

IEDA PACHECO CHAVES

**Avaliação de Conhecimentos e Atitudes dos Cirurgiões Dentistas em Relação
ao Diagnóstico do Câncer Bucal: Um Estudo em Porto Velho - Ro**

Brasília - 2008

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Avaliação de Conhecimentos e Atitudes dos Cirurgiões Dentistas em Relação
ao Diagnóstico do Câncer Bucal: Um Estudo em Porto Velho - Ro**

IEDA PACHECO CHAVES

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde, Universidade de
Brasília como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Mestre em
Ciências da Saúde.**

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz

Co-Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Paraguassu Chaves

Brasília – 2008

AGRADECIMENTOS

Principalmente á minha mãe Conceição Dorta Pacheco pelo constante incentivo, ao meu marido Hildon de Lima Chaves e aos nossos filhos Beatriz e Guilherme Chaves, pela compreensão e paciência com minhas ausências do nosso convívio diário em razão deste trabalho.

Ao Professor Doutor Carlos Alberto Bezerra Tomaz, orientador, pela atenção ao fiel desenvolvimento deste trabalho.

Ao Professor Doutor Carlos Alberto Paraguassu Chaves, co – orientador, pelo apoio inestimável, consistente principalmente nas suas valiosas críticas e sugestões.

Ao departamento de patologia do Hospital de Base de Porto Velho, que me franqueou dados de suma importância para elaboração deste trabalho.

Aos dirigentes da Clínica São Pelegrino, pelo fornecimento dos dados constantes em seus arquivos.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse estudo.

RESUMO

Objetivou-se avaliar o perfil profissiográfico e o nível de conhecimento e atitudes dos cirurgiões dentistas – CDs atuantes no Município de Porto Velho no Estado de Rondônia, em relação ao diagnóstico do câncer bucal. Utilizou-se como instrumento um questionário testado e validado por Moraes (2003). Esse instrumento contém dois blocos de questões com valores pontuais proporcionais pertinentes à importância do conhecimento e do diagnóstico que contemplavam dois aspectos essenciais: as características clínicas e os fatores de risco. Os dados coletados foram tratados estatisticamente com auxílio do software Epi Info versão 3.4.3. Na avaliação das características clínicas (bloco 1) cerca de 70% da amostra apresentou resultados inferiores a 50%. Mensurada numa escala de 0 – 8, a média foi de 3,7. Na avaliação dos fatores de risco (bloco 2), numa escala de 0 – 2 a média obtida foi de 1,5, com 72,2% da amostra com resultado superior a esta média. Para o conceito global, a média obtida, mensurada numa escala de 0 – 10, foi aproximadamente 5,0, situada na escala de conceitos (Seção 3.6) como C (4,0 – 6,0), demonstrando que, o câncer bucal é um problema global e, apesar de tudo que tem sido feito, a situação ainda é muito ruim: alto índice de morbimortalidade, diminuição da qualidade de vida e mutilação dos pacientes.

Palavras - Chave: Câncer bucal. Avaliação do Diagnóstico. Características clínicas. Fatores de risco.

ABSTRACT

It has as objective to evaluate the professional profile and the level of both knowledge and the attitudes of the dental surgeons – DS' s practicing in the Municipality of Porto Velho in the state of Rondônia, in relationship to the diagnosis of buccal cancer. A questionnaire was used as the tool for collecting data – tested and validated by Moraes (2003). This tool contains two block groups of questions including proportional punctual values pertinent to the importance of the knowledge and diagnosis which complement the two essential aspects: the clinical characteristics as well as the risk factors. The datum collected statically with the aid of the Epi software version 3.4.3. As far as the characteristics of clinics (BLOCK 1) about 70% of the samples, presented inferior results of 50%. Measured on a scale of 0-8, the measurement was 3.7 and on this same scale, 50% of the samples presented results below 4.0. In the block of risk factors (BLOCK 2) the average obtained was that of 1.5, measured from 0-2 with 72,2% of the sample above this measurement. For the overall concept, the measurement obtained on the scale of 0-10, was approximately 5.0 situated on the scale referring to concepts (Section 3.6) like C (4.0 – 6.0). The majority of the samples, around 75% obtained unsatisfactory results (below 60%), demonstrating the unfamiliarity in regards to the buccal cancer diagnosis.

Key – Words: Buccal Cancer, Diagnosis Evaluation. Clinic Characteristics. Risk Factors.

LISTA DE SIGLAS

CD	Cirurgião Dentista
CDC	<i>Center for Diseases Control</i>
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRO	Conselho Regional de Odontologia
FACIMED	Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal - RO
FIMCA	Faculdades Integradas Aparício Carvalho
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LEPMs	Lesões Epiteliais Potencialmente Malignas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RO	Rondônia
S1	Nota obtida no Bloco 1 do questionário: características clínicas
S2	Nota obtida no Bloco 2 do questionário: fatores de risco
ST	Nota obtida no questionário = S1 + S2
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Distribuição de frequência em relação ao sexo	23
Tabela 2:	Distribuição da amostra em relação à idade	23
Tabela 3:	Distribuição do Sexo e da Idade da amostra	24
Tabela 4:	Distribuição da amostra em relação ao tempo de formado	24
Tabela 5:	Distribuição da amostra em relação ao sexo e tempo de formação	25
Tabela 6:	Distribuição da amostra segundo o Tempo de formado e a prática do Exame de identificação de lesões bucais	26
Tabela 7:	Como é realizado o exame bucal pelos dentistas pesquisados	26
Tabela 8:	Encaminhamento no caso de suspeita de malignidade	27
Tabela 9:	Relação entre tempo de formado e tipo de encaminhamento dado no caso de suspeita de malignidade	28
Tabela 10:	S1 - Valores obtidos no Bloco 1, em percentual e frequência	29
Tabela 11:	Relação entre as notas obtida no Bloco 1 (S1) e o tempo de formado	30
Tabela 12:	S2 - Conceitos obtidos no Bloco 02, em percentual e frequência	31
Tabela 13:	Relação entre o tempo de formado e o conceito obtido no Bloco 02 (S2)	31
Tabela 14:	Conceitos obtidos na avaliação global, ST	33
Tabela 15:	Relação entre tempo de formação e conceito obtido na avaliação global (ST)	34
Tabela 16:	Relação entre auto-avaliação dos dentistas acerca do câncer bucal e conceito obtido na avaliação global (ST)	35
Tabela 17:	Opinião acerca do treinamento para exame do câncer bucal durante o curso de graduação	36
Tabela 18:	Tempo decorrido após o último curso de educação continuada voltado para o câncer bucal, que o dentista tenha participado	36
Tabela 19:	Interesse do dentista em participar de um curso de educação continuada sobre o câncer bucal	37
Tabela 20:	Distribuição da amostra em relação à atividade que realizam em educação em saúde	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivos	5
1.1.1 Objetivo Geral	5
1.1.2 Objetivos Específicos	5
1.2 Limitações do Estudo	5
2 REVISÃO DA LITERATURA	6
2.1 O Câncer Bucal no Mundo	6
2.2 O Câncer Bucal no Brasil	7
2.2.1 Sintomatologia.....	10
2.2.2 Os fatores de Risco	11
2.2.3 Epidemiologia.....	12
2.2.4 O diagnóstico precoce e o tratamento.....	13
2.2.5 O cirurgião dentista (CD).....	14
2.3 O câncer bucal em Porto Velho-RO	16
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
3.1 Caracterização do Estudo	17
3.2 Local da Pesquisa e População	17
3.3 Amostra	17
3.4 A Coleta de Dados	19
3.4.1 O Instrumento de Pesquisa	19
3.5 Procedimentos	20
3.6 Análise dos Resultados	20
3.7 Aspectos Éticos.....	22
4 RESULTADOS	23
4.1 Comportamento da amostra.....	23
4.2 Conduta Profissional relacionada ao Câncer Bucal	25
4.3 Avaliação do conhecimento do cirurgião-dentista acerca de características clínicas e fatores de risco do câncer bucal.....	29
4.3.1 Conceitos obtidos no Bloco 1 (S1)	29

4.3.2 Conceitos obtidos no Bloco 2 (S2)	31
4.3.3 Conceito dos dentistas na Avaliação Global (ST)	33
4.4 Características de Formação e Educação continuada	35
4.5 Educação em Saúde	37
5. DISCUSSÕES	39
5.1 Perfis da Amostra	39
5.2 A Avaliação do Conhecimento do Dentista acerca do Câncer Bucal	43
5.2.1 Discussão do Bloco 01 – S1	43
5.2.2 Discussão do Bloco 02 – S2 – 51	45
5.2.3. Nota Global (ST)	46
CONCLUSÕES	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE	54
ANEXOS	58

1. INTRODUÇÃO

A cavidade bucal ou boca constitui a porção inicial do sistema digestivo, onde ocorrem as primeiras ações fisiológicas da digestão: a mastigação dos alimentos, constituição do bolo alimentar sob a ação das enzimas salivares (proteínas que possuem ação de degradação ou lise de substâncias) e a deglutição.

A cavidade oral (boca) é sede de inúmeras doenças locais e sistêmicas, especialmente digestivas. Tais doenças são diagnosticadas por inspeção, palpação e investigação da história do paciente. As patologias localizam-se em qualquer das estruturas bucais, chamando atenção pelo grau maior ou menor de alteração física ou funcional.

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Quando o câncer tem início em tecidos epiteliais como pele ou mucosas ele é denominado carcinoma. Quando começa em tecidos mesenquimatosos, como osso, músculo ou cartilagem é chamado de sarcoma (ROBBINS *et al*, 1996). Outra característica que os diferenciam é a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadirem tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases).

A carcinogênese é o primeiro estágio do processo de formação do câncer, chamado de iniciação. Nesse caso, ocorre a ação dos agentes cancerígenos provocando modificações em alguns genes da célula. Em seguida, já no estágio de promoção da doença, ocorre a atuação dos agentes classificados como oncoprotetores, transformando as células, ora modificadas geneticamente, em células malignas. O terceiro e último estágio, chamado de progressão, se caracteriza pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Nesse estágio, o câncer já está instalado, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença.

Essa diferenciação celular pode ocorrer mediante os estímulos externos ou mesmo hormonal, interno. O câncer caracteriza-se por ser uma doença de etiologia multifatorial e, logo, está intimamente relacionado ao estilo de vida do homem moderno e, geralmente, é reflexo do modo de viver das pessoas, de suas condições sociais, econômicas e ambientais advindas do impacto da globalização, que

redefiniu padrões de trabalho, nutrição e consumo. Ao mesmo tempo, a melhoria das condições de vida dos indivíduos resulta no envelhecimento populacional, responsável pelo aumento da incidência de doenças crônicas - degenerativas, como as cardiovasculares e o câncer. Tanto que, a Organização Mundial de Saúde - OMS, já no ano de 1993, alertava para o fato de que 09 milhões de pessoas seriam acometidas pelo câncer no mundo e, cerca de 05 milhões morreriam a cada ano. E, ainda, se medidas de prevenção e controle não fossem tomadas a sua incidência aumentaria em 10% nos 20 anos subsequentes (INCA, 1996). Parkin *et al* (2001) corroboraram com essas previsões e estimaram para o ano de 2000 que, o aumento do número de casos novos de câncer em todo o mundo, seria maior que 10 milhões; dentre os quais, 53% ocorreriam nos países em desenvolvimento.

Em publicação recente (INCA, 2006), é apresentado um estudo sobre a situação do câncer no Brasil no qual foram analisados dados sobre incidência, mortalidade e ações de controle da doença no país à luz das evidências epidemiológicas mais atualizadas. Tal publicação ressaltou também a extensão do problema de saúde pública que se tornou essa doença tanto nos países ricos como nos pobres e, que foi responsável por sete milhões de mortes anuais ou 12% das causas de óbito no mundo. No Brasil, as estimativas foram de 427 casos novos para o ano de 2006 ou 355 mil, se excluídos os casos de tumores de pele não-melanoma — o que corresponde a quase dois casos novos por ano para cada 1.000 habitantes (RADIS, 2006).

O objetivo dessa pesquisa foi avaliar os conhecimentos e atitudes do CDs no Município de Porto Velho para o diagnóstico do câncer bucal, que é uma das patologias de alta incidência tanto no mundo como no Brasil. Em Porto Velho-RO, observamos que, os dados existentes indicam um baixo índice de casos de câncer bucal diagnosticados, segundo os dados existentes. Esse fato nos motivou a pesquisar buscando identificar se o baixo índice de câncer bucal em Porto Velho é devido a falta de diagnósticos ou simplesmente porque não ocorrem na mesma proporção do restante do país e do mundo.

As mais recentes estimativas do Instituto Nacional do Câncer - INCA para 2008 de incidência por 100 Mil e de número de novos casos de câncer oral, na população masculina no estado de Rondônia é 30 casos o que corresponde a uma taxa bruta de 3,65 num universo de 790 casos de cânceres. Para o município de Porto Velho, a estimativa é abaixo de 15 casos com uma taxa bruta de 7,06 num

universo de 330 casos.

Ainda de acordo o INCA, as estimativas para o ano de 2008 prevêem para a população feminina do município de Porto Velho uma taxa bruta de 0,51 com menos de 15 casos prováveis num universo de 380 possíveis casos.

O instrumento utilizado para a obtenção dos dados e informações foi a aplicação, de um questionário previamente testado e validado, numa amostra de cirurgiões dentistas (CDs), do qual foram extraídos os dados necessários, que, depois de criticados e analisados, receberam tratamento estatístico, com auxílios do software EPI INFO 3.4.3, com um posterior teste de hipóteses.

Morais (2003) avaliou o conhecimento de cirurgiões dentistas inscritos em cursos de estética quanto aos fatores predisponentes e de diagnóstico do câncer bucal, também utilizando a metodologia de coleta de dados a partir de um questionário previamente testado e validado.

Em relação às características da amostra, houve predominância de uma população jovem, com idade inferior a 39 anos, com maior participação feminina, os quais possuem em média mais de 10 anos de graduação.

Quanto às características clínicas da ocorrência desta neoplasia não estão claras para os entrevistados, uma vez que somente metade indicou o carcinoma espinocelular como o tipo mais comum, e aproximadamente metade tinha conhecimento das características do linfonodo em metástase cervical. Cerca de 20% desconhecia a região da boca e a faixa etária de maior ocorrência deste tumor, e também o seu aspecto inicial. Entretanto, 75,7% reconheciam a leucoplasia como à condição mais comumente associada ao câncer bucal.

