

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA**

ANA CLAUDIA BALADELLI SILVA CIMARDI

**CÂNCER DE BOCA: CONHECIMENTO E PRÁTICA DE
CIRURGIÕES-DENTISTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Florianópolis, 15 de maio de 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

ANA CLAUDIA BALADELLI SILVA CIMARDI

CÂNCER DE BOCA: CONHECIMENTO E PRÁTICA DE
CIRURGIÕES-DENTISTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração Odontologia em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Odontologia.

Orientadora: Prof. Dr^a. Ana Paula Soares Fernandes

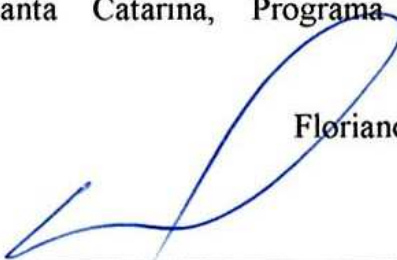
Florianópolis, 15 de maio de 2009.

ANA CLAUDIA BALADELLI SILVA CIMARDI

**CÂNCER DE BOCA: CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS CIRURGIÕES-
DENTISTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA - 2008**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de DOUTOR EM ODONTOLOGIA – ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA e aprovada em sua forma final em 15 de maio de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA.

Florianópolis, 15 de maio de 2009.



Prof. Dr. Ricardo Souza Magini

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Vera Lúcia Bosco

Presidente



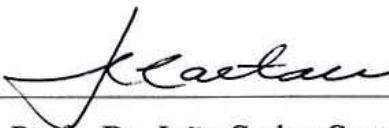
Prof. Dr. Elson Fontes Cormack

Membro



Profa. Dra. Inês Beatriz da Silva Rath

Membro



Profa. Dr. João Carlos Caetano

Membro



Profa. Dra. Lillian Janete Grandó

Membro

**A todos os pacientes que podem ser beneficiados com
a prática do diagnóstico precoce do câncer de boca.**

**À minha família que, mesmo distante 800 km, esteve
presente neste processo.**

**Ao meu marido que, com tanto amor e carinho,
compreendeu a importância desta conquista.**

AGRADECIMENTOS

À excelente profissional, amiga e orientadora **Profa. Dra. Ana Paula Soares Fernandes**, que me acolheu num momento tão difícil desta jornada e soube me conduzir até o final desta.

À **Prof^ª. Dr^ª. Inês Beatriz da Silva Rath**, Coordenadora do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, que com a sua amizade, acolhimento e atenção me mostrou os caminhos da estomatologia.

À **Prof^ª. Dr^ª. Vera Lúcia Bosco** obrigada pela ética de seus conselhos, seu companheirismo e sua compreensão que foram fundamentais nesta etapa.

À Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina em nome de sua Secretária **Carmen Zanotto**; à Divisão de Vigilância em nome de seu Diretor **Luis Antônio Silva** e à Coordenação do Serviço de Saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde Prof. Dr. **João Carlos Caetano** um especial agradecimento.

À **Universidade Federal de Santa Catarina** pela oportunidade de aprendizagem e possibilidade de crescimento profissional e pessoal.

Ao Presidente do Conselho Regional de Odontologia do Estado de Santa Catarina, **Mestre Sidnei José Garcia**, pelo apoio, ética e amizade.

A todos os **Colegas Cirurgiões-Dentistas do Estado de Santa Catarina** que colaboraram respondendo ao instrumento de coleta de dados, agradeço pela disponibilidade e confiança.

Ao **Prof. Dr. Elson Fontes Cormack**, ao **Prof. Dr. Mario Uriarte Neto** e à **Prof^ª. Dra. Liliane Janete Grando**, por terem aceitado o convite para participar da banca, na qual suas contribuições serão de extrema importância para o fechamento deste trabalho.

Ao **Prof. Dr. Calvino Reibnitz Júnior**, por suas contribuições na formulação do instrumento e conversas de apoio durante o doutorado.

A todos os professores da área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva, representados pela Coordenadora **Prof^ª. Dra. Daniela Lemos Carcereri**, pela dedicação e competência.

A todos os colegas da Pós-Graduação em Odontologia em suas mais diversas áreas, em especial aos meus colegas mestres e mestrandos, doutores e doutorandos Odontologia em Saúde

Coletiva, onde, mais do que colegas, somos guerreiros de uma idéia “**A odontologia para a coletividade**”.

Aos amigos e amigas que me ajudaram a terminar esta caminhada que, em alguns momentos, se mostrou sinuosa, pedregosa e escorregadia.

À **Santa Rita de Cássia** e à **Santa Paulina** por terem me dado força para superação pessoal.

A todos os professores que desde a minha formação acadêmica me apoiaram para chegar ao doutorado, meus colegas da PUC-PR, FOP-UNICAMP e UFSC.

A todos os meus colegas que trabalharam comigo no CEO-UFSC, no Departamento de Morfologia da UFSC – Anatomia, na Prefeitura Municipal de Florianópolis e EFOS – SC; que me apoiaram na caminhada do doutorado.

OBRIGADA!

*“...Quando querem transformar/Dignidade em doença
Quando querem transformar/Inteligência em traição
Quando querem transformar/Estupidez em recompensa
Quando querem transformar/Esperança em maldição:
É o bem contra o mal/E você de que lado está?
Estou do lado do bem/E você de que lado está?
Estou do lado do bem./Com a luz e com os anjos...”*

1965 (Duas Tribos) - Legião Urbana
(Dado Vila-Lobos/Renato Russo/Marcelo Bonfá)

CIMARDI, Ana Claudia Baladelli Silva. **Câncer de Boca: Conhecimento e Prática dos Cirurgiões-Dentistas do Estado de Santa Catarina**. 2009. 111 f. Tese (Doutorado em Odontologia – área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva), Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

RESUMO

A American Cancer Society (ACS) define o câncer como um grupo de doenças representadas pela multiplicação desordenada de células defeituosas ou atípicas, que não conseguem serem rastreadas pelo sistema imunológico. Estima-se que, em 2020, o número de casos novos anuais seja da ordem de 15 milhões, sendo que, cerca de 60% desses, ocorrerão em países em desenvolvimento. Estima-se que um terço dos casos novos de câncer que ocorrem atualmente no mundo poderiam ser prevenidos. O câncer bucal é uma doença genética, complexa e multifatorial. É potencialmente fatal e continua a ter uma incidência global elevada, sendo considerado, assim, um problema de saúde pública. O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento e a prática coletiva dos cirurgiões-dentistas (CDs) de Santa Catarina sobre câncer de boca, através do instrumento adaptado de DIB (2004). Participaram deste estudo 385 CDs distribuídos por mesorregiões do estado de Santa Catarina sorteados aleatoriamente e o instrumento utilizado foi o envio de questionários por correio convencional ou via internet (e-mail). Os resultados apontaram baixo interesse da população-alvo já que o retorno foi de 19,7% no correio convencional e 1,4% por e-mail. O perfil dos profissionais pesquisados mostra que 51,3% eram do sexo feminino; 35,8% estavam entre 31 a 40 anos, 54,5% trabalham somente na rede privada; 55,6% possuem especialidade; 88,31% não possuem o hábito de fumar; 58,6% obtiveram sua formação acadêmica em instituição pública (55,32% no estado de Santa Catarina); 44% se auto-avaliaram com um conhecimento regular sobre câncer de boca; 74,2% relataram ter baixa confiança para a realização do diagnóstico do câncer de boca; 87,5% relataram que os seus pacientes não são suficientemente bem informados sobre o câncer de boca; 27,27% relataram não realizar exame em seus pacientes na busca por lesões suspeitas; 44,7% encaminham os casos suspeitos para um especialista em estomatologia e o Centro de Especialidade Odontológica foi apontado somente por 11,7% da amostra para encaminhamento de lesões suspeitas; 47,5% apontaram que nunca realizaram um diagnóstico de câncer de boca; 63% relataram corretamente que o carcinoma espinocelular é o mais freqüente tipo de câncer de boca. Somente 19% apontaram que a língua é o local mais freqüentemente acometido pelo câncer de boca. Quanto à faixa etária (acima de 40 anos) e sintomatologia (úlceras indolor) a maior parte da amostra apontou corretamente; 16% não souberam responder qual a condição mais comumente associada ao câncer de boca, mais de 90% da amostra afirmaram o álcool e o tabaco como fatores de risco para o câncer de boca. Em relação aos conceitos obtidos pela amostra 41,3% receberam conceito “B” sendo um bom conhecimento sobre o assunto e 36,9% receberam conceito “C” significando um conhecimento regular sobre câncer de boca. Estes resultados permitem concluir que mesmo com um bom conceito sobre o assunto a prática preventiva, ou seja, informar os pacientes para a prevenção desta patologia, não vem sendo realizada pelos profissionais. Além disso, os profissionais ainda relataram não se sentirem confiantes para a realização do diagnóstico do câncer de boca e demonstram desconhecer os serviços de atendimento para realização do encaminhamento de lesões suspeitas.

PALAVRAS-CHAVE: câncer bucal; prevenção; diagnóstico precoce; conhecimento; cirurgião-dentista.

ABSTRACT

The American Cancer Society (ACS) defines cancer as a group of diseases represented by the unregulated division of defective or atypical cells, which successfully evade immune surveillance. It is estimated that by 2020 the annual number of new cases will be around 15 million, with approximately 60% of these occurring in developing countries, while around one third of new cases each year could be prevented. Oral cancer is a complex and multifactorial genetic disease. It is potentially fatal and continues to exhibit an increased global incidence, consequently being considered a public health issue. The objective of this study was to evaluate the knowledge and the collective practice of dental surgeons (DSs) in Santa Catarina regarding oral cancer, through an adapted DIB instrument (2004). The study involved 385 randomly selected DSs distributed by mesoregions across the state of Santa Catarina, and the instrument used was a questionnaire sent by conventional mail or via e-mail. The results indicate low interest among the target population since the return was 19.7% by conventional mail and 1.4% by e-mail; the profile of the professionals showed that 51.3% were female, 35.8% were aged between 31 and 40, 54.5% worked only in the private sector, 55.6% practised a speciality, 88.31% were non-smokers, 58.6% were graduates of public universities (55.32% in Santa Catarina), 44% considered their own knowledge of oral cancer to be adequate, 74.2% described low confidence in their ability to diagnose oral cancer, 87.5% reported that their patients are not sufficiently well informed regarding oral cancer, 27.27% said that they did not examine their patients for suspect lesions, 44.7% send suspected cases to a specialist in stomatology and the Centre for Dental Specialisation was indicated by only 11.7% of the sample as the destination for suspect lesions. Almost half (47.5%) reported never having diagnosed oral cancer, 63% stated correctly that spinocellular carcinoma is the most frequent type of oral cancer, while only 19% indicated the tongue as the structure most frequently affected by oral cancer. Concerning age group (over 40 years) and symptomatology (painless ulcer) most of the sample chose correctly; however, 16% were unable to name the condition most commonly associated with oral cancer, more than 90% of the sample stated that alcohol and tobacco were risk factors for oral cancer. In relation to the grades obtained by the participants 41.3% received grade "B", considered a good level of knowledge on oral cancer, while 36.9% received grade "C", indicating adequate knowledge on the subject. These results enable us to conclude that even with good knowledge of the subject, collective practice, that is, making information available to patients in order to prevent this disease, is not happening among these DSs. Furthermore, the professionals also reported a lack of confidence in diagnosing oral cancer and were unaware of the hierarchical structure for the reporting of suspect lesions offered.

KEY WORDS: oral cancer; prevention; early diagnosis; knowledge; dental surgeon.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Mapa de Santa Catarina com a subdivisão das mesorregiões do estado.	41
Quadro 1	Distribuição das Instituições de Ensino Odontológico no Estado de Santa Catarina pelo ano de início de turmas, nome das instituições e turmas formadas, Santa Catarina, 2008.	44
Quadro 2	Distribuição dos dados em grupos de avaliação, Santa Catarina, 2008.	50
Quadro 3	Bloco, perguntas e peso do instrumento utilizado, Santa Catarina, 2008.	50

LISTA DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 1	Distribuição dos cirurgiões-dentistas participantes segundo a mesorregião, Santa Catarina, 2008.	56
Gráfico 2	Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo sua auto-avaliação sobre o conhecimento de câncer de boca, Santa Catarina, 2008.	58
Gráfico 3	Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo sua última participação em curso de educação continuada sobre câncer de boca, Santa Catarina, 2008.	58
Gráfico 4	Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo sua confiança na realização do diagnóstico do câncer de boca, Santa Catarina, 2008.	59
Gráfico 5	Distribuição dos cirurgiões-dentistas sobre o tipo mais comum de câncer de boca, Santa Catarina, 2008.	61
Gráfico 6	Distribuição dos cirurgiões-dentistas sobre a região anatômica mais comum de ocorrência de câncer de boca, Santa Catarina, 2008.	61
Gráfico 7	Distribuição dos cirurgiões-dentistas sobre o aspecto mais encontrado em pacientes com câncer de boca em fase inicial, Santa Catarina, 2008.	62
Gráfico 8	Distribuição dos cirurgiões-dentistas sobre a faixa etária de maior ocorrência de câncer de boca, Santa Catarina, 2008.	62
Gráfico 9	Distribuição dos cirurgiões-dentistas sobre a condição mais comumente associada ao câncer de boca, Santa Catarina, 2008.	63
Gráfico 10	Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao conceito final obtido pelo instrumento sobre o conhecimento em relação ao câncer de boca, Santa Catarina, 2008.	65
Gráfico 11	Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao conceito final obtido pelo instrumento sobre o conhecimento em relação ao câncer de boca, segundo a atuação profissional, Santa Catarina, 2008.	66

LISTA DE TABELAS

		Pág.
Tabela 1	Distribuição dos cirurgiões-dentistas no estado de Santa Catarina, 2008.	48
Tabela 2	Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo características dos profissionais em Santa Catarina, 2008.	54
Tabela 3	Distribuição dos cirurgiões-dentistas, segundo sua especialidade inscrita no CRO-SC no estado de Santa Catarina, 2008.	55
Tabela 4	Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo características quanto à formação profissional e interesse por educação continuada sobre câncer de boca, Santa Catarina, 2008.	57
Tabela 5	Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo a realização do exame em busca de lesão suspeita de câncer de boca, Santa Catarina, 2008.	59
Tabela 6	Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo o encaminhamento quando encontram lesões suspeitas de câncer de boca, Santa Catarina, 2008.	60
Tabela 7	Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo o número de diagnósticos de câncer de boca durante seu exercício profissional, Santa Catarina, 2008.	60
Tabela 8	Distribuição dos cirurgiões-dentistas sobre os fatores e condições de risco relacionadas ao câncer de boca, Santa Catarina, 2008.	64
Tabela 9	Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao conceito final obtido pelo instrumento sobre o conhecimento em câncer de boca, segundo a mesorregião de atuação, Santa Catarina, 2008.	65
Tabela 10	Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao conceito final obtido pelo instrumento sobre o conhecimento em relação ao câncer de boca, segundo a instituição de graduação dos mesmos, Santa Catarina, 2008.	66
Tabela 11	Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao conceito final obtido pelo instrumento sobre o conhecimento em relação ao câncer de boca, segundo o tempo de formação dos mesmos, Santa Catarina, 2009.	67
Tabela 12	Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao conceito final obtido pelo instrumento sobre o conhecimento em relação ao câncer de boca, segundo a sua auto-avaliação, Santa Catarina, 2009.	67

	Pág.	
Tabela 13	Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao conceito final obtido pelo instrumento sobre o conhecimento em relação ao câncer de boca, segundo seu relato de número de diagnóstico realizado no exercício profissional, Santa Catarina, 2009.	68
Tabela 14	Distribuição dos valores de associação entre a variável “conceito em câncer de boca” e as variáveis: sexo, faixa etária, atuação profissional, mesorregião, tempo de formação acadêmica, instituição de graduação e auto-avaliação do nível de conhecimento sobre câncer de boca, Santa Catarina, 2009.	69

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABO - Associação Brasileira de Odontologia
ACS - American Cancer Society
AJCC - American Joint Committee on Cancer
CACON - Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CD - Cirurgião-Dentista
CDs – Cirurgiões-Dentistas
CEC - Carcinoma Espinocelular
CEO - Centro de Especialidade Odontológica
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CEPON - Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas
CID - Comissão Internacional de Doenças
CRO-SC - Conselho Regional de Odontologia – Secção Santa Catarina
CTF - Canadian Task Force
d.C – depois de Cristo
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNA – Ácido Desoxirribonucléico
ECT – Empresa de Correios e Telégrafos
FURB - Fundação Universidade Regional de Blumenau
IARC - Agência Internacional para Pesquisa do Câncer
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA – Instituto Nacional de Câncer
MA - Maranhão
MG – Minas Gerais
OMS - Organização Mundial da Saúde
PR - Paraná
RCBP - Registro de Câncer de Base Populacional
RHC - Registro Hospitalar de Câncer
RJ – Rio de Janeiro
SC – Santa Catarina

SPSS - Statistical Package for the Social Science

SUS - Sistema Único de Saúde

TNM – Classificação Tumor-Nodo-Metástase

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UICC - União Internacional Contra o Câncer

UNOESC - Universidade do Oeste de Santa Catarina

UNIPLAC - Universidade do Planalto Catarinense

UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina

UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí

UNIVILLE - Universidade da Região de Joinville

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Estrutura do trabalho	18
2. OBJETIVOS	19
2.1. Objetivo geral	19
2.2. Objetivos específicos	19
3. REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1. Conceitos e definições	20
3.2. Características epidemiológicas do câncer	28
3.3. A problemática do câncer de boca	31
3.4. Conhecimento e prática dos cirurgiões-dentistas frente ao câncer de boca	35
3.5. Santa Catarina - o campo do estudo	40
3.5.1. A odontologia no estado de Santa Catarina	42
4. METODOLOGIA	46
4.1. Caracterização da pesquisa	46
4.2. População da pesquisa	47
4.2.1. Amostra	47
4.2.2. Distribuição da amostra	47
4.3. Procedimento de coleta dos dados	48
4.4. Instrumento de coleta	50
4.5. Análise e interpretação dos dados	51
4.6. Aspectos éticos da pesquisa	52
5. RESULTADOS	53
5.1. Amostra	53
5.2. Perfil dos cirurgiões-dentistas	53
5.3. Conduta clínica em relação ao câncer de boca	59
5.4. Conhecimento sobre o diagnóstico clínico do câncer de boca	61
5.5. Conhecimento sobre os fatores e condições de risco relacionadas ao câncer de boca	63
5.6. Conceitos obtidos após avaliação do instrumento	64
5.7. Resultados da análise estatística	68
6. DISCUSSÃO	70
7. CONCLUSÃO	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	98
Apêndice A – Carta de Apresentação de Pesquisa	99
Apêndice B – Questionário de Avaliação do Nível de Conhecimento dos Cirurgiões- Dentistas do Estado de Santa Catarina sobre Câncer de Boca – Adaptado de Dib (2004)	100
Apêndice C – Gabarito	102
Apêndice D – Ofício Presidente do Conselho Regional de Odontologia Santa Catarina e resposta do mesmo	103
Apêndice E – Ofícios do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	105
Apêndice F – Forma da participação da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina e do Conselho Regional de Odontologia – Seção Santa Catarina.	108
Anexo I - Distribuição dos municípios catarinenses	110

1. INTRODUÇÃO

O câncer de boca é uma doença genética, complexa e multifatorial; é potencialmente fatal e continua a ter uma incidência global elevada, sendo considerado, assim, um problema de saúde pública (SILVA, FIGUEIRÊDO, CARVALHO, 2006).

O Instituto Nacional de Câncer - INCA (BRASIL, 2007) estimou, para o ano de 2008, cerca de 231.860 novos casos de câncer e destes, 10.380 somente de câncer de boca. A estimativa para o estado de Santa Catarina foi de 430 novos casos de câncer de boca para o mesmo período.

Os pacientes com câncer de cabeça e pescoço possuem peculiaridades que devem ser consideradas na evolução da doença e no seu tratamento: uso crônico e acentuado de bebida alcoólica e/ou fumo, relacionamento familiar geralmente deficiente, deformidade facial, perda de funções básicas (salivação, mastigação, deglutição e fala), perda de sensações gustativas e olfatórias, presença de fenômenos depressivos e ansiedade em larga escala, além da diminuição acentuada ou perda da capacidade laborativa (KOWALSKI *et al.*, 1994).

A maior rapidez no diagnóstico do câncer resulta em menor morbidade no tratamento e num melhor prognóstico aos portadores, assim como um adequado tratamento pode resultar em menor mortalidade. Sabe-se que, quando diagnosticados tardiamente, a maioria das neoplasias requer maiores doses de quimioterápicos, radioterapia e cirurgias, elevando o custo do tratamento, além de um aumento no sofrimento dos pacientes por perda de função e mutilação. Por outro lado, se tratados a tempo, muitos pacientes poderão ser devolvidos à sociedade com o mínimo de seqüelas e capazes de adequar-se às exigências do mercado de trabalho e convívio social (CAMPOS, CHAGAS, MAGNA, 2007; KOWALSKI *et al.*, 1994).

Para Boraks (1996), o papel do CD na luta contra o câncer de boca pode ser definido em cinco ações: 1) realização de exame minucioso nos tecidos moles e duros da boca; 2) eliminação de irritantes bucais crônicos (fatores técnicos, físicos ou químicos); 3) reconhecimento e controle das lesões cancerizáveis; 4) motivação do paciente ao abandono ou diminuição do fumo e do álcool; 5) realização da citologia esfoliativa ou biópsia sempre que houver suspeita de câncer.

A prevenção e o diagnóstico oportuno são, atualmente, as medidas mais eficazes que se dispõe para melhorar o prognóstico do câncer. O diagnóstico precoce dos tumores de boca não deveria apresentar dificuldades, uma vez que os grupos de maior risco são bem conhecidos e a região é de fácil acesso ao exame clínico, dispensando qualquer tipo de equipamento especial. As

lesões potencialmente cancerizáveis podem ser diagnosticadas e tratadas antes da transformação carcinomatosa. No entanto, observa-se que os pacientes não são esclarecidos e negligenciam os sintomas, assim como os profissionais de saúde não examinam rotineiramente a mucosa da boca (KOWALSKI, NISHIMOTO *In*: PARISE JÚNIOR, 2000).

Tem sido relatado que a manifestação inicial da doença raramente é diagnosticada, e que de 60% a 80% das lesões têm sua identificação em estágio avançado, reduzindo assim a sobrevida do paciente para 18% (MIYACHI *et al.* 2002; PIRES *et al.*, 2000).

Segundo Parise Jr. (2000), quanto mais inicial a lesão, mais simples e rápido é o tratamento cirúrgico, com a vantagem de não comprometer o emprego das outras modalidades terapêuticas no caso de recidivas ou outros tumores primários. Ainda, uma avaliação adequada pré-operatória permite utilizar a estratégia terapêutica, individualizando o tratamento para cada situação.

O Ministério da Saúde, em seu manual de detecção de lesões suspeitas – Câncer de Boca (BRASIL, 2001) conclui que estudantes, professores e as instituições de ensino odontológico devem se mobilizar para encarar a Odontologia como uma ciência que engloba a saúde e os problemas da boca e não apenas os dentes e estruturas de suporte. A confiança da população será plenamente justificada e garantida quando todos os CDs, ao lado dos médicos e demais profissionais da área da saúde, estiverem engajados na prática de proteção da vida e comprometidos realmente com o controle do câncer.

Infelizmente, a atuação do CD no diagnóstico do câncer de boca ainda se faz muito discretamente, conforme evidenciado por Dedivitis *et al.* (2004) que constataram, entre os anos de 1997 a 2000, em dois hospitais de Santos (SP), que somente 14% dos casos de encaminhamentos para tratamento de câncer de boca e orofaringe sendo realizados por CDs, frente a 81% realizados por médicos. Isto reflete a necessidade dos CDs se inserirem e se responsabilizarem mais no diagnóstico e na equipe de tratamento destes pacientes.

A atuação do CD, dentro da equipe multidisciplinar do tratamento antineoplásico, se faz imprescindível, tanto nas fases iniciais de diagnóstico quanto durante a terapia, realizando avaliações estomatológicas e possibilitando ao paciente ser submetido às modalidades terapêuticas com as melhores taxas de cura e de qualidade de vida, prevenindo ou reduzindo os seus efeitos colaterais (DANIEL *et al.*, 2006).

Para um atendimento mais efetivo ao paciente oncológico, há necessidade de investimentos contínuos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer, nos

diferentes níveis de atuação como: promoção da saúde, detecção precoce, assistência aos pacientes, vigilância, formação de recursos humanos, comunicação e mobilização social, pesquisa e gestão do SUS (BRASIL, 2007).

Tendo em vista os aspectos abordados e a motivação provocada pelos dados encontrados por Garbin (2007), que avaliou os CDs da rede pública de Florianópolis quanto ao seu conhecimento sobre o câncer de boca, justifica-se a realização deste trabalho, no qual a amostra foi ampliada para todos os CDs do estado de Santa Catarina, independente de sua atuação profissional (público, privado ou ambos). O instrumento utilizado na pesquisa foi adaptado, sendo incorporadas questões sobre a experiência profissional do CD e sua prática coletiva frente ao câncer de boca. Os profissionais da odontologia são essenciais em todas as fases, desde a prevenção até a reabilitação odontológica do paciente oncológico, atuando como norteador de ações de estratégias mais eficazes contra o câncer de boca.

1.1 Estrutura do trabalho

A partir da introdução, no qual foi contextualizado o panorama do câncer de boca na atualidade, o trabalho está estruturado da seguinte forma:

Capítulo 2. Objetivos do trabalho contendo o objetivo geral e os objetivos específicos.

Capítulo 3. Revisão da literatura – neste item será fundamentada toda a parte teórica do trabalho contendo os conceitos e definições; a epidemiologia do câncer de boca; a problemática do câncer de boca, o conhecimento e práticas dos CDs frente ao câncer de boca, estudos com a utilização de questionários, até a delimitação do campo de estudo e um breve relato da odontologia no estado de Santa Catarina.

