

Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer Bucal entre Profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia

Oral Cancer Knowledge and Diagnosis among Dentists from the City of Jequié, Bahia

Conocimientos y Diagnóstico de Câncer Bucal entre Profesionales de Odontología de Jequié, Bahia

Suélem Maria Santana Pinheiro¹, Jefferson Paixão Cardoso², Fabio Ornellas Prado³

Resumo

O câncer é um desafio para a Saúde Pública brasileira devido à tendência crescente no número de casos. Dados do Instituto Nacional de Câncer, em 2010, revelam que o câncer bucal foi o 5º mais incidente nos homens e o 7º nas mulheres. Este estudo buscou caracterizar os conhecimentos e diagnóstico dos cirurgiões-dentistas de Jequié, Bahia, relacionados ao câncer bucal. Utilizou-se, para a coleta de dados, um questionário fechado, com resultados apresentados de forma descritiva. Dos 53 dentistas que clinicam em Jequié, houve 71,6% (38) respondentes, com 55,6% apresentando 30 anos ou menos, sendo 63,2% do sexo masculino. Dos participantes, 42,1% julgaram insatisfatório o ensino de câncer bucal obtido na graduação, ensino este imprescindível para uma atuação eficiente, e 94,7% afirmaram ter um importante papel no controle desta doença. Um percentual de 60,5% julgou ter um bom conhecimento sobre o câncer bucal. Isto se reafirmou ao perceber que 92,1% e 97,4%, respectivamente, julgaram ser o álcool e o tabaco fatores de risco para essa doença e 86,8% afirmaram que o aspecto inicial das lesões é uma úlcera indolor. No entanto, percebeu-se insegurança na realização de biópsia, uma vez que 39,5% não se sentem capacitados para tal e 26,3% julgaram-se deficientes neste quesito. O conhecimento satisfatório sobre câncer bucal referido pelos participantes da pesquisa mostrou-se inconsistente no tocante ao reconhecimento de alguns fatores de risco e procedimentos diagnósticos, o que pode implicar numa deficiência nas ações de prevenção e detecção precoce dessa morbidade.

Palavras-chave: Saúde Pública; Neoplasias Bucais; Odontólogos; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Jequié, Bahia

¹Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

²Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS.

³Professor Assistente da Disciplina de Diagnóstico Oral do Curso de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Doutor em Estomatopatologia pela UNICAMP.

Endereço para correspondência: Fabio Ornellas Prado. Departamento de Saúde da UESB. Avenida José Moreira Sobrinho, S/N. Jequeizinho - Jequié (BA), Brasil. CEP: 45206-190. E-mail: fop_@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), estima que no biênio 2010/2011 ocorram 489.270 novos casos de câncer no Brasil. No panorama nacional, essa doença se apresenta como um grave desafio para a saúde pública, em virtude da sua elevada incidência, que se contrapõe às possibilidades de prevenção^{1,2}.

Dentre todos os cânceres que incidem na região de cabeça e pescoço, 40% ocorrem na cavidade oral³. Dados do INCA¹ demonstraram que o câncer bucal ocupa o quinto lugar de incidência entre todos os tipos de câncer nos homens e o sétimo entre as mulheres, no Brasil, num total de 14.120 novos casos¹. Essa relação de incidência foi mantida, apesar das discretas reduções, ao se comparar as estimativas do INCA de 2008 e 2010, revelando uma diminuição de taxa bruta de 11,00⁴ para 10,64¹ entre homens e de 3,88⁴ para 3,76¹ entre as mulheres. Os indivíduos leucodermas, do sexo masculino, acima de 40 anos, têm sido os mais acometidos por essa doença, sendo a língua e assoalho bucal os locais de maior incidência. A agressividade da lesão se torna ainda mais evidente à medida que o diagnóstico é feito tardiamente, contribuindo para um prognóstico desfavorável^{5,6,7}.

Dentre os fatores de risco, o uso de tabaco^{2,7,8} tem importante participação no aparecimento do câncer oral, podendo elevar o risco em 4 a 15 vezes em fumantes quando comparados aos que nunca fumaram². Da mesma forma, o álcool^{2,7,8,9} tem importante participação no aparecimento do câncer oral, com elevação do risco em 9 vezes². A associação desses fatores é ainda mais deletéria, podendo elevar para 35 vezes as chances de desenvolvimento dessa neoplasia^{2,8}.

O efeito da radiação ultravioleta tem sido associado ao aparecimento do câncer de lábio, quando acontece exposição excessiva a essa radiação^{2,7,10}. A dieta também mostrou relação com essa doença, principalmente no que diz respeito ao consumo de frutas e verduras^{2,7,11}. Uma redução de 49% e 50% do risco geral do câncer bucal quando se consome frutas e verduras respectivamente, de forma diária, tem sido relatada na literatura¹¹. Além desses fatores, as radiações ionizantes provocam mutações no material cromossômico e redução da reatividade imunológica, sendo associados com maior risco de aparecimento de câncer oral⁷.

