

Trabalho de Conclusão de Curso

Câncer Bucal: Nível de Conhecimento e prática de atitudes preventivas por estudantes do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC

Larissa Gesser



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA BUCAL**

Larissa Gesser

**Câncer Bucal: Nível de conhecimento e prática de atitudes
preventivas por estudantes do Curso de Graduação em Odontologia
da UFSC**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Odontologia
Orientadora: Prof. Maria Inês Meurer
Coorientadora: Caroline Zimmermann

Florianópolis

2017

Larissa Gesser

**CÂNCER BUCAL: NÍVEL DE CONHECIMENTO E PRÁTICA
DE ATITUDES PREVENTIVAS POR ESTUDANTES DO CURSO
DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UFSC**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de maio de 2017.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Maria Inês Meurer

Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Daniela Lemos Carcereri

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Liliane Janete Grando

Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho ao meu avô
Odílio João Phelippe exemplo de
superação e perseverança. Sua
sabedoria me acompanhará para
sempre.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a **Deus**, pela fé, dons e pelas graças proporcionadas na minha vida.

Aos meus pais, **Felício** e **Elena**, por todo o amor e carinho depositados à minha criação em todos esses anos, se há algo que faz diferença na formação da personalidade e na vida de uma pessoa é o amor que ela recebe. Vocês são os responsáveis pela minha dedicação aos estudos e os maiores incentivadores do meu progresso.

Ao meu namorado, **Cristhian**, que sempre esteve ao meu lado e com tanto zelo compreendeu a importância desta conquista. Seu amor me inspira a evoluir, obrigada por acreditar e fazer parte dos meus sonhos.

A todos os meus familiares, que sempre manteve laços fortes, e em especial meus avós **Oswaldino**, **Jeni**, **Odílio** e **Maria**, que me transmitiram uma infinidade de conhecimentos sobre a vida, sou grata por conhecer um amor tão doce e profundo. A minha **Tia Inês**, minha fada dos dentes, exemplo de amor incondicional e determinação.

À **Maninha (Prof.^a Maria Inês Meurer)** pela orientação, pela partilha de conhecimento, disponibilidade e incentivo, que foram essenciais para a realização deste trabalho. Saliento o apoio prestado, a compreensão e o cuidado quando passei por momentos mais difíceis, sem sombra de dúvidas, seu carinho e atenção me motivaram a dar o melhor de mim para realização desta pesquisa. Sinto-me honrada por ter aprendido tanto com alguém que além de ter um profundo conhecimento científico, possui uma simplicidade e alegria contagiante e inspiradora.

À **Caroline Zimmermann**, minha coorientadora, por toda a ajuda prestada, pela dedicação e carinho presentes em todos os ensinamentos dados. Por estar sempre disposta a dar o seu melhor todas as vezes que precisei de ajuda. Agradeço pela oportunidade de conviver com uma pessoa tão bondosa, simpática e alto astral como você.

À **Prof.^a Liliane Grandó**, seu exemplo de conduta, seriedade e amor à profissão a tornam uma pessoa especial, fonte de inspiração e incentivo. Obrigada por se dedicar ao seu trabalho com tanto entusiasmo e verdade. É uma honra tê-la em minha banca.

À **Prof.^a Daniela L. Carcereri**, com quem pude conviver mais de perto ao longo de três semestres. Os seus ensinamentos foram muito além dos conteúdos do currículo. Você despertou a minha admiração de um modo único, tenha certeza que tudo que aprendi, levarei por toda minha vida.

À **Jussara** e a **Emanuelly** que aceitaram compor a minha banca examinadora. Suas contribuições serão de grande serventia.

Ao **Prof. Dr. Nelson Makowiecky**, pela alegria de viver, seus abraços funcionam como injeções de ânimo e força de vontade para enfrentar o dia a dia. Palavras de gratidão serão escassas para alguém como você, que dá tanto de si e de forma tão constante em prol da evolução dos seus alunos.

Aos meus instrutores do Método DeRose, **Fábio, Isabella, Helen, Helton** e **Lilian**, por me auxiliarem no meu aperfeiçoamento, apresentando-me as ferramentas necessárias à evolução. Estar com vocês é sempre uma alegria.

Aos **professores de Odontologia da UFSC**, por todos os ensinamentos transmitidos, pelo esforço e dedicação em benefício dos alunos. De muitos, ouvi conselhos que levarei para a vida.

À **Universidade Federal de Santa Catarina**, pela oportunidade de realizar a graduação e por todo meu crescimento pessoal e profissional.

As minhas amigas, **Ilen, Pâmella** e **Aline** por acrescentarem tantas alegrias aos meus dias, tornando-os mais divertidos e leves. São muitos momentos colecionados, alegrias compartilhadas e tristezas divididas. Desejo a vocês um futuro brilhante, recheado de coisas boas. É confortante saber que, apesar das circunstâncias, do afastamento natural, o sentimento de carinho e amizade estará lá no coração de cada uma de nós. Se algum dia precisar de apoio, sei onde procurar.

A minha dupla, **Jéssica** pelas conversas, apoio e parceria ao longo das clínicas. Compartilhamos muito momentos e amadurecemos juntas. Que seu riso fácil e alegria perdurem a vida toda e que conquistes todos seus objetivos com muito entusiasmo.

A todos que estiveram comigo durante esses cinco anos e que contribuíram de alguma forma para a minha evolução e realização deste trabalho.

Muito Obrigada!

Nada posso lhe dar que já não exista em você mesmo. Não posso abrir-lhe outro mundo de imagens, além daquele que há em sua própria alma. Nada posso lhe dar a não ser a oportunidade, o impulso, a chave. Eu o ajudarei a tornar visível seu próprio mundo e isso é tudo.

(Herman Hesse)

RESUMO

O câncer bucal é uma doença multifatorial com alta incidência no mundo, considerado problema de saúde pública, sendo a prevenção e o diagnóstico precoce as melhores formas de reverter essa situação. O objetivo deste estudo foi avaliar o nível de conhecimento e prática de atitudes preventivas pelos alunos do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Um questionário previamente testado contendo trinta e cinco questões exclusivamente fechadas foi aplicado a 230 acadêmicos, divididos em três grupos de acordo com o semestre letivo – G1 (primeira e segunda fases), G2 (quarta e quinta fases) e G3 (nona e décima fases). A análise descritiva foi realizada em todas as questões e para estatística analítica, os dados foram analisados no *software* IBM® SPSS versão 21, assumindo 95% de significância. A análise dos resultados permitiu constatar que de forma geral os alunos recebem informações sobre o assunto durante o curso de graduação, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos G2 e G3. Apesar disso, lacunas no conhecimento foram encontradas no que se referem à manifestação inicial da doença, fatores de risco, referenciamento de pacientes com diagnóstico confirmado de câncer bucal e segurança para realização do procedimento diagnóstico. Recomenda-se à Instituição o direcionamento de esforços de modo a formar profissionais cada vez mais conscientes e aptos a transformar a realidade vigente do câncer bucal.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais; Detecção Precoce de Câncer; Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde; Educação Superior.

ABSTRACT

Oral cancer is a multifactorial disease with high incidence in the world, considered a public health problem, and prevention and early diagnosis are the best ways to reverse this situation. The objective of this study was to evaluate the level of knowledge and practice of preventive attitudes by students of the Undergraduate Course in Dentistry of the Federal University of Santa Catarina. A previously tested questionnaire containing thirty-five exclusively closed questions was applied to 230 students, divided into three groups according to the academic semester - G1 (first and second phases), G2 (fourth and fifth phases) and G3 (ninth and tenth phases). The descriptive analysis was performed on all questions and for analytical statistics, the data were analyzed in IBM® SPSS software version 21, assuming 95% significance. The analysis of the results showed that in general students receive information about the subject during the undergraduate course, and there was no statistically significant difference between the G2 and G3 groups. Nevertheless, gaps in knowledge were found regarding the initial manifestation of the disease, risk factors, referencing of patients with confirmed diagnosis of oral cancer and safety for performing the diagnostic procedure. The Institution is recommended to focus efforts in order to train professionals who are increasingly aware and able to transform the current reality of oral cancer.

Keywords: Mouth Neoplasms; Early Detection of Cancer; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Education, Higher.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Comparação entre os grupos segundo o conhecimento sobre as características clínicas do câncer bucal.....	71
Figura 2 – Comparação entre os três grupos segundo o conhecimento sobre os fatores de risco para câncer bucal.....	73
Figura 3 – Distribuição das respostas entre os três grupos referentes à autoavaliação de conhecimento sobre o câncer bucal.....	74
Figura 4 – Distribuição das respostas dos grupos G2 e G3 quanto à referência de pacientes com laudo histopatológico conclusivo para câncer bucal.....	76
Figura 5 – Frequência dos conceitos obtidos pelos participantes da pesquisa nos diferentes grupos.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das respostas dos participantes, de acordo com os grupos, segundo fatores demográficos.....	69
Tabela 2 – Relação de frequência dos conceitos obtidos pelos participantes nos grupos G2 e G3, na autoavaliação de conhecimento e na opinião sobre treinamento suficiente.....	78
Tabela 3 – Distribuição do número e porcentagem de respostas dos participantes, de acordo com os grupos, segundo as características clínicas de ocorrência do câncer bucal.....	103
Tabela 4 – Distribuição do número e porcentagem de respostas dos participantes, de acordo com os grupos, segundo os fatores de risco de câncer bucal.....	106
Tabela 5 – Distribuição do número e porcentagem de respostas dos participantes, de acordo com os grupos, segundo fatores relacionados à prática de atitudes preventivas.....	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Cacon – Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEC – Carcinoma Espinocelular
CID – Classificação Internacional de Doenças
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DNA – Ácido Desoxirribonucleico
FO-PUCRS - Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
G1 – Grupo 1 (primeira e segunda fases)
G2 – Grupo 2 (quarta e quinta fases)
G3 – Grupo 3 (nona e décima fases)
HPV – Papiloma Vírus Humano
Nº - Número
OMS – Organização Mundial da Saúde
p53 – Gene Supressor Tumoral
PAH - Hidrocarbonetos Aromáticos Policíclicos
PP – Projetos Pedagógicos
pRb – Proteína do Retinoblastoma
RHC – Registros Hospitalares de Câncer
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TUMS – Universidade de Ciências Médicas de Teerã
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
Unacon – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNIP – Universidade Paulista

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	27
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	29
3. OBJETIVOS.....	63
3.1 Objetivo Geral.....	63
3.2 Objetivos Específicos.....	63
4. METODOLOGIA.....	65
5. RESULTADOS.....	69
6. CONCLUSÃO.....	79
7. REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICES.....	95
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	97
APÊNDICE B – Questionário de Avaliação do conhecimento e prática de atitudes preventivas por estudantes do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC – Adaptado de Dib (2004).....	99
APÊNDICE C – Gabarito.....	102
APÊNDICE D – Tabela 3.....	103
APÊNDICE E – Tabela 4.....	106
APÊNDICE F – Tabela 5.....	108
ANEXOS.....	110

1 INTRODUÇÃO

O câncer bucal é um problema de saúde pública com estimativa de 11.140 novos casos no Brasil para o ano de 2016 (BRASIL, 2015). Em 2013 foram registrados mais de 5 mil óbitos pela doença, sendo as taxas brutas de mortalidade 4,25 e 1,06 por 100 mil homens e 100 mil mulheres, respectivamente (BRASIL, 2016a).

O câncer bucal está relacionado principalmente ao tabagismo e etilismo. Acomete principalmente indivíduos do sexo masculino e acima de 50 anos. Mais de 90% dos casos constituem-se do carcinoma espinocelular (DEDIVITIS et al., 2004).

A magnitude do problema do câncer de boca no Brasil é avaliável pelos dados de morbidade e mortalidade, mas acima de tudo por meio de índices que demonstram inadequações das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento (DIB, 2004).

Apesar dos avanços no diagnóstico e no tratamento do câncer, a mortalidade em decorrência desta doença ainda é preocupante. Além disso, muitas vezes, a doença traça um curso longo e seu tratamento pode interferir de forma dramática na qualidade de vida de seus portadores. Assim, cada vez mais, os profissionais de saúde se vêem envolvidos com esta doença assumindo importante papel na rede de relações interpessoais que ela desencadeia (SILVA, 2009).

A Odontologia deve desempenhar um significativo papel na área da Oncologia, pois tem a oportunidade de realizar o diagnóstico precoce do câncer bucal, por meio da detecção de lesões assintomáticas nos exames odontológicos de rotina. O cirurgião dentista deve também atuar como elemento de difusão de informações sobre o assunto, facilitando o acesso dos pacientes às medidas preventivas ou de diagnóstico precoce (DIB, 2004).

Assim, é muito importante que durante a sua formação no Curso de Odontologia, os alunos sejam conscientizados e preparados para diagnosticar precocemente lesões malignas ou com potencial de malignização na cavidade oral. Além disso, a prática de atitudes preventivas para com os pacientes também é desejável.

Nessa perspectiva, o propósito desse estudo foi avaliar o nível de conhecimento e a prática de atitudes preventivas por estudantes do curso de graduação em odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a partir dos resultados obtidos refletir sobre ações e melhorias que possam ser aplicadas com o intuito de preparar os alunos cada vez melhor para o exercício da profissão.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Câncer de boca

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define câncer como sendo um termo genérico utilizado para designar um grande grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. O câncer é causado por um crescimento rápido e anormal de células que se multiplicam e se espalham pelo organismo. O processo de disseminação é referido como metástase, sendo a principal causa de morte por câncer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

As causas do câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos e costumes próprios de um ambiente social e cultural. Já as internas são, quase sempre, geneticamente pré-determinadas, estando ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (BRASIL, 2016b).

A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta para a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma, ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer (BRASIL, 2015).

Compreende-se como câncer de boca o grupo de tumores agrupados pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como: Neoplasia maligna da gengiva, Neoplasia maligna do assoalho da boca, Neoplasia maligna do palato, Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca (BULGARELI et al., 2013)

A cavidade oral é o espaço limitado pelos lábios anteriormente, mucosa jugal lateralmente, palato duro e mole superiormente, língua e arcada dentária inferiormente e posteriormente pelo istmo da garganta. Inclui como sítios topográficos os lábios, a mucosa jugal, rebordos gengivais e arcadas dentárias, língua oral, assoalho da boca, palato duro e trígono retromolar. O conhecimento das regiões anatômicas da cavidade oral é necessário para que se proceda adequadamente o seu exame e a busca de alterações (BRASIL, 2002a).

A nomenclatura dos tumores e seu comportamento biológico são baseados primariamente em seu componente parenquimatoso. Câncer com origem em tecido mesenquimal geralmente é denominado sarcoma. Já os neoplasmas malignos de origem nas células epiteliais, derivados de qualquer uma das três camadas germinativas, são

denominados carcinomas (KUMAR, V; ABBAS, A. K; FAUSTO, 2004).

O tipo mais comum de câncer bucal é o carcinoma de células escamosas (CEC) (BRASIL, 2015). O CEC compreende mais de 90% das neoplasias malignas de orofaringe, com 25% a 40% dos casos ocorrendo na língua (GORSKY et al., 2004). O carcinoma de células escamosas, também denominado carcinoma epidermóide, carcinoma escamocelular e carcinoma espinocelular, é uma neoplasia maligna que se origina no epitélio de revestimento (BRENER et al., 2007).

Clinicamente, o padrão clássico da lesão de CEC bucal é de uma úlcera crateriforme ou endofítica com uma área central ulcerada, irregular, com áreas de necrose tecidual, consistência endurecida (conhecida como “cartonada”) à palpação, circundada por bordos mais elevados e de coloração avermelhada ou branca. Os bordos elevados resultam da invasão do tumor para o interior do tecido e para as laterais abaixo do epitélio adjacente (NEVILLE et al., 2009).

A disseminação metastática do CEC bucal ocorre principalmente através dos vasos linfáticos para os linfonodos cervicais ipsilaterais. Um linfonodo cervical que contenha depósito metastático, geralmente apresenta consistência de firme a pétrea, é indolor e mostra-se aumentado. Quando as células malignas perfuram a cápsula do linfonodo e invadem os tecidos adjacentes, o linfonodo estará “fixo”, sem ou com pouca mobilidade à palpação (NEVILLE et al., 2009).

Aspectos epidemiológicos do câncer bucal

O câncer bucal é um problema grave e crescente em muitas partes do mundo. A incidência anual estimada é de 275 mil casos de câncer bucal, sendo que dois terços dos casos ocorrem em países em desenvolvimento (WARNAKULASURIYA, 2009a). É considerada uma doença complexa, genética e multifatorial; potencialmente fatal, continua a ter uma incidência global elevada, sendo considerada, assim, um problema de saúde pública (SILVA; FIGUEIRÊDO; CARVALHO, 2005).

As taxas de incidência e mortalidade para o CEC bucal variam de um país para outro e mesmo dentro de cada país. Essas variações ocorrem, principalmente pelas diferenças de hábitos, características socioeconômicas, expectativa de vida, fatores ambientais, raça, educação preventiva e qualidade de assistência médica (BRENER et al., 2007).

O câncer bucal tende a acometer o sexo masculino de forma mais frequente e 70% dos casos são diagnosticados em indivíduos com idade superior a 50 anos. Localiza-se, preferencialmente, na língua e assoalho da boca (INCA, 1997).

Durantes os anos de 1997 a 2000, Dedivits et al (2004) estudaram 43 casos de CEC bucal e 25 de orofaringe de dois hospitais de Santos, em São Paulo (SP), com o intuito de analisar os aspectos clínico-epidemiológicos dos pacientes e a evolução da doença. Os resultados mostraram que, dos pacientes com CEC em boca, a relação de incidência masculino-feminino foi de 3,35:1, a idade variou de 46 a 91 anos (mediana de 62), 90,7% eram caucasianos, 76,8% eram tabagistas, 74% etilistas. O sítio mais acometido foi à língua (51,1%) e 53% apresentaram-se nos estádios III e IV (DEDIVITIS et al., 2004).

Mundialmente os cânceres da cabeça e pescoço correspondem a 10% dos tumores malignos e aproximadamente 40% dos cânceres dessa localização ocorrem na cavidade oral. O câncer de boca apresenta uma distribuição geográfica variável nas diferentes regiões do mundo. Em alguns países da Ásia apresenta-se como o câncer mais comum, associado, sobretudo a hábitos locais como mascar bétete (planta originária da Índia) ou tabaco (BRASIL, 2002a).

No ano de 2013 foram registradas no Brasil 5.401 mortes em decorrência do câncer de boca, sendo 4.223 homens e 1.178 mulheres. Estimam-se, para o Brasil, no ano de 2016, a ocorrência de 11.140 novos casos de câncer da cavidade oral em homens e 4.350 em mulheres (BRASIL, 2015).

Em estudo realizado no Brasil entre os anos de 1979 e 2002, foi visto que a mortalidade por câncer oral e de faringe é maior nas regiões sul e sudeste, e durante o período estudado mostrou-se ascendente nas regiões Sul e Nordeste. As diferenças entre as regiões podem estar relacionadas ao sistema de registro de óbitos, exposição a fatores de risco e acesso aos serviços de saúde (BOING; PERES; ANTUNES, 2006).

Em relação ao câncer bucal, há indícios de que um baixo nível socioeconômico acompanha maiores índices de mortalidade pela neoplasia (ANTUNES et al., 2001)

Fatores de risco para o câncer bucal

O conhecimento acerca dos fatores de risco do câncer bucal é muito importante, estes devem ser procurados em toda a população,

principalmente nos indivíduos que apresentem exposição a um ou mais fatores (BRASIL, 2002a).

Ao falar de fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do câncer bucal, é necessário fazer uma diferenciação entre fatores de risco determinantes, capazes de causar lesão no DNA (ácido desoxirribonucleico), como o tabaco; fatores modificadores, capazes de alterar o meio bucal e propiciar a proliferação celular, como o álcool; e fatores causais que não atuam na carcinogênese bucal (como a higiene bucal deficiente), mas que se associam circunstancialmente (LEITE; GUERRA; MELO, 2005).

