucal?

1 Sim 2 Não

10. Como você se atualiza?

1 Não me atualizo 5 Através de cursos de atualização
 2 Através de revistas científicas 6 Através de livros
 3 Através de congressos 7 Mais de uma das alternativas anteriores
 4 Uso a Internet 10 Outros _____

15. Você orienta o paciente à realização do auto-exame da boca?

1 Sim 2 Não

16. Com relação ao auto-exame da boca você tem conhecimento sobre a técnica?

1 Sim 2 Não

17. Quantas vezes ao ano você recomenda ao paciente a realização do auto-exame da boca?

1 Uma vez 3 Três vezes 5 Não recomendo
 2 Duas vezes 4 Quatro vezes ou mais

18. O que você considera necessário para a realização do auto-exame da boca?

1 Instrumentos especializados e conhecimento da técnica
 2 Gaze e conhecimento da técnica
 3 Conhecimento da técnica
 4 Não requer qualquer instrumento

42. Qual destas situações abaixo, é a mais observada em sua prática, para o indivíduo chegar à primeira consulta com a doença em estágio avançado?

1 Medo
 2 Acesso ao serviço de saúde
 3 Desconhecimento sobre a doença e fatores de risco
 4 Falta de confiança no profissional
 5 Não sei
 6 Outro_____

44. Você considera que seu paciente realiza o auto-exame de boca?

1 Sim 2 Não

45. Por que você acha que ele não realiza o auto-exame de boca?

1 Ele realiza o auto-exame 2 Porque não acha importante realizar
 3 Porque nunca foi orientado 5 Não sei
 4 Porque não sabe fazer

APÊNDICE D – Modelo do termo de consentimento livre esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Av. Universitária, s/n - Km 03 da BR 116, Campus Universitário. CEP: 44031-460. Feira de Santana - BA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título do Projeto: Conhecimentos dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal

Versão: 01

Data: 25/01/2006

Pesquisadores: Prof^a Thereza Christina Bahia Coelho e Michelle Miranda Lopes Falcão

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e no que ele consiste. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na UEFS – Departamento de Saúde – Núcleo de Saúde Coletiva - KM 03, BR 116, Campus Universitário, 6º Módulo, 44.031-460, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (0xx75) 3224-8116 para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de maiores informações.

Esta pesquisa tem a duração de 24 meses e pretende investigar quais os conhecimentos básicos dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. O conhecimento sobre os fatores envolvidos no diagnóstico tardio pode favorecer ao planejamento de ações para a prevenção e o diagnóstico precoce da doença.

Serão convidados 228 cirurgiões-dentistas para participarem desta pesquisa, a sua participação é voluntária e você poderá se afastar a qualquer momento do estudo se desejar. Para participar, você preencherá o questionário anexo com 51 perguntas objetivas que abordam alguns aspectos em relação ao câncer bucal e ao perfil profissional.

Salientamos que a sua identificação será resguardada e mantida em sigilo, mas se alguma pergunta do questionário lhe causar constrangimento, ela não precisará ser respondida. Os resultados da pesquisa serão divulgados aos participantes da pesquisa e a comunidade geral e científica. Esta divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade dos dados.

Caso haja algum prejuízo por quaisquer danos decorrentes dessa pesquisa, compensações estarão de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.

Feira de Santana, de de 2006.

Assinatura do Participante

Prof^a Thereza Christina Bahia Coelho

(0xx75) 3224-8116

Michelle Miranda Lopes Falcão

Anexo

ANEXO A – Comprovante de concessão do auxílio CNPq / apoio à dissertação



Diretoria de Programas Horizontais e Instrumentais - DPH

Of. DPH - 11/2005

Brasília, 05 de dezembro de 2005

Thereza Christina Bahia Coelho
Rua Jacarandá, 192 - Horto Florestal, Brotas
40295090 Salvador-BA

Processo: 402036/2005-0 Modalidade: APQ
Projeto: Conhecimento e Prática dos Cirurgiões-dentistas em relação ao Câncer Bucal

