

DANIELA GARBIN

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE CÂNCER BUCAL –
UM ESTUDO DE CASO NA REDE PÚBLICA DE FLORIANÓPOLIS – SC**

FLORIANÓPOLIS – SC

2007

DANIELA GARBIN

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE CÂNCER BUCAL –
UM ESTUDO DE CASO NA REDE PÚBLICA DE FLORIANÓPOLIS – SC**

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

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Soares Fernandes

Florianópolis

2007

G213c Garbin, Daniela

Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre câncer bucal - um estudo de caso na rede pública de Florianópolis - SC / Daniela Garbin; orientador Ana Paula Soares Fernandes. – Florianópolis, 2007.
96 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia - Opção Saúde Coletiva.

Inclui bibliografia.

1. Neoplasias bucais. 2. Diagnóstico precoce. 3. Odontologia preventiva. 4. Odontologia em saúde pública. I. Fernandes, Ana Paula Soares. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU 616.314-089

DANIELA GARBIN

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE CÂNCER BUCAL –
UM ESTUDO DE CASO NA REDE PÚBLICA DE FLORIANÓPOLIS – SC**

Essa dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de **MESTRE EM ODONTOLOGIA** no Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 12 de dezembro de 2007.

Prof. Dr. Ricardo de Souza Vieira
Coordenador do PPGO/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Ana Paula Soares Fernandes
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Dr^a. Liliane Janete Grando
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Cassius Carvalho Torres-Pereira
Universidade Federal do Paraná

Prof^a. Dr^a. Daniela Lemos Carcereri
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Cláudio José Amante
Universidade Federal de Santa Catarina

Ao meu pai, **Nereu**, fonte de inspiração e dessa vontade de nunca parar...

À minha mãe, **Rosângela**, meu porto seguro em todas as horas...

Ao meu irmão querido, **Maurício**, sempre presente no meu coração...

Ao meu filho amado, **Maurício Júnior (Jujo!)**, que só me traz alegrias!

A uma pessoa muito, muito especial, **Gustavo...**

E a **Deus**, que em sua infinita bondade, colocou estas pessoas iluminadas em meu caminho!

AGRADECIMENTOS

À **Profa. Dra. Ana Paula Soares Fernandes**, excelente orientadora e amiga, por ter confiado em mim em “todos” os momentos... Muito obrigada.

A Prefeitura Municipal de Florianópolis, especialmente a **Sra. Marynes Terezinha Reibnitz**, Coordenadora de Saúde Bucal, pela imensa colaboração no desenvolvimento deste trabalho.

A todos os **Colegas da Rede Pública de Florianópolis** que concordaram em participar da pesquisa, muito obrigada pela confiança e colaboração.

Ao **Prof. Dr. Cassius Carvalho Torres-Pereira**, por ter aceitado o convite para fazer parte da banca deste trabalho, representando a Universidade Federal do Paraná, onde me formei.

Às **Profas. Dras. Daniela Lemos Carcereri e Liliane Janete Grandó**, exemplos de seriedade profissional e docência, pela participação na banca.

Ao **Prof. Dr. Cláudio José Amante**, pela oportunidade de contar com suas contribuições na banca.

Ao **Prof. Calvino Reibnitz Júnior**, que no estágio de docência me permitiu admirar ainda mais o “ser professor”.

A todos os professores da área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva, representados pelo **Prof. Dr. Gilsée Ivan Regis Filho**, pela dedicação e competência.

Um agradecimento especial ao **Prof. José Francisco Fletes**, pela valiosíssima contribuição na análise estatística deste trabalho.

Aos queridos colegas de pós-graduação: **Patrícia (Paty!)** e **Daniela Lorenzoni (Loren!)**, amigas de todas as horas, amizade que fez toda a diferença nestes dois anos; **Graziela**, companheira de artigos, congressos e amiga querida; **Schelle**, pela valiosa companhia e ajuda na coleta de dados; **Franklin e Sidnei**, ilustres colegas, exemplos importantes de caráter e ética na profissão.

E finalmente, a todos que de alguma forma, contribuíram para que mais esta etapa de minha formação fosse concluída... Que torceram por mim e me apoiaram em todas as dificuldades... Que me deram força e coragem para continuar... Que em minhas ausências não mediram esforços para que eu pudesse me dedicar aos estudos com tranquilidade...

MUITO OBRIGADA!!

Sossega coração! Não desesperes!
Talvez um dia, para além dos dias,
Encontres o que queres porque o queres.
Então, livre de falsas nostalgias,
Atingirás a perfeição de seres.
[...]

Sossega coração, contudo! Dorme!
O sossego não quer razão nem causa.
Quer só a noite plácida e enorme.
A grande, universal, solene pausa
Antes que tudo em tudo se transforme.”

Fernando Pessoa

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

RESUMO

O câncer vem ocupando papel cada vez mais importante no perfil de mortalidade do Brasil. Dentre os tipos mais prevalentes, o câncer bucal aparece em oitavo lugar, com incidência e mortalidade crescentes. Somando-se à mortalidade, a morbidade associada ao câncer bucal tem impacto importante na qualidade de vida dos pacientes, pois seu diagnóstico tem sido realizado tardiamente, reduzindo as possibilidades de cura e aumentando as mutilações decorrentes do tratamento. A participação do cirurgião-dentista nas ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal é indispensável, mas para isso é necessário que os profissionais estejam devidamente capacitados. O presente estudo procurou realizar uma avaliação de conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública de saúde do município de Florianópolis – SC sobre câncer bucal, com o objetivo de traçar um perfil destes profissionais quanto ao seu conhecimento acerca das características clínicas da doença e dos fatores de risco associados, investigar suas atitudes, seu interesse e percepção de conhecimento sobre o tema. Foram enviados questionários a todos os profissionais atuantes nos Centros de Saúde do município, sendo que a taxa de resposta foi de 66,3%. Após avaliação dos resultados, percebe-se que há deficiências no conhecimento sobre câncer bucal por parte destes cirurgiões-dentistas, principalmente no que se refere ao local da boca onde a neoplasia ocorre com mais frequência e aos fatores de risco para o aparecimento da doença. A grande maioria dos participantes afirma que realiza exame para identificar lesões pré-malignas, encaminhando casos suspeitos aos serviços de referência do município. Embora muitos tenham considerado regular seu conhecimento, reconhecendo suas limitações, o interesse por cursos de capacitação foi praticamente unânime entre os participantes. Como conclusão, o estudo demonstrou as deficiências no conhecimento dos profissionais, alertando para a necessidade de construção de um programa de prevenção ao câncer bucal no município que atente para a capacitação dos cirurgiões-dentistas, possibilitando uma melhor atuação destes profissionais na reversão do quadro epidemiológico da doença.

Palavras-chave: câncer bucal; prevenção; diagnóstico precoce; conhecimento.

GARBIN, Daniela. **Dentists' knowledge about oral cancer:** a case study on Florianópolis – SC public health system. 2007. 96f. Dissertation (Masters in Dentistry) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

ABSTRACT

Cancer has been occupying a very important role on Brazil's mortality profile. Among the most prevalent ones, oral cancer comes in eighth place, with incidence and increasing mortality. Adding up to the mortality, the morbidity associated to the oral cancer has an important impact on the patient's quality of life, because its diagnosis has been done too late, reducing cure possibilities and increasing mutilations that come from the treatment. Dentist participation on oral cancer prevention actions and early diagnosis is indispensable, but for this it is necessary that the professionals are capable to do so. This study aimed to make an evaluation of public health dentists' knowledge of Florianópolis - SC about oral cancer, with the objective of setting a profile of these professionals when it comes to their knowledge about the clinical characteristics of the disease and the associated risk factors, to investigate their attitudes, their interest and knowledge perception about the topic. Questionnaires were sent to all the current working professionals of the city's public health centers, accounting that response rate was 66.3%. After the evaluation of the results, it showed that there are deficiencies on oral cancer knowledge by dentists, mainly when it refers to the most frequent spot where the neoplasia occurs and the risk factors for the disease's appearance. A great part of the participants make exams to identify the pre-malign lesions, forwarding the suspected cases to the reference services of the city. Although many dentists have considered their knowledge as regular, admitting their limitations, the interest in qualification courses was unanimous among the participants. As a conclusion, the study has shown the deficiencies of the professional's knowledge, calling the attention for the necessity of building an oral cancer prevention program in the city that is focused on dentists' qualification, making possible a better performance of these professionals on the reversion of disease epidemical status.

Key words: oral cancer; prevention; early diagnosis; knowledge.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 – Mapa da divisão territorial de Florianópolis por Regional de Saúde	54
Figura 2 – Composição da amostra	63
Tabela 1 – Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, Florianópolis, 2007	53
Tabela 2 – Distribuição populacional e das equipes de Saúde da Família (PSF) e Saúde Bucal (SB) por área de abrangência dos Centros de Saúde, Florianópolis, 2007	55
Tabela 3 – Características gerais dos participantes da pesquisa	65
Tabela 4 – Distribuição das respostas referentes às características clínicas da ocorrência do câncer bucal	67
Tabela 5 – Distribuição das respostas referentes à associação entre condições diversas e o risco para o desenvolvimento do câncer bucal	71
Tabela 6 – Distribuição das respostas referentes à atitude dos cirurgiões-dentistas frente ao diagnóstico do câncer bucal	73
Tabela 7 – Distribuição das respostas referentes ao interesse e percepção de conhecimento sobre câncer bucal por parte dos cirurgiões-dentistas	77
Tabela 8 – Frequência dos conceitos obtidos pelos participantes da pesquisa	78

LISTA DE SIGLAS

ADA – American Dental Association
CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CCE – Carcinoma de Células Escamosas
CD – Cirurgião-dentista
CEB – Carcinoma Epidermóide Bucal
CEC – Carcinoma Espinocelular
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CFO – Conselho Federal de Odontologia
DNA – Ácido Desoxirribonucléico
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
HE – Hematoxilina Eosina
HPV – Papiloma Vírus Humano
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICV – Índice de Condições de Vida
IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano
INCA – Instituto Nacional de Câncer
PCR – Reação de Polimerase em Cadeia
PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis
RNA – Ácido Ribonucléico
SC – Santa Catarina
SEER - Surveillance, Epidemiology, and End Results Program
SIM – Sistema de Informações de Mortalidade
SUS – Sistema Único de Saúde
THD – Técnico em Higiene Dental
UNIP – Universidade Paulista
UNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 A problemática do câncer bucal	13
1.2 Objetivos	16
1.2.1 Objetivo geral	16
1.2.2 Objetivos específicos	16
1.3 Estrutura do trabalho	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 Etiopatogenia do câncer bucal	18
2.2 Fatores de risco para o câncer bucal	21
2.2.1 Tabaco	21
2.2.2 Álcool	23
2.2.3 Hábitos alimentares	24
2.2.4 Papiloma vírus humano (HPV)	25
2.2.5 Outros fatores associados	26
2.3 Aspectos epidemiológicos	27
2.3.1 Situação no Brasil	27
2.3.2. Situação no mundo	31
2.4 Avaliação de conhecimento sobre câncer bucal	35
2.4.1 Pesquisas no Brasil	35
2.4.2 Pesquisas em outros países	40
2.5 Fatores relacionados ao diagnóstico e prognóstico do câncer bucal	46
2.6 Políticas públicas relacionadas ao câncer bucal no Brasil	48
3 METODOLOGIA	50
3.1 Caracterização do local e dos sujeitos do estudo	50
3.1.1 O município de Florianópolis	50
3.1.2 O sistema municipal de saúde	51
3.1.3 Os sujeitos do estudo	54
3.2 Metodologia para coleta de dados	55
3.2.1 Instrumento de coleta	55

3.2.1 Método de coleta	56
3.3 Metodologia para tratamento dos dados	56
3.3.1 Descrição e exploração dos dados	56
3.3.2 Atribuição do conceito	57
3.4 Aspectos éticos	57
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
4.1 Taxa de resposta	60
4.2 Frequência das respostas	62
4.2.1 Características gerais dos participantes	62
4.2.2 Características clínicas da ocorrência do câncer bucal	64
4.2.3 Fatores de risco associados ao aparecimento do câncer bucal	68
4.2.4 Atitudes frente ao diagnóstico de câncer bucal	70
4.2.5 Interesse e percepção de conhecimento sobre câncer bucal	73
4.3 Conceito obtido com relação ao conhecimento sobre câncer bucal	76
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES À INSTITUIÇÃO	78
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	89
ANEXOS	94

1 INTRODUÇÃO

1.1 A problemática do câncer bucal

O perfil de mortalidade no Brasil tem se modificado ao longo dos anos de forma importante, com queda das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e aumento destas taxas por doenças não infecciosas, como a doença cardíaca, causas externas (morte violenta) e as neoplasias (BRASIL, 2004a).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que em 2001 alcançou 81,2% de cobertura em relação ao número de óbitos estimado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), traz em seus registros as neoplasias como a segunda causa de morte para as mulheres em todas as regiões e para os homens da região sul. Nas outras regiões as neoplasias aparecem como terceira causa de morte para os homens, atrás das causas externas (BRASIL, 2004a).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2001, 15,2% das mortes por causas definidas foram em decorrência das neoplasias, sendo que a estimativa para 2006 era de 472.050 novos casos (BRASIL, 2005a).

Desta forma, o câncer vem ocupando papel cada vez mais importante no perfil de mortalidade do nosso país. Dentre os tipos mais prevalentes, o câncer bucal aparece em oitavo lugar e as estimativas de incidência para 2006 o trazem como o quinto tumor mais incidente entre os homens e o sétimo entre as mulheres, com respectivamente, 10.060 e 3.410 novos casos esperados (BRASIL, 2005a; GEDOZ; BOHRER; ROSA, 2004).

No município de Florianópolis-SC, a incidência prevista é de 10,27 novos casos de câncer bucal por 100.000 habitantes para o sexo masculino e de 5,08 para o sexo feminino (BRASIL, 2005a).

Ainda conforme publicação do INCA (BRASIL, 2005a), o perfil de morbimortalidade para o câncer bucal tem se mostrado agressivo, pois enquanto outras neoplasias apresentam declínio, o número de mortes subiu de 3.977 em 1996 para 5.463 em 2004. Isso ocorre porque mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença, a qual tende a acometer mais o sexo masculino e indivíduos com idade superior a 50 anos. Localiza-se, preferencialmente, na língua e

assoalho da boca e o tipo histológico mais freqüente é o carcinoma de células escamosas (INCA, 2003).

Apesar dos avanços no tratamento cirúrgico, radioterápico e quimioterápico, a sobrevida em cinco anos de pacientes com câncer bucal e de oro-faringe não aumentou significativamente nas duas últimas décadas, estando abaixo de 60%. É uma das taxas mais baixas em comparação com outros tipos de câncer.

Somando-se à mortalidade, a morbidade associada a estas neoplasias tem impacto importante na qualidade de vida dos pacientes, pois com grande parte dos casos sendo diagnosticados tardiamente, reduzem-se as possibilidades de cura e aumentam as mutilações decorrentes do tratamento. Neste aspecto, a doença reverte-se em alto custo econômico e social para o Estado e para a família, devido à dificuldade de reintegração do indivíduo mutilado na sociedade (FREITAS; SILVERMAN, 2005).

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 as regiões onde ocorrem a neoplasia. Portanto, estratégias de detecção precoce do câncer bucal reduzem sua incidência e mortalidade (ALFANO; HOROWITZ, 2001; LIMA et al, 2005).

Contrário a outros tipos de câncer, que requerem ferramentas mais sofisticadas para o diagnóstico, o câncer bucal é facilmente detectado em um exame clínico de rotina, pois na maioria das vezes é precedido por lesões pré-malignas. Sendo assim, o retardo no diagnóstico se deve não só ao desinteresse dos pacientes em procurar ajuda profissional, mas a falta de sensibilidade dos cirurgiões-dentistas em relação a atitudes de prevenção (PERATA et al, 2005).

Little (2000) afirma que o cirurgião-dentista tem grande responsabilidade na detecção precoce do câncer bucal. Exames clínicos acurados, incluindo avaliação de linfonodos e orofaringe, devem ser feitos em todos os novos pacientes e a cada retorno. Lesões suspeitas devem ser encaminhadas para biópsia e diagnóstico o mais rápido possível. Além disso, os profissionais de saúde bucal precisam alertar seus pacientes sobre fatores de risco para o câncer bucal.

No entanto, a maioria dos profissionais de saúde bucal ainda não se sente confortável em conversar com seus pacientes sobre prevenção do câncer bucal, especialmente sobre a adoção de hábitos saudáveis, eliminação do consumo de tabaco e álcool. Os cirurgiões-dentistas devem se conscientizar da importância de

abordar estas questões, como estratégia preventiva para o câncer bucal (MCCANN; MACPHERSON; GIBSON, 2000).

A prevenção primária, os diagnósticos clínicos e histopatológico precoces e a reabilitação maxilo facial estão no quadro de obrigações da odontologia e cada cirurgião-dentista deve conhecer o assunto, suas possibilidades de atuação e os limites legais entre as profissões que atuam no tratamento do câncer bucal (ALMEIDA et al, 2005).

No Brasil, percebe-se que a realidade socioeconômica também interfere no quadro da doença, dada a maior incidência em pessoas de baixa renda, carentes de recursos e também de informações. Uma população que não tem o hábito de cuidar de si, não percebe as lesões precursoras do câncer bucal e, finalmente, com dificuldade de acesso aos serviços de saúde (MATOS; ARAÚJO, 2003).

Um estudo realizado por Maciel, Lessa e Rodrigues (2000) observou correlação positiva entre mortalidade por câncer bucal e componentes do índice de desenvolvimento humano (IDH-M) e de condições de vida (ICV) nas capitais brasileiras, sugerindo maior vulnerabilidade do sexo masculino, de pessoas idosas e de baixo nível educacional. São pessoas que dependem unicamente do Sistema Único de Saúde (SUS), por isso um atendimento humanizado e de qualidade nos serviços públicos de saúde deve ser estabelecido como ação prioritária (FREITAS, 2005).

Os cirurgiões-dentistas que atuam em unidades básicas de saúde têm a possibilidade de se aproximar da realidade das pessoas da comunidade, podendo conhecer seus hábitos e costumes e identificar os saberes populares em torno das questões relacionadas ao cuidado com a saúde bucal (VASCONCELOS, 2006).

Desta forma, os profissionais da rede pública de saúde assumem papel crucial na detecção precoce do câncer bucal, bem como na disseminação de informações referentes aos fatores de risco para a doença. Mas para isso, é necessário um investimento na formação e educação continuada dos cirurgiões-dentistas. Como forma de operacionalizar esta questão, um diagnóstico prévio sobre seus conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas ao câncer bucal pode auxiliar no planejamento deste processo de capacitação.

Conforme Vidal et al (2003), o alto índice de mortalidade por câncer bucal é inadmissível quando a prevenção e o diagnóstico precoce podem ser promovidos, bastando para isto interesse e capacitação adequada.

Levando em consideração os aspectos abordados, justifica-se a realização deste trabalho, no sentido de avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública do município de Florianópolis-SC sobre câncer bucal.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública do município de Florianópolis-SC sobre câncer bucal.

1.2.2 Objetivos específicos

- Traçar um perfil dos profissionais que atuam na rede pública do município de Florianópolis – SC em relação ao gênero, faixa etária, tempo de formado e hábito de fumar.
- Avaliar o conhecimento destes profissionais em relação às características clínicas do câncer bucal e aos fatores de risco para o aparecimento da doença.
- Conhecer suas atitudes frente ao diagnóstico do câncer bucal.
- Conhecer seu interesse e percepção de conhecimento sobre o tema.

1.3 Estrutura do trabalho

A partir da introdução, na qual foi contextualizada a problemática do câncer bucal, bem como os objetivos da pesquisa, o trabalho está estruturado da seguinte forma:

Capítulo 2. Revisão da literatura – este capítulo trata da fundamentação teórica da pesquisa, subdividido em etiopatogenia do câncer bucal, fatores de risco, epidemiologia no Brasil e no Mundo, pesquisas de conhecimento sobre câncer bucal e prática dos cirurgiões-dentistas em relação à doença, fatores relacionados ao diagnóstico e prognóstico do câncer bucal e políticas públicas relacionadas. Devido ao grande número de publicações disponíveis, esta revisão foi delimitada no tempo, contendo artigos publicados em revistas e anais de congressos, além de dissertações e livros da área odontológica.

Capítulo 3. Metodologia – este capítulo aborda a caracterização do local e dos sujeitos do estudo, a metodologia para coleta e análise dos dados e os aspectos éticos.