Os fatores de risco mais importantes para o câncer bucal são o uso de tabaco e álcool, os quais apresentam intensa sinergia entre si (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). Além do efeito sinérgico, sua relação com o câncer da boca é dose dependente, sendo maior o risco quanto maior for o número de doses de bebidas e cigarros consumidos (INCA, 1997).

O fumo é um dos mais potentes agentes cancerígenos conhecidos que o ser humano introduz voluntariamente no organismo. No tabaco e na fumaça que dele se desprende, podem ser identificadas cerca de 4.700 substâncias tóxicas. Dentre estas, 60 apresentam ação carcinogênica conhecida. Além da ação das substâncias cancerígenas, a exposição contínua ao calor desprendido pela combustão do fumo potencializa as agressões sobre a mucosa da cavidade bucal. Dependendo do tipo e da quantidade do tabaco usado, os tabagistas apresentam uma probabilidade 4 a 15 vezes maior de desenvolver câncer da boca do que os não tabagistas (BRASIL, 2002a).

O risco relativo (risco do tabagista para o câncer de boca comparado ao de um não tabagista) é de pelo menos cinco para pessoas que fumam quarenta cigarros por dia, porém aumenta para dezessete para pessoas que fumam oitenta ou mais cigarros por dia. Além disso, o risco aumenta de acordo com o tempo de duração do vício (NEVILLE et al., 2009).

Já o consumo de bebidas alcoólicas, aumenta cerca de 9 vezes o risco de câncer da boca, e quando associado ao tabagismo esse risco torna-se 35 vezes maior (BRASIL, 2002a). É incerto se o álcool isoladamente pode iniciar a carcinogênese, embora esteja bem estabelecido que o álcool em combinação com o tabaco é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de câncer bucal (NEVILLE et al., 2009). Determinadas concentrações de álcool causam aumento da permeabilidade da mucosa bucal, potencializando a penetração de carcinógenos. Além disso, outras alterações como redução da

capacidade de reparo do 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). Pesquisas que têm tentado estimar a diferença do consumo de vinho, cerveja e destilados pesados geralmente indicam que o consumo elevado de todos os tipos de bebidas alcoólicas confere risco ao desenvolvimento do câncer bucal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Com base na análise de 1114 fumantes ou alcoólatras e 1268 casos controle, Blot et al (1988) avaliaram a relação entre o consumo de fumo e álcool e o aparecimento do câncer bucal, constatando o risco do consumo dessas substâncias na carcinogênese. Como já dito, a associação das duas substâncias apresenta risco maior do que a soma do risco de cada produto individualmente. Os autores também observaram a redução do risco de câncer após 10 anos do último cigarro. Naquela amostra, aproximadamente $\frac{3}{4}$ de todos os carcinomas bucais e faríngeos estavam relacionados ao consumo de fumo e álcool (BLOT et al., 1988).

Algumas pesquisas vêm também ressaltando o papel importante dos hábitos alimentares na etiologia do câncer. Deficiências nutricionais e dietas inadequadas funcionariam como fontes de radicais livres, que seriam responsáveis por alterações no DNA, tornando-o mais vulnerável ao desenvolvimento do câncer. Uma dieta rica em gorduras, álcool ou pobre em proteínas, vitaminas (A, E, C, B2) e alguns minerais, tais como cálcio e selênio, é considerada um importante fator de risco (BRASIL, 2002a). A deficiência de vitamina A produz uma ceratinização excessiva da pele e das membranas mucosas e pesquisas sugerem que a vitamina pode exercer um papel protetor no pré-câncer e no câncer oral (NEVILLE et al., 2009).

Há indícios de que se pode reduzir o risco de câncer, inclusive o câncer bucal, por meio da mudança da dieta, evitando a formação de substâncias cancerígenas, reduzindo a sua ativação metabólica e aumentando a desintoxicação. Uma dieta rica em legumes, frutas, antioxidantes, chás e fibras diminui o risco de câncer de boca, uma vez que estes nutrientes podem evitar a ativação de carcinógenos e aumentar a sua desintoxicação, especialmente os efeitos do uso de tabaco (TAGHAVI; YAZDI, 2007).

Warnakulasuriya, ao revisar trabalhos sobre o tema, afirmou haver evidências que indicam uma correlação positiva entre a baixa ingestão de legumes frescos e frutas e um risco aumentado de câncer bucal. ~~Estima-se~~ (Em trabalho anterior, o autor referiu) uma redução de 50% no risco de câncer oral entre as pessoas que consomem uma quantidade diária adequada de frutas e verduras frescas

(WARNAKULASURIYA, 2009b apud WARNAKULASURIYA, 2009c).

O hábito de consumir bebidas ou comidas quentes, na maioria das vezes, não é considerado fator isolado tão importante, apesar da agressão térmica que causa às células da mucosa. Também não está bem estabelecida uma relação de causa e efeito entre o uso de condimentos e neoplasia (BRASIL, 2002a). Como exemplo de bebida consumida quente, temos o mate, que consiste em uma infusão da erva *Ilex paraguariensis*, cultivada em toda a América do Sul. Na Argentina, no Uruguai, no Paraguai e no sul do Brasil a bebida é normalmente consumida em temperatura alta, por meio de um canudo de metal. Acredita-se que a alta temperatura da bebida possa agir como um cofator, gerando irritação crônica na mucosa oral exposta (WARNAKULASURIYA, 2009c).

De acordo com a revisão sistemática realizada por Dasanayake, Silverman e Warnakulasuriya, entre os possíveis mecanismos carcinogênicos do mate estão: lesão térmica dos tecidos e carcinogênese química. O mate contém substâncias carcinogênicas, tais como hidrocarbonetos aromáticos policíclicos (PAH), isso ocorre devido ao mate ser seco sobre um fogo de madeira, e neste processo ocorre à contaminação do mate com PAH por meio da fumaça da madeira. Porém, segundo os autores, os estudos que avaliaram a lesão térmica dos tecidos pelo mate quente como um potencial fator de risco para o câncer bucal, de fato, não conseguiram encontrar associação significativa, ou observaram associação reversa. (DASANAYAKE; SILVERMAN; WARNAKULASURIYA, 2010).

Quanto à irritação mecânica crônica, tem-se visto que a ação constante e prolongada sobre a mucosa bucal de próteses dentárias mal ajustadas, de próteses com câmaras de sucção e dentes quebrados ou raízes residuais constituem, ao longo de anos, causas de lesões hiperplásicas. Considera-se que esta irritação contínua possa ser um cofator do desenvolvimento do câncer da boca em indivíduos de alto risco, por favorecer a ação de outros carcinógenos, particularmente, o tabaco e o álcool (BRASIL, 2002a). Contudo, não há evidências de que a irritação mecânica crônica isolada seja capaz de provocar o câncer bucal, pois não está claro se os fatores de confusão como o consumo de tabaco e álcool, foram levados em consideração nos estudos realizados (WARNAKULASURIYA, 2009c).

Piemonte, Lazos e Brunotto (2010) realizaram estudo para avaliar a influência do trauma crônico de mucosa oral em 406 pacientes com lesões orais potencialmente malignas e câncer bucal. A amostra foi

representada por 72% pacientes controle, 16% pacientes com lesões orais potencialmente malignas e 11% pacientes com câncer bucal. Observou-se associação significativa entre o diagnóstico de câncer bucal e o trauma crônico de mucosa oral ($P=0,000$), após ajuste de fatores de confusão (tabagismo, álcool, predisposição genética). Os autores concluem que o trauma crônico é, juntamente com outros fatores, um fator de risco importante em pacientes com diagnóstico de câncer bucal, mas não para pacientes com lesões orais potencialmente malignas (PIEMONTE; LAZOS; BRUNOTTO, 2010).

Os micróbios orais, juntamente com o biofilme, também podem ser um fator de risco nos usuários crônicos de álcool, visto que, alguns micróbios facilitam o metabolismo do etanol em acetaldeído, considerado um potente agente carcinógeno na cavidade oral (WARNAKULASURIYA et al., 2008 apud WARNAKULASURIYA, 2009c).

O papiloma vírus humano (HPV) é universalmente aceito como agente causal do câncer de colo uterino e, recentemente, vem se especulando sobre sua possível relação com o câncer bucal (SOUTO; FALHARI; CRUZ, 2005). O HPV é um pequeno vírus de DNA, classificado como epiteliotrópico. Mais de cem genótipos de HPV já foram identificados. Alguns genótipos, como o HPV-6 e o HPV-11 estão tipicamente associados a lesões benignas, como verrugas e papilomas. Outros, como HPV-16 e HPV-18, estão fortemente associados a neoplasias, sendo denominados oncogênicos (SCULLY, 2005). Nos últimos anos, o HPV tem sido correlacionado com lesões da boca semelhantes às aquelas localizadas no trato genital, sendo também implicado na etiologia do carcinoma bucal (BRASIL, 2002a).

Recentes pesquisas sugerem que o HPV possa ser responsável por pequena parte dos casos de câncer bucal e até 40% de câncer orofaríngeo. Isso também leva a especulação de que a infecção por HPV, talvez decorrente de contato orogenital, possa ser importante em alguns casos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Os mecanismos básicos pelos quais se acredita que o HPV contribua para a carcinogênese oral envolvem principalmente duas proteínas codificadas pelo vírus, a E6, que promove a degradação do produto do gene supressor tumoral p53; e a E7, que promove a degradação do produto do gene supressor tumoral pRb, proteína do retinoblastoma (NEVILLE et al., 2009).

O papel do papilomavírus humano nos tumores invasivos e nas lesões pré-malignas ainda é controverso. Atualmente, a evidência

apresentada para provar a relação causal entre o HPV e o carcinoma oral é insuficiente (NEVILLE et al., 2009).

Dentre outros fatores associados à gênese do câncer bucal, a susceptibilidade genética é, sem dúvida, um dos mais importantes. A sensibilidade a diversos agentes mutagênicos aos quais a mucosa oral de expõe, reflexo da deficiência do hospedeiro em reparar o seu DNA danificado, é o mecanismo de indução promoção da carcinogênese mais frequente (BRASIL, 2002a).

Após realizar estudo na Itália e Suíça entre 1992 e 2005 com 956 pacientes com câncer orofaríngeo e 2362 indivíduos controle, visando investigar a história familiar como fator de risco para câncer oral e faríngeo, Garavello e colaboradores (2008) concluíram ser, a história familiar de câncer um fator de risco determinante para o câncer oral e faríngeo, independente do consumo de álcool e tabaco. A história familiar de câncer de boca e faringe em familiares de primeiro grau foi diretamente e fortemente associada ao risco de desenvolver este câncer e o risco foi maior quando dois ou mais parentes foram afetados (GARAVELLO et al., 2008).

Lesões precursoras (desordens potencialmente malignas)

Há lesões bucais que podem apresentar predisposição à transformação maligna, denominadas em conjunto como *desordens potencialmente malignas*. Estas desordens foram anteriormente designadas como "pré-malignas" ou "pré-cancerosas", sendo que em 2005 a OMS passou a recomendar o uso da expressão já citada para se referir às lesões precursoras do câncer bucal (VAN DER WAAL, 2009).

Apesar de nem todas as desordens potencialmente malignas progredirem para câncer, e de nem todo câncer de boca se originar dessas lesões, é imprescindível que os cirurgiões dentistas estejam informados e atentos para a sua identificação, visto que isso gera um diferencial na promoção de saúde, podendo haver um diagnóstico precoce, o que gera prognóstico favorável para os pacientes com risco de câncer bucal (MARTINS; GIOVANI; VILLALBA, 2008).

As principais lesões bucais consideradas como desordens potencialmente malignas são a leucoplasia e a eritroplasia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009; VAN DER WALL, 2009).

A leucoplasia é a mais frequente, sendo definida pela OMS como uma mancha ou placa branca não removível à raspagem e que não pode ser classificada clínica ou patologicamente como outra

enfermidade (SILVA et al., 2007). Para Neville e colaboradores (2009), a definição de leucoplasia é incomum, no sentido em que faz o diagnóstico dependente não mais de características definidas, mas da exclusão de outras entidades que surgem como placas orais brancas. A coloração clínica resulta de um espessamento da camada superficial de ceratina ou da camada espinhosa do epitélio, o que mascara a vascularização normal do tecido conjuntivo subjacente (NEVILLE et al., 2009).

Conforme já mencionado, o tabagismo é o fator etiológico mais comum. No entanto, a leucoplasia pode ocorrer também em não fumantes. A cessação do hábito pode resultar em regressão ou mesmo desaparecimento da lesão em questão de alguns meses (VAN DER WAAL, 2014).

A leucoplasia é geralmente encontrada em homens com idade superior a 40 anos e apresenta um potencial de transformação maligna de 4% (risco estimado para todo o período de vida). Aproximadamente 70% das leucoplasias orais são encontradas no vermelhão do lábio, mucosa jugal e gengiva. Conquanto, lesões na língua, vermelhão do lábio e assoalho da boca, contribuem com mais de 90% daquelas que exibem displasia ou carcinoma (NEVILLE et al., 2009). Por isso, lesões nestas localizações requerem cuidado especial, por serem regiões de grande incidência do câncer bucal (MARTINS; GIOVANI; VILLALBA, 2008).

Da mesma forma que a leucoplasia, a eritroplasia é definida como uma mancha vermelha que não pode clínica ou patologicamente ser diagnosticada como qualquer outra condição. As causas da eritroplasia são desconhecidas, porém presume-se que sejam as mesmas associadas ao carcinoma invasivo de células escamosas de boca. Os locais mais acometidos são assoalho de boca, língua e palato mole. A mucosa alterada mostra-se como uma mácula ou placa eritematosa bem delimitada, com textura macia e aveludada (NEVILLE et al., 2009).

Apesar de ser menos comum que a leucoplasia, a eritroplasia apresenta maior potencial para transformação maligna (14% a 50%), pois em cerca de 90% dos casos corresponde, histologicamente, a uma displasia moderada ou severa (VAN DER WAAL, 2009). Geralmente, essas lesões apresentam o epitélio superficial atrófico com graus variados de atipia e ausência de ceratinização, o que torna evidente a microcirculação adjacente, conferindo o aspecto vermelho à lesão (MARTINS; GIOVANI; VILLALBA, 2008).

Avaliação de conhecimento sobre câncer bucal

2.2.1 Pesquisas no Brasil

No Brasil, muitas pesquisas têm sido realizadas com o intuito de avaliar o conhecimento de cirurgiões-dentistas e estudantes de cursos de graduação em Odontologia em instituições públicas e privadas no que concerne ao câncer bucal.

Morais (2003) avaliou o conhecimento de cirurgiões-dentistas inscritos em cursos de estética quanto a fatores de risco e procedimento de diagnóstico do câncer bucal, a partir de um questionário previamente testado. Constatou-se que as características clínicas da ocorrência da doença não estavam claras para os participantes, pois apenas metade deles indicou o CEC como o tipo mais comum de câncer bucal. Cerca de 20% desconhecia a faixa etária de maior ocorrência deste tumor e também seu aspecto inicial. Entretanto, 75,7% reconheceram a leucoplasia como a condição mais comumente associada ao câncer bucal. Com relação aos fatores de risco, o consumo de álcool, tabaco e história familiar estavam claros para quase todos os entrevistados, porém nas demais condições, as dúvidas foram frequentes. Apenas 5,8% dos entrevistados informaram realizar procedimentos de diagnóstico e a grande maioria considerou regular ou insuficiente seu conhecimento na área. Somente 16,6% dos profissionais julgaram possuir confiança para realizar o diagnóstico. A autora concluiu que os cirurgiões dentistas avaliados não apresentavam conhecimento e treinamento ideais para difundir os meios de prevenção e detecção precoce do câncer bucal (MORAIS, 2003).

Dib (2004) desenvolveu um instrumento para avaliar o nível de conhecimento sobre o câncer bucal em diversas comunidades profissionais. Para isso, foi adaptado um questionário já proposto na literatura estrangeira e a partir dele confeccionado um sistema objetivo de graduação do conhecimento por meio de atribuição de conceitos de acordo com o acerto das questões. O questionário foi aplicado a 44 alunos do 1º semestre e a 52 alunos do 8º semestre de Odontologia da Universidade Paulista no ano de 2002. A análise dos resultados possibilitou deduzir a eficiência do instrumento para definição do conhecimento, pois 76,9% dos alunos do 8º semestre conseguiram obter conceito A ou B, enquanto que 0% dos alunos do 1º semestre obteve conceito A ou B ($p < 0,000$). A análise estatística da distribuição de frequência das demais variáveis apontou significância estatística na maioria delas, constatando que o instrumento proposto é um método

adequado para avaliar o nível de conhecimento sobre o câncer bucal (DIB, 2004).

Lima e colaboradores, em 2005 realizaram estudo para avaliar o nível de conhecimento de alunos universitários da cidade de Curitiba, no Paraná, sobre o câncer bucal e seus fatores causais. A amostra constituiu-se por 300 universitários das diversas áreas do conhecimento, maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos e escolhidos aleatoriamente. Foi empregado um questionário com perguntas abertas e fechadas. Os dados obtidos demonstraram que desses 300 entrevistados 86,3% responderam saber que o câncer poderia ocorrer na boca e cerca de 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 possíveis fatores de risco mais apontados. O álcool foi considerado como fator causal da doença por apenas 8% dos entrevistados. Quanto ao tratamento, 37,6% procuraria o cirurgião-dentista de suspeitasse de câncer na boca. Esse trabalho demonstrou que uma parcela representativa dos entrevistados sabe que o câncer pode acometer a boca e que o tabagismo é um dos fatores de risco, porém, desconhecem o papel do álcool. Isso reforça a necessidade de implantação de medidas preventivas visando à divulgação dos reais fatores de risco do câncer bucal para a população universitária (LIMA et al., 2005).

Dib, Souza e Tortamano (2005) avaliaram o conhecimento sobre câncer bucal de 229 alunos do último semestre do curso de Odontologia de três unidades distintas da Universidade Paulista – UNIP (Sorocaba, Campinas e São Paulo), utilizando um questionário previamente testado. Neste questionário havia um grupo de questões que permitiam apenas uma alternativa correta, de forma a compor um escore. Esse escore estabeleceu 5 conceitos (A, B, C, D e E), de acordo com o índice de acertos. Os autores constataram que de forma geral, os alunos receberam informações sobre o assunto durante a graduação. Considerando-se a soma dos conceitos A e B, 87,2% dos alunos do campus de Indianópolis atingiram esse escore enquanto apenas 39% dos alunos de Campinas e 65,2% dos alunos de Sorocaba conseguiram o mesmo. Os autores concluíram parecer fundamental que medidas fossem tomadas para melhorar a informação dos alunos das unidades Campinas e Sorocaba; para isso, propuseram a criação de um programa universitário de prevenção de câncer bucal dentro da UNIP, visando à padronização e divulgação dos métodos preventivos e de diagnóstico (DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005).

Leão e colaboradores (2005) realizaram estudo em Pernambuco, com o intuito de avaliar os conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas clínicos gerais, dos setores público e privado, em relação à etiologia, diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal. Um total de 129 cirurgiões-dentistas responderam a um questionário, o qual revelou que 34% dos participantes identificaram corretamente as características clínicas do câncer bucal; porém, apenas 11% souberam responder corretamente sobre os fatores etiológicos. Em relação ao conhecimento sobre o câncer bucal, não houve diferença entre cirurgiões dentistas atuantes no setor público ou privado. Os autores concluíram que, ao menos nessa região do Brasil, o conhecimento dos profissionais precisa melhorar, uma vez que a neoplasia tem se mostrado prevalente no país, além de muitos brasileiros se encontrarem em grupos de risco para o desenvolvimento da enfermidade, sendo necessário desenvolver métodos para capacitar esses profissionais (LEÃO et al., 2005).