Comunicamos que, com base na recomendação do Comitê Temático e de acordo com o que estabelece o Edital MCT-CNPq/MS-DAB/SAS nº 49/2005 - Atenção Básica à Saúde/Apoio a Dissertação de Mestrado, a Diretoria Executiva do CNPq aprovou a concessão do auxílio

VALOR APROVADO

Custeio: R\$ 2.500,00
Capital: R\$ 11.200,00
Total geral: R\$ 13.700,00

Recomendado com cortes no orçamento. O Comitê Temático efetuou cortes nos serviços de terceiros (confecção de banners), pagamento de passagens e diárias (para participação em evento científico) e em equipamentos (projektor multimídia).

Informamos que o Termo de Concessão será disponibilizado no endereço eletrônico http://www.cnpq.br/bolsas_auxilios/termoconcessao/index.htm, com as instruções de preenchimento. A implementação do auxílio financeiro fica condicionada ao repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), conforme previsto no Edital.

Colocamo-nos à disposição para prestar outros esclarecimentos, informando que as correspondências deverão ser remetidas à Coordenação Geral do Programa de Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas - CGCHS, no endereço abaixo, com o nome completo de V.Sa e o número do processo a que se refere.

Atenciosamente,

Maria Angela Cunico
Coordenadora Geral do Programa de Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Anexo I - Informações gerais

Anexo II - Solicitação e roteiro para abertura de conta tipo "B"

ANEXO B – Carta de negação do CROBA sobre a lista dos cirurgiões-dentistas



CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DA BAHIA

Rua Basílio da Gama, n.º 03 - Canela - Tel.: (71)3114-2525 - CEP: 40.110-040 - Salvador - BA

e-mail: croba@croba.org.br

http://www.croba.org.br

Salvador, 09 de maio de 2006

Prezada senhora,

Prezado senhor,

Cumprindo determinação do Conselho Federal de Odontologia, através do OF. CIR. CFO 3982/2003, os Conselhos Regionais ficam impedidos de fornecer dados cadastrais dos seus jurisdicionados, com base na Constituição Federal e Lei 8884/94. Para atender a sua solicitação, segue abaixo o procedimento do envio de correspondências de terceiros, conforme Portaria CROBA n° 01/2004.

Enviar-nos o modelo do folder a ser veiculado para apreciação desta Autarquia; pagamento do boleto bancário no valor de R\$120,00; encaminhar todo o material para este Regional para a etiquetagem; pagamento da postagem aos Correios em forma de cheque, cujo valor será de acordo com a quantidade de etiquetas geradas.

Atenciosamente,


Andrea Santos de Albuquerque Melo
Chefe da Secretaria

À Sra.
Dra. Michele Miranda Lopes
RUA ARISTON JOSE DE CERQUEIRA, 583, SANTA MONICA
FEIRA DE SANTANA - BA - 44052-270

DELEGACIA REGIONAL DE VITORIA DA CONQUISTA - RUA SIQUEIRA CAMPOS,646- TEL. (077) 424-1835 - CEP: 45100-000
DELEGACIA REGIONAL DE ILHEUS - PCA JOSÉ MARCELINO, 14 - ED. CIDADE DE ILHEUS - S/907 - TEL.(073) 634-6845 CEP: 45660-000
DELEGACIA REGIONAL DE BARREIRAS - RUA RUI BARBOSA, 226 - S/203 - TEL: (077) 611-5920 - CEP: 478000-000
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO - RUA QUINTINO BOCAIUVA, 154 - S/103 - CENTRO - TEL: (074) 611-6980 - CEP: 48900-000
DELEGACIA REGIONAL DE F. DE SANTANA - AV. GETULIO VARGAS, 1097-SALA 201-EDF. ANTONIO CARINI - 2º ANDAR - TEL: (075) 623-4063 - CEP: 44010-100
DELEGACIA REGIONAL DE TEIXEIRA DE FREITAS - RUA PEDRO ÁLVARES CABRAL, 95 - SALA 205 - TEL: (073)291-6409CEP: 45995-000
DELEGACIA REGIONAL DE ITABUNA - AV. FIRMINO ALVES, 60, EDF. MÓDULO CENTER, SALA 1305 - (073)617-2266 - CEP: 45600-000