Com relação aos fatores de risco, o consumo de tabaco, história familiar e consumo de álcool eram conhecidos para quase todos os elementos amostrados, os CDs, mas, em se tratando das demais condições apresentadas como fatores de risco, as dúvidas e contradições eram evidentes.

Na prática clínica relacionada ao câncer de boca, observou que 14,2% não realizavam exames para identificar lesões bucais, sendo que, destes, 80,3% não sabiam como fazê-lo. Apenas 5,8% realizavam procedimentos de diagnóstico e, a grande maioria considerava regular ou insuficiente seu conhecimento na área. Somente 16,6% tinham segurança para realizar o diagnóstico. Mais da metade estava há mais de 05 anos sem realizar um curso de atualização em câncer de boca, apesar de demonstrarem interesse em fazê-lo no futuro.

Navarro *et al.*, (2004) avaliou o perfil dos participantes de campanhas de prevenção do câncer bucal em Araraquara - SP. Foram analisados os 2.313 registros armazenados no banco de dados construído com auxílio do programa Epi info 6.04, referentes aos pacientes examinados durante as campanhas de prevenção do câncer bucal nos anos de 1999, 2000 e 2001, realizadas na FACIRA (Feira Agro Comercial e Industrial da Região de Araraquara) e, apresentaram os seguintes resultados: dos 2.313 pacientes examinados, 52,23% eram homens e 47,77% eram do sexo feminino. A maioria (73,39%) pertencia à faixa etária de 20 a 70 anos. Na amostra havia brancos (83,71%), negros (7,65%) e mestiços (8,56%). As doenças bucais mais comuns foram lesões epiteliais potencialmente malignas (LEPMs) (19,01%), candidose (10,27%), úlcera traumática (7,31%) e ulceração aftosa recorrente (7,31%). A queilite actínica foi a LEPM mais comum (13,71%). Houve 05 (0,21%) casos de câncer bucal. As doenças bucais diagnosticadas durante as campanhas foram tratadas no Serviço de Medicina Bucal, e os casos de câncer encaminhados a Oncologistas.

Conforme resultados da Navarro *et al.*, (2004) foram diagnosticados que, 21 em cada 10000 participantes do processo eram portadores da neoplasia.

Tomando como parâmetro o modelo teórico metodológico de Navarro *et al.*, a proporcionalidade de câncer bucal seria de 840 casos. De acordo com o censo do IBGE de 2006, o Município de Porto Velho - RO contava com uma população de 380.974 habitantes, o que significa que atualmente a população se aproxima de 400 mil habitantes.

Por tratar-se de uma pesquisa prática, isto é, uma pesquisa voltada para a intervenção na realidade social, e por ter um objeto de estudo que se constitui pela situação social e pelos problemas diversos encontrados, essa discussão vem analisar os resultados sob diversas perspectivas. Inicialmente, comparando-se com a literatura, com os resultados obtidos em trabalhos semelhantes e finalmente com a realidade a que a população pertence. Faz-se importante a compreensão dos dados de acordo com a realidade local e suas inter-relações, uma vez que esta possui peculiaridades em sua história local e geografia regional.

Pretende-se dessa forma não apenas elencar dificuldades ou limitações, mas, sobretudo compreendê-las criticamente dentro do perfil histórico e social em que se encontram como também propor recomendações que possam minorar tais dificuldades.

Consiste-se em responder se os CDs têm perfil e formação adequada para diagnosticar as lesões pré-cancerígenas nas mais diferentes fases de seu desenvolvimento, principalmente na fase inicial, o que estaria diretamente proporcional aos baixos índices de diagnósticos e ausência de um banco de dados.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar os conhecimentos e atitudes dos cirurgiões dentistas – CDs, em relação ao diagnóstico do câncer bucal no município de Porto Velho no Estado de Rondônia.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o perfil profissiográfico e de conhecimentos das características clínicas e dos fatores de risco dos CDs cadastrados no CRO-RO atuantes no município de Porto Velho - RO.
- Avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre os sinais e sintomas do câncer bucal, no momento da anamnese.

1.2 Limitações do Estudo

De acordo com o Conselho Regional de Odontologia do Estado de Rondônia - CRO/RO, no município de Porto Velho atuam 395 dentistas. Dentre eles, foram escolhidos aleatoriamente os participantes da pesquisa respeitando-se o tamanho da amostra ($n = 36$).

Entretanto, muitos deles, não estavam realizando (efetivamente) atividades no município, o que era considerado como uma característica de exclusão do estudo, portanto, tiveram que ser desconsiderados/substituídos na fase de crítica dos dados.

Outro fator bastante relevante foi a dificuldade de comunicação com os CDs selecionados para amostra, uma vez que os questionários eram aplicados em seu próprio local de trabalho e na maioria das vezes tais profissionais estavam envolvidos em suas atividades cotidianas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O Câncer Bucal no Mundo

Segundo Sankaranarayanan *et al* (2005), o câncer bucal é o décimo primeiro câncer mais comum no mundo, com uma estimativa de 267.000 casos e 128.000 mortes, dois terços das quais é observada em países em desenvolvimento. A Índia é responsável por um terço dos casos no mundo. A incidência e a mortalidade por câncer oral estão crescendo em várias regiões da Europa, Japão e Austrália. Ele é considerado uma doença adequada para a detecção por inspeção visual da cavidade oral, em vista do fácil reconhecimento das lesões.

Segundo Bouda *et al.*, (2000), no sudeste da Ásia em algumas regiões da Índia, o câncer de boca é a neoplasia da moda, tendo como fator principal o hábito de mascar tabaco. E, de acordo com Sankaranarayanan *et al.*, 1989, é a neoplasia mais comum entre homens e a terceira entre mulheres no sudeste da Ásia, alimentado as estatísticas com cerca de 30% dos casos (ANTONIADES *et al.*, 1995).

Dados da International Agency of Research on Cancer – IRCA (1992), taxas consideradas altíssimas de incidência padronizadas pela população mundial para o câncer bucal, entre homens, no período 1983 a 1987, foram observadas em Calvados, na França 13,4 para cada 100.000 habitantes. Enquanto que para o sexo feminino, no mesmo período, foram registradas em Bangalore e Madras, na Índia (9,6 e 8,3 para cada 100.000 habitantes) respectivamente.

Segundo Ferley *et al.*, (1998), em relação ao quesito mortalidade, o câncer de bucal apresentou, nos homens, taxas padronizadas com variação por idade entre 0,3 por 100.000 no Congo - Brazzaville e assustadoramente 28,6 por 100.000 em Papua - Nova Guiné. Ainda segundo Ferley *et al*, não menos assustador, no sexo feminino, as taxas apresentaram variação de 0,1 por cada 100.000 habitantes em Gâmbia e, variação de 17,4 por cada 100.000 habitantes em Papua - Nova Guiné

Taxas de mortalidade correlacionadas com idade foram bastante elevadas em alguns países europeus como França, Suécia, Luxemburgo e Itália. Um fato *sui generis*, foi detectado no norte da Itália, no qual foram observadas diferenças

regionais importantes, onde a taxa de mortalidade foi duas vezes maior do que aquela observada nas demais regiões (FRANCHESCHI *et al.*, 2000).

O câncer bucal de acordo com Langdon (1995) é um problema de saúde no mundo como um todo. E, na parte ocidental, onde se apresenta altas taxas de incidência, com registros fidedignos e, mesmo com esforços das organizações de saúde não declinam, contribuindo para diminuição cada vez mais da sobrevivência dos pacientes.

Com o objetivo de comparar o conhecimento sobre o câncer oral e questões conexas (Greenwood e Lowry (2001) realizaram um estudo através de um questionário para uma amostra de 420 profissionais. Essa amostra era composta de 50% de médicos e a outra metade dentistas. O estudo versava sobre os cuidados médicos primários e o conhecimento do câncer bucal no Nordeste da Inglaterra e a conclusão foi a seguinte: embora o conhecimento de ambos os grupos fosse bom, existiam algumas discrepâncias a respeito dos fatores de risco e das características clínicas.

Goud *et al* (1990), correlacionam o câncer bucal com o hábito de mascar (mastigar) tabaco. Segundo eles, os cânceres bucais na Índia e em algumas partes do subcontinente indiano são causados principalmente, pelo hábito de mastigar tabaco. O estudo mostrou uma associação significativa entre o uso de tabaco e câncer bucal. O número de *quids*¹ tinha dose e o efeito direto nas relações de causalidade cancro oral. Foi observado que uma dose de 10 gramas de tabaco mastigada cerca de 30 anos, teriam produzido lesões cancerígenas na cavidade bucal.

2.2 O Câncer Bucal no Brasil

O câncer bucal no Brasil é uma doença de altos índices de prevalência. Encontra-se no ranking nacional como a oitava neoplasia mais prevalente. Este quadro se complica em algumas regiões chegando a atingir segundo lugar na região anatômica de incidência do câncer (Oliveira & Odell, 2000; Kowalski & Nishimoto, 2000; Hayassy, 1998; Dib, 1997; Almeida e Lopes, 1997). Por exemplo, no estado de São Paulo que contribuiu com 3.960 casos (INCA, 2007) nos 36.340, o que

¹ Significa a quantidade de tabaco e duração média de mantê-lo na boca

corresponde a quase 10,89% casos nacionais. Quadro análogo encontra-se somente na Índia e na antiga Tchecoslováquia.

Essa neoplasia ocorre em ambos os gêneros, embora as mulheres apresentem 4 vezes mais casos que os homens. Elas contribuem com 176 novos casos em cada 100 mil mulheres contra 42 para o mesmo grupo de homens. Óbitos de mulheres em consequência do câncer bucal aumentaram em 50% apenas nos últimos três anos. Adolescentes também apresentam índices de crescimento de incidência da doença.

No ano de 2003, de acordo com dados do Ministério da Saúde, o câncer bucal foi o mais incidente entre os demais, ocupando 4º lugar entre os tipos de cânceres e, está entre as principais causa de morbimortalidade por neoplasias, uma vez que mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença, (BRASIL, MS, INCA, 2003).

Dados do INCA do ano de 2005 sobre o câncer de boca no Brasil classificaram essa neoplasia como a oitava mais freqüente entre os homens e a nona entre as mulheres (BRASIL, MS, INCA, 2005). E, segundo Wünsch (2002), as taxas de incidência na cidade de São Paulo são as mais elevadas entre as cidades brasileiras.

A Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, em parceria com todos os Municípios do Estado, realizou juntamente com a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso a Campanha de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal no período de 2005 a 2007, onde, os CDs de todos os municípios mobilizaram-se para examinar a boca dos idosos.

Em 2005, nos 317 municípios cadastrados na Campanha foram examinados 253.648 idosos, realizadas 844 biopsias com 53 casos confirmados.

Em 2006, dos 508 municípios cadastrados na campanha foram examinados 360.760 idosos, realizadas 1964 biopsias com 72 casos confirmados.

Já em 2007, dos 549 municípios cadastrados na campanha foram examinados 435971 idosos, realizadas 1759 biopsias com 54 casos confirmados.

Em pesquisa de mestrado realizada na Faculdade de Odontologia da USP

Vasconcelos (2008), concluiu que os cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo estão despreparados para a prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. Segundo Vasconcelos (2008), a falta de preparo desses profissionais faz com que a maioria dos diagnósticos de câncer bucal seja feita nos estágios avançados da doença. Afirmou ainda que, São Paulo é a cidade que possui as maiores taxas de incidência nacionais.

O câncer bucal afeta os tecidos moles da boca, como bochecha, língua, gengiva, palato duro e assoalho da boca, e pode ser visível e plenamente evitável e curável em estágios iniciais. A doença se desenvolve a partir de feridas, em alguns casos, de placas brancas e, em menor número, de manchas vermelhas. Vasconcelos afirmou ainda que, o diagnóstico é simples, não só pelo fato de ocorrer em uma área de fácil acesso (a boca), mas também por não requerer tecnologia e nem técnicas apuradas.

Pessoas com mais de 40 anos, fumantes, que consomem bebidas alcoólicas em baixas quantidades, mas por um longo período (etilistas crônicos) e que já estiveram por muitos anos expostas diretamente à radiação solar, são mais suscetíveis ao desenvolvimento desse tipo de câncer.

Para a pesquisa, a autor Vasconcelos enviou 885 questionários aos cirurgiões-dentistas das 286 unidades básicas de saúde (UBS) de São Paulo. Mas apenas 282 profissionais aceitaram participar da pesquisa e responderam integralmente o questionário – uma taxa de resposta de 32%. Os CDs eram, na maioria, do sexo feminino, com mais de 20 anos de graduação, formação generalista e possuíam outros vínculos empregatícios.

Os questionários visaram à identificação do perfil profissional e avaliação do comportamento e do conhecimento quanto à prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal. As perguntas também buscaram identificar as percepções dos CDs a respeito do seu conhecimento sobre enfermidade, os recursos físicos das UBS, as práticas profissionais e se havia uma educação continuada deles. A avaliação do conhecimento era feita atribuindo-se pontos às alternativas assinaladas corretamente. Os resultados foram organizados em um banco de dados por intermédio de um software.

Apesar de os cirurgiões-dentistas apresentarem uma percepção positiva acerca de suas práticas profissionais e do conhecimento da doença, foi constatado um baixo grau de conhecimento dos fatores de risco e das condições bucais

relacionadas à possível evolução para o câncer bucal. “Apenas um dos 282 entrevistados acertou todas as perguntas referentes ao conhecimento da doença”, afirma o pesquisador. Ainda segundo Vasconcelos, a maioria dos participantes expôs limitações relevantes quanto às práticas de apoio a parar de fumar e consumir álcool e às aptidões para executarem citologia esfoliativa e biópsia, exames importantes capazes de detectar a doença. Além disso, mais de 70% disseram que as UBS em que trabalham não possuem condições físicas e materiais para a realização desses exames.

Vasconcelos observa que; pelo fato de somente uma fração dos profissionais se dispôs a responder o questionário, concluindo que o quadro é possivelmente mais grave do que o que se tem conhecimento.

2.2.1 Sintomatologia

Segundo o INCA, o câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua oral e assoalho da boca). O câncer de lábio é mais freqüente em pessoas brancas, e registra maior ocorrência no lábio inferior em relação ao superior. O câncer em outras regiões da boca acomete principalmente tabagistas e os riscos aumentam quando o tabagista é também alcoólatra.

O principal sintoma deste tipo de câncer é o aparecimento de feridas na boca que não cicatrizam em uma semana.

