

Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Graduação em Odontologia

ARETHA VIEIRA GUEDES

**A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA NA PREVENÇÃO E
NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL**

JOÃO PESSOA

2017

ARETHA VIEIRA GUEDES

**A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIAS NA PREVENÇÃO
E NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Odontologia, da Universidade
Federal da Paraíba, em cumprimento às
exigências para conclusão.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Aragão, doutora em
Patologia Bucal.

JOÃO PESSOA –PB

2017

G924i Guedes, Aretha Vieira.

A Importância da educação como estratégias na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal / Aretha Vieira Guedes. -- João Pessoa, 2017.

1. Câncer oral. 2. Saúde. 3. Educação. 4. Odontologia.

BS/CCS/UFPB

CDU: 616.31(043.2)

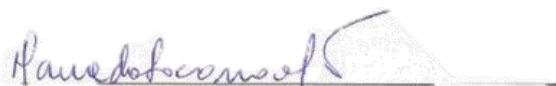
ARETHA VIEIRA GUEDES

**A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIAS NA PREVENÇÃO
E NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL**

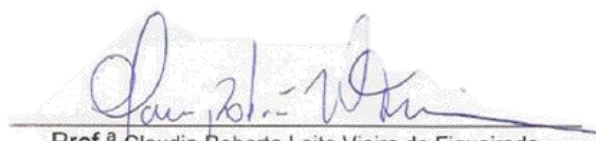
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Odontologia, da Universidade
Federal da Paraíba, em cumprimento às
exigências para conclusão.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Aragão, doutora em
Patologia Bucal.

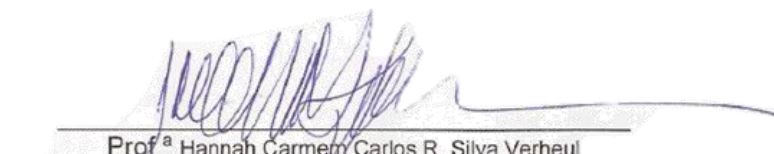
Monografia aprovada em 23 / 11 / 2017



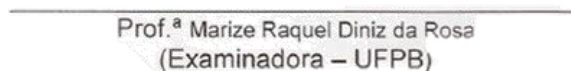
Prof.^a Maria do Socorro Aragão
(Orientadora – UFPB)



Prof.^a Claudia Roberta Leite Vieira de Figueiredo
(Examinadora – UFPB)



Prof.^a Hannah Carmem Carlos R. Silva Verheul
(Examinadora – UFPB)



Prof.^a Marize Raquel Diniz da Rosa
(Examinadora – UFPB)

*À minha família, principalmente
meus dois amores, Júnior e
João Marcos, dedico.*

AGRADECIMENTOS

Eu gostaria de agradecer ao meu marido João Bezerra Guedes Junior e meu filho João Marcos Vieira Guedes por todo apoio, carinho e compreensão com o tempo que tive de dedicar à universidade. Amor, hoje te amo mais do que ontem e menos do que amanhã. Sem o suporte de vocês e dos meus sogros João e Eugênia, eu jamais conseguiria estudar ou escrever.

À minha mãe Fátima, uma mulher cuja força, perseverança e dignidade sempre foram fontes de inspiração para mim, foi mãe, Maria de Fátima Vieira das Neves Lira, pai e “multimulher” e conseguiu educar com qualidade as quatro filhas sozinha. Agradeço também ao meu “pai-drasto” José de Sousa Lira, que me deu carinho como um pai e é assim que o considero. Agradeço as minhas irmãs, Ariadne, Daphne, Penélope e Kalinka pelos momentos maravilhosos que passamos durante nossa vida, assim como pelos sobrinhos mais queridos que a titia poderia querer, Rafael, Helena, Eduardo, Pietra, Jorge Luís, Felipe e Pedro Henrique.

Agradeço também à minha orientadora Prof^a. Dr^a Maria do Socorro Aragão por ter me aceitado como orientanda, extensionista e monitora. Obrigada por sempre acreditar no meu potencial. Agradeço também às professoras e funcionários de Patologia Bucal pelo apoio e pelo projeto maravilhoso. Aos pacientes que tive o imenso prazer de atender em minha jornada acadêmica e aos Cirurgiões-dentistas que gentilmente se voluntariaram para esta pesquisa.

Aos meus colegas de curso da turma 2017.2, professores e funcionários do curso de Odontologia, obrigada pelos ótimos anos de universidade, foi uma experiência inesquecível. Em especial, aqueles que estiveram mais próximos a mim, Camila B. Aires, Hamilton de Brito e M^a Ariadne Gama. Conversar com vocês é sempre um prazer imenso.

Por fim, agradeço a todos familiares, amigos e conhecidos que de algum modo ajudaram na minha formação. Obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS

CCS	Centro de Ciências da Saúde
CB	Câncer Bucal
CD	Cirurgião-dentista
C.C.E.	Carcinoma de Células Escamosas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCOS	Departamento de Clínica e Odontologia Social
ESF	Equipe Saúde da Família
INCA	Instituto Nacional de Câncer
QA	Queilite Actínica
LPB	Laboratório de Patologia Bucal
PB	Paraíba
PSF	Programa Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela I	Perfil acadêmico dos cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa.....	24
Tabela II	Perfil do conhecimento teórico dos CDs em câncer bucal.....	25
Tabela III	Fatores de risco do câncer bucal, segundo os cirurgiões-dentistas.....	26
Tabela IV	Aspectos mais comuns do câncer bucal.....	27
Tabela V	Análise estatística do conhecimento básico sobre Câncer Bucal em relação ao ano do último curso de capacitação em CB.....	29
Tabela VI	Análise estatística do conhecimento básico sobre Câncer Bucal em relação à autoavaliação dos CD em relação ao conhecimento em CB.....	30
Tabela VII	Análise estatística do conhecimento básico sobre Câncer Bucal em relação à autoavaliação dos CD sobre o ensino em CB que receberam durante a graduação.....	31

RESUMO

O câncer bucal um problema de saúde pública a nível mundial, apesar de uma enfermidade que poderia ser curado ou, ao menos, oferecido um prognóstico mais favorável ao paciente, caso fosse diagnosticado em estágios iniciais. Um dos fatores que podem resultar na falta de um diagnóstico precoce é uma deficiência na formação profissional e/ou na educação continuada do profissional cirurgião-dentista. O objetivo deste trabalho foi verificar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas da Equipe Estratégia Saúde da Família, do município de João Pessoa-PB, sobre Câncer Bucal. Foi um estudo de natureza observacional, com abordagem quantitativa descritiva e transversal, no qual foi aplicado um questionário com perguntas fechadas como instrumento de coleta de dados. Os resultados obtidos foram analisados através do GNU-PSPP Statistical Analysis Software, no qual foram categorizados para serem submetidos à análise descritiva por meio de frequência simples e relativa. Os resultados mostraram que dos 70 profissionais entrevistados, a maioria era composta por mulheres (78,57%), com idade entre 40 e 60 anos (44,29%), mais de vinte anos de graduação (45,72%), pós-graduados (78,7%) e formados na UFPB (70%). Mais de 70% dos CDs consideraram a leucoplasia como lesão pré-maligna mais relacionada ao câncer bucal, a úlcera indolor como aspecto inicial da lesão, e o consumo de tabaco e de álcool, exposição solar e prótese mal adaptada como principais fatores de risco. O C.C.E. foi apontado como câncer bucal mais comum por 50% dos entrevistados. Quanto à realização da biopsia, entretanto, a maioria dos profissionais afirmou que não se sentia capacitado a realizar este exame (97,72%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os que avaliaram bem o ensino que obtiveram durante a graduação e o autoconhecimento sobre o Câncer bucal. Também não houve significado estatístico entre os cirurgiões-dentistas que participaram de cursos de atualização sobre câncer, ao longo do último ano, e os que não o fizeram. Conclui-se que, embora a maioria dos cirurgiões-dentistas avaliados tenha demonstrado conhecimentos satisfatórios relacionados ao câncer bucal, é necessária a conscientização destes profissionais sobre a importância de colocar em prática, em suas atividades laborais, meios de detecção e prevenção da doença.

.

Palavras-chave: Câncer oral; saúde; educação continuada.

ABSTRACT

Oral cancer is a worldwide public health problem and could be cured or, at least, had a more favorable prognosis to the patient if diagnosed in the early stages. One of the factors that may result in the lack of an early diagnosis is a deficiency in professional training and/or continuing education of the professional dentist. The objective of this study was to verify the knowledge of dentists of the da Equipe Estratégia Saúde da Família, in the city of João Pessoa-PB, on Oral Cancer. It was an observational study, with a descriptive and transversal quantitative approach, in which a questionnaire with closed questions was applied as instrument to collect data. The results were analyzed through the GNU-PSPP Statistical Analysis Software, in which they were categorized, analyzed and described by simple and relative frequency. The results showed that of the 70 professionals interviewed, the majority were women (78.57%), aged 40 to 60 (44.29%), more than twenty years of graduation (45.72%), post-graduate (78.7%) and graduated from the UFPB (70%). More than 70% of the dentists considered leukoplakia as the pre-malignant lesion most related to oral cancer, a painless ulcer as the initial lesion' aspect, and tobacco and alcohol consumption, sun exposure and maladaptive prosthesis as the main risk factors. Squamous cell carcinoma was identified as the most common oral cancer by 50% of the interviewees. About the biopsy test, however, most of the professionals stated that they did not feel capable of performing it (97.72%). There was no statistically significant difference between those who evaluated well the teaching that they obtained during graduation and the self-acknowledgment about oral cancer. There was also no statistical significance among dentists who attended oral cancer update courses over the last year and those who did not. It is concluded that, although most dentists interviewee have demonstrated satisfactory knowledge related to oral cancer, it is necessary to raise awareness of these professionals on the importance of putting into practice, in their work activities, means of detection and prevention of the disease.