ANEXO C – Questionário adaptado por Luciano Lauria Dib, 2004

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

1. Idade _____

2. Sexo

[1] Masculino [2] Feminino

3. Tempo de formado

[1] Acadêmico [4] 10 a 20 anos
[2] Até 2 anos [5] Mais de 20 anos
[3] 2 a 10 anos

4. Você fuma?

[1] Sim [2] Não [3] Parou

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

[1] Ótimo [2] Bom [3] Regular [4] Insuficiente

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

[1] Sim [2] Não

7. Porque você não realiza o exame de câncer bucal.

[1] Realizo o exame [2] Não sei como fazer
[3] Não acho necessário [4] Não recebo honorários pelo procedimento.

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

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

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

[1] Linfoma [2] Carcinoma Espinocelular [3] Sarcoma de Kaposi
[4] Ameloblastoma [5] Adenocarcinoma de Glândula Salivar [6] Não sei

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

- [1] Língua [2] Soalho de boca [3] Gengiva.
[4] Palato [5] Mucosa jugal [6] Não sei

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

- [1] Salivação abundante [2] Úlcera indolor [3] Nódulo duro
[4] Dor intensa [5] Não sei

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

- [1] Menos de 18 anos [2] 18 a 39 anos
[3] Acima de 40 anos [4] Não sei

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

- [1] Duro, dolorido, com mobilidade [2] Duro, sem dor, com mobilidade ou não
[3] Mole, dolorido, com mobilidade [4] Mole, sem dor, com mobilidade ou não
[5] Não sei

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

- [1] Pré-maligno [2] Precoce [3] Avançado [4] Não sei

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

- [1] Leucoplasia [2] Pênfigo Vulgar [3] Estomatite
[4] Candidíase [5] Língua Geográfica [6] Não sei

Nas questões de 16 a 31 assinale se você considera a condição apresentada como fator de risco para câncer bucal

- 16. Uso de drogas injetáveis** [1] Sim [2] Não
17. Ter apresentado outro câncer previamente [1] Sim [2] Não
18. Consumo de álcool [1] Sim [2] Não
19. Consumo de tabaco [1] Sim [2] Não
20. História familiar de câncer [1] Sim [2] Não
21. Estresse emocional [1] Sim [2] Não
22. Baixo consumo de frutas e vegetais [1] Sim [2] Não
23. Sexo oral [1] Sim [2] Não

24. Próteses mal adaptadas [1] Sim [2] Não

25. Dentes em mau estado [1] Sim [2] Não

26. Consumo de comidas condimentadas [1] Sim [2] Não

27. Higiene oral deficiente [1] Sim [2] Não

28. Contágio direto [1] Sim [2] Não

29. Exposição solar [1] Sim [2] Não

30. Bebidas e comidas quentes [1] Sim [2] Não

31. Obesidade [1] Sim [2] Não

32. Você considera que seus pacientes estão suficientemente informados sobre câncer bucal (aspectos preventivos e de diagnóstico)?

[1] Sim [2] Não [3] Não sei

33. Qual é o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico para câncer bucal?

[1] Alto [2] Baixo [3] Não sei

34. Em sua opinião, sua Universidade realizou treinamento para o exame de câncer bucal durante o curso de graduação?

[1] Sim [2] Não [3] Não sei

35. Qual foi a última vez que você assistiu a um curso de educação continuada sobre câncer bucal?

[1] No ano passado [2] Durante os últimos 2 a 5 anos [3] Mais de 5 anos
[4] Nunca [5] Não lembro