Capítulo 4. Resultados e discussão – neste capítulo são apresentados e discutidos os resultados obtidos, confrontando-os com a literatura consultada.

Capítulo 5. Considerações finais e recomendações à instituição.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Conforme relatado na estrutura do trabalho, a revisão da literatura foi organizada em tópicos, para melhor compreensão do tema nos seus mais variados aspectos.

2.1 Etiopatogenia do câncer bucal

Os seres vivos são feitos de unidades microscópicas chamadas células. Grupos de células similares com mesma função formam um tecido e os grupos de tecidos constituem os órgãos. O câncer é caracterizado por alterações que determinam um crescimento celular desordenado e não controlado pelo organismo, comprometendo tecidos e órgãos (SARTORI, 2004).

O câncer não é uma doença única e sim um conjunto de mais de cem diferentes doenças: diferentes tipos de câncer correspondem a diferentes tipos de células do corpo. Como a pele, por exemplo, é formada de mais de um tipo de célula, podem ser descritos diversos tipos de cânceres desse órgão. Câncer com origem em tecidos epiteliais (pele e mucosa) é denominado carcinoma e com início em tecidos conjuntivos (osso, músculo e cartilagem) é denominado sarcoma (FRANKS 1990 apud SARTORI, 2004).

Segundo Thomaz, Cutrim e Lopes (2000), o câncer, embora muito estudado, constitui-se ainda numa grande interrogação para a ciência. É uma doença crônica, degenerativa, de rápida e incontrolável proliferação e geralmente fatal. Constitui um grupo de afecções que têm como elemento comum a alteração do equilíbrio celular. Essa alteração se transforma num processo anárquico e descontrolado dos mecanismos mitóticos celulares acompanhados de mudanças morfofuncionais do organismo afetado.

O câncer bucal ocupa uma posição de destaque entre os tumores malignos que acometem o organismo, devido a sua alta incidência e mortalidade. Cerca de 65% dos pacientes portadores de câncer bucal procuram o tratamento com lesões já

avançadas, sendo que 10% dos tumores malignos do corpo todo se localizam na boca (ABRANCHES et al, 2006).

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 (THOMAZ; CUTRIM; LOPES, 2000).

Silverman, Eversole e Truelove (2004) afirmam que, em todo o mundo, o câncer bucal é uma alteração maligna prevalente, intimamente relacionada ao hábito de consumir tabaco em todas as suas formas, como também a dietas pobres em nutrientes. É também considerada uma doença do envelhecimento, devido a desregulação celular associada, embora registros mais recentes tenham detectado um aumento da incidência de câncer bucal em pessoas mais jovens (abaixo de quarenta anos).

As alterações malignas normalmente são precedidas por lesões bucais com risco de crescimento celular descontrolado e transformação em câncer. Este processo patológico das lesões pré-malignas afeta principalmente o epitélio escamoso estratificado, e se constitui de alterações que vão desde a hiperqueratose (formação excessiva de queratina) ao carcinoma de células escamosas. As células começam a sofrer modificações na camada basal e parabasal do epitélio, indicativas de ciclo celular rápido, tais como pleomorfismo, hiperchromatismo e núcleo aumentado. As alterações moleculares nas lesões pré-malignas e malignas da boca envolvem sobre-expressão de oncogenes, mutação do gene supressor de tumor (principalmente das proteínas p53 e p57) e mutação do gene reparador de DNA (SILVERMAN; EVERSOLE; TRUELOVE, 2004; WINN, 1998).

Fan et al (2006), ao estudarem a expressão das proteínas p57, p53 e hsp60 em lesões pré-malignas e malignas, encontraram uma diminuição da expressão dessas proteínas em função do estágio do tumor. A baixa expressão da proteína p57 foi associada com displasia severa em leucoplasias bucais, e sua expressão negativa, com carcinoma de células escamosas e presença de metástases regionais. Esta proteína foi considerada pelos autores um marcador progressivo e de prognóstico do carcinoma de células escamosas.

As lesões precursoras do câncer bucal podem ser brancas, vermelhas ou mistas. As leucoplasias são lesões brancas e se apresentam lisas (homogêneas) ou com superfície fissurada (verrucosas). Quando difusas ou multifocais são denominadas de leucoplasia verrucosa proliferativa, lesão com risco até sete vezes maior de transformação maligna (HOLMSTRUP, 2006; SILVERMAN; EVERSOLE; TRUELOVE, 2004). Já as lesões vermelhas (eritroplasias) são mais raras, porém com potencial de malignidade bem maior. Enquanto 3 a 4% das leucoplasias evoluem a carcinoma, até um terço das eritroplasias irão fatalmente se transformar em câncer (informação verbal)¹.

Segundo Sartori (2004), o tipo de neoplasia bucal mais encontrado é o carcinoma de células escamosas, com até 95% de prevalência. A localização intra-oral mais comum é a língua, seguida do lábio e assoalho de boca (SILVERMAN; EVERSOLE; TRUELOVE, 2004). Localizações menos comuns incluem o rebordo alveolar inferior, palato, orofaringe e rebordo alveolar superior. O câncer de lábio é mais freqüente em pessoas brancas, e registra maior ocorrência no lábio inferior em relação ao superior (PETTI; SCULLY, 2007).

O carcinoma de células escamosas (CCE) da boca, também denominado carcinoma epidermóide, carcinoma escamocelular ou carcinoma espinocelular, é uma neoplasia maligna que se origina no epitélio de revestimento. As taxas de incidência e mortalidade para o CCE 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 da assistência médica (BRENER et al, 2007).

O exame clínico da boca para detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores não sintomáticos é uma estratégia de prevenção importante para viabilizar o diagnóstico da doença em seus estágios iniciais e, assim, possibilitar um melhor prognóstico por meio da pronta e efetiva intervenção terapêutica (ANTUNES; TOPORCOV; WÜNSCH-FILHO, 2007).

¹ Informação divulgada pelo Prof. Jatin Shah, durante o VII Congresso Brasileiro de Câncer bucal, em Florianópolis, setembro de 2007.

2.2 Fatores de risco para o câncer bucal

O câncer bucal tem se caracterizado como uma morbidade que acomete principalmente homens de quarenta ou mais anos de idade, estreitamente relacionada aos hábitos de fumar, mascar tabaco e consumir bebidas alcoólicas (ALLEGRA; GENNARI, 2000; PERUSSI et al, 2002). No entanto, outros fatores também têm sido associados ao seu aparecimento, tais como hábitos alimentares, exposição ao papiloma vírus humano (HPV), predisposição genética, exposição solar e condição bucal (BRASIL, 2002b).

Leite, Guerra e Melo (2005), ao revisarem trabalhos que abordam fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do câncer bucal, relatam que é necessário fazer uma diferenciação entre fatores de risco determinantes, capazes de causar lesão no DNA, 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.

A seguir serão discutidos os principais fatores de risco documentados na literatura.

2.2.1 Tabaco

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, sessenta apresentam ação carcinogênica conhecida, destacando-se os hidrocarbonetos policíclicos e as nitrosaminas específicas do tabaco, encontradas no alcatrão. 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 (BRASIL, 2002b).

A taxa de mortalidade do câncer da cavidade bucal é similar para qualquer forma de tabaco usada. Existe uma forte relação entre a quantidade de tabaco

usada por dia e a duração do período de exposição (relação dose-resposta), diminuindo o risco com a cessação do tabagismo (BRASIL, 2002b; LEITE; GUERRA; MELO; 2005; SILVERMAN; EVERSOLE; TRUELOVE, 2004).

Em estudo de caso-controle conduzido no Brasil, Franco et al (1989) relataram um risco relativo para o desenvolvimento de câncer bucal igual a 6,3, 13,9 e 7,0 para os consumidores de cigarro industrializado, cachimbo e cigarros feitos à mão, respectivamente. Os autores também constataram que, após 10 anos da cessação do tabagismo, os níveis de risco decrescem para níveis semelhantes ao risco observado entre os que nunca fumaram.

Lee (2007) afirma que o consumo de cigarros, bebidas alcoólicas e folhas de betel, hábitos comuns em países asiáticos tais como Taiwan, aumenta em até 123 vezes o risco de desenvolvimento de câncer bucal, em relação às pessoas que não as consomem.

Em Roma, o câncer bucal é considerado um problema de saúde pública, com uma incidência de 3.800 novos casos a cada ano. É o sexto tipo de câncer mais comum em homens, sendo que em 75% dos casos está relacionado ao uso de tabaco, álcool ou as duas substâncias juntas. Este comportamento de risco deve ser considerado em estratégias de rastreamento do câncer bucal na população (CSÉPE et al, 2007).

Um estudo foi conduzido por Sawair et al (2007), no Yemen, para verificar a associação entre o hábito de mascar tabaco e qat (planta com efeito estimulante) e a incidência de câncer bucal, em relação a outros tipos de câncer no período de 2004. Foram selecionados 649 casos de tumores malignos diagnosticados no Hospital Al-Thawra, da Universidade de Sana'a. O câncer bucal foi o mais freqüente em homens e mulheres (17,2% e 19,2% dos casos), sendo o carcinoma espinocelular o mais encontrado (84%) e a língua o local mais afetado (42%). Dos 119 pacientes com câncer bucal, 70 relataram mascar tabaco, 55 mascar qat e 22 eram fumantes. O hábito simultâneo de mascar tabaco e qat foi encontrado em 48 casos. Os autores chamam a atenção para o fato de, pela primeira vez, um estudo ter mostrado o câncer bucal como o tipo de câncer mais freqüente nesta região do Yemen e relacionam este fato aos hábitos encontrados nesta população.

2.2.2 Álcool

O consumo de bebidas alcoólicas aumenta cerca de 9 vezes o risco de câncer bucal, e quando associado ao tabagismo esse risco torna-se 35 vezes maior. Os mecanismos pelos quais as bebidas alcoólicas podem causar câncer ainda não são claros. A ação carcinogênica do álcool é atribuída principalmente a um de seus metabólitos, o acetaldeído, que tem a capacidade de causar mutações no DNA da célula com as quais entra em contato. Por outro lado, características individuais que determinam uma maior velocidade de transformação de etanol em acetaldeído no organismo podem, em parte, explicar porque algumas pessoas desenvolvem câncer e outras não, como resultado da exposição prolongada e excessiva ao álcool (BRASIL, 2002b).

Um estudo de caso-controle de base hospitalar foi realizado por Schlecht et al (1999), para verificar o papel da interação entre álcool e tabaco no risco de desenvolvimento do carcinoma de células escamosas do trato aerodigestivo superior em regiões do centro e sudeste do Brasil. Entre fevereiro de 1986 e janeiro de 1989, 784 pacientes com diagnóstico de câncer de cavidade bucal, faringe e laringe, e 1578 controles, foram selecionados em três hospitais (São Paulo, Goiânia e Curitiba) e entrevistados sobre seus hábitos de fumar e beber e outras características. A maioria dos pacientes era do sexo masculino, com idade média de 58 anos. Os indivíduos que nunca fumaram, mas eram fortes bebedores apresentaram maiores riscos de desenvolver câncer (OR 9,2; IC 95%: 1,7-48,5), em comparação com aqueles que nunca beberam, sendo evidenciado um efeito dose-resposta em relação ao consumo cumulativo de bebida alcoólica. A análise por sítio específico do tumor, segundo categorias de exposição ao tabaco e ao álcool, mostrou, para a maior categoria de consumo de álcool, uma estimativa de risco para câncer de língua de 3,8 (IC 95% 0,7 – 20,4) para não fumantes e de 22,3 (IC 95% 5,4 – 92,4) para fumantes. Com base nesses resultados, os autores levantam a hipótese de que o álcool possa atuar na cavidade bucal como um fator de risco isolado ou como um agente promotor de câncer seguindo a exposição ao tabaco.

Asakage et al (2007) concluíram, após realizar um estudo de caso-controle no Japão, que o risco para câncer bucal aumentou entre 3,61 e 10,08 vezes com o consumo de bebida alcoólica, em uma média de nove ou mais doses por semana.

Encontraram também uma associação entre o hábito de fumar e baixo consumo de vegetais entre os participantes da pesquisa, além de modificações nas enzimas que metabolizam o álcool no organismo.

2.2.3 Hábitos alimentares

Conhecimentos atuais vêm ressaltando o papel importante dos hábitos alimentares na etiologia do câncer bucal. Deficiências nutricionais e dietas inadequadas funcionam como fontes de radicais livres, que seriam responsáveis por alterações no DNA, tornando-o mais vulnerável ao desenvolvimento da doença. Já 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 câncer bucal (BRASIL, 2002b).

Johnson e Schleyer (2003) concluíram, estudando os fatores de risco dos cânceres bucais, que uma dieta alimentar pobre em micronutrientes, com alto conteúdo calórico e alto consumo de gordura saturada contribui para o desenvolvimento dos cânceres bucais. Quando relacionado à dieta alimentar, sua ocorrência é mais comum nas bordas da língua, no assoalho da boca e no palato mole.

Pavia et al (2006) concluíram, após analisarem dezoito estudos relevantes sobre o papel do consumo de frutas, vegetais e cereais na prevenção do câncer bucal, que cada porção de fruta ou vegetal consumido diariamente pode reduzir em até 50% o risco para a doença.

Para reduzir o risco de câncer bucal e de orofaringe, também se deve adotar uma dieta pobre em gorduras saturadas e carne vermelha ou processada, com baixa ingestão de calorias. Bons níveis de micro nutrientes no organismo, tais como vitamina C, E, antioxidantes, zinco e beta-caroteno são efetivos na prevenção do câncer bucal (TAGHAVI; YAZDI, 2007).

2.2.4 Papiloma vírus humano (HPV)

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 câncer bucal e de orofaringe (SOUTO; FALHARI; CRUZ, 2005; XAVIER; BUSSOLOTI FILHO; LANCELOTTI, 2005).

Os HPVs tipo 16 e 18 já foram associados com as alterações genéticas responsáveis por danos ao DNA, afetando o ciclo celular e conseqüentemente trazendo alterações moleculares características de lesões pré-malignas e malignas. Em carcinomas de células escamosas do colo uterino essa associação ocorre em 98% dos casos, sendo que em carcinomas bucais a participação do HPV na patogênese do câncer ainda não está claramente definida. Contudo, muitos investigadores identificaram o HPV, DNA, RNA e proteínas virais em carcinomas bucais e em algumas células carcinomatosas (SILVERMAN; EVERSOLE; TRUELOVE, 2004).

Vidal et al (2004) buscaram verificar a presença do HPV de baixo e de alto risco em carcinomas orais através de um teste de captura híbrida em amostras colhidas pela citologia esfoliativa bucal e, ainda, avaliar comparativamente as referidas leituras com alterações celulares indicativas deste vírus obtidas com a interpretação citológica óptica convencional (hematoxilina eosina – HE / Papanicolaou). Quarenta indivíduos concordaram espontaneamente em participar da pesquisa, e seus dados clínicos foram analisados. Entre as 40 amostras provenientes da citologia esfoliativa, 29 (72,5%) mostraram-se negativas para presença de HPV-DNA de baixo e de alto risco; nove (22,5%) foram positivas para o HPV-DNA de baixo e de alto risco; uma (2,5%) foi positiva apenas para o HPV de baixo risco; e também uma (2,5%) foi positiva apenas para o HPV de alto risco. Houve concordância entre todos os resultados positivos para presença de HPV-DNA nas amostras citológicas submetidas ao teste de captura híbrida e na leitura de esfregaço citológico ao microscópio óptico convencional. Os autores concluíram que o vírus HPV pode comportar-se como mais um co-carcinógeno para o câncer bucal, à semelhança do carcinoma uterino.

Xavier, Bussoloti Filho e Lancellotti (2005) realizaram estudo com o objetivo de verificar a prevalência de achados sugestivos de HPV - coilocitose - em

carcinoma espinocelular (CEC) bucal e de orofaringe. Foram examinadas no microscópio 20 lâminas com o diagnóstico de CEC de cavidade bucal ou orofaringe sendo que em 15 delas foi encontrada coilocitose, correspondendo a 75%. Apesar de reconhecer que o método mais sensível para pesquisa de HPV seja a reação de polimerase em cadeia (PCR), os autores iniciaram a pesquisa com a investigação de coilocitose, o que é muito sugestivo de infecção por HPV, sendo que a realização de PCR poderá confirmar a alta prevalência de infecção por HPV em CEC oral e de orofaringe.

Campisi et al (2006) pesquisaram a relação entre infecção por HPV e grau histológico de carcinomas de células escamosas bucais, bem como associação entre estágio do tumor. Os autores encontraram maior grau de infecção por HPV em tumores de grau II.

Closmann (2007) publicou artigo onde afirma que o HPV tipo 16 e 18 está intimamente relacionado com neoplasias malignas de colo uterino, podendo também haver o mesmo tipo de relação em carcinomas de células escamosas bucais. Desta forma, há pesquisas no sentido de produzir uma vacina que auxilie na prevenção do câncer de colo uterino em pacientes com risco de infecção por HPV, no entanto sua utilização como prevenção para o câncer bucal ainda é controverso.

2.2.5 Outros fatores associados

Dentre os 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 se expõe, reflexo da deficiência do hospedeiro em reparar o seu DNA danificado, é o mecanismo de indução-promoção da carcinogênese mais freqüente (BRASIL, 2002b).

Atividades em áreas externas, com a conseqüente exposição aos raios solares, são apontadas como importantes fatores de risco para o câncer de lábio inferior (MOORE, 1999). A radiação solar é capaz de, a longo prazo, produzir lesões de significativa importância biológica. Daí, a exposição crônica à luz solar representar um considerável fator de risco para esta neoplasia. A exposição repetida e excessiva aos raios solares (raios ultravioleta), por períodos superiores a 15 ou 30

anos, provoca alterações dos lábios capazes de evoluir para o carcinoma (BRASIL, 2002b).

Com relação a condição bucal, é difícil estabelecer-se uma relação de causa-efeito entre a má conservação dos dentes e o câncer. Indivíduos que apresentam sangramento gengival, presença de cálculo ou irritações crônicas decorrentes de próteses mal-ajustadas e bordos cortantes podem ser mais suscetíveis ao câncer bucal, quando expostos a agentes carcinogênicos, sobretudo álcool e tabaco. Assim, a má higiene bucal e suas conseqüências são identificadas como determinantes adicionais de risco (BOING, 2005; BRASIL, 2002b; VASCONCELOS, 2006).

2.3 Aspectos epidemiológicos

2.3.1 Situação no Brasil

O Brasil apresenta um quadro sanitário que combina doenças relacionadas à pobreza, comuns nos países pobres e em desenvolvimento, e doenças crônico-degenerativas, predominantes nos países ricos.

Segundo o INCA, a proporcionalidade de mortes por neoplasias aumentou na medida em que se observou o deslocamento das taxas de incidência para o sul do país: 7,83% (região norte), 9,89% (região centro-oeste), 11,93% (região sudeste) e 15,19% (região sul) (BRASIL 2002a).

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

Camarini et al (2000) consultaram os arquivos dos laboratórios de anatomia patológica de Bauru e Jaú, com a intenção de obter dados regionais sobre a incidência de carcinoma de células escamosas, no período entre 1976 e 1995. Observaram que o gênero masculino foi mais afetado que o feminino, numa proporção de 4:1, bem como os indivíduos da cor branca (91%). Nesta região, o lábio foi o local mais afetado (38,33%), seguido da língua (31,80%). Os autores alertam para o fato de que são necessárias campanhas educativas para a

população, com ênfase nos fatores de risco para o câncer bucal, bem como no incentivo ao auto-exame bucal.

No registro hospitalar de câncer do Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII, observa-se que o câncer bucal nos homens foi responsável por maior número de atendimentos do que o câncer de pulmão. As estatísticas apontam 566 (9,1%) atendimentos para os tumores bucais e 518 (8,3%) para tumores de pulmão no período de 1994 a 1999. Neste hospital, o câncer bucal foi a terceira causa de atendimento em homens no período (MAUAD; GOMES; MIRRA, 2000).

Em Belo Horizonte – MG foram coletados dados em dois hospitais, para verificar o perfil de pacientes com carcinoma espinocelular, diagnosticados entre 1986 e 1996. Após a análise de 740 prontuários, foi encontrada maior incidência em homens (4,8: 1), na faixa dos sessenta anos e em sua maioria, trabalhadores rurais. Em 63,8% dos casos, os pacientes relataram consumo de tabaco e álcool, sendo que metade deles apresentava lesões no estágio IV (GERVÁSIO et al, 2001).