Keywords: Oral cancer; health education; learning.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	13
3	PROPOSIÇÃO	21
4	METODOLOGIA.....	22
	4.1 População e amostra	22
	4.2 Coleta de dados	22
	4.3 Análise dos dados	23
5	RESULTADOS.....	25
	5.1. Perfil dos cirurgiões-dentistas.....	25
	5.2 Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o câncer bucal.....	26
	5.2 Análise estatística	30
6	DISCUSSÃO	34
	6.1 Perfil dos cirurgiões-dentistas.....	34
	6.2 Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o câncer bucal.....	36
	6.2 Análise estatística.....	40
7	CONCLUSÃO.....	42
	REFERÊNCIAS	43
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	47
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO ESTUDO.....	49
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	52

1 INTRODUÇÃO

O câncer bucal é considerado um problema de saúde pública mundial e poderia ser curado ou, ao menos, oferecido um prognóstico mais favorável ao paciente, caso fosse diagnosticado em estágios iniciais, tendo em vista que as elevadas taxas de morbimortalidade registradas por este tipo de câncer foram mais relacionadas ao diagnóstico tardio. Têm-se observado que um dos fatores que podem resultar na falta de um diagnóstico precoce é uma deficiência na formação profissional e/ou na educação continuada do profissional cirurgião-dentista (ALVES, 2012, TORRES, 2016)

Segundo Soares, (2014), dentre os cânceres que afetam a região da cabeça e pescoço, o câncer bucal representa quarenta por cento dos casos. Destes, o Carcinoma de Células Escamosas (C.C.E.) foi registrado como a neoplasia maligna que tem maior frequência na cavidade bucal, correspondendo a aproximadamente noventa e quatro por cento dos tumores malignos desta região (TORRES et al, 2016; NEVILLE et al, 2016).

No Brasil, de acordo com os dados do INCA (BRASIL, 2015), estima-se uma ocorrência de 15.490 de casos novos de câncer bucal, para o biênio 2016/2017. Será o quinto local de maior incidência de câncer entre os homens e o novo entre as mulheres. Na Paraíba, a estimativa é de que ocorram cerca de 150 casos novos de câncer bucal entre os homens ao longo de um ano, e, de 110 entre as mulheres. Em média, dezenove por cento desses casos ocorreriam na capital, João Pessoa.

A etiologia da doença câncer é multifatorial. Não há uma causa específica que deflagre a doença, assim como, não há como impedir que esta inicie. Com isto, o meio para prevenir o câncer bucal passa a ser qualitativo, a partir da educação tanto da população, em relação aos fatores de risco e à importância do autoexame bucal, quanto dos profissionais de saúde bucal, para que possam identificar os primeiros sinais de câncer e também repassar as informações de prevenção pertinentes às comunidades onde atuam (PINHEIRO; CARDOSO; PRADO, 2010).

Entre os fatores de risco mais relacionados ao desenvolvimento do câncer bucal citam-se o fumo e o álcool. Somados a estes, existe a exposição repetitiva à radiação solar, que geralmente está associada ao câncer de lábio, principalmente, lábio inferior. Nestes casos, por exemplo, onde simples atos de prevenção podem evitar e/ou aumentar a taxa de sobrevivência do paciente, é possível que o profissional de saúde oriente a comunidade para alterar e até neutralizar esta perversa relação de causa-efeito (PINHEIRO; CARDOSO; PRADO, 2010).

A falta de um diagnóstico precoce das lesões bucais e o encaminhamento do paciente para serviços especializados que conduzam a um diagnóstico conclusivo são fatores que contribuem para o aumento de incidência do câncer bucal. Além disso, deficiência no conhecimento de alguns Cirurgiões-Dentistas, sobre fatores de risco da doença, dificulta o planejamento de ações de prevenção dessa morbidade (SOUZA-CRUZ, 2014, SOARES, 2014).

Considerando-se o câncer bucal como um problema de saúde pública no Brasil, e tendo em vista que as elevadas taxas de morbimortalidade registradas por este tipo de câncer estão associadas à falta do diagnóstico precoce por uma deficiência na formação profissional e/ou na educação continuada do cirurgião-dentista, torna-se imperativo conhecer como os profissionais da saúde, principalmente os cirurgiões-dentistas, estão preparados para o diagnóstico desta doença, medindo o conhecimento dos mesmos acerca do câncer bucal.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O câncer bucal é uma doença reconhecida como problema de Saúde Pública, onde o Sistema de Saúde reconhece a necessidade de sua prevenção, e apresenta um quadro dramático de morbimortalidade (HAYASSY, 1998).

A preocupação com a elevada taxa de mortalidade e morbidade do câncer de boca no Brasil é relatada há mais de cem anos (BRASIL, 2009).

A prevenção e o controle do câncer necessitam de uma maior atenção na área de serviços assistenciais, em detrimento ao constante aumento no número de novos casos, a fim de se chegar a um diagnóstico precoce, que favorecerá o tratamento, e evitará morte prematura e desnecessária da população (BRASIL, 2013).

O câncer já afetou, aproximadamente, vinte milhões de pessoas, no mundo, tornando-se, assim, um conjunto de patologias que é um problema de saúde pública mundial. Cerca de 8,2 milhões de pessoas morrem no mundo devido ao câncer, por ano. Destes, 190 mil ocorrem no Brasil, o que torna o câncer como a segunda causa de morte no país. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), um terço dos casos de câncer poderiam ser evitados através do controle da patologia com políticas públicas mais adequadas e um maior envolvimento da sociedade (BRASIL, 2015).

Segundo relatos de Santos (2012), o número de novos casos de câncer bucal estimado no Brasil para 2010 era de 14.120 mil (10.330 mil homens e 3.790 mil mulheres), ocupando a sétima posição entre todos os tipos de câncer. Os dados de 2007 demonstraram que o número de óbitos por esta doença foi de 6.064 mil (4.814 mil do gênero masculino e 1.250 mil do gênero feminino).

De acordo com os dados do INCA (Brasil, 2015), estima-se uma ocorrência de 15.490 de casos novos de câncer bucal, relativo ao biênio 2016/2017. Destes, 11.140 casos novos de câncer da cavidade bucal ocorrerão em homens e 4.350 mil, em mulheres. Tais valores correspondem a um risco estimado de 11,27 casos novos a cada 100 mil homens e 4,21 a cada 100 mil mulheres. A boca é o quinto local de maior incidência de câncer entre as pessoas do gênero masculino e nono entre as do gênero feminino (SOBRAL, 2014). Na região Nordeste, sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer da cavidade bucal em homens é o quinto mais frequente, e em mulheres, ocupa a

nona posição. Na Paraíba, o INCA (Brasil, 2015) estima que ocorram cerca de cento e cinquenta casos novos de câncer bucal entre os homens ao longo de um ano, porém, entre as mulheres, a incidência cai para cento e dez. Em média, dezenove por cento desses casos ocorreriam na capital, João Pessoa. Das ocorrências na capital paraibana, quinze por cento estariam representados pelo câncer labial.

O câncer de lábio inicia como um processo crônico devido à exposição contínua à luz solar, o que favorece o desenvolvimento de uma lesão potencialmente pré-cancerosa, a Queilite Actínica (QA). Esta, se não tratada, tem a potencialidade de se transformar em C.C.E.. E, mesmo o lábio sendo um sítio de fácil visualização tanto para o paciente, quanto para o profissional de saúde, estas lesões são comumente negligenciadas (SANTOS, 2012).

À nível mundial, as maiores taxas de incidência de câncer bucal ocorrem no Paquistão, Brasil, Índia e França. E, correspondem a aproximadamente trinta por cento dos tumores relacionados à região de cabeça e pescoço. O tumor maligno de maior incidência na cavidade bucal é o C.C.E. também denominado de carcinoma espinocelular ou epidermoide, que representa cerca de 95% das lesões malignas nesta região. (SOARES, 2014, VOLKWEIS, 2014). Esse carcinoma pode estar associado ou ser precedido por uma lesão pré-cancerosa, especialmente a leucoplasia (NEVILLE et al, 2016).

O câncer bucal é uma condição de origem multifatorial, e a sua incidência está aumentando na maioria dos países, especialmente naqueles em desenvolvimento. Os principais fatores de risco associados à doença são o tabagismo, o etilismo, infecções pelo Papiloma vírus Humano (HPV), principalmente, pelos tipos 16 e 18. O hábito de fumar e beber, juntos, estabelece um sinergismo entre esses dois fatores de risco, aumentando o desenvolvimento desse tipo de câncer (SOUZA-CRUZ, 2014, SOARES, 2014, BRASIL, 2015). A exposição prolongada à radiação solar predispõe ao câncer de lábio (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015). Alterações genéticas, que incluem desde a ativação de proto-oncogenes (pelos: *CDKN2A*, *MYC*, *RAS*, *PIK3CA* e *EGFR*) até a inativação de genes supressores de tumores (tais como: *p16INK4A*, *TP53* e *PTEN*), também são observadas participando do desenvolvimento do câncer oral, porém, estas alterações são complexas, e, muitas vezes, estão inter-

relacionadas (PAIVA, 2010). Na cavidade bucal, a infecção pelo HPV está associada ao câncer de base de língua (BRASIL, 2015).

Um estudo de revisão sistemática, realizado por Sobral (2014), para verificar a correlação entre o Papilomavírus Humano (HPV) e o C.C.E. Bucal revelou que a presença de diversos carcinógenos, atuando concomitantemente, impediu conclusões precisas e apontaram para uma ação sinérgica do HPV com outros carcinógenos que, de fato, potencializaria o desenvolvimento de uma neoplasia maligna.

Medidas preventivas serão necessárias para reduzir o surgimento do câncer, o que deverá ocorrer mediante o controle dos fatores de risco relacionados à doença; educação em saúde (BRASIL, 2012; VIDAL, 2009); orientação de promoção e prevenção dirigida à sociedade; geração de opinião pública; apoio e estímulo à formulação de leis que proporcionem o monitoramento de ocorrência dos casos. O sucesso dessas ações está vinculado a propostas em informações pertinentes e de qualidade, e análises epidemiológicas oriundas dos sistemas de informação e vigilância do câncer vigente nas diversas localidades/países, que funcionarão como base para a tomada de decisões (BRASIL, 2009, BRASIL, 2015).

Ações para controlar os fatores de risco, bem como o exame clínico feito por profissional de saúde capacitado, são consideradas as melhores formas de diminuir a incidência e a mortalidade da doença. A identificação de lesões precursoras ou do câncer em estágios iniciais possibilita um melhor tratamento, com menos agressividade e, conseqüentemente, uma melhor sobrevida (BRASIL, 2013).