Capítulo 4. Metodologia – neste capítulo será caracterizada a pesquisa, a população da pesquisa, a amostra e sua distribuição, o procedimento e o instrumento de coleta de dados, a análise e interpretação dos dados e, por último, os aspectos éticos do trabalho.

Capítulo 5. Resultados e discussão – neste capítulo são apresentados e discutidos os resultados obtidos, confrontando-os com a literatura consultada.

Capítulo 6. Conclusão.

Capítulo 7. Recomendações aos gestores.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Avaliar o grau de conhecimento e a prática dos CDs do Estado de Santa Catarina sobre câncer de boca.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra quanto a gênero, faixa etária, tempo de formado, formação, atuação profissional e tabagismo;
- Verificar o nível de conhecimento dos CDs do estado de Santa Catarina sobre os fatores etiológicos, as características e ocorrência do câncer de boca;
- Determinar o perfil do CDs do estado de Santa Catarina quanto à auto-avaliação, atitudes e interesse em educação sobre câncer de boca;

3. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo será apresentada a contextualização teórica do trabalho, contendo as definições utilizadas, aspectos gerais sobre o câncer e o câncer de boca, sua distribuição e seus condicionantes, o conhecimento dos profissionais da Odontologia sobre o assunto e ainda a caracterização do campo de estudo.

3.1. Conceitos e definições

Durante o século XX, o Brasil passou por profundas alterações em seus perfis epidemiológico e demográfico. Concomitante ao declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas houve aumento substancial na expectativa de vida da população e na proporção de mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em que pese o modo e a intensidade destas transformações terem se dado de maneira heterogênea entre as regiões e os estratos sociais do país (BARRETO, CARMO *In*: MONTEIRO, 1995; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS, 2002).

A identificação dos estágios iniciais das doenças crônicas reduz taxas de morbidade e mortalidade, o que pode ser realizado por meio de três níveis de programas de prevenção: a primária previne a ocorrência da enfermidade, a secundária consiste no diagnóstico precoce por meio de rastreamento, e a terciária previne deformidades, recidivas e morte. No caso do câncer, a prevenção primária consiste na limitação da exposição a agentes causais ou fatores de risco (relacionados a 80% dos tumores) como fumo, asbesto, sedentarismo, dieta inadequada, vírus (papiloma vírus e vírus da hepatite B) e exposição solar. A prevenção secundária do câncer requer procedimentos junto à população que permitam o diagnóstico precoce ou detecção das lesões pré-cancerosas, cujo tratamento pode levar à cura ou, ao menos, à melhora da sobrevivência dos indivíduos. Com os conhecimentos atuais, sabe-se que a prevenção primária somada à secundária, pode reduzir em 2/3 o número de casos de câncer (ANTUNES, 2003). Faz-se necessária, portanto, uma constante atualização de todos os profissionais da saúde em relação aos programas de prevenção e, do câncer em especial, quanto às medidas primárias e secundárias (BOLEN *et al.*, 1997).

As estratégias de prevenção das doenças crônicas exigem um forte embasamento científico. Somente a partir da década de 60 houve um incremento nos estudos de efetividade das estratégias preventivas, levando à implementação de programas preventivos sistemáticos (BRASIL, 2002a).

Há entidades reconhecidas internacionalmente, tais como, a American Cancer Society (ACS) e a Canadian Task Force (CTF), que se dedicam a traçar medidas de controle da doença. No Brasil, o INCA é a referência para o serviço público de todo país e coordena e desenvolve ações nas cinco áreas estratégicas para o controle do câncer, que são: prevenção, assistência médico-hospitalar, pesquisa, educação e informação (SILVA, 1991).

Entre as DCNT mais relevantes encontramos as neoplasias, cuja manifestação pode ocorrer em qualquer faixa etária, levando ainda a situações de alto custo para diagnóstico e tratamento e, em muitos casos, chegando à mutilação ou até mesmo a óbito, seja por ação direta ou indireta no portador (MONTEIRO, 1995).

A palavra câncer é derivada do latim câncer e do grego carcinoma (de Karkinos), ambos significam caranguejo e o uso provável desse termo se deve ao modo de invasão do câncer nos tecidos vizinhos, quando comparado ao modo de apreensão desse crustáceo. O termo genérico câncer, utilizado para designar tumor maligno, foi bem adequado, por esse aderir, de forma obstinada, a qualquer local que acometa, como faz um caranguejo após apreender sua presa (GENOVESE, BORDINI, BORDINI, 1997). Foi Galeno, por volta de 138-200 d.C, quem utilizou esse termo pela primeira vez para se referir a um tumor de mama (FERREIRA, MACIEL, 2004 *In* FERREIRA, 2004).

A Organização Mundial de Saúde define câncer como sendo um termo genérico atribuído a um grande grupo de doenças que podem afetar uma parte do corpo. Outros termos utilizados são tumores malignos ou neoplasias. Uma definição para câncer seria o crescimento rápido e anormal de células defeituosas que se multiplicam e se espalham pelo organismo. A este processo denomina-se metástase, sendo que, é este fenômeno que leva ao maior número de mortes por câncer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

A ACS define câncer como um grupo de doenças representadas pela multiplicação desordenada de células defeituosas ou atípicas, que não conseguem ser rastreadas pelo sistema imunológico. Este crescimento celular descontrolado pode vir a comprometer o corpo humano com um todo ou tecidos e órgãos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2008; BARBOSA, 2002).

Desde 1940 são conhecidos os fenômenos de iniciação, promoção e progressão de tumores, desenvolvidos em estudos experimentais com ratos. A iniciação é caracterizada por uma lesão definitiva em um tecido ou grupo de células, lesão esta que possibilita alterações subseqüentes promovidas por outro agente, o promotor, culminando com o aparecimento do câncer. O fenômeno de iniciação é essencial para a carcinogênese, pois as mutações são raras no genoma, e os mecanismos de defesa dos tecidos contra as lesões genéticas bastante eficientes. O agente promotor de tumor é incapaz de *per se* causar o câncer, ele depende do agente iniciador e deve agredir o tecido repetidamente por longos períodos, promovendo mutações sucessivas que facilitam o crescimento de uma ou de um grupo de células que se expandem de maneira clonal (LEITE, LOPES *In*: PARISE JÚNIOR, 2000).

O processo de carcinogênese ou oncogênese corresponde ao desenvolvimento de uma neoplasia, desde as alterações mais precoces no DNA até a formação de um tumor, que pode levar à destruição do organismo hospedeiro, o que ocorre lentamente. Quando esse processo tem início em tecidos epiteliais é denominado carcinoma e se começa em tecidos conjuntivos como osso, músculo ou cartilagem é chamado de sarcoma (FERREIRA, MACIEL, 2004 *In* FERREIRA, 2004).

O câncer, embora muito estudado, constitui-se ainda numa grande interrogação para a ciência. É uma doença crônica, degenerativa, de evolução lenta ou rápida, e incontrolável proliferação e, se não tratado precoce e adequadamente, geralmente é fatal. Constitui um grupo de afecções que têm como elemento comum à alteração do equilíbrio celular. Essa alteração se transforma num processo anárquico e descontrolado dos mecanismos mitóticos celulares acompanhados de mudanças morfofuncionais do organismo afetado (THOMAZ, CUTRIM, LOPES, 2000).

Câncer de boca é um termo genericamente usado para dar nome a uma diversidade de lesões malignas compreendidas nessa região anatômica, sendo o carcinoma epidermóide ou espinocelular (CEC) o tipo histológico mais comum (BARBOSA, 1968; RAPAPORT, 1997).

O câncer de cabeça e pescoço é representado, na sua imensa maioria, por neoplasias epiteliais do tipo CEC que acometem as vias aerodigestivas superiores. Trata-se da doença neoplásica mais freqüente no Brasil. O tratamento desta neoplasia é complexo, de caráter multidisciplinar e multimodal. As taxas de controle local e de sobrevida aumentaram com

tratamentos loco-regionais avançados, porém, não mudaram significativamente (FRANCESCHI *et al.*, 1993).

Em 1982, a União Internacional Contra o Câncer (UICC) e a American Joint Committee on Cancer (AJCC) criaram, em cooperação, o sistema Tumor-Nodo-Metástase (TNM) que padronizou o estadiamento do câncer. O estadiamento clínico dos carcinomas da cavidade bucal segue princípios definidos que utilizam critérios anatômicos, obtidos por meio de exame físico minucioso, exames de imagem ou outros métodos diagnósticos. O sistema TNM considera o tamanho da lesão, o comprometimento de estruturas adjacentes, as evidências de metástase cervical e a distância. Na classificação TNM o T indica o tamanho de tumor primário, N a presença ou ausência de lesões metastáticas nos linfonodos e M a presença ou ausência de metástases à distância em algum outro órgão ou local. A classificação é a mesma para os carcinomas da região de cabeça e pescoço. Da composição dos dados citados acima, os pacientes são agrupados em estádios que vão de “0”(in situ) a “IV” (mais avançado, com presença de metástase). O estadiamento auxilia na determinação da terapêutica a ser empregada e na definição do prognóstico quanto às chances de disseminação neoplásica, sobrevida livre de doença e sobrevida global (SILVERMAN, EVERSOLE, TRUELOVE, 2004; ARAUJO, ARAUJO *In*: PARISE JÚNIOR, 2000).

Compreende-se como câncer de boca o grupo de tumores classificados pela Comissão Internacional de Doenças (CID-10/OMS, 2004) como: Neoplasia maligna da gengiva, Neoplasia maligna do assoalho da boca, Neoplasia maligna do palato, Neoplasia maligna da língua, Neoplasia maligna de lábio, Neoplasia maligna de outras partes e Neoplasia maligna de partes não especificadas da boca.

Vários têm sido os fatores citados como responsáveis pelo processo de carcinogênese, dentre os mais citados o tabagismo, etilismo, certos vírus, fatores físicos e mecânicos (MAGALHÃES, MAGALHÃES *In*: PARISE, 2000).

O câncer de boca e orofaringe está relacionado principalmente ao tabagismo e etilismo. Ambos acometem principalmente indivíduos do sexo masculino e acima de 50 anos. Mais de 90% dos casos constituem-se do CEC. O comportamento é bastante agressivo, apresentando metastatização cervical precoce e, com frequência, contra-lateral, já que, sobretudo em orofaringe, os gânglios linfáticos cruzam a linha média (DEDIVITIS, GUIMARÃES, SOUZA JR, 1999).

Estudos *in vitro* mostram que, a partir da aplicação tópica, determinadas concentrações de álcool causam aumento da permeabilidade da mucosa bucal, potencializando a penetração de carcinógenos. Outras alterações, como redução da capacidade de reparo de DNA, distúrbios do sistema imune e do estado nutricional podem contribuir na sua relação com o desenvolvimento do câncer de boca (CARRARD *et al.*, 2007).

O risco de indivíduos fumantes desenvolverem CEC na boca é proporcional à quantidade e ao tempo de uso do cigarro. Os efeitos do álcool no organismo resultam da sua propriedade de irritar a mucosa e da sua capacidade de atuar como solvente de carcinógenos, especialmente os existentes no tabaco (REGEZI, SCIUBBA, 1991).

O tabaco e o álcool têm sido apontados como os principais agentes causadores, pois apresentam efeito sinérgico agindo, respectivamente, como iniciadores e promotores da carcinogênese (SCHÜTZ, 1997).

Atividades ocupacionais que envolvem oportunidades de consumo de álcool (garçons, empregados de cervejarias) e a exposição a asbestos e fibras minerais têm sido associadas a um maior risco de desenvolver o câncer de boca (BLOT *et al. apud* SCHOTTENFELD, FRAUMENI JR, 1996).

O Papilomavírus humano (HPV) tem sido associado com neoplasias benignas e malignas da boca, principalmente o carcinoma epidermóide. O seu achado comum em epitélio de mucosa normal, amplamente divulgado na literatura, não permite inferências mais precisas quanto ao seu papel na carcinogênese (se agente etiológico principal, coadjuvante ou simples habitante do epitélio de revestimento da mucosa). São 4 tipos particularmente importantes: os tipos 6 e 11 (que estão envolvidos nas lesões benignas do epitélio bucal) e 16 e 18 (comprovadamente carcinogênicos e possivelmente envolvidos na etiologia de carcinomas epidermóides da boca) (OLIVEIRA *et al.*, 2003).

Partículas virais, principalmente do papilomavírus, do vírus Epstein-Barr e o Herpes vírus tipo I, têm sido citados como possivelmente envolvidos no processo de carcinogênese (MAGALHÃES, MAGALHÃES In: PARISE, 2000).

Exposição à radiação solar por atividades ocupacionais na pesca e agricultura tem sido relacionada particularmente ao câncer de lábio (GUNNARSKOG, STENBECK, HOLM, 1995; JITOMIRSKI In: PINTO, 2000).

Outros fatores, como irritação crônica mecânica ou química, além da má higiene bucal, também têm sido relatados como possíveis fatores de risco para a neoplasia (BLOT *et al. apud* SCHOTTENFELD, FRAUMENI JR, 1996; JITOMIRSK In: PINTO, 2000; VELLY *et al.*, 1998).

Algumas alterações na mucosa podem propiciar o aparecimento e desenvolvimento do câncer em cavidade bucal. A Organização Mundial de Saúde define este tipo de lesão como “um tecido morfológicamente alterado no qual é mais provável a ocorrência de câncer do que no tecido local normal”. Na boca, as lesões mais freqüentemente associadas ao câncer são as leucoplasias, as eritroplasias e o líquen plano. No lábio, a queilite actínica pode ser considerada pré-cancerosa. O termo displasia foi cunhado para designar anormalidades relacionadas ao primórdio embrionários, sendo utilizado com sentido diverso de distrofia que significa uma malfomação adquirida na presença de um primórdio embrionário normal. O termo displasia foi utilizado por Papanicolaou com o sentido de pré-maligno, mas a literatura científica sugere a utilização como designação de alterações citológicas e estruturais relacionadas à eventual malignização. Salienta-se que nem todas as lesões displásicas se transformam em câncer e que lesões não-displásicas podem tornar-se câncer (SILVERMAN, EVERSOLE, TRUELOVE, 2004; TAVARES In: PARISE JÚNIOR, 2000).

Na análise de diferentes registros de morbidade e mortalidade por neoplasias, os cânceres de boca e de orofaringe, figuram entre os mais importantes tipos de tumores. Suas taxas de incidência e mortalidade somadas estão entre as dez mais altas do país (BRASIL, 2003). O custo econômico destes agravos também é elevado, sendo o valor pago pelo setor público, em internações hospitalares, superior a dezoito milhões de reais em 2003, a sexta mais onerosa entre todas as neoplasias (BRASIL, 2005a).

Um grave problema citado na literatura é o diagnóstico tardio das lesões de câncer de boca. Muitos fatores podem estar associados a esta condição, desde o despreparo médico e odontológico para realização do diagnóstico nas fases iniciais da lesão até a desinformação da população (KOWALSKI *et al.*, 1994).

Dedivitis *et al.* (2004) apontam que estratégias de prevenção e educação da população, treinamento profissional mais adequado podem melhorar a abordagem dos pacientes com câncer de boca. Os dados coletados em seu trabalho indicaram a necessidade de tornar-se mais eficaz o diagnóstico precoce do câncer de boca e orofaringe. A principal preocupação, na ótica dos

autores, localizou-se na estruturação dos cursos de graduação, tanto de medicina quanto de odontologia. O estudo enfatizou a importância de, quem presta o atendimento inicial, realizar com eficiência o reconhecimento das lesões, para que se possa estabelecer o diagnóstico precoce.

O Ministério da Saúde, no projeto Brasil Sorridente, criou o Centro de Especialidade Odontológica (CEO) através da portaria 1570/GM de 29 de julho de 2004, no qual a oferta de serviços mínimos é: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. Sua atuação consiste em ser referência para atenção básica em saúde e, desta forma, ampliou-se o acesso da população ao nível especializado da Odontologia (BRASIL, 2004a).

Em 2006, o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2006b), publicou o protocolo e o fluxograma para o encaminhamento dos pacientes com lesões suspeitas para o CEO, servindo como um norteador para os CDs da rede pública e privada. Devido à magnitude do território brasileiro, ainda têm-se situações onde o profissional e a população desconhecem este serviço.

Entre as políticas públicas relacionadas à atenção ao câncer de boca, em 2005, o Ministério da Saúde, através da portaria nº. 741, estabeleceu uma nova classificação e exigências para hospitais que tratam câncer (Unidades ou Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON). Esta portaria estabelece os parâmetros para o planejamento da Rede de Alta Complexidade em Oncologia e define processos relacionados à informação em câncer e ao acesso a exames de média complexidade. Esta portaria veio na sequência à de nº. 2.439, a primeira a instituir uma Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser criada em todas as unidades federadas, “*respeitadas as competências das três esferas de gestão*” (BRASIL, 2005b).

De acordo com a portaria nº. 741 do Ministério da Saúde, todas as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia devem possuir, em sua estrutura básica uma equipe de apoio multidisciplinar, que conta com um serviço de odontologia, o qual pode ser próprio ou referenciado. No CACON, entretanto, é necessária a existência de equipe de odontologia própria (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2007).

Identificar pacientes de alto risco para o câncer de boca, reconhecer lesões pré-neoplásicas e a precoce detecção de lesões neoplásicas são as principais responsabilidades do CD na prevenção e controle do agravo. Nenhuma técnica especializada é necessária para examinar a

boca em busca destas lesões sendo, portanto, trágico que a maioria dos casos de câncer de boca seja diagnosticada em estágio tardio (VAN HEERDEN, BÜTOW; 2002).

O índice de sobrevida de 5 anos para o CEC é baixo: é de cerca de 60% em países desenvolvidos e da ordem de 40% naqueles em desenvolvimento. A média mundial estimada é de 46% de sobrevida do câncer de boca (SILVERMAN, EVERSOLE, TRUELOVE, 2004; BRASIL, 2003).

Pouco se sabe sobre o conhecimento que os profissionais e a população têm sobre o assunto, dificultando assim o planejamento de ações no intuito de solucionar este problema (DIB, 2000). Matos e Araujo (2003) realizaram uma pesquisa em Lages (SC), investigando os conhecimentos, práticas e atitudes em relação ao diagnóstico do câncer de boca, na visão da população e do CD. Concluíram que, de um lado os CDs não realizam um exame clínico adequado e, do outro, a população não percebe as lesões precursoras, pois estas são assintomáticas e indolores.

Caetano (2003) constatou, no ano 2000, que 38,5% dos casos de câncer de boca registrados no Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina (CEPON/SC) se encontravam nos estadiamentos III e IV, evidenciando, desta forma, o diagnóstico tardio, o que agrava o prognóstico destes pacientes.

Daher, Pereira e Oliveira (2008) ao avaliar as características epidemiológicas do câncer de boca, registrados em um hospital de Uberaba (MG), entre os anos de 1999 a 2003, constataram que, dos 101 casos encaminhados à unidade para tratamento, somente 5 foram encaminhados por CDs. Em relação ao estágio, 31,63% se encontravam no estágio III e 42,85% no estágio IV, dos quais, 63,04% evoluíram para óbito. Evidencia-se, desta forma, a necessidade de inserção da Odontologia e do diagnóstico precoce do câncer de boca.

A Odontologia pode desempenhar um significativo papel na área da Oncologia, pois tem a oportunidade de realizar o diagnóstico precoce do câncer de boca, com a detecção de lesões assintomáticas nos exames odontológicos de rotina. O CD também deve ser um elemento de difusão de informações sobre o assunto facilitando, assim, o acesso dos pacientes às medidas preventivas ou de diagnóstico precoce. É necessário conjugar esforços para levar a educação e a informação como as melhores formas de prevenção. Também é necessário sensibilizar os profissionais de saúde a se engajar em projetos e programas voltados para a prevenção do câncer de boca (DIB, SOUZA, TORTAMANO, 2005).

3.2. Características epidemiológicas do câncer

Em 2005, de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo, o câncer foi responsável por 7,6 milhões, o que representou 13% de todos os óbitos. Os principais tipos de câncer com maior mortalidade foram: pulmão (1,3 milhão); estômago (cerca de 1 milhão); fígado (662 mil); cólon (655 mil); e mama (502 mil). Do total de óbitos por câncer ocorridos em 2005, mais de 70% ocorreram em países de média ou baixa renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2006).

A estimativa para 2020, é da ordem de 15 milhões de novos casos mundiais, dos quais, cerca de 60% ocorrerão em países em desenvolvimento. Pelo menos um terço de novos casos de câncer que ocorrem anualmente no mundo poderia ser prevenido. Parkin, Bray e Devesa (2001) estimaram, no ano de 2000, que o número de novos casos de câncer em todo o mundo seria acima de 10 milhões. As estimativas para o ano de 2008 no Brasil, válidas também para o ano de 2009, apontam à ocorrência de 466.730 novos casos de câncer (BRASIL, 2007).

A distribuição dos casos novos de câncer, segundo sua localização primária, é bem heterogênea entre estados e capitais do Brasil, o que fica bem evidenciado ao se observar a representação espacial das diferentes taxas brutas de incidência. As regiões Sul e Sudeste, de maneira geral, apresentam as maiores taxas, enquanto as regiões Norte e Nordeste as menores e, a região Centro-Oeste, um padrão intermediário. (BRASIL, 2007).

Segundo Sartori (2004), o CEC possui 95% de prevalência, sendo que, menos de 1% é diagnosticado em fase inicial. Essa situação traduz uma falta absoluta de diagnóstico precoce e, nessa condição, a sobrevida está relacionada diretamente com a gravidade da doença e com o início precoce do tratamento especializado. O CEC representa, portanto, a condição mais séria entre as entidades que afetam a boca, resultando em óbito para a grande maioria dos pacientes que, desinformados, demoram a procurar ajuda profissional.

Não existe consenso no meio científico e acadêmico sobre a conveniência ou não em, nos estudos epidemiológicos, se somarem os sítios anatômicos específicos em apenas um grupo e, tampouco, sobre quais localizações primárias devem ser consideradas como “câncer de boca” nas investigações, ainda que a necessidade de uma convenção seja apontada há muitos anos (SMITH, 1973).

A Agência Internacional para Pesquisa do Câncer (IARC), em sua publicação intitulada *Cancer Incidence in Five Continents* (IARC, 1998 *In*: FRANCO, 2000), apresenta as diferentes taxas de incidência (padronizadas pela população mundial) verificadas entre populações das diversas áreas geográficas. Essas estatísticas apontam que o câncer de boca está entre as dez principais localizações anatômicas de câncer mais frequentes em homens, assumindo a oitava posição no mundo.

Nos países desenvolvidos, encontra-se na décima posição, enquanto nos países em desenvolvimento, o câncer de boca assume a sétima posição entre os demais cânceres. Em análises isoladas, verifica-se que na América do Sul, a posição é a mesma, enquanto no Brasil sobe para a sexta posição (FERREIRA, MACIEL, 2004 *In* FERREIRA, 2004).

Em 1999, com a criação do Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco, tornou-se possível conhecer com detalhes o atual quadro do câncer no Brasil. Essa vigilância é realizada por meio da implantação, acompanhamento e aprimoramento de dois registros disponíveis: o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e o Registro Hospitalar de Câncer (RHC). Esses registros visam oferecer uma estrutura organizada para estabelecer e controlar o impacto que o câncer apresenta na comunidade. Ambos são recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Agência Internacional para Pesquisa do Câncer (IARC, 1998; FERREIRA, MACIEL, 2004 *In* FERREIRA, 2004).

O RCBP se encontra distribuído em quase todas as capitais brasileiras e permite comparar a magnitude do câncer entre as diferentes regiões brasileiras e outros países. O RHC coleta dados de todos os pacientes atendidos no hospital, com diagnóstico confirmado de câncer e reflete o desempenho do corpo clínico, em relação à assistência prestada aos pacientes, através da avaliação dos resultados de protocolos terapêuticos e análise de sobrevida dos pacientes, por tipo específico de câncer. As informações do RHC auxiliam no planejamento do hospital em áreas carentes, para o recrutamento de profissionais necessários e na pesquisa clínico-epidemiológica institucional (FERREIRA, MACIEL, 2004 *In* FERREIRA, 2004).

No Brasil, o RCBP-2003 constatou o maior valor das taxas médias anuais de incidência, ajustadas por idade por 100 mil homens, foram em São Paulo (1997-1998: 7,6), Distrito Federal (1996-1998: 6,6) e Salvador (1997-2001: 4,6). Na população feminina, as maiores taxas foram observadas em Natal (1998-1999: 3,3); São Paulo (1997-1998: 2,3) e João Pessoa (1999-2000:

1,8). As menores taxas foram observadas nas cidades de Natal (1998-1999) em homens (2,4) e Campinas (1996-1998) em mulheres (0,5) (BRASIL, 2003).

Boing (2005) realizou um levantamento epidemiológico do número de óbitos causado por câncer de boca e faringe, no período de 1979 a 2002 no Brasil. Neste período encontrou um total de 38.263 e 40.314 óbitos por estas patologias, respectivamente, correspondendo a 1,80% e 1,89% das mortes por neoplasias no Brasil. As Regiões Sul e Sudeste, apresentaram as maiores taxas durante todo o período, sendo igual a 1,40 e 1,52 por 100.000 habitantes, respectivamente. Apenas as taxas de mortalidade do sul e do nordeste apresentaram tendência de acréscimo ao longo dos anos, as demais regiões mantiveram taxas estáveis.

Em um levantamento de dados, obtidos das fichas de agendamento e prontuários dos pacientes atendidos no CEPON-SC, entre março de 1996 a março de 1997, Pardo (1997) verificou que, nos 223 pacientes com carcinoma de cabeça e pescoço, 19,28% eram carcinomas bucais. Destes, 46% estavam no estágio IV e 23% no estágio III. A faixa etária mais freqüente situou-se entre 41 a 60 anos, com predomínio do sexo masculino. Destes, 70% utilizavam álcool, 79% tabaco e 68% faziam uso concomitante; sendo a língua a região anatômica mais afetada (42%).