Vasconcelos (2006), em sua dissertação de mestrado, realizou um estudo com o objetivo de conhecer o comportamento dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde (UBS) do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal. Participaram da pesquisa 282 profissionais. Quanto à conduta de realizar o exame dos tecidos moles da cavidade oral de seus pacientes nas consultas iniciais, averiguou-se que 80,5% deles realizavam o procedimento. Referente ao grau de conhecimento dos fatores de risco e das condições bucais possíveis de evoluírem para o câncer bucal, foi constatado um baixo grau de conhecimento. Além disso, a maioria dos participantes demonstrou limitações quanto às práticas correlacionadas ao apoio à cessação do hábito do tabagismo e etilismo e às aptidões para executarem citologia esfoliativa ou biópsia; também relataram que as UBS onde atuam não ofereciam condições para realizar os procedimentos para o diagnóstico. O autor verificou a necessidade de propor políticas públicas de enfrentamento do câncer bucal no município de São Paulo, que considerem o aperfeiçoamento dos cirurgiões-dentistas das UBS em relação ao câncer bucal bem como a melhor estruturação desses locais para a realização dos exames para fins de diagnóstico (VASCONCELOS, 2006).

Garbin (2007), em sua dissertação de mestrado, executou um estudo de caso na rede pública do município de Florianópolis, no estado de Santa Catarina, no qual avaliou o conhecimento dos cirurgiões-dentistas a respeito do câncer bucal. Para a coleta dos dados foram enviados questionários a todos os profissionais atuantes nos Centros de Saúde do município. Sua avaliação identificou deficiências no

conhecimento sobre o câncer bucal por parte dos entrevistados, especialmente no que se refere ao local onde a neoplasia ocorre predominantemente e aos fatores de risco associados. Quando questionados a respeito da realização do exame procurando identificar a doença, a grande maioria dos entrevistados afirmou que realiza exame para identificar lesões pré-malignas na primeira consulta, encaminhando casos suspeitos aos serviços de referência do município. Aproximadamente metade (50,8%) dos participantes da pesquisa considerou regular seu conhecimento acerca do assunto; dando seguimento, mais da metade (54,1%) alegaram não ter recebido treinamento adequado sobre a doença durante a graduação. Como conclusão, a autora demonstrou a necessidade de um programa de prevenção ao câncer bucal no município que atentasse para a capacitação dos cirurgiões dentistas, possibilitando uma melhor atuação destes profissionais na reversão do quadro epidemiológico da doença (GARBIN, 2007).

Martins e colaboradores (2008) avaliaram o conhecimento de alunos do curso de Odontologia da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo, referente ao câncer bucal, durante o ano de 2007 a 2008. Para efetuar a avaliação foi utilizado um questionário contendo 37 questões. Participaram da pesquisa 148 alunos, cursando o 1º, 2º, 3º e 4º ano da graduação. Ao avaliar os resultados, quanto ao conhecimento sobre o câncer bucal, notou-se um maior nível de acertos dos alunos do 3º e 4º ano. No grupo de questões referentes às atitudes dos universitários frente ao diagnóstico de câncer, também se observou que os alunos do 3º e 4º ano possuíam um nível de autoconfiança maior em relação aos alunos dos primeiros anos do curso. Um acontecimento que chamou a atenção dos pesquisadores foi o fato dos alunos do 3º e 4º ano ainda não saberem, na totalidade, que o câncer de boca mais comum é o CEC e a forma como ele se manifesta clinicamente. Em relação aos fatores de risco associados à doença, verificou-se que os alunos de todos os anos mostraram um alto nível de conhecimento sobre o efeito do tabaco e álcool como fatores etiológicos do CEC; em relação aos outros fatores, notou-se uma melhora no nível de conhecimento com o passar dos anos na universidade. Os autores concluíram que, para melhorar o nível do conhecimento dos alunos sobre o tema, faz-se necessária a criação de um programa universitário de prevenção ao câncer bucal, que abranja alunos de todos os anos da graduação, com o intuito de melhorar a formação dos futuros cirurgiões-dentistas (MARTINS et al., 2008).

Melo e colaboradores (2009), por meio de entrevistas estruturadas com 47 cirurgiões-dentistas do Programa Saúde na Família (PSF),

realizou um estudo em Aracaju, no Sergipe, para identificar o nível de informação e o comportamento preventivo destes profissionais no que se refere ao câncer bucal. Obteve-se como resultado uma falta de informação por parte dos profissionais sobre lesões cancerizáveis e tipo histológico mais prevalente de câncer de boca. No entanto, os entrevistados forneceram informações corretas sobre localização, apresentação clínica, fatores de risco e ações para prevenção e diagnóstico precoce da doença. Os cirurgiões-dentistas relataram não realizar exame clínico adequado nem orientações em saúde sobre câncer bucal em mais de 50% dos pacientes atendidos por eles. Verificou-se que os participantes apresentaram médio nível de informação e baixo nível de comportamento preventivo sobre câncer bucal. Como sugestão os autores recomendaram a execução de um programa de educação continuada para os profissionais de saúde do PSF da região (MELO et al., 2009).

Em pesquisa realizada para avaliar a prática e a atitude clínica dos cirurgiões-dentistas do estado de Santa Catarina em relação ao câncer de boca, Cimardi & Fernandes (2009) verificaram que 72% dos profissionais relataram realizar o exame em busca de lesões suspeitas de câncer de boca, porém 47,5% dos entrevistados referiram nunca terem realizado um diagnóstico de câncer de boca. Um fato que chamou a atenção no quesito “realização do exame bucal” foi que 66,66% dos profissionais alegaram não ser necessária a inspeção da cavidade oral em busca de lesão suspeita, ou, mesmo, relataram não saberem fazer o exame. Além disso, apenas 11,7% dos profissionais alegaram estar encaminhando seus pacientes para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), revelando que a política do governo federal para encaminhamento dos pacientes com lesões suspeitas não vem sendo posta em prática no estado de Santa Catarina. As autoras concluíram ser necessária a divulgação dos serviços de diagnóstico de câncer bucal para os profissionais de Santa Catarina; ainda, julgaram ser importante que o cirurgião-dentista se responsabilize pelo diagnóstico desta enfermidade (CIMARDI; FERNANDES, 2009).

Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) realizaram estudo visando identificar os conhecimentos e diagnóstico em câncer bucal pelos profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia. Utilizaram, para a coleta de dados, um questionário entregue por meio de abordagem direta. No que concerne às variáveis relacionadas ao diagnóstico e prevenção do câncer bucal, a maioria dos entrevistados (60,5%) julgou ter bom conhecimento sobre a doença. Entretanto, 42,1% julgaram insatisfatório o ensino sobre o assunto obtido durante a graduação. Do total de

participantes, 73,7% afirmaram realizar a inspeção dos tecidos moles orais rotineiramente, porém 39,5% relataram não se sentir capacitados para realizar biópsia e 26,3% não sentiam tanta segurança para realização desse procedimento. O conhecimento satisfatório sobre a doença, referido pelos entrevistados, se mostrou inconsistente no que se refere ao reconhecimento de alguns fatores de risco e procedimentos diagnósticos, o que pode acarretar numa deficiência nas ações de prevenção e detecção precoce da doença. Os autores sugeriram que as instituições realizassem abordagem mais enfática sobre a doença durante a formação dos profissionais (PINHEIRO; CARDOSO; PRADO, 2010).

Em 2006, Falcão e colaboradores realizaram um estudo no qual foi aplicado um questionário a 240 cirurgiões-dentistas do município de Feira de Santana, na Bahia, referente ao conhecimento dos mesmos em relação ao câncer de boca. Da amostra estudada, 69,5% relatou ter baixa confiança para realizar procedimentos de diagnóstico da doença e 62,5% obteve conceitos regular e insuficiente acerca do conhecimento em relação ao câncer de boca. Segundo os autores, essa situação sugere a necessidade de reformulação do ensino, visando capacitar os profissionais ao diagnóstico precoce e o investimento em políticas públicas saudáveis que possibilitem a adoção de estratégias de redução da morbimortalidade da doença (FALCÃO et al., 2010).

Em 2011, Lamin, Silva e Souza realizaram um estudo para avaliar o conhecimento dos acadêmicos do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra em Vassouras (USS), Rio de Janeiro, sobre os fatores de risco para o câncer bucal. Os dados foram obtidos mediante aplicação de um questionário, com questões objetivas sobre a doença. Participaram da pesquisa alunos matriculados regularmente no segundo semestre de 2011. Após análise dos dados, pode-se observar que 47% dos entrevistados classificaram a abordagem do conteúdo durante o curso de graduação como boa e 36,7% julgaram-na insuficiente. Dentre os fatores de risco, os mais indicados pelos estudantes foram o tabaco (98,1%), seguido por história familiar de câncer (81,9%), próteses mal adaptadas (76,2%) e consumo de álcool (68,6%). Diante desses achados, os autores concluíram haver a necessidade de campanhas preventivas com o objetivo de divulgar as informações referentes aos fatores de risco relacionados ao câncer bucal. Os mesmos também sugeriram que o curso de graduação em Odontologia da USS revise a atual abordagem pedagógica sobre o câncer de boca no currículo e pleiteasse com a comunidade acadêmica a adoção de propostas metodológicas mais eficazes na discussão dos

fatores de risco e diagnóstico precoce do câncer bucal durante a formação dos profissionais (LAMIN; SILVA; SOUZA, 2011).

Uma investigação sobre o conhecimento dos estudantes de Odontologia, do 5º ao 10º período, da Universidade Federal de Pernambuco sobre a detecção precoce do câncer foi realizada por Castro, Costa e Oliveira-Neto (2011). O estudo foi realizado por meio de um questionário sobre as ações de detecção precoce do câncer de boca adotada pelos indivíduos em estudo. Do total de 120 alunos incluídos na pesquisa, 82,5% revelaram nunca ter se deparado com uma lesão do tipo carcinoma epidermóide em seus atendimentos de rotina. Ainda assim, indicaram o uso de tabaco (95%) e álcool (81,7%) como principais fatores de risco para a doença. Em uma autoavaliação sobre o conhecimento acerca da detecção de lesões cancerizáveis, 48,7% considerou ter um bom conhecimento e 36,7% dos alunos declararam oferecer orientações aos seus pacientes atendidos nas clínicas da Universidade quanto à prevenção de lesões cancerizáveis. Dos que orientavam seus pacientes, 74,2% o faziam em relação a evitar o tabagismo. Os autores concluíram que os estudantes revelaram serem possuidores de um bom conhecimento quanto aos fatores de risco associados ao carcinoma epidermóide, oferecendo orientações aos pacientes. Também demonstraram bom conhecimento quanto à detecção precoce das lesões cancerizáveis (CASTRO; COSTA; OLIVEIRA-NETO, 2011).

Em 2012, Alvarenga e colaboradores realizaram um estudo para avaliar o conhecimento dos cirurgiões dentistas da cidade de Lavras, Minas Gerais, quanto ao câncer bucal. Foi utilizado um questionário previamente testado, com 37 questões. Aproximadamente 30% dos dentistas relataram não saber que o carcinoma espinocelular é o tipo mais comum de câncer de boca e apenas 36,5% relataram ter confiança para realizar o diagnóstico. Quase 76% dos entrevistados afirmaram que seus pacientes não estavam suficientemente informados sobre os aspectos preventivos e de diagnóstico da doença. Após avaliação, 6,8% dos dentistas se enquadraram no conceito A; 32,4% no B; 28,4% no C e 32,4% no D. Os autores concluíram ser necessária a conscientização dos cirurgiões dentistas sobre a importância da doença e o treinamento em relação aos meios de prevenção e detecção precoce do câncer de boca naquela região (ALVARENGA et al., 2012).

Angheben e colaboradores, em 2013, realizaram uma pesquisa para avaliar o perfil de conhecimento sobre câncer bucal dos alunos da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (FO-PUCRS), baseada em informações obtidas a partir

de questionários respondidos. Participaram da pesquisa alunos do 1º, 2º, 3º, 4º e 5º anos da graduação. Constatou-se que com o avanço no curso obteve-se um maior número de respostas corretas. Foi observado um índice elevado de respostas corretas pelos alunos do 4º e 10º semestres, o que reflete uma particularidade curricular, visto que nestes períodos os alunos cursam as disciplinas de Patologia Bucodental, Saúde Coletiva II e Estomatologia, nas quais são abordados conteúdos referentes ao câncer de boca. Em relação à autoavaliação quanto ao conhecimento sobre a doença, o conceito bom foi o de maior escolha entre os alunos do 10º semestre, e o conceito regular foi o de maior prevalência entre os estudantes do 2º, 4º, 6º e 8º semestres. Quando questionados sobre seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico para o câncer bucal, 55,4% dos alunos dos cinco anos da faculdade demonstraram um baixo nível de confiança, já entre os alunos do 8º e 10º semestres o conceito regular obteve maior porcentagem de resposta. Independente do ano do curso, os acadêmicos apresentaram altos índices de acertos na identificação dos fatores de risco e hábitos nocivos relacionados ao desenvolvimento do câncer de boca. Da mesma forma, a quase totalidade destes identificou a importância do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico do câncer de boca (ANGHEBEN et al., 2013).

Oliveira e colaboradores (2013) avaliaram o nível de conhecimento dos estudantes dos cursos de Odontologia e Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte no diz respeito ao câncer bucal. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário aplicado aos 160 acadêmicos matriculados em ambos os cursos. Dos entrevistados, 48,8% afirmaram ter adquirido conhecimento sobre o câncer bucal na graduação, sendo que 57,7% desconheciam o tipo mais prevalente e apenas 30% citaram a língua como região mais acometida pela doença, sendo que a maioria (42,5%) não sabia responder a esta pergunta. Observou-se que os estudantes de Odontologia tinham um conhecimento maior em relação ao câncer bucal quando contrapostos aos alunos de Enfermagem, e esse conhecimento aumentou com o tempo percorrido pelos acadêmicos na graduação. Os discentes do curso de Enfermagem se mostraram - independentemente do período cursado - com dúvidas e pouco conhecimento sobre o tema. Os autores concluíram que o conhecimento mostrou-se inconsistente em ambos os cursos no que se refere ao reconhecimento de alguns fatores de risco, características clínicas e procedimentos diagnósticos. Segundo os autores, tal achado pode indicar a necessidade de reformulação do ensino, a fim de capacitar os futuros profissionais ao diagnóstico

precoce, refletindo o reconhecimento do seu papel profissional no âmbito do câncer bucal (OLIVEIRA et al., 2013).

Em Teresina, no Piauí, em 2014, Soares et colaboradores realizaram um estudo na Faculdade de Odontologia UNINOVAFAPI, com alunos do segundo ao quinto ano da graduação, para avaliar o conhecimento e a atitude dos estudantes sobre o câncer bucal. Para a coleta de dados, usou-se um questionário contendo 15 questões sobre o tema. O CEC foi descrito por 48,12% dos alunos como o tipo de câncer bucal mais comum, 53,38% considerou a língua como região anatômica mais afetada, 57,89% mencionaram as úlceras como aspecto mais comum em pacientes com câncer inicial. Os fatores de risco mais apontados pelos alunos foram o tabagismo (92,48%) e álcool (84,21%). A maioria (81,95%) relatou realizar regularmente um exame completo da cavidade oral em busca de alterações. Como conclusão, os autores atestaram que os estudantes possuíam um bom conhecimento da etiologia do câncer bucal. Os aspectos clínicos, conquanto, não estavam claros. Foi mínima a diferença quanto ao conhecimento e atitudes quando considerados os diferentes anos da graduação. Os autores sugeriram que a temática sobre o câncer bucal seja mais discutida ao longo do curso, para possibilitar a conscientização e diagnóstico precoce (SOARES et al., 2014).

Andrade e colaboradores (2014) avaliaram o conhecimento e a conduta de 23 cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde da cidade Divinópolis, em Minas Gerais, no que se refere ao câncer de boca. Foi aplicado um questionário e os dados obtidos demonstraram que 39,1% dos entrevistados não sabiam qual o tipo de câncer de boca mais comum, 35% avaliaram seu nível de conhecimento como bom ou ótimo. Quando questionados sobre os fatores de risco, o conhecimento do tabagismo foi unânime. No entanto, fatores como uso de próteses mal adaptadas e má higiene oral foram considerados erroneamente como fatores de risco por 78,3%. Em relação à conduta com o paciente com suspeita diagnóstica de câncer, 86% dos profissionais declararam não realizar procedimento diagnóstico por não se sentirem capacitados. Apenas 13% afirmaram ter recebido treinamento para o exame de câncer bucal na graduação. Frente a estes resultados, os autores concluíram haver a necessidade de reformular os cursos de graduação em Odontologia e também reforçaram a necessidade de investimentos em educação continuada permanente, visando capacitar os profissionais para o diagnóstico precoce (ANDRADE et al., 2014).

Nascimento e colaboradores (2014) realizaram estudo na cidade de Parnaíba, no Piauí com o intuito de avaliar o conhecimento dos

cirurgiões dentistas da rede pública de saúde e dos acadêmicos do último ano do curso de Odontologia da Universidade Estadual do Piauí – UESPI, sobre o câncer de boca. Verificou-se que grande parte dos entrevistados avaliou ser baixo seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico de câncer bucal, apesar de praticamente metade deles auto avaliaram como bom seu conhecimento sobre a neoplasia. No que se refere à conduta clínica, observou-se que 90,5% dos profissionais e 56,7% dos acadêmicos afirmaram realizar exame dos tecidos moles, na primeira consulta odontológica, com a finalidade de investigar a presença de possíveis alterações. Quanto aos conceitos sobre o nível de conhecimento, menos de 15% da amostra alcançou conceito final ótimo; a maioria dos cirurgiões dentistas (57,1%) obteve conceito bom e a maior parte dos acadêmicos (36,7%) atingiu conceito regular, mas ainda uma parte significativa destes (30%) obteve conceito insuficiente. Esses resultados reforçaram a necessidade de reformulação do ensino pertinente ao assunto, a fim de capacitar os profissionais para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de boca (NASCIMENTO et al., 2014).

Lopes e colaboradores (2015) realizaram estudo com universitários do curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) para avaliar o nível de conhecimento e as atitudes preventivas relativas ao câncer bucal. Participaram da pesquisa 90 acadêmicos, divididos em três grupos: 1º ano, 3º ano e 5º ano. Constatou-se que os acadêmicos do terceiro e quinto ano mostraram significativamente mais respostas corretas, nas perguntas específicas relacionadas ao conhecimento sobre o câncer bucal, do que os alunos do primeiro ano. No entanto, quanto às atitudes preventivas, a maioria (68,9%) dos universitários referiu não realizar o exame de câncer bucal na primeira consulta, sendo que 55,5% do total relatou não fazê-lo por falta de conhecimento. Os autores julgaram necessário maior interesse dos futuros cirurgiões-dentistas no que se refere à prevenção do câncer de boca (LOPES et al., 2015).

Procurando avaliar o conhecimento dos cirurgiões dentistas do município de Fernandópolis, São Paulo, Brasil, em relação ao câncer de boca, Tomo e colaboradores (2015) conduziram um estudo no qual concluíram ser satisfatório o conhecimento dos participantes da pesquisa, especialmente no que diz respeito ao diagnóstico clínico do câncer de boca. Dos entrevistados, 82,1% afirmaram corretamente ser o carcinoma espinocelular a lesão maligna mais comum na boca, sendo seu sítio anatômico mais propenso à ocorrência, segundo os participantes, a língua. A maioria dos profissionais (76,9%) apontou a

úlceras indolores como aspecto clínico inicial do câncer de boca, e 74,4% indicaram a leucoplasia como a lesão precursora mais frequente. Todos os participantes apontaram o tabagismo como fator de risco para o desenvolvimento da doença e 97,4% atribuíram a ocorrência da doença ao etilismo. Apesar dos resultados obtidos, os autores consideraram indiscutível a necessidade de programas de conscientização e educação continuada nessa área, visto que grande parte dos profissionais demonstrou insegurança a respeito do assunto, já que apenas 51,4% avaliaram como bom seu nível de conhecimento sobre a doença e metade dos voluntários avaliaram como baixo seu nível de confiança para realizar procedimentos diagnósticos do câncer de boca (TOMO et al., 2015).