A localização da lesão está diretamente relacionada com o diagnóstico e prognóstico. O câncer de lábios, por exemplo, tem um bom prognóstico, por ser facilmente detectado e diagnosticado precocemente, quando comparado com as lesões em outras áreas da boca. Por outro lado, os tumores localizados no palato duro e na mucosa da bochecha apresentam o pior prognóstico. Estudos evidenciaram que a localização do tumor, o consumo de tabaco e as características patológicas estão relacionadas à recorrência do câncer e devem ser consideradas ao planejar o tratamento (SOARES, 2014). Outras variáveis relacionadas são comorbidades associadas, estado de nutrição ou imunidade, o

sítio tumoral e a expressão do respectivo oncogene. Contudo, o estágio do câncer no momento do diagnóstico continua sendo o indicador mais importante do prognóstico de câncer bucal. Quanto mais avançado, pior será o prognóstico (SOARES, 2014, OLIVEIRA, 2013).

O tempo do desenvolvimento – e a demora para haver o diagnóstico – das lesões na cavidade bucal, e a idade do paciente são peças fundamentais na determinação da morbidade do câncer bucal. O câncer oral em pacientes jovens apresenta características biológicas diferentes das observadas em idosos. A escolha para o tratamento mais adequado depende de fatores como: tumor restrito a um sítio, extensão primária, idade e envolvimento ganglionar. Diversos estudos identificaram que o tratamento cirúrgico em conjunto com quimio e radioterapia apresentaram um melhor prognóstico em pacientes com câncer na cavidade bucal e orofaringe (SOUZA-CRUZ, 2014, VOLKWEIS, 2014).

Torres (2016) enfatiza a importância de pesquisas futuras sobre o câncer bucal na população idosa portadora de câncer por representar um grupo de risco que está relacionado a uma maior morbimortalidade e prognóstico reservado.

Nenhum fator de risco é tão decisivo para o bom prognóstico do câncer, quanto o diagnóstico precoce. Contudo, isto requer uma ação conjunta do governo, ao utilizar, por exemplo, campanhas e meios de comunicação em massa para atingir uma quantidade substancial da população, e a colaboração do profissional cirurgião-dentista que deve reconhecer lesões precoces de câncer bucal, além de desenvolver ações adequadas de promoção e educação em saúde, e de aconselhamento acerca dos fatores de risco (DINGUELESKI, et al., 2016, BRASIL, 2015).

Em relação às principais causas de falha no tratamento, citam-se: recorrência local, recorrência regional e metástase à distância. A recorrência regional nos linfonodos é a modalidade mais predominante. A taxa de sobrevivência diminui com o aumento do número de linfonodos metastáticos envolvidos, e quanto mais longe se estender da lesão primária, pior é o prognóstico. Enquanto que, o sítio primário, o local do foco inicial e da recorrência, a ausência de outras doenças assossiadadas, e os cuidados paliativos não influenciaram na taxa de sobrevivência após a recorrência (ALVES, 2012, SOUZA-CRUZ, 2014).

A maior taxa de sobrevivência é observada entre os pacientes que não apresentam envolvimento de linfonodos durante o diagnóstico, e que foram submetidos a cirurgias nos estágios iniciais. Ratificando assim a necessidade de um diagnóstico precoce (OLIVEIRA, 2013).

O C.C.E. apresenta maior incidência em pacientes brancos, do gênero masculino, com idade entre cinquenta e sessenta anos, solteiro, baixo nível socioeconômico, em sua maioria, agricultores ou donas de casa que estudaram apenas a escola primária. Este mesmo estudo não conseguiu associar o local da lesão e a recorrência à taxa de letalidade, entretanto, esta associação é clara com os hábitos de tabagismo e alcoolismo (SOUZA-CRUZ et al , 2014; SOARES, 2014). A taxa geral de sobrevida em cinco anos foi de 42%, sendo que os pacientes com câncer de lábios não representaram nenhum dos casos de óbitos. Uma incidência menor também foi observada no vestíbulo e palato. As piores taxas de sobrevida foram as lesões localizadas na língua e no assoalho da boca (OLIVEIRA, 2013).

Em países de primeiro mundo, a maior parte dos pacientes são tratados em estágio inicial, enquanto que, nos países emergentes, os tumores avançados são os mais encontrados nos ambulatórios públicos. Uma vez que parte dos pacientes procura diretamente o cirurgião-dentista quando tem queixas relacionadas à cavidade bucal, para tal diagnóstico, esse profissional deve conhecer os fatores de risco para essa neoplasia, estar habilitado a realizar um exame clínico completo da cavidade bucal e biópsia de lesões suspeitas (FALCÃO, 2010; PINHEIRO, CARDOSO, PRADO, 2010). Assim sendo, a avaliação do grau de conhecimento que os profissionais da atenção primária têm sobre câncer de boca, em especial os cirurgiões-dentistas, é imprescindível para o delineamento de ações que contemplem capacitações em caráter contínuo e estabelecimento de um fluxo de referenciamento com o objetivo de estabelecer uma vigilância permanente (ANDRADE et al, 2014).

No imaginário popular, ao se falar em câncer, já se associa à dor, sofrimento e morte. O que, em muitos casos, é o que de fato acontece. Algumas culturas, inclusive, evitam pronunciar esta palavra com medo que atraia a patologia para si. Ao invés de temido, o câncer deveria ser conhecido. Pois, é através do conhecimento acerca dos fatores de risco e das lesões iniciais que

se pode realmente prevenir a incidência dos diversos tipos de cânceres, inclusive o câncer bucal (LEMOS JUNIOR et al, 2013).

A educação popular em saúde mostra-se como uma excelente ferramenta de popularização e difusão do conhecimento técnico-científico, aproximando a população, os profissionais e desmistificando a doença, que, colocada mais próxima à população, viabiliza a identificação de fatores de risco e a busca pela prevenção/diagnóstico, embora os profissionais necessitem de treinamento adequado (VIDAL, 2009). Muitas pesquisas reafirmam o desenvolvimento do câncer bucal com associação direta aos hábitos e estilo de vida da população, ratificando e caracterizando a influência da educação (BRASIL, 2012; VIDAL et al, 2012).

Havendo informação e conscientização da população através dos profissionais de saúde, podemos alcançar níveis ótimos, não somente na detecção precoce, bem como na prevenção do câncer de boca. Porém para que isso ocorra os próprios profissionais deverão reavaliar suas condutas e procedimentos no tocante a tais informações (ALVES et al, 2002).

Em 1938, Mário Kroeff, ministrou palestras, nas quais procurava conscientizar a comunidade em geral e os profissionais de saúde sobre a importância do diagnóstico precoce dessa doença (VIDAL et al, 2005).

Embora seja muito difícil atuar na estrutura da cultura dos usuários, se os aspectos de educação em saúde bucal forem enfatizados, com o passar do tempo serão internalizados, contribuindo para a manutenção da saúde bucal da população. Para conseguirmos isto, não basta explicarmos bem as causas das doenças, como evitá-las e exigirmos que aprendam, é necessário criar recursos para estimular a vontade de aprender, despertar sua atenção e interesse, ou seja, motivá-la (DIAS et al, 2005).

O uso de meios de comunicação de grande alcance para a veiculação das informações, além de campanhas expressivas, pode ajudar a aumentar a participação da população, pois essas campanhas auxiliam na conscientização e conhecimento sobre a doença. São efetivas também para promover educação e aconselhamento aos pacientes com relação a fatores de risco e como reduzi-los. No entanto, devido à magnitude e ao custo, muitas dessas ações são operacionalmente dificultadas (FRANÇA et al, 2010).

Historicamente, poucas foram as ações organizadas pelo Governo em relação à prevenção do câncer bucal, à nível nacional. Um reflexo disto pode ser observado em um tratamento com maior custo social e econômico, pois a tendência é que a doença seja detectada mais tardiamente, resultando também em um prognóstico reservado, com deformidades, invalidez e até o óbito do paciente (LEMOS JUNIOR et al, 2013, SOARES, 2014).

Segundo Lúcio (2012), um fator importante é o conhecimento sobre o tema, mesmo que o câncer seja um problema de saúde mundial, poucos estudos acerca do tema foram feitos entre os anos de 2007 e 2011, no Brasil. E as que foram feitas, geralmente não tiveram continuidade na produção do conhecimento científico.

Em um estudo realizado com graduandos de Odontologia, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, observou-se que, estes, possuíam um relevante conhecimento, que crescia exponencialmente, a partir do segundo ano de curso, para detectar e diferenciar lesões malignas. Em contrapartida, os alunos de Enfermagem, da mesma universidade, apresentaram pouco conhecimento sobre o tema ou capacidade de detectar as lesões (OLIVEIRA, 2013).

Para Sultana Bashar e Molla (2013) são necessárias campanhas educacionais contínuas a nível comunitário e nacional para que haja uma conscientização pública sobre a importância de um exame odontológico de rotina, tendo o cirurgião-dentista um papel primordial na prevenção do câncer bucal e no diagnóstico precoce. Ressaltando a importância da população sobre as medidas específicas e gerais para a prevenção do câncer bucal. Com medidas de educação na comunidade e ações nacionais, pode-se melhorar a saúde da população e diminuir a morbimortalidade do câncer bucal.

Os altos índices de mortalidade por câncer de boca, no Brasil e no mundo decorrem do diagnóstico ainda tardio (BRASIL, 2012).

A prevenção e o controle do câncer necessitam de uma maior atenção na área de serviços assistenciais, em detrimento ao constante aumento no número de novos casos, a fim de se chegar a um diagnóstico precoce, que favorecerá o tratamento, e evitará morte prematura e desnecessária da população (BRASIL, 2015).

Quando o diagnóstico do CCE é realizado precocemente, o paciente pode ter melhor qualidade de vida e alta taxa de sobrevida. O inverso pode ser dito sobre os pacientes com diagnóstico tardio. O diagnóstico tardio de lesões bucais, mais especificamente do CCE, pode estar associado a uma má orientação de profissionais na indicação do tratamento adequado; ao temor do paciente em receber o diagnóstico de alguma alteração na boca; ou, àqueles pacientes que se incomodam apenas quando a estética fica comprometida pela deformidade, ocasionada pelo crescimento tumoral (TUCCI et al., 2010).