Caetano (2003), analisando a condição epidemiológica do câncer de boca em Santa Catarina, traçou uma série histórica, comparando a porcentagem de óbitos por neoplasias gerais com as neoplasias de boca. Em 1996 a porcentagem de óbito por câncer de boca foi de 1,47%, chegando, em 1999, ao maior índice desta série em 1,71%, e a média do período de 1996 a 2002 em 1,47%. Os óbitos causados por esta patologia no período totalizaram 451, distribuídos em 26,83% na região do Vale do Itajaí; 19,07% em Florianópolis; 17,07% no Sul; 11,08% no Nordeste; 8,87% no Extremo Oeste; 7,98% no Meio Oeste; 4,66% no Planalto Norte e 4,43% em Lages.

A epidemiologia do câncer de boca demonstra que o planejamento de ações para o combate desta patologia deve ser feito com base na realidade e no perfil de cada região, salientando-se ainda, que o câncer de boca apresenta peculiaridades específicas.

3.3. A problemática do câncer de boca

A investigação do perfil e da sobrevivência dos pacientes, de acordo com as regiões anatômicas específicas, fornece bases científicas para orientar campanhas educativas de prevenção para o diagnóstico precoce e tratamento do câncer de boca que, quase sempre tem início num local de fácil visualização e inspeção para o próprio paciente (OLIVEIRA, RIBEIRO-SILVA, ZUCOLOTO, 2006).

Parajara (1999) evidenciou, em seu estudo, que os CDs “não se julgam responsáveis pela resolução do problema”, bem como, não sabem orientar e, muito menos, estimular o paciente a prevenir-se.

Vidal *et al.* (2003) consideram o alto índice de mortalidade por câncer de boca inadmissível, quando a prevenção e o diagnóstico precoce podem ser promovidos, bastando, para isto, interesse e capacitação adequada. Programas de prevenção de câncer de boca podem e devem ser implementados nos serviços de saúde, haja vista o baixo custo e a alta capacidade diagnóstica frente à doença e seus fatores de risco. A prevenção e o diagnóstico precoce são essenciais, ainda, para a desmistificação da doença e redução da mortalidade por câncer de boca.

Apesar da incorporação de novas tecnologias pelo setor de saúde nos últimos anos, tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento de doenças, os cânceres de boca e de faringe continuam tendo efeitos devastadores para o paciente. As desfigurações faciais decorrentes têm conseqüências socialmente relevantes e acarretam prejuízos na comunicação, na alimentação e no paladar (GELRICH *et al.*, 2002; BRASIL, 2002b).

O tratamento do câncer de boca envolve uma equipe interdisciplinar que deve trabalhar integrada, objetivando a eliminação da doença, com manutenção da qualidade de vida do paciente. Os CDs, médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fazem parte dessa equipe de profissionais, sem destacar nenhuma dessas figuras - todas, em suas áreas de competência, trabalham e cooperam no atendimento ao paciente (ALMEIDA *et al.*, 2004).

Câncer de boca é um sério assunto de saúde pública no Brasil, tendo em vista a alta incidência e a grande morbidade decorrente, principalmente, de cirurgias agressivas para tratar tumores avançados. O CD tem definido um papel muito importante na equipe multidisciplinar de atendimento a pacientes oncológicos, mas, talvez, seu mais destacado campo de atuação seja na

prevenção e no diagnóstico precoce. Cada vez mais se torna necessário o engajamento do CD na orientação sistemática dos pacientes sobre as formas de prevenir e detectar rapidamente sinais de câncer de boca. Entretanto, ainda hoje, depara-se com situações de desconhecimento profissional sobre as formas corretas de se atuar nesses campos, que repercutem nos dados nacionais e internacionais que revelam uma alta incidência de casos de câncer de boca diagnosticados em fases avançadas e um baixíssimo índice de medidas preventivas por parte da população (DIB, SOUZA, TORTAMANO, 2005). As estratégias de detecção precoce do câncer possibilitam maior contribuição para o aumento das taxas de cura e de sobrevida proporcionadas pelo tratamento, ou para a melhoria da qualidade de vida dos doentes (BRASIL, 2006a).

Silva *et al.* (2000) demonstraram que, na maioria das situações, o câncer de boca foi precedido de estados cancerizáveis da mucosa bucal. Salientaram que o diagnóstico precoce foi fator de sucesso na prevenção e controle, ressaltando que esse reconhecimento não deveria apresentar grande dificuldade, entendendo que o grupo de risco é conhecido nas suas principais características e a região - a boca - é de fácil acesso para o exame clínico. O retardo no diagnóstico prende-se a diversos fatores, entre eles: a desinformação da população leiga, que mantém crenças ultrapassadas e negativas sobre o câncer e seu prognóstico; a falta de alerta dos profissionais da saúde para o diagnóstico precoce dos casos; e a falta de rotinas abrangentes programadas nos serviços de saúde, públicos e privados, que favoreçam a detecção do câncer. Vale ainda ressaltar que a enfermidade, muitas vezes, exige internação hospitalar e acompanhamento ambulatorial freqüentes, tornando evidente o alto custo econômico do tratamento (THOMAZ, CUTRIM, LOPES, 2000).

Scandiuzzi (2007) realizou um levantamento sobre os custos do tratamento do câncer no Sistema Único de Saúde (SUS), de 1995 até 2006. Concluiu que neste período houve um aumento de 450% no custo, só que isto não reverteu em melhoria na sobrevida dos pacientes ou em aumento nos índices de cura da doença. O aumento deveu-se ao crescimento de ações judiciais, movidas por pacientes, para pagamento de despesas dos novos medicamentos contra o câncer.

Em 1993, o "National Institute of Dental Research", órgão americano voltado à saúde bucal, publicou artigos relatando o impacto sócio-econômico da ocorrência do câncer de boca nos Estados Unidos, ressaltando que aproximadamente 30 mil americanos são diagnosticados com câncer da boca e da faringe a cada ano, com 8 mil mortes. Estimam que, aproximadamente, 75%

dos casos são relacionados ao consumo de fumo e de álcool, sendo que o tratamento da doença é feito com graves seqüelas e custo social. Relatou que um estudo dos anos 80 revelou que o desembolso econômico dos tratamentos de câncer de boca e da faringe chegava a 289 milhões de dólares. O "National Institute of Dental Research" conclui que a prevenção é a melhor forma de atuar, principalmente, através da educação profissional e da população. Motivar a classe profissional a conhecer os malefícios do consumo de tabaco e ampliar as maneiras para se obter o diagnóstico precoce é considerado a melhor forma de se reduzir os custos terapêuticos (DIB, SOUZA, TORTAMANO, 2005).

Entre as características dos pacientes com câncer de boca, nas décadas de 1980 e 1990, no Brasil, observava-se uma prevalência de analfabetos, oscilando entre 28% a 74% (FRANCO *et al.*, 1989; LEWIN *et al.*, 1998) e a renda mensal variava de 83 a 128 dólares (FRANCO *et al.*, 1989; REIS *et al.* 1997; VELLY *et al.*, 1998), indicando uma associação entre o câncer de boca e o baixo nível sócio-econômico-cultural.

Grupos populacionais de baixa renda tendem a ter precárias condições de saúde bucal e carências nutricionais, fatores considerados comuns entre os casos de câncer de boca e de faringe (FERREIRA, MACIEL, 2004 *In* FERREIRA, 2004).

Borges *et al.* (2009), relacionaram a mortalidade por câncer de boca com a condição sócio-econômica no Brasil. Concluíram que a melhoria das condições de vida e educacionais pode levar a um aumento da expectativa de vida. Desta forma, quanto piores forem estes indicadores, maior será a mortalidade por câncer de boca. Os autores fazem uma ponderação, já que seus resultados foram contrários à vasta literatura, justificando que onde há um maior desenvolvimento há maior condição de notificação e busca pelo tratamento desta patologia.

Guggenheimer *et al.* (1989) realizaram um estudo com a finalidade de avaliar os fatores responsáveis pelo atraso no diagnóstico dos carcinomas de boca e orofaringe, por meio de questionários, respondidos por 149 portadores das referidas lesões. Encontraram que atrasos causados pelos próprios pacientes variaram de 1 a 365 dias, e por médicos ocorreram em 30% dos casos. Os autores concluíram que os carcinomas iniciais são provavelmente assintomáticos e que suas eventuais manifestações são confundidas com lesões bucais ou dentais benignas, sendo esses erros os responsáveis pelos avançados estádios clínicos no momento do diagnóstico. Ressaltaram que, para se tentar reverter o quadro apresentado, deve-se dar ênfase a exames periódicos e à educação da população de maior risco.

Horowitz, Nourjah, Gift (1995) observaram que uma das necessidades mais prementes, caso se queira diminuir a quantidade de indivíduos predispostos ao câncer de boca, é se dar um enfoque educacional à população sobre os riscos em relação a esta neoplasia, em programas de promoção e educação em saúde bucal. O câncer de boca é um problema da categoria profissional odontológica, já que estes são os profissionais que, com mais frequência, têm a oportunidade de examinar a boca. À medida que a falta de compromisso da categoria, somada aos erros políticos e estratégicos, refletem os mais de 80% de diagnósticos tardios e o grande número de óbitos e mutilações decorrentes desta enfermidade (ANTUNES *et al.*, 2001).

No Brasil, a prevenção primária do câncer de boca consiste fundamentalmente em programas e medidas de combate ao consumo de tabaco e álcool, num esforço integrado de promoção da saúde que visa à redução de vários outros agravos. O exame visual da boca para detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores não sintomáticos é uma estratégia de prevenção secundária intuitiva e atraente, a partir da qual se espera viabilizar o diagnóstico da doença em seus estágios iniciais e, assim, possibilitar um melhor prognóstico por meio da pronta e efetiva intervenção terapêutica (ANTUNES, TOPORCOV, WÜNSCH-FILHO, 2007).

A prevenção primária, os diagnósticos clínicos e histopatológicos precoces e a reabilitação maxilo-facial estão no quadro de obrigações da odontologia e cada CD deve conhecer o assunto, suas possibilidades de atuação e os limites legais entre as profissões que atuam no tratamento desta patologia (ALMEIDA *et al.*, 2004).

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, no qual um dos aspectos abordados foi à prevenção e controle do câncer de boca, por meio de exames preventivos para detecção precoce, busca ativa de lesões bucais e acompanhamento de casos suspeitos e confirmados (BRASIL, 2004b).

Para Starfield (2002), o reconhecimento de um problema ou de uma necessidade é o passo que precede o processo de planejamento e diagnóstico, uma vez que um dos papéis do profissional de saúde é a determinação precisa das necessidades de um paciente ou de uma população.

Todo paciente com câncer de boca requer uma avaliação por equipe multidisciplinar que inclua cirurgião de cabeça e pescoço, radioterapeuta, oncologista clínico, odontólogo, fonoaudiólogo, enfermeiro especializado e outros profissionais que possam oferecer apoio psicossocial. O tratamento multidisciplinar deve oferecer ao paciente, necessariamente nesta

ordem: a melhor oportunidade de cura, a preservação do órgão e a melhor qualidade de vida. Na cavidade bucal, as principais preocupações são com a deglutição e a fala (MARQUES *In*: PARISE JÚNIOR, 2000).

3.4. Conhecimento e prática dos cirurgiões-dentistas frente ao câncer de boca

O adequado treinamento dos profissionais de saúde é uma etapa fundamental dos programas de rastreamento de câncer. Além disso, é de extrema importância a elaboração de manuais de procedimentos, com fotografias coloridas das lesões a serem identificadas, explicitação de mucosa normal, de lesões benignas, pré-cancerizáveis e de câncer. Além disso, é necessária a definição dos procedimentos do exame clínico, com a exploração sistemática de todas as regiões da boca (ANTUNES, TOPORCOV, WÜNSCH-FILHO, 2007).

Kowalski *et al.* (1994) realizaram estudo sobre os fatores relacionados ao atraso no diagnóstico do câncer de boca. Consideraram que os principais fatores responsáveis por lesões avançadas foram à localização anatômica, isto é, lesões em localizações menos visíveis da boca e o atraso no diagnóstico causado por CD ou outro profissional não especialista. Os autores consideraram que duas das mais importantes e imediatas consequências do diagnóstico em fases avançadas são: um significativo aumento dos custos do tratamento e um maior tempo de internação hospitalar.

Zakrzewska (1994) publicou um editorial sobre a responsabilidade do CD na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de boca. Apresentou dados revelando que 56% dos CDs americanos simplesmente não perguntam aos seus pacientes se esses consomem tabaco, e somente 64% deles avisam para parar de fumar. Enfatiza o papel do CD na prevenção do câncer de boca, informando sobre os malefícios do cigarro, promovendo consultas regulares dos pacientes para um "check-up" anual, fazendo a pesquisa de todas as áreas da boca, a fim de realizar o diagnóstico precoce, tendo como objetivo a redução da taxa de diagnóstico avançado de 60% para 40% no Reino Unido.

Yellowitz e Goodman (1995) realizaram um estudo com médicos e CDs para avaliar o nível de conhecimento, opiniões e práticas em relação ao câncer de boca e concluíram que mais da metade dos CDs e médicos não foram capazes de identificar corretamente sinais e sintomas

associados ao câncer de boca e que 34% dos CDs e 37% dos médicos não demonstraram conhecimento sobre a importância da detecção precoce na prevenção da mortalidade pelo câncer de boca.

Martin *et al.* (1996) analisaram o papel dos CDs na pesquisa de câncer de boca e no aconselhamento sobre parar de fumar. Em uma amostra de 12.035 adultos americanos, no ano de 1992, observaram que menos de 10% dos participantes relataram terem sido submetidos a um exame para detecção de câncer de boca por parte dos seus CDs, nos últimos três anos. Apenas 24,1% dos fumantes foram aconselhados a parar de fumar no mesmo período. Como conclusões desse estudo, os autores salientam que a informação dos pacientes precisa ser incrementada e que a chance de detecção precoce do câncer de boca está sendo subutilizada nos consultórios odontológicos. Acreditam que o impacto da redução do consumo de tabaco seria importante também para outras doenças relacionadas ao seu uso.

Meskin (1997) publicou um editorial bastante incisivo sobre a atuação do CD frente ao câncer de boca, argumentando que se o CD mantiver uma atitude passiva e inoperante, a Odontologia perderá rapidamente esse espaço profissional para especialidades médicas. O autor afirma que esta é uma doença que o CD deveria prevenir e diagnosticar, mas a categoria profissional tem demonstrado uma marcante falta de progresso no controle da ocorrência do câncer de boca. Conclui afirmando que os CDs têm o preparo e o treinamento necessários para prevenir, diagnosticar e manejar o câncer de boca e que abdicar dessa responsabilidade seria um ato sem consciência.

Procurando determinar o conhecimento de CDs clínico geral norte-americanos sobre os fatores de risco e procedimento de diagnóstico para o câncer orofaríngeo, Yellowitz *et al.* (2000) conduziram um estudo no qual concluem que os CDs não estão devidamente preparados para prevenir e diagnosticar precocemente o câncer de boca.

Horowitz *et al.* (2001) realizaram um estudo qualitativo com o objetivo de obter informações sobre os motivos pelos quais a maioria dos CDs não faz o exame de câncer de boca em seus pacientes, apontando cinco temas principais: conhecimentos inadequados sobre câncer de boca, procedimentos inconsistentes, desconforto, falta de confiança e tempo para o exame. Os autores sugerem a necessidade de capacitar os CDs, através de cursos de educação continuada sobre prevenção do câncer de boca e detecção precoce.

Morais (2003) estudou o conhecimento de CDs inscritos em cursos de estética quanto a fatores de risco e procedimentos diagnósticos do câncer de boca. Concluiu que as características clínicas da ocorrência desta neoplasia não estavam claras para os entrevistados, pois apenas metade deles indicou o carcinoma espinocelular como o tipo mais comum de câncer de boca. Cerca de 20% desconhecia a faixa etária de maior ocorrência deste tumor e também seu aspecto inicial. Apenas 5,8% dos entrevistados realizavam procedimentos de diagnóstico e, a grande maioria, considerou regular ou insuficiente seu conhecimento na área. Como conclusão, a autora diz que os CDs ainda não apresentam conhecimento e treinamento ideais para difundir os meios de prevenção e detecção precoce do câncer de boca.

No Brasil, em 2004, Cutrim *et al.* realizaram um estudo para analisar o conhecimento dos CDs da rede pública de São Luís (MA) sobre câncer de boca, assim como a prática odontológica implementada no setor público desta cidade. Foi utilizado um questionário com questões semi-abertas e de múltipla escolha. Os resultados revelaram que 76,98% dos profissionais possuem conhecimento sobre câncer de boca, sendo a graduação citada como o nível de formação onde mais receberam informações sobre o tema. Porém, 50,8% dos participantes da pesquisa consideraram insatisfatórios os conhecimentos adquiridos no curso de Odontologia. Por fim, 23,81% dos CDs afirmaram que não repassam os conhecimentos sobre câncer de boca a seus pacientes.

Molina, Ribeiro e Torres-Pereira (2006) avaliaram o conhecimento, práticas e atitudes de 100 CDs em Curitiba (PR) a fim de identificar o índice de profissionais que exercem a Estomatologia na sua rotina clínica e verificar seu grau de conscientização sobre a importância do diagnóstico precoce de lesões malignas. Constataram que 54% de sua amostra está preparada para diagnosticar doenças bucais; 44% dos profissionais são procurados por pacientes para tratamento de lesões bucais; 66% relatou que trata as lesões bucais; e que 86% têm interesse em se atualizar na área de Estomatologia. Os autores concluíram que os seus resultados refletiram o descuido de alguns CDs com a completa avaliação do estado de saúde bucal dos seus pacientes.

Em 2006, Falcão avaliou 240 CDs do município de Feira de Santana (BA), quanto ao seu conhecimento em relação ao câncer de boca. Da amostra estudada, 69,5% relatou ter baixa confiança para realizar procedimentos de diagnóstico do câncer de boca e 62,5% obteve conceitos regular e insuficiente sobre o conhecimento do câncer de boca.

McCartan e Shanley (1995) realizaram um estudo por meio de questionários enviados pelo correio a 163 faculdades de Odontologia da Europa, perguntando sobre políticas de controle de fumo na escola. Os resultados apresentados mostraram que a maioria das escolas ensina sobre os malefícios do cigarro e que encoraja os seus alunos a obterem informações sobre o consumo de tabaco por parte dos pacientes; metade das escolas analisadas aconselham os estudantes a pararem de fumar e esperam que esses estudantes ensinem seus pacientes. A maioria banuiu o uso de cigarros nas suas dependências, clínicas ou não. Os autores concluem que há, ainda, um grande espaço para aumentar as políticas de aconselhamento anti-tabagismo, principalmente para que os alunos ajam como conselheiros dessa causa.

Lodi *et al.* (1997) realizaram, por meio de questionários telefônicos, um estudo com 250 CDs do Norte da Itália, a respeito de hábitos e atitudes em relação ao câncer de boca. Os resultados mostraram que um terço dos CDs era fumante, embora 60,8% afirmassem que sempre aconselham seus pacientes a pararem de fumar. Somente uma pequena parte da amostra (10,8%) não examina a mucosa dos pacientes rotineiramente e 40% já realizaram um diagnóstico de câncer de boca. A falta de treinamento específico foi atribuída como causa de um exame menos escrupuloso dos tecidos moles da boca, repercutindo na ausência do diagnóstico de câncer de boca. No entanto, os entrevistados se mostraram favoráveis a campanhas e atitudes relacionadas à prevenção primária e secundária do câncer de boca.

Yellowitz *et al.* (1998) realizaram um questionário com cerca de 500 CDs e concluíram que, embora a maioria dos entrevistados tenha relatado conhecimento sobre câncer de boca, os resultados encontrados sobre fatores de risco e sinais da doença foram inconsistentes. Esses dados conflitantes foram encontrados também em relação aos exames preventivos. Muito embora a maioria concorde sobre a necessidade dos pacientes serem submetidos a exames preventivos anualmente, não oferece esse tipo de procedimento aos pacientes. Os autores concluem que há a necessidade de maiores avaliações sobre a capacidade de detecção precoce do câncer por parte dos CDs e outros profissionais de saúde.

Em uma pesquisa realizada, entre CDs no Canadá, houve 670 respostas a um questionário, sendo que 56,7% disseram estar atualizados sobre câncer de boca e orofaringe. A maioria identificou o tabagismo (99,4%) e o etilismo (90,4%) como fatores de risco, contudo, poucos identificaram corretamente o uso de alimentos com pimenta (57%) e más condições de higiene bucal (46,3%) como não sendo fatores de risco (CLOVIS, HOROWITZ, POEL, 2002).

Matos e Araujo (2003) realizaram uma investigação sobre conhecimentos, práticas e atitudes em relação ao diagnóstico do câncer de boca na visão da população e do CD. Nos CDs, buscou saber sobre seu preparo e suas práticas profissionais diante do câncer de boca. Como instrumento de pesquisa utilizou questionários com perguntas fechadas, abertas e semi-abertas, sendo um direcionado aos CDs e outro à população. A amostra se constituiu de 48% de profissionais, totalizando 70 CDs, registrados na Associação Brasileira de Odontologia (ABO) - seccional da Serra Catarinense. A maioria dos CDs pesquisados considera-se preparada para diagnosticar lesões cancerizáveis, no entanto, somente a metade costuma fazê-lo.

Soares de Lima *et al.* (2005) avaliaram o nível de conhecimento de estudantes universitários da cidade de Curitiba (PR) sobre câncer de boca e os fatores causais. A amostra constituiu-se de 300 universitários, maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos, escolhidos aleatoriamente. Um questionário específico com perguntas abertas e fechadas foi empregado. Os dados obtidos demonstraram que, dos 300 entrevistados, 259 (86,3%) responderam saber que o câncer poderia ocorrer na boca e 117 (39%) afirmaram que conheciam a existência de lesões cancerizáveis. O tabagismo (69,3%), a falta de higiene bucal (20,3%) e as radiações (10,6%) foram os prováveis fatores de risco mais apontados. O álcool, que é considerado um agente promotor, foi considerado como fator causal da doença por apenas 22 (8%) entrevistados. Quanto ao tratamento, um total de 113 (37,6%) procuraria o CD se suspeitasse de câncer na boca. Esse trabalho demonstrou que uma parcela representativa da população universitária sabe que o câncer pode acometer a boca e que o tabagismo é um dos fatores de risco, entretanto, desconhecem o papel do álcool. Esses resultados reforçam a necessidade de implementação de medidas preventivas visando à divulgação dos reais fatores de risco para o câncer de boca.

Ferreira e Maciel (*In*: Ferreira, 2004), consideram que os CDs podem desempenhar um papel importante na luta pelo controle do câncer de boca, quando atuam em posição de influenciar a formulação de políticas onde combinem abordagens diversas e complementares, que incluem legislação, medidas fiscais e mudanças organizacionais ou quando elaboram políticas de Saúde Bucal que vão nortear a atividade dos profissionais nos serviços de saúde no País.

Silva, Figueirêdo e Carvalho (2006), através de um questionário dirigido aos CDs e graduandos de odontologia, realizaram um estudo na cidade de Anápolis (GO) e entorno, para avaliar o nível de conhecimento sobre câncer de boca e o grau de atenção que dispensam à realização do exame clínico bucal. Os sujeitos desta pesquisa foram escolhidos aleatoriamente.

Foram distribuídos 160 questionários e 82 foram respondidos. Os autores concluíram que os CDs ainda não se conscientizaram do seu papel na prevenção e detecção precoce do câncer de boca e que abordagem de temas como prevenção de câncer de boca e diagnóstico precoce durante a formação acadêmica e cursos de educação continuada, são imprescindíveis.

Garbin (2007) realizou um estudo enviando questionários a todos os profissionais CDs atuantes na rede pública de atenção básica de Florianópolis (SC). Sua avaliação evidenciou deficiências no conhecimento sobre câncer de boca por parte destes profissionais, principalmente no que se refere à região anatômica de maior ocorrência e fatores de risco para o aparecimento da patologia. A maior parte dos profissionais relatou realizar exames nos pacientes em busca de lesões pré-malignas e que encaminha os casos suspeitos aos serviços de referência do município. Os profissionais se auto-avaliaram com um conhecimento regular sobre o assunto, reconhecendo suas limitações, sendo unânime o interesse por cursos de capacitação. Como conclusão, a autora demonstrou a necessidade de construção de um programa de prevenção ao câncer de boca no município, que atente para a capacitação dos CDs, possibilitando uma melhor atuação destes profissionais na reversão do quadro epidemiológico da doença.

3.5. Santa Catarina - o campo do estudo

O estado de Santa Catarina está localizado na região sul do País, possui área de 95.442,9 km², limitado ao norte com o Estado do Paraná, ao leste com o Oceano Atlântico, ao oeste com a Argentina e ao sul com o Estado do Rio Grande do Sul. Como características físicas, possui planícies litorâneas, enseadas e ilhas ao longo da costa, e uma área serrana que faz parte do Planalto Atlântico drenada por uma complexa rede fluvial. O clima de Santa Catarina é subtropical, com temperaturas médias inferiores a 18°C em diversas regiões do Estado, e chuvas frequentes, que favorecem a presença de áreas cobertas pela vegetação da Mata Atlântica e da Mata da Araucária na maior parte de seu território (BRASIL, 2009a).

A população é formada por grupos étnicos de origens diversas que migraram para a região a partir do século XVII, em movimentos de colonização de iniciativa tanto oficial como particular. Entre os grupos mais significativos de imigrantes encontram-se os alemães e os italianos. Os portugueses originários das ilhas dos Açores e da Madeira, chegaram ao estado na

primeira metade do século XVIII e se instalaram no litoral, enquanto os outros grupos de origem européia se instalaram pelo interior do estado (BRASIL, 2009a).

A economia do Estado de Santa Catarina baseia-se na atividade industrial, no extrativismo de minérios e na agropecuária, sendo bem distribuída a participação de todos os setores na economia. Importante pólo exportador e consumidor, o estado é um dos responsáveis pela expansão econômica nacional, respondendo por 4% do produto interno bruto do país. Segundo o IBGE, possui uma população de 5.866.487 habitantes e uma densidade populacional de 61,53 hab./km², de acordo com a contagem populacional e estimativas realizadas em 2007. Desse total, 40,63% moram no campo, enquanto 59,37% residem nas áreas urbanas (BRASIL, 2009a).