Gomes e colaboradores (2015) avaliaram o nível de conhecimento, sobre o câncer bucal de estudantes de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão. Os alunos foram divididos em três grupos, de acordo com o semestre letivo. Constatou-se que 60,6% dos alunos consideraram bom ou regular seu nível de conhecimento sobre a doença. Em contrapartida, 37,9% consideraram seu conhecimento insuficiente. O CEC foi considerado o câncer bucal mais prevalente por apenas 38,25% dos graduandos, sendo o percentual maior de acerto para os grupos 2 e 3. O nível de conhecimento evoluiu ao longo dos semestres; entretanto, 77,8% consideraram baixo seu nível de confiança para realizar procedimentos diagnósticos. Com o estudo, ficou clara a necessidade de instaurar medidas educativas continuadas aos estudantes de forma a consolidar o ensino sobre a enfermidade (GOMES et al., 2015).

Pesquisas em outros países

Em outros países do mundo também se tem realizado muitas pesquisas com o escopo de avaliar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas e estudantes tanto de Odontologia como de outras áreas do conhecimento, no que se refere ao câncer de boca, o que exprime uma notável preocupação com o tema.

Tendo em conta o aumento dos casos de câncer bucal na Europa, Jaber e colaboradores (1997) realizaram pesquisa com estudantes de Odontologia de duas universidades espanholas. Apenas 20% dos estudantes já haviam tido contato com pelo menos um paciente com câncer bucal, sendo o CEC a neoplasia bucal mais frequentemente observada. Em contrapartida, 79% dos alunos relataram já ter examinado ou tido contato com pelo menos um paciente com lesão

potencialmente maligna, sendo as leucoplasias as lesões mais observadas. Quanto às manifestações clínicas da neoplasia, 40% dos alunos apontaram o lábio inferior como local de maior acometimento da doença, 79% indicou o tabaco como principal causa do CEC, 82% o álcool. Quase todos que apontaram o tabaco e o álcool como fatores de risco relataram oferecer orientações aos pacientes sobre os malefícios destes hábitos. Os autores concluíram ser limitada a experiência clínica e conhecimentos dos alunos estudados no que se refere à enfermidade, fazendo-se necessária a criação de um programa de ensino estruturado sobre câncer bucal (JABER et al., 1997).

Horowitz et al (2000) realizaram estudo para conhecer a opinião dos dentistas americanos sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer de bucal. Os pesquisadores enviaram questionários a sete mil dentistas, escolhidos aleatoriamente, sendo o retorno de 3200 questionários. Como resultado, averiguou-se que 86% dos profissionais não realizavam exame de mucosa oral em pacientes desdentados ou adultos jovens. No entanto, 81% relataram realizar exame em todos os seus pacientes com idade superior a 40 anos. Em relação ao conhecimento, os autores ponderaram haver necessidade de atualização sobre prevenção e diagnóstico precoce sobre o tema, bem como a sistematização de exames de rotina em pacientes de risco (HOROWITZ et al., 2000).

Shetty e Jones (2005) avaliaram o conhecimento, opiniões e práticas dos cirurgiões dentistas e higienistas dentais¹ do estado do Texas sobre prevenção e detecção precoce do câncer bucal. Os dados foram coletados por meio de um questionário enviado para os profissionais registrados na lista de e-mails do Conselho de Câncer do Texas. A maioria dos participantes (61%) era clínicos gerais, seguidos por higienistas dentais (22%) e especialistas (12%). Quando questionados se realizavam exame clínico para detecção de câncer bucal, 82,6% dos entrevistados indicaram que faziam em seus pacientes regulares, mas apenas 29,6% relatou fazer o exame em novos pacientes. Um total de 66% dos profissionais julgou inadequado seu conhecimento

¹ Higienistas dentais: traduzido do inglês “*dental hygienists*” são profissionais da saúde que têm como principal função a realização de atividades de promoção de saúde bucal dos indivíduos <http://www.apho.pt/node/52>. Trabalham diretamente com o paciente, não necessitam de supervisão constante (http://study.com/articles/Dental_Assistants_vs_Dental_Hygienists_Whats_the_Difference.html).

sobre o procedimento de biópsia. A grande maioria (90%) dos entrevistados mostrou-se interessada em participar de cursos sobre câncer bucal. Os autores concluíram ser necessária educação continuada nos níveis local, estadual e nacional para educar os profissionais sobre o câncer bucal (SHETTY; JONES, 2005).

Carter e Ogden (2007) revelaram em um estudo de percepção de conhecimento de estudantes de Medicina e Odontologia da Universidade de Dundee, no Reino Unido que, embora muitos pacientes com lesões bucais procurassem seu médico, estes estavam pouco capacitados e identificar lesões orais suspeitas, bem como a orientar seus pacientes sobre fatores de risco, realizar diagnóstico precoce pela detecção de lesões pré-malignas, quando comparados aos dentistas. No geral, os estudantes de Medicina revelaram sentirem-se menos informados quanto ao câncer bucal. No entanto, ambos os futuros profissionais concordaram necessitarem de mais informações sobre a doença, ressaltando a necessidade de aperfeiçoar o ensino na graduação das áreas da saúde em relação ao câncer bucal (CARTER; OGDEN, 2007).

Procurando determinar o conhecimento sobre câncer bucal de cirurgiões-dentistas italianos, Colella e colaboradores (2008) conduziram um estudo no qual averiguaram que os entrevistados conheciam os principais fatores de risco para a doença, porém apenas um terço dos entrevistados soube identificar a neoplasia mais comum e as lesões iniciais, sendo esse conhecimento maior nos participantes que assistiram a cursos sobre câncer bucal no ano anterior. Aproximadamente dois terços dos participantes (64,8%) julgaram estar capacitados para realizar exame oral para detectar câncer bucal e palpação de linfonodos. Apenas metade dos profissionais relatou realizar rotineiramente exame para detecção de lesões de câncer bucal em todos os seus pacientes. Baseados nisso, os autores sugeriram uma maior conscientização dos cirurgiões-dentistas sobre a sua importância na detecção precoce do câncer bucal e divulgação das informações para a população. (COLELLA et al., 2008).

Boroumand e colaboradores (2008), desenvolveram estudo com alunos de Odontologia, do primeiro ao quarto ano de graduação, da Universidade de Maryland, Estados Unidos, visando avaliar o conhecimento dos mesmos no que se refere ao câncer bucal. Os autores detectaram um baixo nível de conhecimento pelos alunos do primeiro ano. Entretanto, os alunos dos demais anos revelaram estarem nas categorias de nível de conhecimento médio ou alto, no que concerne ao diagnóstico e com alto nível de conhecimento para os fatores de risco da

neoplasia. Além disso, o estudo revelou um baixo nível de confiança dos alunos, no que se refere à realização do exame oral e palpação dos linfonodos. Os autores sugeriram reforços no currículo da Faculdade de Odontologia em relação à educação sobre câncer bucal, aspirando permitir aos profissionais melhores desempenhos na prevenção e detecção precoce desta doença em suas respectivas comunidades (BOROUMAND et al., 2008).

Applebaum e colaboradores (2009) realizaram estudo na comunidade de Massachusetts, Estados Unidos, para avaliar o nível de conhecimento, prática e atitudes de médicos e cirurgiões-dentistas da atenção primária, sobre o câncer bucal. Os autores convidaram uma amostra aleatória de mais de mil clínicos para participar da pesquisa. Como resultados, obtiveram que 49% dos médicos relataram realizar exame da cavidade bucal para detecção do câncer em pacientes com idade entre 40 a 55 anos, em comparação com 92% dos dentistas. Mais de 96% dos médicos disseram perguntar aos seus pacientes sobre consumo de tabaco e álcool; não obstante, apenas 9% dos médicos e 39% dos dentistas foram capazes de identificar os locais mais comuns de acometimento do câncer bucal. Na opinião dos autores, esses resultados reforçaram a necessidade de um aprimoramento na educação sobre o câncer bucal para esses dois grupos profissionais, visto que foi observada uma lacuna de conhecimento dos médicos e dentistas sobre o tema (APPLEBAUM et al., 2009).

Ogden e Mahboobi (2010) realizaram estudo com alunos do terceiro ao sexto ano do curso de Odontologia da Universidade de Ciências Médicas de Teerã (TUMS), no Irã, com o propósito de avaliar o conhecimento dos mesmos sobre prevenção e detecção precoce do câncer bucal. Um montante de 65,5% relatou examinar a mucosa oral de todos os pacientes em busca de alterações clínicas, sendo que, dos alunos que responderam não a esta pergunta, 50,9% o fazia apenas em pacientes de alto risco. Quanto aos fatores de risco, 87,9% identificaram o tabaco e 47,3% o consumo de álcool, e 77,6% relatou aconselhar seus pacientes sobre o risco da manutenção desses hábitos. Um total de 63% julgaram não possuir conhecimento suficiente sobre a doença e 86,7% expressaram desejo de obter mais informações sobre o câncer bucal. Os autores sugeriram a oferta de educação continuada aos estudantes em relação ao câncer bucal, além de uma alteração curricular visando uma maior cobertura sobre o tema durante a graduação (OGDEN; MAHBOOBI, 2010).

Reed e colaboradores (2010) analisaram o papel dos cirurgiões-dentistas e médicos da Carolina do Sul, Estados Unidos, no rastreamento

de câncer de boca e no aconselhamento para a cessação do tabagismo. Apenas 13% dos médicos entrevistados relataram ter realizado exames de rastreamento do câncer bucal nos últimos 12 meses, contrapondo com 81% dos dentistas. Contudo, no que se referiu à realização do aconselhamento dos pacientes para cessação do tabagismo, obteve-se que 83% dos médicos aconselharam seus pacientes, em contraste com apenas 41% dos dentistas. Somente 19% dos cirurgiões-dentistas e 53% dos médicos estavam cientes dos recursos de cessação do hábito de tabagismo utilizado no estado. Os autores concluíram ser imprescindível uma educação continuada dedicada à prevenção e detecção precoce do câncer bucal para os dentistas e médicos da Carolina do Sul (REED et al., 2010).

Seoane-Lestón e colaboradores (2010) avaliaram, em um estudo-piloto, o nível de conhecimento e prática de atitudes preventivas de dentistas espanhóis, no que corresponde ao câncer bucal, antes e após intervenção educativa. Os dentistas participaram de um curso de atualização sobre câncer bucal, ministrado por um rol de especialistas. Um questionário foi aplicado antes e após a participação no curso. Dos que participaram do estudo, 53,1% nunca havia participado de um curso sobre câncer bucal, 72,4% relataram realizar exame sistemático da mucosa oral, 88,2% mencionaram realizar aconselhamento para cessação do tabagismo e 54,76% afirmaram fazer o mesmo com os pacientes que fazem uso de álcool. Constatou-se que todas as áreas do conhecimento examinadas apresentaram melhora estatisticamente significativa após intervenção educativa. Os autores concluíram o estudo reafirmando a importância da realização de intervenções educacionais sobre o tema, visto que houve uma melhora no conhecimento dos profissionais após participação no curso. Contudo, os autores reiteraram que os resultados do estudo possuem um caráter preliminar e precisam de confirmação seguindo uma metodologia com desenho longitudinal (SEOANE-LESTÓN et al., 2010).

A detecção precoce do câncer bucal melhora o prognóstico, mas a doença infelizmente é detectada muitas vezes em estágios avançados. Em virtude disto, Decuseara, Maccarthy e Menezes (2011) desenvolveram uma pesquisa na Irlanda, com cirurgiões-dentistas, para avaliar o conhecimento desses profissionais acerca do câncer bucal. Um montante de 89% dos participantes relatou realizar exame oral para rastreamento da doença. Um total de 27% referiu fornecer sempre aconselhamento para cessação do uso de tabaco. Aproximadamente metade dos odontólogos relatou sentir-se adequadamente treinados para realizar a palpação dos linfonodos associados à doença. Os resultados do

estudo sugeriram que os dentistas não estariam atuando adequadamente na prevenção e detecção precoce da doença, sendo uma das barreiras a falta de treinamento. Os autores recomendaram educação continuada na área, além de maior ênfase do papel crucial dos profissionais na detecção do câncer bucal em seus estágios iniciais (DECUSEARA; MACCARTHY; MENEZES, 2011).

Al Dubai e colaboradores (2012) realizaram um estudo com acadêmicos do curso de Medicina e Enfermagem de uma Universidade da Malásia, com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento dos graduandos em relação ao câncer bucal e seus fatores de risco. Os resultados exprimiram um nível satisfatório de conhecimento por parte dos entrevistados, referente às manifestações clínicas do câncer bucal; no entanto, observou-se um nível insatisfatório de conhecimento no que se refere aos fatores de risco da doença. Os resultados levaram os pesquisadores a julgar necessário um maior engajamento dos profissionais da saúde em programas de educação sobre o câncer de boca, não medindo esforços para cultivar uma atitude positiva em relação à prevenção do câncer bucal, fornecendo informações sobre a neoplasia e métodos preventivos para os cidadãos de todo o país (AL DUBAI et al., 2012).

Rehman e Khan (2012) conduziram estudo em Peshawar, no Paquistão, para determinar o nível de conhecimento dos alunos do último ano dos cursos de Medicina e Odontologia sobre o câncer bucal. A maioria dos alunos de Medicina (84%) e Odontologia (83%) soube identificar o CEC como sendo o câncer bucal mais prevalente. Os estudantes de Odontologia mostraram-se mais aptos a identificar o consumo de álcool e tabaco como principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Além disso, uma maior porcentagem de acertos, no que se refere às lesões pré cancerizáveis, foi vista nas respostas dos estudantes de Odontologia. A maioria dos estudantes, de ambos os cursos, relatou que encaminharia o paciente com câncer bucal para o serviço de Cirurgia Oral e Maxilofacial. No geral, os autores concluíram que os estudantes de Odontologia demonstraram um melhor nível de conhecimento e conscientização sobre a doença quando comparados aos alunos de Medicina. Apesar disso, os autores destacaram a necessidade de melhorar a educação dos alunos, de ambos os cursos de graduação, no que tange ao câncer bucal (REHMAN; KHAN, 2012).

Estima-se que 36,8% dos casos de câncer bucal na Colômbia sejam letais, em sua maioria diagnosticados em estágios avançados. Baseados nisso, Rocha-Buelvas e colaboradores, em 2012, realizaram estudo com

um grupo de dentistas no sul da Colômbia, visando avaliar o conhecimento e práticas daqueles profissionais no que se refere ao câncer de boca. Os autores verificaram que metade dos entrevistados reconheceu o CEC como forma mais frequente de câncer bucal e a leucoplasia e a eritroplasia como as duas lesões mais associadas àquela neoplasia. Apenas 31% relataram se sentir aptos para realizar exame em busca de alterações bucais e palpação dos linfonodos. Os autores concluíram o estudo enfatizando a importância dos dentistas na prevenção do câncer bucal e apontando-os como parte fundamental para redução da morbidade e mortalidade pela doença (ROCHA-BUELVAS et al., 2012).

Srikanth Reddy e colaboradores (2012) desenvolveram estudo com o intuito de avaliar o nível de conhecimento sobre os fatores de risco e manifestações clínicas iniciais do câncer bucal entre os pacientes que procuraram os serviços do Hospital Odontológico da cidade de Hyderabad, no sul da Índia, correlacionando posteriormente os níveis de conhecimento com a idade, gênero e escolaridade. A avaliação foi possível pelo emprego de um questionário contendo 18 questões referentes ao tema. Um total de 60,2% dos entrevistados relatou já ter ouvido falar sobre o câncer bucal. Quando o conhecimento sobre os fatores de risco foi levado em consideração juntamente com as variáveis citadas, diferenças significativas foram observadas apenas no gênero, sendo observado que as mulheres demonstraram maior conhecimento sobre o tema. No entanto, o conhecimento sobre as manifestações clínicas iniciais revelou uma diferença altamente significativa com a escolaridade, ou seja, quanto maior a escolaridade maior o conhecimento apresentado. Os autores concluíram ser satisfatório o nível de conhecimento apresentado pelos pacientes, entretanto, salientam a necessidade programas mais estruturados de prevenção do câncer bucal na Índia (SRIKANTH REDDY et al., 2012).

Alami, El Sabbagh e Hamdan (2013) realizaram estudo para avaliar o nível de conhecimento de médicos e cirurgiões-dentistas, recentemente formados, interessados em trabalhar em um Centro de Câncer em Amã, na Jordânia. O estudo foi realizado pela aplicação de um questionário para avaliar o nível de conhecimento dos fatores de risco e a capacidade de identificar as lesões bucais mais frequentemente associadas ao câncer bucal. Os resultados exprimiram um nível de conhecimento inadequado sobre o câncer bucal, com diferenças expressivas entre os odontólogos e médicos. Os cirurgiões-dentistas de forma geral souberam identificar melhor os fatores de risco do câncer bucal. Os autores relataram haver uma necessidade de melhoria dos

currículos dos cursos, no que se refere ao câncer bucal, em ambas as escolas, Médica e Odontológica, sugerindo oferta de cursos de pós-graduação e educação continuada sobre o tema, visto que a falta de conscientização sobre a doença atua como uma barreira à prevenção da enfermidade (ALAMI; EL SABBAGH; HAMDAN, 2013).

Hertrampf e colaboradores (2013) avaliaram as opiniões e práticas dos dentistas no norte da Alemanha, sobre a detecção precoce do câncer bucal, antes e após intervenção educacional sobre o tema. Foi desenvolvido um programa educacional comportando informações sobre os fatores de risco, métodos preventivos, manifestações clínicas da doença e realização do exame de rotina da cavidade oral. Após a intervenção, 62% dos entrevistados descreveram seu conhecimento sobre o tema como atual, em comparação com 49% na pesquisa inicial, ou seja, antes da intervenção. A porcentagem de dentistas que realizava rotineiramente o exame oral, para detecção de lesões, aumentou de 20% para 37% após participação no programa educacional. A pesquisa mostrou que a intervenção educacional foi bem sucedida, enfatizando a importância da participação dos profissionais em cursos de educação continuada (HERTRAMPF et al., 2013).

Rahman e colaboradores (2013) realizaram estudo para avaliar o conhecimento sobre o câncer bucal de estudantes de um curso de Odontologia nos Emirados Árabes. Os resultados foram obtidos a partir da análise dos questionários respondidos por 270 alunos do primeiro ao quinto ano da graduação. Obteve-se que 83% dos estudantes apontaram o tabaco como fator de risco para o câncer bucal e 74,4% identificaram corretamente o uso de álcool. Apesar disso, quase metade dos alunos considerou erroneamente a má higiene bucal como fator de risco, assim como 66,6% consideraram como tal as próteses mal adaptadas. O estudo mostrou uma aparente falta de conhecimento sobre os fatores de risco para o câncer bucal entre os estudantes de Odontologia, e os autores consideraram necessária uma melhora do currículo, com maior ênfase no câncer bucal (RAHMAN et al., 2013).

Razavi e colaboradores (2013) conduziram estudo com dentistas iranianos, com o intuito de avaliar o nível de conhecimento e atitudes dos profissionais no que se refere ao câncer bucal. Apenas um quinto dos participantes relatou realizar exame para detecção do câncer bucal em todos os seus pacientes com idade superior a quarenta anos; os que não realizavam alegaram ser a falta de conhecimento o principal impedimento para a prática. Os autores julgaram ser necessária maior ênfase à prevenção do câncer bucal nos cursos de graduação de

Odontologia e apoiam o desenvolvimento de cursos de educação continuada sobre o tema (RAZAVI et al., 2013).

Shaila e colaboradores (2013) realizaram estudo piloto, com o intuito de avaliar o conhecimento, atitudes e práticas preventivas dos dentistas de Dakshina Kannada, na Índia, no que concerne ao câncer bucal. Foi aplicado um questionário contendo 18 questões sobre o tema. Aproximadamente 98% dos dentistas relataram nunca terem realizado citologia esfoliativa em suas clínicas. Apenas, 29,5% realizaram biópsias quando encontraram lesões suspeitas em seus pacientes. Somente 13% dos profissionais declararam aconselhar seus pacientes tabagistas para cessação do hábito. Cerca de 72% sentiram a necessidade de treinamento e receberam de maneira positiva a sugestão de participar de oficinas práticas nessa direção. Além disso, 86% julgaram também necessária à consultoria por profissionais de Patologia Oral em suas clínicas. Os autores identificaram uma lacuna existente nos conhecimentos e práticas entre os dentistas, o que enfatiza a necessidade de criação de estratégias educacionais apropriadas que possam ser implantadas o mais breve possível (SHAILA et al., 2013).

Na Índia, em 2013, Shenoy e colaboradores realizaram estudo visando avaliar o nível de conhecimento de estudantes do segundo ano de Medicina, da Universidade Manipal, sobre o câncer bucal. A maioria dos entrevistados afirmou estar ciente dos fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia, porém, apenas 26,7% orientavam seus pacientes sobre isso. Um total de 58,4% dos participantes relataram já terem tido a oportunidade de examinar pacientes com lesões orais, mas apenas 39,6% dos alunos examinavam regularmente a mucosa oral dos seus pacientes. A maioria (63,4%) dos estudantes admitiu não dispor de conhecimentos suficientes para atuar na prevenção do câncer bucal e 90% solicitou mais informações sobre a prevenção e detecção precoce da doença. Mais da metade dos alunos não conhecia as opções de tratamento da neoplasia, e a maioria declarou que encaminharia para o Oncologista um paciente diagnosticado com câncer bucal. Em conclusão, os autores sugeriram ser necessária a introdução de atividades educacionais sobre o câncer bucal para os estudantes de graduação em Medicina daquela universidade (SHENOY et al., 2013).

Alaizari e Al-Maweri (2014) conduziram estudo no Iêmen, para investigar o conhecimento, práticas e opiniões dos cirurgiões-dentistas dos setores público e privado em relação ao câncer bucal. Como resultado, obtiveram que a maioria dos odontólogos (96,38%) apontou o tabaco como o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença, e 82,8% mencionaram o CEC como a neoplasia bucal maligna

mais comum. Com relação aos procedimentos de diagnóstico, um pouco mais de dois terços dos odontólogos (68,3%) respondeu realizar o exame oral rotineiramente. Enquanto 47,1% dos entrevistados supuseram estar devidamente treinados para identificar o câncer de boca, a maioria (86%) julgou necessitar de mais informações a respeito da identificação da doença. A idade jovem e a graduação recente foram significativamente associadas a um melhor conhecimento por parte dos participantes. Os autores concluíram haver necessidade de desenvolvimento de programas de educação continuada para os cirurgiões-dentistas, que abordem os déficits de conhecimento, visando melhorar o desempenho dos profissionais quanto à detecção precoce e prevenção do câncer bucal (ALAIZARI; AL-MAWERI, 2014).

Joseph, Sundaram e Ellepola (2014) avaliaram o conhecimento sobre câncer bucal de estudantes de Odontologia da Universidade do Kuwait. Em geral, o conhecimento dos alunos sobre as manifestações clínicas foi maior do que o conhecimento sobre os fatores de risco. Uma porcentagem expressiva de alunos identificou o tabaco (98,6%) e álcool (76,7%) como principais fatores de risco, e 75,3% relatou efetuar aconselhamento para modificação desses hábitos. Apenas um quinto dos alunos considerou a inspeção visual como um método de rastreamento eficaz. Outro dado considerado alarmante pelos autores foi o fato de apenas 2,7% dos estudantes terem assistido a realização de uma biópsia durante a graduação. O estudo enfatizou a necessidade de um programa de ensino mais estruturado durante o curso, de forma que os estudantes sintam-se capacitados para realizar a prevenção, diagnóstico e auxiliar no tratamento multidisciplinar da neoplasia (JOSEPH; SUNDARAM; ELLEPOLA, 2014).

Os dentistas são, na maioria das vezes, os profissionais procurados pelos pacientes para tratar doenças na cavidade oral. Portanto, devem estar aptos para detectar lesões suspeitas durante a prática clínica rotineira. Levando em consideração isso, Saleh e colaboradores, em 2014, conduziram estudo com cirurgiões-dentistas da Malásia para determinar o nível de conhecimento dos mesmos sobre os sinais precoces e fatores de risco associados ao câncer bucal. O nível de conhecimento sobre as manifestações clínicas e fatores de risco foi alto e a maioria dos entrevistados (80%) relatou fornecer aconselhamento aos seus pacientes para cessação do tabagismo. Além disso, 84,8% dos dentistas reportou realizar exame da cavidade oral para detecção de alterações bucais rotineiramente em suas práticas clínicas. Apesar dos resultados da pesquisa terem sido satisfatórios, os autores acreditam que programas de educação continuada para os profissionais devam ser

desenvolvidos, para corrigir déficits de conhecimento e falhas na prática clínica no que diz respeito ao câncer bucal (SALEH et al., 2014).

Kujan et al (2014) avaliaram o conhecimento e atitudes de estudantes do quarto, quinto e sexto ano do curso de Odontologia da Faculdade Al-Farabi, na Arábia Saudita, sobre o câncer bucal. Constatou-se que 87% dos alunos sentiam-se preparados para realizar exame oral sistemático para detectar alterações sugestivas de malignidade. Conquanto, 37% relataram não se sentirem treinados adequadamente para aconselhar os pacientes quanto à cessação do uso de tabaco e álcool. Na opinião dos autores, os achados reforçaram a primordialidade de reforço do currículo acadêmico odontológico em relação ao câncer bucal, singularmente na sua prevenção e detecção precoce (KUJAN et al., 2014).

No Iêmen, foram aplicados aos estudantes do quarto e quinto ano do curso de graduação em Odontologia da Universidade de Sana'a, questionários contendo questões relacionadas ao conhecimento sobre o câncer bucal, fatores de risco e práticas preventivas. Cerca de 92,6% dos estudantes relatou o CEC como forma mais comum de câncer bucal e 85,3% apontou a língua e o assoalho de boca como local mais provável de acometimento da neoplasia. A maioria dos alunos identificou o fumo e o tabaco sem fumaça como fatores de risco preponderantes para câncer bucal. Ainda que a maioria tenha demonstrado disponibilidade para orientar seus pacientes a respeito dos fatores de risco, apenas 40% relatou sentir-se devidamente treinados para fornecer tais orientações. Os autores sugeriram a necessidade de reforço do currículo do curso de graduação em Odontologia, no que concerne à prevenção e detecção precoce da doença (AL-MAWERI et al., 2015).

Tax e colaboradores (2015) conduziram estudo para investigar se os higienistas dentais da Nova Escócia, província localizada no leste do Canadá, estariam aplicando seus conhecimentos para detecção precoce do câncer bucal nas suas práticas clínicas. O estudo revelou que, embora os profissionais se julgassem bem informados sobre a detecção precoce do câncer bucal, apenas uma pequena porcentagem (13%) realizavam exame extraoral, e 7% realizavam exame intraoral. Quando questionados sobre os fatores de risco associados ao desenvolvimento da neoplasia, 58% considerou o tabagismo, 56,6% o histórico de câncer prévio, 39,6% o consumo de álcool e 37,7% a idade avançada. O estudo também detectou as barreiras que impediam esses profissionais de realizar exames de rotina em busca de alterações bucais, tendo sido citadas a falta de tempo (45,3%), o dentista que realiza o exame (21,6%) e a preocupação com a conformidade do paciente (7,1%). Quase a totalidade dos participantes (99%) relatou interesse em frequentar cursos

de educação continuada sobre o tema no futuro. Os autores concluíram afirmando que dentistas e higienistas dentais devem trabalhar em conjunto para garantir um melhor atendimento aos seus pacientes, uma vez que ambos os profissionais são responsáveis por garantir a detecção precoce do câncer bucal em suas práticas clínicas (TAX et al., 2015).

A importância do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce

O diagnóstico precoce e o tratamento em tempo oportuno das neoplasias bucais têm papel fundamental não só no aumento da sobrevida dos pacientes como em sua qualidade de vida. No entanto, de acordo com dados dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) de hospitais habilitados em alta complexidade em oncologia (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – Unacon e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – Cacon), no Brasil, no período de 2007 a 2011, na maioria dos casos de câncer bucal, o tratamento foi iniciado em estágios avançados. Entre os homens, cerca de 80% das neoplasias bucais foram registradas como estágio III e IV, e, entre as mulheres, 65% (BRASIL, 2014).

De acordo com Sartori (2004), o CEC é tem ocorrido em aproximadamente 95% dos casos de câncer bucal e menos de 1% dos casos é diagnosticado em fase inicial, o que traduz uma absoluta falta de diagnóstico precoce (SARTORI, 2004).

Nos casos de diagnóstico precoce, as complicações no tratamento podem ser minimizadas, as intervenções podem ser mais conservadoras e os resultados estéticos e funcionais melhores, aumentando o índice de sobrevida e de qualidade de vida do paciente (LIMA et al., 2005). No entanto, lesões iniciais - geralmente assintomáticas - não são devidamente valorizadas pelo próprio indivíduo e nem pelos profissionais de saúde, sugerindo falta de conhecimento da doença, deficiência na procura de atendimento por parte do indivíduo e/ou do acesso e qualidade da assistência à saúde, fator este ligado a uma ausência de programas governamentais que visem à prevenção (SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010).

Concordando com isso Cutrim, Thomas e Lopes (2000) afirmaram que o retardo do 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 (CUTRIM; THOMAZ; LOPES, 2000).

Além de o exame clínico da cavidade bucal apresentar facilidades naturais para a abordagem clínica do cirurgião dentista, também não induz desconforto para o examinado, sendo uma estratégia importante para obtenção de um diagnóstico precoce (ANTUNES; TOPORCOV; WÜNSCH-FILHO, 2007). O cirurgião-dentista deve ser um elemento de difusão de informações sobre o câncer bucal, facilitando assim o acesso dos pacientes às medidas preventivas ou de diagnóstico precoce. É preciso conjugar esforços para levar a educação e a informação como as melhores formas de prevenção (DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005).

A prevenção do câncer bucal está intimamente relacionada ao diagnóstico precoce e à mudança de comportamento do indivíduo, como medidas de abandono do uso de tabaco e bebidas alcoólicas, principalmente. O cirurgião-dentista é fundamental nesse processo, por ser capacitado para diagnosticar a doença nos diversos estágios e para sensibilizar os indivíduos quanto aos fatores de risco (FALCÃO et al., 2010). Os cirurgiões dentistas são, teoricamente, os profissionais mais capacitados a informar seus pacientes e a população sobre o câncer bucal, devido a sua área de atuação ser especificamente a região de ocorrência dessa neoplasia (ALFANO; HOROWITZ, 2001). Desta forma, além do conhecimento específico, é preciso que estes profissionais desenvolvam atitudes positivas, valores pessoais, habilidades no relacionamento, domínio psicológico e autoconfiança como subsídio ao sucesso do tratamento (PRIETO et al., 2005).

Já que cabe ao cirurgião dentista examinar, reconhecer, diagnosticar e orientar seu paciente com precisão e rapidez, estudantes, professores, e as instituições de ensino odontológico devem incorporar esse conceito preventivo (BRASIL, 2001). O papel das faculdades de Odontologia nesse campo é muito grande, pois a consciência para o problema deve ser despertada desde a graduação, sendo que a filosofia preventiva deve ser inculcada fortemente com os alunos (DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005).

Formação discente e diagnóstico precoce do câncer de boca

No Brasil, o perfil desejado para a formação profissional em saúde está refletido nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em várias carreiras (LIMA, 2005). Em 2002, ocorreu a homologação das DCN para o Ensino de Graduação em

Odontologia, tendo definido os princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação de cirurgiões dentistas, para aplicação em âmbito nacional (BRASIL, 2002b). O perfil do egresso é definido no Artigo 3º daquela Resolução:

Art. 3º. Art. 3º O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. (BRASIL, 2002b).

As competências e habilidades gerais a serem desenvolvidas estão definidas no Art. 4º, e incluem o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, bem como a avaliação, sistematização e decisão pelas condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2002b). No Art. 5º, onde são listados os conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades específicas, estão à identificação de doenças e distúrbios bucomaxilofaciais e a realização de procedimentos adequados para investigação, prevenção, tratamento e controle das mesmas.

As DCN são implementadas por meio dos projetos pedagógicos (PP) de cada curso, que por sua vez orientam o perfil acadêmico e profissional do egresso (BRASIL, 2002b). O atual PP do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC data de 2006 (UFSC, 2006), e tem por objetivo contextualizar, investigar e ensinar os saberes e fazeres da Odontologia, necessário para formar Cirurgiões Dentistas habilitados para o exercício de uma profissão contemporânea, promotora de saúde e fundamentada nos preceitos da ética, da moral, da ciência, da filosofia e, principalmente, voltada para realidade da população brasileira (UFSC, 2006). A Política Nacional de Saúde Bucal - que deve,

por sua vez, espelhar a realidade nacional - pontua claramente a necessidade de organização e desenvolvimento de ações de prevenção e controle do câncer bucal, tais como: realização rotineira de exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal; oferta de oportunidades de identificação de lesões (busca ativa em visitas domiciliares ou em campanhas específicas); acompanhamento de casos suspeitos e confirmados; e estabelecimento de parcerias para prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer bucal com Universidades e outras organizações (BRASIL, 2004).

Outros documentos do Ministério de Saúde também estabelecem o câncer de boca como prioridade. O Caderno de Atenção Básica nº 17 (BRASIL, 2008a), por exemplo, aponta o câncer de boca como um dos principais agravos em saúde bucal no Brasil, listando as recomendações para a referência dos pacientes aos serviços especializados, de forma a propiciar o diagnóstico de lesões com potencial de malignização ou com suspeita de malignidade, a partir das Unidades Básicas de Saúde. O Manual de Especialidades em Saúde Bucal (BRASIL, 2008b) também ressalta a importância das equipes de saúde bucal no controle e diagnóstico precoce do câncer bucal, já que as suas manifestações podem ser reconhecidas em estágios iniciais de evolução em numerosas situações, e do fato da boca ser uma região de fácil acesso ao exame clínico profissional.

Considerando as questões levantadas, é importante que os estudantes de Odontologia conheçam durante a sua graduação as diversas formas de controle do câncer de boca, para que possam aplicar na prática de sua profissão ações que minimizem o avanço dessa doença. Devido o impacto que o câncer exerce na sociedade, fica clara a importância da Universidade na formação dos alunos, futuros profissionais, cirurgiões dentistas, que atuarão na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença (CASTRO; COSTA; OLIVEIRA-NETO, 2011).

3 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o nível de conhecimento e prática de atitudes preventivas em relação ao câncer bucal por estudantes do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

2.2 Objetivos Específicos

- Traçar um perfil dos estudantes do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC em relação ao gênero, faixa etária e hábito de fumar.
- Levantar o conhecimento dos estudantes sobre características clínicas e epidemiológicas do câncer de boca bem como os seus fatores de risco.
- Conhecer a conduta dos estudantes na referência de pacientes com lesões confirmadas histologicamente como sendo câncer bucal.
- Identificar as atitudes dos estudantes no que se refere à busca ativa de lesões de câncer bucal e suas lesões precursoras nos pacientes por eles atendidos.
- Conhecer a percepção dos estudantes com relação ao treinamento recebido na graduação no que se refere à detecção dessas lesões, bem como a importância do cirurgião dentista na prevenção e diagnóstico do câncer bucal.

4 METODOLOGIA

Aspectos legais e éticos

O projeto que deu origem a esta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo sido aprovado em 11 de outubro de 2016, sob o parecer nº 1.771.469 (Anexo).

Delineamento

Esse estudo caracteriza-se como uma pesquisa transversal de natureza descritiva e analítica, com coleta e análise de dados de caráter quantitativo.

População e amostra

A população foi composta de acadêmicos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. A amostra intencional foi constituída pelos alunos regularmente matriculados na primeira, segunda, quarta, quinta, nona e décima fases do curso, com idade superior a 18 anos.

Métodos

Fase I: procedimentos realizados para a coleta de dados

Os alunos foram convidados a participar da pesquisa em sala de aula, no próprio campus universitário, após breve explicação sobre a temática, objetivos e metodologia da pesquisa. Aos que consentiram, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), em duas vias (uma para o participante e outra para arquivo dos pesquisadores).

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário adaptado de Dib (2004), disponível no apêndice A, contendo trinta e cinco questões exclusivamente fechadas, ou seja, o instrumento de coleta teve alternativas específicas para que o entrevistado escolhesse uma, ou mais, delas. A opção por este instrumento ocorreu pelo fato de ser em língua portuguesa, ter sido validado, e por ter sido aplicado em diversas pesquisas em diferentes regiões do Brasil, como é o caso do estudo de Moraes (2003), Falcão (2010), Garbin (2007), Martins (2008), Cimardi

(2009), Lopes (2015), entre outros, permitindo comparações. Dib em 2004 validou o instrumento aplicando-o em estudantes de Odontologia em diversas fases da Graduação.

Para manter o sigilo dos participantes e para permitir que o questionário fosse excluído da amostra, caso houvesse alguma desistência, no TCLE foram escritos números aleatórios e, quando entregue os questionários aos participantes, os mesmos foram orientados a escrever no questionário o número referente ao seu TCLE.

O preenchimento do questionário foi realizado pelo próprio participante, enquanto a pesquisadora permaneceu no local à disposição para esclarecimentos. Os questionários foram aplicados sem controle de tempo.

As variáveis investigadas foram: idade, gênero, hábito de fumar; conhecimento das características clínicas da ocorrência do câncer bucal, como por exemplo, tipo mais comum de câncer bucal, 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 bucal, como uso drogas injetáveis, câncer prévio, consumo de álcool, consumo de tabaco, historia familiar, estresse emocional, baixo consumo de frutas e vegetais, sexo oral, próteses mal adaptadas, dentes em mau estado, bebidas condimentadas, higiene oral deficiente, contágio direto, bebidas e comidas quentes e obesidade; atitude realizada frente ao diagnóstico de câncer bucal, conduta no encaminhamento de casos confirmados; autoavaliação do nível de conhecimento, segurança para realizar o diagnóstico, informação ao paciente, formação adequada na graduação.

Fase II: descrição e exploração dos dados

Os dados coletados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Excel 2010®.

Os estudantes foram divididos em grupos:

- Grupo 1 (G1): ingressantes, representados por alunos do primeiro e segundo períodos do curso;
- Grupo 2 (G2): alunos do final do quarto período e de quinto período, já que o conteúdo sobre câncer bucal é abordado de forma mais enfática nas disciplinas de Estomatologia e Patologia Bucal, ambas ministradas no quarto período;

- Grupo 3 (G3): concluintes, representados por aqueles do final do nono período e do décimo período.

Os dados dos questionários foram divididos em:

- dados demográficos (idade, gênero, fase e hábito de fumar);
- conhecimento sobre as características clínicas mais frequentes no desenvolvimento/ocorrência do câncer bucal (tipo histológico, região anatômica e faixa etária de maior frequência, aspecto clínico e lesão precursora mais comum, características da metástase regional e estágio de desenvolvimento no momento do diagnóstico);
- conhecimento sobre os fatores de risco (consumo de álcool/tabaco, câncer prévio, história familiar);
- atitudes relacionadas à prevenção e ao diagnóstico de câncer bucal;
- conduta na referência de pacientes com lesões confirmadas histologicamente como sendo câncer bucal;
- auto-avaliação do nível de conhecimento, segurança para realizar o diagnóstico, informação ao paciente;
- opinião sobre a formação recebida sobre o assunto durante a graduação.