3 PROPOSIÇÃO

Considerando a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer bucal, a atenção primária à saúde é essencial para o desenvolvimento dessas ações, e a atenção odontológica exerce papel estratégico nesse enfrentamento. Portanto, objetivou-se identificar os conhecimentos e comportamentos dos cirurgiões-dentistas, da Equipe Estratégia Saúde da Família (ESF), do município de João Pessoa-PB, quanto a prevenção do CB durante o atendimento ao público nas ESF.

4 METODOLOGIA

O presente estudo é de natureza observacional, com abordagem quantitativa descritiva e transversal, no qual será aplicado um questionário com perguntas fechadas como instrumento de coleta de dados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba-CEP/CCS/UFPB, de acordo com a Resolução CNS 466/2012, que regulamenta pesquisas e testes em seres humanos, sob o número CAEE 70959617.5.0000.5188 (Anexo A).

4.1 População e amostra

Dos 108 cirurgiões-dentistas da Equipe de Saúde da Família, do município de João Pessoa-PB, participantes das Palestras de Atualização “A importância da Educação Continuada de Cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família”, ministrada no auditório do Centro de Ciências da Saúde/UFPB pelas Professoras Doutoras M^a do Socorro Aragão e Claudia Roberta Leite Vieira de Figueiredo e de participação voluntária, foram escolhidos, aleatoriamente, 70 CDs, pois aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e responder ao questionário antes do início da palestra. Estes profissionais foram indicados a comparecer pelo coordenador da Secretaria de Saúde municipal, tendo sua falta na unidade de saúde justificada, uma vez que seu horário de trabalho seria dedicado à Palestra de Atualização.

4.2 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada durante as quatro Palestras de Atualização realizadas no CCS no segundo semestre de 2017, dentre os CD participantes que aceitaram responder ao questionário antes do início da palestra, para que suas respostas não fossem influenciadas por esta. Sendo o tempo hábil de

resposta determinado pelos minutos que o CB chegou antes do início da palestra.

O questionário (Apêndice B) foi previamente elaborado para esta pesquisa, porém, adaptado de dois estudos: um realizado por Pinheiro, Cardoso e Prado (2010), e o outro, por Falcão et al (2010), cuja metodologia adotada, em ambos, tem similaridades com este trabalho. O conteúdo do questionário abordava o perfil sociodemográfico dos participantes (idade, gênero, especialização); variáveis sobre diagnóstico e prevenção do câncer oral; variáveis sobre ensino da graduação relacionado ao câncer bucal e educação continuada nesta área.

A pesquisa foi desenvolvida durante o período de setembro a novembro de 2017. O questionário foi entregue por meio de abordagem direta, descartando-se o envio postal, sendo respondido pelo próprio participante, sem qualquer interferência, permitindo que ele se expressasse livremente. Os questionários ficarão guardados na sala de Patologia Bucal no CCS/UFPB por 5 anos, separados por dois envelopes: um com os TCLE e outro com os questionários em si, impossibilitando a identificação de quais profissionais preencheram determinados questionários. Dos 108 CB presentes nas quatro palestras, 32 chegaram atrasados e não puderam participar da pesquisa, e 6 se recusaram a participar ou não devolveram o questionário.

4.3 Análise dos dados

Para a análise, os dados obtidos do questionário foram inseridos em planilha do Pacote Office Excel® e posteriormente transferidos para um banco de dados utilizando o pacote estatístico livre GNU PSPP Statistical Analysis Software, versão 0.6.2., no qual foi realizado um processo de conferência, limpeza e codificação. Os dados de caracterização dos sujeitos foram submetidos à análise descritiva por meio de frequência simples e relativa. Os participantes do estudo foram categorizados com a finalidade de comparar a frequência de acertos as questões referentes aos fatores de risco e lesões pré-cancerizáveis. As categorias foram: participação em curso de capacitação no

último ano ou a mais de um ano; percepção quanto ao conhecimento a respeito do nível de conhecimento sobre câncer bucal; e como classifica o conhecimento obtido durante a graduação sobre o tema.

5 RESULTADOS

5.1. Perfil dos cirurgiões-dentistas

Cento e oito cirurgiões-dentistas da Rede Básica de Saúde, do município de João Pessoa/PB, participaram das Palestras de Atualização do Estudo. Destes, 70 (75,6%) tiveram seus questionários incluídos na pesquisa, pois preencheram aos dois critérios de inclusão: assinar o TCLE e responder antes do início da palestra de atualização em câncer bucal. Na tabela I temos um panorama geral com o perfil dos CD participantes do estudo. A maioria dos CDs era do gênero feminino (n = 55, 78.57%), com idade média de 48.5 anos, sendo que a maioria possuía entre 40 e 60 anos (n = 31, 44.29%). Quase a metade dos profissionais concluiu o Curso de Graduação nas décadas de 80 e 90 (n = 32, 45.72%).

Com relação à Instituição de Ensino Superior de origem, a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) foi a que registrou maior número de ex-alunos trabalhando na Atenção Básica do Serviço Público (n = 49, 70%), seguido pelo Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ (n = 10, 14.28%) e outras universidades (n = 7, 10%). Quatro não informaram a Instituição de origem (5.72%). Mais da metade iniciou a carreira profissional no Sistema Público de Saúde (n = 46, 65.72%). (TABELA I)

Observou-se que há, na Atenção Básica, uma grande concentração de profissionais especialistas (n = 55, 78.57%). A principal área de especialização foi Saúde Coletiva (n = 32, 45.72%), seguida de Endodontia (n = 8, 11.42%), Ortodontia (n = 6, 8.57%) e Prótese (n = 4, 5.71%). Apenas dois CDs tinham outro tipo de pós-graduação além da especialização, um (1.43%) com Mestrado em Estomatologia e Doutorado em Endodontia, e outro com aperfeiçoamento em cirurgia (n = 1, 1.43%). (TABELA I)

Tabela I: Perfil acadêmico dos cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa.

Perfil do CD	RESPOSTAS							
	Feminino				Masculino			
	n		%		n		%	
Gênero	55		78,7		15		21,43	
Idade	Menos de 40 anos		Entre 40 e 60 anos		Mais de 60 anos		Não informou	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	20	28,56	31	44,29	17	24,28	2	2,87
Ano de graduação	Entre		Antes de 1980		1980 e 1999		Depois de 2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	15	21,43	32	45,72	23	32,85		
Tipo de inserção no mercado de trabalho	Rede pública		Rede privada		Rede privada e pública		Não informou	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	46	65,72	2	2,86	19	27,14	3	4,28
Instituição de graduação	UFPB		UNIPÊ		Outras		Não informou	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	49	70	10	14,28	7	10	4	5,72
Possui especialização	Sim				Não			
	n		%		n		%	
	55		78,7		15		21,43	

5.2 Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o câncer bucal

Quanto à opinião dos CDs sobre o ensino em câncer bucal que receberam durante a graduação, metade considerou-o como bom (n = 35, 50%). Enquanto que 24 (34.29%) acreditaram ter sido insatisfatório.

Uma pequena amostra considerou como muito bom ou muito insatisfatório (n = 4, 5.71% e n = 7, 10%, respectivamente). Ao serem questionados sobre o papel do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico do câncer bucal, 66 (94.29%) profissionais opinaram que o papel é de grande importância, enquanto 4 (5.71%) acharam que era de média/regular importância ou não quiseram opinar. (TABELA II)

Quando questionados sobre a percepção individual acerca do próprio nível de conhecimento sobre diagnóstico e prevenção do CB que tiveram durante a graduação, mais da metade dos CD se consideraram bons (n = 42, 60%), enquanto alguns se autodenominaram com nível de conhecimento regular ou insuficiente (n = 24, 34.29%). Apenas um afirmou ser ótimo no diagnóstico de CB (1.43%) e três se abstiveram de responder (4.28%). (TABELA II)

Sobre examinar os tecidos moles dos pacientes em suas consultas iniciais, metade afirmou realizar este tipo de exame sempre (n = 50, 71.43%), 13 (18.57%) o realizavam ocasionalmente e 7 (10%) apenas o faziam quando havia queixa do paciente. A conduta dos CD frente a um paciente tabagista e etilista também foi questionada, a maioria afirmou orientar sobre os malefícios do consumo de álcool e tabaco (n = 66, 94.29%). O restante (n = 4, 5.71%), não questiona o paciente sobre seus hábitos durante a anamnese. (TABELA II)

Com relação à participação em Curso de Atualização sobre câncer bucal, mais da metade dos CDs afirmaram ter participado cerca de um ano (n = 50, 71.43%). 12 (17.14%) o fizeram entre dois e cinco anos e, 8 (11.43%) não recordam o ano que participaram ou nunca o fizeram. Na tabela II temos o perfil do conhecimento teórico dos CDs em câncer bucal.

Tabela II: Perfil do conhecimento teórico dos CDs em câncer bucal obtidos na graduação.

Ensino que obtiveram durante a graduação sobre CB	Muito bom		Bom		Insatisfatório		Muito insatisfatório			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
	4	7,41	35	50	24	34,29	7	10		
Último curso em câncer bucal (em anos)	Ano passado		Entre 2 e 5 anos		Há mais de 5 anos		Nunca		Não lembro	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	50	71,43	11	15,71	1	1,43	4	5,72	4	5,72
o papel do CD na prevenção e diagnóstico do CB	Grande		Média		Regular		Não sei			
	n	%	N	%	n	%	N	%		
	66	94,29	1	1,43	2	2,86	1	1,43		

Os CDs foram questionados sobre os fatores de risco do câncer bucal. O consumo de tabaco foi o mais apontado pelos CD (n = 67, 95.71%). Seguido pela exposição solar (n = 59, 84.28%), consumo de álcool (n = 58, 82.86%),

prótese mal adaptada (n = 56, 80%), histórico familiar de câncer (n = 55, 77.14%) e higiene oral deficiente (n = 40, 57,14%). O estresse emocional (n = 36, 52.43%) recebeu escore maior do que o câncer prévio (n = 31, 44.29%). Baixo consumo de frutas e vegetais (n = 17, 24.29%), dentes cariados (n = 17, 24.29%) e sexo oral (n = 18, 25.71%) foram apontados por aproximadamente 25% dos participantes. O contágio direto (n = 2, 2.86%) e as drogas injetáveis (n = 6, 8.57%) foram os menos indicados como fator de risco pelos profissionais de saúde. Na tabela III podemos observar os fatores de risco do câncer bucal, segundo os cirurgiões-dentistas.