O diagnóstico do câncer oral tem sido realizado tardiamente, o que tem contribuído para os altos índices de morbi-mortalidade dessa doença e para eleição de terapêuticas mais agressivas^{12,13,14,15,16}. Deficiências na formação profissional ou na educação continuada têm sido apontadas como fatores que podem contribuir para o diagnóstico tardio do câncer oral³.

O cirurgião-dentista é o elo inicial na detecção de lesões orais, uma vez que é de sua competência o exame minucioso da cavidade bucal. A inspeção de todas as estruturas bucais, aliada à palpação de linfonodos da região de cabeça e pescoço, representa um recurso semiotécnico de importância indiscutível na exploração de lesões que podem acometer a boca. Tais manobras podem fornecer evidências da presença do câncer bucal, daí a importância de serem desenvolvidas com perícia pelo cirurgião-dentista, não devendo jamais ser negligenciadas^{7,17,18,19,20}.

A intervenção do cirurgião-dentista também envolve os diversos níveis de prevenção, a partir da criação e articulação de políticas que reduzam a exposição aos fatores de risco e introduzam na população uma consciência quanto à prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal²¹.

O câncer bucal pode ser facilmente detectado através de exames relativamente simples, e o prognóstico da doença está ligado à fase em que ela é detectada. A visualização do câncer oral é facilitada pelas características anatômicas e pela localização da cavidade oral, de forma a dispensar o uso de instrumentos de alta complexidade tecnológica e dificilmente gerar desconforto ao paciente¹³. Daí a importância da conscientização profissional para o diagnóstico precoce e correto encaminhamento. Grande parte dos cirurgiões-dentistas não se sente segura para diagnosticar as lesões iniciais de câncer bucal, refletindo uma deficiência de treinamento adequado²¹. Dessa forma, ressalta-se a importância da utilização de métodos e instrumentos para realizar levantamento, planejamento e melhoria da percepção dos cirurgiões-dentistas quanto ao câncer bucal, envolvendo fatores como detecção e encaminhamento do paciente para receber a devida assistência, refletindo em segurança diagnóstica e melhor qualidade de vida para a população acometida. Outros estudos também demonstraram que os cirurgiões-dentistas estão muito aquém do que se espera desses profissionais quando se trata de câncer bucal, revelando a necessidade urgente de se repensar a formação acadêmica desses profissionais para a atuação no âmbito do câncer bucal^{6,12,17,18,22,23}.

O presente estudo buscou caracterizar os conhecimentos e diagnóstico do câncer bucal entre os cirurgiões-dentistas da cidade de Jequié (BA), Brasil.

MÉTODOS

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de corte transversal, no qual se aplicou um questionário fechado como instrumento de coleta de dados. Esse questionário foi construído tomando por base dois estudos^{12,21} realizados com metodologia que se assemelham

à adotada nesta pesquisa. O conteúdo do questionário abrangeu informações sociodemográfica dos participantes (idade, sexo, especialização); variáveis sobre diagnóstico e prevenção do câncer oral; variáveis sobre ensino da graduação relacionado ao câncer bucal e educação continuada nesta área.

O presente estudo foi desenvolvido durante o período de 2006 a 2008. Participaram dele cirurgiões-dentistas registrados no Conselho Regional de Odontologia (CRO) na delegacia da cidade de Jequié (BA), Brasil, e que desenvolviam atividades clínicas no referido município no ano de 2007.

O questionário foi entregue por meio de abordagem direta, descartando-se o envio postal; ou seja, o pesquisador realizou pessoalmente a entrega do documento, sendo respondido pelo próprio participante, sem qualquer interferência, permitindo que ele se expressasse livremente. O envio pelo correio foi desconsiderado devido ao tamanho reduzido da população do estudo (Anexo).

A pesquisa foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob o número de protocolo 062/2007.

Para a análise, os dados foram digitados em planilha eletrônica. Após essa etapa, foi analisada a distribuição das variáveis de interesse, apresentando-as em frequências bruta e relativa. As variáveis idade e tempo de formado foram analisadas segundo medida de tendência central (média) e medida de dispersão (desvio-padrão) procedendo à categorização em estratos específicos.

RESULTADOS

Foi totalizado o número de 60 dentistas inscritos no CRO-BA da região de Jequié; destes, apenas 53 desenvolviam atividades clínicas no município, sendo que apenas 38 aceitaram participar desta pesquisa, representando uma taxa de resposta de 71,6%. Dos participantes, 63,2% (24) pertenciam ao sexo masculino, enquanto 36,8% (14) pertenciam ao sexo feminino (Tabela 1).

Foram encontrados 55,6% dos indivíduos com idade igual ou inferior a 30 anos. Quanto ao tempo de graduação, verificou-se que 55,3% possuíam oito anos ou menos de formados e 47,2% afirmaram possuir pós-graduação *lato sensu* (Tabela 1).