Outros sintomas são ulcerações superficiais, com menos de 2 cm de diâmetro, indolores (podendo sangrar ou não) e manchas esbranquiçadas ou avermelhadas nos lábios ou na mucosa bucal. Dificuldade para falar, mastigar e engolir, além de emagrecimento acentuado, dor e presença de linfadenomegalia cervical (caroço no pescoço) são sinais de câncer de boca em seu estado avançado.

Segundo Melrose (1998) os sintomas do câncer bucal já são apresentados por uma parcela considerável dos pacientes num primeiro diagnóstico e questiona a não diminuição dos casos de óbitos por esta neoplasia. Questiona ainda o porquê do fracasso da Odontologia no que diz respeito a esses números, mesmo tendo conhecimentos sobre a doença.

Para Bercht (1998) as lesões primárias do câncer bucal são de fácil detecção, pois se localizam na maioria das vezes na região epitelial de revestimento da cavidade bucal, o que no seu entendimento, facilita o auto exame ou o exame clínico sem necessidade de equipamentos sofisticados e clínicas especializadas.

Segundo Hayssay (1998), o Brasil apresenta ainda uma altíssima taxa de morbi-mortalidade e concorda com Parajara (2000); Chinellato et al. (1995) e Mendonça et al. (1998) no sentido de que a minoria dos casos é diagnosticada num estado conhecido como *in situ*².

2.2.2 Os fatores de Risco

Entre os fatores causais da carcinogênese bucal existem os de risco determinante, capazes de causar lesão no DNA, como os fatores biológicos, comportamentais e psicossociais e, os fatores causais que não resultam na carcinogênese bucal, como a higiene bucal deficiente, embora associada circunstancialmente, contribui com a mesma.

Segundo Hamada et al., (1991), o álcool e o tabaco seriam responsáveis por níveis de incidência de câncer bucal no Brasil comparáveis aos da Índia, país em que o risco mais elevado tem sido apontado como associado ao hábito de mascar tabaco.

Ao abordar criticamente os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal, Melo et al., (2005) reafirmam a evidente atuação sinérgica do tabaco e álcool como fatores de risco, sendo essa atuação dose-dependente.

A neoplasia maligna mais comum da cavidade bucal com percentual de cerca de 90 a 95% dos cânceres é o carcinoma epidermóide. É assim denominada, por ter origem, início, em tecidos epiteliais como pele ou mucosas, podendo ser chamado também de carcinoma espinocelular ou carcinoma de células escamosas, (OMS – FIOCRUZ, 2004).

² Estado ideal para cura/tratamento da lesão cancerígena.

As áreas mais freqüentemente acometidas por essa enfermidade são: o lábio inferior, a língua, o assoalho da boca, podendo ocorrer ainda, no palato, nas glândulas salivares, nas amídalas e na orofaringe.

Dentre todos os fatores de risco, o álcool e o tabaco têm um papel importante na etiologia do câncer de bucal. Não obstante, outros fatores causadores direto/indiretamente do desenvolvimento de tumores na cavidade bucal ou em algum de suas regiões anatômicas em particular, são mencionados na literatura temática.

Pesquisas feitas por Franco et al. (1989) correlacionaram o câncer de boca e outras variáveis como: hábitos de higiene, exposições domésticas, tabagismo, consumo de álcool e dieta alimentar. Foi observada, uma associação entre câncer bucal e a utilização do forno/fogão a lenha, concatenado com o consumo de álcool e tabaco; a maior freqüência foi para o câncer de língua. Também foi observada uma redução nos riscos com o hábito do consumo de alimentos ricos em pró-caroteno e de frutos cítricos. Um considerável aumento do risco para o câncer de língua está na concatenação de fumo e álcool com o consumo periódico (de pelo uma vez por semana) de churrasco concatenado com mandioca.

2.2.3 Epidemiologia

Segundo Ferley et al., (1998), o câncer bucal está entre os dez tipos de câncer de maior ocorrência, mesmo levando-se em consideração a exclusão do câncer de lábio, pelo fato de que sua face externa (do lábio) se encontrar exposta a fatores externos, tendo como um desses fatores principais à exposição ao sol (Gunnarskog et al., 1995).

As regiões anatômicas consideradas na maioria dos estudos epidemiológicos sobre câncer bucal são: bochecha, gengiva, assoalho da boca, e palato, (Blot et al., 1996).

Segundo dados do MS – INCA (1995), no Brasil, o câncer de boca apresentou entre homens taxas de incidência padronizadas para este sexo variam entre 5,7 por 100.000 habitantes em Belém - PA (1989) e 2,9 por 100.000 em Fortaleza - CE (1985), enquanto no sexo feminino, variaram entre 5,7 por 100.000 em Fortaleza

(1985) e 0,3 por 100.000 em Porto Alegre - RS (1991). Para a cidade de Porto Velho – RO não foram apresentados dados.

Para o ano de 2001, estimava-se que ocorreriam 10.565 casos novos de câncer de boca no Brasil, sendo 7.940 no sexo masculino e 2.625 no sexo feminino (Ministério da Saúde/INCA, 2001). Esses números colocam o câncer de boca como a quinta localização anatômica mais freqüente no sexo masculino e a oitava no sexo feminino.

Bosetti et al. (2000) realizaram estudos caso-controle multicêntricos de base hospitalar, na Suíça e na Itália, nos anos de 1984 a 1997, contemplando 195 casos de neoplasia bucal e faringe em pessoas do sexo feminino e 1113 controles. Esse estudo analisou a associação do câncer bucal com outros de fatores de risco. Foram feitas as seguintes correlações: educação, índice de massa corporal e consumo de álcool e tabaco. Como resultado, foi observado um efeito protetor quando no consumo de vegetais verdes, frutas frescas e vegetais que possuem porções de beta - caroteno.

Dados do MS - DATASUS (2001) mostram que as taxas brutas de mortalidade por tipo de câncer de boca, no Brasil, mantiveram-se estatisticamente constantes nos anos de 1996 a 1998, com freqüência absoluta de cerca de 2 para cada 100.000 habitantes.

O MS - INCA (2001) estimava que no Brasil, ocorreriam, 3.225 óbitos causados pelo câncer bucal, sendo 2.565 mortes em homens e 660 em mulheres, colocando tal neoplasia dentro das estatísticas no sexto e oitavo lugares, para os sexos masculino e feminino respectivamente.

2.2.4 O diagnóstico precoce e o tratamento

A importância do diagnóstico precoce, segundo a *American Cancer Society*, é fundamental na medida em que os índices de sobrevivência são em média de cinco (5) anos e, variam em torno de 59% a 17% quando as lesões variam de 1,5 cm e 3,0 cm de diâmetro máximo respectivamente. Portanto, o papel do cirurgião-dentista (CD) na detecção e prevenção do câncer bucal é primordial, uma vez que ele tem acesso direto ao meio bucal de seus pacientes, o que favorece a identificação de

lesões suspeitas em seus estágios iniciais.

Ratificando essa afirmação, Loro (1987) e Kerr e Cruz (2002) ressaltam a importância do CD no diagnóstico precoce do câncer de cavidade bucal e o quanto os mesmos são decisivos para um bom prognóstico e sucesso do tratamento.

Segundo o INCA, os homens com mais de 40 anos de idade, que apresentam lesões nos dentes, fumantes e portadores de próteses mal-ajustadas devem evitar o fumo e o álcool, promover a higiene bucal, ter os dentes tratados e fazer uma consulta odontológica de controle a cada ano. Recomenda ainda, uma dieta saudável, rica em frutas e vegetais.

Para o câncer de lábio recomenda-se a não exposição solar entre determinados períodos do dia, bem como o uso adequado de protetor solar. O combate ao tabagismo é igualmente importante na prevenção deste tipo de câncer. Deve-se considerar sua realização anual por profissional médico ou dentista, para indivíduos com alto risco para câncer de boca.

2.2.5 O cirurgião dentista (CD)

Por ser o sujeito da atenção básica em saúde bucal o CD deve estar apto a atuar tanto na assistência, desenvolvida na Unidade de Saúde (pública ou privada), como nas ações coletivas e intersetoriais, sempre com o conhecimento do perfil epidemiológico da população sob sua responsabilidade.

Na assistência, no ato do exame e diagnóstico, o cirurgião dentista precisa conhecer as estruturas anatomo - fisiológicas, as patologias bucais, bem como, os hábitos e costumes dos usuários para diagnosticar e tratar as possíveis enfermidades que por ventura venha acometê-los.

Entretanto, ainda se observa um número crescente de pacientes que chegam aos serviços de saúde em estágio avançado da doença, ou seja, 60% em estágios avançados ou irreversíveis. Fato esse, que dificulta a terapêutica, ocasionando a sobrevivência desfigurada, disfunção e trauma psicológico, interferindo desta forma na qualidade de vida do indivíduo.

As ilustrações abaixo (Figuras de 1-4) ilustram quatro tais situações.



Figura 1: Lesão precursora do câncer - Leucoplasia

Fonte:orientaçõesmedicas.com.br



Figura 2: Câncer de lábio

Fonte:orientaçõesmedicas.com.br



Figura 3: início do câncer oral

Fonte: <http://www.artenosite.com.br>

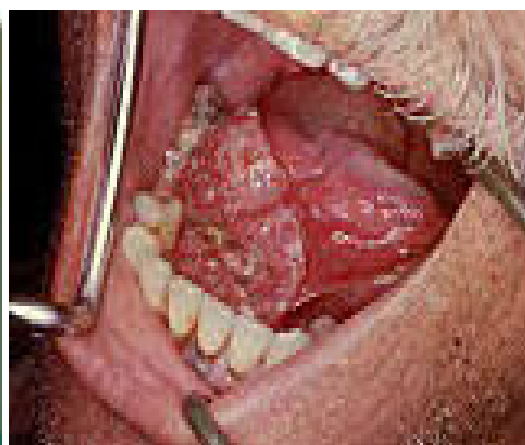


Figura 4: Câncer de língua

Fonte:orientaçõesmedicas.com.br

Diante do exposto, faz-se necessário uma reflexão sobre o perfil formação e capacitação dos CDs para o diagnóstico do câncer bucal.

Para almejem-se menores taxas de prevalência e incidência dessa enfermidade, o profissional da saúde bucal deve estar apto para o diagnóstico e prevenção da mesma.

2.3 O câncer bucal em Porto Velho – RO

De acordo o INCA, as estimativas para o ano de 2008 das taxas brutas de incidência por 100 Mil e de número de novos casos de câncer oral, na população masculina no estado de Rondônia é 30 casos o que corresponde a uma taxa bruta de 3,65 num universo de 790 casos de câncer estimados. Para o município de Porto Velho, a estimativa é abaixo de 15 casos com uma taxa bruta de 7,06 num universo de 330 casos (BRASIL, MS, INCA, 2008).

Dados também do INCA indicam ainda estimativas para o ano de 2008 das taxas brutas por incidência por 100 Mil e de número de novos casos de câncer oral, na população feminina no estado de Rondônia de menos de 15 casos com uma taxa bruta de 1,61 num universo de 760 casos de câncer estimados. Para o município de Porto Velho, também são estimados menos de 15 casos e uma taxa bruta de 0,51 num universo de 380 casos (BRASIL, MS, INCA, 2008).

Em consulta aos dados epidemiológicos das Secretarias de Saúde nas esferas estadual e municipal, constatou-se a baixa incidência do câncer bucal na população, em comparação a estudos feitos em outros Municípios da Federação. Tal variável, somada a ausência de um banco de dados, fomentou uma reflexão sobre as razões que contribuem para esse evento. Tal fato foi à motivação principal do presente trabalho.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Caracterização do Estudo

Este trabalho caracterizou-se, em relação aos seus objetivos, objetos e forma de estudo, como sendo uma pesquisa de campo, prática e de caráter descritivo. Isto porque, avaliou o perfil profissiográfico, os conhecimentos e as atitudes dos cirurgiões-dentistas em relação ao diagnóstico do câncer bucal no Município de Porto Velho no Estado de Rondônia, no ano de 2007, por meio da coleta de dados através de questionários, de forma a observar, registrar, analisar e interpretar uma realidade.

3.2 Local da Pesquisa e População

A pesquisa foi realizada com um universo de 395 cirurgiões dentistas atuantes no município. A população foi estatisticamente considerada como sendo o total de cirurgiões dentistas devidamente credenciados no Conselho Regional de Odontologia de Rondônia (CRO/RO) que exercem suas atividades no referido município. Foram entrevistados 36 cirurgiões dentistas (Seção 3.3) respeitando-se os critérios de exclusão.

Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão/exclusão:

- ✓ Estar devidamente inscrito no CRO-RO, com as exigências que essa instituição estabelece em seus regimentos internos;
- ✓ Estar realizando atividades profissionais regulares na área de odontologia no município de Porto Velho - RO.

3.3 Amostra

Partindo de uma população consideravelmente grande, que muito dificilmente seria recenseada, optou-se por realizar uma amostragem da população, não apenas por ser operacionalmente mais simples, mas também pela possibilidade de se obter um resultado estatisticamente aceitável. Isso é observado porque numerosas

questões, dificuldades de localização de pessoas entre outros são mais bem controlados em grupos menores. (Pereira, 2006).

Os indivíduos que compuseram a amostra foram denominados unidades de observação. As unidades de observação costumam ser selecionada aleatoriamente, isto é, por algum método orientado somente pelo acaso, entre todos os indivíduos pertencentes a uma população. Utilizou-se neste trabalho o método indutivo, onde, utiliza-se a indução

Optou-se por utilizar amostras aleatórias, também denominadas amostras casuais, probabilísticas, estatísticas ou ao acaso. Geralmente essas amostras são utilizadas quando se deseja determinar as características de uma população, quando se examina um número reduzido de unidades. (Pereira, 2006).

Na pesquisa, dentre a população de 395 cirurgiões dentistas inscritos no Conselho Regional de Odontologia (CRO/RO, 2007), foram selecionados 36 dentistas.

O critério de amostragem junto aos entrevistados foi acidental, tendo como base cálculos estatísticos de técnicas de amostragem e margem de erro de 2% obtidos a partir das informações dos dentistas credenciados junto ao CRO-RO, baseado na fórmula fornecida por Fonseca e Martins (1996):

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{d^2(N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Onde:

N = tamanho da população

n = tamanho da amostra

Z = abscissa da normal padrão

p = estimativa da verdadeira proporção de um dos níveis da variável escolhida

q = 1- p

d = erro amostral, expresso em decimais.