Tabela III: Fatores de risco do câncer bucal, segundo os cirurgiões-dentistas.

Fatores de risco	Resposta				Total	
	Sim		Não			
	n	%	n	%	n	%
Consumo de tabaco	67	95,72	3	4,28	70	100
Exposição solar	59	84,28	11	15,72	70	100
Consumo de álcool	58	82,86	12	17,14	70	100
Prótese mal adaptada	56	80	14	20	70	100
Histórico familiar de câncer	54	77,14	16	22,86	70	100
Higiene oral deficiente	40	57,14	30	42,86	70	100
Estresse emocional	36	51,43	34	48,57	70	100
Câncer prévio	31	44,29	39	55,71	70	100
Sexo oral	18	25,71	52	74,29	70	100
Baixo consumo de frutas e vegetais	17	24,29	53	75,71	70	100
Dentes cariados	17	24,29	53	75,71	70	100
Drogas injetáveis	6	8,57	64	91,43	70	100
Contágio direto	2	2,86	68	97,14	70	100

Além dos fatores de risco, também foi questionado o que os cirurgiões-dentistas consideravam como o aspecto inicial mais comum do câncer de boca.

A resposta correta, úlcera indolor, foi a mais apontada como lesão inicial (n = 49, 70%), seguida pela massa tumoral (n = 11, 15.72%). Apenas um considerou a dor intensa (1,43%) e nove (12.85%) se abstiveram de responder ou deram uma resposta insatisfatória ao marcar mais de uma alternativa.

Quanto aos tipos mais comuns de lesões pré-malignas, a leucoplasia foi corretamente marcada como a patologia mais comumente associada ao câncer (n = 64, 91.43%). Além dela, alguns CDs apontaram as demais alternativas nas seguintes porcentagens: pênfigo vulgar (n = 10, 14.28%), estomatite (n = 5, 7.13%), candidíase (n = 8.57%) e língua geográfica (n = 2, 2.86%). Estas, que pouco possuem relação direta com o câncer bucal, raramente foram consideradas unicamente como lesão pré-maligna mais comum. Pois, apenas cinco cirurgiões-dentistas deixaram de marcar a leucoplasia em detrimento de outra alternativa. A estomatite e a língua geográfica, por exemplo, foram selecionadas por CDs que marcaram quase todas as alternativas. O que nos leva a crer que em alguns casos pode ter ocorrido o efeito *Hawthorne* citado por Melo (2006), no qual, para que não corra o risco de errar a alternativa, o pesquisado marca todas ou quase todas as opções disponíveis.

Seguindo a linha de questionamento sobre o câncer, perguntou-se o tipo mais frequente de CB. O C.C.E. (CCE) foi apontado como o mais comum por 35 cirurgiões-dentistas (50%). Seguido do ameloblastoma (n = 10, 14.28%), carcinoma adenoide cístico (n = 4, 5.71%) e sarcoma de Kaposi (n = 4, 5.71%). Nove CDs deram respostas inadequadas (12,86%), oito se abstiveram de responder (11,44%) e nenhum marcou o linfoma. Na tabela IV temos um compilado das respostas relacionadas ao CB.

Tabela IV: Aspectos mais comuns do câncer bucal.

Alternativas	Resposta adequada (%)	Resposta inadequada (%)
Qual o aspecto mais comum em pacientes com câncer de boca inicial? (Úlcera indolor)	70	30
Das seguintes condições, quais estão mais relacionados com o câncer? (Leucoplasia)	91,43	8,57
Tipo de Câncer bucal mais frequente. (CCE)	50	50

Questionou-se qual a conduta deles diante de uma suspeita de malignidade. A maioria dos cirurgiões-dentistas afirmou que encaminha estes pacientes para um especialista em estomatologia (n = 66, 94.29%). Dois (2.86%) aguardam duas semanas antes de fazer o encaminhamento e, nenhum, realiza os procedimentos para confirmar o diagnóstico ou espera até que a lesão suspeita seja a queixa principal do paciente. E, dois CDs (2.86%) responderam esta pergunta de forma inadequada.

Quanto à realização da biópsia, a maioria dos CDs afirmou que não se sentia capacitado para realizar este exame (n = 63, 97.72%) e apenas três (4.28%) se consideraram razoavelmente aptos. Nenhum se sente totalmente apto a realizar uma biópsia.

5.2 Análise estatística

○ Cursos de Capacitação realizados pelo CD

Na análise estatística, o conhecimento básico dos cirurgiões-dentistas foi testado através da porcentagem de acertos nas questões sobre fatores de risco, lesão pré-maligna, tipo de câncer mais comum e aspecto inicial da lesão. Sendo consideradas como corretas as seguintes alternativas: consumo de tabaco, exposição solar, consumo de álcool, prótese mal adaptada, câncer prévia, higiene oral deficiente, leucoplasia, úlcera indolor e C.C.E. (CCE). As porcentagens de acerto foram comparadas com três quesitos distintos:

- O ano da última participação em curso de capacitação;
- A autoavaliação sobre o conhecimento próprio em Câncer Bucal;
- A autoavaliação sobre o ensino em Câncer bucal que recebeu durante a graduação.

Em relação ao ano da última participação, os CDs foram separados em dois grupos, os que o fizeram ano passado (n = 50, 71.43%) e os que fizeram há mais de dois anos ou nunca o fizeram (n = 20, 28.57%). Como se pode observar na tabela V, as porcentagens de acerto entre os dois grupos foram muito similares, sendo igual quanto ao tipo de câncer bucal (50%) e na prótese mal

adaptada (80%) como fator de risco. Sobre exposição solar (86%), consumo de álcool (88%) e Leucoplasia (94%), os participantes de um curso de atualização no último ano tiveram um desempenho um pouco melhor. Quanto ao consumo de tabaco (94%), câncer prévio (44%), higiene oral deficiente (56%) e úlcera indolor (66%), os que fizeram o curso cerca de um ano atrás tiveram um desempenho relativamente menor do que os que o haviam feito anteriormente. Lembrando que o número total de participantes é diferente em cada categoria e mesmo que os do ano anterior seja percentualmente menor, em quantidade participantes (n = 50), é mais do que o dobro.

Tabela V: Análise estatística do conhecimento básico sobre Câncer Bucal em relação ao ano do último curso de capacitação em CB.

Conhecimento básico sobre câncer bucal	Última participação em curso de capacitação			
	Ano passado		2 anos ou mais	
	n (total = 50)	% (total=100%)	n (total = 20)	% (total=100%)
Consumo de tabaco	47	94	20	100
Exposição solar	43	86	16	80
Consumo de álcool	44	88	14	70
Prótese mal adaptada	40	80	16	80
Câncer prévio	22	44	9	45
Higiene oral deficiente	28	56	12	60
Leucoplasia (lesão pré-maligna mais comum)	47	94	17	85
Úlcera indolor (aspecto inicial mais comum)	33	66	17	85
CCE (tipo mais comum de câncer)	25	50	10	50

- **Autoavaliação do CD sobre Câncer Bucal**

O segundo aspecto analisado estatisticamente, foi o conhecimento básico sobre câncer bucal e a autoavaliação do nível de conhecimento em CB. Na

tabela VI, os CDs foram agrupados em duas categorias: aqueles que se consideraram com conhecimento ótimo ou bom em CB e os que afirmaram ter um aporte teórico regular ou insuficiente. Analisando o percentual de acerto, aqueles que afirmaram ter conhecimento regular ou insuficiente acertaram ligeiramente mais questões do que aqueles que se consideraram ótimos ou bons, nos seguintes quesitos: Consumo de tabaco (95,8%), consumo de álcool (83,3%), Prótese mal adaptada (87,5%), câncer prévio (45,8%), higiene oral deficiente (58,3%) e CCE (58,3%). Vale ressaltar que aqui também houve uma diferença na quantidade de CDs em cada grupo, sendo o “ótimo ou bom” com 43 (61,43%) participantes e os “regular ou insuficiente” apenas 24 (34,28%), do total de 70 (100%) participantes. Excluindo-se aqueles que se abstiveram de responder o quesito sobre o nível de conhecimento (n = 3, 4,29%).

Tabela VI: Análise estatística do conhecimento básico sobre Câncer Bucal em relação à autoavaliação dos CD em relação ao conhecimento em CB.

Conhecimento básico sobre Câncer Bucal	Autoavaliação do nível de conhecimento em câncer bucal			
	Ótimo / Bom		Regular / Insuficiente	
	n (total = 43)	% (total=100%)	n (total = 24)	% (total=100%)
Consumo de tabaco	41	95,3	23	95,8
Exposição solar	36	83,7	20	83,3
Consumo de álcool	35	81,4	20	83,3
Prótese mal adaptada	32	74,4	21	87,5
Câncer prévio	19	44,2	11	45,8
Higiene oral deficiente	25	58,1	14	58,3
Leucoplasia (lesão pré- maligna mais comum)	41	95,3	21	87,5
Úlcera indolor (aspecto inicial mais comum)	31	72,1	17	70,8
CCE (tipo mais comum de câncer)	19	44,2	14	58,3

○ **Conhecimento básico sobre Câncer Bucal**

A última análise realizada foi a do conhecimento básico sobre câncer bucal, comparado com a percepção que os CDs possuíam sobre o nível do ensino em câncer bucal que receberam durante a graduação (Tabela VII). Nesta, a divisão entre as duas categorias foi mais equilibrada, sendo que 39 (55,71%) consideraram o ensino como muito bom ou bom e 31 (44,29%) o consideraram muito insuficiente ou insuficiente. Em relação aos que consideraram o ensino que tiveram como muito bom/bom acertaram mais do que os que afirmaram ter sido muito insuficiente/insuficiente em cinco pontos: consumo de tabaco (97,4%), exposição solar (87,2%), consumo de álcool (84,6%), câncer prévio (56,4%) e leucoplasia (91,4%). Entretanto, o grupo que afirmou ter recebido um ensino muito insuficiente/insuficiente teve menos alternativas abaixo de 70% de acerto (câncer prévio, higiene oral deficiente e CCE).