36. Você se interessa em assistir a um curso de educação continuada sobre câncer bucal no futuro?

[1] Sim [2] Não [3] Não tenho certeza

37. Na sua opinião, qual a importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal?

[1] Alta [2] Média [3] Regular
[4] Baixa [5] Não sei

ANEXO D – Folha de respostas do instrumento de pesquisa

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA - GABARITO

QUESTÕES ESPECÍFICAS

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

- 1 Linfoma 2 Carcinoma Espinocelular 3 Sarcoma de Kaposi
 4 Ameloblastoma 5 Adenocarcinoma de Glândula Salivar 6 Não sei

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

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

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

- 1 Salivação abundante 2 Úlcera indolor 3 Nódulo duro
 4 Dor intensa 5 Não sei

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

- 1 Menos de 18 anos 2 De 18 a 39 anos
 3 Acima de 40 anos 4 Não sei

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

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

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

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

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

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

Nas questões de 26 a 41 assinale se você considera ou não a condição apresentada como fator de risco para câncer bucal

- | | | |
|---|---|---|
| 26. Uso de drogas injetáveis | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não |
| 27. Ter apresentado outro câncer previamente | <input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não |
| 28. Consumo de bebidas alcoólicas | <input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não |
| 29. Consumo de tabaco | <input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não |
| 30. História familiar de câncer | <input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não |
| 31. Estresse emocional | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não |
| 32. Baixo consumo de frutas e vegetais | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não |
| 33. Sexo oral | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não |
| 34. Próteses mal adaptadas | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não |
| 35. Dentes em mau estado | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não |
| 36. Consumo de comidas condimentadas | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não |
| 37. Higiene bucal deficiente | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não |
| 38. Contágio direto | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não |
| 39. Exposição solar | <input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não |
| 40. Bebidas e comidas quentes | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não |
| 41. Obesidade | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não |

ANEXO E – Parecer do comitê de ética em pesquisa da UEFS

(continua)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)**PARECER CONSUBSTANCIADO****Protocolo Nº 004/2006
CAAE 0120.0.059.000-06****1- IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA**

- 1.1 – **Título:** “ Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal”
- 1.2 – **Área de conhecimento:** Ciências da Saúde – Saúde Coletiva
- 1.3 – **Pesquisadora responsável:** Profª Drª Thereza Christina Bahia Coelho (orientadora)
- 1.4 – **Pesquisadora participante:** Técia Daltro Borges Alves (co-orientadora)
- 1.5 – **Pesquisadora colaboradora:** Michelle Miranda Lopes Falcão
- 1.5 – **Instituição:** Universidade Estadual de Feira de Santana
- 1.6 – **Unidade/Órgão:** Departamento de Saúde (Autorizado pelo Diretor do Departamento)
- 1.7 – **Duração prevista:** 17 meses
- 1.8 – **Número do registro no CEP/UEFS:** Protocolo nº 004/2006

2- SUMÁRIO DO PROJETO

Trata-se de um Projeto de Pesquisa para o desenvolvimento de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Os documentos exigidos para submissão ao Comitê de Ética estão anexados ao projeto, com as respectivas responsabilidades da instituição e das Pesquisadoras, porém falta a assinatura da pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa em duas declarações, anexadas ao protocolo de pesquisa.

O estudo proposto é do tipo levantamento de natureza quantitativa, descritiva e corte transversal, que pretende “investigar os conhecimentos básicos dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal na Rede Básica do Sistema Único de Saúde e na rede particular do município de Feira de Santana, no ano de 2006”. A população de estudo será o cirurgião dentista, registrado no Conselho Regional de Odontologia da Bahia/ seção Feira de Santana que resida e trabalhe na referida cidade. O total da amostra será de 238 pessoas.

A técnica de coleta de dados será um questionário com 51 questões que abordam os seguintes pontos: perfil da população de estudo, conduta clínica do cirurgião-dentista em relação ao câncer bucal, conhecimentos dos cirurgiões-dentistas sobre alguns aspectos do câncer bucal e formação profissional dos referidos profissionais em relação ao câncer bucal. O questionário foi adaptado de Horowitz *et al* (2000) e Dib (2003). Será realizado um piloto da pesquisa em outra

(continuação)

2

cidade (Alagoinhas) com o objetivo de testar as alterações feitas no instrumento e revalidá-lo.