Calculando o valor de n, tem-se:

$$n = \frac{2,57^2 \times 0,04 \times 0,06 \times 395}{0,02^2 \times 394 + 2,57^2 \times 0,04 \times 0,06} = 36.099 \cong 36.$$

3.4 A Coleta de Dados

Por se tratar de uma pesquisa que entre outras características configura-se como sendo descritiva e de campo, foi realizada uma coleta de dados por meio de um instrumento de pesquisa que foi aplicado ao número de cirurgiões dentistas definido pelo cálculo amostral.

3.4.1 O Instrumento de pesquisa

O instrumento foi composto por um questionário composto por 36 perguntas de múltipla escolha, e juntamente com esse, um documento explicando a natureza da pesquisa, objetivos e meios de contato com a pesquisadora e o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO – A).

Um questionário deve ter, entre outras características, clareza, inteligibilidade, sem viés, ético, lógico e capaz de conter todas as respostas. Dessa forma, o questionário buscou ser o mais fiel a esses parâmetros, além de ser voltado para o público que deveria ser atingido, com as informações que seriam úteis à pesquisa.

De forma a facilitar não apenas para o respondente, como também a tabulação dos dados, as perguntas do questionário foram divididas nos seguintes temáticas:

- a) Características gerais dos participantes: idade, gênero e tempo de graduado.
- b) Conhecimento das características clínicas, sinais e sintomas, da ocorrência do câncer na boca: tipo mais comum de câncer de boca, região anatômica mais freqüente, sintomatologia, faixa etária de maior ocorrência, metástase regional, estágio no diagnóstico e lesão precursora.
- c) Conhecimento sobre os fatores de risco do câncer bucal.

3.5 Procedimentos

Após o cálculo da amostra, os elementos da pesquisa foram selecionados dentro da população fornecida pelo CRO-RO por meio de sorteio. Os questionários, por ser de rápida resolução, foram aplicados no próprio local de trabalho dos profissionais. No caso do cirurgião dentista selecionado não preencher o critério de inclusão de desenvolver atividades regulares no município, ele era substituído, novamente por sorteio por outro cirurgião que fizesse parte da população.

3.6 Análise dos Resultados

Após a aplicação dos questionários, os dados foram tabulados no Epi Info, versão 3.4.3. Este programa é utilizado em microcomputador e de domínio público; foi desenvolvido pelo CDC (*Center for Diseases Control*) dos Estados Unidos. Permite criar questionários, alimentar banco de dados, realizar análise estatística de dados; validação da entrada dos dados (programa validade), estabelecer critérios para a entrada de dados (programa check). Possibilita realizar análise de dados epidemiológicos, inclusive com dados oriundos de planos amostrais complexos, construir tabelas de freqüência, gráficos e mapas.

Num segundo momento, os dados foram organizados em listagem de respostas, gráficos e tabelas de modo que a sua visualização e análise fossem facilitadas. Dos valores numéricos como as notas das avaliações dos dentistas, foi calculada média, mediana, moda, desvio-padrão e variância.

Para facilitar o entendimento do leitor far-se-á uma breve definição dos termos estatísticos utilizados no decorrer do trabalho: quando colocados todos os valores obtidos em ordem crescente, pode-se determinar um “valor que divide a amostra, ou população, em duas partes iguais” (Fonseca e Martins, 1996). A esse valor denomina-se de **mediana**. Ainda segundo Fonseca e Martins, pode-se calcular uma outra medida de posição chamada **moda**, que se caracteriza como sendo o valor mais freqüente da distribuição.

Além disso, foram determinados os valores de variância de desvio-padrão. A **variância** é um valor que retrata a média aritmética dos quadrados dos desvios dos elementos da amostra em relação à média amostral. É a medida de dispersão mais

utilizada, é considerado o desvio em relação à média, mas ao invés de se utilizar os valores absolutos das discrepâncias, ou desvios, calcula-se os quadrados desses (TOLEDO E OVALLE, 1991).

A análise de cada questionário foi dividida em duas partes: a primeira para tabular e organizar as respostas das perguntas que não faziam parte da avaliação do conhecimento dos dentistas acerca do câncer bucal, mas que teria sua importância para entender a composição da amostra.

Já a segunda parte, consistiu na organização dos dados que pertenciam à avaliação dos dentistas. Para esta fase da análise dos dados foram utilizados os programas Epi Info e o Microsoft Excel. Foi atribuído um conceito a cada entrevistado de acordo com seus acertos, sendo o critério desse conceito é apresentado a seguir:

As questões foram separadas em 03 blocos, sendo atribuído a cada bloco um valor diferente.

BLOCO 1 (nota correspondente S1) – Valor total atribuído: 08 pontos

Esse bloco é composto de 06 perguntas referentes às características clínicas da ocorrência do câncer de boca (questões de 9-14), portanto, cada uma das questões vale 1,333 pontos. A nota obtida por cada cirurgião - dentista neste bloco será denominada no que segue por **S1**.

Nesse estudo, será atribuído maior valor neste bloco, pois o mesmo enfoca os aspectos clínicos do câncer de boca, os quais são importantes para que o cirurgião-dentista tenha condições de realizar diagnóstico dessa patologia em sua fase inicial.

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

BLOCO 2 (nota correspondente S2) – Valor total atribuído: 02 pontos

As questões referentes aos fatores de risco para o câncer bucal são as (questões de 18 - 31) e cada uma delas recebeu o valor 0,18182 ponto.

Esses fatores são importantes para a prevenção desta neoplasia e para o conhecimento, por parte dos dentistas, da situação do câncer bucal, no momento do diagnóstico. Como esse bloco é composto por 14 questões, atribuiu-se, a cada uma delas, o valor de 0,18 ponto, chegando-se desta forma ao valor total de 02 pontos.

Como no bloco 1, a nota obtida por cada cirurgião - dentista neste bloco será denominada no que segue por **S2**.

BLOCO 3 - Não se atribui valor

As questões que compõem esse bloco são as que relacionam com a prática clínica, educação continuada e características gerais dos participantes, correspondendo às seguintes questões: de 1 - 8, 15 - 17 e de 32 - 36. Não serão atribuídos valores às mesmas, pois não englobam aspectos que possam influenciar no conhecimento dos cirurgiões-dentistas.

Finalmente os valores de S1 e S2 foram somados, para compor a nota da avaliação global denominada no que segue de Soma Total (**ST**). Os valores de ST foram distribuídos em classes no formato de conceitos. Tais conceitos foram organizados segundo o seguinte critério:

- A** - para as notas no intervalo $10 \leq x \leq 8$;
- B** - para as notas no intervalo $8 < x \leq 6$;
- C** - para as notas no intervalo $6 < x \leq 4$;
- D** - para as notas no intervalo $4 < x \leq 2$;
- E** - para as notas no intervalo $2 < x \leq 0$.

3.7 Aspectos Éticos

O estudo seguiu os princípios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, o qual fornece diretrizes e normas para todo e qualquer tipo de pesquisa em saúde que envolve seres humanos (BRASIL, 1996).

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – FACIMED, no Município de Cacoal – RO, e obteve aprovação no dia 13 de Novembro de 2007 conforme Anexo C.

Também foi protocolizado no Conselho Regional de Odontologia - CRO/RO ofício solicitando a relação dos cirurgiões dentistas - CDs cadastrados no referido órgão. A solicitação foi recebida e, imediatamente atendida pela Dra. Sandra Menezes, presidente do conselho. No ato da pesquisa os CDs assinaram o termo consentimento e de livre esclarecido (ANEXO A).

4 RESULTADOS

4.1 Comportamento da amostra

Esta seção apresenta o comportamento dos dados da amostra, que visam caracterizar o comportamento em relação a características sócio-demográficas e o perfil profissiográfico dos cirurgiões dentistas que compuseram o estudo.

Essas informações são abordadas nas questões 1, 2 e 3, que contemplam respectivamente as variáveis: gênero, idade e tempo de graduado, as quais não têm valor dentro da pontuação atribuída ao conhecimento dos CDs acerca do diagnóstico de câncer bucal, mas que são importantes para o entendimento do presente perfil profissiográfico.

Em relação a variável **gênero**, a amostra possui maioria masculina, em torno de 54%, como é mostrado na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição de freqüência em relação ao gênero

Gênero	Freqüência	Percentual
Masculino	19	54,3
Feminino	16	45,7
Total	35	100

Em relação à variável idade, nota-se uma amostra predominantemente jovem, composta por 38,2% de adultos de 20 a 30 anos e 61,8% por indivíduos com idade igual ou inferior a 40 anos, conforme Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição da amostra em relação faixa etária

Idade	Freqüência	Percentual	Porcentagem acumulada
20 a 30 anos	13	38,2	38,2
31 a 40 anos	8	23,5	61,8
41 a 50 anos	10	29,4	91,2
51 a 60 anos	3	8,8	100

Aproximadamente 30% da amostra localizam-se na faixa dos 40 anos. Quando relaciona-se as variáveis, obtém-se a distribuição da amostra, que revela que, dentre as mulheres mais de 50% situam-se na faixa etária de 20 a 30 anos. Já

entre os homens, a distribuição foi mais uniforme em relação às faixas etárias do que na amostra feminina.

Tabela 3: Distribuição do Gênero e da Idade da amostra.

Gênero	20 a 30 anos	31 a 40 anos	41 a 50 anos	51 a 60 anos	Total
Feminino	8	2	5	0	15
Linha %	53,3	13,3	33,3	0,0	100,0
Col %	61,5	25,0	50,0	0,0	44,1
Masculino	5	6	5	3	19
Linha %	26,3	31,6	26,3	15,8	100,0
Col %	38,5	75,0	50,0	100,0	55,9
Total	13	8	10	3	34

Observação: Em diversas tabelas apresentadas a posteriori e, como é o caso da tabela 3, o número $n = 36$, aparece $n = 34$ ou $n = 35$ e até em um caso $n = 33$. Tal fato se deve a eficiência do software que, na fase de crítica dos dados, elimina os dados estranhos, ou seja, uma questão ou mais questões que o respondente deixou de responder ou respondeu diferente das delimitações da variável.

Em relação ao **tempo de graduado**, a análise estatística demonstra que proporcionalmente que a maioria da amostra tem de 2 a 10 anos de formado, o que corresponde a 44,4% e que em porcentagem acumulada representa 63,8% dos profissionais. A Tabela 4 dá suporte a tal análise.

Tabela 4: Distribuição da amostra em relação ao tempo de graduado.

Tempo de graduado	Freqüência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Até 2 anos	07	19,4%	19,4
2 a 10 anos	16	44,4%	63,8
10 a 20 anos	03	8,3%	72,2
Mais de 20 anos	10	27,8%	100

Relacionando as variáveis, tempo de graduado e gênero, obtivemos que, a maioria dos profissionais tinha de 2 a 10 anos de formados, representados respectivamente por 43,8% de mulheres e 47,5% de homens. Entre os profissionais mais veteranos, com mais de 20 anos de formado, e os profissionais recém formados, com menos de 2 anos, as freqüências de homens e mulheres foram exatamente iguais a 5 e 3 respectivamente.

A proporção de homens e mulheres dentro de cada classe da variável tempo de formado teve divergência apenas entre os profissionais com 10 a 20 anos de formado, e de 2 a 10 anos de formado, onde, houve predomínio masculino, tal como demonstra a Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição da amostra em relação ao sexo e tempo de formação

Tempo de formado	Feminino	Masculino	TOTAL
10 a 20 anos	1	2	3
Linha %	33,3	66,7	100,0
Col %	6,3	10,5	8,6
2 a 10 anos	7	9	16
Linha %	43,8	56,3	100,0
Col %	43,8	47,4	45,7
Até 2 anos	3	3	6
Linha %	50,0	50,0	100,0
Col %	18,8	15,8	17,1
Mais de 20 anos	5	5	10
Linha %	50,0	50,0	100,0
Col %	31,3	26,3	28,6
Total	16	19	34

4.2 Conduta Profissional relacionada ao Câncer Bucal

A conduta profissional em questões relacionadas ao câncer bucal foi avaliada nas questões de números 5, 6, 7, e 8, que contemplam respectivamente:

- A primeira consulta e a atitude de realização do exame para detectar lesões nos tecidos moles;
- Conhecimentos e atitudes na realização do exame;
- Aspectos relacionados a realização dos exames: sondagens nos elementos dentários ou inspeção e sondagens nas estruturas dentais ou focalização de atenção nas queixas do paciente ou, realização de anamnese e inspeção nos tecidos moles e duros da cavidade bucal, glângios e linfonodos;
- O procedimento de encaminhamento ao detectar uma lesão.

Em tais questões, foram abordados aspectos tais como o exame de localização de lesões e procedimentos de encaminhamento de pacientes com casos de suspeita de malignidade.

Quando questionados se realizava exame procurando identificar lesões bucais em tecidos moles, a maioria afirmou que sim.

Quando relaciona-se o tempo de graduado com a prática ou não do exame de

identificação de lesões, obtivemos que dentre os que não realizavam o exame, a maioria tinha de 2 a 10 anos de formado, tal como nos demonstra a seguinte tabela.

Tabela 6: Distribuição da amostra segundo o Tempo de formado e a prática do Exame de identificação de lesões bucais.

Tempo de graduado	Não	Sim	TOTAL
10 a 20 anos	0	3	3
Linha %	0,0	100,0	100,0
Col %	0,0	10,0	8,3
2 a 10 anos	4	12	16
Linha %	25,0	75,0	100,0
Col %	66,7	40,0	44,4
Até 2 anos	0	7	7
Linha %	0,0	100,0	100,0
Col %	0,0	23,3	19,4
Mais de 20 anos	2	8	10
Linha %	20,0	80,0	100,0
Col %	33,3	26,7	27,8

Em relação à maneira como os profissionais realizam o exame, a maioria com aproximadamente 67% declarou que realiza a anamnese, inspeção dos tecidos duros e moles da cavidade bucal e gânglios e linfonodos.

Tabela 7: Como é realizado o exame bucal pelos dentistas pesquisados.

Se realiza, como realiza os exames?	Frequência	Porcentagem
Focaliza as suas atenções para a queixa do paciente	04	12,1%
Inspeção e sondagem dos elementos dentais	03	9,1%
Realiza anamnese, inspeção nos tecidos duros e moles da cavidade bucal e gânglios e linfonodos	22	66,7%
Sondagem nos elementos dentários	4	12,1%
Total	33	100,0%

Quando questionados em relação ao encaminhamento dado ao paciente no caso de existência de lesões bucais em tecidos moles com suspeita de malignidade, a maioria dos entrevistados, com representação percentual de 50%, afirmaram encaminhar o caso para um dentista especializado em estomatologia, seguido de 22% dos dentistas que afirmam encaminhar o caso para uma faculdade de odontologia. Tais dados são observados na Tabela 8.