Wünsch-Filho (2002) estudou a ocorrência de câncer bucal e de faringe nas cinco regiões brasileiras. O autor encontrou dois padrões de ocorrência destas neoplasias, um que compreende as regiões norte, nordeste e centro-oeste e outro que corresponde às regiões sul e sudeste, onde foram encontradas as taxas mais altas (15% em cada 100 mil habitantes). As taxas de mortalidade também foram mais altas nessas regiões, o que pode ser explicado pelo maior consumo de álcool e tabaco, associado aos hábitos de tomar chimarrão e comer carne vermelha. O autor ainda pondera que parte da incidência de câncer bucal no Brasil deve ser atribuída a uma dieta pobre e a higiene oral deficiente, condições comuns em pessoas com baixo padrão socioeconômico.

Em 2003, foi realizado estudo de 1.287 casos de carcinoma epidermóide bucal (CEB), no período de 1979 a 1999, coletados nos laudos de exames histopatológicos, obtidos nos serviços de Anatomia Patológica de Aracaju. Do universo pesquisado, encontrou-se a freqüência de 62,2% em pacientes do sexo masculino e 32,0% em pacientes do sexo feminino, numa relação de 1,9: 1. Os demais casos (5,8%) corresponderam àqueles com informações ignoradas. A faixa etária prevalente foi de 60 a 69 anos, com a idade média de 58,2 anos para o sexo masculino e 60,5 anos para o sexo feminino. Nos homens, a língua foi à localização anatômica de maior freqüência com 31,5% dos casos, seguida do lábio inferior (25,7%) e do assoalho de boca (14,4%). Para as mulheres evidenciou-se que a

língua representou 29,1% dos casos, o lábio 19,2% e o palato 16,3%. Os resultados mostram que o carcinoma epidermóide de boca ocorre com maior frequência em indivíduos do sexo masculino, acima da quinta década de vida, com localização anatômica preferencial em língua (ANJOS HORA et al, 2003).

Dedivitis et al (2004) arrolaram 43 casos de carcinoma espinocelular (CEC) bucal e 25 de orofaringe do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de Misericórdia de Santos e do Hospital Ana Costa entre os anos de 1997 a 2000, com o objetivo de analisar os aspectos clínico-epidemiológicos dos pacientes e a evolução da doença. Informações sobre idade, sexo, profissão, raça, hábitos de tabagismo e etilismo, uso de prótese dentária, origem do encaminhamento do paciente ao tratamento, localização da lesão, estadiamento clínico, grau de diferenciação histológica, tratamento, sobrevida e presença de segundo tumor primário foram analisados estatisticamente pelo Teste Exato de Fischer. Os resultados mostram 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, 81% foram referenciados por profissionais médicos, 76,8% eram tabagistas, 74% etilistas, 79% não utilizavam prótese dentária. O sítio mais acometido foi a língua (51,1%), 53% apresentaram-se nos estágios III e IV, 72,1% eram de grau histológico II, 53% foram tratados por cirurgia, 47% por cirurgia e radioterapia adjuvante e 9,3% apresentaram segundo tumor primário. Não houve relação estatisticamente significativa entre o estadiamento e os hábitos de tabagismo, etilismo e uso de prótese. Tais hábitos, a faixa etária e o grau histológico não tiveram relação significativa com o sítio do tumor. Estavam vivos e livres de doença 69,7% dos pacientes com tumor bucal.

Oliveira, Ribeiro-Silva e Zucoloto (2006) avaliaram o perfil, os fatores de risco e a sobrevida de pacientes diagnosticados com carcinoma epidermóide oral entre 1982 e 2002, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Foram obtidos dos prontuários idade, gênero, local da lesão, história pregressa, consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, exposição actínica, traumatismo por prótese, recidivas, metástases e sobrevida dos pacientes. Dos 340 pacientes 84,4% eram homens e 15,6%, mulheres (5,4: 1). As lesões linguais foram as mais frequentes (27,9%). Vinte por cento dos pacientes relataram traumatismo por prótese e em 73,8% das lesões em lábio inferior foi relatada exposição actínica desprotegida. Não houve diferença entre as regiões anatômicas e o consumo de

tabaco em relação a recidivas, metástases regionais e metástases à distância. O tempo médio de história progressiva foi de 13 meses, havendo diferença entre as regiões anatômicas. A sobrevida em cinco anos foi de 24%. A sobrevida dos pacientes com recidivas e/ou metástases variou conforme a idade analisada, mas não houve diferença quanto à história progressiva e às regiões anatômicas. A discrepância homem/mulher encontrada foi alta, diminuindo conforme o aumento da idade. O consumo de tabaco e álcool é elevado nessa população, mas não influenciou as recidivas e as metástases da doença. Foi grande o tempo de evolução das lesões até a procura pelo serviço. Os autores concluíram que os baixos índices de sobrevida refletem a necessidade de uma maior atenção ao câncer bucal nessa população.

Biazevic et al (2006), realizaram uma pesquisa com o objetivo de descrever e explorar analiticamente tendências de mortalidade por câncer bucal e orofaringe na cidade de São Paulo, Brasil, de 1980 a 2002. Dados sobre os óbitos com esta causa básica foram levantados junto à Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, discriminados por sexo, idade e localização anatômica. A estimação e ajuste pelo método direto dos coeficientes usaram dados de população fornecidos pelos censos de 1980, 1991 e 2000, e pela contagem populacional de 1996, realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foi observada tendência crescente da mortalidade devida ao agravo, a uma taxa anual de 0,72%. Responsável por mais de um terço desses óbitos, o câncer de língua foi a categoria com mortalidade mais elevada. Câncer de lábio, gengiva e área retro molar apresentou tendência decrescente, enquanto orofaringe e partes não especificadas da boca e orofaringe sofreram incremento de mortalidade. Os autores concluem que o monitoramento da magnitude e tendências da mortalidade por câncer pode configurar importante implemento para o planejamento de iniciativas voltadas à redução da carga de doença em nosso meio.

Dados sobre mortalidade relacionada ao câncer bucal foram coletados por Boing et al (2006), para determinar a tendência temporal de mortalidade entre 1979 e 2002, no Brasil. Foram discriminadas informações relativas a sexo, faixa etária, sítio anatômico e região de residência. As taxas de mortalidade foram padronizadas por sexo e faixa etária e as tendências de câncer bucal e câncer de faringe foram analisadas para cada sexo e região do país. Durante o período analisado os óbitos por câncer de boca e faringe corresponderam, respectivamente, a 1,80% e 1,89% do

total de mortes por neoplasias no Brasil. A relação entre as taxas do sexo masculino e feminino foi de 4:1 no câncer de boca e 6:1 no câncer de faringe. Câncer em localizações mal definidas ou não especificadas correspondeu a mais de 25% do total de óbitos. A mortalidade por câncer bucal 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.

2.3.2. Situação no mundo

A incidência do câncer bucal é extremamente variável, representando um problema de saúde pública em muitas partes do mundo. A doença é mais prevalente em países em desenvolvimento, registrando 83% dos óbitos. É o oitavo tipo de câncer mais comum em todo o mundo (KOWALSKI E NISHIMOTO; 2000; PETERSEN et al, 2005).

As taxas de incidência do câncer bucal elevaram-se dramaticamente durante o século 20 nos Estados Unidos e na Europa, especialmente entre indivíduos com idade superior a 60 anos. Embora influenciadas pela idade, pelo sexo e pelo país de origem, estas taxas são fortemente afetadas pelo risco elevado entre indivíduos nascidos após 1915. Este efeito é indicativo da influência comportamental no risco para o câncer bucal (GILLISON, 2007).

Moore et al (1999; 2000a, 2000b) publicaram três artigos de revisão relacionados à incidência de câncer bucal em várias regiões do mundo. Os valores encontrados serão descritos a seguir.

Na Austrália, a incidência em termos gerais foi relativamente baixa, excetuando-se o oeste e a região de Sydney, que apresentaram taxas acima de 2,5 por 100 mil habitantes por ano. Já no Canadá, as taxas de incidência do câncer bucal foram consideráveis. A região do leste canadense apresentou taxa de incidência de 3,3 por 100 mil habitantes por ano, entretanto, nas províncias litorâneas a taxa observada foi 9,0 por 100 mil habitantes por ano.

Na América Central, Porto Rico vem apresentando altas taxas na incidência do câncer bucal: 6,7 por 100 mil habitantes por ano entre 1964 e 1966; 7,8 por 100

mil habitantes por ano entre 1968 e 1972; 6,2 por 100 mil habitantes por ano entre 1973 e 1977; 6,4 por 100 mil habitantes por ano entre 1978 e 1982 e 6,1 por 100 mil habitantes por ano entre 1983 e 1987.

Na Europa, as taxas de incidência do câncer bucal também apresentaram diferenças regionais significativas. A França apresentou a maior taxa de incidência entre 1988 e 1992, cujos valores variaram entre 2,8 por 100 mil habitantes por ano em Taram e 12,4 por 100 mil habitantes por ano em Bas-Rhin. Por outro lado, se comparados com o restante da Europa, os países nórdicos apresentaram uma taxa de incidência relativamente baixa que variou entre 1,1 e 1,7 por 100 mil habitantes por ano. No Reino Unido, a taxa de incidência do câncer bucal entre 1988 e 1992 variou entre 1,5 por 100 mil habitantes por ano na Inglaterra e 2,8 por 100 mil habitantes por ano na Escócia.

Na Ásia, a taxa de incidência do câncer bucal foi consideravelmente alta. Várias regiões da Índia apresentaram taxas para o câncer de língua que excederam 6,0 por 100 mil habitantes por ano, segundo publicação oficial do governo indiano e, entre 1991 e 1992 foi observado pico na taxa de incidência desse tipo de câncer, da ordem de 10,8 por 100 mil habitantes por ano.

No Japão, a taxa de incidência encontrada foi baixa, entretanto, tem crescido nos últimos anos. Em Osaka, no período compreendido entre 1970 e 1971, a taxa foi 0,2 por 100 mil habitantes por ano. Por outro lado, no período entre 1983 e 1987, a taxa foi 1,6 por 100 mil habitantes por ano.

Ainda com relação à incidência de câncer bucal ao redor do mundo, foram publicados recentemente muitos trabalhos, mostrando que o perfil de ocorrência da doença ainda é considerado grave, tanto em países em desenvolvimento como em países desenvolvidos.

No Reino Unido, a incidência do câncer bucal foi observada no estudo descritivo de Conway et al (2006), que procuraram determinar se haviam variações geográficas também. Foram analisados registros do período entre 1990 e 1999. Os resultados mostraram crescimento de 18% na incidência de câncer bucal em homens e de 30% nas mulheres, durante o período observado ($p < 0,001$), com taxa de crescimento anual de 3,5% em pessoas com menos de 45 anos e de 2,4% no grupo com mais de 45 anos. A incidência continua maior em homens e na região norte do país.

As características de pacientes com câncer bucal no Tehran foram descritas por Sargeran et al (2006). Foram coletados dados de trinta hospitais de referência, que tiveram casos de câncer bucal diagnosticados entre 1993 e 2003. De todos os casos, 59% eram masculinos, com idade média de 58 anos. O local mais afetado foi a língua (50%) e 88% dos tumores eram carcinomas de células escamosas. No momento do diagnóstico, 59% estavam no estágio III ou IV. Os autores enfatizam a necessidade urgente de um programa nacional focado na detecção precoce do câncer bucal, incluindo informação dirigida aos profissionais de saúde bucal.

Cruz et al (2006) investigaram a incidência de câncer bucal entre americanos de origem hispânica do estado de Nova York. Encontraram uma taxa 32% maior em relação ao resto do país, em homens de origem hispânica, afirmando que existem diferenças etnoregionais no aparecimento da neoplasia.

Com o objetivo de estudar as taxas de incidência do câncer bucal e de orofaringe em adultos nos Estados Unidos, Rodu e Cole (2007) coletaram dados do National Cancer Institute's Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER), registrados entre 1973 e 2003, ajustando as taxas em relação à idade. Os resultados mostraram taxas de incidência estáveis para homens jovens e em declínio de aproximadamente um terço após meados dos anos 80, para homens acima de quarenta anos. Em relação às mulheres, houve declínio para a faixa etária de 40 a 74 anos, mas houve aumento da incidência em mulheres mais jovens e mais velhas. Em 2003 foram registrados 10.432 casos de câncer bucal nos americanos com idade acima dos 20 anos, além de 12.157 casos de câncer de orofaringe. Os autores concluem que, embora as taxas de incidência estejam estáveis ou em declínio para homens e mulheres de várias faixas etárias, quase três quartos do total de casos de câncer bucal e de orofaringe registrados no SEER em 2003 eram detectáveis em exames bucais de rotina.

Kademani (2007) fez um relatório sobre câncer bucal nos Estados Unidos da América (EUA). Ele afirma que 5% de todos os tumores registrados no mundo ocorrem na região de cabeça e pescoço e destes, quase metade na cavidade bucal. Dos 615 mil novos casos de câncer de cabeça e pescoço registrados ao redor do mundo em 2000, 300 mil foram tumores bucais primários. Dados recentes do SEER sugerem que 28.900 novos casos de câncer bucal serão registrados e 7.400 mortes ocorrerão a cada ano nos Estados Unidos. O câncer bucal é a sexta causa de morte relacionada a câncer em americanos, responsável por uma morte a cada hora no

país. O autor pondera que apesar dos avanços em ferramentas de rastreamento, diagnóstico por imagem e acesso a cuidados primários de saúde, uma grande porcentagem de pacientes apresentam-se com a doença em estágios avançados. Os sinais e sintomas do câncer bucal muitas vezes são inespecíficos e confundidos com outras doenças, por isso médicos da atenção primária devem estar cientes, principalmente do aumento da incidência em pacientes jovens e sem história de uso de tabaco e álcool, tradicionais fatores de risco. Para melhorar a sobrevida, o autor conclui que todos os pacientes devem ser examinados rotineiramente à procura de lesões bucais.

Shibosk, Schmidt e Jordan (2007) também avaliaram dados do SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) relacionados à incidência de câncer bucal, no período de 1973 a 2002, para verificar disparidades entre brancos e negros na sobrevida e estágio de diagnóstico desta neoplasia. Encontraram uma proporção significativamente mais elevada de câncer bucal em negros, principalmente localizados em língua e com mais de 4 cm de diâmetro (59% contra 49%, $P < 0,001$). A sobrevida em cinco anos para homens negros também foi menor (25% contra 43% entre 1973 e 1987; 31% contra 53% entre 1988 e 2002). Uma possível explicação para isso pode ser a diferença no acesso e utilização dos serviços de saúde entre a população branca e negra nos Estados Unidos.

Na Escócia, a incidência de câncer bucal tem aumentado significativamente a partir dos anos 80, especialmente entre homens. Conway et al (2007) publicaram uma comunicação onde esta incidência é relacionada com a condição socioeconômica, a partir de coleta de dados feita no Registro de Câncer da Escócia. Encontraram relação entre a incidência do câncer bucal e as mudanças ocorridas no perfil socioeconômico da população, causadas pela diminuição dos postos de trabalho em indústrias e concentração de poder e renda em determinadas regiões do país. Os autores ainda discutem como se faz esta relação, afirmando que a interação entre condição socioeconômica e comportamento é complexa, mas que muitas vezes estas circunstâncias podem afetar, nos indivíduos, o conhecimento e a habilidade para fazer escolhas saudáveis, tais como não fumar, não consumir bebida alcoólica em excesso e manter uma dieta rica em nutrientes.

Um estudo retrospectivo no Hospital da Universidade de Lagos, na Nigéria, entre 1992 e 2003 (Ajayi et al, 2007), demonstrou que embora o carcinoma de células escamosas seja o tipo de câncer bucal mais prevalente em adultos acima de

40 anos, aproximadamente 25% dos casos diagnosticados nesta instituição foram em pessoas com menos de 40 anos.

Em Taiwan, o câncer bucal é um dos tumores malignos que cresce mais rapidamente. Entre os condados da ilha, Changhua está na lista dos três primeiros em incidência de câncer bucal e para caracterizar melhor a epidemiologia desta neoplasia, Su et al (2007) verificaram registros do Departamento de Saúde acerca de câncer bucal, com o objetivo de estudar taxa de incidência, idade e local anatômico mais prevalente. Além disso, os autores correlacionaram a incidência com fatores de risco conhecidos, tais como fumo, álcool e hábito de mascar quid betel (mistura de folhas da planta betel com hidróxido de cálcio, muito comum na Ásia). Os resultados encontrados mostram que Taiwan teve um aumento de 5,3 vezes na incidência de câncer bucal em homens, entre os anos de 1982 e 2001, sendo que a incidência em Changhua foi a mais elevada do mundo em 2001. Enquanto em outros condados o local anatômico mais afetado é a língua, a mucosa bucal aparece em primeiro lugar em Changhua. Desta forma, os autores não descartam a forte influência do hábito de mascar quid betel nestes indicadores, porém alertam que fatores etiológicos desconhecidos podem estar atuando localmente.

2.4 Avaliação de conhecimento sobre câncer bucal

2.4.1 Pesquisas no Brasil

No Brasil, muitas pesquisas têm sido realizadas com o objetivo de avaliar o conhecimento de cirurgiões-dentistas do setor privado e público, bem como da população, em relação ao câncer bucal. Grande parte dos resultados destes estudos demonstra que os profissionais não se sentem seguros para informar, diagnosticar e conduzir o paciente com suspeita de neoplasia bucal, da mesma forma que a população carece de informações sobre o assunto. A seguir serão comentados os resultados de algumas pesquisas publicadas.

Em pesquisa realizada para analisar a problemática do câncer bucal no setor público de saúde, em Niterói – RJ, Hayassy (1998) verificou que os cirurgiões-

dentistas da rede pública do município não seguem uma rotina de trabalho previamente estabelecida e suas ações preventivas restringem-se a aplicação tópica de flúor. Os profissionais relataram não possuir conhecimento suficiente para entender o mecanismo e a prevenção do câncer bucal.

Uma investigação sobre conhecimentos, práticas e atitudes em relação ao diagnóstico do câncer bucal na visão da população e do cirurgião-dentista foi realizada por Matos e Araújo (2003). A intenção era de aproximar os alunos do curso de Odontologia da UNIPLAC, em Lages - SC, da realidade social e cultural da população e sensibilizá-los a buscar conhecimentos de outras áreas para entender o atraso do diagnóstico de câncer bucal. Análises dos dados obtidos mostraram que de um lado, os cirurgiões-dentistas não realizam um correto exame clínico, que é um método eficaz para o diagnóstico; do outro, a população não percebe as lesões precursoras, pois são assintomáticas e indolores. Assim, programas e ações direcionadas ao câncer bucal deverão considerar atitudes, valores e crenças da “população-alvo” para que a abordagem preventiva e educativa seja mais eficaz.

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

Em 2004, Cutrim et al realizaram um estudo para avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas que atuam na rede pública de São Luís – MA sobre câncer bucal, assim como a prática odontológica implementada no setor público desta cidade. Foi utilizado um questionário com questões semi-abertas e de múltipla escolha. Os resultados revelaram que 76,98% dos profissionais possuem conhecimento sobre câncer bucal, sendo a graduação citada como o nível de formação onde mais receberam informações sobre o tema. Porém, 50,8% dos participantes da pesquisa consideraram insatisfatórios os conhecimentos adquiridos

no curso de Odontologia. Por fim, 23,81% dos dentistas afirmaram que não repassam os conhecimentos sobre câncer bucal a seus pacientes.

Dib (2004) desenvolveu um instrumento para ser aplicado em diversas comunidades profissionais, permitindo uma avaliação criteriosa do nível de conhecimento sobre câncer bucal. Para a obtenção desta proposta, foi adaptado um questionário já proposto na literatura, além da confecção de um sistema objetivo de graduação do conhecimento, por meio de atribuição de conceitos de acordo com o acerto a determinadas questões, as quais permitiam apenas uma alternativa correta. O questionário desenvolvido foi aplicado a 44 alunos do 1º semestre de Odontologia da Universidade Paulista e a 52 alunos do 8º semestre da mesma instituição, em 2002. Após a coleta dos questionários, os dados foram submetidos à análise estatística, empregando-se o teste do qui-quadrado na análise de correlação de freqüências. A análise dos resultados permitiu concluir a eficiência do instrumento para definição de 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 freqüência das demais variáveis mostrou significância estatística na maioria delas, evidenciando que o instrumento proposto é um método adequado para avaliação do nível de conhecimento sobre câncer bucal.