O Estado de Santa Catarina é dividido em mesorregiões (apêndice G) definidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (BRASIL, 2008b). Esta subdivisão dos estados brasileiros congrega diversos municípios de uma área geográfica com similaridades econômicas e sociais. Esta divisão é utilizada para fins estatísticos e não constitui, portanto, uma entidade política ou administrativa, são áreas onde o processo social tem como determinante, o quadro natural como condicionante e a rede de comunicação e de lugares como elemento da articulação espacial; são semelhantes (WIKIPEDIA, 2008).

O Estado de Santa Catarina é dividido geograficamente em seis mesorregiões:

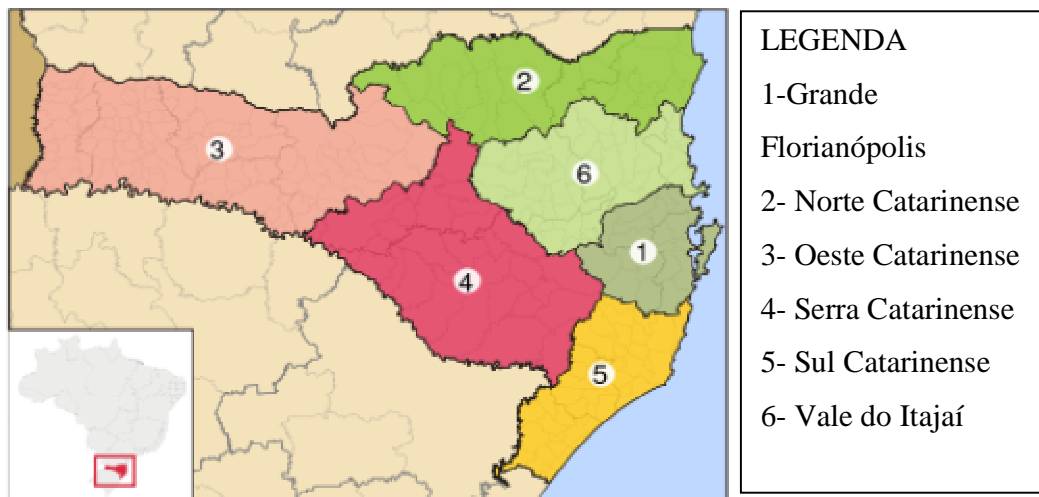


Figura 1: Mapa de Santa Catarina com a subdivisão das mesorregiões do estado.

Fonte: WIKIPEDIA, 2008.

Segundo o censo 2000, Santa Catarina é o décimo primeiro Estado mais populoso da Nação e concentra 3,15% da população brasileira. Em 2005, a densidade demográfica chegou a 61,53 hab./km². (WIKIPEDIA, 2009).

Santa Catarina a referência para o tratamento oncológico começou a ser desenvolvido na década de 70, no Hospital Governador Celso Ramos. Na capital, Florianópolis, em 1986 foi criada a Unidade Assistencial “Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina - CEPON-SC” (Resolução n^o 864 de 26/06/1986). Durante a década de 1990 o CEPON-SC estabeleceu parcerias com unidades no interior do Estado, que atualmente resulta numa estrutura de 19 consultórios médicos, 23 pontos de quimioterapia, hospital de apoio e Programa de Internação Domiciliar. As estatísticas deste serviço no ano de 2006 apontaram 17.312 atendimentos no serviço de oncologia clínica, 6.421 pacientes no serviço de onco-hematologia e 2.482 pacientes no serviço de cuidados paliativos, perfazendo um total de 3 mil consultas/mês (SINDSAUDE-SINTESPE-ACEHEMO, 2007).

Santa Catarina conta com uma história particular no que se refere à odontologia, onde a formação dos profissionais no Estado tem uma ligação forte com a formação de sua população.

3.5.1. A odontologia no estado de Santa Catarina

O primeiro curso de Odontologia em Santa Catarina foi reconhecido oficialmente pelo Governo do Estado em 1917, realizado pelo Instituto Polytechnico, em Florianópolis. Em 1918, o Instituto é reconhecido pelo Governo Estadual como uma instituição particular e autônoma, com recebimento de subvenções públicas que, estando legalmente estruturado, o Curso de Odontologia apresentasse as condições necessárias para o seu funcionamento (ROSA; MADEIRA, 1982).

A primeira turma do Curso de Odontologia do Instituto Polytechnico colou grau em 1919. No ano de 1932, o curso foi encerrado e as novas diretrizes, emanadas da reforma de ensino, provocaram entre os profissionais da área e a população em geral, a busca pela implantação de uma Faculdade de Odontologia que pudesse atender as normas vigentes no país (GARCIA, 2008).

No que se refere ao aspecto legal da profissão odontológica no cenário nacional, foi em 1930 que o presidente Getúlio Vargas regulamentou os práticos para o exercício da profissão e, em 1964, houve a criação do órgão oficial de regulação da profissão odontológica, o Conselho

Federal de Odontologia. Em 1951, a lei nº. 1.314 regulamentou o exercício da odontologia e, em 1966, foi promulgada a lei nº. 5.081, que regula a profissão até a atualidade (WARMLING, CAPONI, BOTAZZO; 2006).

Em 1946, foi fundada a Faculdade de Farmácia e Odontologia de Santa Catarina, também na cidade de Florianópolis, mas a autorização para seu funcionamento, pelo governo federal, ocorreu somente em 1948. No ano de 1960 o Presidente da República, Juscelino Kubitschek de Oliveira, criou a Universidade Federal de Santa Catarina, havendo, desta forma, a separação dos cursos de Farmácia e Odontologia (ROSA; MADEIRA, 1982).

Na década de 1950, diferentes tipos de profissionais: os dentistas práticos, dentistas formados pelo Instituto Polytechnico de Florianópolis (1917 a 1933) e os formados em outras instituições de ensino (Paraná 1912, Florianópolis 1948), atuavam em Santa Catarina (WARMLING, CAPONI, BOTAZZO; 2006).

O conteúdo curricular do curso oferecido pela Faculdade de Farmácia e Odontologia, como no Instituto Polytechnico, durante todo o seu período de funcionamento, nunca foi modificado, mantendo-se com duração de três anos. Após a federalização da universidade e a separação da Farmácia e Odontologia é que houve a mudança curricular e, em 1966, o curso passou a ser ministrado em quatro anos (ROSA; MADEIRA, 1982).

O modelo de formação preconizado, apesar de ter sido concebido inicialmente na estrutura física do Departamento Estatal de Saúde Pública, tinha seu eixo pedagógico baseado fortemente no desenvolvimento da habilidade manual. As grades dos cursos evidenciavam uma valorização do treinamento prático do aluno, predominando as disciplinas com caráter técnico (WARMLING, CAPONI, BOTAZZO; 2006) e, em sua maioria, voltado para o exercício da atividade profissional no setor privado.

A Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC configura-se como um importante pólo educacional brasileiro e internacional, pelo oferecimento dos mais diversos cursos de graduação e pós-graduação. No que se refere especificamente à odontologia, a Universidade Federal conta hoje com o curso de graduação pertencente ao Pró-Saúde, um Programa do Governo Federal que visa à formação de profissionais para o SUS, modificando assim a sua matriz curricular voltada para a formação de um profissional generalista que atue no serviço público. Conta ainda com cursos de Pós-Graduação nos níveis de Especializações, Mestrado e Doutorado. A UFSC, desde

o ano de 1950 até o segundo semestre de 2008, formou um total de noventa e duas turmas de cirurgiões-dentistas.

As demais Faculdades de Odontologia, todas de caráter privado, iniciaram suas atividades no Estado de Santa Catarina a partir de 1990, formando turmas semestralmente, conforme relacionado no quadro 1.

Ano	Instituição	Turmas Formadas*
1990	Universidade Vale do Itajaí – UNIVALI	30
1998	Universidade da Região de Joinville- UNIVILLE	08
1998	Fundação Universidade Regional de Blumenau – FURB	14
1999	Universidade do Planalto Catarinense- UNIPLAC	10
1999	Universidade do Sul de Santa Catarina- UNISUL	12
2000	Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC	09

Quadro 1: Distribuição das Instituições de Ensino Odontológico no Estado de Santa Catarina pelo ano de início de turmas, nome das instituições, turmas formadas, Santa Catarina, 2008

Fonte: do Autor.

* Turmas formadas até dezembro de 2008

A proporção de CDs em Santa Catarina configura-se como uma das mais altas das Américas, haja vista a relação como meta 1/5.000 (NARVAI, 2000). No estado encontramos uma população, segundo o IBGE, de 5.866.252 e a população de CDs, em fevereiro de 2009, de 8.154; desta forma a proporção de CD por habitante fica em 1/719,43; evidenciando uma grande saturação de profissionais quando comparados à proporção ideal indicada para as Américas.

Este dado, sugere a possibilidade de uma ampla cobertura do atendimento odontológico. No entanto, essa relação não assegura a acessibilidade da população ao serviço, uma vez que o contexto do País revela uma sociedade de economia instável, marcada por intensas desigualdades salariais e sociais (NARVAI, *In*: KRIGER, 1997).

Esta realidade influencia no baixa acesso ao serviço odontológico, na elevada expansão do número de CDs – sem aumento correspondente do *status* econômico – e na prática profissional curativista (PINTO, *In*: KRIGER, 1997).

Aliás, a reversão deste tipo de prática perpassa pela reformulação das políticas de formação e utilização desses profissionais, cujo potencial parece estar sendo subutilizado (NARVAI, *In*: KRIGER, 1997). Esta reversão já está acontecendo na formação, já que os cursos contemplados

pelo programa do Pró-Saúde do governo federal estão modificando sua matriz curricular, mas o grande problema está nos profissionais já formados e nas instituições que não receberam o incentivo financeiro para realizar mudanças em suas matrizes curriculares.

Ressalte-se, diante de tal cenário, a importância da adequada formação profissional, de cursos de capacitação para os profissionais já formados, com o objetivo de detecção precoce do câncer de boca, diminuindo a morbidade causada por esta patologia e, desta forma, buscando que a proporção de profissionais CDs por número de habitantes beneficie efetivamente a população.

4. METODOLOGIA

Os questionários são os instrumentos de tomada de informações mais comuns, utilizados nos estudos seccionais, podendo ser auto-aplicados, situação na qual o entrevistado recebe, preenche e devolve os mesmos ao pesquisador, seja via postagem, por um contínuo ou através de entrevistador devidamente treinado para a função (MEDRONHO, 2003).

A utilização de questionários, ao longo dos tempos, tem-se mostrado uma forma rápida e quantitativa para obtenção de dados que sirvam de suporte para planejamento de ações ou traçar um perfil de uma coletividade. A metodologia empregada pode variar de acordo com a coletividade estudada e o objetivo do estudo, (MEDRONHO, 2003).

A seguir, apresenta-se a metodologia utilizada neste estudo, cujo objetivo é analisar as características dos profissionais da odontologia e seu conhecimento sobre o câncer de boca.

4.1. Caracterização da pesquisa

Este estudo se caracteriza como um estudo seccional, visto que observou 385 cirurgiões-dentistas em relação ao seu conhecimento sobre câncer de boca em uma única oportunidade, num determinado tempo, com amostra planejada, porém selecionada aleatoriamente (MEDRONHO, 2003).

Outra característica deste estudo e que o fundamenta como seccional é a inferência, definida como “conjunto de métodos que permitem formular, em termos probabilísticos, um julgamento sobre uma população a partir dos resultados observados em uma amostra extraída ao acaso dessa população” (LAROUSSE, 1998).

O projeto de pesquisa contou com o apoio financeiro da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina – Divisão de Vigilância Epidemiológica e do Conselho Regional de Odontologia – seção Santa Catarina (CROSC), cujas participações constam no apêndice F.

4.2. População da pesquisa

Para a escolha da amostra, os 7.420 profissionais ativos até março de 2008, em Santa Catarina, foram divididos conforme seu município de origem nas mesorregiões do estado. Após esta divisão foi realizado um sorteio aleatório respeitando a proporcionalidade em cada mesorregião. A população estudada foi uma amostra probabilística de 385 CDs do Estado de Santa Catarina. Todos os profissionais com a inscrição ativa no CROSC tiveram possibilidade de participar do sorteio.

4.2.1. Amostra

Para o cálculo da amostra foi utilizada a fórmula para cálculo do tamanho mínimo da amostra (BARBETTA, 2007) onde:

N – tamanho (número de elementos) da população;

n - tamanho (número de elementos) da amostra;

n_0 - uma primeira aproximação para o tamanho da amostra e,

E_0 - erro amostral tolerável.

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} \quad n = \frac{N.n_0}{N + n_0}$$

Foi utilizado um erro amostral de 5% e o intervalo de confiança ao nível de 95%, sendo assim o tamanho da amostra mínimo ficou em 379 profissionais, totalizando 5,1% da totalidade de CDs atuantes no estado.

4.2.2. Distribuição da amostra

Para que a amostra fosse representativa da distribuição dos profissionais no Estado, foi utilizada a divisão por mesorregião definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (BRASIL, 2008b), já descrita na revisão da literatura. A amostra foi estratificada conforme

a concentração de profissionais em cada mesorregião disponibilizado pelo setor de informática do Conselho Regional de Odontologia do Estado de Santa Catarina. A distribuição da amostra foi proporcional e seguiu o disposto na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos cirurgiões-dentistas no estado de Santa Catarina, 2008

Mesorregião	Número de Profissionais	Porcentagem do Estado	Amostra Planejada
Grande Florianópolis	1.967	26,5%	100
Vale do Itajaí	1.723	23,2%	89
Oeste Catarinense	1.229	16,5%	63
Norte Catarinense	1.225	16,5%	63
Sul Catarinense	901	12,2%	46
Região Serrana	375	5,1%	19
TOTAL	7.420	100%	380

Fonte: do Autor

Para a seleção dos profissionais participantes do estudo, a partir da listagem fornecida pelo CROSC, foi realizado um sorteio através de tabela de números aleatórios, seguindo a metodologia proposta por Silva *et al.* (2007) caracterizando, assim, a amostra aleatória simples.

Os critérios de inclusão para participação da amostra da pesquisa foram: ser CD inscrito no Conselho Regional de Odontologia – Secção Santa Catarina e trabalhar no Estado de Santa Catarina. Foram excluídos todos os instrumentos de pesquisa que, ao retornar, não atendiam aos critérios de inclusão acima estabelecidos. Os instrumentos enviados para os profissionais e que não retornaram preenchidos foram considerados como perda do elemento amostral.

4.3. Procedimento de coleta dos dados

O projeto foi aprovado por uma Banca de Qualificação composta por professores, doutores em odontologia. O instrumento foi pré-testado com alunos da pós-graduação em odontologia da área de saúde coletiva da UFSC. Buscou-se identificar possíveis falhas, melhorar

a redação e minimizar as dúvidas dos participantes, tendo em vista a possibilidade de contato com os pesquisadores ser via telefone ou e-mail.

A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre julho a setembro de 2008, por meio de um questionário, adaptado de Dib (2004), disponível no apêndice B. A opção por este instrumento ocorreu por sua metodologia validada, aplicada em diversas pesquisas em diferentes regiões do país. Dib (2004) validou o instrumento aplicando-o em estudantes de odontologia de diferentes fases da graduação. Morais (2003), utilizando o instrumento proposto e testado por Dib (2004), avaliou profissionais que participaram do Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo. Falcão (2006) verificou o conhecimento dos profissionais da odontologia em Feira de Santana na Bahia e, por último, Garbin (2007), aplicou este instrumento na rede pública de Florianópolis (SC) e seus resultados serviram de subsídios para a realização do estudo atual.

Os questionários foram enviados, via Correios, no modelo de correspondência convencional, para 1.600 profissionais selecionados de forma aleatória. O termo de consentimento livre esclarecido foi substituído por uma carta de apresentação na qual constava o objetivo da pesquisa (apêndice A), juntamente com um envelope selado com endereço do remetente para que, após a resposta do questionário, fosse devolvido ao pesquisador. Desta forma resguardava-se o anonimato dos participantes.

O endereço para envio foi disponibilizado, juntamente com a listagem dos profissionais, a partir do cadastro de profissionais do estado pelo Conselho Regional de Odontologia de Santa Catarina (apêndice D).

O envio dos questionários foi realizado em dois tempos, com intervalo de trinta dias para a obtenção da amostra mínima, considerando a não localização, a recusa de profissionais em participar do estudo e o não retorno dos questionários.

Além do correio convencional foi utilizada também a correspondência eletrônica (e-mail), gerada pelo banco de dados do Conselho Regional de Odontologia. Através de uma conta especial da pesquisa, foram enviados a carta de apresentação e o questionário a todos os CDs inscritos nesse cadastro, abrangendo um número maior de profissionais, reduzindo tempo e custo da pesquisa.

4.4. Instrumento de coleta

Segundo Dib (2004) o questionário aborda os seguintes temas:

Grupo	Dados
Características gerais dos participantes	Idade, gênero, tempo de formado, <i>instituição e estado da formação profissional*</i> ; e hábito de fumar
Conhecimento das características clínicas da ocorrência do câncer de boca	Tipo mais comum de câncer de boca, região anatômica mais frequente, sintomatologia, faixa etária de maior ocorrência, metástase regional, estágio no momento do diagnóstico e lesão precursora
Conhecimento dos fatores de risco associados ao aparecimento do câncer de boca	Drogas injetáveis, câncer prévio, consumo de álcool, consumo de tabaco, historia familiar, estresse emocional, baixo consumo de frutas e vegetais, sexo oral, prótese mal-adaptada, dentes em mau estado, comidas condimentadas, higiene oral deficiente, contágio direto, exposição solar, bebidas e comidas quentes e obesidade
Atitudes frente ao diagnóstico de câncer de boca	Realização de exames, <i>seqüência de encaminhamento de casos suspeitos*</i> , <i>quantificação dos casos diagnosticados de câncer de boca*</i>
Interesse e percepção de conhecimento sobre câncer de boca	Auto-avaliação do nível de conhecimento, segurança para o diagnóstico, informação ao paciente, <i>formação adequada na graduação*</i> , realização do último curso, interesse em cursos futuros e sua forma de realização e importância do CD no diagnóstico precoce

Quadro 2: Distribuição dos dados em grupos de avaliação, Santa Catarina, 2008

Fonte: do Autor, adaptado de DIB (2004)

* adaptações efetuadas pelo autor

A metodologia para o cálculo do escore seguiu a divisão proposta por Dib (2004), como disposto no quadro 3, conforme gabarito no apêndice C.

Bloco	Perguntas	Peso
1. Características clínicas da ocorrência do câncer de boca	n ^{os} . 14,15,16,17,18 e 19	6 (seis)
2.1. Fatores de risco para o câncer de boca	n ^{os} . 21.A a 21.Q	4 (quatro)
2.2. Estágio no momento do diagnóstico	n ^o .19	
3. Questões para indicar o perfil, conduta clínica e opinião do profissional	n ^{os} . 1 a 13 e 22 a 28	0 (zero)

Quadro 3: Bloco, perguntas e peso do instrumento utilizado, Santa Catarina, 2008

Fonte: do Autor

Para cada resposta certa no bloco 1 (peso 6), considerava-se 1 ponto vezes 6, no bloco 2 (peso 4) cada resposta certa valia 0,25 vezes 4, as questões do bloco não foram consideradas por terem peso zero, sendo estas somente para caracterização da amostra.

Após a tabulação das respostas, um escore foi obtido pela média ponderada do primeiro e segundo blocos. Esta nota foi categorizada em escores, pelo seguinte critério:

Escore A - conhecimento excelente – notas entre 9 e 10

Escore B – conhecimento bom - notas entre 7 e 8,9

Escore C – conhecimento regular - notas entre 5 e 6,9

Escore D – conhecimento insatisfatório - notas inferiores a 5

4.5. Análise e interpretação dos dados

Para responder a questão da pesquisa procurou-se associar as perguntas do instrumento utilizado com os objetivos específicos e seus respectivos temas. A descrição dos resultados foi realizada através de tabelas e gráficos, submetidos, posteriormente, à análise estatística. Realizou-se o teste Qui-quadrado para verificar a associação entre o “escore em câncer de boca” (A; B; C; D) e as variáveis: sexo, mesorregião; atuação profissional; tempo de formação; instituição de graduação; auto-avaliação do nível de conhecimento em câncer de boca.

Com a finalidade de se obter maior confiabilidade dos dados, as categorias A e B da variável “escore em câncer de boca” foram agrupadas, reduzindo-se as categorias e diminuindo-se o grau de liberdade do teste.

Considerou-se estatisticamente significativa o valor de $p < 0,05$. Os programas Microsoft Excel (Microsoft Office XP) e Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Windows (versão 13.0) foram utilizados para a tabulação e análise dos dados.

A interpretação dos resultados seguiu através dos dados obtidos, confrontando-os com o referencial teórico que orientou a definição dos objetivos.

4.6. Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi realizado observando a resolução 196/96 que diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil (BRASIL, 1996). Desta forma, o projeto foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo aprovado sob protocolo número 357/06. O estudo só teve início após aprovação do projeto pela banca de qualificação e pelo CEP/UFSC. Com o objetivo de garantir o anonimato dos participantes, o CEP/UFSC autorizou a não utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também se garantiu o sigilo mediante o envio da correspondência contendo o envelope selado para retorno com o endereço do pesquisador. Em relação aos e-mails dos questionários enviados via on-line, foram selecionadas as respostas, desprezando-se a identificação dos remetentes.

5. RESULTADOS

A seguir, serão apresentadas as frequências das respostas, com a respectiva análise estatística das variáveis investigadas, baseados nos dados obtidos a partir da avaliação da amostra de cirurgiões-dentistas de Santa Catarina.

5.1. Amostra

A amostra constituiu-se dos cirurgiões-dentistas (n=385) que responderam ao questionário, enviado por correio eletrônico e convencional. Dos 5 mil e-mails enviados, 70 retornaram respondidos, correspondendo a 1,4% de respostas e a 18,1% do total da amostra. Via correio convencional, foram enviados 1.600 questionários, retornando 315, que correspondeu a 19,7% do total de respostas e a 79,9% da amostra.

5.2. Perfil dos cirurgiões-dentistas

Através do instrumento de coleta foi obtido o perfil do profissional, observando-se a frequência de: gênero, faixa etária, atuação profissional, instituição de graduação do profissional, tempo de formação acadêmica, estado da formação acadêmica, especialidade do profissional, hábito de fumar.

Tabela 2: Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo características dos profissionais em Santa Catarina, 2008

Variável	n	%
Gênero		
Masculino	187	48,7
Feminino	197	51,3
Não respondeu	1	-
Faixa etária		
20 – 30 anos	134	34,81
31 – 40 anos	138	35,84
41 – 50 anos	74	19,22
51 – 60 anos	24	6,23
Mais de 60 anos	14	3,64
Não respondeu	1	0,26
Atuação profissional		
Somente Pública	30	7,79
Somente Privada	210	54,55
Pública e Privada	145	37,66
Especialistas com inscrição no CROSC		
Sim	171	44,4
Não	214	55,6
Hábito de fumar		
Sim	19	4,94
Não	340	88,31
Parou	24	6,23
Não respondeu	2	0,52

Fonte: do Autor

A distribuição da amostra segundo a especialidade inscrita no CROSC está representada na tabela 3.

Tabela 3: Distribuição dos cirurgiões-dentistas, segundo a especialidade inscrita no CROSC no estado de Santa Catarina, 2008

Especialidade	n	%
Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial	04	2,34
Dentística/Dentística Restauradora	10	5,85
Disfunção Temporomandibular e Dor-Orofacial	04	2,34
Endodontia	23	13,45
Estomatologia	02	1,17
Implantodontia	13	7,60
Odontogeriatrics	01	0,58
Odontologia em Saúde Coletiva/Saúde Coletiva	12	7,02
Odontopediatria	26	15,20
Ortodontia/Ortodontia e Ortopedia Facial/Ortopedia Funcional dos Maxilares	30	17,54
Patologia Bucal	01	0,58
Periodontia	21	12,28
Prótese Dentária/Prótese Buco Maxilo Facial	14	8,19
Radiologia/Radiologia Odontológica e Imaginologia	10	5,85
Total	171	100,00

Fonte: do Autor

A distribuição dos CDs de acordo com o município de atuação está representado no gráfico 1. O maior número de profissionais encontra-se na mesorregião do Vale do Itajaí (n=93), seguido pelo Oeste Catarinense (n= 84) e pela Grande Florianópolis (n= 83), sendo que a maior concentração no estado localiza-se na região da Grande Florianópolis (quadro 2).

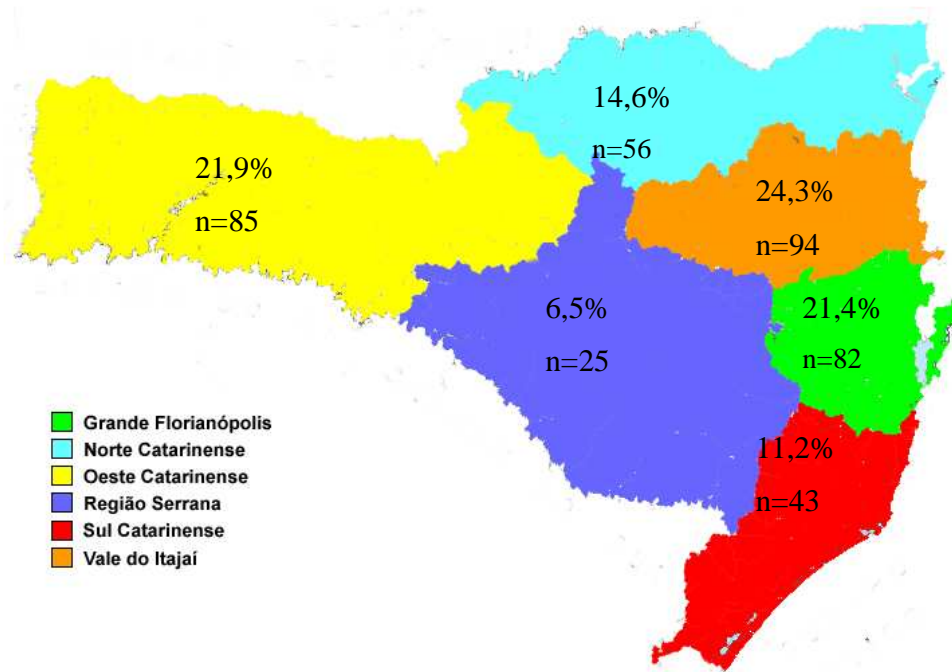


Gráfico 1: Distribuição dos cirurgiões-dentistas participantes segundo a mesorregião, Santa Catarina, 2008

Fonte: do Autor, adaptado WIKIPÉDIA, 2008

Na tabela 4 pode ser visualizada a distribuição dos CDs segundo as características do perfil profissional.