As questões foram separadas em três blocos, sendo atribuído a cada bloco um valor (peso) diferente, como realizado no estudo de (MORAIS, 2003):

- Bloco 1 - Valor total atribuído de 6 pontos:
Composto pelas questões referentes às características clínicas e referência de pacientes com câncer; portanto, constituído por 7 questões, cada qual com 0,8571 pontos.
- Bloco 2 - Atribuiu-se o valor de 4 pontos:
Composto pelas questões referentes ao estágio de diagnóstico e fatores de risco, contendo um total de 16 questões, sendo 0,25 cada;
- Bloco 3 - Não se atribuiu valor.

Composto pelas demais questões (dados demográficos e opiniões), as quais não interferem na avaliação do conhecimento dos participantes.

Para as questões dos blocos 1 e 2 atribuiu-se o escore 1 para os acertos e 0 para os erros. Para as questões que não foram respondidas atribuiu-se escore 9. Ao final, somaram-se os escores para obter a quantidade de acertos: (i) em cada questão nos diferentes grupos, a fim de construir uma curva de aprendizado durante o curso de Graduação, e (ii) de cada participante nos diferentes blocos, a fim de atribuir uma nota a cada um deles.

Esta nota foi obtida pela média ponderada dos participantes nos blocos 1 e 2, a qual foi categorizada em conceitos:

- Conceito A: notas entre 9 e 10;
- Conceito B: notas entre 7 e 8,99;
- Conceito C: notas entre 5 e 6,99;
- Conceito D: notas abaixo de 4,99.

A análise descritiva foi realizada em todas as questões, para todos os grupos. Entretanto, deu-se maior ênfase para o G3, apresentando posteriormente em gráficos, tendo em vista o interesse de se obter o conhecimento acerca do câncer bucal dos egressos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC.

Para estatística analítica, os dados foram analisados no *software* IBM® SPSS versão 21, assumindo 95% de significância. Utilizou-se o teste do qui-quadrado para realizar o cruzamento das variáveis G2 e G3, G3 e questão 5 e G3 e questão 33, avaliando a relação entre elas. Não foi realizado o cruzamento nos demais grupos, tendo em vista que o grupo G1 e G2 ainda se encontravam em processo de aprendizado e o maior interesse era avaliar o conhecimento do egresso no curso.

5 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 230 acadêmicos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, sendo 74 participantes do G1, 78 do G2 e 78 do G3. A tabela 1 mostra a quantidade e porcentagem de participantes em relação ao gênero e hábito de fumar, nos diferentes grupos.

Tabela 1 - Distribuição das respostas dos participantes, de acordo com os grupos, segundo fatores demográficos.

Variável	Categoria	G1		G2		G3	
		n	%	n	%	n	%
Gênero	Masculino	17	23	20	25,6	24	30,8
	Feminino	57	77	58	74,4	54	69,2
Hábito de fumar	Sim	3	4,1	1	1,3	1	1,3
	Não	67	90,5	75	96,2	70	89,7
	Parou	2	2,7	1	1,3	0	0,0
	NR	2	2,7	1	1,3	7	9,0

*Legenda: NR (não respondeu)

FONTE: Dados da pesquisa

Nos três grupos, G1, G2 e G3 a maior parte da amostra constituiu-se de estudantes do gênero feminino. A média de idade dos participantes do G1 foi de 20,3 anos (desvio padrão de $\pm 2,7$); no G2 foi de 21,4 (desvio padrão de $\pm 2,5$) e no G3 foi de 24,3 (desvio padrão de $\pm 2,9$).

Em relação ao hábito de fumar, constatou-se a ausência do consumo de tabaco pela maioria dos integrantes dos três grupos. Por se tratar de futuros odontólogos, profissionais da área da saúde, este resultado é satisfatório.

Quanto à avaliação dos dados obtidos nas questões referentes às características clínicas do câncer bucal, optou-se por avaliar os resultados encontrados nos grupos G2 e G3, cujos alunos já haviam cursado as disciplinas responsáveis por abordar o tema na graduação (Patologia Bucal e Estomatologia). Constatou-se que 73 (93,6%) dos alunos do G2 e 70 (89,7%) do G3, responderam corretamente que o tipo de câncer mais comum é o Carcinoma Espinocelular (CEC). Resultado

que consideramos satisfatório, visto que dificilmente atinge-se a totalidade de acertos numa questão.

No presente estudo, um total de 50 alunos (64,1%) do G2 e 52 (66,7%) do G3 responderam corretamente a questão referente à região mais frequente do câncer bucal. Porém, 21 alunos (26,9%) do G2 e 19 alunos (24,4%) do G3 não souberam responder a questão. O conhecimento acerca da região mais acometida é fundamental para nortear os futuros profissionais na realização do exame da cavidade oral em busca de alterações.

Quanto ao aspecto mais comum do câncer bucal, 70,5% (n=55) dos estudantes do G2 e 71,8% (n=56) dos alunos do G3, responderam corretamente ser a úlcera indolor a principal lesão associada. Entretanto, 28,2% (n=22) dos participantes do G2 e 19,2% (n=15) do G3 erraram a questão.

A faixa etária de maior ocorrência para o câncer bucal é conhecida por quase a totalidade dos estudantes do G2 (97,4%) e pela maioria dos integrantes do G3 (93,6%).

Dos 78 alunos do G2, 65 (83,3%) identificaram corretamente o linfonodo mais característico em metástase cervical quando palpado como duro, sem dor, podendo ou não apresentar mobilidade. No G3, a porcentagem dos estudantes respondendo corretamente a questão diminuiu para 71,8%, sendo que, 21,8% assinalaram alternativas erradas e 6,4% não souberam responder.

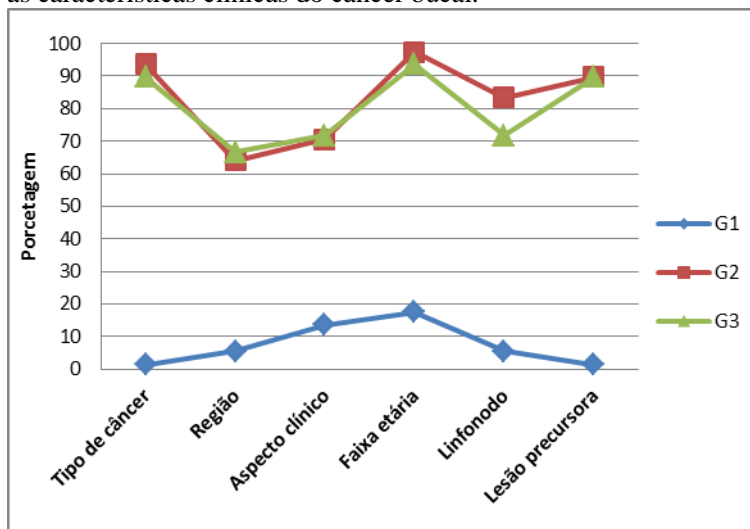
O total de 69 alunos do G2 (88,5%) e 54 (69,2%) do G3 relataram que as lesões de câncer bucal são diagnosticadas com maior frequência em estágios avançados.

Neste estudo, tanto no G2 quanto no G3 89,7% (n=70) dos alunos identificaram a leucoplasia como a condição mais comumente associada ao câncer bucal.

O gráfico da Figura 1 compila comparativamente as respostas corretas para as características clínicas do câncer bucal entre os diferentes grupos. Como esperado, constatou-se uma grande evolução em termos de conhecimentos adquiridos na comparação do G1 com os demais grupos; no entanto, observou-se que o conhecimento em G1 não foi nulo, indicando que algumas informações já circulam na população em geral (como o aspecto típico de úlcera indolor e a faixa etária de maior ocorrência da doença). Quando comparados os grupos G2 e G3, percebe-se que o nível de conhecimento foi muito semelhante, sugerindo que o conhecimento adquirido nas disciplinas teóricas vem sendo, de forma geral, mantido na fase clínica do curso.

Neste estudo, foram considerados como fatores de risco os mesmos aspectos considerados por Dib (2004): consumo de tabaco e álcool, história de câncer prévio e antecedente familiar (predisposição genética).

Figura 1 – Comparação entre os grupos segundo o conhecimento sobre as características clínicas do câncer bucal.



FONTE: Dados da pesquisa.

A análise dos dados permitiu constatar que o consumo de tabaco foi reconhecido como importante fator de risco por praticamente todos os participantes do estudo, inclusive no G1. Obteve-se uma porcentagem de acertos de 85,1% no G1 e 98,7% no G2 e G3.

O consumo de álcool também foi indicado pela maioria dos participantes do G2 (98,7%) e G3 (97,4%) como fator de risco para o desenvolvimento do câncer bucal.

A história familiar de câncer foi identificada como fator de risco por 87,2% dos participantes do G2 e por 96,2% do G3. O fato de ter apresentado outro câncer previamente foi considerado fator de risco por 91% do G3 e 62,8% do G2, sendo que neste último grupo 20,5% considerou não ser fator de risco, 15,4% não souberam responder e 1,3% não responderam.

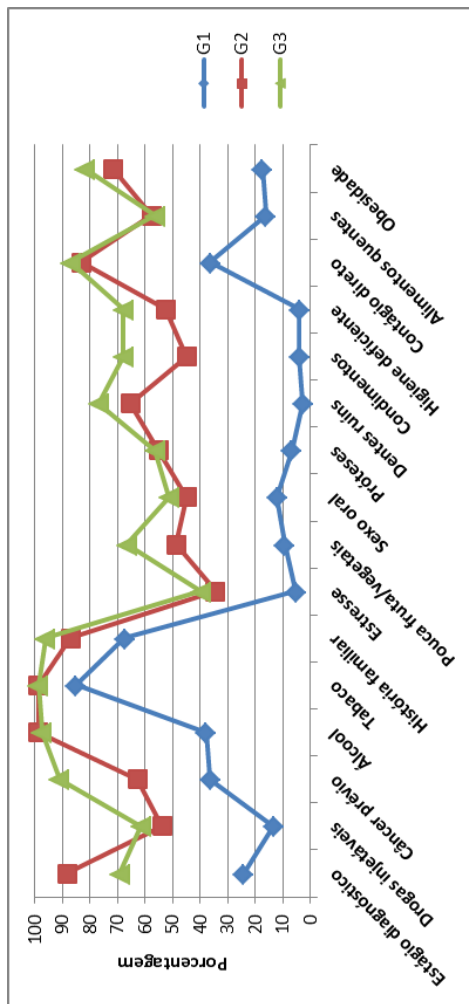
Em se tratando dos aspectos controversos na literatura, pode-se observar dúvidas por parte dos alunos. Aproximadamente metade dos

alunos do G2 e G3 consideraram o estresse emocional como fator de risco. O baixo consumo de frutas e vegetais foi assinalado como fator de risco por 24,4% (n=19) do G2 e, também, 24,4% (n=19) assinalaram não saber; no G3, 20,5% (n=16) consideraram esse aspecto como fator de risco e 10,3% (n=8) relataram não saber.

O sexo oral foi considerado como fator de risco por 37,2% (n=29) dos alunos do G2 e 39,7% (n=31) do G3. Próteses mal adaptadas, dentes em mau estado, bebida condimentada, má higiene bucal e bebidas e comidas quentes foram itens onde os alunos também demonstraram dúvidas. O contágio direto e a obesidade foram identificados pela maioria dos participantes do G2 e G3 como não sendo fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Tanto no G2 quanto no G3, 14,1% (n=11) consideraram drogas injetáveis como fator de risco, sendo que 30,8% (n=24) no G2 e 16,7% (n=13) no G3 assinalaram não saber responder.

A Figura 2 compila os dados e oferece uma visão comparativa entre os grupos no tocante ao conhecimento sobre os fatores de risco para a doença. Novamente ficou evidente que mesmo entre os alunos do G1 houve identificação de fatores de risco, com 85,1% de acertos para o tabagismo e 37,8% para o consumo de álcool. Esse dado novamente sugere que os fatores de risco mais vinculados à mídia e campanhas preventivas sejam de conhecimento da população em geral. Ao confrontar G2 e G3, percebe-se que os grupos apresentam um nível de conhecimento similar. Nas questões que perguntavam sobre o consumo de álcool e bebidas e comidas quentes, G2 expôs uma maior porcentagem de acertos. Nas demais questões, G3 apresentou taxa de acertos maior ou igual ao G2.

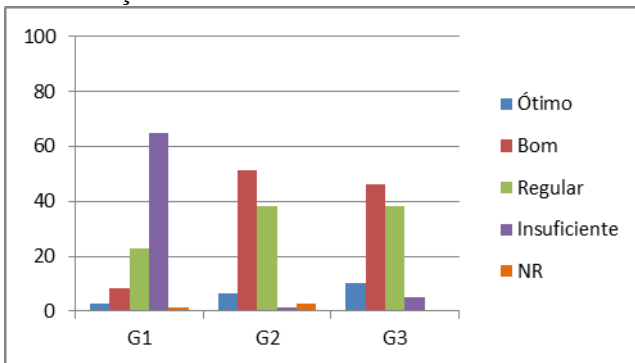
Figura 2 – Comparação entre os três grupos segundo o conhecimento sobre os fatores de risco para câncer bucal



FONTE: Dados da pesquisa

No que se refere à autoavaliação quanto ao nível de conhecimento sobre o câncer bucal (Figura 3), observou-se que do G1 a maioria (64,9%) considerou seu nível de conhecimento sobre o tema como insuficiente. No G2 e G3 a maioria, respectivamente 51,3% e 46,2%, considerou como bom seu nível de conhecimento. Poucos alunos se consideraram com nível ótimo de conhecimento.

Figura 3 - Distribuição das respostas entre os três grupos referentes à autoavaliação de conhecimento sobre o câncer bucal



FONTE: Dados da pesquisa

Quando questionados sobre a realização de exame visando identificar lesões bucais, 11,5% (n=9) dos participantes do G3 relataram não realizar o exame para detectar lesões bucais; 88,5% (n=69) dos entrevistados afirmaram examinar a boca de seus pacientes com a finalidade de identificar lesões bucais.

Na questão seguinte, os alunos do G3 foram questionados sobre motivo que os levava a não realizarem o exame, sendo que 91% (n=71) relatou realizar o exame, 7,7% (n=6) não responderam e apenas um estudante apontou não realizar por não saber como fazê-lo.

Uma proporção expressiva do G3 (82,1%) considera que seus pacientes não estão suficientemente informados sobre os aspectos preventivos e de diagnóstico do câncer bucal.

Quanto ao nível de confiança para realizar procedimento diagnóstico (biópsia) para o câncer bucal, também se considerou apenas as respostas do G3, que realiza atendimento a pacientes. Dos 78 alunos, 83,3% (n=65) relataram ser baixo seu nível de confiança para o procedimento.

Em relação ao treinamento para a detecção do câncer bucal durante o curso de graduação, 69,2% (n=54) dos estudantes do G3 consideraram receber tal treinamento. Questionados a seguir se este treinamento era suficiente, 70,5% (n=55) julgou que não. Esses resultados sugerem que o exame deva ser mais enfatizado durante a formação dos discentes.

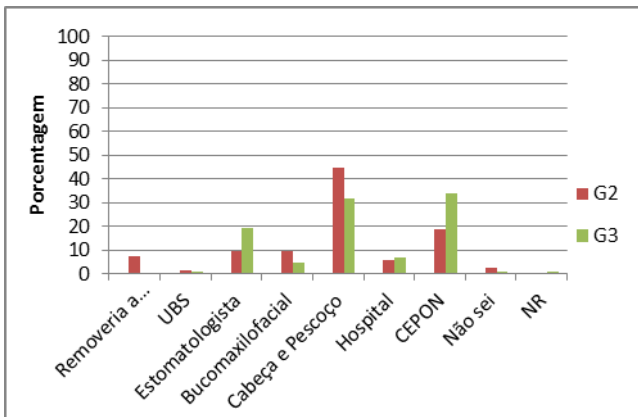
Por fim, a maioria dos estudantes dos três grupos estudados reconhece a importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal.

O diagnóstico precoce do câncer bucal e o correto referenciamento do paciente para tratamento são as melhores formas de aumentar a sobrevida e diminuir a morbidade e a mortalidade pela doença ⁴⁹.

No questionário proposto por Dib (2004), onde esta e outras pesquisas do gênero se basearam no Brasil, uma das questões é: *“Quando você encontra lesões bucais suspeitas de malignidade, como você encaminha o caso?”*. Optou-se por adaptar a questão para o seguinte texto: *“Considere que você realizou uma biópsia em uma lesão suspeita e o histopatológico confirmou tratar-se de câncer. Qual seria sua conduta?”*. Como alternativas de resposta, constavam: (1) Removeria a lesão remanescente com ampla margem de segurança; (2) Encaminharia para a unidade básica de saúde; (3) Encaminharia para o estomatologista; (4) Encaminharia para o cirurgião bucomaxilofacial; (5) Encaminharia para o cirurgião de cabeça e pescoço; (6) Encaminharia para o hospital; (7) Encaminharia para o CEPON (Centro Oncológico em Florianópolis) (8) Não sei.

Neste item, 60,3% dos alunos do G2 e 71,8% do G3 encaminhariam o paciente de forma correta. Na Figura 4 é possível observar que, equivocadamente, 19,3% (n=17) dos alunos do G3 encaminhariam o paciente para o estomatologista, e 4,5% (n=4) para o cirurgião bucomaxilofacial. No G2, 9,3% (n=11) encaminhariam para o estomatologista e a mesma porcentagem também relatou que referenciaríamos para o cirurgião bucomaxilofacial. No G2 9 alunos (7,6%) relataram que removeriam a lesão remanescente com ampla margem de segurança, conduta esta absolutamente equivocada.

Figura 4 – Distribuição das respostas dos grupos G2 e G3 quanto à referência de pacientes com laudo histopatológico conclusivo para câncer bucal

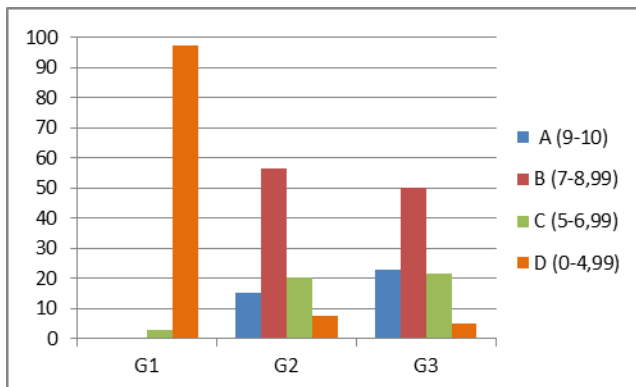


NR: Não respondeu

FONTE: Dados da pesquisa

Para uma análise geral do nível de conhecimento dos alunos, foram atribuídos conceitos de acordo com o número de acertos nos blocos 1 (características clínicas e referência) e 2 (estágio do diagnóstico e fatores de risco), de forma ponderada em relação à importância relativa para o diagnóstico (Figura 5). Considerou-se como insatisfatório os níveis de conhecimento expressos pelos conceitos C e D. Como esperado, no G1 nenhum aluno atingiu conceito A; a maioria (n=72) obteve conceito D e C (n=2). No G2 a maioria dos alunos (n=44) alcançou conceito B, 16 conceito C, 12 conceito A e 6 conceito D. No G3, 39 alunos obtiveram conceito B, 18 conceito A, 17 conceito C e 4 conceito D. Desta forma, e considerando os alunos concluintes (G3), evidenciou-se que 26,9% (n=21) não alcançaram um nível de conhecimento satisfatório sobre o tema.

Figura 5 – Frequência dos conceitos obtidos pelos participantes da pesquisa nos diferentes grupos.



FONTE: Dados da pesquisa.