No tocante às variáveis relacionadas ao diagnóstico e prevenção de câncer oral, a maioria dos profissionais (60,5%) julgou ter bom conhecimento sobre essa doença e 10,5% dos profissionais acreditaram ser insuficiente o conhecimento sobre a ela. O exame dos tecidos moles orais fez parte da rotina de 73,7% dos profissionais. Por outro lado, 10,5% o realizavam apenas na presença de queixa do

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas da população de cirurgiões-dentistas. Jequié, 2007

Variáveis	N (38)	%
Sexo		
Feminino	14	36,8
Masculino	24	63,2
Faixa etária		
≤ 30 anos	20	55,6
> 30 anos	16	44,4
Sem resposta	2	-
Tempo de formado		
≤ 8 anos	21	55,3
> 8 anos	17	44,7
Pós-graduação		
Não tem	15	41,7
Especialização	17	47,2
Mestrado	4	11,1
Doutorado	0	-
Sem resposta	2	-

paciente. A conduta da maioria dos profissionais (91,9%) frente ao paciente fumante ou etilista foi a orientação sobre os malefícios do hábito apresentado pelo paciente (Tabela 2).

Ao avaliar o grau de importância relacionado aos fatores de risco para o aparecimento do câncer bucal, verificou-se que 97,4% dos participantes relataram o uso de tabaco; 92,1% participantes associaram ao uso de álcool; 73,7% à presença de próteses mal-adaptadas;

Tabela 2. Questões relacionadas à prevenção de câncer bucal, por cirurgiões-dentistas. Jequié, 2007

Variáveis	N (38)	%
Conhecimento sobre diagnóstico e prevenção de câncer bucal		
Insuficiente	4	10,5
Irregular	6	15,8
Bom	23	60,5
Ótimo	5	13,2
Prática do exame dos tecidos moles da cavidade bucal		
Sempre	28	73,7
Ocasionalmente	6	15,8
Quando há queixa do paciente	4	10,5
Conduta frente ao paciente fumante ou etilista		
Nenhuma	2	5,4
Oriento sobre os malefícios do tabagismo ou etilismo	34	91,9
Não o questiono na anamnese quanto ao uso de fumo e álcool	1	2,7
Sem resposta	1	-

73,7% à exposição à radiação solar; 57,9% à presença de câncer prévio; e 18,4% ao baixo consumo de frutas e vegetais (Tabela 3).

Tabela 3. Fatores de risco para o câncer bucal. Jequié, 2007

Variáveis	N (38)	%
Fatores de riscos mais comuns		
Drogas injetáveis	3	7,9
Câncer prévio	22	57,9
Consumo de álcool	35	92,1
Consumo de tabaco	37	97,4
História familiar de câncer	33	86,8
Estresse emocional	13	34,2
Baixo consumo de frutas e vegetais	7	18,4
Sexo oral	4	10,5
Próteses mal-adaptadas	28	73,7
Dentes cariados	8	21,1
Higiene oral deficiente	15	39,5
Contágio direto	1	2,6
Exposição solar	28	73,7

Ao perceber algum tipo de lesão bucal no paciente, a conduta relatada pela maioria dos profissionais, num total de 68,4%, foi o encaminhamento imediato do paciente para um especialista em estomatologia. Do total, 21,1% dos profissionais aguardavam duas semanas para realizar esse encaminhamento, 7,9% realizavam o procedimento para o diagnóstico da lesão e 2,6% aguardavam alguma manifestação do paciente para encaminhá-lo (Tabela 4).

Do total de participantes, 39,5% não se sentiam capacitados para a realização de biópsia e 26,3% não sentiam tanta segurança para a realização desse procedimento. A maioria dos participantes (86,8%) apontou como sendo uma úlcera indolor o aspecto inicial da lesão de câncer de boca, e 75,7% dos participantes relacionaram a leucoplasia como a lesão bucal mais propensa à transformação maligna (Tabela 4).

No que diz respeito às variáveis relacionadas ao ensino obtido sobre câncer bucal, 42,1% classificaram o ensino da escola de graduação em odontologia como insatisfatório e a maior parte (47,4%) afirmou ter participado há dois ou cinco anos de algum curso de educação continuada nessa área. Dos participantes, 97% acreditaram que o cirurgião-dentista tinha um grande papel na prevenção e diagnóstico dessa doença (Tabela 5).

DISCUSSÃO

A taxa de resposta deste estudo (71,6%) foi elevada em relação a outros indicados na literatura^{12,15,19,22,23} que tiveram um percentual médio de 45%. Uma das razões

Tabela 4. Condutas para diagnóstico do câncer bucal entre cirurgiões-dentistas. Jequié, 2007

Variáveis	N (38)	%
Conduta ao perceber lesões bucais suspeitas de malignidade		
Realizo o diagnóstico	3	7,9
Encaminho imediatamente para Estomatologista	26	68,4
Aguardo duas semanas para encaminhar ao especialista	8	21,6
Espero que o mesmo se manifeste	1	2,6
Sente-se capacitado para a realização de biópsia		
Sim	13	34,2
Razoavelmente	10	26,3
Não me sinto capacitado	15	39,5
Considera aspecto mais comum em pacientes com câncer de boca inicial		
Úlcera indolor	33	86,8
Massa tumoral	5	13,2
Dor intensa	0	-
Não sei	0	-
Considera quais condições estão mais relacionadas com o câncer bucal*		
Leucoplasia	28	75,7
Pênfigo Vulgar	7	18,9
Estomatite	6	15,8
Candidíase	6	15,8
Língua geográfica	2	5,3
Não sei	6	15,8