Tabela 4: Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo características quanto à formação profissional e interesse por educação continuada sobre câncer de boca, Santa Catarina, 2008.

Variável	n	%
Instituição de graduação		
Pública	226	58,6
Privada	159	41,4
Tempo de formado		
Até 5 anos	113	29,35
5 – 10 anos	96	24,94
10 – 20 anos	101	26,23
Acima de 20 anos	75	19,48
Estado de formação acadêmica		
Santa Catarina	213	55,32
Rio Grande do Sul	72	18,70
Paraná	51	13,25
Região Sudeste	30	7,79
Região Centro-Oeste	03	0,78
Região Nordeste	04	1,04
Outros países	02	0,52
Não informado	10	2,6
Interesse em participar de um curso de educação continuada no futuro		
Sim	343	89,1
Não	13	3,4
Não sei	29	7,5
Forma do curso de educação continuada		
Presencial	144	41,3
Presencial e a distância	121	34,6
Distância	84	24,1

Fonte: do Autor

Quando indagados se os conteúdos ministrados na graduação foram suficientes para realizar o diagnóstico de câncer de boca, entre os participantes que responderam, 48,83% (n=188) consideraram que sim, 43,64% (n= 168) que não e 7,53% (n=29) “não sei” ou não responderam.

No que se referiu à auto-avaliação do profissional a distribuição apresenta-se no gráfico 2.

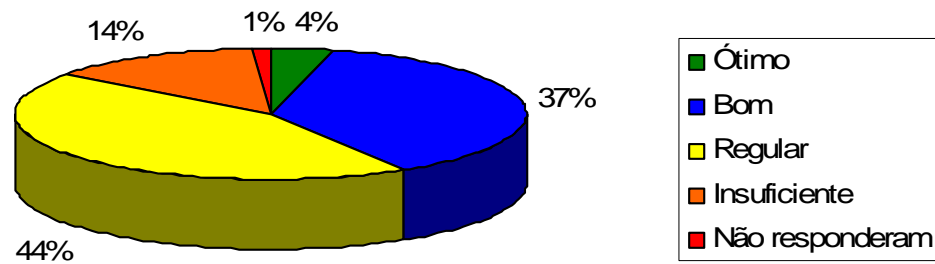


Gráfico 2: Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo sua auto-avaliação sobre o conhecimento de câncer de boca, Santa Catarina, 2008
Fonte: do Autor

No gráfico 3, apresenta-se a participação dos CDs em cursos de educação continuada.

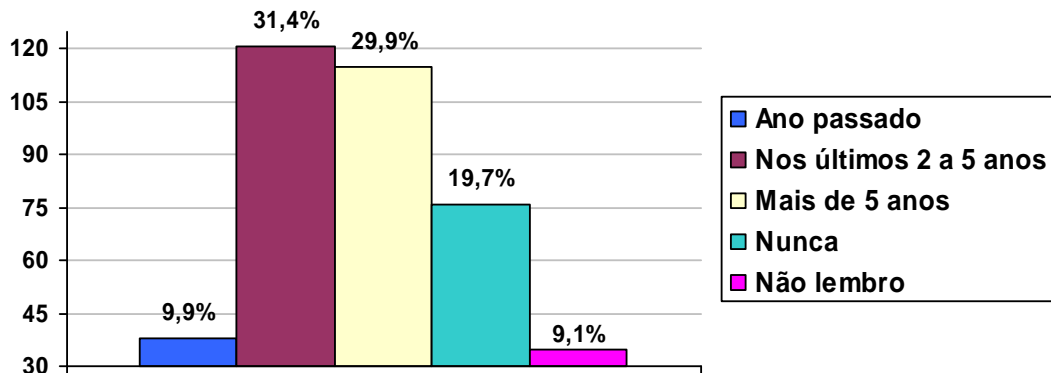


Gráfico 3: Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo sua última participação em curso de educação continuada sobre câncer de boca, Santa Catarina, 2008
Fonte: do Autor

No gráfico 4 está disponibilizada a distribuição dos CDs quanto ao grau de confiança na realização do diagnóstico do câncer de boca.

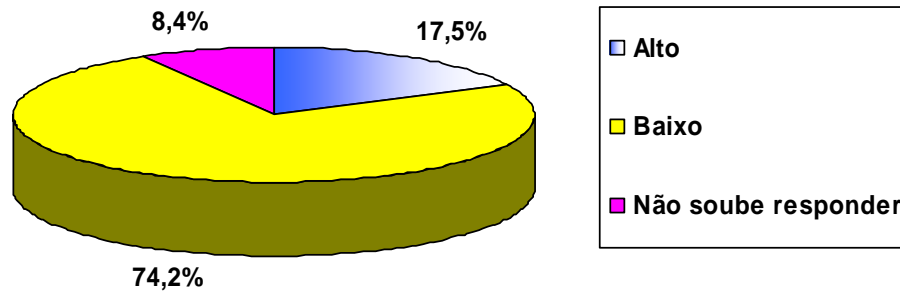


Gráfico 4: Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo o grau de confiança na realização do diagnóstico do câncer de boca, Santa Catarina, 2008
Fonte: do Autor

Na pergunta: “Você considera que seus pacientes estão suficientemente informados sobre câncer de boca?”, 87,5% (n=337) responderam que não, 4,4% (n=17) que não sei e 8,1% (n=31) disseram que sim.

Sobre a importância do CD na prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca a resposta de maior frequência entre os participantes foi “alta” (96,9%; n=373), sendo que 2,8% (n=11) dos profissionais a consideraram como média e 0,3% (n=1) como regular.

5.3. Conduta clínica em relação ao câncer de boca

A Tabela 5 apresenta a frequência de respostas sobre a realização de exame na procura de identificação do câncer de boca.

Tabela 5: Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo a realização do exame em busca de lesão suspeita de câncer de boca, Santa Catarina, 2008

Realização do exame	Motivo				n (%)
Sim					280 (72,73%)
Não	Não sei fazer	Não acho necessário	Outras respostas	Não responderam	105 (27,27%)
n (%)	47 (44,76%)	23 (21,90%)	10 (9,52%)	25 (23,81%)	
Total					385 (100%)

Fonte: do Autor

Na tabela 6, consta a distribuição dos CDs segundo a forma de encaminhamento de pacientes com suspeita de câncer de boca.

Tabela 6: Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo o encaminhamento quando encontram lesões suspeitas de câncer de boca, Santa Catarina, 2008

Forma de encaminhamento	n (%)
Próprio dentista toma os procedimentos diagnósticos	49 (12,7%)
Encaminha a um dentista especialista em Estomatologia	172 (44,7%)
Encaminha a um médico	23(6,0%)
Encaminha a uma Faculdade de Odontologia	32 (8,4%)
Encaminha a um Hospital especializado em Oncologia	12 (3,1%)
Encaminha ao Centro de Especialidades Odontológicas	45 (11,7%)
Respondeu 2 opções acima	46 (11,9%)
Respondeu 3 opções acima	04 (1,0%)
Não responderam	02 (0,5%)
Total	385 (100,0%)

Fonte: do Autor

A tabela 7 apresenta a distribuição de CDs em relação ao diagnóstico do câncer de boca durante o seu exercício profissional.

Tabela 7: Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo o número de diagnósticos de câncer de boca realizados durante seu exercício profissional, Santa Catarina, 2008

Número de casos diagnosticados de câncer de boca	n (%)
Nenhum	183 (47,5%)
1 a 3 casos	138 (35,8%)
4 a 6 casos	32 (8,3%)
7 ou mais casos	28 (7,4%)
Não responderam	4 (1,0%)
Total	385 (100,0%)

Fonte: do Autor

5.4. Conhecimento sobre o diagnóstico clínico do câncer de boca

No questionamento sobre o conhecimento do CDs quanto ao tipo mais comum de câncer de boca as frequências de resposta apresentam-se no gráfico 5.

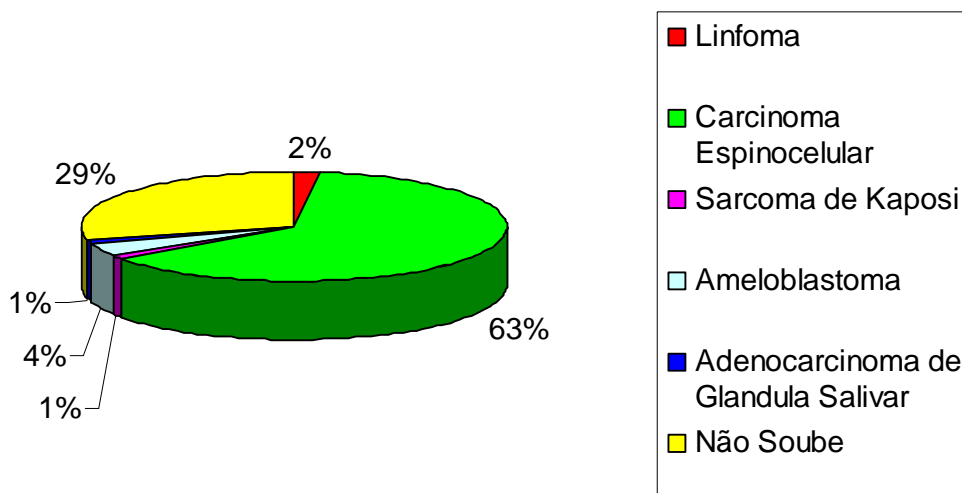


Gráfico 5: Distribuição dos cirurgiões-dentistas sobre o tipo mais comum de câncer de boca, Santa Catarina, 2008
Fonte: do Autor

O conhecimento sobre a região anatômica mais comum para a ocorrência do câncer de boca pode ser visualizado no gráfico 6.

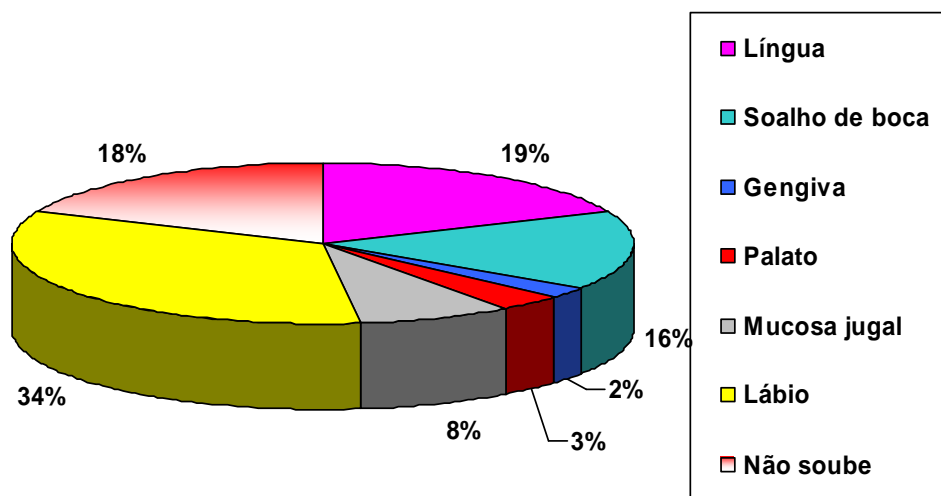


Gráfico 6: Distribuição dos cirurgiões-dentistas sobre o conhecimento da região anatômica mais comum de ocorrência de câncer de boca, Santa Catarina, 2008
Fonte: do Autor

O gráfico 7 representa a distribuição das respostas sobre o aspecto inicial do câncer de boca.

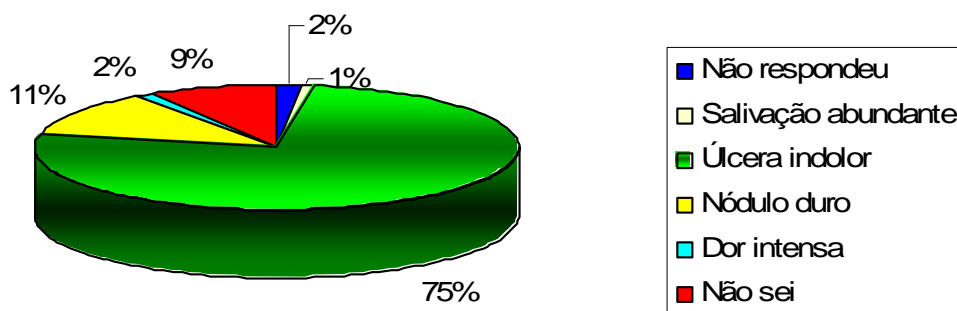


Gráfico 7: Distribuição dos cirurgiões-dentistas sobre o aspecto mais encontrado em pacientes com câncer de boca em fase inicial, Santa Catarina, 2008
Fonte: do Autor

A resposta sobre a faixa etária de maior incidência do câncer de boca está representada no gráfico 8.

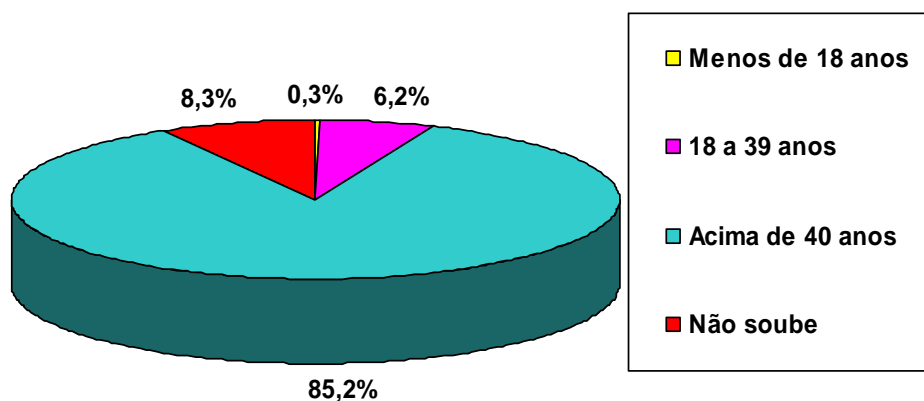


Gráfico 8: Distribuição dos cirurgiões-dentistas sobre a faixa etária de maior ocorrência de câncer de boca, Santa Catarina, 2008
Fonte: do Autor

O conhecimento sobre lesões precursoras mais comumente associadas ao câncer de boca pode ser visualizado no gráfico 9.

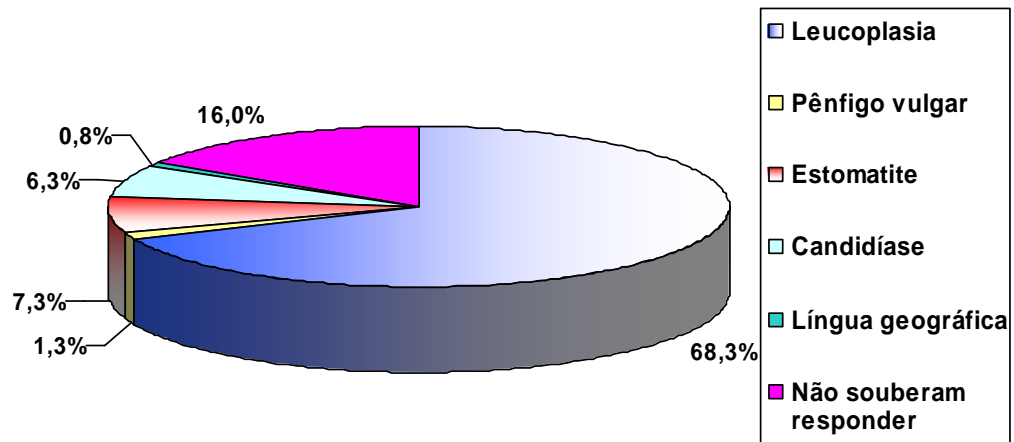


Gráfico 9: Distribuição dos cirurgiões-dentistas sobre a condição mais comumente associada ao câncer de boca, Santa Catarina, 2008
 Fonte: do Autor

Com relação às características da palpação do linfonodo mais característico em metástases cervicais em câncer bucal, 22,3% responderam “não sei”. E, entre aqueles que souberam responder, a maioria (81,9%) respondeu corretamente, como: ser duro, indolor, com mobilidade ou não.

Na pergunta referente ao estágio no qual freqüentemente ocorre o diagnóstico do câncer de boca, 380 participantes responderam e, destes, 22,3% (n=85) não souberam responder. O estágio avançado foi a escolha de 69,7% (n= 265), seguido de 5,8% (n=22) no estágio pré-maligno e apenas 2,2% (n=8) no estágio precoce.

5.5. Conhecimento sobre os fatores e condições de risco relacionadas ao câncer de boca

A resposta do questionamento sobre os fatores e condições de risco relacionados ao câncer de boca estão representados na tabela 8.

Tabela 8: Distribuição dos cirurgiões-dentistas sobre os fatores e condições de risco relacionadas ao câncer de boca, Santa Catarina, 2008

Fatores e condições de risco para o Câncer de Boca	Resposta n (%)			Total
	Sim	Não	Não respondeu	
Uso de drogas injetáveis	54 (14,0%)	75 (71,4%)	56 (14,6%)	385
História de câncer prévio	303 (78,7%)	54 (14,0%)	28 (7,3%)	385
Consumo de álcool	364 (94,5%)	16 (4,2%)	5 (1,3%)	385
Consumo de tabaco	379 (98,4%)	3 (0,8%)	3 (0,8%)	385
História familiar de câncer	345 (89,6%)	31 (8,1%)	9 (2,3%)	385
Estresse emocional	247 (64,2%)	105 (27,3%)	33 (8,5%)	385
Baixo consumo de frutas e vegetais	137 (35,6%)	203 (52,7%)	45(11,7%)	385
Sexo oral	77 (20,0%)	262 (68,1%)	46 (11,9%)	385
Próteses mal adaptadas	346 (89,9%)	25 (6,5%)	14 (3,6%)	385
Dentes em mau estado	267 (69,3%)	94 (24,4%)	24 (6,3%)	385
Consumo de comidas condimentadas	100 (26,0%)	238 (61,8%)	47 (12,2%)	385
Higiene oral deficiente	238 (61,8%)	117 (30,4%)	30 (7,8%)	385
Contágio direto	12 (3,2%)	322 (83,6%)	51 (13,2%)	385
Exposição solar	338 (87,8%)	29 (7,5%)	18 (4,7%)	385
Bebidas e comidas quentes	240 (62,3%)	116 (30,1%)	29 (7,6%)	385
Obesidade	28 (7,3%)	305 (79,2%)	52 (23,5%)	385

Fonte: do Autor

5.6. Conceitos obtidos após avaliação do instrumento

Após a análise do questionário, os dados foram tabulados e calculado um escore. A partir deste escore, foram emitidos conceitos apresentados no gráfico 9, representando o nível de conhecimento dos profissionais participantes sobre o câncer de boca.

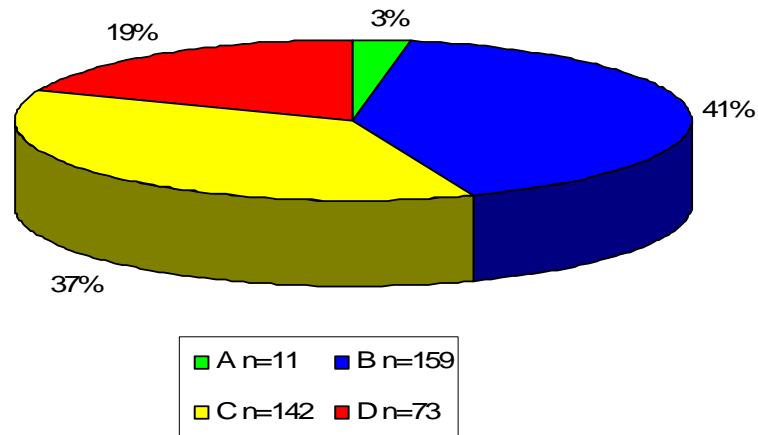


Gráfico 10: Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao conceito final obtido pelo instrumento sobre o conhecimento em câncer de boca, Santa Catarina, 2008
Fonte: do Autor

A distribuição por mesorregiões, dos conceitos obtidos está representada na tabela 9.

Tabela 9: Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao conceito final obtido pelo instrumento sobre o conhecimento em câncer de boca, segundo a mesorregião de atuação, Santa Catarina, 2008

Mesorregião*	Conceito				Total n %
	A	B	C	D	
Grande Florianópolis	2	32	32	17	83 (21,6%)
Norte Catarinense	2	18	26	11	57(14,6%)
Oeste Catarinense	5	43	24	12	84 (21,9%)
Região Serrana	-	9	8	8	25 (6,5%)
Sul Catarinense	2	19	15	7	43(11,2%)
Vale do Itajaí	-	38	37	18	93 (24,2%)
Total	11 (2,8%)	159 (41,3%)	142 (36,9%)	73 (19,0%)	385 (100%)

Fonte: do Autor

Os conceitos foram distribuídos também conforme a instituição de formação dos CDs, expresso na tabela 10.

Tabela 10: Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao conceito final obtido pelo instrumento sobre o conhecimento sobre câncer de boca, segundo a instituição de graduação dos mesmos, Santa Catarina, 2008

Instituição de graduação	Conceito n (%)				Total n (%)
	A	B	C	D	
Pública	5 (2,2%)	88 (39,1%)	86 (38,7%)	46 (20,0%)	225 (100,0%)
Privada	6 (3,8%)	71 (44,4%)	56 (35,0%)	27 (16,9%)	160 (100,0%)

Fonte: do Autor

No gráfico 11 está representada a distribuição dos profissionais segundo o conceito obtido e a área de atuação.

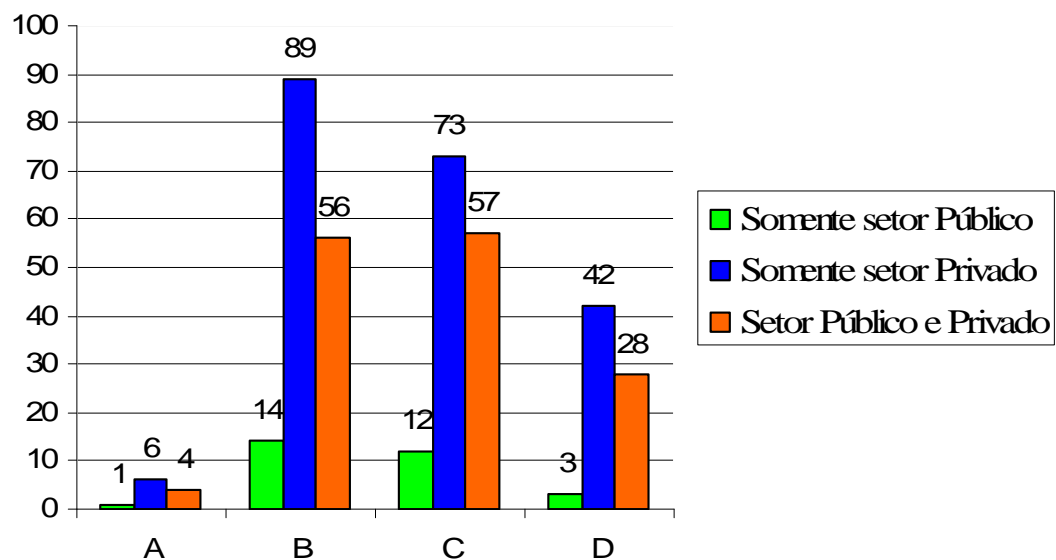


Gráfico 11: Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao conceito final obtido do conhecimento sobre câncer de boca, segundo a atuação profissional, Santa Catarina, 2008

Fonte: do Autor

No que se refere ao tempo de formação profissional, a tabela 11 apresenta a distribuição em relação aos conceitos obtidos.

Tabela 11: Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao conceito final obtido do conhecimento sobre câncer de boca, segundo o tempo de formação, Santa Catarina, 2008

Tempo de formação	Conceito				Total n (%)
	A	B	C	D	
Até 05 anos	7 (6,2%)	57 (50,4%)	40 (35,4%)	9 (8,0%)	113 (100,0%)
5 - 10 anos	2 (2,1%)	48 (56,0%)	35(36,5%)	11(5,4%)	96 (100,0%)
10 – 20 anos	2 (2,0%)	37 (36,6%)	35(34,7%)	27(26,7%)	101(100,0%)
Mais 20 anos	-	17 (22,7%)	32 (42,7%)	26(34,6%)	75 (100,0%)

Fonte: do Autor

A tabela 12 apresenta a comparação da auto-avaliação com o conceito obtido.

Tabela 12: Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao conceito final obtido do conhecimento sobre câncer de boca, segundo a auto-avaliação, Santa Catarina, 2008

Auto-avaliação	Conceito				n (%)
	A	B	C	D	
Ótimo	1 (6,7%)	9 (60,0%)	5 (33,3%)	-	15 (100,0%)
Bom	7 (4,9%)	62 (43,0%)	53 (36,8%)	22(15,3%)	144 (100,0%)
Regular	3 (1,8%)	72 (42,6%)	57(33,7%)	37(21,9%)	169 (100,0%)
Insuficiente	-	14 (26,4%)	26 (49,1%)	13(24,5%)	53 (100,0%)
Não responderam	-	2 (50,0%)	1(25,0%)	1(25,0%)	4 (100,0%)
Total	11 (2,9%)	159 (41,3%)	142 (36,9%)	73 (19,0%)	385 (100%)

Fonte: do Autor

A comparação dos conceitos obtidos pelos participantes com o número de casos diagnosticados está distribuída na tabela 13.