Na estatística analítica, observou-se diferença estatística somente no cruzamento entre o conceito obtido e a autoavaliação dos participantes do estudo ($p < 0,05$). Proporcionalmente, observou-se que a maioria dos estudantes com melhor desempenho são aqueles com melhor autoavaliação (Tabela 2). Dos 78 estudantes do G3, 81,1% que se autoavaliaram com nível ótimo ou bom de conhecimento realmente obtiveram conceitos suficientes, e 38,2% que se autoavaliaram com nível regular ou insuficiente realmente obtiveram conceitos C ou D (insuficiente). No entanto, 61,8% daqueles que se autoavaliaram com nível regular ou insuficiente obtiveram conceitos A ou B, evidenciando que subestimaram seus conhecimentos. Por outro lado, 18,2% superestimaram seu nível de conhecimento.

O total de 71,8% dos integrantes do G2 e 73,1% do G3 obtiveram conceito suficiente. Os conceitos C e D foram obtidos por 28,2% dos alunos do G2 e por 26,9% do G3 (Tabela 2). Assim, não houve diferença estatística entre o nível de conhecimento dos grupos G2 e G3 ($p = 0,858$).

O cruzamento dos conceitos obtidos no G3 com a opinião sobre o treinamento oferecido durante o curso não foi estatisticamente significativo ($p = 0,245$). Observou-se que 80% ($n = 44$) dos alunos que consideravam o treinamento insuficiente, obtiveram conceitos A ou B, mostrando que mesmo aqueles que julgavam falha na sua formação, obtiveram bom nível de conhecimento acerca das características clínicas, fatores de risco e referenciamento de pacientes com diagnóstico de câncer bucal (Tabela 2).

Tabela 2 – Relação de frequência dos conceitos obtidos pelos participantes nos grupos G2 e G3, na autoavaliação de conhecimento e na opinião sobre treinamento suficiente.

		Conceitos		
		A/B n (%)	C/D n (%)	Total n (%)
GRUPOS	G2	56 (71,8%)	22 (28,2%)	78 (100%)
	G3	57 (73,1%)	21 (26,9%)	78 (100%)
AUTOAVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO	Ótimo/ Bom	36 (81,1%)	8 (18,2%)	44 (100%)
	Regular/ Insuficiente	21 (61,8%)	13 (38,2%)	34 (100%)
OPINIÃO SOBRE TREINAMENTO SUFICIENTE*	Sim	12 (67,7%)	6 (33,3%)	18 (100%)
	Não	44 (80,0%)	11 (20,0%)	55 (100%)

*Para o teste do qui-quadrado, considerou-se somente os participantes que consideraram ou não o treinamento suficiente (n=73); excluíram-se aqueles que não responderam (n=1) ou que responderam “não sei” (n=4).

FONTE: Dados da pesquisa

6 CONCLUSÃO

A partir dos dados apresentados neste estudo, é possível afirmar que, quanto ao perfil dos estudantes do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, são em sua maioria do gênero feminino, na faixa etária entre 20 e 25 anos e não fumantes.

Observou-se que os estudantes apresentaram um bom nível de conhecimento sobre as características clínicas e epidemiológicas do câncer bucal - excetuando os alunos do G1, onde já se esperava um baixo nível de conhecimento. Conquanto, destacamos que alguns aspectos específicos necessitam ser mais abordados com os alunos como as características iniciais da doença e o referenciamento de pacientes portadores da neoplasia. No que concerne aos fatores de risco, observou-se muitas dúvidas pelos graduandos. No que se refere à busca ativa por lesões de câncer bucal e suas lesões precursoras, os alunos concluintes responderam na sua grande maioria, realizar o exame bucal.

Com o estudo, pudemos constatar um grande número de concluintes inseguros para realizar procedimento diagnóstico (biópsia), fato que sugere a necessidade de ampliação das oportunidades para os estudantes, durante a graduação, desenvolverem habilidades para execução do procedimento de realização de biópsia.

Quanto à percepção dos estudantes com relação ao treinamento recebido na graduação no que se refere à detecção dessas lesões por meio do exame bucal, obtivemos que a maioria dos estudantes do G3 relatou receber tal treinamento, no entanto a grande maioria o julgou não ser suficiente.

Tendo em vista, o papel importante dos cirurgiões-dentistas na prevenção e detecção precoce do câncer bucal - fato este reconhecido pela maioria dos estudantes – reitera-se o desejo que esta pesquisa não se restrinja a mostrar uma realidade, e como sugestão à Instituição, deixamos clara nossa vontade de que esforços sejam direcionados visando à formação de profissionais cada vez mais conscientes quanto à problemática do câncer bucal e aptos a atuar de modo a transformar a realidade vigente da doença.

7 REFERÊNCIAS

AL DUBAI, S. A. R. et al. Awareness and knowledge of oral cancer among university students in Malaysia. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 13, n. 1, p. 165–168, 2012.

ALAIZARI, N. A.; AL-MAWERI, S. A. Oral cancer: Knowledge, practices and opinions of dentists in Yemen. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 15, n. 14, p. 5627–5631, 2014.

ALAMI, A. Y.; EL SABBAGH, R. F.; HAMDAN, A. Knowledge of oral cancer among recently graduated medical and dental professionals in Amman, Jordan. **Journal of Dental Education**, v. 77, n. 10, p. 1356–64, 2013.

ALFANO, M.; HOROWITZ, A. M. Professional and community efforts to prevent morbidity and mortality from oral cancer. **Journal of the American Dental Association**. June 2016, 2001.

AL-MAWERI, S. A. et al. Knowledge and opinions regarding oral cancer among yemeni dental students. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 16, n. 5, p. 1765–1770, 2015.

ALVARENGA, M. L. et al. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto ao câncer bucal. **RFO UPF**, v. 17, n. 1, p. 31–35, 2012.

ANDRADE, S. N. et al. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 71, n. 1, p. 42–47, 2014.

ANGHEBEN, P. F. et al. Perfil de conhecimento sobre câncer bucal dos alunos da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. **Rev Odontol Bras Central**, v. 21, n. 60, p. 33–40, 2013.

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

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

APPLEBAUM, E. et al. Oral cancer knowledge, attitudes and practices: a survey of dentists and primary care physicians in Massachusetts. **Journal of the American Dental Association**, v. 140, n. 4, p. 461–7, 2009.

BLOT, W. J. et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. **Cancer Research**, v. 48, n. 11, p. 3282–3287, 1988.

BOING, A. F.; PERES, M. A.; ANTUNES, J. L. F. Mortality from oral and pharyngeal cancer in Brazil: trends and regional patterns, 1979-2002. **Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health**, v. 20, n. 1, p. 1–8, 2006.

BOROUMAND, S. et al. Knowledge and opinions regarding oral cancer among Maryland dental students. **Journal of Cancer Education**, v. 23, n. 2, p. 85–91, 2008.

BRASIL. Câncer de boca: manual de detecção de lesões suspeitas. **Ministério da Educação. Instituto Nacional do**

Câncer., p. 2–36, 2001.

BRASIL. Falando sobre o Câncer de Boca. **Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. - INCA**, p. 1–52, 2002a.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3/02 CNE/CES, de 19 de fevereiro de 2002, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União, Brasília**, v. 1, p. 1–5, 2002b.

BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal**, 2004.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica.**, p. 92, 2008a.

BRASIL. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde**, p. 128, 2008b.

BRASIL. Monitoramento Das Ações De Controle Dos Cânceres. **Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva**, p. 1–12, 2014.

BRASIL. Estimativa 2016 - Incidência de câncer no Brasil. **Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva**, p. 122, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Monitoramento das ações de controle dos cânceres de lábio e cavidade oral. p. 1–8, 2016a.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. Câncer.** Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 11 abr. 2016b.

BRENER, S. et al. Carcinoma de células escamosas bucal : uma revisão de literatura entre o perfil do paciente , estadiamento clínico e tratamento proposto. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 1, p. 63–69, 2007.

BULGARELI, J. V. et al. Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3461–3473, 2013.

CARRARD, V. C. et al. Álcool e Câncer Bucal : Considerações sobre os Mecanismos Relacionados Alcohol and Oral Cancer : Comments on Related Mechanisms. v. 54, n. 1, p. 49–56, 2007.

CARTER, L. M.; OGDEN, G. R. Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students. **BMC Medical Education**, v. 7, n. 1, p. 44, 2007.

CASTRO, J. F. L. DE; COSTA, G. B. F. DA; OLIVEIRA-NETO, P. B. DE. Avaliação do conhecimento dos estudantes de Odontologia de uma universidade pública sobre detecção precoce do câncer. **IJD International Journal of Dentistry**, v. 10, n. 4, p. 204–208, 2011.

CIMARDI, A. C. B. S.; FERNANDES, A. P. S. Câncer bucal –

a prática e a realidade clínica dos cirurgiões- dentistas de Santa Catarina. **Revista da Faculdade Odontológica**, v. 14, n. 2, p. 99–104, 2009.

COLELLA, G. et al. Oral cancer and dentists: Knowledge, attitudes, and practices in Italy. **Oral Oncology**, v. 44, n. 4, p. 393–399, 2008.

CUTRIM, M. C.; THOMAZ, F.; LOPES, F. F. Education importance as strategy to prevent and early diagnosticate oral cancer Material e Métodos. **Rev Acta Oncológica Brasileira**, v. 20, n. 4, p. 149–152, 2000.

DASANAYAKE, A. P.; SILVERMAN, A. J.; WARNAKULASURIYA, S. Maté drinking and oral and oropharyngeal cancer : A systematic review and meta-analysis. **Oral Oncology**, v. 46, n. 2, p. 82–86, 2010.

DECUSEARA, G.; MACCARTHY, D.; MENEZES, G. Oral cancer: knowledge, practices and opinions of dentists in Ireland. **Journal of the Irish Dental Association**, v. 57, n. 4, p. 209–214, 2011.

DEDIVITIS, R. A et al. Clinic and epidemiologic characteristics in the with squamous cell carcinoma of the mouth and oropharynx. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 70, n. 1, p. 35–40, 2004.

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 Oncologica Brasileira**, v. 24, n. 2, p. 628–643, 2004.

DIB, L. L.; SOUZA, R. S. DE; TORTAMANO, N. Avaliação

do conhecimento sobre câncer bucal entre alunos de Odontologia, em diferentes unidades da Universidade Paulista. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 4, p. 287–295, 2005.

FALCÃO, M. M. L. et al. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. **RGO Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 58, n. 1, p. 27–33, 2010.

GARAVELLO, W. et al. Family history and the risk of oral and pharyngeal cancer. **International journal of cancer. Journal international du cancer**, v. 122, n. 8, p. 1827–31, 2008.

GARBIN, D. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre câncer bucal - um estudo de caso na rede pública de Florianópolis - SC [dissertação]. **UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina**, p. 96, 2007.

GOMES, S. V. et al. Knowledge on oral cancer among dentistry students at Federal University of Maranhão. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 44, n. 1, p. 44–50, 2015.

GORSKY, M. et al. Carcinoma of the tongue : A case series analysis of clinical presentation , risk factors , staging , and outcome. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 98, n. 5, p. 546–552, 2004.

HERTRAMPF, K. et al. Early detection of oral cancer: Dentists' opinions and practices before and after educational interventions in Northern-Germany. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 41, n. 8, 2013.

HOROWITZ, A. M. et al. Oral Pharyngeal Cancer Prevention

and Early Detection. v. 131, n. April 2000, 2000.

INCA. Prevenção do câncer da boca. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 4, p. 205–209, 1997.

JABER, M. A. et al. Spanish dental students knowledge of oral malignancy and premalignancy. **European Journal of Dental Education**, v. 1, n. 4, p. 167–171, 1997.

JOSEPH, B. K.; SUNDARAM, D. B.; ELLEPOLA, A. N. B. Assessing Oral Cancer Knowledge Among Undergraduate Dental Students in Kuwait University. **Journal of Cancer Education**, v. 30, n. 3, p. 415–420, 2014.

KUJAN, O. et al. Knowledge and Attitudes of Saudi Dental Undergraduates on Oral Cancer. **Journal of Cancer Education**, 2014.

KUMAR, V; ABBAS, A. K; FAUSTO, N. **Robbins & Cotran. Patologia - Bases Patológicas das Doenças**. 7^a Edição ed. Rio de Janeiro: [s.n.].

LAMIN, C. D. DE A.; SILVA, M. A. M. DA; SOUZA, M. C. A. DE. Conhecimento dos Acadêmicos do Curso de Odontologia da USS Sobre os Fatores de Risco para o Câncer Bucal. **Revista Pró-univerSUS**, v. 2, n. 2, p. 5–16, 2011.

LEÃO, J. C. et al. Knowledge and clinical expertise regarding oral cancer among Brazilian dentists. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 34, n. 4, p. 436–439, 2005.

LEITE, A. C. E.; GUERRA, E. N. DA S.; MELO, N. S. DE. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal: revisão. **Rev. de Clín. Pesq. Odontol.**, v. 1, n. 3, p. 31–36, 2005.

LIMA, A. A. S. DE et al. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 4, p. 283–288, 2005.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 369–379, 2005.

LOPES, F. F. et al. Nível de conhecimento e atitudes preventivas entre universitários do curso de Odontologia da UFMA em relação ao câncer bucal. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. Supl. 3, p. 2039–52, 2015.

MARTINS, M. A. T. et al. Avaliação do conhecimento sobre o câncer bucal entre universitários. **revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 37, n. 4, p. 191–197, 2008.

MARTINS, R. B.; GIOVANI, É. M.; VILLALBA, H. Lesões cancerizáveis na cavidade bucal. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 4, p. 467–476, 2008.

MELO, A. U. C. DE et al. Informação e comportamento de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família de Aracaju a respeito de câncer bucal. **Rev. bras. cir. cabeça pescoço**, v. 37, n. 2, p. 114–119, 2009.

MORAIS, T. M. N. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico [dissertação]. **São Paulo: Universidade de São Paulo**, 2003.

NASCIMENTO, E. P. A. DO et al. Câncer Bucal: conhecimento de cirurgiões-dentistas e acadêmicos de Odontologia. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 3, p. 9–16,

2014.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Trad.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 972p.

OGDEN, G. R.; MAHBOOBI, N. Oral cancer awareness among undergraduate dental students in Iran. **Journal of Cancer Education**, v. 26, n. 2, p. 380–385, 2010.

OLIVEIRA, J. M. B. DE et al. Câncer de Boca: Avaliação do Conhecimento de Acadêmicos de Odontologia e Enfermagem quanto aos Fatores de Risco e Procedimentos de Diagnóstico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 2, p. 2011–2018, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Genética e Patologia dos Tumores de Cabeça e Pescoço**. São Paulo: Gen / Editora Santos, 2009.

PIEMONTE, E. D.; LAZOS, J. P.; BRUNOTTO, M. Relationship between chronic trauma of the oral mucosa, oral potentially malignant disorders and oral cancer. **J Oral Pathol Med**, v. 39, n. 7, p. 513–517, 2010.

PINHEIRO, S. M. S.; CARDOSO, J. P.; PRADO, F. O. Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer Bucal entre Profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 2, p. 195–205, 2010.

PRIETO, L. et al. A representação social do câncer bucal para os profissionais de saúde e seus pacientes. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 34, n. 4, p. 185–191, 2005.

RAHMAN, B. et al. Assessing dental students' knowledge of oral cancer in the United Arab Emirates. **International Dental**

Journal, v. 63, n. 2, p. 80–84, 2013.

RAZAVI, S. M. et al. Dentists' knowledge, attitude, and practice regarding oral cancer in Iran. **Journal of Cancer Education**, v. 28, n. 2, p. 335–341, 2013.

REED, S. G. et al. Oral cancer preventive practices of South Carolina dentists and physicians. **Journal of Cancer Education**, v. 25, n. 2, p. 166–173, 2010.

REHMAN, S.; KHAN, M. Awareness of oral cancer in undergraduate medical and dental students. **Pakistan Oral & Dental Journal**, v. 32, n. 3, p. 385–388, 2012.

ROCHA-BUELVAS, A. et al. Oral cancer and dentists: knowledge, attitudes and practices in a South Colombian context. **Acta Odontologica Latinoamericana**, v. 25, n. 2, p. 155–162, 2012.

SALEH, A. et al. Dentists' perception of the role they play in early detection of oral cancer. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 15, n. 1, p. 229–237, 2014.

SANTOS, L. C. O. DOS; BATISTA, O. DE M.; CANGUSSU, M. C. T. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. **Brazil Journal of Otorhinolaryngology**, v. 76, n. 4, p. 416–422, 2010.

SARTORI, L. C. **Rastreamento do câncer bucal: aplicações no Programa Saúde da Família [dissertação]**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2004.

SCULLY, C. Oral cancer; the evidence for sexual transmission. **Br Dent J**, v. 199, n. 4, p. 203–207, 2005.

SEOANE-LESTÓN, J. et al. Knowledge of oral cancer and

preventive attitudes of Spanish dentists. Primary effects of a pilot educational intervention. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 15, n. 3, 2010.

SHAILA, M. et al. The self-reported knowledge, attitude and the practices regarding the early detection of oral cancer and precancerous lesions among the practising dentists of Dakshina Kannada- A pilot study. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 7, n. 7, p. 1491–1494, 2013.

SHENOY, N. et al. Oral cancer awareness among undergraduate medical students of Dakshina Kannada, India. **Scholars Journal of Applied Medical Sciences**, v. 1, n. 5, p. 632–636, 2013.

SHETTY, K.; JONES, D. Knowledge, opinions, and practices of dentists and dental hygienists in Texas regarding oral cancer. **The Internet Journal of Epidemiology**, v. 3, n. 1, p. 1–6, 2005.

SILVA, I. C. O. DA et al. Leucoplasia : uma revisão de literatura. **RGO, Porto Alegre**, v. 553, p. 287–289, 2007.

SILVA, L. C. DA. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. **Psicol. Am. Lat**, 2009.

SILVA, E.; FIGUEIRÊDO, P.; CARVALHO, D. Conhecimentos, Comportamentos e Atitudes dos Cirurgiões-Dentistas frente ao Câncer Bucal. **Unievangelica.Edu.Br**, 2005.

SOARES, T. R. C. et al. Oral cancer knowledge and awareness among dental students. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, v. 13, n. 1, p. 28–33, 2014.

SOUTO, R.; FALHARI, J. P. B.; CRUZ, A. D. O
Papilomavírus Humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 2, p. 155–160, 2005.

SRIKANTH REDDY, B. et al. Oral cancer awareness and knowledge among dental patients in South India. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 40, n. 6, p. 521–524, 2012.

TAGHAVI, N.; YAZDI, I. Type of Food and Risk of Oral Cancer. v. 10, n. 2, p. 227–232, 2007.

TAX, C. et al. Oral cancer screening: knowledge is not enough. **International Journal of Dental Hygiene**, v. 2015, p. 1–8, ago. 2015.

TOMO, S. et al. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões dentistas em relação ao câncer de boca. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 46–50, 2015.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Coordenadoria do Curso de Odontologia. Projeto político-pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia. 2006.

VAN DER WAAL, I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. **Oral Oncology**, 2009.

VAN DER WAAL, I. Oral potentially malignant disorders: Is malignant transformation predictable and preventable? **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 19, n. 4, 2014.

VASCONCELOS, É. M. DE. **Comportamento dos**

cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2006.

WARNAKULASURIYA, S. et al. Demonstration of ethanol-induced protein adducts in oral leukoplakia (pre-cancer) and cancer. **Oral Pathol Med**, v. 37, n. 33, p. 157–165, 2008.

WARNAKULASURIYA, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. **Oral Oncology**, 2009a.

WARNAKULASURIYA, S. Food, nutrition and oral cancer. In: **Wilson - Food constituents and oral health**. Cambridge: ed. [s.l: s.n.]. p. 273–295.