Tabela 8: Encaminhamento no caso de suspeita de malignidade.

Quando você encontra lesões bucais em tecidos moles suspeitas de malignidade, como você encaminha o caso?	Freqüência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Dentista especialista em estomatologia	18	50,0%	50,0%
Eu mesmo realizo os procedimentos diagnósticos	03	8,3%	58,3%
Faculdade de odontologia	08	22,2%	80,6%
Hospital especializado	01	2,8%	83,3%
Médico	05	13,9%	97,2%
Não sendo a queixa principal do paciente, espero até que o mesmo se manifeste, pedindo orientação	01	2,8%	100,0%
Total	36	100,0%	100,0%

Quando correlacionamos o tempo de formação e o tipo de encaminhamento dado ao paciente, observa-se que a conduta de encaminhamento ao dentista especialista em estomatologia é uma prática mais freqüente no grupo que se formou há cerca de 2 a 10 anos, conforme demonstra a Tabela 9.

Tabela 9: Relação entre tempo de formado e tipo de encaminhamento dado no caso de suspeita de malignidade.

Tempo de formado	Dentista especialista em estomatologia	Eu mesmo realizo os procedimentos diagnósticos	Faculdade de odontologia	Hospital especializado	Médico	Não sendo a queixa do paciente, esperar-se.	TOTAL
10 a 20 anos	0	0	2	1	0	0	3
Linha %	0,0	0,0	66,7	33,3	0,0	0,0	100,0
Col %	0,0	0,0	25,0	100,0	0,0	0,0	8,3
2 a 10 anos	10	2	2	0	2	0	16
Linha %	62,5	12,5	12,5	0,0	12,5	0,0	100,0
Col %	55,6	66,7	25,0	0,0	40,0	0,0	44,4
Até 2 anos	3	1	2	0	1	0	7
Linha %	42,9	14,3	28,6	0,0	14,3	0,0	100,0
Col %	16,7	33,3	25,0	0,0	20,0	0,0	19,4
Mais de 20 anos	5	0	2	0	2	1	10
Linha %	50,0	0,0	20,0	0,0	20,0	10,0	100,0
Col %	27,8	0,0	25,0	0,0	40,0	100,0	27,8

Fazendo-se uma análise do perfil profissiográfico dos cirurgiões dentistas - CDs segundo suas respostas às questões 5, 6, 7 e 8, a acerca de seu próprio conhecimento sobre o câncer bucal com o conceito efetivamente recebido com a avaliação global temos que, dos que se auto-avaliaram com conceito "B", a maioria obteve conceitos B e C. Dos que se auto-avaliaram como "A" obtiveram conceito D, e finalmente, os que se auto-avaliaram como C (regular), a maioria obteve conceito C.

4.3 Avaliação do conhecimento do cirurgião-dentista acerca de características clínicas e fatores de risco do câncer bucal.

Para a avaliação do conhecimento do cirurgião - dentista, foram utilizados os Blocos 1 e 2 (**seção 3.6**), que representam respectivamente as características clínicas e os fatores de risco acerca do câncer bucal.

4.3.1 Conceitos obtidos no Bloco 1 (S1)

No Bloco 1, de uma avaliação de 0 a 8, os dentistas obtiveram média de 3,7028, sendo que a maior nota obtida corresponde a 6,665 e a menor nota obtida corresponde a 1,333, apresentando uma amplitude de 5,332. A mediana e a moda obtidas coincidiram com o valor de 3,999. Já a variância e o desvio-padrão obtido foram respectivamente, 2,2451 e 1,4984.

As distribuições das notas em freqüências, percentuais e porcentagens acumuladas encontram-se descritas na Tabela 10.

Tabela 10: S1 - Valores obtidos no Bloco 1, em percentual e freqüência.

S1	Freqüência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
1,333	05	13,9%	13,9%
2,666	10	27,8%	41,7%
3,999	11	30,6%	72,2%
5,332	08	22,2%	94,4%
6,665	02	5,6%	100,0%

Correlacionando-se as notas obtidas em S1 com o tempo de formação de cada profissional obtivemos os seguintes valores: os profissionais com até 2 anos de formado, obtiveram em sua maioria nota igual a 2,666, uma nota que situa-se abaixo da média das notas obtidas pelos dentistas pesquisados na avaliação do Bloco 01. Já os profissionais com tempo de formação compreendido entre 02 e 10 anos, obtiveram em sua maioria (31,3 %) nota igual a 3,999, seguidos de 25%, dos de 10 a 20 anos de graduado, que obtiveram nota igual a 5,332. Dentre os profissionais com mais de 20 anos de formado, a maioria obteve nota igual a 3,999, acima da média obtida por todos os profissionais.

Tabela 11: Relação entre as notas obtida no Bloco 1 (S1) e o tempo de formado

Tempo de formado	1,333	2,666	3,999	5,332	6,665	TOTAL
10 a 20 anos	0	1	1	1	0	3
Linha %	0,0	33,3	33,3	33,3	0,0	100,0
Col %	0,0	10,0	9,1	12,5	0,0	8,3
2 a 10 anos	3	3	5	4	1	16
Linha %	18,8	18,8	31,3	25,0	6,3	100,0
Col %	60,0	30,0	45,5	50,0	50,0	44,4
Até 2 anos	1	3	1	1	1	7
Linha %	14,3	42,9	14,3	14,3	14,3	100,0
Col %	20,0	30,0	9,1	12,5	50,0	19,4
Mais de 20 anos	1	3	4	2	0	10
Linha %	10,0	30,0	40,0	20,0	0,0	100,0
Col %	20,0	30,0	36,4	25,0	0,0	27,8
TOTAL	5	10	11	8	2	36
Linha %	13,9	27,8	30,6	22,2	5,6	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

No Bloco 01, quando questionados qual o câncer mais comum na boca, aproximadamente 53% responderam corretamente a pergunta como sendo carcinoma. Quando questionado qual a região anatômica mais freqüente para o câncer bucal, aproximadamente 16% responderam corretamente a pergunta, como sendo a língua.

Quando questionados sobre o aspecto mais comum do câncer em estágio inicial, aproximadamente 44% responderam corretamente como sendo a úlcera indolor. Em relação à faixa etária mais comum para o aparecimento do câncer, aproximadamente 72% responderam corretamente como sendo acima de 40 anos. Em relação às características do linfonodo, apenas 25% responderam de forma correta. Já na pergunta que avaliava o conhecimento epidemiológico, no sentido de questionar em que estágio o câncer bucal era mais comumente diagnosticado, aproximadamente 67% responderam corretamente como sendo no estágio avançado.

Quanto a avaliação deste bloco, constatou-se uma falta de conhecimentos a respeito das características clínicas do câncer bucal com mais de 70% dos respondentes com resultados inferiores a 50%.

4.3.2 Conceitos obtidos no Bloco 2 (S2)

No Bloco 2, numa avaliação de 0 a 2 os dentistas obtiveram média de 1,4863. Sendo que a maior nota obtida corresponde a 1,8572 e, a menor nota obtida corresponde a 0,000, com amplitude de 1,8572. A mediana atingiu o valor de 1,5715, ou seja, a metade das notas obtidas estão abaixo de 1,5715 e, a outra metade está acima deste valor. A moda resultou em 1,7143. Já a variância e o desvio padrão atingiram os valores respectivos de 0,1768 e 0,4205.

As distribuições das notas em freqüências, percentuais e porcentagens acumuladas encontram-se descritas na Tabela 12.

Tabela 12: S2 - Conceitos obtidos no Bloco 02, em percentual e freqüência.

S2	Freqüência	Percentual	Percentual Acumulado
0	2	5,6%	5,6%
1,1429	2	5,6%	11,1%
1,2857	6	16,7%	27,8%
1,4286	7	19,4%	47,2%
1,5715	3	8,3%	55,6%
1,7143	11	30,6%	86,1%
1,8572	5	13,9%	100,0%
Total	36	100,0%	100,0%

Correlacionando os valores obtidos em S2 com o tempo de formação de cada profissional, foi observado que dentre os profissionais com 10 a 20 anos de formado a maioria obteve boas notas, atingindo os valores máximos existentes na amostra. Entre os profissionais com tempo de formado compreendido entre de 2 a 10 anos, a maioria obteve nota no valor de 1,7143, o que situa-se acima da média amostral. Já os profissionais que estão formados há mais de 20 anos obtiveram em sua maioria, uma nota igual a 1,4286, o que localiza-se abaixo da média amostral.

Tabela 13: Relação entre o tempo de graduado e o conceito obtido no Bloco 02 (S2)

Tempo de graduado	0	1,1429	1,2857	1,4286	1,5715	1,7143	1,8572	TOTAL
10 a 20 anos	0	0	0	0	0	1	2	3
Lin %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	66,7	100,0
Col %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1	40,0	8,3

2 a 10 anos	1	0	3	3	1	7	1	16
Lin %	6,3	0,0	18,8	18,8	6,3	43,8	6,3	100,0
Col %	50,0	0,0	50,0	42,9	33,3	63,6	20,0	44,4
Até 2 anos	0	1	2	1	0	2	1	7
Lin %	0,0	14,3	28,6	14,3	0,0	28,6	14,3	100,0
Col %	0,0	50,0	33,3	14,3	0,0	18,2	20,0	19,4
Mais de 20 anos	1	1	1	3	2	1	1	10
Lin %	10,0	10,0	10,0	30,0	20,0	10,0	10,0	100,0
Col %	50,0	50,0	16,7	42,9	66,7	9,1	20,0	27,8
TOTAL	2	2	6	7	3	11	5	36
Lin %	5,6	5,6	16,7	19,4	8,3	30,6	13,9	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

O Bloco 02 avaliava o conhecimento do profissional acerca dos fatores de risco em relação ao câncer bucal. Dentre os fatores de risco colocados na avaliação, foram reconhecidos corretamente como elementos que propiciam a existência do câncer bucal:

- a) Ter apresentado outro câncer previamente, com 88,8%;
- b) Consumo de álcool, com 77,7%;
- c) Consumo de tabaco, com 94,4%;
- d) História familiar de câncer, com 91,6%;
- e) Próteses mal adaptadas com 88,8%;
- f) Dentes em mal estado, com 61,1%;
- g) Consumo de comidas condimentadas, com 66,6%;
- h) Higiene oral deficiente, com 66%;
- i) Exposição solar, com 80%.

Dos elementos que não são propiciam o aparecimento de câncer, foram identificados corretamente como não sendo fatores de risco:

- a) Uso de drogas injetáveis, com 47,2%;
- b) Estresse emocional, com 38,9%;
- c) Sexo oral, com 61,1%;
- d) Contágio direto, com 80,5%;
- e) Obesidade, com 86,1%.

Como conclusão deste bloco, quanto aos fatores de risco os cirurgiões

dentistas apresentam um bom conhecimento. A média neste bloco foi de 1,4863 com avaliações mensuradas numa escala de 0 - 2, com 52,8% dos CDs acima desta média.

4.3.3 Conceitos obtidos pelos dentistas na Avaliação Global (ST)

Somando-se os conceitos obtidos no Bloco 01 (S1) – que abordava aspectos epidemiológicos e clínicos relacionados com o câncer bucal e tinha valor total de 08 pontos, com os conceitos obtidos no Bloco 2 (S2) – que avaliava o conhecimento do profissional acerca dos fatores de risco associados a tal patologia com valor máximo de 02 pontos, obtivemos o valor global que atribuímos a denominação de ST, que corresponde aos 10 pontos totais.

As notas obtidas pelos dentistas tiveram média de 5,0891. A maior nota foi 8,0936 e a menor foi 1,333, apresentando uma amplitude de 6,7606. O valor da mediana atingiu o valor de 5,2847, significando que metade dos CDs obtiveram notas abaixo deste valor. A moda estabeleceu-se em 7,0463. A variância foi de 2,6594 enquanto o desvio-padrão foi de 1,6308.

Os valores de ST foram distribuídos em classes no formato de conceitos. Esses conceitos foram organizados segundo o seguinte critério:

A para as notas no intervalo $10 \leq x \leq 8$;

B para as notas no intervalo $8 < x \leq 6$;

C para as notas no intervalo $6 < x \leq 4$;

D para as notas no intervalo $4 < x \leq 2$;

E para as notas no intervalo $2 < x \leq 0$.

Diante da explicação anterior podemos analisar a distribuição das notas obtidas de acordo com os conceitos estabelecidos:

Tabela 14: Conceitos obtidos na avaliação global, ST.

	Freqüência	Percentual	Porcentagem acumulada
A	2	5,6%	5,6%
B	7	19,4%	25,0%
C	16	44,4%	69,4%
D	10	27,8%	97,2%
E	1	2,8%	100,0%
Total	36	100,0%	100,0%

Observa-se que a maioria dos participantes, representado por 44,4% obteve conceito igual a C, seguido por 27,8% que obtiveram conceito D. Apenas aproximadamente 25% dos participantes obtiveram conceitos designados como A e B.

Tabela 15: Relação entre tempo de formação e conceito obtido na avaliação global (ST)

Tempo de formado	A	B	C	D	E	TOTAL
10 a 20 anos	0	1	2	0	0	3
Lin %	0,0	33,3	66,7	0,0	0,0	100,0
Col %	0,0	14,3	12,5	0,0	0,0	8,3
2 a 10 anos	1	4	7	3	1	16
Lin %	6,3	25,0	43,8	18,8	6,3	100,0
Col %	50,0	57,1	43,8	30,0	100,0	44,4
Até 2 anos	1	1	3	2	0	7
Lin %	14,3	14,3	42,9	28,6	0,0	100,0
Col %	50,0	14,3	18,8	20,0	0,0	19,4
Mais de 20 anos	0	1	4	5	0	10
Lin %	0,0	10,0	40,0	50,0	0,0	100,0
Col %	0,0	14,3	25,0	50,0	0,0	27,8
TOTAL	2	7	16	10	1	36
Lin %	5,6	19,4	44,4	27,8	2,8	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Correlacionando-se o conceito adquirido pelo dentista com o seu tempo de graduado observa-se que dos profissionais formados até dois anos, a maioria obteve conceitos mensurados como C e D.

Já os profissionais formados de 2 a 10 anos, tiveram em sua maioria um conceito B e C. Dos profissionais com tempo de formação compreendido entre 10 a 20 anos e mais de 20 anos, as notas mais obtidas foram respectivamente C e D.