Tabela 13: Distribuição dos cirurgiões-dentistas em relação ao conceito final obtido do conhecimento sobre câncer de boca, segundo o relato do número de diagnóstico realizado no exercício profissional, Santa Catarina, 2008

Nº casos Diagnosticados	Conceito				Total
	A	B	C	D	
Nenhum	6	75	69	36	186 (48,5%)
1 a 3	3	60	51	25	139 (35,9%)
4 a 6	-	16	9	7	32 (8,3%)
07 ou mais	2	8	13	5	28 (7,3%)
Total	11 (2,9%)	159 (41,4%)	142 (36,7%)	73 (19,0%)	384 (100%)

Fonte: do Autor

5.7. Resultados da análise estatística

Foram agrupadas as categorias A e B da variável “conceito em câncer de boca”, para a realização dos testes de associação Qui-quadrado. Conforme os resultados mostrados na tabela 14, houve associação estatisticamente significativa do “conceito em câncer de boca” com as variáveis: sexo ($p=0,028$) e auto-avaliação ($p=0,028$); e altamente significativa com: faixa etária e tempo de formação acadêmica ($p<0,0001$) dos participantes no seu nível de conhecimento sobre câncer de boca.

Tabela 14: Distribuição dos valores de associação entre a variável “conceito em câncer de boca” e as variáveis: sexo, faixa etária, atuação profissional, mesorregião, tempo de formação acadêmica, instituição de graduação e auto-avaliação do nível de conhecimento sobre câncer de boca, Santa Catarina, 2008

Variáveis	X ²	P	Associação
Sexo	7,132	0,028*	O sexo masculino apresentou associação com as categorias C e D do “conceito” e o sexo feminino com as categorias A e B do “conceito”.
Faixa etária	55,412	<0,0001*	As faixas etárias de 20-30 anos e de 31-40 anos apresentaram associação com as categorias A e B do “conceito”. As faixas etárias de 41-50 e de 51-60 anos apresentaram associação com as categorias C e D do “conceito”. A faixa etária acima de 60 anos de idade apresentou associação com a categoria D do conceito.
Atuação profissional	2,493	0,646	Ausente
Mesorregião	12,001	0,285	Ausente
Tempo de formação acadêmica	37,818	< 0,0001*	As categorias “Tempo de formação até 05 anos” e “5 - 10 anos de formação” apresentaram associação com as categorias A e B do “conceito”. O tempo de formação 10- 20 anos apresentou associação com a categoria D do “conceito”. A categoria “Acima de 20 anos de tempo de formação” apresentou associação com as categorias C e D do “conceito”.
Instituição de graduação	1,930	0,381	Ausente
Estado da instituição de graduação	4,446	0,617	Ausente
Auto-avaliação do nível de conhecimento sobre câncer de boca	14,122	0,028*	As categorias “ótimo” e “bom” da auto-avaliação apresentaram associação com as categorias A e B do “conceito”. A categoria “regular” apresentou associação com a categoria D do “conceito”. A categoria “insuficiente” da auto-avaliação apresentou associação com as categorias C e D do “conceito”.

Fonte: do Autor

*estatisticamente significativo

6. DISCUSSÃO

Visando um ordenamento lógico e a fluência do contexto, a discussão deste trabalho seguirá a mesma seqüência da apresentação do capítulo anterior.

Do total de questionários enviados por e-mail, obteve-se uma baixa taxa de resposta, enquanto os questionários enviados via correio convencional apresentaram um bom nível de retorno. Salienta-se que um pequeno percentual dos questionários enviados por correio convencional retornou por endereço inexistente ou por motivo de mudança, evidenciando a atualização constante do banco de dados do CROSC.

O percentual de retorno obtido no presente estudo, embora baixo, foi maior que o obtido por Santos e Rumel (2006), que trabalharam com outro tema, mas empregando metodologia de coleta de dados semelhante. Estes autores encontraram, numa amostra maior, um índice de evasão mais elevado. Pode-se sugerir que a participação dos profissionais de odontologia no estado de Santa Catarina seja pouco efetiva em relação às pesquisas desenvolvidas por meio de questionários.

Em outros estudos, utilizando o mesmo instrumento para a coleta de dados, a taxa de retorno variou, sendo consideravelmente mais elevadas, possivelmente devido à metodologia adotada, ou seja, via malote, entrevista direta, e distribuição do questionário em evento científico (GARBIN, 2007; VASCONCELOS, 2006; MORAIS, 2003). Quantos aos estudos em outros países mais desenvolvidos, as taxas de resposta ficaram acima das pesquisas brasileiras (GAJENDRA; CRUZ; KUMAR, 2006; CRUZ; *et al.* 2005; CLOVIS, HOROWITZ E POEL, 2002; HOROWITZ, DRURY, CANTO, 2000; YELLOWITZ *et al.*, 1998).

Estes dados permitem as seguintes reflexões: a aparente falta de interesse da classe odontológica pelo assunto tratado nesta pesquisa, o câncer de boca ou, até mesmo, a falta de conhecimento dos profissionais em relação à importância da sua colaboração em trabalhos científicos, que resultem no fortalecimento da odontologia, principalmente, no campo de políticas públicas, geradas a partir de estudos transversais.

A distribuição dos participantes, quanto ao gênero, foi bem equilibrada, próxima ao encontrado em outros estudos, onde o percentual de respostas por profissionais do gênero feminino foi ligeiramente maior do que os do gênero masculino (GARBIN, 2007; FALCÃO, 2006; MORAIS, 2003). Embora no estado de Santa Catarina haja um equilíbrio entre o número

de profissionais em relação ao gênero, pode-se sugerir uma maior participação do gênero feminino, independente do tema de pesquisa.

A maioria dos participantes situou-se na faixa etária de 20 a 40 anos de idade (tabela 2), acima do encontrado por Garbin (2007), Falcão (2006) e Morais (2003), o que pode evidenciar a maior abertura dos jovens profissionais em participar, por se identificarem mais com a pesquisa.

Em relação ao campo de atuação, mais da metade dos profissionais participantes atuam na rede privada frente a um terço que atua na rede pública e privada (tabela 2). Os percentuais encontrados são semelhantes aos citados por Falcão (2006). Salienta-se, em virtude do observado, a absoluta necessidade de capacitação dos profissionais da rede privada, tanto quanto dos da rede pública, em relação ao câncer de boca.

Entre os profissionais participantes, mais da metade respondeu não ter registro como especialista. Entre os que têm especialidade registrada no CROSC, a mais citada foi Ortodontia/Ortopedia, seguida por Odontopediatria e Endodontia, especialidades pouco envolvidas com diagnóstico de lesões bucais, principalmente a odontopediatria, já que a ocorrência do câncer de boca em crianças é rara. Estes resultados assemelham-se aos observados por Falcão (2006), cujo estudo foi realizado no município de Feira de Santana (BA), em relação ao número de especialistas, embora a especialidade mais citada por ele tenha sido a Prótese. Essa diferença pode se dever ao local de realização do estudo e, conseqüentemente, às necessidades profissionais inerentes a cada região estudada, assim como a área de abrangência de cada pesquisa.

Entre os CDs que participaram da amostra, foi observado um bom nível de conscientização quanto ao tabagismo (tabela 2). A maioria dos componentes da amostra relatou não praticar o tabagismo, semelhante aos percentuais encontrados por Garbin (2007), Falcão (2006) e Morais (2003). O fato de não realizar o hábito, pode, em relação aos profissionais da odontologia estar relacionado mais a uma preocupação estética do que, necessariamente preventiva do câncer de boca. Entretanto, de forma geral, há um maior conhecimento dos malefícios causados pelo tabagismo, graças a campanhas veiculadas pela mídia, com maior conscientização da população como um todo. No entanto, estes profissionais podem desempenhar um importante papel na orientação aos seus pacientes sobre os efeitos nocivos do tabagismo a saúde, visto que o câncer de boca e orofaringe está relacionado, principalmente a este hábito (DEDIVITIS, GUIMARÃES, SOUZA JR., 1999).

Em relação à cidade de atuação profissional dos CDs participantes (gráfico 01), tem-se o maior número deles na mesorregião do Vale do Itajaí, seguido pelo Oeste Catarinense e pela Grande Florianópolis com números aproximados, sendo que a maior concentração de profissionais no estado localiza-se na região da Grande Florianópolis (quadro 2). Esta maior concentração de profissionais na região de Florianópolis, seguida pelo Vale do Itajaí, pode ser explicada pelo fato de que os cursos de Odontologia mais antigos se localizam nestas regiões do estado; as demais escolas de odontologia abertas no estado são posteriores, com turmas formadas a partir da década de 90.

Dois terços da amostra relatou haver concluído seu curso de graduação em instituição pública, percentual inferior ao encontrado por Falcão (2006). Neste estudo, os participantes foram profissionais atuantes em Santa Catarina e, embora no estado exista um maior número de escolas particulares, os voluntários eram, em sua maioria, oriundos de escolas públicas, catarinenses ou não, onde o critério de inclusão foi o município de atuação profissional. Salienta-se que Falcão (2006) desenvolveu seu estudo somente com profissionais radicados em Feira de Santana (BA), cidade sede de uma universidade pública.

Quanto ao tempo de formação acadêmica, um terço da amostra relatou ter até cinco anos de formado, seguido por um quarto com entre 10 a 20 anos e também um quarto da amostra com 5 a 10 anos de formação (tabela 4). Ressalta-se a participação de profissionais com pouco tempo de formação na amostra deste trabalho. Falcão (2006), observou um dado semelhante enquanto Garbin (2007) em seu trabalho encontrou uma amostra de profissionais com maior tempo de formação. Salienta-se que Falcão (2006) analisou profissionais no município de Feira de Santana (BA), independente de sua área de atuação, enquanto Garbin (2007), embora tenha trabalhado em Santa Catarina, analisou exclusivamente profissionais da rede pública do município de Florianópolis, antes da inserção de novos profissionais na rede.

A maioria dos profissionais relatou haver completado sua formação acadêmica em Santa Catarina, seguido pelo Rio Grande do Sul e Paraná – ambos os estados vizinhos em percentuais semelhantes, porém com somatório inferior a um quarto da amostra. Os trabalhos consultados na literatura não consideraram esta questão, desta forma não há como relacionar, embora, possa ser considerada a formação da maior parte da amostra em universidade pública do estado.

Neste estudo quase metade dos participantes da amostra respondeu ter frequentado cursos de educação continuada sobre câncer de boca nos últimos 5 anos (gráfico 3), com percentual

semelhante ao observado por Garbin (2007), Falcão (2006) e Morais (2003). Este resultado sugere que, embora atualizados, os CDs parecem não realizar o diagnóstico e a prevenção do câncer de boca, tendo em vista os resultados apresentados em relação à conduta clínica. O exame intra-bucal é ensinado, na maioria dos cursos de graduação em odontologia, nas primeiras fases dos estudos clínicos e, de acordo com Matos e Araújo (2003), não são necessários conhecimentos profundos ou emprego de alta tecnologia para o CD detectar a patologia, bastam os conhecimentos básicos obtidos durante o curso de graduação.

No gráfico 3, observa-se que um quinto dos participantes nunca assistiu a um curso de educação continuada sobre o assunto, num percentual equivalente ao encontrado por Morais (2003). Falcão (2006), no entanto constatou um percentual que representa menos da metade do observado neste estudo. Este achado pode refletir a priorização dos currículos de odontologia na atividade curativa e voltada para o elemento dentário e não para o indivíduo. Além disso, como salientam Silva, Figueirêdo e Carvalho (2006), a não realização de cursos na área pode demonstrar a falta de interesse da categoria odontológica sobre o tema. Os autores ressaltam que os CDs parecem ainda não estarem conscientes do seu papel na prevenção e detecção precoce do câncer de boca e que, abordagem de temas como prevenção de câncer de boca e diagnóstico precoce durante a formação acadêmica e cursos de educação continuada, são imprescindíveis. Yellowitz *et al.* (1998) observaram que há a necessidade de maiores avaliações sobre a capacidade de detecção precoce do câncer de boca por parte dos CDs. Meskin (1997) considera que esta é uma doença onde o CD deveria prevenir e diagnosticar, mas a classe odontológica tem demonstrado uma marcante falta de progresso no controle da ocorrência do câncer de boca.

Neste estudo a maioria dos participantes (tabela 4), relatou que teria necessidade de frequentar um curso sobre o assunto, constatação também de Falcão (2006); Vasconcelos (2006) e Morais (2003). A forma escolhida foi a de curso presencial em percentual semelhante ao encontrado por Garbin (2007). Os resultados obtidos parecem evidenciar a carência de conteúdo sobre câncer de boca, bem como a necessidade de troca de saberes com outros CDs sobre esse tema.

Embora os componentes da amostra desse estudo tenham relatado interesse em participar de cursos sobre câncer de boca, a realidade dos congressos e cursos de educação continuada demonstra uma procura muito maior pelas áreas de estética, como salientado por Morais (2003). As próprias instituições de ensino acabam oferecendo um número maior de cursos em outras

especialidades que não a estomatologia. Este paradoxo, provavelmente, acontece por razões de mercado, mas é importante ressaltar que o papel do CD vai além do restabelecer forma e função, e que a odontologia deve partir de um paradigma tecnicista para ocupar seu espaço na promoção de saúde integral da população, inclusive combatendo o câncer de boca (GARBIN, 2007) e, de acordo com Meskin (1997), abdicar dessa responsabilidade seria um ato sem consciência.

É importante salientar que uma grande parte da amostra não soube responder a vários quesitos sobre as características clínicas do câncer de boca (tabela 8), indicando ser este um conteúdo importante a ser abordado na capacitação dos profissionais e seu norteamento.

Quando indagados se os conteúdos ministrados na graduação foram suficientes para realizar o diagnóstico de câncer de boca, quase metade da amostra respondeu que sim, próximo aos resultados encontrados por Falcão (2006) e Vasconcelos (2006). De acordo com Meskin (1997) os CDs têm todo o preparo e o treinamento necessários para: prevenir, diagnosticar e manejar o câncer de boca mas, no entanto, os dados encontrados neste estudo apontam que pouco menos da metade da amostra estudada declara ter este conhecimento. Ainda, boa parte dos participantes respondeu que não recebeu treinamento adequado sobre a doença durante a graduação. Matos e Araújo (2003), Horowitz *et al.*(2001) Yelllowitz e Goodman (1995) observaram, em seus estudos, que os CDs não são capazes de identificar corretamente sinais e sintomas associados com câncer de boca e parecem não dar a adequada importância à detecção precoce para a prevenção da mortalidade pelo mesmo. Isto reforça a necessidade de capacitação dos CDs para a atuação profissional, na área estudada, independente de seu tempo de formação.

De acordo com as observações efetuadas por este trabalho, pode-se sugerir que as faculdades de odontologia devam enfatizar mais o conteúdo sobre câncer de boca, despertando a consciência para o problema deste, inculcando em seus alunos uma filosofia preventiva que se refletirá, posteriormente, na sua prática cotidiana, independente de uma atuação como generalista ou como especialista (DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005; HOROWITZ *et al*, 2001).

Quando indagados sobre o seu nível de confiança na realização do diagnóstico do câncer de boca (gráfico 4), a maioria dos participantes relatou ser baixo ou não saber, semelhante aos dados encontrados por Garbin (2007); Falcão (2006) e Morais (2003). Isto pode refletir a falta de confiança para realização do diagnóstico de câncer de boca. Desta forma é importante transformar os profissionais da odontologia em confiantes para o diagnóstico, através de cursos de capacitação, de caráter o mais prático possível, e que a contra-referência realmente fortaleça o

profissional clínico, servindo de apoio para eventuais dúvidas e se disponibilizando para ensino de procedimentos de diagnóstico básicos.

Em relação ao questionamento: “Você considera que seus pacientes estão suficientemente informados sobre câncer de boca?”, uma importante reflexão deve ser feita frente ao elevado percentual de respostas negativas. Dados semelhantes também foram encontrados por Garbin (2007); Falcão (2006) e Morais (2003). Este dado parece indicar que os CDs desempenham suas atividades profissionais mais voltadas para o aspecto curativo do que para a prevenção e promoção de saúde de seus pacientes. Da mesma forma, percebe-se a necessidade de pensar em estratégias para tornar acessível à população leiga as informações; nos mesmos moldes do realizado para câncer de mama, próstata, colo de útero; para que o paciente, além do profissional, esteja mais consciente sobre esta patologia.

O percentual de participantes que reconhecem a importância do CD na prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca foi elevado (96,9%), sendo esta observação também encontrada na literatura (GARBIN, 2007; FALCÃO, 2006; VASCONCELOS, 2006; DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005; SOARES DE LIMA *et al*, 2005; CUTRIM *et al*, 2004; MORAIS, 2003; CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002; ALFANO; HOROWITZ, 2001). Ao mesmo tempo em que reconhece a importância do diagnóstico precoce, o CD parece encontrar dificuldade em fazer com que a informação chegue ao paciente.

Embora os CDs se considerarem aptos a fazer diagnósticos de doenças bucais, os resultados deste estudo evidenciaram pouca familiaridade e certa dose de despreparo, reforçando as afirmações de Matos e Araújo (2003), de que há grande distância entre o discurso desses profissionais e a sua prática cotidiana, ou seja, os CDs não realizam um correto exame clínico, que é o método eficaz para o diagnóstico do câncer de boca.

Entre aqueles que responderam sobre a realização de exame na procura de identificação do câncer de boca (tabela 5), a maioria respondeu que realiza, resultado este próximo àqueles encontrados por Garbin (2007); Falcão (2006); Vasconcelos (2006) e Morais (2003). O Ministério da Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006b), publicou o protocolo e o fluxograma para o encaminhamento dos pacientes com lesões suspeitas para o CEO, servindo como um norteador para os CDs. Estes resultados evidenciam uma ambigüidade, uma vez que, embora os profissionais relatem a realização de exames de identificação do câncer de boca, não há um fluxo de pacientes com estadiamento inicial da patologia nos centros de tratamento da mesma. A

literatura tem apontado que a manifestação inicial da doença raramente é diagnosticada, e que a maioria das lesões tem sua identificação em estágio avançado (MIYACHI *et al.* 2002; PIRES *et al.*, 2000). Em Santa Catarina, Caetano (2003) verificou, no ano de 2000, que um alto percentual dos casos registrados no CEPON/SC se encontrava nos estadiamentos III e IV. Daher, Pereira e Oliveira (2008) também verificaram nos registros em um hospital de Uberaba (MG) entre os anos de 1999 a 2003 que, dos casos encaminhados para a unidade para tratamento, muito poucos foram encaminhados por CD e dos encaminhados, um terço se encontrava no estágio III e quase metade no estágio IV, sendo que, dois terços destes evoluíram para óbito.

Ressalta-se que, embora tendo respondido ser importante a participação do CD no diagnóstico do câncer de boca, quase um terço dos profissionais não o realiza alegando “não achar necessária a realização da inspeção da cavidade bucal em busca de uma lesão suspeita” ou, mesmo, relata que “não sabe fazer” (tabela 5). Matos e Araújo (2003), consideraram que esta contradição, também por eles observada, parece evidenciar a falta de responsabilidade ou ainda, a falta de comprometimento do profissional com o paciente, contrariando, desta forma, a importância do CD no diagnóstico precoce do câncer de boca. Horowitz *et al.* (2001), também verificaram que a maioria dos CDs não faz o exame de câncer de boca em seus pacientes apontando cinco principais motivos: conhecimentos inadequados, procedimentos inconsistentes, desconforto, falta de confiança e tempo para o exame.

O encaminhamento de pacientes com lesões suspeitas (tabela 6) para um especialista em estomatologia foi relatado por quase metade dos profissionais, resultado semelhante ao encontrado por Garbin (2007); Vasconcelos (2006); Falcão (2006) e Morais (2003). Este dado se salienta, na medida em que, na especialidade de Estomatologia há nove inscritos e, destes, apenas oito ativos no estado de Santa Catarina (CFO, 2009). Este número de profissionais seria insuficiente para atender a demanda dos pacientes potencialmente encaminhados. O encaminhamento para o Centro de Especialidade Odontológica (CEO), entretanto, foi citado por poucos participantes, sendo que esta unidade está presente em todas as mesorregiões do estado. O CEO é uma política de governo, implantada desde 2004, e uma de suas principais especialidades é a de Estomatologia, para o diagnóstico de lesões suspeitas, evidenciando a necessidade de divulgação dos CEOs para os profissionais da odontologia do estado.

Durante seu exercício profissional quase metade dos participantes relatou nunca ter realizado um diagnóstico de câncer de boca (tabela 7). Comparando este dado com a auto-

avaliação do profissional sobre sua confiança ao realizar diagnóstico, percebe-se um conflito, sugerindo que muitos casos suspeitos podem passar despercebidos e estes pacientes acabam obtendo um diagnóstico com a doença já muito avançada, comprometendo o seu prognóstico. Ressalta-se que esta comparação, entre os dados obtidos, foi realizada somente neste trabalho utilizando este instrumento de coleta de dados e, na literatura consultada não houve parâmetros para a discussão deste resultado.

Quanto ao conhecimento do CD sobre câncer de boca, observou-se que estes apresentaram um bom conhecimento. O tipo mais comum de câncer de boca (gráfico 5) foi identificado corretamente pela maioria dos participantes, dado semelhante ao encontrado por Garbin (2007), enquanto o percentual dos que relataram não saber foi semelhante ao encontrado por Falcão (2006). Como já salientado anteriormente neste capítulo, por se tratar de doença altamente relevante, o percentual de desconhecimento por parte dos CDs é preocupante.

A região anatômica mais freqüentemente acometida pelo câncer de boca, a língua, foi apontada corretamente por somente um quinto da amostra (gráfico 6), ficando este dado abaixo do encontrado por Garbin (2007), Falcão (2006) e Morais (2003). Yellowitz *et al* (2000) e Clovis, Horowitz, Poel (2002) encontraram um percentual bem maior em sua amostra. Os estudos de Shibosk, Schmidt, Jordan (2007), Biazzevic *et al.* (2006), Dedivits *et al.* (2004) também consideraram ser a língua a região anatômica mais afetada. Garbin (2007) evidenciou deficiências no conhecimento sobre câncer de boca por parte dos profissionais, principalmente no que se refere à região anatômica de maior ocorrência da patologia e fatores de risco para o aparecimento da doença, enfatizando a necessidade de construção de um programa de prevenção ao câncer de boca no município, que atente para a capacitação dos CDs, possibilitando uma melhor atuação destes profissionais na reversão do quadro epidemiológico da doença.

Na abordagem sobre qual o aspecto inicial mais comum do câncer de boca (gráfico 7), a maioria da amostra respondeu corretamente ser úlcera indolor, semelhante aos achados por Garbin (2007); Falcão (2006) e Morais (2003). Lodi *et al.* (1997) atribuíram a falta de educação especializada como a causa de um exame menos escrupuloso dos tecidos moles da boca e falta de contato maior com o diagnóstico de câncer.

Em relação à faixa etária de maior ocorrência do câncer de boca (gráfico 8) um grande percentual da amostra respondeu corretamente que é acima de 40 anos, o que corrobora os dados da literatura (GARBIN, 2007; DÖBROSSY, 2007; CONWAY *et al.*, 2006; DEDIVITIS *et al.*,

2004; MORAIS, 2003; CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002; YELLOWITZ *et al*, 2000). Este é mais um dado que evidencia, assim como o anteriormente discutido, as contradições ressaltadas neste estudo, pois, apesar de terem respondido de forma adequada ao que foi perguntado, os profissionais de odontologia não realizam o diagnóstico precoce e a prevenção do câncer de boca.

Em relação ao conhecimento sobre as lesões mais comumente associadas ao câncer de boca (gráfico 9), dois terços dos participantes responderam ser a leucoplasia, semelhante ao dado encontrado de Garbin (2007) e por Falcão (2006). Embora a maioria dos CDs participantes tenha apontado, adequadamente, a leucoplasia com a lesão mais comumente associada ao câncer de boca, o percentual dos que souberam responder é preocupante, em função da relevância do tema estudado. É conhecido que o risco de desenvolvimento de câncer numa área leucoplásica é 5 vezes maior do que naquelas sem leucoplasia, e sua transformação maligna tem sido relatada em quase metade dos casos de leucoplasia com displasia (EPSTEIN, 1997).

As características de metástases em linfonodos cervicais, ao exame de palpação, também foram respondidas corretamente pela maioria dos participantes, sendo este percentual bem superior ao encontrado por Garbin (2007).

Várias alterações das mucosas têm sido relacionadas com o desenvolvimento de câncer na região de boca, todas de fácil acesso ao exame físico do paciente, tais como, leucoplasias, eritroplasias e líquen plano (TAVARES *In*: PARISE JÚNIOR, 2000), definidas pela Organização Mundial de Saúde como “um tecido morfológicamente alterado no qual é mais provável a ocorrência de câncer do que no tecido local normal”. Nos lábios, a queilite actínica pode ser considerada pré-cancerosa. (SILVERMAN, EVERSOLE, TRUELOVE, 2004; TAVARES *In*: PARISE JÚNIOR, 2000). A irritação crônica mecânica ou química e a má higiene oral têm sido relatadas como possíveis fatores de risco para a neoplasia (BLOT *et al. apud* SCHOTTENFELD, FRAUMENI JR, 1996; JITOMIRSK *In*: PINTO, 2000; VELLY *et al.*, 1998). Todos estes fatores podem ser facilmente detectados através de um minucioso exame físico do paciente.

Em relação ao estágio de diagnóstico do câncer de boca, dois terços da amostra respondeu ser em estágio avançado, o que corresponde à realidade, também observada por Falcão (2006), Morais (2003) e Caetano (2003) que em seu estudo salientou o diagnóstico tardio do câncer de boca. Outro resultado contraditório, posto que, embora estejam atualizados e saibam reconhecer lesões em estágios iniciais, este diagnóstico precoce não esteja sendo realizado. Cabe ressaltar que, embora os CDs que responderam tenham demonstrado conhecimento sobre o câncer de

boca, o diagnóstico da doença geralmente é tardio. Ou seja, o profissional não vem utilizando estratégias para a detecção precoce do câncer, o que possibilitaria maior contribuição para o aumento das taxas de cura e de sobrevivência proporcionadas pelo tratamento, ou para a melhoria da qualidade de vida dos doentes (BRASIL, 2006a). Silva *et al.* (2000) ressaltaram que esse reconhecimento não deveria apresentar grande dificuldade, entendendo que o grupo de risco é conhecido nas suas principais características e a região - a boca - é de fácil acesso para o exame clínico.