*Questão/pergunta com possibilidade de mais de uma resposta

Tabela 5. Dados concernentes à aprendizagem e educação continuada de cirurgiões-dentistas no âmbito do câncer bucal. Jequié, 2007

Variáveis	N (38)	%
Considera o ensino que obteve durante sua graduação em relação ao câncer bucal		
Muito bom	8	21,1
Bom	11	28,9
Insatisfatório	16	42,1
Não sei	3	7,9
Muito insatisfatório	0	-
Participou de curso de atualização sobre câncer bucal		
Ano passado	6	15,8
Entre dois a cinco anos	18	47,4
Há mais de cinco anos	5	13,2
Nunca	6	15,8
Não lembro	3	7,9
Considera papel do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico do câncer bucal		
Grande	36	94,7
Médio	1	2,6
Regular	1	2,6
Não sei	0	0,0

para esse fato pode estar relacionada à técnica de aplicação do instrumento de coleta de dados adotado neste estudo, que se constituiu na abordagem direta. Essa mesma técnica foi utilizada em outra pesquisa²⁴ que obteve uma taxa de 100% de resposta.

A média de idade dos participantes ficou em torno de 30 anos, revelando uma população jovem. Falcão²⁴ sugere que indivíduos com esse perfil sejam mais flexíveis às modificações comportamentais e, teoricamente, estejam mais susceptíveis à adoção de comportamentos mais adequados em relação ao câncer bucal. O estudo de Moraes¹² mostrou resultado semelhante, com predominância de profissionais jovens. A média de tempo de formado apresentou-se em oito anos, estando a maioria (55,3%) dos participantes abaixo dessa média. Falcão²⁴ alude que pouco tempo de formação indicaria maior atualização dos profissionais em relação aos conhecimentos de câncer bucal, o que não poderia deixar de ser observado entre os participantes com maior tempo de formação, mas que estivessem inseridos no contexto da educação continuada sobre esse tema.

Contrapondo ao estudo de Vasconcelos²¹, no qual a maioria dos participantes não possuía qualquer tipo de pós-graduação; neste estudo, a maior parte dos entrevistados (47,2%) afirmou possuir algum curso de pós-graduação *lato sensu*, no entanto, uma parcela significativa (41,7%) afirmou não possuir nenhuma participação em cursos dessa natureza. Observou-se no estudo de Falcão²⁴ um número superior de participantes (50,8%) com algum curso de especialização. Esse dado pode sugerir a preocupação dos cirurgiões-dentistas com a atualização do conhecimento, ou pode refletir a tendência desses se limitarem à sua especialidade, negligenciando a anamnese e o exame físico detalhado que deve ser realizado nos pacientes.

No que concerne a este estudo, a maioria dos participantes julgou possuir um bom conhecimento em relação ao câncer bucal, expresso num percentual de 60,5%. Pesquisas evidenciaram realidade semelhante com algumas variações de percentuais. Matos *et al.*⁶ demonstraram que 77% dos cirurgiões-dentistas pesquisados se consideraram seguros em relação aos conhecimentos sobre câncer bucal, Yellowitz *et al.*²² encontraram uma proporção de 88% e Gajendra *et al.*²⁰ relataram que 72% dos dentistas acusavam um conhecimento sobre o câncer bucal satisfatório. Por ser o principal responsável pelo diagnóstico do câncer bucal, é de fundamental importância que o cirurgião-dentista possua conhecimento satisfatório sobre essa doença, em todos os seus aspectos, possibilitando a realização do diagnóstico precoce e seguro, contribuindo para redução da morbi-mortalidade dela advinda. Muito mais que conhecimento teórico sobre o câncer bucal, é necessário

que o profissional de odontologia possua habilidade para intervir no processo de prevenção, diagnóstico e reabilitação do paciente acometido por essa morbidade.

O exame minucioso das estruturas orais não deve ser negligenciado pelo cirurgião-dentista, uma vez que, na maioria das vezes, este irá apresentar as primeiras evidências da existência de algum tipo de anormalidade. Por ser uma lesão de característica indolor, o câncer bucal pode, em seus estágios iniciais, passar despercebido pelo paciente e não representar motivo de queixa para ele no momento da consulta. Por isso, cabe ao profissional realizar o exame completo, abrangendo estruturas dentárias e tecidos moles orais do paciente, independente da queixa que este refira no momento do exame. Neste estudo, 73,7% dos dentistas afirmaram realizar a inspeção dos tecidos moles orais rotineiramente. Estes achados são semelhantes aos de Falcão²⁴, em que 78,9% dos dentistas relataram a realização de exames dos tecidos moles; e Yellowitz *et al.*²² que encontraram um percentual de 74% de dentistas que realizavam exame completo das estruturas orais. O hábito de inspecionar toda a cavidade oral deve ser norma de conduta estabelecida desde a graduação, para que os profissionais se conscientizem da importância dessa rotina¹⁷.