Dib, Souza e Tortamano (2005) avaliaram o conhecimento sobre câncer bucal por parte dos alunos do último semestre do curso de Odontologia de três unidades distintas da Universidade Paulista - UNIP (Sorocaba, Campinas e São Paulo), por meio de um questionário pré-testado. A análise dos resultados permitiu constatar que de forma geral os alunos recebem informações sobre o assunto durante o curso de graduação, entretanto algumas diferenças importantes puderam ser percebidas. O fato mais marcante foi a diferença estatisticamente significativa entre os conceitos obtidos, sendo que os alunos do campus Indianópolis apresentaram notas melhores que os de Campinas e Sorocaba. Considerando-se a soma dos conceitos A e B, 87,2% dos alunos do campus Indianópolis atingiram essa graduação, enquanto que apenas 39% dos alunos de Campinas e 65,2% dos alunos de Sorocaba conseguiram o mesmo. Os autores concluíram que para melhorar o nível dos alunos é importante a criação de um programa universitário de prevenção de câncer bucal dentro da UNIP, visando a padronização e divulgação dos métodos preventivos de diagnóstico.

Soares de Lima et al (2005) reconhecem que o nível de conhecimento sobre a causa e prevenção do câncer é extremamente importante. O diagnóstico do câncer bucal é relativamente fácil em função da sua localização anatômica. Além disso, os fatores de risco para esta doença podem ser facilmente detectados durante a anamnese e geralmente estão ligados ao estilo de vida do indivíduo. Diante disso, realizaram estudo para avaliar o nível de conhecimento de estudantes universitários da cidade de Curitiba/PR sobre câncer bucal e os fatores causais. A amostra constituiu-se de 300 universitários, maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos e escolhidos aleatoriamente. Um questionário específico com perguntas abertas e fechadas foi empregado. Os dados obtidos demonstraram que desses 300 entrevistados, 259 (86,3%) responderam saber que o câncer poderia ocorrer na boca e 117 (39%) afirmaram que conheciam a existência de lesões câncerizáveis. O tabagismo (69,3%), a falta de higiene bucal (20,3%) e as radiações (10,6%) foram os prováveis fatores de risco mais apontados. O álcool, que é considerado um agente promotor, foi assinalado como fator causal da doença por apenas 22 (8%) entrevistados. Quanto ao tratamento, um total de 113 (37,6%) entrevistados procuraria o cirurgião-dentista se suspeitasse de câncer na boca. Esse trabalho demonstrou que uma parcela representativa da população universitária sabe que o câncer pode acometer a boca e que o tabagismo é um dos fatores de risco, entretanto, desconhecem o papel do álcool. Esses achados reforçam a necessidade de implementação de medidas preventivas visando à divulgação dos reais fatores de risco para o câncer bucal.

Leão et al (2005) realizaram estudo no estado de Pernambuco, com o objetivo de acessar os conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas clínicos gerais em relação à etiologia, diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal. Uma amostra aleatória de 129 profissionais respondeu um questionário, o qual revelou que 34% dos participantes identificaram corretamente as características clínicas do câncer bucal, mas apenas 11% souberam responder sobre os agentes etiológicos. Em relação ao conhecimento de câncer bucal, não houve diferença estatística entre homens e mulheres, atuantes no setor público ou privado e quanto ao tempo de formado. Também não houve relação entre o conhecimento percebido e o resultado da pesquisa. Os autores concluem que, ao menos nessa região do Brasil, o conhecimento dos dentistas sobre câncer bucal precisa melhorar, uma vez que esta

neoplasia tem se mostrado prevalente. É necessário desenvolver estratégias para capacitar estes profissionais.

Molina et al (2006a) avaliaram o conhecimento, práticas e atitudes de cirurgiões-dentistas em Curitiba em relação às doenças bucais a fim de identificar os profissionais que exercem a Estomatologia na sua rotina clínica e verificar seu grau de conscientização sobre a importância do diagnóstico precoce de lesões malignas. Questionários foram aplicados no ambiente de trabalho de 100 dentistas. A doença bucal mais freqüentemente diagnosticada foi a afta (85%). Estão preparados para diagnosticar doenças bucais 54% dos entrevistados. Do total, 44% são procurados por pacientes que buscam tratamento para lesões bucais. Tratam doenças da boca 66% dos CDs, 19% os encaminham para serviços especializados e 15% não souberam responder. Os fatores mais importantes para suspeitar de câncer bucal foram: tempo de evolução (40%) e linfonodos palpáveis (38%). O interesse em se atualizar em patologia bucal foi confirmado por 86% dos dentistas, 4% não se atualizariam por “falta de interesse”, 4% por “área de atuação diversa da Estomatologia” e 2% por “encerramento de carreira”. Os resultados refletiram descuido de alguns dentistas com a completa avaliação do estado de saúde bucal dos seus pacientes.

Os mesmos autores procuraram identificar o grau de conhecimento sobre o câncer bucal em uma amostra populacional da cidade de Curitiba-PR. Um questionário desenvolvido para este projeto foi aplicado a 1000 indivíduos. A amostra foi estratificada pelos bairros do município, com abordagem aleatória, dentre os transeuntes, em regiões de maior aglomeração urbana. Aproximadamente 97% dos entrevistados responderam acreditar que o câncer pode ocorrer na boca. Por outro lado, 27% não sabiam identificar quaisquer sinais ou sintomas desta doença. Dentre os fatores de risco 34%, 8% e 1% apontaram tabagismo, etilismo e exposição solar, respectivamente, como os principais causadores do câncer de boca. Os resultados sugerem que a população estudada apresenta um nível maior de conhecimento sobre a possibilidade de malignização da mucosa bucal do que o verificado em outros estudos. Os sinais e sintomas mais comuns do câncer bucal assim como os principais fatores de risco conhecidos não foram, entretanto, respostas freqüentes quantitativamente, sugerindo que maiores esforços são necessários para conscientização da população sobre a doença e principais características (MOLINA et al, 2006b).

Vasconcelos (2006) procurou conhecer as ações que os cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo têm desenvolvido quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal, além de suas percepções para a realização de tais ações, a fim de analisar o comportamento destes profissionais acerca das questões relativas a esta morbidade. Foram enviados, 885 questionários aos cirurgiões-dentistas das 286 unidades básicas de saúde de São Paulo, via Correio. A taxa de resposta foi de 32%, pois retornaram 282 questionários. Os participantes foram em sua maioria do sexo feminino, com mais de 20 anos de graduação, com perfil generalista e com outros vínculos empregatícios. Além do baixo grau de conhecimento constatado quanto aos fatores de risco e etiologia do câncer bucal, os participantes demonstraram limitações quanto às práticas relativas ao apoio à cessação do hábito do tabagismo e etilismo e às aptidões para executarem citologia esfoliativa e biópsia. O autor verificou a necessidade de políticas públicas de enfrentamento do câncer bucal em São Paulo, que considerem o aprimoramento dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde em relação a esse problema e a melhor estruturação desses locais para a pronta realização dos exames complementares para fins diagnósticos.

2.4.2 Pesquisas em outros países

Em outros países também se verifica uma preocupação com o conhecimento dos cirurgiões-dentistas e da população acerca do assunto câncer bucal, em virtude da grande quantidade de trabalhos publicados.

Yellowitz et al (1998) realizaram um estudo piloto nos Estados Unidos, com o objetivo de testar um instrumento de coleta de dados sobre conhecimento, opiniões e práticas dos cirurgiões-dentistas clínicos gerais, sobre câncer bucal. Foram enviados 500 questionários a profissionais selecionados aleatoriamente do cadastro da Associação Dental Americana (ADA). A taxa de resposta foi de 51%, com 243 retornos, e, embora muitos dentistas tenham relatado que seus conhecimentos sobre câncer bucal eram atuais, seus reais conhecimentos em relação a fatores de risco e sinais e sintomas foram incompatíveis. Os participantes concordam que seus

pacientes deveriam ser submetidos a um exame de câncer bucal anualmente, mas 20% deles não oferecem este serviço.

Warnakulasuriya e Johnson (1999) conduziram estudo no Reino Unido, no ano de 1991, para investigar as opiniões, atitudes e práticas dos cirurgiões-dentistas do país acerca do câncer bucal. Após enviarem um questionário a todos os assinantes do British Dental Journal, obtiveram taxa de resposta de 16%, que, embora baixa, proporcionou uma grande amostra (2519 participantes). Mesmo com grande porcentagem de profissionais que examinam os pacientes rotineiramente como forma de rastrear lesões suspeitas para câncer bucal (84%), a metade deles não pergunta sobre hábito de fumar e consumir bebidas alcoólicas. Os dentistas que participaram do estudo dizem não se sentir a vontade para estimular seus pacientes a deixar o hábito de fumar ou beber. Os autores concluem que há necessidade de capacitação dos profissionais para lidar com os dois maiores fatores de risco para o câncer bucal.

Horowitz et al (2000) enviaram questionários a sete mil dentistas americanos, escolhidos aleatoriamente, para conhecer a opinião desses profissionais sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. O retorno foi de 3200 questionários, onde encontraram 86% dos dentistas que não realizam exame de mucosa oral em pacientes desdentados ou adultos jovens; 81% relataram realizar exame em todos os seus pacientes com mais de 40 anos. Em relação ao conhecimento, os autores colocam que há necessidade de atualização sobre prevenção e diagnóstico precoce de câncer bucal, bem como a sistematização de exames de rotina em pacientes de risco.

Procurando determinar o conhecimento de dentistas americanos clínicos gerais sobre os fatores de risco e procedimento de diagnóstico para o câncer bucal e de faringe, Yellowitz et al (2000), conduziram um estudo nos Estados Unidos. Os resultados mostraram que a maioria dos profissionais reconheceu os principais fatores de risco, porém não sabia que a neoplasia é diagnosticada freqüentemente em estágios avançados. 50% dos participantes não identificaram as duas regiões anatômicas mais comuns para o desenvolvimento do câncer bucal, e somente 36% reconheceram as lesões com maior probabilidade de transformação maligna. Concluíram que os cirurgiões-dentistas não estão devidamente preparados para prevenir e diagnosticar previamente o câncer bucal, sendo imprescindível melhorar sua capacitação.

Horowitz, Drury e Canto (2000) pesquisaram o conhecimento dos cirurgiões-dentistas de Maryland, acerca do câncer bucal. Encontraram muitos profissionais que não pesquisam a história do paciente em relação ao consumo de tabaco e álcool. 90% deles afirmaram realizar exame de câncer bucal em pacientes com mais de 40 anos, mas apenas 6% em pacientes desdentados. Diante deste quadro, os autores sugerem mudanças nos cursos de graduação e pós-graduação, já que muitos participantes se interessam em receber capacitação para melhor prevenir e diagnosticar o câncer bucal.

O conhecimento e opinião sobre fatores de risco e diagnóstico do câncer bucal de técnicos de higiene dental de Maryland foram investigados por Syme, Drury e Horowitz (2001). A grande maioria deles identificou os fatores de risco principais (tabaco e álcool), mas ficaram confusos sobre fatores de risco não reais. Somente 16% identificaram corretamente lesões pré-malignas mais comuns e faixa etária mais prevalente, sugerindo a necessidade de reforçar o conteúdo acerca do câncer bucal nos cursos que formam esses profissionais.

Greenwood e Lowry (2001), ao comparar dentistas e médicos do nordeste da Inglaterra em relação ao conhecimento sobre câncer bucal, perceberam que os dentistas apresentaram-se mais instruídos acerca de lesões pré-malignas, fatores de risco e técnicas de exame clínico, porém os médicos eram melhores para encaminhar precocemente e sugerir malignidade em casos suspeitos. Os autores enfatizam a importância do trabalho conjunto destes profissionais, otimizando recursos na prevenção do câncer bucal.

Horowitz et al (2001), dando seguimento à pesquisa com os dentistas de Maryland, realizaram um estudo qualitativo com o objetivo de obter informações sobre os motivos pelos quais os profissionais não fazem exame de câncer bucal em seus pacientes. Como resultados, surgiram cinco temas principais: conhecimentos inadequados sobre câncer bucal, procedimentos inconsistentes para exames de câncer bucal, desconforto e falta de confiança sobre o exame de câncer bucal e por ultimo, falta de tempo. Os autores concluem que os grupos pesquisados ofereceram uma rica fonte de idéias de como melhor capacitar os dentistas, através de cursos de educação continuada sobre prevenção do câncer bucal e detecção precoce.

Em 2002, Horowitz, Canto e Child pesquisaram o conhecimento de adultos com mais de 40 anos sobre câncer bucal, bem como as implicações que envolvem o exame para a detecção da doença, em Maryland. A metodologia da pesquisa foi

qualitativa, com o uso de grupos focais conduzidos por um moderador. Muitos participantes relataram que raramente foram informados sobre este tipo de câncer e que nunca tinham sido examinados com o propósito de preveni-lo. Os autores afirmaram que estas informações irão auxiliar na confecção de materiais educativos voltados para a população, com o objetivo de divulgar a prevenção e detecção precoce do câncer bucal.

Clovis, Horowitz e Poel (2002), afirmam que o câncer bucal e de faringe está associado com altas taxas de mortalidade, atribuída principalmente ao diagnóstico tardio. Com o objetivo de conhecer as práticas e opiniões dos dentistas de British Columbia e Nova Scotia sobre a doença, foi enviado um instrumento de pesquisa pré-testado a 1240 profissionais. A taxa de resposta foi de 55,2%, sendo que metade dos participantes afirmou que seus conhecimentos estavam atualizados. 88% dos dentistas perguntam aos pacientes sobre uso de tabaco, e 72,7% realizam exame de mucosa bucal em pacientes desdentados ou com mais de 40 anos. Os conhecimentos adquiridos na graduação foram considerados bons por 52,2% dos profissionais e 77% se interessam em cursos de educação continuada sobre o assunto. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as duas localidades.

Cruz et al (2005) conduziram um estudo para conhecer os modelos de atenção em câncer bucal entre cirurgiões-dentistas e técnicos de higiene dental no estado de Nova York. Os autores enviaram um questionário que aborda a prática dos profissionais em relação ao exame para detectar câncer bucal, bem como o aconselhamento aos pacientes sobre o uso de álcool e tabaco. Com taxa de resposta de 55% e 65% respectivamente, os resultados mostraram que o exame para detecção do câncer bucal em pacientes com mais de 40 anos é uma prática adotada pela grande maioria dos profissionais de saúde bucal em Nova York. No entanto, estratégias de prevenção, como o aconselhamento sobre fatores de risco, não é comum. Os autores concluem que esta prática deve ser reforçada e incluída na rotina de todos os profissionais de saúde bucal.

Patton et al (2005) afirmam que os dentistas têm papel crítico na detecção precoce do câncer bucal e de oro-faringe. Ao acessar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas da Carolina do Norte sobre fatores de risco e estratégias de diagnóstico, os autores encontraram apenas 31% dos participantes adequadamente preparados. Há necessidade de incrementar os currículos da graduação e pós-

graduação em relação ao conteúdo referente a fatores de risco e processo de diagnóstico do câncer bucal e de orofaringe, com o objetivo de detectá-los mais precocemente.

A Carolina do Sul apresenta a quarta maior taxa de mortalidade por câncer bucal entre os estados americanos. Em virtude disto, Cannick et al (2005) usaram um questionário para pesquisar o conhecimento sobre prevenção e detecção precoce do câncer bucal entre 163 estudantes de odontologia. A taxa de resposta foi de 79,1%, sendo que 93% dos estudantes reconheceram que tabaco, álcool e a presença de lesões pré-malignas são fatores de risco. Embora o conhecimento dos estudantes tenha mostrado melhora em função do nível acadêmico, há necessidade de maior ênfase deste conteúdo na graduação. A mortalidade e morbidade do câncer bucal poderão ser reduzidas se os dentistas souberem como preveni-lo e detectá-lo mais rapidamente.

Seoane et al (2006) realizaram estudo para obter informações sobre o hábito de rastreamento de lesões suspeitas e habilidade de detectar corretamente o câncer bucal, entre dentistas do noroeste da Espanha. Trinta e dois profissionais selecionados aleatoriamente responderam questionário e classificaram imagens projetadas em câncer, pré-câncer ou lesões benignas. Os resultados mostraram que a habilidade de reconhecer lesões suspeitas para o câncer bucal precisa melhorar entre estes profissionais, apesar de 87% tenham relatado que fazem exames periódicos em seus pacientes e 84% realizam biópsia quando detectam alguma lesão suspeita. Os autores concordam que há necessidade de maior treinamento nessa questão.

Em Nova York, foram enviados questionários de avaliação de conhecimento, práticas e opiniões sobre câncer bucal para cirurgiões-dentistas e técnicos de higiene dental. As taxas de resposta foram de 55% e 65%, respectivamente. Cerca de 85% dos dentistas relataram fornecer exame para câncer bucal anualmente em pacientes com mais de 40 anos; no entanto, apesar de a maioria deles questionarem os pacientes sobre uso de tabaco, poucos relataram questionar sobre consumo de álcool. Foram detectadas lacunas de conhecimento acerca de fatores de risco, sinais e sintomas do câncer bucal. De qualquer forma, dentistas obtiveram melhor escore em relação aos técnicos, mas é preciso melhorar o conhecimento sobre fatores de risco e técnicas de detecção do câncer bucal (GAJENDRA; CRUZ; KUMAR, 2006).

Ashe et al (2006) acreditam que técnicos de higiene dental (THD), quando treinados, podem participar do controle do câncer bucal. Em função disso, realizaram pesquisa de avaliação de conhecimento sobre fatores de risco, procedimentos de diagnóstico e opinião a respeito de instrução sobre câncer bucal com THDs da Carolina do Norte. Os resultados mostraram que os profissionais formados mais recentemente, ou que participaram de cursos de educação continuada sobre câncer bucal nos últimos cinco anos, estavam mais preparados para auxiliar no diagnóstico precoce do câncer bucal.

Patton et al (2006) concluíram em seu estudo que médicos e enfermeiros estão menos preparados para detectar precocemente o câncer bucal e de orofaringe, em relação a dentistas e técnicos de higiene dental. Ao investigarem o conhecimento e prática destes profissionais na Carolina do Norte, atestam para o fato de que os médicos generalistas podem e devem contribuir na prevenção do câncer bucal, bem como no aconselhamento dos pacientes a modificarem comportamentos de risco e adotarem um estilo de vida mais saudável.

Lehew e Kaste (2007) realizaram estudo com o propósito de acessar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas de Illinois sobre a prevenção do câncer bucal, diagnóstico precoce e possíveis intervenções, como estratégia inicial para melhorar a capacitação dos profissionais no manejo desta neoplasia e na conscientização dos pacientes sobre redução do risco. Dos 518 participantes, 92% afirmam que realizam exame para câncer bucal, porém muitos não os executam corretamente ou em intervalos de tempo recomendados. Mais de dois terços participaram de cursos de educação continuada em câncer bucal, mas 40% deles relataram que foi há mais de dois anos. Treinamento em relação a fatores de risco foi raro. Os autores concluíram que são necessárias intervenções para incrementar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas de Illinois em relação ao câncer bucal.

Carter e Ogden (2007) demonstraram em um estudo de percepção de conhecimento de profissionais da saúde do Reino Unido que, embora muitos pacientes com lesões bucais procurem seu médico, estes estão pouco capacitados a identificar lesões bucais suspeitas, a conversar com seus pacientes sobre fatores de risco para o câncer bucal e a realizar diagnóstico precoce, em comparação com os dentistas. No entanto ambos os profissionais concordam que necessitam de mais informações sobre câncer bucal. Os autores colocam a importância dos profissionais

generalistas na detecção precoce do câncer bucal, que tem se mostrado crescente no Reino Unido.

2.5 Fatores relacionados ao diagnóstico e prognóstico do câncer bucal

Para avaliar a interferência de fatores relacionados ao prognóstico na sobrevida de pacientes com câncer bucal e de orofaringe, Chen et al (2007) analisaram 9.039 casos do Registro de Câncer de Taiwan, separados em três comunidades étnicas, as quais diferem em termos de sobrevida relacionada ao câncer bucal. Encontraram uma taxa de sobrevida em cinco anos de 53,9% para a comunidade Hokkien, 58,1% para a comunidade de aborígenes taiwaneses e 60,5% para a comunidade Hakka. Homens obtiveram piores taxas de sobrevida em relação às mulheres, assim como idosos. Em relação à localização do tumor, a maior sobrevida foi relacionada aos carcinomas de lábio, e a menor relacionada aos carcinomas de língua e mucosa oral. O carcinoma espinocelular também teve pior prognóstico comparado ao carcinoma verrucoso. Pacientes que se submeteram a cirurgia tiveram a maior taxa de sobrevida. Os autores concluem que nesta população as variáveis que interferem no prognóstico do câncer bucal e de orofaringe são: grupo étnico, período de diagnóstico, gênero, idade de diagnóstico, sítio anatômico, tipo morfológico e terapia utilizada.