Em relação aos fatores e condições de risco para o desenvolvimento do câncer de boca, neste estudo, os participantes apontaram como principais fatores o consumo de tabaco, álcool, história familiar de câncer, próteses mal adaptadas e exposição solar (tabela 8). Resultados similares foram observados por Garbin (2007), Falcão (2006) e Morais (2003). Apesar de muitos estudos buscarem estabelecer uma relação, ainda não existe evidência científica para tais associações. Desta forma o que se aceita atualmente, acerca dos fatores de risco, derivou de estudos caso-controle ou estudos coorte realizados, principalmente, nas duas últimas décadas (KOWALSKI, NISHIMOTO; *In*: PARISE, 2000).

Quando foram comparados à auto-avaliação que o profissional realiza com o conceito obtido, verificou-se que existiam profissionais relatando ter um conhecimento regular sobre o assunto. No entanto, de acordo com as respostas dadas ao instrumento de coleta, obteve conceito “A” (tabela 12), e um sexto da amostra que relatou ter um bom conhecimento obteve conceito “D”, evidenciando uma distância entre o que profissional pensa sobre si mesmo e que ele efetivamente conhece sobre o assunto. Desta forma faz-se necessário que, de uma forma geral, os profissionais reflitam sobre seu conhecimento, sua prática e técnica diária a respeito do câncer de boca. Na auto-avaliação (gráfico 2), muitos profissionais responderam ter um conhecimento regular sobre câncer de boca, seguido por profissionais que se auto-avaliaram como tendo um bom conhecimento sobre o assunto. Entretanto, ao somar-se à porcentagem de profissionais que se auto-avaliaram com o conceito regular, insuficiente e os que não responderam, obtém-se mais da metade da amostra, evidenciando, mais uma vez, a necessidade de capacitação dos profissionais do estado. Estes dados são semelhantes aos encontrados por Garbin (2007); Falcão (2006) e Morais (2003). Mesmo com o relato de um terço dos participantes da amostra, que afirmaram terem frequentado um curso de educação continuada entre 2 a 5 anos, os resultados

evidenciam que os profissionais apresentam uma deficiência de conhecimento sobre o câncer de boca, podendo desta forma deixá-los inseguros frente a um diagnóstico de lesão suspeita.

Para a realização dos testes de associação Qui-quadrado as categorias A e B da variável “conceito em câncer de boca” foram agrupadas (tabela 15). A análise destes resultados mostrou associação positiva dos conceitos “A e B” com o sexo feminino, com a faixa etária de 20 - 40 anos, com a formação acadêmica de até 10 anos e com as categorias “ótimo” e “bom” da auto-avaliação do nível de conhecimento sobre câncer de boca. Os conceitos “C” e “D”, “regular” e “insatisfatório” apresentaram associação com o sexo masculino, com a faixa etária de 40-60 anos, com a formação acadêmica acima de 10 anos e com a categoria “insuficiente” da auto-avaliação. A categoria “regular” da auto-avaliação teve associação apenas com a categoria “D” do conceito.

Observa-se que o tempo de formação causou impacto no conceito obtido pelo instrumento de avaliação (tabela 11), ou seja, quase um quarto da amostra possuía mais de 10 anos de formados e destes, somente um pequeno percentual obteve conceito A, enquanto que dos que tinham acima de 20 anos de formados, nenhum obteve conceito A. Os dados obtidos reforçam a necessidade da educação continuada para todos os profissionais, que busquem estratégias de prevenção e educação da população, e melhorar a abordagem dos pacientes com câncer de boca (DEDIVITIS *et al.* 2004). Cabe ressaltar as afirmações de Moraes (2003), de que os CDs ainda não apresentam conhecimento e treinamento ideais para difundir os meios de prevenção e detecção precoce do câncer de boca.

Na realização de testes de associação entre os conceitos obtidos pelos profissionais e o número de casos diagnosticados relatado pelos mesmos, não houve associação entre as variáveis, embora isto seja um motivo de alerta, tendo em vista que um terço da amostra, que obteve um escore regular/insatisfatório, relatou nunca ter realizado um diagnóstico do câncer de boca. O significado clínico desta evidência pode ter sido a ausência de diagnóstico em muitos casos de câncer de boca. A maioria dos estudos sobre diagnóstico de câncer de boca tem demonstrado que os CDs se consideram preparados para diagnosticar lesões cancerizáveis, no entanto, somente a metade costuma fazê-lo (MATOS; ARAÚJO, 2003). Embora o CD tenha a oportunidade de examinar a cavidade bucal e detectar possíveis lesões cancerizáveis, dispensam pouca atenção na realização do exame clínico bucal (SILVA, FIGUEIRÊDO e CARVALHO, 2006), o que tem levado ao atraso no diagnóstico, acarretando num significativo aumento dos custos do tratamento e um maior tempo de internação hospitalar (KOWALSKI *et al.*, 1994). Estes fatos demonstram

que os CDs ainda não se conscientizaram do seu papel na prevenção e detecção precoce do câncer de boca e que abordagem desses temas durante a formação acadêmica ou cursos de educação continuada, são imprescindíveis (SILVA; FIGUEIRÊDO; CARVALHO, 2006).

Embora os resultados tenham apontado um grande percentual dos CDs com bom conhecimento sobre o tema, verifica-se que a prática não confirma o encontrado. O mesmo foi observado por Hayassy (1998), que ao avaliar a problemática do câncer de boca no setor público de saúde, em Niterói (RJ), verificou que os CDs não seguem uma rotina de trabalho previamente estabelecida e suas ações preventivas restringem-se as aplicações tópicas de flúor, com a justificativa de não possuírem conhecimento suficiente para entender o mecanismo e a prevenção do câncer de boca. O que demonstra que os mesmos não estariam preparados tanto para o diagnóstico precoce do câncer de boca quanto para o encaminhamento de seu paciente aos centros especializados, reforçando a necessidade de ações coletivas para a capacitação dos profissionais.

7. CONCLUSÃO

Diante dos resultados da pesquisa e das leituras realizadas, chegamos às seguintes conclusões:

- O perfil do profissional que melhor evidenciou conhecimentos sobre câncer de boca foi: do gênero feminino, na faixa etária de 20-40 anos, com tempo de formação até 10 anos, formado em instituição pública, clínico-geral, com atuação profissional na área privada e não fumante;
- O nível de conhecimento dos CDs do estado de Santa Catarina sobre os fatores etiológicos, as características e a ocorrência do câncer de boca pode ser considerado acima da média; no entanto, os CDs se auto-avaliaram com um conhecimento regular sobre o câncer de boca;
- A associação entre o tempo de formado e o conhecimento sobre o câncer de boca, evidencia a necessidade de educação continuada principalmente para profissionais com mais de 20 anos de formação;
- Os CDs de Santa Catarina demonstraram um elevado interesse na educação continuada sobre o câncer de boca, embora não realizem o diagnóstico e, conseqüentemente, o encaminhamento de casos suspeitos para os serviços especializados no atendimento do câncer de boca.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise e discussão dos resultados encontrados, pode-se inferir que o profissional de odontologia, no estado de Santa Catarina tem negligenciado ações preventivas e de diagnóstico do câncer de boca. Convém, no entanto, salientar que durante a formação, quando da sua participação em disciplinas com enfoque generalista, ao acadêmico de odontologia falta vivência e maturidade para compreender e absorver os conteúdos ministrados.

No currículo que formou a população estudada, as disciplinas clínicas estavam inseridas ao final do processo formador, sedimentando no aluno uma visão curativa da profissão odontológica, voltada para a resolução de problemas dentários e reparo do dano. No exercício da profissão, depois de 5 a 10 anos de formado, com experiência clínica, o profissional vivencia a solidão, posto que a odontologia é uma profissão solitária, e passa a desejar novos espaços de discussão e troca, evidenciado na insegurança manifestada pelo conhecimento apresentado e a auto-avaliação negativa.

Com as novas mudanças curriculares, ao longo do curso, os alunos de graduação, abordam o paciente em sua integralidade, reforçando desta forma o aspecto preventivo e de promoção de saúde. O novo currículo enfatiza a continuidade do tratamento e os procedimentos básicos como: anamnese, exame físico, exames complementares e a elaboração de um correto diagnóstico – necessário para o adequado tratamento do paciente. Espera-se que, a partir deste ordenamento de competências, o profissional formado, por este novo modelo estabeleça vínculos mais sedimentados com seu paciente, atuando na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças bucais.

A falha de conhecimento, evidenciada nesta pesquisa, indica o caminho a ser seguido na elaboração de capacitação nos moldes da Educação Permanente em Saúde, com um enfoque predominantemente prático, embora a inserção deste conhecimento na rotina dos CDs requeira uma infra-estrutura que disponibilize os recursos necessários para exames de biópsia, encaminhamentos para laboratórios de análises anatomo-patológicas e para os centros de tratamento especializado.

O governo federal instituiu diretrizes e estratégias para implementação e financiamento para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde através das portarias n^{os}. 1.996 (20/08/2007), 48 (14/12/2007) e 43 (04/12/2007), desta forma facilitando o acesso dos

profissionais à capacitação (BRASIL, 2009b). Nos moldes estabelecidos por esta política, sugere-se a criação de um programa de educação permanente direcionada aos profissionais da odontologia, tanto do setor público como do privado, no que se refere câncer de boca.

A partir dos resultados obtidos neste trabalho, sugere-se aos gestores do estado de Santa Catarina o estabelecimento de uma rede hierarquizada e organizada, de referência e contra-referência, para viabilização de um atendimento mais ágil, seguro e resolutivo para o paciente e para o profissional.

Sugere-se ainda, às entidades, cursos de graduação e órgãos de classe de Santa Catarina, o investimento em campanhas para que os profissionais assumam a responsabilidade na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de boca.

REFERÊNCIAS

ALFANO, M. C.; HOROWITZ, A. M. Professional and community efforts to prevent morbidity and mortality from oral cancer. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 132, n. 11, p. 24-29, Nov. 2001.

ALMEIDA, F. C. S. de; et al. Avaliação odontológica de pacientes com câncer de boca pré e pós tratamento oncológico - uma proposta de protocolo. **Pesq. Bras. Odontoped Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 25-31, jan./abr. 2004.

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **Câncer reference information**. Disponível em: <www.cancer.org/docroot/CRI/CRI_2_3x.asp?dt=60>. Acesso em: 25 nov. 2008.

ANTUNES, J. L.; TOPORCOV, T. N.; WÜNSCH-FILHO, V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Pública**, Washington, v. 1, n. 21, p. 30-36, jan. 2007.

ANTUNES, J. L. F.; et al. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in Sao Paulo, Brazil, 1980-1998. **Oral Oncol**, Pergamon, v. 37, n. 4, p. 345-350, June 2001.

ANTUNES, R. C. P. Recomendações atuais na prevenção do câncer no Brasil. **Prática Hospitalar**, São Paulo, ano V, v. 25, p. 25-30, jan./fev. 2003.

ARAÚJO, N. S.; ARAÚJO, V. C. Anatomia patológica nas lesões pré-neoplásicas In: PARISE JÚNIOR, O. (Org.). **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier, 2000. 256 p.

ARGENTA, S. **SC é o quarto Estado do país com maior número de casos de câncer bucal. 2007**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/noticias/novo/mat%E9rias%202003/CancerBoca.htm>>. Acesso em: 09 mar. 2008.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2007. p. 97.

BARBOSA, A. M. G. **Câncer: direito e cidadania** – informações que pacientes e familiares precisam ter em mente. Recife: Bargaça, 2002. p. 317.

BARBOSA, J. F. **Câncer da boca**. São Paulo: Sarvier, 1968. p. 508.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males de saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 135-145.

BIAZEVIC, M. G. H.; et al. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980-2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2105-2114, out. 2006.

BLOT, W. J.; et al. Cancers of the oral cavity and pharynx. In: SCHOTTENFELD, D.; FRAUMENI JR, J. F. (Org.). **Cancer Epidemiology and Prevention**. New York: Oxford, 1996. p. 666-680.

BOING, A. F. **O câncer de boca e de faringe no Brasil**: tendências e padrões regionais de mortalidade entre 1979 e 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

BOLEN, J. C.; et al. **State-specific prevalence of selected health behaviors, by race and ethnicity** – behavioral risk factor surveillance system. 1997. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss4902a1.htm>>. Acesso em: 30 abr. 2008.

BORAKS, S. **Diagnóstico bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1996. 319 p.

BORGES, D. M. L.; et al. Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 321-327, fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 364 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 21.082. 16 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde bucal. **Manual do programa Brasil sorridente**. 2004 a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406>. Acesso em: 02 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Manual de detecção de lesões suspeitas** – câncer de boca. 2001. Disponível em: <<http://www.terra.com.br/virtualbooks>>. Acesso em: 06 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Normas e recomendações do INCA. Prevenção e controle do câncer. **Rev. Bras. Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 317-333, jul./ago./set. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Registro de base populacional de câncer no Brasil**. 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/regpop/2003/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=11>. Acesso em: 06 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 17: saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Educação Permanente. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26643&janela=2>. Acesso em: 20 maio 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Carcinogênese** - mecanismo de desenvolvimento dos tumores. 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/carcinogenese.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 94 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Prevenção e detecção**. 2006a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 10 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Portaria nº. 741, de 19 de dezembro de 2005**. Brasília, 2005b. 73 p. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br/jornal/n77e78/cfo43anos07.asp>>. Acesso em: 20 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares**. 2005a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/rxmap.htm>>. Acesso em: 06 abr. 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estados e municípios**. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sc>>. Acesso em: 02 fev. 2009a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Geografia – divisão regional**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/default_div_int.shtm?c=1>. Acesso em: 25 mar. 2008b.

CAETANO, J. C. A epidemiologia do câncer bucal em Santa Catarina. In: II Congresso Sul Brasileiro de Câncer de Boca e II Fórum de Discussão em Diagnóstico Bucal, 2003. Florianópolis. Palestra proferida em ; realizada em Florianópolis data 26 setembro de 2003. Florianópolis: Anais II Congresso Sul Brasileiro de Câncer de Boca e II Fórum de Discussão em Diagnóstico Bucal, 2003.

CAMPOS, J. L. G.; CHAGAS, J. F. S.; MAGNA, L. A. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 65-68, abr./jun. 2007.

CARRAD, V. C.; et al. Álcool e câncer bucal: considerações sobre os mecanismos relacionados. **Rev Bras de Cancerol**, Rio de Janeiro v. 54, n. 1, p. 49-56, jan./fev./mar. 2008.

CID-10/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Tradução centro colaborador da OMS para classificação de doenças em português. 6 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004. 999 p.

CLOVIS, J. B.; HOROWITZ, A. M.; POEL, D. H. Oral and pharyngeal cancer: knowledge and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. **J Can Dent Assoc.** Vancouver, n. 68, p. 415-420, July./Aug. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Busca por especialistas por regional estadual.** Disponível em: <http://www.cfo.org.br/busca_dados/profissionais/prof_esp.asp>. Acesso em: 06 fev. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). Mais atenção ao câncer bucal. **Jornal do CFO**, Rio de Janeiro, ano 15, n. 77-78, mar.-jun. 2007, p. 16.

CONWAY, D. I.; et al. Incidence of oral and oropharyngeal cancer in United Kingdom (1990-1999) - recent trends and regional variation. **Oral Oncol**, Philadelphia, v. 42, n. 6, p. 586-592, Jul. 2006.

CRUZ, G. D.; et al. Preventing and detecting oral cancer: oral health care providers' readiness to provide health behavior counseling and oral cancer examinations. **J Am Dent Assoc**, v. 136, n. 5, p. 594-601, May 2005.

CUTRIM, M. C. F. N.; et al. Nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o câncer de boca na rede pública da cidade de São Luís - MA. **Rev Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 19, n. 45, p. 270-274, jul./set. 2004.

DAHER, G. C.; PEREIRA, G. A.; OLIVEIRA, A. C. D. Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 584-596, dez, 2008.

DANIEL, F. I.; et al. Carcinoma de células escamosas em rebordo alveolar inferior: diagnóstico e tratamento odontológico de suporte. **J Bras Patol Med Lab**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 279-283, ago. 2006.

DEDIVITIS, R. A.; et al. Características Clínico-Epidemiológicas no Carcinoma Espinocelular de Boca e Faringe. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 70, n. 1, p. 35-40, jan./fev. 2004.

DEDIVITIS, R. A.; GUIMARÃES, A. V.; SOUZA JR., J. A. L. **Manual de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. São Paulo: Frôntis Editorial, 1999. 64 p.

DIB, L. L. **Avaliação do nível de informação de diferentes camadas da população a respeito dos aspectos relacionados ao câncer bucal.** São Paulo: UNIP, 2000.

DIB, L. L. Nível de conhecimento e de atitudes preventivas entre universitários do curso de odontologia em relação ao câncer bucal: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. **Acta Oncol Bras**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 628-643, abr/jun 2004.

DIB, L. L.; SOUZA, R. S.; TORTAMANO, N. Avaliação do conhecimento sobre câncer entre alunos de odontologia em diferentes unidades da Universidade Paulista. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 23, n. 4, p. 287-295, out./dez. 2005.

DÖBROSSY, L. Epidemiology of oral cancer. **Fogorv Sz.** Budapeste, v. 100, n. 2, p. 47-52, Abr. 2007.

EPSTEIN, J. B.; et al. The utility of toluidine blue application as a diagnostic aid in patients previously treated for upper oropharyngeal carcinoma. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v. 83, n. 5, p. 537-547, May 1997.

FALCÃO, M. M. L. **Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal.** 142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva),- Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana-BA, 2006.

FERREIRA, M. A. F.; MACIEL, S. S. S. V. O câncer bucal. In: FERREIRA, M. A. F. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar.** Natal: EDUFRN, 2004. p. 137-148.

FRANCESCHI, D.; et al. Improved survival in the treatment of squamous carcinoma of the oral tongue. **Am. J. Surg**, New York, v. 3, n. 166, p. 60-65, Mar. 1993.

FRANCO, E. L.; et al. Risk factor for oral cancer in Brazil: a case-control study. **Int J Cancer**, Malben. v. 43. p. 992-1000, June, 1989.

GAJENDRA, S.; CRUZ, G. D.; KUMAR, J. V. Oral cancer prevention and early detection: knowledge, practices, and opinions of oral health care providers in New York State. **J Cancer Educ**, Fall v. 21, n. 3, p. 157-62, June, 2006.

GARBIN, D. **Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre câncer bucal** – um estudo de caso na rede pública de Florianópolis-SC. 96 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

GARCIA, S. J. **O código de ética odontológica e suas infrações:** um estudo sobre os processos ético-profissionais dos cirurgiões dentistas do estado de Santa Catarina. 98f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

GELRICH, N.; et al. Pain, function and psychologic outcome before, during and after intraoral tumor resection. **J of Oral and Maxillofaci Surge**, Portland, v. 60, n. 7, p. 772-777, July. 2002.

GENOVESE, W. J.; BORDINI, P. J.; BORDINI, E. B. T. Câncer bucal. In: KIGNEL, S. **Diagnóstico bucal**. São Paulo: Robe; 1997. p. 381-422.

GUGGENHEIMER, J.; et al. Factors delaying the diagnosis of oral and oropharyngeal carcinomas. **Cancer**, Malben. n. 64, p. 932-935, Aug. 1989.

GUNNARSKOG, J.; STENBECK, M.; HOLM, L. Lip, oral cavity and mesopharynx. **Act Oncologica**, [s.l.] v. 34, n. 54, p. 5-10, Mar. 1995.

HAYASSY, A. Câncer bucal no setor público de saúde. **RBO**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 173-175, maio/jun. 1998.

HOROWITZ, A. M.; CANTO, M. T.; CHILD, W. L. Maryland adults' perspectives on oral cancer prevention and early detection. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 133, n. 8, p. 1058-63, Aug. 2002.

HOROWITZ, A. M.; DRURY, T. F.; CANTO, M.T. Practices of Maryland dentists: oral cancer prevention and early detection – base data from 1995. **Oral Dis** [s.l.] v. 6, n. 5, p. 282-288, Sept. 2000.

HOROWITZ, A. M.; NOURJAH, P.; GIFT, H. C. U. S. Adult knowledge of risk factors and signs of cancer: 1990. **J Am Dent Assoc**, Chicago. v. 126, n. 1, p.39-45, Jan. 1995.

HOROWITZ, J. A.; et al. Perspectives of Maryland dentists on oral cancer. **J. Am. Dent. Assoc.** Chicago. v. 132, n. 1, p. 65-72, Jan. 2001.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER – IARC. 1998. In: FRANCO, E. **Curso de Férias**, 2000. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2000.

JITOMIRSKI, F. Câncer bucal. In: PINTO, V. G. (Org.). **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos. 2000. p. 445-456.

KOWALSKI, L. P.; et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to tumour, the patient and health professionals. **Eur. J. Cancer B. Oral Oncol**, [sl.] v. 30B, n. 3, p. 167-173, May 1994.

KOWALSKI, L. P.; NISHIMOTO, I. N. Epidemiologia do câncer de boca. In: PARISE JÚNIOR, O. **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: SARVIER, 2000. 256 p.

LAROUSSE. **Grande enciclopédia Larousse cultural**. São Paulo: Nova Cultural, 1998, 24 v.

LEITE, K. R. M.; LOPES, L. H. C. Campo de caracterização e clonalidade. In: PARISE JÚNIOR, O. **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: SARVIER, 2000. 256 p.

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

LODI, G.; et al. Attitudes towards smoking and oral cancer prevention among northern Italian dentists. **Oral Oncol.**, Amsterdam, v. 33, n. 2, p. 100-104, Mar. 1997.

MAGALHÃES, R. P.; MAGALHÃES, M. H. C. G. Carcinógenos bucais. In: PARISE JÚNIOR, O. **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: SARVIER, 2000. 256 p.

MARQUES, R. J. Estratégia terapêutica multidisciplinar. In: PARISE JÚNIOR, O. **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: SARVIER, 2000. 256 p.

MARTIN, L. M.; et al. Cancer prevention in the dental practice: oral cancer screening and tobacco cessation advice. **J. Public Health Dent**, Fall. v. 56, n. 6, p. 336-340, Sept. 1996.

MATOS, I. B.; ARAÚJO, L.A. Práticas acadêmicas, cirurgiões-dentistas, população e câncer bucal. **Rev da ABENO**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 76-81, 2003. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/revista/arquivos_pdf/2003/mato.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2008.

MCCARTAN, B. E.; SHANLEY, D. B. Policies and practices of European dental schools in relation to smoking: the place of tobacco education in the undergraduate dental curriculum. **Br. Dent J**, London, v. 179, p. 306-308, Oct. 1995.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Ateneu, 2003. 493 p.

MESKIN, L. H. Do it or lose it. **J. Am Dent Assoc.**, Chicago, v. 128 n. 8, p.1058-1060, Nov. 1997.

MIYACHI, S. et al. Centro de diagnóstico de lesões bucais: potencial do impacto na epidemiologia do câncer de boca em Curitiba. **Rev. Bras. Cirurgia e Implantodontia**, Curitiba v. 9, n. 32, p. 80-85, set. 2002.

MOLINA, A. P. S.; RIBEIRO; TORRES-PEREIRA, C. Conhecimentos, práticas e atitudes frente ao diagnóstico de câncer de boca na visão do cirurgião-dentista. **Revista Dens**, Curitiba v. 14, n. 2, p. 72, nov./abr. 2006.

MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males de saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, 1995. 440 p.

MORAIS, T. M. N. de. **Câncer de boca**: avaliação do conhecimento dos cirurgiões dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico. 2003. 108f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo, 2003.

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

NARVAI, P. C. Recursos humanos para promoção de saúde bucal. *In*: KRIGER, L. ABOPREV – Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997. 475 p.

OLIVEIRA, L. R.; RIBEIRO-SILVA, A.; ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. **J. Patol. Med. Lab.** Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 385-392, out. 2006.

OLIVEIRA, M. C.; *et al.* HPV e carcinogênese oral: revisão bibliográfica **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo, v. 69, n. 4, p. 553-559, jul./ago. 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2002. 343 p.

PARAJARA, F. Enfrentando o câncer bucal. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 353-360, set./out. 1999.

PARDO, M. H. **Carcinoma bucal:** caracterização dos pacientes atendidos no CEPON (Florianópolis). 28 f. Monografia (graduação em odontologia). - Universidade do Vale do Itajaí – Faculdade de Odontologia, Itajaí, 1997.

PARISE JÚNIOR, O. **Câncer de boca:** aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: SARVIER, 2000. 256 p.

PARKIN, D. M.; BRAY, F. I.; DEVESA, S. S. Cancer burden in the year 2000: the global picture. **Eur. J. Câncer**, Oxford, n. 37, suppl 8: S4-66, Oct. 2001.

PINTO, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIGER, L. **ABOPREV – Promoção de saúde bucal.** São Paulo: Artes Médicas, 1997. 475 p.

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

RAPAPORT A. **Câncer da Boca.** São Paulo: Pancast, 1997. 213 p.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J. **Patologia bucal:** correlações clinicopatológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 390 p.

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

ROSA, J. E.; MADEIRA, A. A. **Odontologia catarinense:** evolução, ensino e movimento associativo. Florianópolis, Editora da UFSC, 1982. 333 p.

SANTOS, J.C.; RUMEL, D. Emergência médica na prática odontológica no Estado de Santa Catarina: ocorrência, equipamentos e drogas, conhecimento e treinamento dos cirurgiões dentistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 11, n. 1, p. 183-190, jan.2006.

SARTORI, L. C. **Rastreamento do câncer bucal**: aplicações no programa saúde da família. 2004. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2004.

SCANDIUZZI, M. C. **Tratamento de câncer pelo SUS**. Disponível em: <<http://ambienteacreato.blogspot.com/2007/12/tratamento-de-cancer-pelo-sus.html>>. Acesso em: 07 fev. 2008.

SCHÜTZ, A. B. Carcinoma epidermóide bucal: aspectos microscópicos e comportamento biológico. **RGO**. Porto Alegre. v. 45, n. 2, p. 71-78, mar/abr. 1997.