Tabela 16: Relação entre auto-avaliação dos dentistas acerca do câncer bucal e conceito obtido na avaliação global (ST)

Auto-avaliação?	A	B	C	D	E	TOTAL
Bom	2	5	5	4	1	17
Linha %	11,8	29,4	29,4	23,5	5,9	100,0
Col %	100,0	71,4	31,3	40,0	100,0	47,2
Insuficiente	0	1	0	1	0	2
Linha %	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	100,0
Col %	0,0	14,3	0,0	10,0	0,0	5,6
Ótimo	0	0	0	2	0	2
Linha %	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Col %	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	5,6
Regular	0	1	11	3	0	15
Linha %	0,0	6,7	73,3	20,0	0,0	100,0
Col %	0,0	14,3	68,8	30,0	0,0	41,7
TOTAL	2	7	16	10	1	36
Linha %	5,6	19,4	44,4	27,8	2,8	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Correlacionando-se as respostas obtidas com a avaliação que os dentistas fizeram acerca de seu próprio conhecimento sobre o câncer bucal com o conceito efetivamente recebido com a avaliação global vê-se que, dos que se avaliaram com conceito “Bom”, a maioria obteve conceitos B e C. Dos que se auto-avaliaram como “Ótimo” obtiveram conceito D, e finalmente, os que se auto-avaliaram como “Regular” a maioria obteve conceito C.

4.4 Características de Formação e Educação continuada

Nesta seção faz-se um estudo das correlações entre diversas variáveis relacionadas com o tempo de graduado do cirurgião dentista e sua educação continuada. Contemplar-se-ão os seguintes parâmetros: treinamento para o exame do câncer bucal durante a graduação, tempo decorrido desde o último curso realizado e interesse em participar de curso que contemple esta temática.

Tabela 17: Opinião acerca do treinamento para exame do câncer bucal durante o curso de graduação.

Sua Universidade realizou treinamento para o exame de câncer bucal na graduação?	Freqüência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Não	15	44,1%	44,1%
Não sei	01	2,9%	47,1%
Sim	18	52,9%	100,0%
Total	34	100,0%	100,0%

Quando questionados se receberam, na Universidade, treinamento para o exame de câncer bucal, a maioria dos respondentes respondeu que sim, com 52,9%, seguidos de 44,1% que responderam que não.

A tabela abaixo mostra o tempo decorrido após o último curso de educação continuada voltado para o câncer bucal, que o dentista tenha participado.

Tabela 18: Tempo decorrido após o último curso de educação continuada voltado para o câncer bucal, que o dentista tenha participado.

Última vez que assistiu a um curso de educação continuada voltado para o câncer bucal	Freqüência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Durante os últimos 2 a 5 anos	12	35,3%	35,3%
Mais de 5 anos	10	29,4%	64,7%
Não lembro	3	8,8%	73,5%
No ano passado	6	17,6%	91,2%
Nunca	3	8,8%	100,0%
Total	34	100,0%	100,0%

Em relação à educação continuada, foram realizadas duas perguntas: a primeira questionando qual foi à última vez que o respondente assistiu a um curso de educação continuada voltado para o câncer bucal, e a segunda questionando se o profissional gostaria de participar de um curso com esses objetivos no futuro.

As respostas obtidas foram as seguintes: a maioria dos profissionais, representados por 35,3%, afirmaram ter assistido um curso de educação continuada durante os últimos 2 a 5 anos, seguidos de 29,4% que responderam ter recebido um curso há mais de 5 anos. Já, 8,8% nunca receberam um curso desse gênero.

A Tabela 19 mostra as freqüências e percentuais das mesmas em relação ao interesse do cirurgião dentista em participar de um curso de educação continuada sobre o câncer bucal.

Tabela 19: Interesse do dentista em participar de um curso de educação continuada sobre o câncer bucal.

Você se interessa em assistir a um curso de educação continuada sobre o câncer bucal no futuro?	Freqüência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Não	1	2,9%	2,9%
Não tenho certeza	1	2,9%	5,9%
Sim	32	94,1%	100,0%
Total	34	100,0%	100,0%

Sobre o interesse em participar de um curso com esses fins no futuro, a maioria representada por 94,1% respondeu que sim, enquanto apenas aproximadamente 6% responderam ou que não gostariam ou que não tem certeza se desejam ou não participar.

4.5 Educação em Saúde

Esta seção mostra o comportamento da amostra em relação às atividades realizadas pelos CDs na área de educação em saúde.

Dos profissionais que afirmaram realizar atividades de educação em saúde, foi questionado como essas atividades eram realizadas. Desta pergunta obtivemos as respostas tabuladas com suas freqüências e seus respectivos percentuais.

Tabela 20: Distribuição da amostra em relação a atividade que realizam em educação em saúde.

Atividade que realiza	Freqüência	Porcentagem
Determina como deve ser a maneira correta de se comportar	3	21,4
Educação em saúde através de grupos de discussão	1	7,1
Palestras	10	71,4

Entre os dentistas que participaram da pesquisa, 54,3% afirmaram realizar atividades de educação em saúde.

5. DISCUSSÕES

5.1 Perfis da Amostra

Em relação ao **gênero**, foi constatado nos resultados uma predominância do sexo masculino, com um percentual de 54,3%. Comparando à razão de sexos existentes na cidade de Porto Velho: 99,25 homens para cada 100 mulheres (MS - DATASUS, 2001), apesar da predominância de homens na amostra.

O resultado de uma amostra majoritariamente masculina também foi encontrado por Yellowits et al. (1998). Entretanto diverge do resultado obtido por Moraes (2003), onde houve o predomínio do sexo feminino, bem como diverge do fato de que no final da década de 70 e início da década de 80, as mulheres começaram a predominar na odontologia (Rabello, Godoy, Padilha, 2000 apud Moraes 2003).

Uma vez que a diferença entre os sexos não foi tão relevante, acredita-se que a variação existiu por uma característica amostral, enfim pelo próprio acaso durante o sorteio dos elementos que comporiam a amostra.

No que se refere à **faixa etária**, observou-se uma amostra predominantemente jovem, com aproximadamente 60% com idade de até 40 anos. Resultado semelhante foi obtido por Moraes (2003).

No caso da realidade que nos propusemos a analisar, tal fato pode ser explicado inicialmente por fatores históricos e geográficos vinculados à história do estado de Rondônia e do município de Porto Velho.

Segundo Oliveira (2000), o Estado foi criado somente em 1982, e desde então, passou por diversos ciclos econômicos que incluem desde a mineração até a agricultura, com os Projetos de Assentamento. Tal fato ocasionou o surgimento e o crescimento de municípios, sem que, por sua vez, houvesse mão de obra específica qualificada para desenvolver diversas atividades, dentre elas as atividades vinculadas à área de saúde e mais especificamente a Odontologia.

Dessa forma, o município e o Estado ainda apresentam-se como atrativos a profissionais recém-formados. Esse atrativo torna-se ainda maior quando analisamos que, além da migração maciça e crescimento dos municípios existentes, tem-se a falta de mão de obra proveniente do próprio Estado, isto é, Rondônia ainda

não é um pólo formador de mão de obra especializada.

Segundo o CFO (Conselho Federal de Odontologia), existem três instituições de ensino que oferecem o curso de odontologia:

- Faculdades Integradas Aparício Carvalho (FIMCA), que oferece 60 vagas anualmente no referido curso;
- Faculdade São Lucas, que oferece anualmente 80 vagas; e,
- Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal, que oferece anualmente 100 vagas.

Apesar do total de 240 vagas anuais, as faculdades atuam há pouco tempo no Estado, o que indica que demorará ainda um bom tempo até que profissionais advindos dessas instituições se estabeleçam maciçamente no mercado de trabalho. Apesar disso, as poucas turmas que já se formaram por essas instituições também ajudaram a compor uma amostra predominantemente jovem.

No que diz respeito ao **tempo de graduado**, a maioria da população, representada por 44,4% tem de 02 a 10 anos de graduado. Com um percentual acumulado de 63,8%, os profissionais com até 02 anos de formado, juntamente com os profissionais com um intervalo de 02 a 10 anos de graduado, compõem a maioria da amostra.

O predomínio de uma amostra com maioria de profissionais com tempo de formado no intervalo de 2 a 10 anos foi encontrado também em Morais (2003) e Yellowits (1998).

Acredita-se que uma população com menos tempo de formado é justificada pelos fatores elencados acima, que se entende ser fruto inicialmente dos processos migratórios - uma vez que, profissionais recém-formados, ou formados há pouco tempo e que ainda não se estabeleceram no mercado de trabalho é que seriam mais fortemente atraídos pelas ofertas existentes no município e Estado. E posteriormente seria já o resultado das turmas recém-formadas nas faculdades acima listadas, que vêm timidamente oferecendo mão de obra para o município e Estado.

Os profissionais com 10 a 20 anos de formados representaram 8,3% da amostra, enquanto os profissionais com mais de 20 anos de formado representam 27,8%. Não houve diferenças significativas na distribuição da amostra quando correlacionamos o sexo do profissional com o tempo de formado.

De forma a entender a atuação do cirurgião dentista dentro do diagnóstico e

prevenção do câncer bucal, far-se-á uma breve localização do câncer dentro da história natural da doença, e a seguir analisa-se como o dentista pode atuar, para posteriormente analisarmos a atuação dos profissionais em Porto Velho – RO, a partir dos dados coletados.

A partir das diversas fases em que a doença se processa, ainda segundo Pereira (2006), pode-se classificar as medidas preventivas em primárias secundárias e terciárias. As medidas preventivas primárias referem-se à promoção de saúde, as medidas secundárias prevêm o diagnóstico precoce, o tratamento e a limitação da incapacidade, e finalmente o terceiro nível prevê a reabilitação. Observa-se a concordância entre as fases da doença e os tipos de medidas que podem ser realizadas.

Dentro da prevenção primária temos as seguintes atividades: controle de consumo de tabaco, estímulo à vida saudável, estímulo à prática regular de atividades físicas, entre outras atividades, que visam à redução da exposição aos fatores de risco. Neste ponto, o cirurgião dentista pode atuar através da educação em saúde.

Sobre isso, foi questionado durante a pesquisa, se o profissional exercia algum tipo de atividade em relação à educação em saúde. A maioria dos profissionais respondeu que não exercia, num total de aproximadamente 54%.

Dos profissionais que estavam envolvidos em atividades dessa natureza, a maioria com um total de 71,4%, afirmou realizar atividades de educação em saúde como sendo de “palestras”. Entretanto, Shall e Struchiner (1999), estendem o conceito de educação em saúde para muito além da realização de palestras. Para esses autores:

“uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e re-orientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção do homem”

Assim, percebe-se que, dos poucos profissionais que realizam atividades de educação em saúde, a maioria limita isso a palestras. Apesar de a educação em saúde englobar as palestras, sabe-se que inclui diversas outras atividades junto à comunidade. Entretanto, é preciso ponderar as dificuldades encontradas pelos

profissionais na realização de atividades de educação em saúde, o que limita a sua atuação de forma plena como acontece em outros Estados com um sistema de saúde mais sólido e organizado.

Dentro da prevenção secundária, encontramos como objetivo a detecção precoce e a instituição de pronto de tratamento, que pode ser alcançada no caso de o câncer bucal através do exame rotineiro realizado por profissional da saúde ou por rastreamento em massa. (Sartori apud OMS, 2004).

No questionamento sobre a realização do exame procurando identificar lesões bucais em tecidos moles, durante a primeira consulta, a maioria dos dentistas representada pelo percentual de 83,3% respondeu afirmativamente. Isso revela um aspecto positivo dentro da atuação do dentista na prevenção secundária, visto a importância da realização do exame bucal na detecção precoce do câncer. Esse fato é comprovado, por exemplo, por American Cancer Society (2002) apud Morais (2003) que afirma que pessoas com mais de 40 anos ou com alto risco de desenvolver câncer deveriam fazer o exame anualmente.

Os resultados obtidos em relação à realização ou não do exame pelo profissional dentista se assemelham com a pesquisa da autora e diversos outros, tais como Canto et al. (2002) apud Morais (2003) e Yellowits (1998) apud Morais (2003).

Já em relação à forma de realizar o exame, 67% dos profissionais afirmaram realizar anamnese, inspeção nos tecidos duros e moles da cavidade bucal e gânglios e linfonodos.

No que se diz respeito ao encaminhamento, a maioria dos profissionais afirma encaminhar o paciente para o dentista especialista em estomatologia. Esses dados foram confirmados por Morais (2003). Posteriormente, em porcentagem, são encaminhados para as faculdades de odontologia, que como já citados anteriormente estão em número de três no Estado.

Pela distribuição percentual existe certa confusão em relação ao encaminhamento mais adequado a ser dado ao paciente. Segundo o Conselho Federal de Odontologia, as Secretarias Estaduais de Saúde recomendam que a detecção precoce do câncer bucal deva ser realizada em unidades básicas de saúde, pelo exame clínico da boca. Posteriormente o caso é encaminhado para os Centros ou Unidades de Alta Complexidade em Oncologia. Esses Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) são hospitais terciários estruturados para

tratar todos os tipos de cânceres, em todas as modalidades assistenciais.

Segundo a portaria nº. 741 de 19 de dezembro de 2005 da Secretaria de Atenção à Saúde³, as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia devem possuir uma equipe de apoio multidisciplinar que conta com um serviço de odontologia que pode ser próprio ou referenciado. E, no caso de Centros de Alta Complexidade em Oncologia é preciso uma equipe de odontologia própria.

Como se pode observar, o profissional dentista pode estar envolvido em todas as etapas tanto do diagnóstico tanto do tratamento do câncer, juntamente com outros profissionais, compondo uma equipe. Entretanto, na pesquisa, foram identificados poucos dentistas que de fato realizam o diagnóstico, dado confirmado também por Morais (2003).

Em relação às características de formação, mais de 52% dos pesquisados afirmaram que receberam um treinamento adequado durante a sua formação para realizar o exame de câncer bucal, enquanto pouco mais de 44% afirmaram que não receberam o treinamento considerado satisfatório. Resultados de quase equivalência entre as duas classes anteriormente citadas também foram constatados por Yellowitz, 1998 e em Morais (2003).

Analisando a importância do dentista dentro do diagnóstico do câncer bucal, e a importância da graduação como parte essencial da formação global de um dentista, observa-se nesse ponto a necessidade de inserir nos currículos disciplinas que contemplem tal temática.