Scott, McGurk e Grunfeld (2007), afirmam que aproximadamente 30% das pessoas que percebem sintomas de câncer bucal demoram mais de três meses para procurar um profissional de saúde. Buscando entender o processo de avaliação destes sintomas pelo paciente, eles conduziram uma investigação sobre as interpretações cognitivas e reações emocionais acerca da descoberta de sintomas potencialmente condizentes com câncer bucal e como isto afeta a decisão de procurar um profissional de saúde. Os participantes foram questionados sobre a detecção dos sintomas, sentimentos iniciais e posteriores a descoberta destes sintomas e aspectos emocionais antes da sua primeira visita a um profissional de saúde. Os resultados mostraram que a maioria dos pacientes não relacionou seus sintomas com câncer bucal, exceto aqueles que já tinham experiências anteriores, sintomatologia muito específica ou acesso a literatura médica. Como conclusão os

autores afirmam que o processo de avaliação dos sintomas potenciais para câncer bucal freqüentemente é mal orientado ou desencaminhado pelos próprios pacientes, que não dão a devida importância a esta sintomatologia.

O estágio do câncer bucal na época do diagnóstico afeta de forma importante a sobrevida dos pacientes em 5 anos. Huang et al (2007) verificaram esta diferença em um estudo que avaliou 172 pacientes com carcinoma espinocelular (CEC), tratados em um hospital de Taiwan entre 1990 e 2005. As taxas de sobrevida em 5 anos encontradas foram de 90% para CEC diagnosticados no estágio I, 77% no estágio II, 52% no estágio III e 47% no estágio IV. A análise dos dados provou que o estágio de diagnóstico atua como uma variável independente na taxa de sobrevida relacionada ao CEC.

Um outro fator pode interferir na sobrevida de pacientes com carcinoma de células escamosas é o intervalo entre o diagnóstico inicial e a recorrência do tumor. Liu et al (2007), observaram uma taxa de sobrevida em cinco anos menor em pacientes que apresentaram recorrência do tumor em um intervalo menor do que dezoito meses (risco relativo 1,743; IC 95%, 1,298-2,358). Concluíram que pacientes com intervalos livres de doença menores apresentam pior prognóstico.

Como uma estratégia de prevenção do câncer bucal, Döbrossy (2007) enfatiza a importância do rastreamento. Esse autor húngaro pontua que, em seu país, a taxa de mortalidade do câncer bucal vem aumentando dramaticamente. Como a prevenção primária, relacionada aos principais fatores de risco (fumo, álcool e pobre higiene oral) não traz resultados em curto prazo, ele coloca que as medidas para identificar precocemente lesões e condições cancerizáveis podem reduzir a mortalidade. Entretanto, há a necessidade de organizar o método de rastreamento e para isso, o governo húngaro recentemente decidiu montar uma estratégia para promover os exames clínicos necessários. Em função disso, chamou uma equipe de profissionais da saúde para idealizarem um plano de ação, o qual consiste em dar preferência a homens e mulheres com mais de 40 anos, fumantes e etilistas, levando em conta também os fatores socioeconômicos. Embora o cirurgião-dentista seja o responsável por esse exame, o grupo pede que médicos da atenção primária e da saúde ocupacional também realizem o exame. Seria importante, segundo o autor, que o método de rastreamento seja incorporado aos currículos médico e odontológico, para que a situação epidemiológica relacionada ao câncer bucal na Hungria possa melhorar.

2.6 Políticas públicas relacionadas ao câncer bucal no Brasil

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) preocupa-se com a capacitação profissional como forma de melhorar o controle de todos os tipos de câncer no país. Em virtude disso, o INCA organizou uma publicação direcionada aos profissionais de saúde bucal, que reúne informações sobre o câncer bucal, sua epidemiologia, história natural, fatores de risco e fatores protetores, lesões precursoras, métodos de diagnóstico e bases para abordagens terapêuticas e controle. Trata-se de um material importante inclusive como apoio para palestrantes em cursos de capacitação sobre o assunto (BRASIL, 2002b).

Como estratégia para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde bucal, o Ministério da Saúde publicou, em 2004, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. A prevenção e controle do câncer bucal figuram nas ações que envolvem a integralidade da atenção, através da realização de exames para detecção precoce, rastreamento para identificação de lesões bucais suspeitas e criação de serviços de referência que garantam o tratamento e reabilitação dos pacientes (BRASIL, 2004b).

Na seqüência da publicação destas diretrizes, e para efetivar a incorporação da média complexidade na atenção em saúde bucal no Brasil, o Ministério da Saúde criou em 2004, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), por meio da portaria 1570/GM de 29 de julho de 2004 (BRASIL, 2004c). Os CEOs são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade (BRASIL, 2007).

Segundo Pucca Jr. (2006), os CEOs estão preparados para oferecer à população os seguintes serviços:

- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;
- Periodontia especializada;
- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- Endodontia;
- Atendimento a portadores de necessidades especiais.

Quanto ao protocolo para referência de pacientes com suspeita de câncer bucal aos CEOs, o Ministério da Saúde publicou em 2006, uma edição dos

Cadernos de Atenção Básica que trata especificamente de saúde bucal, o Caderno nº17 (BRASIL, 2006). Nesta publicação, entre outras coisas, há critérios de inclusão e exclusão para encaminhamento de pacientes ao CEO, bem como um fluxograma que auxilia os cirurgiões-dentistas na tomada de decisões e na organização da referência e contra-referência destes pacientes.

Também relacionada à atenção ao câncer bucal, foi publicada em 2005 a portaria de nº. 741, de 19 de dezembro de 2005, pela qual a Secretaria de Atenção à Saúde estabelece nova classificação e exigências para hospitais que tratam câncer (Centros ou Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia). Ela estabelece parâmetros para o planejamento da Rede de Alta Complexidade em Oncologia e define processos relacionados à informação em câncer e ao acesso a exames de média complexidade. Esta portaria veio na seqüência da de nº. 2.439, de 19 de dezembro de 2005, que foi a primeira a instituir uma Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser criada em todas as unidades federadas, “respeitadas as competências das três esferas de gestão” (BRASIL, 2005b).

De acordo com a referida portaria nº. 741 da Secretaria de Atenção à Saúde, todas as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia devem possuir em sua estrutura básica uma equipe de apoio multidisciplinar que conta com um serviço de odontologia, o qual pode ser próprio ou referenciado. Já nos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) é necessária a existência de equipe de odontologia própria. Com isso, a Coordenação de Saúde Bucal espera diagnosticar e tratar o câncer bucal mais precocemente, atuando também na alta complexidade (CFO, 2007).

Segundo o Coordenador Nacional de Saúde Bucal, Gilberto Alfredo Pucca Jr, a publicação desta portaria trouxe um avanço na organização do fluxo de atendimento ao paciente com câncer bucal, sendo que a atenção básica é responsável pelo diagnóstico precoce, o CEO pela média complexidade e o CACON pela alta complexidade, garantindo a integralidade da atenção a estes pacientes (informação verbal)².

² Informação divulgada durante o 1º Seminário de Integração Ensino-Serviço-Comunidade, em Florianópolis, novembro de 2007.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do local e dos sujeitos do estudo

3.1.1 O município de Florianópolis

Florianópolis é a capital de Santa Catarina e está localizada no centro-leste do Estado, sendo banhada pelo Oceano Atlântico. Grande parte do município (97,23%) está situada na Ilha de Santa Catarina. A área do município, compreendendo a parte continental e a ilha, abrange 436,5 km². A ilha possui uma forma alongada e estreita, litoral bastante recortado e relevo formado por cristas montanhosas e descontínuas, compondo assim seus atrativos turísticos naturais. A porção continental, com área de 12,1 km² limita-se a oeste com o município de São José (PMF, 2007b).

A área do município está dividida em 12 distritos administrativos: distrito-sede, Barra da Lagoa, Cachoeira do Bom Jesus, Campeche, Canasvieiras, Ingleses do Rio Vermelho, Lagoa da Conceição, Pântano do Sul, Ratonés, Ribeirão da Ilha, Santo Antônio de Lisboa e São João do Rio Vermelho (PMF, 2007b).

A população de Florianópolis, estimada para o ano de 2007 é de 416.269 habitantes e representa 6,9% da população estadual. No período de 2001-2005, segundo estimativas do IBGE, o município apresentou um incremento populacional médio anual de 3% ao ano, muito superior ao observado no estado de Santa Catarina (1,87%), estando entre as 6 capitais do Brasil que apresentaram os maiores incrementos (PMF, 2007b).

Em relação à economia, o setor terciário é o mais expressivo, pois além de ser integrado pelas sedes do governo estadual e das representações de órgãos e entidades federais, Florianópolis engloba um centro comercial e de serviços bastante desenvolvido e diversificado, com ênfase nas atividades bancárias, educacionais e de saúde, além do turismo. O setor secundário vem, nos últimos anos, apresentando grande desenvolvimento, notadamente na indústria do vestuário, alimentos, móveis, bebidas, mas principalmente na chamada indústria não poluente da

microinformática. Quanto ao setor primário, embora menos desenvolvido, traz incremento de renda através da pesca artesanal e da criação de ostras (PMF, 2007a).

O Índice de Desenvolvimento Humano de Florianópolis é de 0,875, o que é considerado alto (IDH-M maior que 0,8). Em relação aos demais municípios do Brasil, Florianópolis apresenta uma ótima colocação: ocupa a 4ª posição entre mais de 5.500 municípios; no estado, Florianópolis ocupa a 1ª posição (SANTA CATARINA, 2004).

3.1.2 O sistema municipal de saúde

A Secretaria Municipal de Saúde, órgão vinculado a Prefeitura Municipal de Florianópolis, é responsável pelo planejamento, execução, controle e avaliação dos serviços de saúde pública oferecidos no município. Sua missão é de “desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação dos danos à saúde em todos os níveis de atenção e vigilância do SUS, de forma a proporcionar à população condições adequadas para uma melhor qualidade de vida” (PMF, 2007b).

A estrutura da rede básica municipal se organiza da seguinte forma (tabela 1):

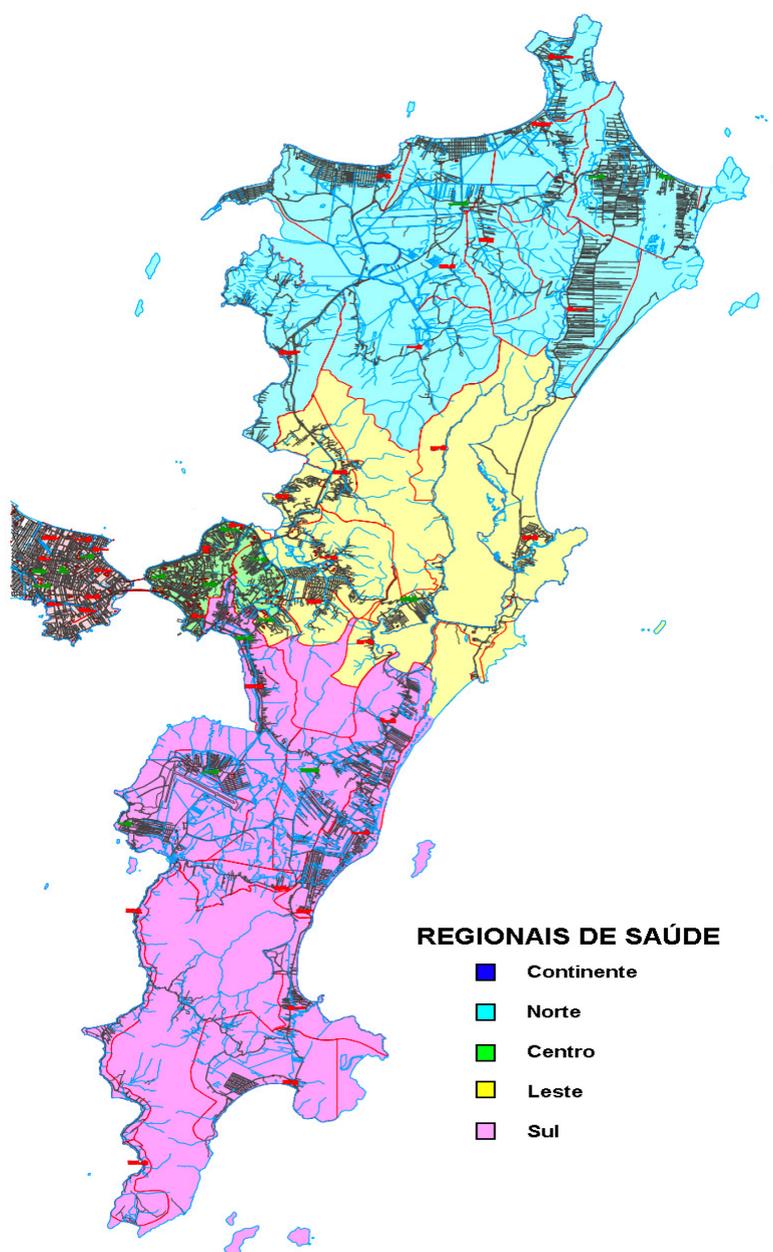
Tabela 1 – Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, Florianópolis, 2007.

Tipo de Unidades de Saúde	Nº. de unidades
Centro de Atenção Psicossocial	3
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	1
Centro de Saúde	48
Pronto-Atendimento	1
Policlínica Municipal	1
Laboratório Municipal	1
Total de Unidades	55

Fonte: <http://www.pmf.sc.gov.br>

O município está dividido administrativamente em cinco Regionais de Saúde, sendo que cada Regional possui sua sede gerencial e é responsável pela vigilância e acompanhamento do desempenho da atenção à saúde pelas equipes de saúde da sua área de abrangência. A Figura 1 apresenta a divisão territorial do município por Regional de Saúde:

Figura 1 - Mapa da divisão territorial de Florianópolis por Regional de Saúde.



A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis vem adotando a Estratégia de Saúde da Família como modelo assistencial, sendo que atualmente existem oitenta e cinco equipes de saúde da família e vinte e uma equipes de saúde bucal implantadas. O número total de cirurgiões-dentistas atuando é de noventa e sete profissionais, sendo setenta funcionários públicos municipais, três estaduais, cinco federais e dezenove contratados pela prefeitura em caráter temporário. A tabela 2 mostra a distribuição populacional e das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) por área de abrangência dos Centros de Saúde.

Tabela 2 – Distribuição populacional e das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) por área de abrangência dos Centros de Saúde, Florianópolis, 2007.

	Centro de Saúde	População	ESF	ESB
R. CENTRO	Agronômica	17.338	3	1
	Policlínica/Centro	35.438		
	Monte Serrat	12.991	2	1
	Prainha	8.107	2	
	Trindade	19.713	3	
REGIONAL CONTINENTE	Abraão	20.539	2	1
	Balneário	9.232	2	1
	Capoeiras	10.572	3	1
	Coloninha	6.225	1	
	Estreito	7.586	3	1
	Jardim Atlântico	4.492	1	1
	Monte Cristo	15.012	5	1
	Morro da Caixa	7.485		
	Policlínica	13.224		
	Sapé	5.900	2	
	Vila Aparecida	5.949	1	
	REG. LESTE	Barra da Lagoa	5.170	1
Canto da Lagoa		1.164		
Córrego Grande		7.249	2	1
Costa da Lagoa		787	1	
Itacorubi		16.299	2	1
João Paulo		4.119	1	1
Lagoa Conceição		8.291	2	
Pantanal		5.593	1	
Saco Grande		13.288	4	2

REGIONAL NORTE	Cachoeira B. Jesus	6.389	2	1
	Canasvieiras	9.216	3	
	Inglese	19.631	5	1
	Jurerê	4.758	1	
	Ponta das Canas	3.901	1	1
	Ratones	2.354	1	
	Rio Vermelho	8.055	2	
	S. Antônio Lisboa	6.375	2	
	Vargem Grande	2.542	1	
	Vargem Pequena	1.426		
REGIONAL SUL	Alto Ribeirão	3.541	1	
	Armação	3.856	1	
	Caieira Barra do Sul	248		
	Campeche	6.860	2	1
	Carianos	6.704	2	1
	Costeira Pirajubaé	11.053	3	
	Fazenda do Rio Tavares	5.590	2	1
	Morro das Pedras	5.104	2	
	Pântano do Sul	3.066	1	1
	Ribeirão da Ilha	3.950	1	
	Rio Tavares	5.937	2	1
	Saco dos Limões	12.539	3	
	Tapera	10.002	3	
	Total	406.564	85	21

Fonte: <http://www.pmf.sc.gov.br>

3.1.3 Os sujeitos do estudo

A população do estudo foram todos os cirurgiões-dentistas que trabalham nos Centros de Saúde do município de Florianópolis. Conforme especificado acima, são noventa e sete profissionais, mas como cinco deles estão cedidos para funções administrativas, o total considerado foi de noventa e dois cirurgiões-dentistas.

3.2 Metodologia para coleta de dados

3.2.1 Instrumento de coleta

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com trinta e oito questões de múltipla escolha, adaptado de Dib (2004), disponível no apêndice A. Em cada exemplar do questionário havia um Termo para Consentimento Livre e Informado, em duas vias, contendo as explicações sobre a pesquisa (apêndice B).

O questionário aborda os seguintes temas:

- Características gerais dos participantes: idade, gênero, tempo de formado e hábito de fumar.
- Conhecimento das características clínicas da ocorrência do câncer bucal: tipo mais comum de câncer bucal, região anatômica mais freqüente, 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: drogas injetáveis, câncer prévio, consumo de álcool, consumo de tabaco, historia familiar, estresse emocional, baixo consumo de frutas e vegetais, sexo oral, prótese mal-adaptada, dentes em mau estado, comidas condimentadas, higiene oral deficiente, contágio direto, exposição solar, bebidas e comidas quentes e obesidade.
- Atitudes frente ao diagnóstico de câncer bucal: realização de exames, seqüência de encaminhamento de casos suspeitos.
- Interesse e percepção de conhecimento sobre câncer bucal: auto-avaliação do nível de conhecimento, segurança para o diagnóstico, informação ao paciente, formação adequada na graduação, realização do último curso, interesse em cursos futuros e sua forma de realização e importância do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce.

3.2.1 Método de coleta

A coleta foi realizada durante os meses de junho e julho de 2007. Os profissionais receberam uma cópia do questionário em seus locais de trabalho, por meio do malote da Secretaria Municipal de Saúde. Após o envio, foi feito contato telefônico com os dentistas, a fim de esclarecer possíveis dúvidas e de incentivá-los a participar do estudo. Os profissionais que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento, ficando com uma via e devolvendo a outra juntamente com o questionário respondido, encaminhando em envelope lacrado de volta à Secretaria Municipal de Saúde.

3.3 Metodologia para tratamento dos dados

3.3.1 Descrição e exploração dos dados

Por se tratar de uma pesquisa com dados qualitativos, os resultados foram analisados pelo método descritivo e exploratório. Os dados coletados foram inicialmente tabulados em um programa específico para gerenciamento de banco de dados (Microsoft Office Excel 2003).

Para a análise foi utilizado o SStatNet, um ambiente de ensino – aprendizagem de estatística na web desenvolvido por técnicos do Departamento de Informática e Estatística da Universidade Federal de Santa Catarina. Este ambiente apresenta um módulo de manipulação de base de dados denominado por AdmBD e dois módulos de análise de dados: o de ensino-aprendizagem de estatísticas e o avançado denominado por LabStat (OLIVEIRA et al, 2006).

3.3.2 Atribuição do conceito

A análise do questionário permitiu atribuir um conceito a cada participante, sendo que o critério deste conceito foi baseado na metodologia proposta por Moraes (2003). As questões foram divididas em três blocos:

- O primeiro bloco é composto pelas perguntas referentes às características clínicas da ocorrência do câncer bucal (questões nº 9, 10, 11, 12, 13 e 15), com peso 6 (seis).
- O segundo bloco refere-se às questões sobre fatores de risco para o câncer bucal (questões nº 16 a 31) e a questão relacionada com estágio no momento do diagnóstico (questão nº 14), com peso 4(quatro).
- O terceiro bloco engloba o restante das questões, as quais não interferem na avaliação de conhecimento dos cirurgiões-dentistas, com peso 0 (zero).

Após a tabulação das respostas, uma nota foi obtida pela média ponderada do primeiro e segundo blocos. Esta nota foi categorizada em conceitos, pelo seguinte critério:

- Conceito A – notas entre 9 e 10.
- Conceito B – notas entre 7 e 8,9
- Conceito C – notas entre 5 e 6,9
- Conceito D – notas inferiores a 5.