De igual importância é o papel do cirurgião-dentista no âmbito da prevenção primária, a partir da criação e articulação de políticas que busquem reduzir a exposição da população aos fatores de risco para o aparecimento do câncer bucal. Para isto, é necessário que o profissional saiba reconhecer quais fatores têm implicação com o desenvolvimento dessa doença, possibilitando assim a conscientização da população em relação a esses fatores¹⁹.

O fumo é apontado como o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer bucal por possuir mais de 67 substâncias cancerígenas, aumentando o risco de aparecimento dessa doença em até 15 vezes. O álcool também seria um importante fator de risco devido ao acetaldeído, aumentando em nove vezes o risco^{2,8}. Dentre os participantes, 97,4% e 92,1% estabeleceram a importância do tabaco e álcool, respectivamente, para o desenvolvimento do câncer bucal. Ao mesmo tempo, 91,9% dos cirurgiões-dentistas disseram que, ao perceberem que seu paciente é fumante ou etilista, orientam-no sobre os malefícios decorrentes destes hábitos.

Neste aspecto, Cruz *et al.*¹⁸ encontraram um percentual de 61% de profissionais que indagavam sobre o uso de tabaco e aconselhavam o abandono do hábito; e 33%, em relação ao álcool, sendo que apenas 26% instruíam à renúncia desses comportamentos. No estudo de Vasconcelos²¹ apenas 51% dos profissionais apresentaram tal conduta, sendo ambos os dados preocupantes. O resultado da pesquisa em questão demonstra boa

conscientização dos profissionais abordados no tocante ao risco advindo desses hábitos para o aparecimento do câncer bucal, e seus esforços para a modificação do comportamento da população em relação a esses hábitos. Outros estudos^{12,20,22,24} já apontaram o reconhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre a influência do tabaco e álcool no aparecimento do câncer bucal, entre eles, Vasconcelos²¹ encontrou um percentual de 98,2% e 95,4% de dentistas que reconheceram o fumo e álcool, respectivamente como fatores de risco para essa doença.

A radiação emitida pelo sol está associada com o aparecimento do câncer de lábio inferior e as radiações ionizantes podem, além de causar anormalidades cromossômicas, reduzir a reatividade imunológica, predispondo ao desenvolvimento do câncer bucal⁷. A exposição solar foi relatada por 73,7% dos participantes como apresentando importância para o aparecimento do câncer de boca. Outros estudos encontraram, nesse sentido, valores como 64%²³; 70%²⁵; e 82,8%¹².

O baixo consumo de frutas e vegetais predispõe o aparecimento do câncer bucal, à medida que pode reduzir a imunidade, desencadear processos de ceratinização excessiva e aumentar os radicais livres contribuindo para a ativação de oncogenes⁷. Entre os participantes, apenas 18,4% reconheceram a importância desse fator para o aparecimento do câncer bucal. No estudo de Moraes¹², 39,1% de dentistas apontaram a correlação entre dieta e câncer bucal.

Os fatores como próteses mal-adaptadas, higiene oral deficiente e dentes cariados, que oferecem irritação crônica, foram considerados de risco equivocadamente, por 73,7%, 39,5%, 21,1%, respectivamente. Apesar de tal fato não ter comprovação científica, o cuidado em identificá-los talvez contribua para o diagnóstico do câncer bucal¹². Falcão²⁴ encontrou em seu estudo valores muito superiores para esses fatores (96,3%, 66,7%, 71,3%, respectivamente). A maioria dos participantes corretamente não considerou drogas injetáveis, contágio direto e sexo oral como fatores de risco, o que também foi verificado por outros estudos^{12, 24}.

Ao contrário do estudo de Moraes¹², em que 70% dos participantes apontaram o estresse emocional equivocadamente como fator de risco principal para o câncer de boca, neste estudo apenas 34,2% fizeram essa associação. Acredita-se que a hereditariedade não seja um fator principal na etiologia do câncer bucal⁷. A história familiar de câncer foi relatada por 86,8% dos participantes e a história prévia de câncer por 57,9%, sendo consideradas por muitos como fatores de risco. Esse dado corrobora outros achados da literatura^{12,23,24}.

Quando indagados sobre a conduta diante de lesões com suspeita de malignidade, a maioria dos participantes

(68,4%) afirmou encaminhar imediatamente o paciente para um estomatologista. Tal dado demonstra a incerteza de muitos profissionais diante da suspeita de um câncer bucal, o que pode ser indicativo da insegurança em relação ao diagnóstico e correto encaminhamento do paciente com sinais dessa doença, pois apenas 21,1% se propuseram a acompanhar o caso por duas semanas antes do encaminhamento e menos ainda (7,9%) afirmaram realizar os procedimentos para o diagnóstico. Este despreparo pode ser o motivo por que a maioria dos participantes (39,5%) não se sintam capacitada para a realização de biópsia e uma parcela significativa (26,3%) não expresse segurança para a realização desse procedimento. Esse dado antagoniza a segurança em relação ao próprio conhecimento sobre câncer bucal expresso pela maioria dos participantes deste estudo e corrobora alguns valores encontrados por Falcão²⁴, que visualizou apenas 6% dos profissionais realizando os procedimentos para diagnóstico de lesões com potencial maligno.