WARNAKULASURIYA, S. Causes of oral cancer--an appraisal of controversies. **British Dental Journal**, v. 207, n. 10, p. 471–475, 2009c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezad@ Alun@

Você está sendo convidad@ a participar de uma pesquisa que pretende avaliar o nível de conhecimento e a prática de atitudes preventivas de estudantes de Odontologia no que se refere ao câncer bucal. Esta pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Curso da aluna Larissa Gesser, do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, sob orientação da Profa. Maria Inês Meurer, do Departamento de Patologia da UFSC.

Sua participação consistirá em responder a um questionário de 35 perguntas, com tempo estimado de 6 minutos para ser completado. O questionário envolve a coleta de dados demográficos e informações como fase do curso, além das perguntas específicas sobre o tema proposto.

Os benefícios para os participantes serão indiretos - potencialmente para aqueles no início do curso - já que as informações coletadas permitirão compreender a efetividade das atividades desenvolvidas durante o curso na preparação dos futuros cirurgiões-dentistas para atuar no diagnóstico e prevenção do câncer bucal. O preenchimento do questionário poderá expor os participantes a riscos mínimos como cansaço, desconforto pelo tempo gasto no preenchimento e estresse pelas dúvidas que você pode ter em relação aos conhecimentos solicitados.

Os procedimentos de coleta dos dados serão acompanhados pela aluna Larissa Gesser, e ela está preparada para prestar toda a assistência necessária. Os dados coletados serão guardados sob os cuidados da pesquisadora principal, Profa. Maria Inês Meurer. Embora cuidados estejam sendo tomados para resguardar sua identidade, sempre existe a remota possibilidade de quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela participação em pesquisas; por outro lado, não há previsão de nenhuma despesa advinda dessa participação. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcid@ nos termos da lei. Se porventura ocorrer de você ter algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa,

poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em eventos da área e/ou publicados em revistas científicas. Neste caso, serão apresentados apenas os resultados como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Você tem a garantia de que receberá respostas ou esclarecimentos a todas as suas dúvidas sobre assuntos relacionados à pesquisa. Caso você tenha alguma dúvida, pode contactar a Profa. Maria Inês Meurer na UFSC, através do telefone (48) 3721-9492 (Departamento de Patologia/CCS) ou pelo e-mail: meurer.m.i@ufsc.br. Você terá a liberdade de desistir da sua participação na pesquisa e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa, apenas manifestando sua vontade através dos contatos já informados. Ao decidir deixar de participar, você não terá qualquer prejuízo no restante das suas atividades discentes. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone 3721-6094, pelo e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pessoalmente na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma será entregue a você.

Eu, _____,
RG _____, li este documento e obtive das pesquisadoras todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa “*Avaliação do nível de conhecimento e da prática de atitudes preventivas de estudantes de Odontologia sobre o câncer bucal*”, a ser realizado pela aluna Larissa Gesser, sob orientação da Profa. Maria Inês Meurer. Autorizo, ainda, a utilização dos dados obtidos a partir da pesquisa, sem a minha identificação, para apresentação em eventos científicos ou para publicação de trabalhos em revistas e eventos científicos, nacionais e/ou internacionais.

_____, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do(a) participante

Larissa Gesser - RG 5.363.610

Profa. Maria Inês Meurer - RG 881.805
Pesquisadora responsável

APÊNDICE B – Questionário de Avaliação do conhecimento e prática
de atitudes preventivas por estudantes do Curso de Graduação em
Odontologia da UFSC – Adaptado de Dib (2004).

QUESTIONÁRIO

1. Idade _____

2. Gênero _____

3. Fase (1) Primeira ou segunda (2) Quarta ou quinta
(3) Nona ou décima

4. Você fuma? (1) Sim (2) Não (3) Parou

5. Com relação ao seu nível de conhecimento sobre o câncer bucal,
qual é a sua auto avaliação?

(1) Ótimo (2) Bom (3) Regular (4) Insuficiente

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

(1) Sim (2) Não
(3) Ainda não iniciei o atendimento na clinica

7. Porque você não realiza o exame bucal?

(1) Realizo o exame (2) Não sei como fazer
(3) Não acho necessário (4) Ainda não iniciei o atendimento na clinica

8. Qual é o tipo de câncer de boca mais comum?

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

9. Qual a região anatômica mais frequente para o câncer bucal?

(1) Língua (2) Soalho de Boca (3) Gengiva
(4) Palato (5) Mucosa jugal (6) Não sei

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

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

11. Qual 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

12. 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

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

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

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

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

Nas questões 15 a 29 assinale, de acordo com a literatura, as condições apresentadas como fatores de risco para câncer bucal.

15. Uso de drogas injetáveis

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

16. Ter apresentado outro câncer previamente

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

17. Consumo de álcool

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

18. Consumo de tabaco

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

19. História familiar de câncer

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

20. Estresse emocional

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

21. Baixo consumo de frutas e vegetais

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

22. Sexo oral

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

23. Próteses mal adaptadas

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

24. Dentes em mau estado

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

25. Consumo de bebidas condimentadas

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

26. Higiene oral deficiente

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

27. Contágio direto

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

28. Bebidas e comidas quentes

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

29. Obesidade

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

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

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

(4) Ainda não iniciei atendimento na clínica

31. Qual é o seu nível de confiança para realizar procedimento diagnóstico (biópsia) para câncer bucal?

- (1) Alto (2) Baixo (3) Não sei

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

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

33. Você considera esse treinamento suficiente?

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

34. Considere que você realizou uma biópsia em uma lesão suspeita e o histopatológico confirmou tratar-se de câncer. Qual seria sua conduta?

- (1) Removeria a lesão remanescente com ampla margem de segurança
(2) Encaminharia para a unidade básica de saúde
(3) Encaminharia para o estomatologista
(4) Encaminharia para o cirurgião bucomaxilofacial
(5) Encaminharia para o cirurgião de cabeça e pescoço
(6) Encaminharia para o hospital
(7) Encaminharia para o CEPON (Centro Oncológico em Florianópolis)
(8) Não sei

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

- (1) Alta (2) Média (3) Regular (4) Baixa (5) Não sei

APÊNDICE C – Gabarito

- 8 – (2)
- 9 – (1)
- 10 – (2)
- 11 – (3)
- 12 – (2)
- 13 – (3)
- 14 – (1)
- 15 – (2)
- 16 – (1)
- 17 – (1)
- 18 – (1)
- 19 – (1)
- 20 – (2)
- 21 – (2)
- 22 – (2)
- 23 – (2)
- 24 – (2)
- 25 – (2)
- 26 – (2)
- 27 – (2)
- 28 – (2)
- 29 – (2)
- 34 – (5), (6), (7)

APÊNDICE D – Tabela 3

Tabela 3 - Distribuição do número e porcentagem de respostas dos participantes, de acordo com os grupos, segundo as características clínicas de ocorrência do câncer bucal.

Questão	Resposta	G1		G2		G3	
		n	%	n	%	n	%
Tipo histológico mais comum	Certa (CEC)	1	1,4	73	93,6	70	89,7
	Errada	6	8,1	5	6,4	6	7,7
	Não sabe	65	87,8	0	0,0	2	2,6
	Não respondeu	2	2,7	0	0,0	0	0,0
Região mais frequente	Certa (língua)	4	5,4	50	64,1	52	66,7
	Errada	7	9,5	21	26,9	19	24,4
	Não sabe	62	83,8	6	7,7	3	3,8
	Não respondeu	1	1,4	1	1,3	4	5,1
Aspecto mais comum	Certa (úlceras indolor)	10	13,5	55	70,5	56	71,8
	Errada	2	2,7	22	28,2	15	19,2
	Não sabe	62	83,8	1	1,3	3	3,8
	Não respondeu	0	0,0	0	0,0	4	5,1
Faixa etária mais comum	Certa (>40 anos)	13	17,6	76	97,4	73	93,6
	Errada	2	2,7	1	1,3	4	5,1
	Não sabe	59	79,7	1	1,3	1	1,3
	Não respondeu	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Linfonodo mais característico	Certa (duro, sem dor)	4	5,4	65	83,3	56	71,8
	Errada	4	5,4	9	11,5	17	21,8
	Não sabe	65	87,8	4	5,1	5	6,4
	Não respondeu	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estágio mais frequente de diagnóstico	Certa (avançado)	18	24,3	69	88,5	54	69,2
	Errada	3	4,1	6	7,7	11	14,1
	Não sabe	52	70,3	3	3,8	12	15,4
	Não respondeu	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Lesão precursora	Certa (leucoplasia)	1	1,4	70	89,7	70	89,7
	Errada	5	6,8	6	7,7	6	7,7
	Não sabe	68	91,9	2	2,6	2	2,6
	Não respondeu	0	0,0	0	0,0	0	0,0

FONTE: Dados da pesquisa

APÊNDICE E – Tabela 4

Tabela 4 – Distribuição do número e porcentagem de respostas dos participantes, de acordo com os grupos, segundo os fatores de risco de câncer bucal.

Questão	Resposta	G1		G2		G3	
		n	%	n	%	n	%
Drogas injetáveis	Certa (não)	10	13,5	42	53,8	48	61,5
	Errada	7	9,5	11	14,1	11	14,1
	Não sabe	54	73,0	24	30,8	13	16,7
	NR	3	4,1	1	1,3	6	7,7
Câncer prévio	Certa (sim)	27	36,5	49	62,8	71	91,0
	Errada	2	2,7	16	20,5	4	5,1
	Não sabe	44	59,5	12	15,4	2	2,6
	NR	1	1,4	1	1,3	1	1,3
Álcool	Certa (sim)	28	37,8	77	98,7	76	97,4
	Errada	2	2,7	0	0,0	0	0,0
	Não sabe	42	56,8	1	1,3	0	0,0
	NR	2	2,7	0	0,0	2	2,6
Tabaco	Certa (sim)	63	85,1	77	98,7	77	98,7
	Errada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Não sabe	10	13,5	0	0,0	0	0,0
	NR	1	1,4	1	1,3	1	1,3
Antecedente familiar	Certa (sim)	50	67,6	68	87,2	75	96,2
	Errada	1	1,4	2	2,6	1	1,3
	Não sabe	21	28,4	7	9,0	0	0,0
	NR	2	2,7	1	1,3	2	2,6
Estresse	Certa (não)	4	5,4	27	34,6	31	39,7
	Errada	22	29,7	34	43,6	37	47,4
	Não sabe	45	60,8	16	20,5	8	10,3
	NR	3	4,1	1	1,3	2	2,6
Poucas frutas/vegetais	Certa (não)	7	9,5	38	48,7	52	66,7
	Errada	6	8,1	19	24,4	16	20,5
	Não sabe	59	79,7	19	24,4	8	10,3
	NR	2	2,7	2	2,6	2	2,6
Sexo oral	Certa (não)	9	12,2	35	44,9	40	51,3
	Errada	11	14,9	29	37,2	31	39,7
	Não sabe	52	70,3	13	16,7	5	6,4
	NR	2	2,7	1	1,3	2	2,6
Prótese mal adaptada	Certa (não)	5	6,8	43	55,1	44	56,4
	Errada	28	37,8	29	37,2	28	35,9
	Não sabe	40	54,1	5	6,4	4	5,1
	NR	1	1,4	1	1,3	2	2,6

Dentes em mau estado	Certa (não)	2	2,7	51	65,4	60	76,9
	Errada	20	27,0	18	23,1	11	14,1
	Não sabe	50	67,6	8	10,3	5	6,4
	NR	2	2,7	1	1,3	2	2,6
Comida condimentada	Certa (não)	3	4,1	35	44,9	53	67,9
	Errada	12	16,2	17	21,8	12	15,4
	Não sabe	56	75,7	25	32,1	10	12,8
	NR	3	4,1	1	1,3	3	3,8
Má higiene bucal	Certa (não)	3	4,1	41	52,6	53	67,9
	Errada	22	29,7	27	32,6	20	25,6
	Não sabe	44	59,5	9	11,5	3	3,8
	NR	5	6,8	1	1,3	2	2,6
Contágio direto	Certa (não)	27	36,5	65	83,3	68	87,2
	Errada	3	4,1	5	6,4	4	5,1
	Não sabe	42	56,8	6	7,7	4	5,1
	NR	2	2,7	2	2,6	2	2,6
Bebidas/comidas quentes	Certa (não)	12	16,2	45	57,7	44	56,4
	Errada	15	20,3	25	32,1	30	38,5
	Não sabe	45	60,8	7	9,0	2	2,6
	NR	2	2,7	1	1,3	2	2,6
Obesidade	Certa (não)	13	17,6	56	71,8	64	82,1
	Errada	5	6,8	9	11,5	6	7,7
	Não sabe	53	71,6	12	15,4	5	6,4
	NR	3	4,1	1	1,3	3	3,8

*Legenda: NR = não respondeu

APÊNDICE F – Tabela 5

Tabela 5: Distribuição do número e porcentagem de respostas dos participantes, de acordo com os grupos, segundo fatores relacionados à prática de atitudes preventivas.

Questão	Resposta	G1		G2		G3	
		n	%	n	%	n	%
Realiza exame para identificação do câncer	Sim	0	0,0	5	6,4	69	88,5
	Não	0	0,0	0	0,0	9	11,5
	Nunca atendi	74	100,0	73	93,6	0	0,0
	NR	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Motivo de não realizar	Realiza	0	0,0	4	5,1	71	91,0
	Não sabe fazer	1	1,4	0	0,0	1	1,3
	Não acha necessário	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Não iniciei atendimento	73	98,6	74	94,9	0	0,0
	NR	0	0,0	0	0,0	6	7,7
Considera pacientes informados sobre o câncer	Sim	0	0,0	0	0,0	6	7,7
	Não	1	1,4	4	5,1	64	82,1
	Não sei	0	0,0	0	0,0	7	9,0
	Não iniciei atendimento	73	98,6	73	93,6	0	0,0
	NR	0	0,0	1	1,3	1	1,3
Nível de confiança para procedimento diagnóstico	Alto	1	1,4	6	7,7	10	12,8
	Baixo	10	13,5	35	44,9	65	83,3
	Não sei	63	85,1	37	47,4	1	1,3
	NR	0	0,0	0	0,0	2	2,6

A UFSC realiza treinamento para o câncer	Sim	15	20,3	37	47,4	54	69,2
	Não	1	1,4	11	14,1	22	28,2
	Não sei	58	78,4	30	38,5	1	1,3
	NR	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Considera o treinamento suficiente	Sim	3	4,1	12	15,4	18	23,1
	Não	3	4,1	24	30,8	22	70,5
	Não sei	68	91,9	42	53,8	1	5,1
	NR	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Importância do CD na prevenção e diagnóstico do câncer	Alta	70	94,6	78	100,0	77	98,7
	Média	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Regular	1	1,4	0	0,0	0	0,0
	Baixa	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Não sei	3	4,1	0	0,0	0	0,0
	NR	0	0,0	0	0,0	1	1,3

*Legenda: NR = não respondeu

ANEXOS

ANEXO A – Certificado de Aprovação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do nível de conhecimento de estudantes de Odontologia sobre o câncer bucal e estratégias de cessação do tabagismo

Pesquisador: Maria Inês Meurer

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60130616.8.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.771.469

Apresentação do Projeto:

O propósito desse estudo será avaliar o nível de conhecimento e a prática de atitudes preventivas por estudantes do curso de Graduação em Odontologia no que se refere ao câncer de boca e às estratégias para cessação do tabagismo. A partir dos resultados obtidos, espera-se promover a reflexão sobre possíveis ações e melhorias que possam ser aplicadas com o intuito de preparar os egressos cada vez melhor para o exercício da profissão de cirurgião-dentista, com foco na prevenção do câncer de boca.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o nível de conhecimento e prática de atitudes preventivas por estudantes do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina no que se refere ao câncer de boca e as estratégias para cessação do tabagismo.

Objetivo Secundário:

• Levantar a literatura pertinente e atualizada sobre os temas em avaliação (câncer de boca e estratégias para cessação do tabagismo); • Levantar a literatura pertinente sobre o nível de conhecimento e atitudes de estudantes e profissionais de Odontologia, no Brasil e no mundo, no que se refere aos temas em avaliação; • Levantar, através de questionários, o nível de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria III, R: Desembargador Mitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.771-469

conhecimento e atitudes preventivas dos estudantes do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina em relação ao câncer de boca e estratégias de cessação do tabagismo; • Comparar os dados coletados com dados levantados na literatura; • Propor ao Núcleo Docente Estruturante do Curso de Graduação em odontologia, com base nos resultados e se os dados indicarem ser pertinente, estratégias para o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias à atuação do cirurgião-dentista para a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca, incluindo aquelas relativas à cessação do tabagismo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O preenchimento do questionário poderá expor os participantes a riscos como cansaço, desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário e estresse pelas dúvidas em relação aos conhecimentos solicitados.

Benefícios:

Os benefícios para os participantes serão indiretos - potencialmente para aqueles no início do curso - já que as informações coletadas permitirão compreender a efetividade das atividades desenvolvidas durante o curso na preparação dos futuros cirurgiões-dentistas para atuar no diagnóstico e prevenção do câncer bucal, incluindo as estratégias de abordagem ao paciente tabagista.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A população amostral será constituída pelos acadêmicos regularmente matriculados no Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, cursando a primeira, quarta, quinta, nona e décima fase do curso (estimativa de 200 respondentes). Para avaliação do nível de conhecimento em relação ao câncer de boca, será aplicado um questionário adaptado de Dib (2004), contendo trinta e seis questões exclusivamente fechadas, ou seja, o instrumento de coleta terá alternativas específicas para que o entrevistado escolha uma delas (APÊNDICE 1). A aplicação do questionário e os resultados dessa avaliação serão objeto do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna Larissa Gesser, do Curso de Graduação em Odontologia, com previsão de defesa para maio de 2017. Para avaliação do nível de conhecimento em relação às estratégias de cessação do tabagismo, na ausência de um instrumento validado e utilizado em língua portuguesa, foi elaborado um questionário baseado nos trabalhos publicados em língua inglesa por Rikard-Bell et al. (2003), Viktoroff, K. et al. (2004), Vanobbergen et al. (2007), Saddichha et al. (2010) e Salman et al. (2014), bem como nas Diretrizes Brasileiras para Cessação do Tabagismo (REICHERT et al., 2008). A aplicação do questionário e os resultados dessa avaliação serão objeto do Trabalho de

Continuação do Parecer: 1.771-469

Conclusão de Curso da aluna Ana Paula Barreta Savariz, do Curso de Graduação em Odontologia, com previsão de defesa para maio de 2018. Os entrevistados serão convidados a participar da pesquisa em sala de aula, no próprio campus universitário, após breve explicação sobre a temática, objetivos e metodologia da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- (1) Folha de rosto (assinada por Maria Inês Meurer conjuntamente com chefe do departamento de patologia, Alcibia Helena de Azevedo Maia);
- (2) Formulário Projeto da Pesquisa (incluindo: Cronograma de Execução e Orçamento);
- (3) Projeto de pesquisa
- (4) Declaração da instituição da coleta de dados assinada por Daniela Lemos Carcereni, coordenadora do curso de graduação em odontologia.
- (5) TCLE contemplando as exigências da resolução CNS 466/2012.

Recomendações:

Caso participem do estudo, estudantes menores de idade, favor elaborar um termo de consentimento e submeter a este comitê para aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que a proposta apresentada se encontra adequadamente fundamentada, contendo documentação e demais informações pertinentes à questão ética em conformidade com os termos da legislação que trata da participação de seres humanos em pesquisa, encaminhado voto favorável à Aprovação do Projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 786505.pdf	20/09/2016 11:02:48		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao.pdf	20/09/2016 11:02:18	Maria Inês Meurer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cessacao.pdf	13/09/2016 12:26:52	Maria Inês Meurer	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria III, R: Desembargador Mtor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.771.469

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cancer.pdf	13/09/2016 12:26:19	Maria Inês Meurer	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/09/2016 12:24:23	Maria Inês Meurer	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/09/2016 12:18:16	Maria Inês Meurer	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Outubro de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)