3.4 Aspectos éticos

O projeto que deu origem a este estudo foi inicialmente submetido à Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde, a qual faz parte da Assessoria de Desenvolvimento Institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Após a obtenção da autorização da instituição, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de

Santa Catarina, tendo sido aprovado em 18 de dezembro de 2006, sob o parecer nº 357/06 (Anexo A).

De posse do parecer, obteve-se a autorização de todas as Regionais de Saúde para a execução da pesquisa (Anexo B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Devido às modificações no perfil de mortalidade no Brasil, o câncer vem ocupando papel cada vez mais relevante entre as causas de morte, ficando atrás apenas das cardiopatias e em alguns casos, das causas externas (BRASIL, 2004a). Neste contexto, o câncer bucal já assume a quinta colocação entre os tipos mais prevalentes para o sexo masculino e o sétimo para o sexo feminino (BRASIL, 2005a; GEDOZ; BOHRER; ROSA, 2004).

Vários autores têm chamado a atenção sobre a problemática do câncer bucal ao redor do mundo. Embora seja uma doença que não exige grande aparato tecnológico para ser diagnosticada, suas taxas de incidência estão se mantendo altas, principalmente em países onde o consumo de tabaco e álcool é mais freqüente na população (BIAZEVIC et al; BOING et al, 2006; GILLISON, 2007; KOWALSKI E NISHIMOTO, 2000; PETERSEN et al; SILVERMAN, 2005; WÜNSCH-FILHO, 2002). Além disso, quando diagnosticado, já se encontra na maior parte das vezes em estágio avançado, o que ocasiona menores taxas de sobrevivência e necessidade de tratamentos mais agressivos, muitas vezes mutiladores e com interferências graves na qualidade de vida dos pacientes (FREITAS, 2005).

Ao reconhecer que o consumo de tabaco em todas as suas formas, bem como o consumo de álcool, são os fatores de risco mais comumente associados ao câncer bucal (LEITE; GUERRA; MELO, 2005), podemos caracterizá-lo como doença relacionada ao estilo de vida. Ao lado destes fatores, os autores têm encontrado associações com uma dieta pobre em nutrientes e com a presença do papiloma vírus humano (HPV), porém ainda sem resultados conclusivos neste caso (SOUTO; FALHARI; CRUZ, 2005; XAVIER; BUSSOLOTI FILHO; LANCELLOTTI, 2005).

No cenário nacional, o câncer bucal aparece muitas vezes associado também a um perfil populacional menos favorecido (FREITAS, 2005; MACIEL; LESSA; RODRIGUES, 2000; MATOS; ARAÚJO, 2003; VASCONCELOS, 2006). São indivíduos com menor poder aquisitivo e com isso, maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sendo que grande parte destes pacientes depende unicamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, é de fundamental importância que os cirurgiões-dentistas da rede pública de saúde estejam devidamente preparados para informar, prevenir e diagnosticar precocemente o câncer bucal, além de

encaminhar os casos suspeitos o mais rápido possível, com o objetivo de minimizar o sofrimento destes pacientes com o tratamento.

O papel do profissional de saúde bucal é primordial no estabelecimento de programas de prevenção ao câncer bucal, pois é ele que tem melhor acesso aos locais anatômicos onde ocorrem a doença. Em virtude disto, o estudo apresentado pretende contribuir para uma análise do perfil dos profissionais atuantes no SUS em Florianópolis em relação ao câncer bucal, para que, a partir de um diagnóstico inicial, os resultados apresentados sirvam de ferramenta para o planejamento de um programa de prevenção ao câncer bucal no município, bem como para a capacitação destes profissionais no assunto.

Os resultados serão apresentados a seguir, juntamente com a discussão dos dados coletados.

4.1 Taxa de resposta

Conforme já explicitado anteriormente, o método de coleta desta pesquisa foi o envio de um questionário aos locais de trabalho dos cirurgiões-dentistas da rede pública de Florianópolis – SC. De um total de 92 (noventa e dois) questionários enviados aos centros de saúde do município, 67(72,8%) retornaram. Destes, 6 (seis) foram excluídos por preenchimento incompleto. Desta forma, os resultados deste trabalho levaram em conta 61(sessenta e um) questionários, ou seja, uma taxa de resposta de 66,3% (figura 2).

Esta taxa de resposta foi relativamente alta em comparação com outros estudos. Moraes (2003) obteve aproximadamente 53% de resposta em seu estudo com profissionais inscritos em um congresso de odontologia. Já Cutrim et al (2004) conseguiram 40% de retorno na rede pública de São Luís (MA) e Vasconcelos (2006), ao pesquisar o comportamento dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde de São Paulo quanto à prevenção e diagnóstico do câncer bucal, obteve apenas 32% de taxa de resposta.

Quantos aos estudos em outros países, as taxas de resposta ficaram entre 50 e 55% (CLOVIS, HOROWITZ E POEL, 2002; CRUZ et al, 2005; GAJENDRA; CRUZ; KUMAR, 2006; HOROWITZ et al, 2000; YELLOWITZ et al, 1998; 2000).

Neste estudo, embora a taxa de resposta tenha sido alta, ainda se percebe a falta de interesse de alguns profissionais com relação ao assunto câncer bucal. Todos os questionários foram enviados por malote da Secretaria Municipal de Saúde ao local de trabalho de cada profissional. Além disso, foi feito contato telefônico com os profissionais para motivá-los a participar do estudo. Mesmo assim, após dois meses de espera, 25 questionários não retornaram. A falta de interesse em participar de estudos como esse traz uma preocupação quanto às atitudes destes profissionais em relação ao câncer bucal nas suas práticas cotidianas, pois assim como afirma Vasconcelos (2006), pode haver certo receio por parte dos cirurgiões-dentistas em verificar que seus conhecimentos não estão atualizados.

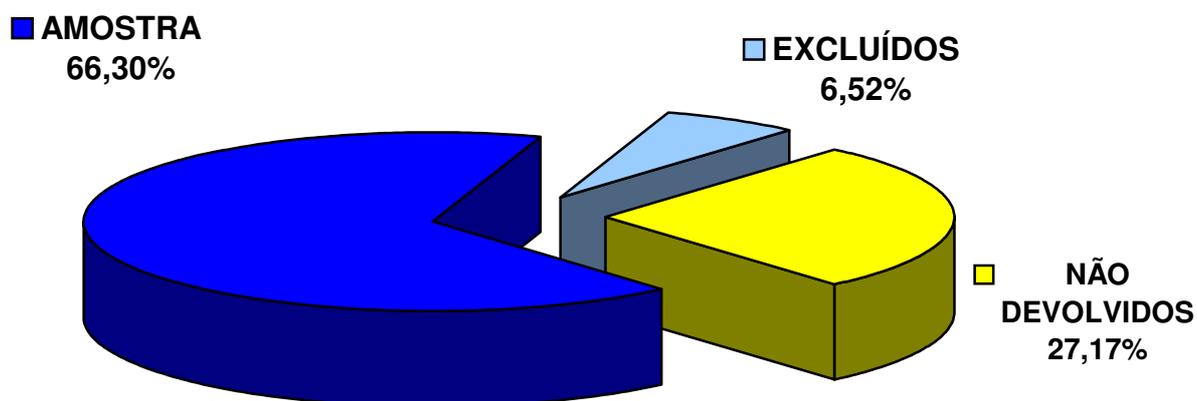


Figura 2 – Composição da amostra.

4.2 Freqüência das respostas

A freqüência absoluta e a porcentagem das respostas obtidas por meio do questionário foram agrupadas em cinco grupos, a saber: características gerais dos participantes, características clínicas da ocorrência do câncer bucal, fatores de risco associados ao aparecimento do câncer bucal, atitudes frente ao diagnóstico de câncer bucal e interesse e percepção de conhecimento sobre a doença. A quantificação dos dados segundo os grupos acima descritos permitiu uma visão mais clara acerca do conhecimento dos profissionais sobre câncer bucal. Os resultados são apresentados nas tabelas 3 a 8.

4.2.1 Características gerais dos participantes

Para melhor conhecer o perfil da amostra, foram descritas as características gerais dos participantes, em relação ao gênero, idade, tempo de formado e hábito de fumar (tabela 3).

Do total de participantes do estudo (61), 36 (59,02%) são mulheres e 25 (40,98%) são homens. Outros estudos realizados no Brasil também tiveram maior participação feminina, tais como o de Moraes (2003), Cutrim et al (2004), Leão (2005) e Vasconcelos (2006). Este fato não é surpresa, pois o predomínio do gênero feminino na prática odontológica já tem sido documentado há algum tempo, inclusive em um estudo que avaliou o conhecimento sobre câncer bucal entre alunos de uma faculdade de odontologia (DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005), comprovando que a cada ano formam-se mais mulheres do que homens na odontologia.

A média de idade dos participantes é de 42 anos, sendo que 17 (27,87%) estão na faixa etária entre 20 e 29 anos, 10 (16,39%) entre 30 e 39 anos, 17(27,87%) entre 40 e 49 anos e 17(27,87%) com 50 anos ou mais.

O tempo de formado acompanha a faixa etária dos participantes, ou seja, 20 (32,79%) profissionais têm até 10 anos de formado, 13 (21,31%) são formados entre 11 a 20 anos e 28 (45,9%) profissionais se formaram há mais de 20 anos.

Greenwood e Lowry (2001), Clovis, Horowitz e Poel (2002) e Vasconcelos (2006) encontraram percentuais de profissionais formados há mais de 20 anos na faixa de 30 %, sendo que Leão (2005) verificou que os participantes de seu estudo tinham em média 40 anos de idade e 16 anos de formado. Já Moraes (2003) trabalhou com uma população mais jovem, formada há menos de 10 anos e com média de idade inferior a 39 anos.

A grande maioria dos participantes (90,16%) nunca fumou. Este resultado é bem animador, pois se tratam de profissionais da saúde, que teoricamente servem de exemplo aos pacientes. Esta característica torna-se ainda mais importante quando se analisam atitudes preventivas sobre câncer bucal, pois com certeza é mais fácil para um profissional não fumante estabelecer medidas de orientação e motivação ao combate do hábito de fumar entre seus pacientes. Questionados sobre este hábito, os participantes da pesquisa de Moraes (2003) também se revelaram não fumantes em grande proporção (81,5%).

Tabela 3 – Características gerais dos participantes da pesquisa.

<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Idade	20 a 29 anos	17	27,87
	30 a 39 anos	10	16,39
	40 a 49 anos	17	27,87
	50 anos ou mais	17	27,87
Gênero	Masculino	25	40,98
	Feminino	36	59,02
Tempo de formado	Até 2 anos	4	6,56
	3 a 10 anos	16	26,23
	11 a 20 anos	13	21,31
	Mais de 20 anos	28	45,90
Hábito de fumar	Sim	4	6,56
	Não	55	90,16
	Parou	2	3,28

A partir das características gerais encontradas nos participantes deste estudo, pode-se traçar o perfil dos profissionais que atuam na rede pública do município de Florianópolis. São em sua maioria do gênero feminino, não tão jovens, formados há mais de dez anos e sem o hábito de fumar. Acredita-se que são profissionais de certa forma experientes em relação ao cotidiano da prática odontológica, uma vez que todos os componentes da amostra são cirurgiões-dentistas da ponta, ou seja, atendem pacientes diariamente nos centros de saúde do município.

4.2.2 Características clínicas da ocorrência do câncer bucal

Quanto aos itens referentes às características clínicas da ocorrência do câncer bucal, mais da metade dos participantes (57,38%) respondeu corretamente que o carcinoma espinocelular é o tipo de câncer mais comum na cavidade bucal. Cerca de 30% acertaram que a língua é a região mais freqüente para a ocorrência do câncer, porém mais de 70% dos participantes não souberam responder esta questão. A úlcera indolor foi reconhecida como o sintoma mais freqüente por 70,49% dos profissionais, bem como a faixa etária mais prevalente para a ocorrência do câncer bucal (91,80% de respostas corretas).

Cerca de metade identificou corretamente o linfonodo mais característico em metástase cervical como um nódulo, sem dor, com ou sem mobilidade. Já 31,15 % dos participantes desconhecem que o câncer bucal é diagnosticado com mais freqüência em estágios avançados, porém 65,57% identificaram corretamente a leucoplasia como condição mais comumente associada ao tumor (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das respostas referentes às características clínicas da ocorrência do câncer bucal.

<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Tipo mais comum	Certa (CEC)	35	57,38
	Errada (outros)	26	42,62
Região mais freqüente	Certa (língua)	18	29,51
	Errada (outras)	43	70,49
Sintoma mais freqüente	Certa (úlceras indolor)	43	70,49
	Errada (outros)	18	29,51
Faixa etária mais prevalente	Certa (> de 40 anos)	56	91,80
	Errada (outras)	5	8,20
Linfonodo em metástase regional	Certa (duro, s/ dor, c/ ou s/ mobil.)	33	54,10
	Errada (outros)	28	45,90
Estágio no diagnóstico	Certa (avançado)	42	68,85
	Errada (outros)	19	31,15
Lesão precursora	Certa (leucoplasia)	40	65,57
	Errada (outras)	21	34,43

Na literatura científica pesquisada há um consenso entre os autores em relação ao tipo de câncer mais comum na cavidade bucal, o carcinoma espinocelular ou carcinoma de células escamosas ou ainda, carcinoma epidermóide (AJAYI et al, 2007; ANJOS HORA et al, 2003; BRENER et al, 2007; CAMARINI et al, 2000; DEDIVITIS et al, 2004; GERVÁSIO et al, 2001; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO; SARGERAN et al, 2006; SARTORI, 2004; SAWAIR et al, 2007). Neste estudo, mais da metade dos participantes acertaram esta questão, no entanto, é preocupante verificar que aproximadamente 42% dos profissionais não sabem qual é o tipo de câncer bucal mais prevalente, fato que pode comprometer a detecção precoce da neoplasia.

Ao questionar técnicos de higiene dental sobre o assunto, Syme, Drury e Horowitz (2001) conseguiram índice próximo a 50% de respostas corretas, enquanto Yellowitz et al (2000) e Patton et al (2005) alcançaram aproximadamente 80% de

respostas corretas entre cirurgiões-dentistas americanos. No Brasil, Moraes (2003) obteve 55,9% de respostas corretas em sua amostra, índice que a autora considerou baixo. E Dib, Souza e Tortamano (2005), embora tenham encontrado grande proporção de acertos nesta questão entre universitários do último semestre, não esperavam erros nesta questão.

Com relação à região anatômica onde o câncer bucal é visto com mais frequência, a língua é a resposta correta (ANJOS HORA et al, 2003; BIAZEVIC et al, 2006; DEDIVITIS et al, 2004; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO; SARGERAN et al, 2006; SHIBOSK; SCHMIDT; JORDAN, 2007; SILVERMAN; EVERSOLE; TRUELOVE, 2004), mas apenas um terço dos participantes souberam responder. No estudo de Moraes (2003), 24,5% dos participantes responderam corretamente, mas Yellowitz et al (2000), bem como Clovis, Horowitz e Poel (2002) alcançaram em sua amostra respectivamente 50 e 80% de acerto.

Este resultado traz uma importante reflexão acerca do exame clínico do paciente, pois na maioria das vezes os cirurgiões-dentistas não examinam a língua de seus pacientes, puxando-a para fora, verificando os bordos e a parte inferior. Desta forma, muitas lesões suspeitas e até mesmo carcinomas já instalados podem passar despercebidos ao olhar do profissional, comprometendo mais uma vez o diagnóstico precoce do câncer bucal.

Segundo Moraes (2003), um aspecto fundamental para realizar o diagnóstico precoce do câncer bucal consiste no conhecimento de suas manifestações iniciais. Neste estudo, aproximadamente 70% dos participantes acertou que a úlcera indolor é o sintoma mais frequentemente associado à neoplasia, número inferior à amostra da autora citada. Dib, Souza e Tortamano (2005) também obtiveram maior percentual de acerto em uma amostra de alunos de odontologia, contudo Syme, Drury e Horowitz (2001) e Clovis, Horowitz e Poel (2002) observaram frequência de acertos semelhante.

A faixa etária de maior ocorrência para o câncer bucal, acima de 40 anos, foi identificada por cerca de 90% dos profissionais, resultado que corrobora com a literatura pesquisada (ALLEGRA; GENNARI, 2000; ANJOS HORA et al, 2003; CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002; CONWAY et al, 2006; DEDIVITIS et al, 2004; DÖBROSSY, 2007; GERVÁSIO et al, 2001; PERUSSI et al, 2002; SILVERMAN; EVERSOLE; TRUELOVE, 2004; YELLOWITZ et al, 2000). Desta forma, espera-se que os componentes da amostra, em suas práticas clínicas cotidianas, estejam

atentos ao examinarem pacientes nesta faixa etária, especialmente se estes relatarem hábito de fumar ou beber.

Mais da metade dos participantes deste estudo reconheceu as características de uma metástase cervical como um linfonodo duro à palpação, indolor, móvel ou não. Como se trata de um aspecto mais minucioso do conhecimento sobre câncer bucal, o índice de acertos foi considerado razoável por outros pesquisadores que obtiveram resultado semelhante, tais como Syme, Drury e Horowitz (2001), Morais (2003) e Dib, Souza e Tortamano (2005).

Quanto ao estágio da doença no momento do diagnóstico, estudos epidemiológicos são unânimes em afirmar que, infelizmente, o câncer bucal ainda é diagnosticado na maioria das vezes em estágios avançados (ALFANO; HOROWITZ, 2001; BRASIL, 2005a; DEDIVITIS et al, 2004; FREITAS, 2005; GERVÁSIO et al, 2001; INCA, 2003; SARGERAN et al, 2006; SOARES DE LIMA et al, 2005; THOMAZ; CUTRIM; LOPES, 2000). No entanto, aproximadamente 30% dos participantes deste trabalho desconhecem um fato que, por si só, representa o fracasso da odontologia com relação a esta grave patologia bucal. Este resultado foi semelhante a outros trabalhos publicados na literatura (CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002; MORAIS, 2003; SYME; DRURY; HOROWITZ, 2001).

A leucoplasia representa uma das lesões mais comumente associadas ao câncer bucal, podendo representar risco até sete vezes maior de transformação maligna comparada a outras lesões bucais (HOLMSTRUP, 2006; SILVERMAN; EVERSOLE; TRUELOVE, 2004). Neste estudo, pouco mais de 65% dos profissionais reconheceu esta condição, resultado inferior aos estudos de Morais (2003), Dib, Souza e Tortamano (2005) e Patton et al (2005). Contudo, outros trabalhos publicados trazem menor porcentagem de acerto nesta questão, na faixa de 30% (CANNICK et al, 2005; YELLOWITZ et al, 2000).

De acordo com os resultados obtidos neste grupo de variáveis, pode-se perceber que os componentes da amostra não estão suficientemente informados sobre características clínicas da ocorrência do câncer bucal, fato que pode comprometer sua prática no que se refere à detecção precoce da doença.

4.2.3 Fatores de risco associados ao aparecimento do câncer bucal

O câncer bucal é considerado uma doença multifatorial, onde certos hábitos são determinantes no risco de desenvolver a doença (consumo de tabaco e álcool) e outros podem ser considerados condições associadas, ou fatores implicados na carcinogênese bucal, tais como hábitos alimentares, exposição ao papiloma vírus humano (HPV), condição bucal, exposição solar, predisposição genética e até mesmo variáveis como sexo, idade e condição socioeconômica (BRASIL, 2002b; LEITE; GUERRA; MELO, 2005).

Neste estudo, foram considerados como fatores de risco os mesmos aspectos considerados na metodologia proposta por Dib (2004), a qual permitiu a validação do instrumento utilizado. O autor considera como fatores de risco já comprovados na literatura o consumo de álcool e tabaco, história de câncer prévio ou câncer na família (predisposição genética) e exposição solar. Os outros fatores são por ele considerados controversos, sob os quais ainda pairam algumas dúvidas (DIB, 2004; DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005).

A análise dos resultados quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal permitiu constatar que o consumo de tabaco e álcool foram reconhecidos por praticamente todos os participantes do estudo. O fato de ter apresentado outro câncer previamente foi considerado fator de risco por 72,13%, bem como a história familiar, com 93,44% de respostas afirmativas. Próteses mal adaptadas e exposição solar também foram identificadas como fator de risco por grande parte dos profissionais.

Em se tratando de aspectos controversos na literatura, o estresse emocional, o baixo consumo de frutas e vegetais, o consumo de bebidas e comidas quentes, dentes em mau estado e higiene oral deficiente foram assinalados por aproximadamente dois terços dos participantes. Já o uso de drogas injetáveis e sexo oral obtiveram índices praticamente equivalentes. A obesidade e o contágio direto não foram considerados por grande parte dos participantes, mas o consumo de comidas condimentadas foi assinalado por quase 40% dos profissionais (tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das respostas referentes à associação entre condições diversas e o risco para o desenvolvimento do câncer bucal.