Ao mesmo passo, outros estudos^{21,23} já demonstravam a insegurança que muitos cirurgiões-dentistas possuem para diagnosticar as lesões de câncer bucal, principalmente nos estágios iniciais. É bastante válido atuar nessas deficiências, a fim de possibilitar, a esses profissionais, segurança no diagnóstico e encaminhamento do paciente nessas circunstâncias.

É importante, no contexto de diagnóstico de câncer bucal que o cirurgião-dentista saiba identificar lesões ainda em estágios iniciais e proceder ao encaminhamento do paciente. Assim, buscou-se saber entre os profissionais qual seria o aspecto inicial de uma lesão de câncer bucal, sendo a resposta expressa pela maioria (86,33%) deles a úlcera indolor, demonstrando bom conhecimento do tema. Tal nível de conhecimento também foi observado no estudo de Falcão, em que 71,6% relataram a úlcera indolor como aspecto mais comum²⁴.

Yellowitz *et al.*²³ observaram, em seus estudos, a deficiência de conhecimentos dos cirurgiões-dentistas em relação às localizações mais frequentes do câncer bucal, a aparência das lesões cancerígenas e quais as lesões estariam mais relacionadas à transformação maligna. Em nosso estudo, foram obtidos resultados que expressaram uma realidade diferenciada, tanto em relação ao aspecto inicial dessa doença quanto ao conhecimento das lesões precursoras, uma vez que a maioria dos participantes (75,7%) referiu corretamente a leucoplasia como a lesão mais provável de sofrer transformação para câncer bucal.

Os cursos de graduação em odontologia devem oferecer aos estudantes os subsídios necessários para que esses se tornem profissionais aptos a atuar no diagnóstico de quaisquer agravos do sistema estomatognático; tendo em vista a incidência, morbidade e mortalidade

decorrentes do câncer bucal, maior atenção deve ser dispensada a essa doença. Da mesma forma, os cursos de educação continuada devem propiciar aos profissionais inseridos no mercado de trabalho a atualização desses conhecimentos. Dentre os participantes desse estudo, a maioria apresentou referências negativas sobre o ensino obtido na graduação sobre câncer bucal, com 42,1% julgando como insatisfatório. Tal dado é corroborado em pesquisa de Soares de Lima *et al.*¹⁶, na qual tais autores detectam a deficiência no ensino desse tema já na graduação. Em relação à participação em cursos de educação continuada específicos de câncer bucal, a maior parte (47,4%) referiu a participação nos últimos dois a cinco anos e 15,8% relataram a adesão no ano anterior à realização desse estudo. Apenas uma parcela pequena (15,8%) disse nunca ter participado de algum curso dessa natureza. A procura por cursos desse tipo pode sugerir a necessidade de sanar as deficiências decorrentes da graduação. Resultados distintos foram encontrados no estudo de Morais¹², no qual se observou que 49,20% dos participantes referiram os conhecimentos sobre câncer bucal obtidos na graduação como satisfatórios. No tocante à participação em cursos de educação continuada sobre essa doença, este autor observou resultados semelhantes, com a maioria (27,7%) dos profissionais relatando participação nos últimos dois a cinco anos, anteriores à realização do estudo.

Apesar de a maioria dos sujeitos desta pesquisa afirmarem participação em cursos de educação continuada no âmbito do câncer bucal, e julgarem bom o conhecimento sobre essa doença, em vários momentos sugeriu-se insegurança desses profissionais. Isso leva à reflexão sobre a importância que é dispensada aos conhecimentos adquiridos nas disciplinas que tratam sobre essa doença, uma vez que a existência delas nos currículos de odontologia não traz a garantia da apreensão e valorização dos conhecimentos deste campo. Para Horowitz *et al.*¹⁷, quando as escolas de graduação e pós-graduação preparam os futuros profissionais para a prevenção e diagnóstico do câncer de boca, tanto no campo teórico quanto prático, é mais provável que esses deem continuidade a essas práticas em sua vida profissional. Nesse estudo, 94,7% dos profissionais disseram reconhecer a grande responsabilidade que têm na prevenção e diagnóstico do câncer bucal. Esse valor foi semelhante aos encontrados por outros autores^{12,24}.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, percebeu-se que, apesar de os sujeitos deste estudo mencionarem como satisfatório seu conhecimento sobre câncer bucal, em alguns aspectos, tal conhecimento mostrou-se inconsistente, principalmente

no tocante aos procedimentos práticos para o diagnóstico da doença. Notou-se bom nível de conhecimento dos fatores de risco apesar de a maioria referir como insatisfatório o ensino sobre o tema durante a graduação e a insegurança para a realização dos procedimentos de diagnóstico do câncer bucal, como a biópsia, por exemplo. Sendo assim, seria válido que as escolas de graduação e pós-graduação em Odontologia realizassem abordagem mais enfática sobre essa doença durante a formação dos profissionais, realçando o ensino dos aspectos clínicos e tornando mais presente o ensino das técnicas de diagnóstico (biópsia, principalmente).