Tabela VII: Análise estatística do conhecimento básico sobre Câncer Bucal em relação à autoavaliação dos CD sobre o ensino em CB que receberam durante a graduação

Conhecimento básico sobre câncer bucal	Autoavaliação do nível de ensino em câncer bucal que receberam durante a graduação			
	Muito bom / Bom		Muito insuficiente / Insuficiente	
	n (total = 39)	% (total=100%)	n (total = 31)	% (total=100%)
Consumo de tabaco	38	97,4	29	93,5
Exposição solar	34	87,2	25	80,6
Consumo de álcool	33	84,6	25	80,6
Prótese mal adaptada	28	71,8	28	90,3
Câncer prévio	22	56,4	9	29
Higiene oral deficiente	21	53,8	19	61,3
Leucoplasia (lesão pré- maligna mais comum)	38	91,4	26	83,9
Úlcera indolor (aspecto inicial mais comum)	27	69,2	23	74,2
CCE (tipo mais comum de câncer)	19	48,7	16	51,6

6 DISCUSSÃO

Os cirurgiões-dentistas participantes da presente pesquisa mostraram que os profissionais que trabalham na Atenção Básica do município de João Pessoa – PB são, em sua maioria, experientes no atendimento odontológico, formados em universidade pública, que buscaram dar continuidade aos estudos através da especialização, mestrado, doutorado ou com participação em Curso de Atualização sobre câncer bucal no último ano. Profissionais de saúde com tal perfil deveriam, em teoria, ter uma posição ativa e um excelente conhecimento frente à prevenção e ao diagnóstico do CB. No entanto, a realidade não foi exatamente como esperado.

6.1 Perfil dos cirurgiões-dentistas

O perfil encontrado dos CDs foi similar ao descrito por Melo (2006) em um estudo análogo, realizado na cidade de Aracaju – SE. Neste, a maioria dos pesquisados também eram do gênero feminino, com idade variando entre 40 e 60 anos e com mais de vinte anos de formatura. Assim como no de Falcão (2010), realizado em Feira de Santana – Ba, no qual os CDs eram, em sua maioria, do sexo feminino (62.9%), porém com idade entre 26 e 37 anos (55.7%) e com menos de 10 anos de formatura (53.2%). Esta predominância do sexo feminino pode ser observada até mesmo na UFPB, onde há mais mulheres nas salas de aula do curso de Odontologia. Isto se dá pelo aumento exponencial, desde a década de 70, das mulheres na área de saúde, onde elas têm maior flexibilidade de horário e salários mais igualitários do que os homens, se comparado com outros setores (MORAIS, 2003). No estudo feito em Jequié – Ba, entretanto, o perfil dos CDs era diferente, sendo a maioria do sexo masculino (63.2%), abaixo de 30 anos (55.6%) e com menos de 8 anos de formatura (55.3%). A diferença no perfil encontrado pelas pesquisas baianas com a atual e a de Melo (2006), pode ter ocorrido porque foram realizados com amostras dos

CDs da rede pública e privada, não apenas com os que trabalhavam na Atenção Básica municipal.

No nosso trabalho, mais de 70% dos cirurgiões-dentistas se formaram em universidade pública, em sua maioria na Universidade Federal da Paraíba, e iniciaram sua carreira na rede pública. Tendo assim, segundo eles, atuado da Atenção Básica desde o início de suas carreiras. Falcão (2010), observou que a maioria dos entrevistados se formou em universidade estadual (56.1%), porém iniciaram sua carreira na rede privada (52.5%). Esta diferença provavelmente se deu por dois motivos: pelo estudo de Falcão (2010) ter sido realizado com todos os CDs da mesma cidade onde há a Universidade Estadual de Feira de Santana, enquanto o nosso foi feito com o grupo de CD da ESF de João Pessoa-PB. E, por ter se baseado em uma lista de CDs fornecida pelo CRO, agregando também aqueles que não trabalham para a Secretaria de Saúde Municipal.

Neste Estudo, um número significativo (78.3%) de cirurgiões-dentistas tinha pelo menos uma especialização. Resultados similares foram confirmados nos estudos de Falcão (2010), no qual a maioria também era especialista, porém em uma porcentagem menor, 50.8%. Assim como Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) cujo percentual de especialistas era de 47.2%. No nosso estudo, 1,43% relatou ser aperfeiçoado, o que divergiu do encontrado por Melo (2006), neste, 25.5% dos CDs entrevistados eram aperfeiçoados e 38.3% tinham o título de especialista. Dentre estas pesquisas, a atual foi o que mostrou o maior percentual de pós-graduados.

Com relação aos tipos de especialidades, no nosso estudo, a Saúde Coletiva foi predominante, provavelmente por terem iniciado a carreira dentro da rede pública de saúde. Ao contrário do observado por Falcão (2010), onde destacaram-se: Prótese dentária, Dentística, Periodontia e Ortodontia. E, a especialidade Saúde Coletiva não foi citada, provavelmente porque este estudo foi realizado com CDs tanto da rede pública, quanto da privada.

6.2 Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o câncer bucal

Metade dos cirurgiões-dentistas classificaram o ensino sobre CB que obtiveram durante a graduação como bom e, uma porcentagem significativa acreditou ter sido insuficiente. Apenas uma parcela pequena de CDs acreditou ter recebido um ensino de maior qualidade durante o curso de Odontologia, demonstrando que há uma deficiência no aprendizado sobre o tema desde a graduação. Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) também questionaram sobre a percepção do ensino em câncer bucal que receberam durante a graduação. Os resultados obtidos apontaram que, a maioria afirmou ter sido insatisfatório (42.1%), seguida pelo bom (28.9%). Uma porcentagem maior do que o nosso estudo, considerou como muito bom (21.1%) e nenhum alegou ter sido insatisfatório.

Sobre o papel do CD na prevenção e no diagnóstico do Câncer Bucal, o resultado encontrado foi bastante semelhante ao obtido por Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) e por Sales (2016). Nos quais, a maioria também considerou-o como de grande importância. Vemos que há uma consciência entre os profissionais de que eles são essenciais para o diagnóstico precoce do CB. Entretanto, apenas um CD disse ser ótimo em diagnosticar o Câncer Bucal, este provavelmente foi o que afirmou ter mestrado em estomatologia. E, apesar da maioria acreditar ser bom no diagnóstico de CB, examinar os tecidos moles nas consultas iniciais de seus pacientes e informar os pacientes sobre os malefícios do tabagismo e etilismo, um alto percentual não se sente capacitado de realizar uma biópsia. E, mesmo que estivessem, pelas perguntas orais que fizeram às Professoras Doutoras ministrantes da Palestra de Atualização em Câncer Bucal realizada na UFPB, nos intervalos destas, não saberiam para onde encaminhar o material a ser examinado.

Confrontando estes dados com a literatura, os CDs em João Pessoa se sentiam tão capazes de diagnosticar o CB quanto os de Aracaju em 2006 (MELO, 2006). Este resultado também se repetiu em Falcão (2010) e Pinheiro, Cardoso e Prado (2010), cujo estudo se assemelhou ao nosso em outro aspecto:

no exame dos tecidos moles. Para Pinheiro, Cardoso e Prado (2010), 73.7% dos pesquisados sempre realizavam este tipo de exame, enquanto 15.8% só o faziam ocasionalmente e 10.5% apenas quando havia queixa do paciente. Sugerindo que o comportamento preventivo entre os CDs tem crescido pouco nos últimos anos.

Uma efetiva educação e prevenção em saúde depende do conhecimento dos profissionais da área sobre fatores de risco, aspecto inicial e conduta a ser realizada frente às patologias (MORAIS, 2003). Eles precisam conhecer os hábitos da comunidade onde atuam e, como foi dito anteriormente, a maioria afirmou atuar neste aspecto. Uma atitude mais preventiva do que a observada por Melo (2006). Neste, apenas 21.3% dos CDs afirmaram perguntar sobre os hábitos de etilismo e tabagismo à maioria de seus pacientes, enquanto que 27.7% perguntavam apenas a um quarto de seus clientes.

O interesse pela educação continuada dos CDs pesquisados não foi observado apenas na quantidade de especialistas, mas também nos Cursos de Atualização em Câncer Bucal. A maioria havia participado em um no último ano, provavelmente a palestra sobre lesões malignas fornecida pela disciplina de Patologia Bucal do Departamento de Clínica e Odontologia Social do curso de Odontologia da UFPB, através do Projeto de Extensão da UFPB em parceria com a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de João Pessoa. Diferindo-se do encontrado por Melo (2006) e por Pinheiro, Cardoso e Prado (2010), nos quais a maioria dos CDs declarou ter feito o último curso aproximadamente dois anos antes da entrevista, 48.9% e 47.4%, respectivamente. Sendo que no estudo de Pinheiro, Cardoso e Prado (2010), apenas 15.8% havia feito um ano antes, uma porcentagem bem menor da encontrada no presente estudo e em Melo (2006). Neste, 42,4% declararam ter feito no ano anterior à entrevista. Esta diferença talvez se dê porque tanto os CDs da pesquisa atual, quanto os de Melo (2006) eram da rede pública de Saúde, onde há uma maior oferta de cursos, como a Palestra de Atualização usada como base para este trabalho. Já o de Pinheiro, Cardoso e Prado (2010), a pesquisa abrangeu profissionais da rede privada também.

Em relação aos fatores de risco, os cirurgiões-dentistas mostraram um conhecimento satisfatório em relação aos principais aspectos que podem deflagrar um CB (SOUZA-CRUZ, 2014). Apesar de um percentual significativo de CDs terem selecionado alguns fatores que não estão cientificamente ligados ao CB. Como o histórico familiar de câncer, o baixo consumo de frutas e vegetais, os dentes cariados e o sexo oral, que apesar de estarem ligados à boa saúde bucal de forma geral, não são um fator de risco direto do câncer. Apesar de, no sexo oral desprotegido, haver o risco de contrair o HPV (Papiloma Vírus Humano) e este estar relacionado a alguns tipos de câncer, como o carcinoma epidermóide bucal, ainda são necessários mais estudos que o apontem como agente causal. Carecendo assim de pesquisas mais profundas para comprovar a sua relação direta e não apenas como co-fator do câncer bucal (SOBRAL, 2014). O contágio direto e as drogas injetáveis foram os menos apontados como fator de risco pelos profissionais de saúde e, de fato, eles não possuem relação direta alguma com o CB.