Em relação à educação continuada, a maioria dos profissionais, representada por 35,3%, afirmaram ter assistido um curso de educação continuada durante os últimos 2 a 5 anos, seguidos de 29,4% que assistiram um curso desse gênero há mais de 5 anos. Os resultados encontrados foram mais animadores nesse quesito comparados aos dados obtidos em Morais (2003), em que mais de 50% da amostra participaram de um curso somente há mais de 05 anos.

5.2 A Avaliação do Conhecimento do Dentista acerca do Câncer Bucal

5.2.1 Discussão do BLOCO 01 – S1

Para analisar o Bloco 01, far-se-á inicialmente uma breve discussão individual de cada questão respondida pelos dentistas, para posteriormente avaliar a nota

³ Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-741.htm>>.

obtida no bloco 01 (S1) com as suas respectivas correlações dentro do perfil da população.

O resultado obtido na pergunta que avaliava o conhecimento sobre qual era o câncer mais comum na boca, que corresponde a aproximadamente 53% de respostas corretas, foi encontrado também por Morais (2003). Uma porcentagem de acertos maior foi encontrada em Yellowits (1998), um estudo em que foi encontrado aproximadamente 83% de acertos nessa pergunta.

Apenas 16% dos profissionais aproximadamente, identificaram corretamente qual era a região anatômica mais freqüente para a ocorrência de câncer. Em Morais (2003), tal parâmetro atingiu um percentual também muito baixo de acertos nessa resposta. Esse percentual baixo é preocupante, dado que o conhecimento de dados como esse é importante uma vez que, por mais que um exame englobe diversas áreas da boca, o conhecimento de um dado como esse seria importante para se analisar com mais cuidado e atentar mais para sinais nessa região.

Juntamente com a pergunta anteriormente citada, as respostas obtidas quando eram questionadas as características do linfonodo com metástase cervical em câncer de boca, foram as que obtiveram maiores índices de erro. Ficando essa questão com apenas 25% de acerto, e da mesma forma que a pergunta anterior, a falta de conhecimento desses aspectos comprometem a detecção no caso de metástases.

Úlcera indolor foi a resposta dada corretamente em aproximadamente 44% das respostas para o sintoma mais comum do câncer em estágio inicial. Esse é um dado de importantíssimo conhecimento para a detecção precoce e infelizmente poucos dentistas souberam responder corretamente. Resultado diferente foi obtido por Morais (2003), uma vez que a amostra estudada sabia, em sua maioria qual era o sintoma mais comum do câncer em estágio inicial.

A maioria dos respondentes acertou quando respondeu qual a faixa etária mais comum para o aparecimento de câncer bucal no Brasil, isso também foi encontrado em outros trabalhos como Morais (2003) e Yellowits (1998).

Já na pergunta que avaliava o conhecimento epidemiológico, no sentido de questionar em que estágio o câncer bucal era mais comumente diagnosticado, aproximadamente 67% responderam corretamente como sendo no estágio avançado.

Possivelmente esse grande número de acertos seja deduzido pela lógica e

por uma breve análise da situação de saúde no Brasil. Uma vez que é de amplo conhecimento a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e que, portanto isso ajudaria a induzir uma resposta a essa pergunta.

Nas notas obtidas no bloco 01, de 0 a 8, teve-se uma média de 3,7028, com valores máximos e mínimos de respectivamente 6,665 e 1,333e um valor de 2,2451 para a variância.

A mediana de 3,999 demonstra que metade dos resultados estavam acima desse valor, e a outra metade com valores inferiores a 3,999, isto é, mais de 50% da amostra estava com nota acima da média. Apesar disso, num limite de 8 pontos, a média de 3,7028 pode ser considerada muito baixa.

Como foi visto nesse trabalho, mais de 80% dos profissionais afirma realizar o exame bucal, entretanto os dados epidemiológicos demonstram que a maioria dos casos de câncer bucal é diagnosticada apenas em fases bastante avançadas. Existem muitas possibilidades para explicar o motivo desse contra-senso, não é pretensão explicar essa questão, mas pode-se supor que um dos motivos para isso seria a ineficácia do exame realizado, uma vez que os dentistas demonstraram pouco saber acerca de aspectos clínicos da doença.

5.2.2 Discussão do BLOCO 02 – S2

Para analisar o Bloco 02, faremos inicialmente uma breve discussão individual de cada questão respondida pelos dentistas, para posteriormente avaliar a nota obtida no bloco 02 (S2) com as suas respectivas correlações dentro do perfil da população.

No Bloco 02 foram avaliados os conhecimentos acerca dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal.

Em Yellowits, (1998), foram encontrados consumo de álcool, tabaco e exposição solar, cada um deles com índice de acerto de mais de 90%. Nesse trabalho, os níveis de acerto também foram elevados, mas não tanto quanto na referida pesquisa.

Já em relação ao consumo de comidas condimentadas, apenas 33% reconheceram como um fator de risco, tal como foi encontrado em Morais (2003). E houve identificação desse trabalho com a citada autora em relação aos resultados

obtidos nas respostas acerca do estresse emocional, uma vez que muitos respondentes afirmaram ser um fator de risco, sem que esse elemento o seja.

Com relação ao sexo oral, aproximadamente 40% dos respondentes afirmaram que era um fator de risco. Existem controvérsias em relação a isso, de forma que alguns respondentes colocaram ao lado de suas respostas a justificativa de que o sexo oral era um fator de risco em decorrência da disseminação do papilomavírus humano, HPV. Entretanto, Morais, 2004, afirma que não se trata de um fator de risco. Diante da falta de provas científicas e do conhecimento incipiente do poder oncogênico do vírus HPV na cavidade oral, optou-se por considerar na avaliação, que o HPV não seria um fator de risco.

Das notas obtidas no Bloco 02, podemos observar que os profissionais tiveram um melhor desempenho, de forma que, de uma avaliação de 0 a 2, os dentistas obtiveram média de 1,4863. Sendo que a maior nota obtida corresponde a 1,8572 e a menor nota obtida corresponde a 0,000. A mediana atingiu o valor de 1,5715 o que significa que metade dos profissionais obtiveram nota acima desse valor a outra metade obteve notas abaixo desse valor. Já a variância apresentou um valor de 0,1768.

De modo geral, os dentistas parecem ter um bom conhecimento acerca dos fatores de risco relacionados ao câncer bucal.

5.2.3 Nota Global (ST)

A avaliação global foi obtida somando as notas advindas do Bloco 01 (S1), com as advindas do bloco 02 (S2), sendo que foram distribuídos os 10 pontos da avaliação global em 8 pontos para o conhecimento das questões clínicas e epidemiológicas relacionadas ao câncer bucal, e 2 pontos para o conhecimento acerca dos fatores de risco.

A média das notas obtida pelos dentistas foi de 5,0891, o que situa-os em média com o conceito C na escala criada que vai de forma decrescente do conceito A ao conceito E.

A maioria dos participantes obteve conceito C, que compreende os valores de 4 a 6 obtidos na nota global. Consideramos valores satisfatórios os que compreendem de 10 a 6 que correspondem os conceitos A e B. Somente 24% dos

participantes atingiram valores que podem ser considerados satisfatórios pelo nosso estudo.

Isso indica que a maior parte dos participantes tem um conhecimento insatisfatório em relação a questões envolvendo ao câncer bucal e seu diagnóstico.

Resultados semelhantes foram encontrados em Morais (2003) e Yellowits (1998), demonstrando que, a falta de preparo e conhecimento acerca do câncer bucal não é uma peculiaridade do município de Porto Velho - RO.

Dessa forma, sabendo da importância do dentista no diagnóstico e tratamento, esses resultados e esse trabalho como um todo, podem contribuir para o planejamento de ações e atividades, tanto da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Rondônia – SESAU, como da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA, no sentido de incentivar e promover a educação continuada, no formato de cursos de pós-graduação, cursos de educação continuada, congressos e jornadas voltadas para o tema.

CONCLUSÕES

Foi apresentada uma avaliação de conhecimentos e atitudes dos cirurgiões dentistas - CDs em relação ao diagnóstico do câncer bucal no município de Porto Velho no Estado de Rondônia. A pesquisa teve como instrumento de coleta de dados, um questionário, contendo dois blocos de questões com valores pontuais proporcionais a importância de cada um deles para o diagnóstico, que contemplaram dois aspectos essenciais: as características clínicas e os fatores de risco.

No bloco de características clínicas, 72,8% da amostra apresentou resultado inferior de 50% concordando com Moraes (2003). Quanto ao bloco de fatores de risco 72,2% da amostra apresentou resultados acima de 75% concordando com Yellowits (1998) e Moraes (2003). No conceito global apenas 25% da amostra apresentou resultados satisfatórios (acima de 60%). A média global obtida foi de 5,0891, situada na escala de conceitos como C (40% - 60%). Resultados semelhantes também foram encontrados por Moraes (2003) e Yellowits (1998), demonstrando que, o câncer bucal é um problema global e, apesar de tudo que tem sido feito, a situação ainda é muito ruim: alto índice de morbimortalidade, diminuição da qualidade de vida e mutilação dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA O.P.; LOPES M.O., **Prevenção das doenças bucais**: Promoção da saúde bucal. Artes Médicas, 1997.

American Cancer Society apud Freitas. **Estudo epidemiológico do carcinoma epidermóide oral**: análise de 85 casos. *Odontologia Clínica - Científica*, Recife, 191;41- 45, Jan./Abr., 2002.

ANTONIADES, D.Z.; STYANIDIS, K.; PAPANAYOTOU, P.& TRIGONIDIS, G., 1995. Squamous Cells carcinoma of the lips in northern Greek population. Evaluation of prognostic factors on 5-years survival rate. **Oral Oncology European Journal of Cancer**, 31B(5):333-339.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde – CNS. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Resolução 196/96. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Disponível em: www.inca.gov.br/cancer/epidemiologia/estimativa2003 . Acesso em: 10 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Falando sobre câncer da boca. Rio de Janeiro: INCA; 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/publicacoes.html>. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2003, 49(4): 206.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA (Brasil). **Incidência de Câncer no Brasil** Disponível em:< <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/>>. Acesso em 12 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA (Brasil). **Incidência de Câncer no Brasil** Disponível em:< <http://www.inca.gov.br/estimativa/2007/>>. Acesso em 12 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA (Brasil). **Incidência de Câncer no Brasil – RONDÔNIA/PORTO VELHO**. Estimativa/2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/Estimativa/2008/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=RO>>. Acesso em 28 mar. 2008.

BOUDA, M.; VASSILIS G., G.; KASTRINAKIS, N. G.; GIANOUDIS, A.; TSOULI, E.; DESPINA, D.; FOUKAS, P.; KYROUDI, A.; LASKARIS, G.; HERRINGTON, C. S. & KITTAS, C. **“High Risk” HPV Types are frequently detected in potentially malignant oral lesions, but not in normal oral mucosa**. *Modern Pathology*, 2000. 13(6):644-53.

BERCHT, S. M. B. O câncer de boca sob o modelo odontológico hegemônico. **Revista Ação Coletiva**, 1998, (4): 33 - 41.

BLOT, W. J. **Alcohol and Cancer**. *Cancer research (suppl.)* 1992. 52: 2119s-2123s.

BLOT, W. J.; McLAUGHLIN, J. K.; DEVESA, S. S. & FRAUMENI Jr., J. E.. In: **Cancer Epidemiology and Prevention**. 1996 pp. 666-680, New York: Oxford.

BOSSETTI, C.; NEGRI, E.; FRANCESCHI, S.; CONTI, E.; LEVI, F.; TOMEI, F. & LA VECCHIA, C. 2000. **Risk factors for oral and pharyngeal cancer in women: a study from Italy and Switzerland**. *British Journal of Cancer*, 82(1):204-207.

CHINELLATO LEM; MARTHA SN; SANT´ANA E; KANÓ SC; MAEDA L; PORTO VMC. **Programa de prevenção do câncer bucal no município de Bauru, através do auto-exame**. Revista da Faculdade de Odontologia de Bauru. Bauru, 1995.

DIB LL. **Carcinoma epinocelular de língua**: análises dos dados clínicos, sociodemográficos e fatores de prognósticos [Tese de Doutorado]. Faculdade de Odontologia. USP - São Paulo, 1997.

DEDIIVITIS RA et al I. **Características clínico epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe**, Rev. Bras. Otorrinolaringol.V.70, n.1, 35-40, jan./fev. 2004.

FRANCESCHI S, BIDOLI S, HERRERO R, Muñoz N. **Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues**. *Oral Oncol* 2000; 36:106-15.

FRANCHESCHI S.; LEVI, F.; DAL MASO, L.; TALAMINE, R.; CONTI, E.; NEGRI, E.; & LA VECCHIA, C. 2000. **Cessation of alcohol drinking and risk of cancer of the oral cavity and pharynx**. *International Journal of Cancer*, 85:787-790.

FERLEY, J.; PARKIN, D. M., PISANI, P. 1998. Globocan 1: **Cancer incidence and mortality worldwide** (CD-ROM). Lyon, IARC Press.

FONSECA J S, MARTINS G A. **Curso de Estatística**. 6. ed. – São Paulo: Atlas, 1996.

FRANCO, E.; KOWALSKI, L. P.; OLIVEIRA, B. V.; CURADO, M. P.; PEREIRA, R. N.; SILVA, M. E.; FAVA, A. S. and TORLONI, H.. **Risk factors for oral cancer in Brazil**: a case control study. *International Journal of Cancer*, 1989, n.43:992-1000.

GREENWOOD M, LOWRY RJ. **Primary care clinicians knowledge of oral cancer**: a study of dentists and doctors in the North East of England. *BDJ* - Vol. 191 N.9, November 2001.

GOUD, M.L, MOHAPATRA, S. C., MOHAPATRA, P., GAUR, S. D., PANT, G. C. KNANNA M. N *European Journal of Epidemiology*, Vol. 6, No. 2 (Jun., 1990), pp. 219-222.

GUNNARSKOG, J.; STENBECK, M., HOLM, L. 1995. **Lip, Oral Cavity and Mesopharynx. Cancer** (suppl.), mar.

HAMADA GS, BOS AJ, KASUGA H, HIRAYAMA T. **Comparative epidemiology of oral cancer in Brazil and India.** Tokai J Exp Clin Med 1991; 16:63-72.

HAYASSY A. **Cancer bucal no setor público da saúde.** Revista Brasileira de Odontologia, 1998, 55(3) p. 173-175.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER. 1992. **Cancer Incidence in Five Continents**, Lyon: IARC Scientific Publications

KERDPON D, SRIPLUING H. **Factors related to advanced stage oral squamous cell carcinoma in Southern Thailand.** Oral Oncol., 37, 216-221,2001.

KERR AR, Cruz GD. Oral cancer. **Practical prevention and early detection for the team.** N Y State Dent J. 2002 Aug-Sep; 68(7):44-54.

KOWALSKI LP & NISHIMOTO IM, **Epidemiologia do câncer de boca.** IN: Parise Jr O câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier, 2000.

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

LOPES et al. **Prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca: uma medida simples e eficaz.** Odontologia. Clín.-Científica., Recife,2(2):109-114,maio/ago.,2003.

LORO ROC. **Ensino Odontológico: Câncer bucal.** Ver. Odonto. Ciências,2(3);61-71, Jun. 1987

MELLO JORGE MHP, GOTLIEB SLD, LAURENTI R. 1.ed. Brasília:Parma,2001. **Análise por grupo de População;** p105-8).

MELO NS, Guerra ENS, Leite ACE. **Fatores de Risco relacionado com o desenvolvimento do câncer bucal: a revisão.**Rev.de Clín.. Pesq.Odontol.,vol.1, n.3,Jan./Mar.2005).

MELOROSE, R.J., An approach to solving the problem of oral cancer. CDA Journal, 1998.

MENDONÇA EF; VÊNCIO EF; CAIXETA WBC. **Programa de prevenção do câncer bucal no município de Goiânia.** Robrac, 1998. v.7 (23):27-30.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. 1995. Câncer no Brasil - Dados dos Registros de Câncer de Base Populacional. Rio de Janeiro. MS/INCA.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. 1996. Manual de detecção de lesões suspeitas - Câncer de boca. Rio de Janeiro. MS/INCA.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNASA. 1999. Manual instrução para preenchimento da

declaração de óbito. Brasília. MS/FUNASA.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. 1999. Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil - 1999. Rio de Janeiro. MS/INCA.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. 2000. Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil - 2000. Rio de Janeiro. MS/INCA.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. 2001. Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil - 2001. Disponível na Internet: <http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa2001/boca.html>. Acesso em 02 jan. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de Saúde. Mortalidade, 2001. Disponível na Internet: <http://www.datasus.gov.br/cgi/sim/dxopcao.htm>. Acesso em 07 out. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de Saúde. População Residente, 2001. Disponível na Internet: <http://www.datasus.gov.br/cgi/ibge/popmap.htm>. Acesso em 07 out. 2002.

MORAIS TMN, **Câncer de Boca**: uma avaliação do conhecimento dos cirurgiões dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnósticos, USP, 2003.

NAVARRO CM, **Perfil dos Participantes do Câncer Bucal em Araraquara**, Unesp, 2004. Disponível em: [http://proex.reitoria.unesp.br/congressos/Congressos/2_Congresso/Sa de/Saude51.htm](http://proex.reitoria.unesp.br/congressos/Congressos/2_Congresso/Sa%20de/Saude51.htm). Acesso em: 30 mar. 2008.

OLIVEIRA DT, ODELL EW, **Diagnóstico precoce e prevenção de câncer de boca**. IN: Buischi, YAP. Promoção da Saúde bucal na clínica Odontológica. São Paulo. Artes Médica: 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Fiocruz. **O Brasil em números**. RADIS comunicação em saúde. n.23 julho/2004. Ed.Fiocruz.

_____. **Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos nona conferência de revisão**. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças em Português; 1985.

PARAJARA F. **Enfrentando o câncer bucal**. Revista da Associação Paulista de Cirurgia Dental. São Paulo, 2000. v.54(1) p.11-19.

PARKIN DM, BRAY FI, DEVESA SS. **Cancer burden in the year 2000**. The global picture. Eur J Cancer. 2001 Oct;37 Suppl 8:S4-66.

PEREIRA, MG. **Epidemiologia**: Teoria e Prática. 10. reempr..Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006.

PRESTES, MLM. **A Pesquisa e a construção do conhecimento científica: do planejamento aos textos, da escola à academia.** 3. ed., 1. reimpr. - São Paulo: Rêspel, 2007. 260 p: 30 cm.

RABELO SB, GODOY CV, PADILHA WWN. **Porque a odontologia se transformou numa profissão de mulheres?** Revista Brasileira de Odontologia, 2000.

RADIS n.52-Dez.2006. **Situação do câncer no Brasil.** Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/52/pdf/radis_52.pdf> Acesso em: 12 de jun. 2008.

Relatório da Campanha de Prevenção e Diagnóstico Precoce do câncer Bucal de 2005 a 2007. Disponível em <http://www.fosp.saude.sp.gov.br/html/bucal_rel_2005_2007.html>.

ROBBINS, S. L; COTRAN, R. S; VINAY, K., SCHOEN, F. J. **Patologia Estrutural e Funcional.** 5 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A, 1996.

SANKARANARAYANAN, R.; DUFFY, S. W.; DAY, N. E.; NAIR, M. K. & PADMAKUMARY, G. A case-control investigation of cancer of the oral tongue and the floor of the mouth in Southern India. **International Journal of Cancer.**1989. 44:617-621.

SANKARANARAYANAN R. **Oral rastreo do cancro Study Group.** Efeito de rastreo oral sobre mortalidade por cancro em Kerala, na Índia: um cluster-randomizado controlado julgamento. *Lancet.* 2005 Jun 21; 365 (9475) :1927-33.

SCHALL VT. ; STRUCHINER M. Cadernos de Saúde Pública vol.15, suppl.2. Rio de Janeiro,1999

SCULLY C, ; PORTER S, **Oral Cancer.** Eastman Dental Institute for Oral Health Care Sciences, University College London, University of London, 256, Gray's Inn Road, London, WC1X 8LD, UK.

SHAFER. WG, Hine MK, Levy BM. **Tratado de Patologia Bucal.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1987.

TOLEDO GL; OVALLE II. **Estatística Básica.** 2 ed. São Paulo. Atlas, 1981.

VASCONCELLOS, EM ; GUIMARÃES JÚNIOR, J., **Dentists behaviour from basic health units of the city of Sao Paulo related to oral cancer prevention and early diagnosis.** Oral Oncology, 2008.

WÜNSCH FV. **The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil.** Oral Oncol 2002; 38:737- 46.

YELLOWITZ JA, HOROWITZ AM, GOODMAN HS, CANTO MT, FAROOQ NS, Opinions and practices of general dentists. **Regarding oral cancer.** A pilot survey. J. Am Dent Assoc. 1998.

APÊNDICE

Roteiro piloto para questionário: adaptado pela pesquisadora conforme dissertação de mestrado de Morais (2003).

QUESTIONÁRIO

Nas questões abaixo (QUANDO FOR O CASO), assinale apenas uma alternativa, a saber: a que julgar mais apropriada.

1. Idade
2. Sexo M () F ()
3. Tempo de formado: () acadêmico () até 2 anos () 2 a 10 anos
() 10 a 20 anos () mais de 20 anos
4. Com relação ao nível de conhecimento sobre o câncer bucal, qual é a sua auto-avaliação? Ótimo () Bom () Regular () Insuficiente ()
5. Na Primeira consulta odontológica dos seus pacientes, você realiza exame procurando identificar lesões bucais em tecidos moles? Sim () Não ()
6. Quanto ao exame? Realizo exame () Não sei como fazer () Não acho necessário () Não recebo honorários pelo procedimento ().
7. Se realiza, como realiza os exames? Sondagem nos elementos dentários () Inspeção e sondagem das estruturas dentais () Focaliza as suas atenções para a queixa do paciente () Realiza anamnese, inspeção nos tecidos duros e moles da cavidade bucal e gânglios e linfonodos ().

8. Quando você encontra lesões bucais em tecidos moles suspeitas de malignidade, como você encaminha o caso? eu mesmo realizo os procedimentos diagnósticos () dentista especialista em estomatologia () Médico () Faculdade de odontologia () Hospital especializado () Não sendo a queixa principal do paciente , espero até que o mesmo se manifeste, pedindo orientação ().
9. Qual o tipo de câncer mais comum da boca? Linfoma () Carcinoma () espinocelular () Sarcoma de Kaposi () ameloblastoma () Adenocarcinoma de Glândulas salivares () Não sei ().
10. Qual a região anatômica mais freqüente para o câncer bucal? Língua () oalho de boca () Gengiva () Palato () Mucosa jugal () Não sei ().
11. Dentre os citados, qual o aspecto mais comum em pacientes com câncer de boca em fase inicial? salivação abundante () úlcera indolor () Massa tumoral () Dor intensa () Não sei ().
12. Qual é a faixa etária mais comum para a ocorrência do câncer de boca? menos de 18 anos () 18 a 39 anos () acima de 40 anos () Não sei ().
13. O linfonodo mais característico em metástases cervicais em câncer de bucal, quando palpado apresenta-se: Duro, dolorido, com mobilidade () Duro, sem dor, com mobilidade ou não () Mole, dolorido, com mobilidade () Mole, sem dor, com mobilidade ou não () Não sei ().
14. No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que o câncer bucal é diagnosticado mais frequentemente em qual estágio? Pré-maligno () Precoce () Avançado () Não sei ().

- 15.** Quais medidas que podem ser desenvolvidas na assistência básica odontológica para se prevenir o câncer bucal, já que é uma doença de etiologia multifatorial?
- 16.** Você exerce alguma ação em saúde para trabalhar o comportamento dos pacientes? Sim () Não ().
- 17.** Se exerce, qual e como faz? Palestras () Demonstração de vídeos () Educação em saúde através de grupos de discussão () Determina como deve ser a maneira correta de se comportar ().

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

- 18.** Uso de drogas injetáveis Sim () Não ().
- 19.** Ter apresentado outro câncer previamente Sim () Não ().
- 20.** Consumo de álcool. Sim () Não ().
- 21.** Consumo de tabaco. Sim () Não ().
- 22.** História familiar de câncer. Sim () Não ().
- 23.** Estresse emocional. Sim () Não ().
- 24.** Sexo oral. Sim () Não ().
- 25.** Prótese mal adaptadas Sim () Não ().
- 26.** Dentes em mal estado. Sim () Não ().
- 27.** Consumo de comidas condimentadas. Sim () Não ().
- 28.** Higiene oral deficiente. Sim () Não ().
- 29.** Contágio direto. Sim () Não ().
- 30.** Exposição solar. Sim () Não ().
- 31.** Obesidade. Sim () Não ().

- 32.** Você considera que seus pacientes estão suficientemente informados sobre o câncer bucal (aspecto preventivos e de diagnóstico) Sim () Não () Não sei ().
- 33.** Em sua opinião, sua Universidade realizou treinamento para o exame de câncer bucal durante o curso de graduação? Sim () Não () Não sei ().
- 34.** Qual foi a última vez que você assistiu a um curso de educação continuada sobre o câncer bucal? No ano passado () Durante os últimos 2 a 5 anos () Mais de 5 anos () Nunca () Não lembro ().
- 35.** Você se interessa em assistir a um curso de educação continuada sobre câncer bucal no futuro? Sim () Não () Não tenho certeza ().
- 36.** Na sua opinião, qual a importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal? Grande () Média () Regular () Baixa () Não sei ()

ANEXOS

ANEXO A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa – NOME DA PESQUISA -, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador (a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

NOME DA PESQUISA: _____

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

PESQUISADORES PARTICIPANTES: _____

PATROCINADOR: _____

OBJETIVOS: (descrever os objetivos da pesquisa de forma clara e em linguagem acessível aos participantes dela).

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: (se concordar em participar da pesquisa, você terá que responder a um questionário sobre _____ ou entrevista (gravada ou não) sobre _____). Explicar todo o procedimento que será realizado no participante da pesquisa, o que é como será realizada, para que servirão os dados, informações e demais materiais coletados do participante da pesquisa, tratamento.

RISCOS E DESCONFORTOS: (descrever os possíveis riscos que poderão vir a ocorrer, prejuízos, desconfortos, lesões que podem ser provocadas pela pesquisa).

BENEFÍCIOS: (descrever os benefícios que poderão vir a ocorrer, decorrente da participação na pesquisa).

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação. As consultas, exames, tratamentos serão totalmente gratuitos, não recebendo nenhuma cobrança com o que será realizado. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: (garantia de sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, os dados não serão divulgados).

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

ANEXO B**CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, NOME DO ENTREVISTADO(A), RG/CPF, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador(a) - (NOME DO PESQUISADOR(A)) - dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

LOCAL E DATA:

Nome da cidade, data, ano.

NOME E ASSINATURA DO SUJEITO OU RESPONSÁVEL (menor de 18 anos):

(Nome por extenso)

(Assinatura)

ANEXO C

Sociedade Regional de Educação e Cultura Ltda – SOREC
 Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – FACIMED
 Portaria Ministerial nº 2.810 de 13/12/2001 – DOU de 17/12/2001.

PARECER DO CEP

Aos dias 13 de Novembro de 2007 às 17 horas estiveram reunidos na FACIMED – Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal, os componentes do CEP-FACIMED. A pauta do dia tratava da análise dos protocolos de Doutorado, Mestrado, Graduação (TCC) e Pesquisa Científica. Os protocolos foram apresentados e analisados por esta Comissão que deliberou quanto à sua aprovação, reprovação, ou colocados em pendência com a condição de que sejam reformulados e novamente encaminhados ao CEP. Segue o parecer sobre o seu projeto. Cabe ressaltar que os protocolos foram apresentados por título sendo omitida a sua autoria, objetivando a impessoalidade, formalidade e objetividade no processo avaliativo.

PROJETO (231-07) – NÍVEL: MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE.
TÍTULO: Uma avaliação do diagnóstico do câncer bucal no Município de Porto Velho – RO

PARECER: o projeto necessita de alguns ajustes, a saber:

- O título é inadequado. Poderia ser: "Avaliação dos conhecimentos dos cirurgiões – dentistas a respeito do câncer bucal".
- O problema está mal colocado;
- Reformular a Folha de Rosto uma vez que a instituição onde será realizada a pesquisa não é o Hospital Regional de Rolim de Moura, mas o CRO;
- Em relação ao "material e método" não está definido o número de casos a serem pesquisados.

RESULTADO: PROTOCOLO APROVADO COM PENDÊNCIAS.

Cacoal, 13 de Novembro de 2007.

Mansueto Dal Maso
Prof. Dr. Mansueto Dal Maso
 Comitê de Ética e Pesquisa
 FACIMED.

Avenida Cuiabá, 3087
 Jd. Clodoaldo - Cacoal/RO
 + 55 69 3441 1950