Notou-se no presente estudo a preocupação dos cirurgiões-dentistas em buscar atualização e aperfeiçoamento de seus conhecimentos e práticas no campo do câncer bucal por meio de cursos de educação continuada, refletindo o reconhecimento do seu papel profissional no âmbito dessa doença.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2010. Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>
2. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre o câncer de boca. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
3. Kowalski LP, Nishimoto IN. Epidemiologia do câncer de boca. In: Parise Jr. O câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 3-11.
4. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2008. Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/>
5. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Carcinoma de células escamosas da cabeça e do pescoço. In: _____. Princípios e práticas da medicina oral. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 337-46.
6. Matos IB, Araujo LA. Práticas acadêmicas, cirurgiões-dentistas, população e câncer bucal. Revista da ABENO 2003 Nov; 3(1):76-81.
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia epitelial. In: _____. Patologia oral e maxilofacial. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 410-23.
8. Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. Cancer Res 1988 Jun;48:3282-7.
9. Franceschi S, Levi F, Dal Maso L, Talamini R, Conti E, Negri E, et al. Cessation of alcohol drinking and risk of cancer of the oral cavity and pharynx. Int J Cancer 2000;85:787-90.

10. López EPM, Moral RMM, Martínez-García C, Zanetti R, Rosso S, Serrano S, et al. Lifestyles, environmental and phenotypic factors associated with lip cancer: a case-control study in southern Spain. *Br J Cancer* 2003;88(11):1702-7.
11. Pavia M, Pileggi C, Nobile CGA, Angelillo IF. Association between fruit and vegetable consumption and oral cancer: a meta-analysis of observational studies. *Am J Clin Nutr* 2006;83:1126-34.
12. Morais TMN. Câncer de boca: avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos diagnósticos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-graduação em Odontologia; 2003.
13. Yellowitz JA, Goodman HS. Assessing physicians and dentists oral cancer knowledge, opinions and practices. *J Am Dent Assoc* 1995 Jan;126(1):53-60.
14. Silverman-Jr. S. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers: The outcomes, the trends, the challenge. *J Am Dent Assoc* 2001 Nov;132:7S-11S.
15. Alone OK, Narendran S. Opinions about oral cancer prevention and early detection among dentists practising along the Texas-Mexico border. *Oral Dis* 2003;9:41-5.
16. Soares de Lima AA, França BHS, Ignácio SA, Baioni CS. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. *Revista brasileira de cancerologia* 2005;51(4):283-8.
17. Horowitz AM, Siriphant P, Sheik A, Child WL. Perspectives of Maryland dentists on oral cancer. *J Am Dent Assoc* 2001 Jan;132:65-72.
18. Cruz GD, Ostroff JS, Kumar JV, Gajendra S. Preventing and detecting oral cancer: Oral health care providers readiness to provide health behavior counseling and oral cancer examinations. *J Am Dent Assoc* 2005 May;136:594-601.
19. Patton LL, Elter JR, Southerland SH, Strauss RP. Knowledge of oral cancer risk factors and diagnostic concepts among North Carolina dentists: Implications for diagnosis and referral. *J Am Dent Assoc* 2005 May;136:602-10.
20. Gajendra S, Cruz GD, Kumar JV. Oral cancer prevention and early detection: Knowledge, practices, and opinions of oral health care providers in New York State. *J Cancer Educ* 2006 June;21(3):157-62.
21. Vasconcelos EM. Comportamento dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia, 2006.
22. Yellowitz J, Horowitz AM, Goodman HS, Canto MT, Farooq NS. Knowledge, opinions and practices of general dentists: regarding oral cancer: a pilot survey. *J Am Dent Assoc* 1998 May;129:579-83.
23. Yellowitz JA, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Survey of U.S. dentists knowledge and opinions about oral pharyngeal cancer. *J Am Dent Assoc* 2000 May;131:653-61.
24. Falcão MML. Conhecimentos dos cirurgiões-dentistas sobre câncer bucal [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 2006.
25. Clovis JB, Horowitz AM, Poel DH. Oral and pharyngeal cancer: Knowledge and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. *J Can Dent Assoc* 2002 July-Aug;68(7):421-5.

ANEXO**QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO ESTUDO**

1. Sexo: M () F ()
2. Idade: _____
3. Trabalha na rede pública: Não () Sim (): _____
4. Ano de Graduação: _____
5. Instituição: _____
6. Pós-graduação:
 - () Não tenho
 - () Especialização (Área): _____
 - () Mestrado (Área): _____
 - () Doutorado (Área): _____
7. Em relação ao seu nível de conhecimento sobre diagnóstico e prevenção de câncer bucal, qual sua avaliação?
 - () Ótimo
 - () Bom
 - () Irregular
 - () Insuficiente
8. Com que frequência você realiza o exame dos tecidos moles da cavidade bucal de seu paciente, nas consultas iniciais?
 - () Sempre
 - () Ocasionalmente
 - () Quando há queixa do paciente
9. Qual a sua conduta ao perceber na anamnese que seu paciente é fumante ou etilista?
 - () Nenhuma
 - () Orienta sobre os malefícios do tabagismo ou etilismo.
 - () Não o questiono na anamnese quanto ao uso de fumo e álcool.
10. Marque os fatores que você julga serem de risco para o aparecimento do câncer bucal.
 - () Drogas injetáveis
 - () Câncer prévio
 - () Consumo de álcool
 - () Consumo de tabaco
 - () História familiar de câncer
 - () Estresse emocional
 - () Baixo consumo de frutas e vegetais
 - () Sexo oral
 - () Próteses mal-adaptadas
 - () Dentes cariados
 - () Higiene oral deficiente
 - () Contágio direto
 - () Exposição solar
11. Qual a sua conduta ao perceber lesões bucais suspeitas de malignidade?
 - () Eu mesmo realizo os procedimentos diagnósticos.
 - () Encaminho imediatamente para dentista especialista em estomatologia.
 - () Aguardo duas semanas para encaminhá-lo para dentista especialista em estomatologia.
 - () Não sendo a queixa principal do paciente, espero até que o mesmo se manifeste pedindo orientação.