SHIBOSKI, C. H.; SCHMIDT, B. L.; JORDAN, R. C. Racial disparity in stage at diagnosis and survival among adults with oral cancer in the US. **Community Dent Oral Epidemiol**, Adelaide, v. 35, n. 3, p. 233-240, Jun. 2007.

SILVA, A. C. B. *et al.* Odontologia do trabalho: avaliação da percepção e conhecimento de formandos e profissionais sobre a nova especialidade odontológica. **RFO-UPF**. Passo Fundo. v. 12, n. 2, p. 13-19, mai./ago. 2007.

SILVA, A. L. **Roteiro em cirurgia geral**. Belo Horizonte: Interminas; 1991. 428 p.

SILVA, E.; FIGUEIRÊDO, P.; CARVALHO, D. **Conhecimentos, comportamentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas frente ao Câncer Bucal**. 2006. Disponível em: <<http://www.unievangelica.edu.br/noticias/969/odontologia/IC%2014.02.06%20subp1.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2008.

SILVA, J. B. P.; et al. Alterações citológicas da semi-mucosa do lábio inferior em pacientes expostos às radiações solares e o uso do fumo. **RBORL**. São Paulo. v. 66, n. 5, p. 45-51, set./out. 2000.

SILVERMAN, JR. S.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. **Fundamentos de medicina oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.2004. 384 p.

SINDSAUDE-SINTESPE-ACEHEMO. **Movimento pela manutenção dos serviços públicos de qualidade do Hemosc e Cepon.** 2007. Disponível em:

<http://www.sintae.org.br/novo/imagens_adm/documentos/relatrio_da_privatizao_do_hemosc_e_do_cepon_574.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2009.

SMITH CJ. Global epidemiology and aetiology of oral cancer. **International Dental Journal**, Lowestoft, v. 23, n. 1, p. 82-93, Jan./Fev. 1973.

SOARES de LIMA, A. A.; et al. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. **Rev Bras de Cancerol**, Rio de Janeiro; v. 51, n. 4, p. 283-288, out./nov./dez. 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TAVARES, M. R. Lesões pré-neoplásicas ou cancerizáveis. In: PARISE JÚNIOR, O. (Org.). **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos.** São Paulo: SARVIER, 2000. 256p.

THOMAZ, E. B. A. F.; CUTRIM, M. C. F. N.; LOPES, F. F. **A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral.** 2000. Disponível em: <http://www.hcanc.org.br/acta/acta2k_26.html>. Acesso em: 20 abr. 2008.

VAN HEERDEN, W. F. P.; BÜTOW, K-W. The role of the dentist in the prevention and early diagnosis of oral cancer. **SADJ**, Houghton, ZA, v. 57, n. 1, p. 22-24, Jan. 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Comportamento dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal.** 2006. 102f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da USP, 2006.

VELLY, A. F.; et al. Relationship between dental factors and risk of upper aerodigestive tract cancer. **Oral Oncol**, Amsterdam, v. 34, n. 4 p. 284-291, July 1998.

VIDAL, A. C. de L.; et al. Prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca: uma medida simples e eficaz. **Odontologia Clín Científ.** Recife, v. 2, n. 2, p. 109-114, mai./ago. 2003.

WARMLING, C. M.; CAPONI, S.; BOTAZZO, C. Práticas sociais de regulação da identidade do cirurgião-dentista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 115-122, jan. 2006.

WIKIPEDIA. **Conceito de Santa Catarina**. Disponível em:
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Santa_Catarina>. Acesso em: 14 jan. 2009.

WIKIPEDIA. **Mapa de Santa Catarina**. Disponível em:
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_mesorregi%C3%B5es_de_Santa_Catarina>. Acesso em:
13 mar. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer**. Fact sheet n° 297. Feb. 2006. Geneva.
Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/print.html>>. Acesso em: 10
out. 2007.

YELLOWITZ, J. A.; et al. Survey of U.S. dentists' knowledge and opinions about oral
pharyngeal cancer. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 131, n. 5, p. 653-661, May. 2000.

YELLOWITZ, J. A.; et al. Knowledge, opinions and practices of general dentists regarding oral
cancer: a pilot survey. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 129, n. 5, p.579-583, May. 1998.

YELLOWITZ, J. A.; GOODMMAN, H. S. Assessing Physicians 'and Dentists' oral cancer
knowledge, opinions and practices. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 126, n. 1, p. 53-60, Jan. 1995.

ZAKRZEWSKA, J. M. Oral cancer and pre-cancer: our responsibility. **Br. Dent J**. London, v.
176, n. 8, p. 286-287, Oct. 1994.

APÊNDICES

Apêndice A – Carta de Apresentação de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
 ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA
 FONE/FAX: (48)33319531
 E-mail: cpgo@ccs.ufsc.br

Carta de Apresentação de Pesquisa

Prezado colega, estamos desenvolvendo junto ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com a Divisão Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde (DIVE-SC) e com apoio do Conselho Regional de Odontologia de Santa Catarina (CROSC) uma pesquisa que pretende avaliar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas do Estado de Santa Catarina sobre câncer de boca, visando o estabelecimento de estratégias de saúde após avaliação dos resultados. Os resultados serão analisados globalmente, o que irá garantir a confidencialidade e sigilo das respostas individuais, os mesmos serão utilizados para publicação em revistas científicas da área e participação em eventos.

Para a realização desta pesquisa precisamos muito de sua colaboração, preenchendo este questionário que aborda aspectos referentes ao câncer de boca e na seqüência seja remetida no envelope em anexo, já selado e endereçado a pesquisadora, num prazo máximo de 30 (trinta) dias.

Certos de que sua participação neste estudo será de fundamental importância em nosso trabalho, agradecemos antecipadamente e nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Doutoranda: Ana Claudia Baladelli Silva Cimardi

E-mail: cabocasc@gmail.com

Telefone: (48) 9608-2650

Florianópolis, julho de 2008.

Ana Claudia Baladelli Silva Cimardi
 Pesquisadora

Ana Paula Soares Fernandes
 Orientadora

Apêndice B – Questionário de Avaliação do Nível de Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas do Estado de Santa Catarina sobre Câncer de Boca – Adaptado de Dib (2004)

Caracterização	1. Idade _____	2. Sexo: [1] Masculino [2] Feminino
	3. Atuação Profissional: [1] Somente Público [2] Somente Privado [3] Público e Privado	
	4. Município de atuação Profissional: _____	
	5. Qual o seu tempo de formação acadêmica? _____	
	6. Você se graduou em uma instituição [1] Pública [2] Privada	7. Qual o estado da sua instituição de formação? _____
	8. Você possui alguma especialidade inscrita no CRO? [1] Sim Qual? _____ [2] Não	
	9. Você fuma? [1] Sim [2] Não [3] Parou	
	10. Com relação ao seu nível de conhecimento sobre câncer bucal, qual é sua auto-avaliação? [1] Ótimo [2] Bom [3] Regular [4] Insuficiente	
	11. Na primeira consulta odontológica dos seus pacientes, você realiza exame procurando identificar câncer bucal? [1] Sim [2] Não	
Conhecimento	12. Caso a resposta anterior seja não, porque você não realiza o exame de câncer bucal? [1] Não sei como fazer [2] Não acho necessário	
	13. Quando você encontra lesões bucais suspeitas de malignidade, como você encaminha o caso? [1] Eu mesmo tomo os procedimentos diagnósticos [2] Encaminho a um Dentista especialista em estomatologia [3] Encaminho a um Médico [4] Encaminho a uma Faculdade de Odontologia [5] Encaminho a um Hospital Especializado em tratamento Oncológico [6] Encaminho ao Centro de Especialidade Odontológica – CEO [7] Não sendo a queixa principal do paciente, espero até que o mesmo se manifeste, pedindo orientação.	
	14. Qual é o tipo de câncer mais comum da boca? [1] Linfoma [2] Carcinoma Espinocelular [3] Sarcoma de Kaposi [4] Ameloblastoma [5] Adenocarcinoma de Glândula Salivar [6] Não sei	
	15. Qual é a região anatômica mais frequente para o câncer bucal? [1] Língua [2] Soalho de boca [3] Gengiva [4] Palato [5] Mucosa jugal [6] Lábio [7] Não sei	
	16. Dentre os citados, qual o aspecto mais comum em pacientes com câncer de boca inicial? [1] Salivação abundante [2] Úlcera indolor [3] Nódulo duro [4] Dor intensa [5] Não sei	
	17. Qual é a faixa etária mais comum para a ocorrência de câncer bucal? [1] Menos de 18 anos [2] 18 a 39 anos [3] Acima de 40 anos [4] Não sei	
	18. O linfonodo mais característico em metástases cervicais em câncer bucal, quando palpado apresenta-se: [1] Duro, dolorido, com mobilidade [2] Duro, sem dor, com mobilidade ou não [3] Mole, dolorido, com mobilidade [4] Mole, sem dor, com mobilidade ou não [5] Não sei	
	19. No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que o câncer de boca é diagnosticado mais frequentemente em qual estágio? [1] Pré-maligno [2] Precoce [3] Avançado [4] Não sei	

	20. Das seguintes condições, qual a mais comumente associada com o câncer de boca? [1] Leucoplasia [2] Pênfigo Vulgar [3] Estomatite [4] Candidíase [5] Língua Geográfica [6] Não sei
Fatores de Risco	21- Nas próximas alternativas assinale as que você considera a condição apresentada como fator de risco para câncer de boca
	A. Uso de drogas injetáveis [1] Sim [2] Não
	B. Ter apresentado outro câncer previamente [1] Sim [2] Não
	C. Consumo de álcool [1] Sim [2] Não
	D. Consumo de tabaco [1] Sim [2] Não
	E. História familiar de câncer [1] Sim [2] Não
	F. Estresse emocional [1] Sim [2] Não
	G. Baixo consumo de frutas e vegetais [1] Sim [2] Não
	H. Sexo oral [1] Sim [2] Não
I. Próteses mal adaptadas [1] Sim [2] Não	
J. Dentes em mau estado [1] Sim [2] Não	
L. Consumo de comidas condimentadas [1] Sim [2] Não	
M. Higiene oral deficiente [1] Sim [2] Não	
N. Contágio direto [1] Sim [2] Não	
O. Exposição solar [1] Sim [2] Não	
P. Bebidas e comidas quentes [1] Sim [2] Não	
Q. Obesidade [1] Sim [2] Não	
Formação	22. No decorrer do seu curso de graduação os conteúdos específicos ministrados foram suficientes para realizar diagnóstico de câncer de boca? [1] Sim [2] Não [3] Não sei
	23. Você considera que seus pacientes estão suficientemente informados sobre câncer de boca (aspectos preventivos e de diagnóstico)? [1] Sim [2] Não [3] Não sei
	24. Qual é o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico para câncer de boca? [1] Alto [2] Baixo [3] Não sei
	25. Quantos casos de câncer de boca já foram diagnosticados por você durante o seu exercício profissional? [1] Nenhum [2] 1 a 3 [3] 4 a 6 [4] 7 ou mais
	26. Qual foi a última vez que você assistiu a um curso de educação continuada sobre câncer de boca? [1] No ano passado [2] Durante os últimos 2 a 5 anos [3] Mais de 5 anos [4] Nunca [5] Não lembro
	27. Você sente necessidade em assistir a um curso de educação continuada sobre câncer de boca no futuro? [1] Sim [2] Não [3] Não tenho certeza
	27.1. Em caso de sim na alternativa anterior, responda: Você gostaria de fazer um curso de educação continuada sobre câncer de boca? [1] Em forma de curso a distância [2] Curso presencial [3] Curso presencial e a distância.
	28. Na sua opinião, qual a importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de boca? [1] Alta [2] Média [3] Regular [4] Baixa [5] Não sei

Apêndice C – Gabarito**GABARITO – DIB, 2004**

14-2

15-1

16-2

17-3

18-2

19-3

20-1

21.A-2

21.B-1

21.C-1

21.D-1

21.E-1

21.F-2

21.G-2

21.H-2

21.I-2

21.J-2

21.L-2

21.M-2

21.N-2

21.O-1

21.P-2

21.Q-2

Apêndice D – Ofício Presidente do Conselho Regional de Odontologia Santa Catarina e resposta do mesmo


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL: DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA
Florianópolis, 14 de março de 2008.

Ilmo: Dr. Sidnei José Garcia
Presidente do Conselho Regional de Odontologia do Estado de Santa Catarina

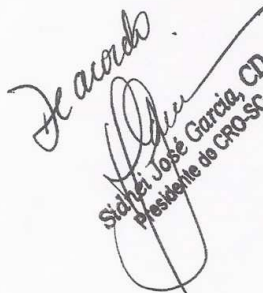
Vimos por meio deste, solicitar o cadastro com os nomes e endereços dos cirurgiões dentista inscritos neste Conselho de classe, para a realização da pesquisa de Tese de Doutorado da pós-graduanda Ana Claudia Baladelli Silva Cimardi sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Fernandes Soares.

Pesquisa esta intitulada de "AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA SOBRE CÂNCER DE BOCA". Gostaríamos de salientar que o presente Estado está ocupando na Federação o quarto lugar em incidência desta patologia (SES, 2007), sendo de fundamental importância o conhecimento destes profissionais para atuação na Prevenção, Tratamento e Reabilitação dos pacientes acometidos por este agravo a saúde. O objetivo desta pesquisa será na seqüência da avaliação disponibilizar uma capacitação para estes profissionais. Ciente de sua atenção, aguardamos parecer, para ser anexado ao projeto que será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.

Atenciosamente,


Prof.(a)Dr.(a) Ana Paula Fernandes Soares - Orientadora


Ana Claudia Baladelli Silva Cimardi – Orientada


Sidnei José Garcia, CD
Presidente do CRO-SC



Conselho Regional de Odontologia de Santa Catarina

Ofício nº 424/08 – PRE

Florianópolis, 17 de março de 2008.

Assunto: **Cadastro de Profissionais do CRO-SC**

Prezadas Senhoras,

1. Cumprimentando-as respeitosamente, e em atenção a sua solicitação, informamos que o cadastro de profissionais registrados neste Conselho será fornecido para uso exclusivo na viabilização da pesquisa de doutoramento da aluna de pós-graduação, Ana Cláudia Baladelli Silva Cimardi, intitulada “AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA SOBRE CÂNCER DE BOCA”.
2. Na certeza de contribuir para a pesquisa, manifestamos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

SIDNEI JOSÉ GARCIA, CD.
Presidente

Senhoras

Dra. ANA PAULA FERNANDES SOARES

Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC

Dra. ANA CLÁUDIA BALADELLI SILVA CIMARDI

Aluna do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC

NOVA SEDE: Rua Duarte Schutel, 351 - Centro - Florianópolis/SC - CEP: 88015-640 - Tel.:(48) 3222-4185 - Fax: (48) 3222-2111 - site: www.crosc.org.br - e-mail: crosc@crosc.org.br

Delegacia de Chapecó
Av. Getúlio Vargas, 870-N
Sala 81 – Ed. Central Park – Centro
CEP: 89801-000
Fone: (49) 3323-0301
e-mail: drchapeco@crosc.org.br

Delegacia de Criciúma
Rua Cel. Pedro Benedet, 190
Sala 107 – Centro
CEP: 88801-250
Fone: (48) 3433-6893
e-mail: drcricuma@crosc.org.br

Delegacia de Joinville
Av. Juscelino Kubitschek, 410
Salas 101/106 – Centro
CEP: 89201-100
Fone: (47) 3422-0622
e-mail: drjoinville@crosc.org.br

Delegacia de Lages
Rua João de Castro, 68
Sala 605 – Centro
CEP: 88501-160
Fone: (49) 3224-3200
e-mail: drlages@crosc.org.br

Apêndice E – Ofícios do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA****Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**Campus Prof. João David Ferreira Lima – CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

Ofício nº 017/CEPSH/PRPE/09

Florianópolis, 11 de março de 2009.

Do: Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Para: Prof.(a)Dr.(a) Ana Paula Soares Fernandes - Orientadora


Prezada pesquisadora,

Através deste, em resposta ao documento datado de 04 de junho de 2008, informamos que o projeto protocolado sob nº **357/06** por este Comitê, intitulado “**AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA SOBRE CÂNCER DE BOCA**”, foi aprovado na reunião de **30 de junho de 2008**, diante das seguintes alterações:

A primeira alteração é a retirada da pesquisadora Daniela Garbin por ter assumido outros compromissos. Uma alteração bastante solicitada pela banca seria a supressão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo o mesmo substituído por uma carta de apresentação da pesquisa, já que a mesma será devolvida explicitando um aceite do mesmo e tratando-se de um questionário, o mesmo tem a livre opção em preenche-lo e remetê-lo as pesquisadoras. Desta forma o participante da pesquisa mantém-se anônimo garantindo o sigilo dos dados.

Outra alteração importante é a parceria para viabilização da pesquisa com a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina através da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, conforme a carta em anexo. As demais alterações seguem em anexo a documentação.

Atenciosamente,


Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PRPe/UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Fone: (048) 37211-9206 - Fax: (048) 3721-9599

Ofício nº 49/CEP/PRPe

Florianópolis, 06 de maio de 2008.


Do: Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Para: Prof.(a) Dr.(a) Ana Paula Soares Fernandes e Ana Claudia Baladelli Silva
Pós - graduação em Odontologia

Prezadas,

Através deste, informamos que a emenda, pertencente ao projeto 357/06 intitulado por: "Avaliação do nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas do estado de Santa Catarina sobre câncer de boca" foram alterados: título, objetivos sujeitos da pesquisa, coleta de dados, cronograma, orçamento, instrumento de coleta e TCLE, o projeto original fez parte de uma dissertação de mestrado e o atual de uma tese de doutorado, passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP, e o mesmo tomou ciência e aprovou. Sendo o que temos para o momento, agradecemos.

Atenciosamente,


Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PRPe/UFSC



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº357/06**

I – IDENTIFICAÇÃO:

- **Título do Projeto:** Avaliação do Nível de Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas da Rede Pública de Florianópolis/SC sobre Câncer de Boca
- **Pesquisador Responsável:** Professora Ana Paula Soares Fernandes, UFSC.
- **Pesquisador Principal:** Daniela Garbin, Mestrando em Odontologia
- **Data Coleta dados:** março/2007 a maio/2007.
- **Local onde a pesquisa será conduzida:** Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis/SC.

II - OBJETIVOS:

Geral:

- Avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública do município de Florianópolis/Sc sobre câncer de boca;

Específicos:

- Avaliar o grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública de Florianópolis/Sc em relação à características clínicas, fatores de risco e alternativas de tratamento para o câncer de boca;
- Conhecer a prática clínica destes profissionais relacionadas ao câncer de boca;
- Conhecer seu interesse e auto-percepção de conhecimento sobre o tema;
- Sugerir estratégias da capacitação para o diagnóstico em câncer de boca com base na integralidade da atenção em odontologia, a partir dos resultados obtidos.

III – SUMÁRIO DO PROJETO:

Trata-se, segundo os autores, de um estudo transversal, através da aplicação de um questionário (adaptado de Dibb, 2004 e anexo ao projeto). A coleta dos dados será no local de trabalho de cada cirurgião-dentista, após a coleta será realizado o tratamento estatístico dos dados obtidos.

IV – COMENTÁRIO:

O processo contém todos os documentos necessários para sua apreciação. O TCLE está de acordo com a Resolução 196/96, item IV. O projeto tem relevância científica e poderá contribuir para o desenvolvimento do atendimento ambulatorial em odontologia. Os currículos profissionais das pesquisadoras atestam sua capacidade para a realização da pesquisa. O projeto não demonstra de maneira adequada, a metodologia estatística para análise dos dados. Além de não considerar a possível negativa dos cirurgiões-dentistas de Florianópolis em participar da pesquisa. Mesmo assim, somos pela aprovação do presente projeto, pois os preceitos éticos estão garantidos.

**V – PARECER FINAL
APROVADO**

Vera Lúcia Bosco
Coordenadora do CEP

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PRPe/UFSC

Data da Reunião: 18 de dezembro de 2007.

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

Apêndice F – Forma da participação da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina e do Conselho Regional de Odontologia – Secção Santa Catarina.

O projeto de pesquisa contou com o apoio financeiro da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina – Divisão de Vigilância Epidemiológica, na forma de reprodução gráfica dos instrumentos de pesquisa, no fornecimento de envelopes timbrados da Secretaria Estadual de Saúde, selos dos Correios e resmas de papel.

O Conselho Regional de Odontologia – Secção Santa Catarina (CROSC) participou desta pesquisa fornecendo o banco de dados contendo os endereços de todos os cirurgiões-dentistas inscritos neste conselho ativos até a data de março de 2008, além das etiquetas com os endereços dos profissionais e o endereço de resposta do pesquisador, ainda viabilizou o envio de 5 mil e-mails cadastrados no sistema com a pesquisa. Este órgão publicou informação em seu Jornal Oficial estimulando os profissionais do estado para participação da pesquisa e uma carta de apresentação dos pesquisadores para agendamento de uma audiência com o Secretário Estadual de Saúde de Santa Catarina com o objetivo de obter a parceria para realização da mesma.



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**



Ofício nº 007/08

Florianópolis, 04 de junho de 2008.

Ao
Departamento de Pós-Graduação da Odontologia
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Catarina

Prezados Senhores,

Cumprimentando-os cordialmente, aproveito para informá-los que a Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde propiciará todo o apoio possível para o desenvolvimento da pesquisa de doutorado intitulada: **"Avaliação do nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas do estado de Santa Catarina sobre Câncer de boca"**, da doutoranda Ana Cláudia Baladelli Silva Cimardi.

Neste sentido, esta Diretoria estará fornecendo os seguintes itens, dentre aqueles necessários:

- Folhas A4
- Envelopes
- Fotocópias
- Correio - postagem

Ao tempo em que renovo protestos de consideração, coloco esta Diretoria à disposição para os esclarecimentos devidos.

Atenciosamente,

Luis Antonio Silva
Diretor de Vigilância Epidemiológica/SES/SC

Anexo I - Distribuição dos municípios catarinenses

MESORREGIÕES:

1. Grande Florianópolis:

Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas.

2. Norte Catarinense:

Bela Vista do Toldo, Canoinhas, Irineópolis, Itaiópolis, Mafra, Major Vieira, Monte Castelo, Papanduva, Porto União, Três Barras, Araquari, Balneário Barra do Sul, Campo Alegre, Garuva, Itapoá, Joinville, Rio Negrinho, São Bento do Sul, São Francisco do Sul, Barra Velha, Corupá, Guaramirim, Jaraguá do Sul, Massaranduba, São João do Itaperiú e Schroeder.

3. Oeste Catarinense:

Abelardo Luz, Bom Jesus, Entre Rios, Faxinal dos Guedes, Ipuacu, Lajeado Grande, Marema, Ouro Verde, Passos Maia, Ponte Serrada, São Domingos, Vargeão, Xanxerê, Xaxim, Arroio Trinta, Caçador, Calmon, Curitibanos, Fraiburgo, Frei Rogério, Ibiam, Iomerê, Lebon Régis, Macieira, Matos Costa, Pinheiro Preto, Ponte Alta do Norte, Rio das Antas, Salto Veloso, Santa Cecília, São Cristovão do Sul, Timbó Grande, Videira, Alto Bela Vista, Arabutã, Arvoredo, Concórdia, Ipira, Ipumirim, Irani, Itá, Jaborá, Lindóia do Sul, Paial, Peritiba, Piratuba, Presidente Castello Branco, Seara, Xavantina, Anchieta, Bandeirante, Barra Bonita, Belmonte, Descanso, Dionísio Cerqueira, Guaraciaba, Guarujá do Sul, Iporã do Oeste, Itapiranga, Mondaí, Palma Sola, Paraíso, Princesa, Santa Helena, São João do Oeste, São José do Cedro, São Miguel do Oeste, Tunápolis, Bom Jesus do Oeste, Caibi, Cunha Porã, Cunhataí, Flor do Sertão, Iraceminha, Maravilha, Modelo, Palmitos, Riqueza, Romelândia, Saltinho, Santa Terezinha do Progresso, São Miguel da Boa Vista, Saudades, Tigrinhos, Água Doce, Capinzal, Catanduvas, Erval Velho, Herval d'Oeste, Ibicaré, Joaçaba, Lacerdópolis, Luzerna, Ouro, Tangará, Treze Tílias, Vargem Bonita, Campo Erê, Coronel Martins, Galvão, Jupiá, Novo Horizonte, São Bernardino, São Lourenço do Oeste, Águas de Chapecó, Águas Frias, Caxambu do Sul, Chapecó, Cordilheira Alta, Coronel Freitas, Formosa do Sul, Guatambú, Irati, Jardinópolis, Nova Erechim, Nova

Itaberaba, Pinhalzinho, Planalto Alegre, Quilombo, Santiago do Sul, São Carlos, Serra Alta, Sul Brasil e União do Oeste.

4. Região Serrana:

Abdon Batista, Brunópolis, Campos Novos, Celso Ramos, Monte Carlo, Vargem, Zortéa, Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Paniel, Palmeira, Ponte Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São José do Cerrito, Urubici e Urupema.

5. Sul Catarinense:

Araranguá, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbé do Sul, Turvo, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso, Urussanga, Armazém, Braço do Norte, Capivari de Baixo, Grão Pará, Gravatal, Imaruí, Imbituba, Jaguaruna, Laguna, Pedras Grandes, Rio Fortuna, Sangão, Santa Rosa de Lima, São Ludgero, São Martinho, Treze de Maio e Tubarão.

6. Vale do Itajaí:

Agrolândia, Agronômica, Atalanta, Aurora, Braço do Trombudo, Chapadão do Lageado, Dona Emma, Ibirama, Imbuia, Ituporanga, José Boiteux, Laurentino, Lontras, Mirim Doce, Petrolândia, Pouso Redondo, Presidente Getúlio, Presidente Nereu, Rio do Campo, Rio do Oeste, Rio do Sul, Salete, Santa Terezinha, Taió, Trombudo Central, Vidal Ramos, Vitor Meireles, Witmarsum, Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Bombinhas, Camboriú, Ilhota, Itajaí, Itapema, Luis Alves, Navegantes, Penha, Porto Belo, Apiúna, Ascurra, Benedito Novo, Blumenau, Botuverá, Brusque, Doutor Pedrinho, Gaspar, Guabiruba, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio e Timbó.