Os dados da pesquisa serão analisados descritivamente, por meio de proporções e medidas de tendência central e dispersão. Os resultados serão submetidos à análise de correlação de frequências empregando o teste estatístico de Pearson (qui-quadrado), com o objetivo de avaliar o grau de associação entre cada item e sua respectiva dimensão conforme Michorney *et al* (1995).

3 – OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar os conhecimentos básicos dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal na Rede Básica do Sistema Único de Saúde e na rede particular do município de Feira de Santana, no ano de 2006”.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil da população de estudo;
- Descrever a formação profissional do cirurgião-dentista em relação ao câncer bucal;
- Descrever o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre alguns aspectos do câncer bucal;
- Identificar a conduta clínica do cirurgião-dentista em relação ao câncer bucal;
- Referir o conhecimento do paciente sobre câncer bucal, segundo informações do profissional.

4- COMENTÁRIOS DO PROTOCOLO DE PESQUISA FRENTE À RESOLUÇÃO DO CNS – 196/1996

4.1 – Estrutura do Protocolo:

O protocolo de pesquisa obedece à sistematização de um trabalho científico. O problema de pesquisa é delineado na introdução do trabalho. A revisão de literatura é pertinente e atualizada, organizada de forma que possibilite uma compreensão do objeto que se pretende estudar, nos seguintes itens: câncer bucal, panorama mundial e brasileiro da doença, fatores de risco, diagnóstico do câncer bucal, história natural da doença, lesões e condições cancerizáveis, o SUS e a possibilidade de políticas públicas inclusivas para o câncer bucal e situação atual do serviço odontológico. Os aspectos metodológicos explicitam com clareza e objetividade a caracterização do estudo, população, campo de estudo, procedimentos de coleta de dados, análise e interpretação dos dados, aspectos éticos da pesquisa e riscos e benefícios para os sujeitos da pesquisa.

4.2 – Retorno dos benefícios para o sujeito e/ou para a comunidade:

“O câncer bucal é uma doença mutiladora com elevados indicadores de morbimortalidade. O levantamento de informações sobre o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação a esta patologia poderá trazer benefícios para os indivíduos da pesquisa e a comunidade em geral e científica, visto que os resultados possibilitarão

(conclusão)

3

o diagnóstico precoce, favorecendo a redução dos indicadores de morbi-mortalidade da doença" (p.51-52). **(Atende ao cap. VI. 2, alínea "d" – Res. 196/96);**

4.3 – Riscos da Pesquisa

As Autoras informam que "o preenchimento do questionário poderá causar algum desconforto ou constrangimento aos participantes do estudo, com o intuito de minimizá-los, a participação será voluntária e o anonimato será resguardado, garantindo o sigilo dos dados (p.51). **(Atende ao Cap. VI. 2, alínea "d" – Res. 196/96);**

4.4 – Informações sobre o financiamento da pesquisa

Apresenta um orçamento detalhado (p.53-54) no valor de R\$6.048,00 (material de consumo – R\$ 1.548,00, equipamentos e material permanente – R\$ 3.500,00 e serviços de terceiros – R\$ - 1.000,00). Informa que o projeto conta com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a infra-estrutura do NUSC.

4.5 - Duração da Pesquisa: A pesquisa tem duração de 17 meses, conforme informação constante no item nº 6 (Cronograma), página 55 do Protocolo.

4.6- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Atende a Resolução 196)

- O TCLE apresenta linguagem acessível, clara e objetiva.
- O TCLE garante o anonimato dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, preservando a participação de forma voluntária.
- As Autoras explicitam os riscos e benefícios inerentes à pesquisa e endereço e telefones para contato, ficando uma via para o entrevistado e outra com as pesquisadoras.

5- Conclusão: Projeto Aprovado

Feira de Santana, 14 de fevereiro de 2006.

Parecer apreciado pelos Membros do CEP-UEFS em
reunião plenária de 14/02/2006


Eliane Elisa de Souza e Azevedo
Coordenadora

3/3