12. Você se sente capacitado para a realização de biópsia?
- Sim
 - Razoavelmente
 - Não me sinto capacitado
13. Qual o aspecto mais comum em pacientes com câncer de boca inicial?
- Úlcera indolor
 - Massa tumoral
 - Dor intensa
 - Não sei
14. Das seguintes condições, quais estão mais relacionados com o câncer?
- Leucoplasia
 - Pênfigo Vulgar
 - Estomatite
 - Candidíase
 - Língua geográfica
 - Não sei
15. Como você classificaria o ensino que obteve durante sua graduação em relação ao câncer bucal?
- Muito bom
 - Bom
 - Insatisfatório
 - Muito insatisfatório
 - Não sei
16. Qual a última vez que você participou de um curso de atualização sobre câncer bucal?
- Ano passado
 - Entre dois a cinco anos
 - Há mais de cinco anos
 - Nunca
 - Não lembro
17. Na sua opinião, qual o papel do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico do câncer bucal?
- Grande
 - Médio
 - Regular
 - Não sei

Abstract

Cancer is a challenge for the Brazilian public health due to its increasing trends in number of cases. Data from the Brazilian National Cancer Institute, in 2010, show that oral cancer is the fifth most frequent cancer in men and the seventh in women. This study intended to characterize the knowledge and diagnosis of surgeon dentists from Jequié, state of Bahia, related to oral cancer. A closed questionnaire was used for data collection, with results presented descriptively. Among the 53 dentists working in clinical practice in the city, there were 71.6% (38) respondents, 55.6% of which were 30 years old or younger, and 63.2% of which were male. Among participants, 42.1% reported as unsatisfactory the undergraduate teaching of oral cancer obtained, which is essential for an efficient practice, and 94.7% stated they had a major role in controlling this disease. 60.5% judged to have good knowledge about oral cancer. This was reassured when it was realized that 92.1% and 97.4% of them, respectively, judged alcohol and tobacco as risk factors for this disease and 86.8% stated that the initial aspect of lesions was a painless ulcer. However, uncertainty was perceived when a biopsy was performed, as 39.5% felt they were not qualified to perform it and 26.3% thought they were deficient in this issue. The adequate knowledge of oral cancer reported by study participants showed no consistence regarding recognition of some risk factors and diagnostic procedures, which may imply a deficiency in prevention and early detection of this condition.

Key words: Public Health; Mouth Neoplasms; Dentists; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Jequié city, Bahia

Resumen

El Cáncer es un desafío para la Salud Pública de Brasil, debido a la creciente tendencia en el número de casos. Datos del Instituto Nacional de Cáncer, en 2010, revelan que el cáncer bucal fue el 5º cáncer más incidente en los hombres y el 7º en las mujeres. Este estudio buscó caracterizar los conocimientos y diagnóstico de los cirujanos-dentistas de Jequié, Bahia, relacionados al cáncer bucal. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario cerrado y los resultados se presentaron en el modo descriptivo. De los 53 odontólogos que ejercen la profesión en Jequié, ha habido un 71,6% (38) de contestadores, con un 55,6% presentando 30 años o menos, siendo un 63,2% del sexo masculino. De los participantes, un 42,1% consideraron insatisfactoria la enseñanza de cáncer bucal en la universidad, y un 94,7% afirmaron tener un rol importante en el control de esta patología, lo que es esencial para que una actuación sea eficiente. Un 60,5% juzgó tener un buen conocimiento sobre el cáncer bucal. La información pudo reafirmarse cuando se percibió que un 92,1% y un 97,4%, respectivamente, habían juzgado ser el alcohol y el tabaco los factores de riesgo para esta patología y un 86,8% afirmaron que el aspecto inicial de las lesiones es una úlcera sin dolor. Sin embargo, se percibió la falta de fiabilidad en la realización de la biopsia, supuesto que un 39,5% de los dentistas no se consideran capaces para tal y un 26,3% se juzgaron deficientes en esta cuestión. El conocimiento satisfactorio sobre cáncer bucal referido por los participantes de la investigación se reveló inconsistente en respeto al reconocimiento de algunos factores de riesgo y de procedimientos diagnósticos, lo que puede implicar en la deficiencia de la prevención y detección temprana de esta enfermedad.

Palabras clave: Salud Pública; Neoplasias de la Boca; Odontólogos; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Jequié, Bahia