<i>Fator de risco</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Uso de drogas injetáveis	28 (45,90)	33 (54,10)
Câncer prévio	44 (72,13)	17 (27,87)
Consumo de álcool	58 (95,08)	3 (4,92)
Consumo de tabaco	61 (100,0)	0 (0,00)
História familiar de câncer	57 (93,44)	4 (6,56)
Estresse emocional	48 (78,69)	13 (21,31)
Baixo consumo de frutas e vegetais	43 (70,49)	18 (29,51)
Sexo oral	31 (50,82)	30 (49,18)
Próteses mal adaptadas	58 (95,08)	3 (4,92)
Dentes em mau estado	48 (78,69)	13 (21,31)
Consumo de comidas condimentadas	24 (39,34)	37 (60,66)
Higiene oral deficiente	48 (78,69)	13 (21,31)
Contágio direto	13 (21,31)	48 (78,69)
Exposição solar	54 (88,52)	7 (11,48)
Bebidas e comidas quentes	44 (72,13)	17 (27,87)
Obesidade	14 (22,95)	47 (77,05)

Os levantamentos pesquisados encontraram freqüências bem semelhantes em relação aos fatores de risco álcool e tabaco (CANNICK et al, 2005; CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002; DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005; GREENWOOD; LOWRY, 2001; MORAIS, 2003; PATTON et al, 2005; SYME; DRURY; HOROWITZ, 2001; VASCONCELOS, 2006; YELLOWITZ et al, 2000). Mas se por um lado os profissionais reconhecem com facilidade os dois principais fatores de risco para o câncer bucal, não se sabe até que ponto estes hábitos são investigados em seus pacientes. Segundo Vasconcelos (2006), a maioria dos profissionais de saúde bucal expõe limitações quanto à prática de orientar os pacientes sobre os malefícios do cigarro e do álcool.

A exposição solar foi reconhecida por aproximadamente 88% dos participantes deste estudo, frequência semelhante à encontrada no estudo de Morais (2003), que obteve 82% de acerto, mas superior à encontrada nos estudos de Yellowitz et al (2000), Syme, Drury e Horowitz (2001) e Clovis, Horowitz e Poel (2002), os quais encontraram uma média de 60% de acerto. Uma vez que em Florianópolis, como cidade litorânea, há grande número de pessoas que trabalham expostas à radiação solar, em atividades de pesca principalmente, torna-se imprescindível alertá-las quanto ao uso de filtro solar, chapéu e outras formas de proteção. O cirurgião-dentista, como profissional de saúde, pode e deve investigar estas questões entre seus pacientes.

Quanto à história familiar e ter apresentado outro câncer previamente, os resultados foram semelhantes à literatura pesquisada. Embora não tenham sido considerados como fatores de risco em nosso estudo, o baixo consumo de frutas e vegetais, o consumo de bebidas e comidas quentes, dentes em mau estado e higiene oral deficiente foram identificados por muitos participantes, por se tratarem de fatores associados ao desenvolvimento do câncer bucal muito encontrados na prática cotidiana, apesar de controversos nas pesquisas científicas publicadas. Estes fatores são importantes do ponto de vista preventivo da doença, pois pela identificação destas condições nos pacientes, os cirurgiões-dentistas têm a chance de orientá-los sobre a questão do câncer bucal.

4.2.4 Atitudes frente ao diagnóstico de câncer bucal

Quanto às atitudes dos profissionais frente ao diagnóstico do câncer bucal, a grande maioria dos participantes afirma que realiza exame na primeira consulta do paciente, procurando identificar lesões suspeitas. Entre aqueles que não realizam o exame, 4,92% afirmam que não sabem como fazê-lo e 6,56% não consideram necessário realizá-lo.

Quando encontram lesões suspeitas de malignidade, os participantes procuram encaminhar o paciente a um cirurgião-dentista especialista em estomatologia (47,54%) ou à faculdade de odontologia (37,70%). Poucos

profissionais encaminham diretamente ao hospital ou tomam as providências para confirmar o diagnóstico (tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das respostas referentes à atitude dos cirurgiões-dentistas frente ao diagnóstico do câncer bucal.

<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Realiza exame de câncer bucal	Sim	54	88,52
	Não sabe como fazer	3	4,92
	Não acha necessário	4	6,56
Seqüência de encaminhamento	Faz o diagnóstico	2	3,28
	Encaminha a um especialista	29	47,54
	Encaminha a um médico	0	0,00
	Encaminha à faculdade	23	37,70
	Encaminha ao hospital	7	11,48
	Não sendo a queixa principal, espera	0	0,00

Neste estudo, assim como na literatura pesquisada, são muitos os profissionais que afirmam realizar exame para o câncer bucal (CANNICK et al, 2005; CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002; CRUZ et al, 2005; CUTRIM et al, 2004; DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005; GAJENDRA; CRUZ; KUMAR, 2006; GREENWOOD; LOWRY, 2001; HOROWITZ et al; HOROWITZ; DRURY; CANTO, 2000; LEHEW; KASTE, 2007; MORAIS, 2003; PATTON et al, 2005; SYME; DRURY; HOROWITZ; 2001; VASCONCELOS, 2006; YELLOWITZ et al, 1998; 2000; WARNAKULASURIYA; JOHNSON, 1999). No entanto, as estatísticas não são nada animadoras, visto que ainda há maior porcentagem de diagnósticos tardios da doença.

Deste modo, surgem algumas hipóteses sobre a questão. Se tantos profissionais realizam tal exame em seus pacientes, a falha pode estar ocorrendo na identificação das lesões suspeitas, ou seja, os cirurgiões-dentistas não estão reconhecendo condições pré-malignas importantes e que poderiam ser revertidas precocemente. Outros fatores que interferem, segundo trabalhos publicados, são a técnica utilizada para a realização do exame, o tempo despendido no mesmo e a

falta de infra-estrutura para dar seguimento ao processo de diagnóstico (HOROWITZ et al, 2001; MATOS; ARAÚJO, 2003; MORAIS, 2003; VASCONCELOS, 2006).

Sabe-se que o exame visual dos tecidos moles da cavidade bucal, bem como a palpação de linfonodos, são estratégias muito importantes para viabilizar a detecção do câncer bucal em seus estágios iniciais (ANTUNES; TOPORCOV; WÜNSCH-FILHO, 2007), devendo ser realizados em todos os novos pacientes e a cada retorno, especialmente em pessoas com mais de quarenta anos, consideradas do grupo de risco. Além disso, todos os pacientes devem ser indagados quanto ao hábito de fumar e beber, e, caso necessário, devem ser aconselhados a abandonar estes hábitos (LITTLE; 2000; MCCANN; MACPHERSON; GIBSON, 2000)

Quanto à seqüência de encaminhamento em casos suspeitos, houve um número reduzido de profissionais que realiza o diagnóstico, sendo que a grande maioria encaminha o paciente para um cirurgião-dentista especialista em estomatologia ou para a faculdade de odontologia, resultado que corrobora com a pesquisa de Moraes (2003). No município de Florianópolis, tal resultado se deve possivelmente à organização do fluxo de referência e contra-referência, uma vez que na atenção básica não há condições para a realização de biópsias para a confirmação do diagnóstico. Os profissionais são orientados a encaminhar os pacientes aos serviços de referência em patologia bucal disponíveis no município (BACK et al, 2006).

Acredita-se que, embora haja um fluxo de encaminhamento de pacientes com lesões suspeitas na rede pública do município, este deva ser otimizado, para que o tempo decorrido entre o diagnóstico e o tratamento destes pacientes não traga conseqüências na sobrevivência dos mesmos. A faculdade de odontologia não tem condições de absorver toda a demanda e, ao mesmo tempo, os hospitais de referência possuem um protocolo de atendimento que prioriza o atendimento aos casos confirmados. É preciso que se cumpram as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, bem como a portaria 741/2005 (BRASIL, 2004b; 2005b), fazendo valer a exigência de realização de exames para detecção precoce e de centros de referência para o diagnóstico e o tratamento do câncer bucal na média e alta complexidade.

4.2.5 Interesse e percepção de conhecimento sobre câncer bucal

Analisando a distribuição das respostas relacionadas ao interesse e percepção de conhecimento dos profissionais sobre câncer bucal (tabela 7), percebe-se que aproximadamente metade dos participantes desta pesquisa considera regular seu conhecimento acerca do assunto, sendo este resultado semelhante aos obtido por Syme, Drury e Horowitz (2001), Clovis, Horowitz e Poel (2002) e Morais (2003). Da mesma forma, aproximadamente 75% não se sente confiante para realizar procedimentos de diagnóstico, mesmo sendo esta uma das principais patologias que acometem a cavidade bucal.

Este fato pode ser decorrente da questão do encaminhamento a outro profissional assim que surge um caso suspeito, pois, como afirma Vasconcelos (2006), a rotina estabelecida nos sistemas municipais de saúde induz a um pensamento de que o procedimento de diagnóstico não é da atribuição do cirurgião-dentista generalista e com isso o profissional, por falta de prática, não se sente seguro em realizar tais procedimentos.

Mais uma vez afirmamos que todos os esforços devem ser direcionados à valorização do atendimento integral ao paciente nas unidades básicas de saúde, garantindo condições para que os exames complementares necessários ao diagnóstico do câncer bucal sejam realizados e com isso, não haja perda de tempo e custos causados pela falta de resolutividade em âmbito local.

A grande maioria dos profissionais (95,08%) considera que seus pacientes não estão suficientemente informados sobre prevenção do câncer bucal, o que tem sido comprovado em outros estudos (HOROWITZ; CANTO; CHILD, 2002; MATOS; ARAÚJO, 2003; MOLINA et al, 2006b). De fato, há necessidade de maior divulgação de informações sobre a doença para a população leiga, para que esta possa tomar decisões acertadas quanto aos hábitos de fumar e beber, além de ficar mais atenta a qualquer lesão percebida na boca, procurando o serviço de saúde bucal o mais rápido possível. E qual profissional é mais capacitado para falar sobre câncer bucal senão o cirurgião-dentista?

Dando seguimento, mais da metade dos participantes deste estudo (54,10%) alega que não recebeu treinamento adequado sobre a doença durante a graduação. Morais (2003) obteve resultado semelhante, contudo Vasconcelos (2006) encontrou

em sua amostra grande percentual de profissionais que consideraram bom e muito bom o ensino que tiveram na graduação em relação ao câncer bucal.

As faculdades de odontologia deveriam enfatizar mais o conteúdo de câncer bucal, despertando a consciência para o problema desde os bancos escolares, inculcando uma filosofia preventiva nos alunos, que se refletirá posteriormente na sua prática cotidiana, independente de uma atuação como generalista ou como especialista (DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005; HOROWITZ et al, 2001).

Em relação aos cursos de capacitação sobre câncer bucal, muitos relataram que se atualizaram nos últimos cinco anos, e o interesse em participar de novos cursos foi demonstrado por praticamente todos os participantes. O formato do curso deve ser preferencialmente presencial na opinião de 68,85% dos profissionais. Do mesmo modo, a quase totalidade da amostra considera altamente importante a participação do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal.

O interesse em curso sobre câncer bucal na amostra estudada é de certa forma, animador. No entanto, a realidade de congressos e cursos de educação continuada demonstra uma procura muito maior pelas áreas de estética (MORAIS, 2003). As próprias instituições de ensino acabam oferecendo um número maior de cursos em outras especialidades que não a estomatologia. Este paradoxo se dá provavelmente por razões de mercado, mas é importante ressaltar que o papel do cirurgião-dentista vai muito além de restabelecer forma e função, e que a odontologia deve partir de um paradigma tecnicista para ocupar seu espaço na promoção de saúde integral da população, inclusive combatendo o câncer bucal.

Quanto ao formato do curso, embora alguns trabalhos já tenham comprovado a eficiência do ensino a distância na área da saúde, a maior parte dos profissionais prefere cursos no formato presencial. O motivo pode ser a pouca divulgação desta modalidade de ensino, a qual traz como vantagens a diminuição de custos, a ausência de deslocamento e a flexibilização dos horários (GARBIN; CERICATO; FERNANDES, 2006).

Por fim, é indiscutível a importância do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal (ALFANO; HOROWITZ, 2001; CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002; CUTRIM et al, 2004; DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005; GREENWOOD; LOWRY, 2001; MORAIS, 2003; SOARES DE LIMA et al, 2005; VASCONCELOS, 2006).

Tabela 7 – Distribuição das respostas referentes ao interesse e percepção de conhecimento sobre câncer bucal por parte dos cirurgiões-dentistas.

<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Auto-avaliação de conhecimento	Ótimo	4	6,56
	Bom	20	32,79
	Regular	31	50,82
	Insuficiente	6	9,84
Segurança para diagnóstico	Alta	13	21,31
	Baixa	45	73,77
	Não sei	3	4,92
Pacientes informados	Sim	2	3,28
	Não	58	95,08
	Não sei	1	1,64
Formação adequada na graduação	Sim	22	36,07
	Não	33	54,10
	Não sei	6	9,84
Realização do último curso	Último ano	8	13,11
	2 a 5 anos	28	45,90
	Mais de 5 anos	12	19,67
	Nunca	5	8,20
	Não lembra	8	13,11
Interesse em cursos futuros	Sim, à distância	3	4,92
	Sim, presencial	42	68,85
	Sim, misto	14	22,95
	Não	1	1,64
	Não tenho certeza	1	1,64
Importância CD no diagnóstico precoce	Alta	59	96,72
	Média	1	1,64
	Regular	0	0,00
	Baixa	1	1,64
	Não sei	0	0,00

4.3 Conceito obtido com relação ao conhecimento sobre câncer bucal

Conforme foi explicado no capítulo referente à metodologia, o conceito foi obtido a partir das respostas dadas às questões que tratam das características clínicas da ocorrência do câncer bucal e dos fatores de risco para o aparecimento da doença (questões 9 a 31). Estas questões continham uma alternativa correta, sendo que cada participante recebeu uma nota, a qual foi posteriormente categorizada em conceitos A, B, C e D.

Deste modo, 15 indivíduos (24,59%) receberam conceito D, 27 (44,26%) receberam conceito C, 18 indivíduos (29,51%) obtiveram conceito B e apenas 1 indivíduo (1,64%) alcançou o conceito A (tabela 8).

Tabela 8 – Freqüência dos conceitos obtidos pelos participantes da pesquisa.

Conceito	Nota	N	%
A	9 a 10	1	1,64
B	7 a 8,9	18	29,51
C	5 a 6,9	27	44,26
D	Abaixo de 5	15	24,59

O resultado obtido neste trabalho comprova que há necessidade de promover a capacitação dos profissionais que atuam na rede pública do município de Florianópolis sobre o assunto câncer bucal. No entanto, é importante ressaltar que esta realidade não se dá apenas em nosso município, porquanto um grande número de pesquisas com cirurgiões-dentistas, tanto no Brasil como em outros países, observaram uma falta de consistência no conhecimento destes profissionais acerca do câncer bucal (CARTER E OGDEN, 2007; CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002; CUTRIM et al, 2004; GAJENDRA; CRUZ; KUMAR, 2006; GREENWOOD; LOWRY, 2001; HAYASSY, 1998; HOROWITZ et al; HOROWITZ; DRURY; CANTO, 2000; LEÃO et al, 2005; LEHEW; KASTE, 2007; MATOS; ARAÚJO; MORAIS, 2003;

PATTON et al, 2005, 2006; SEOANE et al; VASCONCELOS, 2006; YELLOWITZ et al, 1998, 2000; WARNAKULASURIYA; JOHNSON, 1999).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES À INSTITUIÇÃO

A partir dos resultados encontrados neste estudo, que procurou avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública de Florianópolis-SC sobre câncer bucal, é possível afirmar que, quanto ao perfil destes profissionais, são em sua maioria do gênero feminino, na faixa etária acima de 40 anos (média de 42 anos de idade), formados há mais de dez anos e não fumantes.

Com relação ao conhecimento das características clínicas do câncer bucal, percebe-se que mais da metade dos profissionais souberam identificar o tipo de câncer mais prevalente (carcinoma espinocelular), bem como os sinais e sintomas mais freqüentes, lesão precursora, faixa etária de maior ocorrência e estágio de diagnóstico. Porém, apenas um terço dos participantes reconheceram a língua como o local na boca onde mais ocorre a neoplasia. Já quanto aos fatores de risco, quase todos souberam identificar o uso de tabaco e o álcool, que são os dois hábitos mais importantes para a ocorrência do câncer bucal. No entanto, muitos profissionais consideram erroneamente como fatores de risco condições associadas ao aparecimento da neoplasia, tais como uso de próteses mal adaptadas e má condição bucal.

A grande maioria dos cirurgiões-dentistas da rede pública de Florianópolis afirma que realiza exame na primeira consulta de seus pacientes à procura de sinais e sintomas do câncer bucal, bem como encaminha os casos suspeitos tanto para profissionais especialistas em estomatologia como para a faculdade de odontologia. Mais da metade dos participantes alega que não recebeu treinamento adequado para realizar o diagnóstico do câncer bucal durante a graduação. E, finalmente, embora a auto-percepção de conhecimento acerca do câncer bucal tenha sido considerada regular por grande parte dos participantes desta pesquisa, muitos deles se mostram interessados em cursos de capacitação, como forma de poder desempenhar melhor seu papel de promotor de saúde frente à população.

Em função dos resultados alcançados, o presente estudo evidenciou que, de forma geral, existem deficiências no conhecimento sobre câncer bucal entre os cirurgiões-dentistas que atuam na rede pública do município de Florianópolis. Tal fato pode estar relacionado principalmente ao tempo de formação destes profissionais, à falta de uma prática cotidiana na questão do diagnóstico precoce da

doença, à falta de uma atualização sistemática, e principalmente, à falta de estímulo para conhecer mais sobre o assunto.

Sabe-se que ainda não há uma rotina bem fundamentada entre os profissionais da saúde bucal no sentido de trabalhar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal, até mesmo por culpa de uma abordagem falha destes aspectos durante o curso de graduação.

Deste modo, reitera-se o desejo de que esta pesquisa não se restrinja a mostrar uma realidade, mas que efetivamente sirva de ferramenta para o planejamento estratégico da atenção ao câncer bucal no município. Acredita-se na vontade política dos responsáveis pela saúde bucal em construir um programa de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, capacitando seus profissionais, promovendo assim melhor acesso da população à informação, maior qualidade e resolutividade no atendimento, dando condições à reversão do quadro epidemiológico da doença.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, D. C. et al. Desenvolvimento e avaliação de um portal educacional multimídia de apoio à prevenção do câncer bucal. In: Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 10, 2006, Florianópolis. **Anais eletrônicos...**, Florianópolis, SC, 2006. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/339.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2007.
- AJAYI, O.F. Primary malignant neoplasms of orofacial origin: a retrospective review of 256 cases in a Nigerian tertiary hospital. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 36, n. 5, p. 403-408, mai. 2007.
- ALFANO, M. C.; HOROWITZ, A. M. Professional and community efforts to prevent morbidity and mortality from oral cancer. **J Am Dent Assoc**, v. 132, p. 24-29, supl. , nov. 2001.
- ALLEGRA, F., GENNARI, P.U. **As doenças da mucosa bucal**. Ed. Santos, São Paulo, 2000.228p.
- ALMEIDA, F. C. S. et al. Campanha de popularização do auto exame da boca - Universidade de São Paulo, Brasil (parte 1). **RBPO**, v.4, n.3, p. 147-155, 2005.
- ANJOS HORA, I.A. et al. Estudo epidemiológico do carcinoma epidermóide de boca no estado de Sergipe. **Ciênc Odontol Brás**, v. 6, n. 2, p. 41-48, abr.-jun. 2003.
- ANTUNES, J.L.F. et al. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in São Paulo, Brazil, 1980-1998. **Oral Oncology**, v. 37, 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. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 1, p. 30-36, 2007.
- ASAKAGE, T. et al. Genetic polymorphisms of alcohol and aldehyde dehydrogenases, and drinking, smoking and diet in Japanese men with oral and pharyngeal squamous cell carcinoma. **Carcinogenesis**, v. 28, n. 4, p. 865-74, abr. 2007.
- ASHE, T.E. et al. North Carolina dental hygienists' oral cancer knowledge and opinions: implications for education. **J Cancer Educ**, v. 21, n. 3, p. 151-156, 2006.
- BACK, J. C. de V. et al. **Protocolo de atenção à saúde bucal**. Prefeitura Municipal de Florianópolis – SC, Florianópolis, jul. 2006.
- BIAZEVIC, M.G.H. et al. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2105-2114, out. 2006.