Na literatura, foi encontrado resultado estatisticamente compatível com a atual pesquisa. O consumo de tabaco também foi o mais mencionado, sendo seguido por consumo de álcool, histórico familiar de câncer, exposição solar e prótese mal adaptada (MELO, 2006, FALCÃO, 2010, PINHEIRO; CARDOSO; PRADO, 2010). Em relação aos dentes cariados, o resultado da pesquisa atual foi mais satisfatória do que a encontrada por Melo (2006) e por Falcão (2010), nos quais a porcentagem ultrapassou os 77%. Sendo, entretanto, similar ao de Pinheiro, Cardoso e Prado (2010), neste apenas 21.1% o considerou como fator de risco. O encontrado sobre sexo oral, baixo consumo de frutas e vegetais, contágio direto e drogas injetáveis são estatisticamente semelhantes também à pesquisa de Pinheiro, Cardoso e Prado (2010). Esta pesquisa e a atual apresentam, de modo geral, um resultado mais satisfatório sobre o conhecimento dos fatores de risco do que os outros dois estudos. Em Sales (2016), consumo de tabaco, de álcool, exposição solar, histórico familiar de câncer e próteses mal adaptadas também foram os mais citados pelos profissionais como principais fatores de risco.

Sobre o conhecimento básico em CB adquirido na graduação, os CD do município de João Pessoa se mostraram, na presente pesquisa,

percentualmente mais preparados do que os pesquisados por Melo (2006). Neste, apenas 61,7% apontaram a úlcera indolor ou massa tumoral como aspectos mais comuns e, no atual estudo, 85.72% selecionaram uma das opções. Enquanto que nas pesquisas de Falcão (2010) e Pinheiro, Cardoso e Prado (2010), a úlcera indolor também teve um maior percentual como lesão inicial do CB (71.6% e 86.8%, respectivamente), seguida pela massa tumoral (13.2%) e nódulo duro (14.9%). Esta diferença entre a nossa e as demais pesquisas talvez tenha ocorrido não apenas pela diferença temporal e geográfica, mas também porque a pesquisa realizada em Aracaju possuía perguntas abertas, nas quais os CDs precisariam lembrar e escrever a lesão correta, ao invés de selecionar uma opção de múltipla escolha.

Em relação à lesão pré-maligna, a leucoplasia foi corretamente selecionada pela maioria como o tipo mais comum. O que, no caso deles que atuam na atenção básica, saber reconhecer as lesões iniciais é essencial para a prevenção e diagnóstico precoce em CB (MORAIS, 2003). Em Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) e Falcão (2010), o resultado foi o mesmo: a leucoplasia, seguida pelo pênfigo vulgar, estomatite, candidíase e língua geográfica. Entretanto, os CDs destes estudos marcaram a leucoplasia com uma média de 10% a menos do que a pesquisa atual. Em Sales (2016), a leucoplasia foi marcado por 88.2%. Novamente, dentre estes estudos, o presente estudo apresentou a maior porcentagem de acerto. O mesmo pode ser dito quanto ao C.C.E. como tipo mais comum de câncer bucal, no qual o resultado obtido foi estatisticamente similar ao encontrado por Melo (2006). Sendo que em João Pessoa, o percentual foi cerca de 10% maior do que o de Aracaju. Diferença esta que também pode ser atribuída aos fatores localização, tempo e tipo de questionário. No de Falcão (2010), o CCE também foi o mais indicado pelos CDs como tipo comum de CB, entretanto, vale ressaltar que ela encontrou uma taxa relevante de CDs que afirmaram não saber qual seria o tipo mais comum (28.3%).

Tendo em vista que os CDs afirmaram não se sentirem totalmente aptos a realizar um exame como a biópsia, o encaminhamento para profissional especialista se torna essencial. E, pelo informado, é o que acontece no presente estudo. Em Pinheiro, Cardoso e Prado (2010), apenas 68.4% encaminhavam diretamente o paciente para um especialista e 21.6% aguardava pelo menos

duas semanas antes de fazer o encaminhamento. Atitude esta que, no caso da suspeita ser confirmada como câncer bucal, pode diminuir as chances de um bom prognóstico para o paciente (SANTOS, 2012). No estudo de Falcão (2010), metade dos CDs encaminhavam para especialista, enquanto 34.3% encaminhavam para a Faculdade de odontologia. Sales (2016) observou que 85.3% encaminha para especialista imediatamente, enquanto que 10.3% aguarda pelo menos duas semanas.

Em Pinheiro, Cardoso e Prado (2010), apesar da 39.5% dos cirurgiões-dentistas também não se sentirem aptos a realizar uma biopsia, a maioria se mostrou mais confiante, com 34.2% afirmando se sentir capacitado e 26.3% apenas razoavelmente apto. No presente estudo, apesar das respostas sobre conhecimento básico em CB terem sido percentualmente mais satisfatórias do que os outros estudos com que foram comparados, o nível de confiança dos CDs é relativamente menor.

6.2 Análise estatística

Pela análise estatística, independente do ano em que o último curso de atualização em câncer bucal foi realizado, as porcentagens de acerto no conhecimento básico em CB se assemelharam. Resultado compatível com o observado no trabalho de Melo (2006). Isto pode ter ocorrido por dois motivos, a Palestra de Atualização fornecida é de curta duração ou com um intervalo de tempo longo entre elas (um ano.) Ou, como muitos foram por terem sido indicados a comparecer pelo coordenador da Secretaria de Saúde, o interesse em absorver o conteúdo ministrado é menor do que se tivesse sido uma demanda espontânea.

Quando se comparou o conhecimento básico dos CDs com aqueles que se avaliaram “ótimos ou bons” contra os que afirmaram ser “regular ou insuficiente”, percebe-se que também não há diferença estatística entre os dois grupos. Este resultado pode levantar duas hipóteses distintas: houve um excesso de confiança entre os cirurgiões-dentistas que afirmaram ser “ótimos ou bons”, considerando que apesar da terem acertado mais de 70% da maioria dos

pontos certos (consumo de tabaco, exposição solar, consumo de álcool, prótese mal adaptada, Leucoplasia e úlcera indolor), três pontos importantes ficaram percentualmente próximo aos 50% (câncer prévio, higiene oral deficiente e CCE). Ou, talvez tenha havido uma falta de confiança dentre os CDs que se avaliaram com conhecimento regular ou insuficiente. Uma vez que houveram mais quesitos com um percentual acima de 70% de acerto do que o grupo que se autoavaliou melhor (consumo de tabaco, exposição solar, consumo de álcool, prótese mal adaptada, leucoplasia e úlcera indolor).

Por último, o conhecimento básico em CB foi comparado com a opinião deles sobre o ensino que receberam durante a graduação e separados em duas categorias: os que consideraram muito bom e bom, e os que afirmaram ter sido insuficiente ou muito insuficiente. As mesmas hipóteses levantadas na comparação anterior, podem ser utilizadas nesta. Indicando que o nível de ensino que os CDs consideraram ter recebido na graduação não teve um impacto significativo no conhecimento real adquirido para a carreira profissional.

Apesar das deficiências encontradas, os CDs pesquisados no presente estudo se mostraram com um bom conhecimento e com um comportamento profissional preventivo em CB. Ao contrário de Falcão (2010), que concluiu em sua pesquisa que os CDs se mostraram tão despreparados, quanto inseguros para diagnosticar o Câncer Bucal. Além de apresentarem uma posição passiva em relação à busca de Cursos de Atualização. Enquanto que no de Melo (2006) e Pinheiro, Cardoso e Prado (2010), o resultado foi bastante similar ao nosso. Não havendo uma grande diferença entre os que fizeram curso de atualização no ano anterior ou que melhor avaliaram o ensino sobre CB que obtiveram na graduação. Entretanto, independente disto e da autoavaliação que fizeram, o nível de conhecimento básico em CB mostrou-se satisfatório.

7 CONCLUSÃO

Cirurgiões-dentistas capacitados são decisivos na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal.

Neste estudo, concluímos que:

- Há dúvidas e divergências no conhecimento dos cirurgiões-dentistas acerca de vários aspectos envolvendo a doença, apesar de a maioria dos profissionais participantes possuírem um bom conhecimento sobre o câncer bucal, o que não necessariamente significa um bom comportamento preventivo;
- É importante que os CDs busquem cursos e atualizações que elucidem as deficiências identificadas, e promovam uma maior segurança nas ações desempenhadas por estes profissionais nas suas ações laborais.

Embora a maioria dos cirurgiões-dentistas avaliados tenha demonstrado conhecimentos satisfatórios relacionados ao câncer bucal, é necessária a conscientização destes profissionais sobre a importância de colocar em prática, em suas atividades laborais, meios de detecção e prevenção da doença.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. T. N. N. et al. Diagnóstico precoce e prevenção do câncer oral: um dever do cirurgião-dentista. **RBO**, v. 59, n. 4, p. 259-260, jul./ago. 2002.

ALVES, Adriana Terezinha Neves Novellino et al. Diagnóstico precoce e prevenção do câncer oral: um dever do cirurgião-dentista. **BBO**, [s.i.], v. 4, n. 59, p.259-260, ju./ago. 2012.

ANDRADE, Silmara Nunes et al. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Odontol**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p.42-47, jan./jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Manual Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil-2010//2011**. Rio de Janeiro. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**, Rio de Janeiro, p. 124. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **ESTIMATIVA - 2016: Incidência de câncer no Brasil**, Rio de Janeiro, 2015.

DIAS, Gizela Faleiros et al. Autocuidados na prevenção do câncer bucal. **Investigação: Revista Científica da Universidade de Franca**, Franca, v. 1/6, n. 5, p.14-20, dez. 2005.

DINGUELESKI, Amanda Helena et al. A importância do diagnóstico precoce e das campanhas de prevenção no combate ao câncer bucal. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 14, n. 1, p.37-43, 2016.

FALCÃO, Michelle Miranda Lopes et al. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. **RGO**, Porto Alegre, v. 58, n. 1, p.27-33, jan./mar.

2010.

FRANÇA, Diurianne C. C. et al. Programa de diagnóstico e prevenção de câncer de boca: Uma estratégia simples e eficaz. **Rev Odontol Bras Central**, [s.i.], v. 49, n. 19, p.159-161, 2010.

HAYASSY, Armando. Câncer bucal no setor público de saúde. **Rev Bras Odontol**, [s.i.], v. 55, n. 3, p. 173-5, maio/jun. 1998.

LE MOS JUNIOR, Celso Augusto et al. Câncer de boca baseado em evidências científicas. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 3, n. 67, p.178-186, 2013..

LUCIO, Priscilla Suassuna Carneiro et al. Câncer oral: caracterização da produção científica em odontologia do Brasil nos últimos cinco anos. **RFO**, Passo Fundo, v. 17, n. 3, p. 280-284, set./dez. 2012.

NEVILLE, Brad W. Patologia Epitelial. In: NEVILLE, Brad W., DAMM, Douglas D., ALLEN, Chi **Patologia Oral e Maxilofacial**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

MELO, Allan Ulisses Carvalho de. **Nível de informação e comportamento preventivo de cirurgiões-dentistas e usuários das unidades básicas de saúde do programa saúde da família de Aracaju_SE a respeito de câncer bucal**. 2006. 157 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

MORAIS, Teresa Márcia Nascimento de. **Câncer de boca: Avaliação do conhecimento dos cirurgiões dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos diagnósticos**. 2003. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

OLIVEIRA, Jamile Marinho Bezerra de et al. Câncer de Boca: Avaliação do Conhecimento de Acadêmicos de Odontologia e Enfermagem quanto aos Fatores de Risco e Procedimentos de Diagnóstico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. [s.i.]. v. 59, n. 2, p. 211-218, 2013.

PAIVA, MONIQUE DANYELLE EMILIANO BATISTA et al. Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica. **Arquivos em Odontologia**, [s.i.], v. 46, n. 01, jan./mar, 2010.

PINHEIRO, Suélem Maria Santana; CARDOSO, Jefferson Paixão; PRADO, Fabio Ornellas. Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer Bucal entre Profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [s.i.], v. 2, n. 56, p.195-205, 25 fev. 2010.

SALES, Hilcias Rangel de Araújo et al. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre câncer bucal. **Mudi**, [s.i.], v. 20, n. 3, p.25-43, 2016.

SANTOS, Fabiano de Sant'Ana dos et al. Misdiagnosis of lip squamous cell carcinoma. **RSBO**, [s.i.], v. 9, n. 1, p. 114-118, jan./mar 2012.

SOARES, Tânderson Rittieri Camêlo et al. Oral cancer knowledge and awareness among dental students. **Braz J Oral Sci.** [s.i.], v. 13, n. 1, p. 28-33, jan./mar., 2014.

SOBRAL, Ana Paula Veras et al. Correlação do Papilomavírus Humano com o Carcinoma Epidermoide Bucal: Revisão Sistemática. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v. 14, n. 2, p. 95 -102 , abr./jun. 2014.

SOUSA, Bárbara Libardi de et al. Conhecimento dos alunos de Odontologia na identificação do câncer oral. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 3, p. 186-92, jul./set. 2016.

SOUZA-CRUZ, Antônio Camilo de et al. Oral squamous cell carcinoma: survival, recurrence and death. **Acta Scientiarum.** Maringá, v. 36, n. 2, p. 273-279, Jul-Dez, 2014.

SULTANA, Jachmen; BASHAR, Abul; MOLLA, Motiur Rahman. New Management Strategies of Oral Tongue Cancer in Bangladesh. **Journal Of Maxillofacial And Oral Surgery**, [s.i.], v. 13, n. 4, p.394-400, 30 ago. 2013. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s12663-013-0566-8>.

TORRES, Stella Vidal de Souza et al. A importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 14, n. 1, [s.i.], p. 57-62, jan./mar., 2016.

TUCCI, Renata et al. Avaliação de 14 casos de carcinoma epidermóide de boca com diagnóstico tardio. **Rev Sul-Bras Odontol**, São Paulo, v.7, n. 2, p. 231, jun., 2010.

VIDAL, Aurora Karla de L.. Programa de Combate ao Câncer de Boca. **Odontologia Clín-Científ**, [s.i.], v.4, n.2, p.137-44, 2005.

VIDAL, Aurora Karla de L. Conhecimento de Escolares do Sertão Pernambucano sobre o Câncer de Boca. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, [s.l.], v. 9, n. 3, p.283-288, 1 set. 2009. APESB (Associação de Apoio a Pesquisa em Saúde Bucal). <http://dx.doi.org/10.4034/1519.0501.2009.0093.0006>.

VIDAL, Aurora Karla de L et al. Verificação do Conhecimento da População Pernambucana acerca do Câncer de Boca e dos Fatores de Risco – Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, [s.l.], v. 12, n. 3, p. 383-87, set., 2012.

VOLKWEIS, Maurício Roth et al. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer Bucal em um CEO. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v.14, n.2, p. 63-70, abr./jun., 2014.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIAS NA PREVENÇÃO E NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL

Prezado (a) Senhor (a)

Este Estudo visa a promover palestras educativas com conhecimentos atualizados sobre câncer bucal, para os Cirurgiões-Dentistas, da Equipe Estratégia Saúde da Família, a fim de auxiliar no reconhecimento de lesões precursoras da doença, e ressaltar a importância da sua participação como agentes de transmissão de informações aos usuários, no que concerne aos meios de prevenção da doença. Solicitamos a sua colaboração para responder o Questionário, e autorização para apresentar os resultados deste Estudo em Eventos da Área de Saúde, e publicá-los em Revista Científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver, a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para apresentação e publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato do Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Maria do Socorro Aragão. Endereço (Setor de Trabalho): Departamento de Clínica e Odontologia Social/CCS/UFPB. Tel.: (83) 3216 7251.

Atenciosamente,

Prof. Dr^a M^a do Socorro Aragão
Pesquisadora responsável

Aretha Vieira Guedes
Pesquisadora

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO ESTUDO

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIAS NA PREVENÇÃO E NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL

1. Sexo: M () F () Idade: _____
2. Tipo de inserção no mercado na rede pública: () Pública () Privada ()
Pública/Privada
3. Ano de Graduação: _____
4. Instituição: _____
5. Pós-graduação: () Não tenho
() _____ Especialização (Área):

() Mestrado (Área): _____ () Doutorado
(Área): _____
6. Em relação ao seu nível de conhecimento sobre diagnóstico e prevenção de câncer bucal, qual sua avaliação? () Ótimo () Bom () Regular () Insuficiente
7. Com que frequência você realiza o exame dos tecidos moles da cavidade bucal de seu paciente, nas consultas iniciais? () Sempre () Ocasionalmente () Quando há queixa do paciente.
8. Qual a sua conduta ao perceber na anamnese que seu paciente é fumante ou etilista?
() Nenhuma
() Orienta sobre os malefícios do tabagismo ou etilismo
() Não o questiono na anamnese quanto ao uso de fumo e álcool.
9. Marque os fatores que você julga serem de risco para o aparecimento do câncer bucal.
() Drogas injetáveis
() Câncer prévio
() Consumo de álcool

- Consumo de tabaco História familiar de câncer Estresse emocional
Baixo consumo de frutas e vegetais Sexo oral
 Próteses mal adaptadas Dentes cariados Exposição solar Higiene oral
deficiente
 Contágio direto

10. Qual a sua conduta ao perceber lesões bucais suspeitas de malignidade?

- Eu mesmo realizo os procedimentos diagnósticos. Encaminho imediatamente
para dentista especialista em estomatologia. guardo duas semanas para
encaminhá-lo para dentista especialista em estomatologia. Não sendo a queixa
principal do paciente, espero até que o mesmo se manifeste pedindo orientação.

11. Você se sente capacitado para a realização de biópsia?

- Sim Razoavelmente Não me sinto capacitado

12. Qual o aspecto mais comum em pacientes com câncer de boca inicial?

- Úlcera indolor Massa tumoral Dor intensa Não sei

13. Das seguintes condições, quais estão mais relacionados com o câncer?

- Leucoplasia Pênfigo Vulgar Estomatite Candidíase Língua geográfica
 Não sei

14. Tipo de Câncer bucal mais frequente: linfomas C.C.E. Sarcoma de Kaposi

- Ameloblastoma Carcinoma adenoide cístico Não sei

15. Como você classificaria o ensino que obteve durante sua graduação em relação ao
câncer bucal?

- Muito bom Bom Insatisfatório Muito insatisfatório Não sei

16. Qual a última vez que você participou de um curso de atualização sobre câncer bucal?

- Ano passado Entre dois a cinco anos Há mais de cinco anos Nunca Não
lembro

17. Na sua opinião, qual o papel do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico do câncer bucal?

Grande Médio Regular Não sei

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIAS NA PREVENÇÃO E NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL

Pesquisador: Maria do Socorro Aragão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70959617.5.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciência da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.257.910

Apresentação do Projeto:

O presente estudo visa a oferecer aos cirurgiões-dentistas, da Equipe Estratégia Saúde da Família (ESF), do município de João Pessoa-PB, informações atualizadas acerca dos fatores de risco e métodos de prevenção do câncer bucal, e proporcionar a estes profissionais, condições de reconhecer lesões iniciais da doença para que possam adotar medidas preventivas para reduzir a elevada taxa de morbimortalidade causada pelo Câncer bucal. Estudo de natureza observacional, abordagem quantitativa descritiva e transversal, no qual será aplicado um questionário com perguntas fechadas como instrumento de coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Enfatizar a importância de eliminação dos fatores de risco e do diagnóstico precoce de lesões bucais como forma de prevenção do Câncer Bucal; e avaliar o nível de informação acerca do câncer bucal e as atitudes dos CDs frente aos fatores etiológicos e medida de prevenção contra a doença.

Objetivo Secundário:

Verificar o nível de informação dos cirurgiões-dentistas do PSF, do município de João Pessoa-PB, sobre fatores de risco e aspectos clínicos do câncer bucal, e de lesões cancerizáveis. Investigar o nível de comportamento preventivo dos cirurgiões-dentistas do PSF, do município de João Pessoa-

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com