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

BOING, A.F.; PERES, M.A.; ANTUNES, J.L. Mortality from oral and pharyngeal cancer in Brazil: trends and regional patterns, 1979-2002. **Rev Panam Salud Publica**, v. 20, n. 1, p. 1-8, jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2002**. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. - INCA. **Falando sobre câncer da boca**. Rio de Janeiro: INCA, 2002b. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Análise dos dados de mortalidade de 2001**. Brasília, jan. 2004a, 19p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mortalidade%202001.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação nacional de saúde bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004b, 16p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1570/GM de 29 de julho de 2004**. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília, 2004c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1570.htm>>. Acesso em: 14 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2006**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005a. 94p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Portaria nº. 741, de 19 de dezembro de 2005**. Brasília, 2005b. 73 p. Disponível em : <<http://www.cfo.org.br/jornal/n77e78/cfo43anos07.asp>>. Acesso em: 22 out. 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Especialidades Odontológicas**. 2007. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/especialidades.php>>. Acesso em: 10 ago. 2007.

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.

CAMARINI et al. Estudo epidemiológico dos carcinomas espinocelulares de boca atendidos nas cidades de Bauru e Jaú, estado de São Paulo, Brasil. **Odontologia e Sociedade**, v. 2, n. 1/2, p. 70-76, 2000.

CAMPISI, G. et al. HPV infection in relation to OSCC histological grading and TNM stage: evaluation by traditional statistics and fuzzy logic model. **Oral Oncol**, v. 42, n. 6, p. 638–645, 2006.

CANNICK, G. F. et al. Assessing oral cancer knowledge among dental students in South Carolina. **J Am Dent Assoc**, v. 136, p. 373-78, mar. 2005.

CARTER, L.M.; OGDEN, G.R. Oral cancer awareness of general medical and general dental practitioners. **Br Dent J**, 13 jul. 2007. Disponível em: <<http://www.nature.com/bdj/journal/v203/n5/abs/bdj.2007.630.html>>. Acesso em: 17 out. 2007.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. Mais atenção ao câncer bucal. **Jornal do CFO**, ano 15, n. 77 - 78, mar.-jun. 2007, p. 16.

CHEN, P. H et al. Prognostic factors associated with the survival of oral and pharyngeal carcinoma in Taiwan, **BMC Cancer**, n. 7, p. 101, 15 jun. 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2407/7/101>>. Acesso em: 28 set. 2007.

CLOSMANN, J.J. The human papilloma virus, the vaccines, and oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: what every dentist should know. **Gen Dent.**, v. 55, n. 3, p. 252-4, maio-jun. 2007.

CLOVIS, J.B.; HOROWITZ, A.M.; POEL, D.H. Oral and pharyngeal cancer: practices and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. **J Can Dent Assoc**, v. 68, n. 7, p. 421-25, jul. ago. 2002.

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

CONWAY, D.I. et al. Widening socio-economic inequalities in oral cancer incidence in Scotland, 1976-2002. **Br J Cancer**, v. 96, n. 5, p. 818-820, mar. 2007.

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

CRUZ, G.D. et al. Oral and pharyngeal cancer incidence and mortality among hispanics, 1996-2002: the need for ethnoregional studies in cancer research. **Am J Public Health**, v. 96, n. 12, p. 2194-2200, dez. 2006.

CSÉPE, P. et al. Model program for screening oral cancers in the Roma population. **Magy Onkol**, v. 51, n. 2, p. 95-101, jul. 2007.

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

DEDIVITIS, R. A. et al. Características clínico epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 70, n.1, p. 35-40, jan./fev. 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 Oncol Bras.**, v. 24, n. 2, p.628-643, abr. / jun. 2004.

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

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

FAN, G.K. et al. Immunohistochemical analysis of P57 (kip2), p53 and hsp60 expressions in premalignant and malignant oral tissues. **Oral Oncol**, v. 42, n. 2, p. 157-53, 2006.

FRANCO, E.L. et al. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case-control study. **International Journal of Cancer**, v. 43, p. 992-1000, 1989.

FREITAS, V. S. Câncer bucal: desafios e perspectivas para o enfrentamento do problema. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v. 4, n. 3, p. 189-90, 2005.

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

GARBIN, D.; CERICATO, G. O.; FERNANDES, A. P.S. Educação continuada em odontologia via web: um estado da arte no Brasil. In: CBIS-Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 10, 2006, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/1042.pdf>> . Acesso em: 14 nov. 2007.

GEDOZ, L. BOHRER, P. L. ROSA, L.G. N. Perfil epidemiológico dos pacientes com tumores malignos de boca submetidos à radioterapia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 24, n. 2/3, p. 5-9, ago. / dez. 2004.

GERVÁSIO, O. L. A. S. et al. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. **Braz Dent J**, v. 12, n. 1, p. 57-61, 2001.

GILLISON, M.L. Current topics in the epidemiology of oral cavity and oropharyngeal cancers. **Head Neck**, v. 29, n. 8, p. 779-792, ago. 2007.

GREENWOOD, M.; LOWRY, R. J. Primary care clinicians' knowledge of oral cancer: a study of dentists and doctors in the north east of England. **Br Dent J**, v. 191, n. 5, p. 510-512, 2001.

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

HOLMSTRUP, P. et al. Long-term treatment outcome of oral premalignant lesions. **Oral Oncol**, v. 42, n. 5, p. 461-474, 2006.

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

HOROWITZ, A. M. et al. Oral pharyngeal cancer prevention and early detection: dentist opinions and practices. **J Am Dent Assoc**, v. 131, p. 453-62, abr. 2000.

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

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

HUANG, C.H. Clinicopathologic evaluation of prognostic factors for squamous cell carcinoma of the buccal mucosa. **J Chin Med Assoc**, v. 70, n. 4, p. 164-170, abr. 2007.

INCA. Prevenção do câncer de boca. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p. 206, 2003.

JOHNSON, L. A.; SCHLEYER, T. K. Developing high-quality educational software. **J Dent Educ**, v. 67, p. 1209-1220, 2003.

KADEMANI, D. Oral cancer. **Mayo Clin Proc**, v. 82, n.7, p. 878-887, jul. 2007.

KOWALSKI, L. P.; NISHIMOTO, I. N. Epidemiologia do câncer de boca. In: PARISE JUNIOR, O. **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier, 2000. p.3-11.

LEÃO, J.C. et al. Knowledge and clinical expertise regarding oral cancer among Brazilian dentists. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 34, n. 4, p. 436-9, jun, 2005.

LEE, J.M. The synergistic effect of cigarette taxes on the consumption of cigarettes, alcohol and betel nuts. **BMC Public Health**, n. 7, p. 121, 25 jun. 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/121>>. Acesso em: 27 set. 2007.

LEITE, A. C. E. ; GUERRA, E. N. S. ; MELO, N. S. . Fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do câncer da boca. **Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica**, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 31-36, 2005.

LEHEW, C.W.; KASTE, L.M. Oral cancer prevention and early detection knowledge and practices of Illinois dentists--a brief communication. **J Public Health Dent**, v. 67, n. 2, p. 89-93, 2007.

LITTLE, J.W. Cancer awareness and dentistry. **Gen Dent**, v. 48, n. 4, p. 462-5, jul.-ago. 2000.

LIU, S. A. et al. Impact of recurrence interval on survival of oral cavity squamous cell carcinoma patients after local relapse. **Otolaryngol Head Neck Surg**, v. 136, n. 1, p. 112-118, jan. 2007.

MACIEL, S.; LESSA, F. ; RODRIGUES, C. S. Mortalidade por câncer bucal e desigualdades sociais em capitais brasileiras nos anos de 1980 e 1991. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 51-61, 2000.

MATOS, I. B.; ARAÚJO, L.A. Práticas acadêmicas, cirurgiões-dentistas, população e câncer bucal. **Rev. da ABENO**, v. 3, n. 1, p.76-81, 2003. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/revista/arquivos_pdf/2003/mato.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2006.

MAUAD, E. C.; GOMES, U. A. MIRRA, A. P. **Registro Hospitalar de Câncer 1994-1999**. Barretos: Fundação Pio XII/ Hospital de Câncer de Barretos, 2000.

MCCANN, M.F.; MACPHERSON, L.M.; GIBSON, J. The role of the general dental practitioner in detection and prevention of oral cancer: a review of the literature. **Dent Update**, v. 27, n. 8, p. 404-8, out. 2000.

MOLINA, A. P. S.; RIBEIRO, RIBEIRO, M. G.; SILVA, J. A.; TORRES-PEREIRA, C.C. Conhecimentos, práticas e atitudes frente ao diagnóstico de câncer de boca na visão do cirurgião-dentista. **Revista Dens**, v.14, n.2, p. 71, 2006a.

MOLINA, A. P. S.; RIBEIRO, RIBEIRO, M. G.; SILVA, J. A.; TORRES-PEREIRA, C.C. Conhecimento, práticas e atitudes em relação ao diagnóstico do câncer de boca na visão da população. **Revista Dens**, v.14, n.2, p. 72, 2006b.

MOORE, S.R. et al. The epidemiology of lip cancer: a review of global incidence and aetiology. **Oral diseases**, Adelaide, v. 5, p. 185-95, 1999.

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

MOORE, S.R. et al. The epidemiology of tongue cancer: a review of global incidence. **Oral diseases**, Adelaide, v. 6, p. 75-84, 2000b.

MORAIS, T. M. N. **Câncer de boca**: avaliação do conhecimento dos cirurgiões dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico. 2003.108f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da USP, 2003.

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

OLIVEIRA, C. A. et al. The SEstatNet Perspective - from a Statistical Applied Toll towards a Whole Educational Tool. In: International Conference on Engineering Education, 9, 2006, 23 -28 jul., San Juan. **Anais...** San Juan, 2006.

PATTON, L.L. et al. Knowledge of oral cancer risk factors and diagnostic concepts among North Carolina dentists: implications for diagnosis and referral. **J Am Dent Assoc**, v. 136, n. 5, p. 602-610, maio 2005.

PATTON, L.L. et al. Adequacy of training in oral cancer prevention and screening as self-assessed by physicians, nurse practitioners, and dental health professionals. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 102, n. 6, p. 758-64, dez. 2006.

PAVIA, M. et al. Association between fruit and vegetable consumption and oral cancer: a meta-analysis of observational studies. **Am J Clin Nutr**, v. 83, n. 5, p. 1126-34, maio 2006.

PERATA, E. et al. Prevention of oral cancer: practice patterns in a dentists' group. **Ann Ig**, v. 17, n. 2, p. 145-53, mar.-abr. 2005.

PERUSSI, M.R. et al. Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo. **Rev. Assoc. Méd. Bras**, v. 48, n. 2, p. 341-4, 2002.

PETERSEN, P. E. et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, p. 661-69, set. 2005.

PETTI, S.; SCULLY, C. Oral cancer knowledge and awareness: primary and secondary effects of an information leaflet. **Oral Oncol**, v. 43, n. 4, p. 408-415, abr 2007.

PMF. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Perfil de Florianópolis**. 2007a. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/?link=perfil>>. Acesso em: 25 out. 2007.

PMF. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano municipal de saúde de Florianópolis 2007-2010**. 2007 b. 96p. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/instrumentos_gestao/pms_11_out_2007.doc>. Acesso em: 25 out. 2007.

PUCCA JR, G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 243-246, 2006.

RODU, B. COLE, P. Oral cavity and pharynx-throat cancer in the United States, 1973-2003. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, jul 2007, no prelo.

SANTA CATARINA. Ministério Público. **Índice de desenvolvimento humano (IDH) dos municípios catarinenses**. 2004. Disponível em: <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/dd_idhm_municipios_catarinenses.doc>. Acesso em: 21 ago. 2007.

SARGERAN, K. et al. Malignant oral tumors in Iran: ten-year analysis on patient and tumor characteristics of 1042 patients in Tehran. **J Craniofac Surg**, v. 17, n. 6, p. 1230-3, nov. 2006.

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

SAWAIR, F.A. et al. High relative frequency of oral squamous cell carcinoma in Yemen: qat and tobacco chewing as its aetiological background. **Int J Environ Health Res**, v. 17, n. 3. p. 185-195, jun. 2007.

SCHLECHT, N. F. et al. Interaction between tobacco and alcohol consumption and the risk of cancers of the upper aero-digestive tract in Brazil. **American Journal of Epidemiology**, v. 150, n. 11, p. 1129-1137, 1999.

SCOTT, S.E.; MCGURK, M.; GRUNFELD, E.A. The process of symptom appraisal: cognitive and emotional responses to detecting potentially malignant oral symptoms. **J Psychosom Res**, v. 62, n. 6, p. 621-630, jun. 2007.

SEOANE, J. et al. Oral cancer: experiences and diagnostic abilities elicited by dentists in North-western Spain. **Oral Dis**, v. 12, n. 5, p. 487-92, set. 2006.

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

SILVERMAN, S.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. Lesões pré-malignas e carcinoma de células escamosas bucais. In: _____. **Fundamentos de medicina oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004, p. 185-204 (tradução).

SILVERMAN, S. Controlling oral and pharyngeal cancer: can dental professionals make a difference? **J Am Dent Assoc**, v. 136, n. 5, p. 576-577, maio 2005.

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

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.

SU, C.C. Distinctive features of oral cancer in Changhua County: high incidence, buccal mucosa preponderance, and a close relation to betel quid chewing habit. **J Formos Med Assoc**, v. 106, n. 3, p. 225-233, mar. 2007.

SYME, S. E.; DRURY, T. F.; HOROWITZ, A. M. Maryland dental hygienists' knowledge and opinions of oral cancer risk factors and diagnostic procedures. **Oral Dis**, v. 7, n.3, p. 177-184, 2001.

TAGHAVI, N.; YAZDI, I. Type of food and risk of oral cancer. **Arch Iran Med**, v. 10, n. 2 , p. 227-232, abr. 2007.

THOMAZ, E. B. A.F.; CUTRIM, M. C. F. N.; LOPES, F. F. A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral. **Acta oncol. bras**; v. 20, n. 4, p. 149-152, out.-dez. 2000.

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

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

VIDAL, A. K. L. et al. HPV detection in oral carcinomas. **J Bras Patol Med Lab**, v. 40, n. 1, p. 21-6, fev. 2004.

WARNAKULASURIYA, K.A.; JOHNSON, N.W. Dentists and oral cancer prevention in the UK: opinions, attitudes and practices to screening for mucosal lesions and to counselling patients on tobacco and alcohol use: baseline data from 1991. **Oral Dis**, v. 5, n. 1, p. 10-14, jan. 1999.

WINN, D. M. et al. Scientific progress in understanding oral and pharyngeal cancers. **J Am Dent Assoc**, v. 129, p. 713-18, jun. 1998.

WÜNSCH-FILHO, V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. **Oral Oncol**, v. 38, n. 8, p. 737-46, 2002.

XAVIER, S. D.; BUSSOLOTI FILHO, I.; LANCELOTTI, C. L. P. Prevalência de achados sugestivos de papiloma vírus humano (HPV) em biópsias de carcinoma espinocelular de cavidade oral e orofaringe: estudo preliminar. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v.71, n. 4, p. 510-4, jul. - ago. 2005

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

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

APÊNDICES

APÊNDICE A**Questionário de Avaliação do Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas da Rede Pública de Florianópolis-SC sobre Câncer Bucal - Adaptado de Dib (2004)**

Por gentileza, assinale apenas uma alternativa em cada questão:

1. Idade _____

2. Sexo [1] Masculino [2] Feminino

3. Tempo de formado

[1] Até 2 anos [2] 3 a 10 anos

[3] 11 a 20 anos [4] Mais de 20 anos

4. Você fuma?

[1] Sim [2] Não [3] Parou

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

7. Caso a resposta anterior seja não, porque você não realiza o exame de câncer bucal?

[1] Não sei como fazer

[2] Não acho necessário

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

[1] Eu mesmo tomo os procedimentos diagnósticos

[2] Encaminho a um cirurgião-dentista especialista em estomatologia

[3] Encaminho a um médico

[4] Encaminho a uma faculdade de odontologia

[5] Encaminho a um hospital especializado

[6] Não sendo a queixa principal do paciente, espero até que o mesmo se manifeste, pedindo orientação.

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

[1] Linfoma [2] Carcinoma Espinocelular

[3] Sarcoma de Kaposi [4] Ameloblastoma

[5] Adenocarcinoma de Glândula Salivar

[6] Não sei

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

[1] Língua [2] Soalho de boca [3] Gengiva.

[4] Palato [5] Mucosa jugal [6] Não sei

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16. Uso de drogas injetáveis [1] Sim [2] Não
17. Ter apresentado outro câncer previamente [1] Sim [2] Não
18. Consumo de álcool [1] Sim [2] Não
19. Consumo de tabaco [1] Sim [2] Não
20. História familiar de câncer [1] Sim [2] Não
21. Estresse emocional [1] Sim [2] Não
22. Baixo consumo de frutas e vegetais [1] Sim [2] Não
23. Sexo oral [1] Sim [2] Não
24. Próteses mal adaptadas [1] Sim [2] Não
25. Dentes em mau estado [1] Sim [2] Não
26. Consumo de comidas condimentadas [1] Sim [2] Não
27. Higiene oral deficiente [1] Sim [2] Não
28. Contágio direto [1] Sim [2] Não
29. Exposição solar [1] Sim [2] Não
30. Bebidas e comidas quentes [1] Sim [2] Não
31. Obesidade [1] Sim [2] Não

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

[1] Sim [2] Não [3] Não sei

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

[1] Alto [2] Baixo [3] Não sei

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

[1] Sim [2] Não [3] Não sei

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

[1] No ano passado [2] Durante os últimos 2 a 5 anos

[3] Mais de 5 anos [4] Nunca [5] Não lembro

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

[1] Sim [2] Não [3] Não tenho certeza

37. Em caso de sim na alternativa anterior, responda:

Você gostaria de fazer um curso de educação continuada sobre câncer bucal:

[1] Em forma de curso a distância

[2] Curso presencial

[3] Curso presencial e a distância.

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

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

Muito obrigada pela sua participação!

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO

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

Termo para Consentimento Livre e Informado

Estamos desenvolvendo junto ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina uma pesquisa que pretende avaliar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública de Florianópolis-SC sobre câncer de boca, visando o estabelecimento de estratégias de saúde após avaliação dos resultados. Os resultados serão analisados globalmente, o que garante a confidencialidade das respostas individuais.

Para a realização desta pesquisa precisamos muito de sua colaboração, preenchendo este questionário que aborda aspectos referentes ao câncer de boca.

Certos de que sua participação neste estudo enriquecerá muito nosso trabalho, agradecemos antecipadamente e nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Mestranda: Daniela Garbin

E-mail: danielagarbin@bol.com.br

Fone: (48) 9914 2593

Orientadora: Prof.^a Ana Paula Soares Fernandes

E-mail: anapaulasoaresfernandes@yahoo.com.br

Fone: (48) 8408 0918

Consentimento Livre Esclarecido por Escrito

Eu, _____, RG _____, certifico que fui informado pelas pesquisadoras Daniela Garbin e Prof.^a Dra. Ana Paula Soares Fernandes, que esta pesquisa tem por objetivo avaliar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública de Florianópolis-SC sobre câncer de boca, estando ciente de que os resultados poderão ser divulgados através de artigos em revistas científicas. Declaro, também, que me foi assegurado o direito a não identificação no trabalho e à confidencialidade das respostas, e que caso não queira, posso me recusar a participar do estudo.

Florianópolis, junho de 2007.

Assinatura do participante

ANEXOS



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

I – IDENTIFICAÇÃO:

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

II - OBJETIVOS:

Geral:

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

Específicos:

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

III – SUMÁRIO DO PROJETO:

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

IV – COMENTÁRIO:

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

**V – PARECER FINAL
APROVADO**

Vera Lúcia Besto

Vera Lúcia Besto
Coordenadora do CEP

Data da Reunião do Conselho de Ética: 18 de dezembro de 2007.
Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Assessoria de Desenvolvimento Institucional

**COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTOS DOS PROJETOS
DE PESQUISA EM SAÚDE**

Ofício Nº 005 /2007.

Florianópolis, 15 de maio de 2007.

Para: Daniela Garbin

Da: Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde.

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a cordialmente, informamos que o projeto de sua dissertação de Mestrado foi considerado adequado para desenvolvimento na rede básica de saúde, junto aos Centros de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, e obteve autorização das Coordenações Regionais de Saúde para execução.

Certos de sua atenção, estamos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone – 3239-1579.

Atenciosamente,

Marynes Terezinha Reibnitz

Membro da Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde