

Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal¹

Knowledge of dentists as regards oral cancer

Michelle Miranda Lopes FALCÃO²
Técia Daltró Borges ALVES²
Valéria Souza FREITAS²
Thereza Christina Bahia COELHO³

RESUMO

Objetivo: Verificar o conhecimento do cirurgião-dentista em relação ao câncer bucal em Feira de Santana, Bahia, no ano de 2006.

Método: Realizou-se um estudo exploratório no qual foi aplicado um questionário a amostra aleatória de 240 cirurgiões-dentistas de Feira de Santana, Bahia, em 2006.

Resultados: Entre os entrevistados, verificou-se que 62,9% eram mulheres e 62,9% possuíam de 20 a 37 anos de idade. Dos profissionais entrevistados, 21,1% relataram não investigar a presença de lesões bucais na primeira consulta, sendo que 69,5% dos profissionais consideraram baixo seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico de câncer bucal. Apenas 3,7% dos entrevistados obtiveram o conceito ótimo em relação ao conhecimento.

Conclusão: Os cirurgiões-dentistas de Feira de Santana, Bahia, não apresentaram o conhecimento mínimo necessário em relação a doença. Essa situação sugere a necessidade de reformulação do ensino, a fim de capacitar os profissionais ao diagnóstico precoce e o investimento em políticas públicas saudáveis que possibilitem a adoção de estratégias de redução da morbimortalidade da doença.

Termos de indexação: diagnóstico bucal; fatores de risco; neoplasias bucais; odontólogos.

ABSTRACT

Objective: To verify the knowledge of dentists from Feira de Santana, Bahia, with regard to oral cancer in 2006.

Method: An exploratory study was conducted in which a questionnaire was applied to a random sample of 240 dentists in Feira de Santana, Bahia, in 2006.

Results: Among those interviewed, it was found that 62.9% were women and 62.9% were between the ages of 20 and 37 years. Of the professionals interviewed, 21.1% reported not investigating the presence of oral lesions in the first consultation, and 69.5% of professionals considered their level of confidence low for performing diagnostic procedures for oral cancer. Only 3.7% of the interviewees obtained an excellent grade with regard to their knowledge.

Conclusion: The dentists from Feira de Santana, Bahia, did not show minimum necessary knowledge with regard to the disease. This situation suggests the need to reformulate education in order to qualify professionals to diagnose the disease early, and investments in public health policies that enable the adoption of strategies to reduce morbidity and mortality of the disease.

Indexing terms: diagnosis oral; risk factors; mouth neoplasms; dentists.

INTRODUÇÃO

O câncer bucal é um problema grave de saúde pública no Brasil e em muitos países¹. A maior parte dos casos da doença é detectada em fase avançada, em indivíduos de baixa renda e economicamente produtivos, com pouco acesso aos serviços de saúde². Além disso, o tratamento revela-se de alto custo econômico e social³.

As informações dos registros hospitalares brasileiros mostram que a maioria dos indivíduos com câncer bucal chega aos hospitais em estágio avançado da doença, o que resulta em tratamentos longos e prognósticos desfavoráveis, uma vez que esta doença pode levar à invalidez, deformidades e a morte⁴⁻⁵.

Outros estudos confirmam essa evidência quando demonstram que a manifestação inicial da doença raramente é diagnosticada. Em torno de 60% a 80% das lesões têm sua

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de M.M.L. FALCÃO, intitulada "Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal". Universidade Estadual de Feira de Santana; 2006.

² Universidade Estadual de Feira de Santana, Núcleo de Câncer Oral, Departamento de Saúde. Av. Universitária, s/n - Km 03 BR 116, Campus Universitário, Módulo VI, Sala dos Núcleos, 44031-460, Feira de Santana, BA, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: MML FALCÃO. E-mail: <michellefalcão@gmail.com>.

³ Universidade Estadual de Feira de Santana, Núcleo de Saúde Coletiva. Feira de Santana, BA, Brasil.

identificação em estágio avançado, o que reduz a sobrevivência de 80% para 18% dos casos nos primeiros cinco anos pós tratamento⁶⁻⁷.

O câncer de boca provoca a morte prematura de pessoas relativamente jovens, baixa qualidade de vida e angústia nos pacientes e quem os acompanha. Portanto, não se justifica que uma doença altamente incapacitante, de alta letalidade e que vem atingindo um número cada vez maior de pessoas, não seja prevenida ou detectada precocemente.

O que mais surpreende neste cenário é que o tempo transcorrido entre a fase inicial e avançada da doença pode ser longo, pois sua evolução é lenta na maioria das vezes. Alguns dos fatores que podem estar associados ao problema e justificar um percentual tão alto de diagnóstico tardio da doença são a formação profissional deficiente nesta área e a falta de conhecimento da população sobre a doença⁸.

Desta forma, esta pesquisa objetiva verificar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal, em Feira de Santana (BA), em 2006.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo exploratório no qual foi aplicado um questionário com 51 questões objetivas a uma amostra probabilística de 240 cirurgiões-dentistas do município de Feira de Santana (BA), em 2006. A amostra foi obtida por sorteio realizado a partir de uma relação construída a partir de uma lista inicial, composta por profissionais do município de Feira de Santana, inscritos na Associação Brasileira de Odontologia - seção Bahia e Associação Brasileira de Odontologia - subseção Feira de Santana. Em seguida, foram acrescentados os profissionais presentes no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, como também os profissionais distribuídos em listas telefônicas e no cadastro de profissionais de um Laboratório Farmacêutico, o que totalizou 417 cirurgiões-dentistas no município.

Os 240 questionários foram aplicados diretamente nos consultórios odontológicos em horários agendados, previamente. Não houve recusa em participar da pesquisa, o que representou 100% de retorno dos questionários. Esta pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Processo nº 402036/2005-0.

O instrumento utilizado para a pesquisa foi a adaptação de um questionário⁴ que constava inicialmente de 37 questões de múltipla escolha. Para identificar outros aspectos do perfil profissional e da conduta clínica dos cirurgiões-dentistas não abordados neste instrumento, foram acrescentadas mais 14 questões. Foi realizado o piloto da pesquisa com o objetivo de testar as alterações e treinar os indivíduos envolvidos na aplicação do questionário.

As perguntas abordaram o perfil sócio-demográfico, a conduta clínica, o conhecimento sobre o diagnóstico clínico, fatores e condições de risco da doença e a opinião do cirurgião-dentista em relação ao conhecimento do paciente sobre o câncer bucal. Posteriormente à coleta de dados, as questões foram divididas e cada tema constituiu um bloco de perguntas com valores específicos. Estes valores permitiram a atribuição dos conceitos A (ótimo - 9,00 a 10,00 pontos), B (bom - 7,00 a 8,99 pontos), C (regular - 5,00 a 6,99 pontos), D (deficiente - menor ou igual a 4,99 pontos) de acordo com o número de respostas corretas.

Os dados foram analisados, descritivamente, por meio de proporções e as informações foram apresentadas em tabelas e figura, seguindo a sequência e distribuição das variáveis do estudo. Para a análise estatística utilizou-se o software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 10.0. Os resultados obtidos foram interpretados e avaliados enquanto conhecimento técnico-profissional. O estudo foi realizado observando a resolução 196/96 que diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos⁹. O procedimento de coleta de dados somente foi iniciado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (Protocolo nº 004/2006 - CAEE 0120.0.059.000-06).

RESULTADOS

Na avaliação do perfil dos cirurgiões-dentistas (Tabela 1), observou-se que a maior parte (62,9%) era do sexo feminino. Em relação à idade, 55,7% da amostra possuíam entre 26 e 37 anos. A maioria, 53,2%, tinha até 10 anos de formação. Na avaliação sobre a adequada formação durante a graduação, 45,2% relataram não ter cursado disciplina que abordasse o câncer bucal, especificamente. Observou-se que 49,2% dos cirurgiões-dentistas não tinham especialidade e, entre os 50,8% daqueles que a possuíam, as mais apontadas eram prótese, dentística, periodontia e ortodontia.

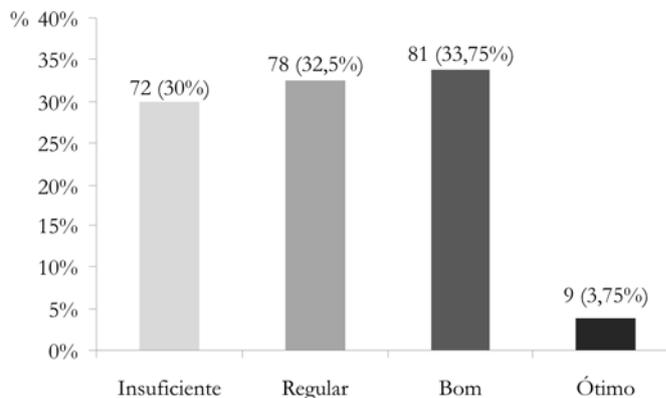


Figura 1. Cirurgiões-dentistas, segundo o conceito atribuído ao conhecimento sobre câncer bucal, Feira de Santana (BA), 2006.

Tabela 1. Distribuição dos cirurgiões-dentistas, segundo características do perfil profissional em Feira de Santana (BA), 2006.

Variável	n	%
Gênero		
Masculino	89	37,1
Feminino	151	62,9
Faixa etária¹		
20 a 25 anos	17	7,2
26 a 31 anos	59	25,1
32 a 37 anos	72	30,6
38 a 43 anos	30	12,8
44 a 49 anos	28	11,9
50 anos ou mais	29	12,3
Tempo de formação²		
Até 5 anos	49	20,9
6 a 10 anos	76	32,3
11 a 15 anos	46	19,6
16 a 20 anos	11	4,7
21 a 25 anos	25	10,6
26 a 30 anos	19	8,1
Mais de 30 anos	9	3,8
Tipo de inserção no mercado		
Pública	8	3,3
Privada	126	52,5
Público-privada	106	44,2
Carga horária semanal de trabalho no setor público³		
Até 20 horas	55	53,9
21 a 30 horas	12	11,8
31 a 40 horas	35	34,3
Carga horária semanal de trabalho no setor privado⁴		
Até 20 horas	61	32,4
21 a 30 horas	28	14,9
31 a 40 horas	99	52,7
Universidade de procedência⁵		
Particular	28	11,7
Estatual	134	56,1
Federal	77	32,2
Presença de disciplina sobre o câncer bucal na graduação⁶		
Sim	131	54,8
Não	108	45,2
Presença de especialidade		
Sim	122	50,8
Não	118	49,2
Tipo de atualização⁷		
Revistas científicas	10	4,2
Congressos	3	1,3
Uso a internet	3	1,3
Cursos de atualização	6	2,5
Livros	1	0,4
Periódicos e artigos científicos	1	0,4
Mais de um tipo dos anteriores	212	89,8
Hábito de fumar		
Sim	4	1,7
Nunca	209	87,1
Parou	27	11,3

1, 2, 5, 6 e 7 - Para essas variáveis foram perdidos 5, 5, 1, 1 e 4 dados, respectivamente. 3 - Dos 240 entrevistados, 102 declararam trabalhar no serviço público. 4 - Dos 240 entrevistados, 191 declararam trabalhar no setor privado.

Tabela 2. Características clínicas do câncer bucal, segundo o conhecimento dos cirurgiões-dentistas, Feira de Santana (BA), 2006.

Variável	n	%
Tipo de câncer bucal mais freqüente¹		
Linfoma	12	5,4
Carcinoma espinocelular	130	58,3
Sarcoma de kaposi	6	2,7
Ameloblastoma	10	4,5
Adenocarcinoma de glândula salivar	2	0,9
Não sabem	63	28,3
Região anatômica mais comum²		
Língua	72	32,7
Soalho de boca	51	23,2
Gengiva	8	3,6
Palato	12	5,5
Mucosa jugal	35	15,9
Não sabem	42	19,1
Aspecto mais encontrado em pacientes com câncer bucal em fase inicial³		
Salivação abundante	1	0,5
Úlcera indolor	159	71,6
Nódulo duro	33	14,9
Dor intensa	1	0,5
Não sabem	28	12,6
Faixa etária de maior ocorrência⁴		
18 a 39 anos	20	8,5
Acima dos 40 anos	181	77
Não sabem	34	14,5
Características do linfonodo na metástase regional⁵		
Duro, dolorido, com mobilidade	14	6,3
Duro, sem dor, com mobilidade ou não	147	65,6
Mole, dolorido, com mobilidade	3	1,3
Mole, sem dor, com mobilidade ou não	5	2,2
Não sabem	55	24,6
Lesão precursora mais freqüente⁶		
Leucoplasia	155	68,6
Pênfigo vulgar	6	2,7
Estomatite	16	7,1
Candidíase	8	3,5
Língua geográfica	1	0,4
Não sabem	40	17,7
Estágio do diagnóstico mais encontrado⁷		
Pré-maligno	13	5,5
Precoce	3	1,3
Avançado	173	73
Não sabem	48	20,3

1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 - Para essas variáveis foram perdidos 17, 20, 18, 5, 16, 14 e 3 dados, respectivamente.

Adicionalmente, na composição do perfil também foram analisados o interesse e percepção do conhecimento em relação ao câncer bucal. Verificou-se que uma parcela expressiva dos entrevistados (69,5%) avaliou como baixo o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico do câncer bucal, e outros 6,9% não souberam

responder. Com relação ao treinamento para o exame de câncer bucal fornecido pela universidade durante a graduação, pôde-se verificar que apenas 43,8% responderam positivamente. Quanto à última participação em cursos sobre a doença, 35,3% deles realizaram durante os últimos 2 a 5 anos e 18,3% tinham mais de 5 anos que se atualizaram. Outros 18,3% o fizeram no ano anterior, enquanto que 19,6% não lembravam da última participação e 8,5% nunca haviam participado.

Entretanto, 92,3% destes profissionais mostraram interesse em participar de cursos dessa natureza no futuro. Verificou-se também que 97% compreendia a importância do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. Em relação à auto-avaliação sobre o nível de conhecimento referente a doença, 27,5% consideraram-no como bom, 41,1% como regular, e 27,5% como insuficiente.

Na identificação da conduta clínica relacionada ao câncer bucal, constatou-se que 78,9% dos cirurgiões-dentistas realizavam o exame clínico investigando a presença de lesões e condições características na primeira consulta.

Ao ser questionado sobre o motivo da não realização do exame, 8,7% dos entrevistados afirmaram que não sabiam fazer, 3% não achavam necessário realizá-lo e 3% disseram não receber honorários pelo serviço. Em relação aos casos suspeitos, 52,8% encaminhavam para um profissional especializado, 34,3% para uma faculdade de odontologia, 4,2% para um hospital especializado e 1,4% para um médico. Constatou-se que apenas 55,6% dos profissionais orientavam o paciente sobre o auto-exame da boca.

Na identificação do conhecimento sobre o diagnóstico clínico da doença, observou-se que quase metade dos entrevistados não sabia ou respondeu incorretamente sobre o tipo mais comum de câncer bucal. A região anatômica mais referida (32,7%) foi a língua. Cerca de 18% dos profissionais ignoravam o tipo de lesões precursoras que são diagnosticadas com maior frequência. Para 73% dos entrevistados, a doença é mais diagnosticada no estágio avançado (Tabela 2).

Em relação ao conhecimento sobre os fatores e condições de riscos relacionados ao câncer bucal, verificou-se que 87,1% deles acreditavam na presença prévia de câncer, ingestão de bebidas alcoólicas (92,6%), consumo de tabaco (100%), histórico familiar de câncer (95,7%), uso de próteses mal adaptadas (97,5%), estresse emocional (72,6%), exposição solar (88,5%), higiene bucal deficiente (72,7%) e dentes em mau estado (77,4%). Ao atribuir conceitos de acordo com as respostas dadas pelos profissionais sobre o conhecimento do câncer bucal, constatou-se que apenas 3,75% obtiveram o conceito A (ótimo) (Figura 1).

DISCUSSÃO

O câncer bucal é uma doença preocupante e está entre os principais agravantes que elevam as taxas de morbimortalidade no mundo. É uma doença de fácil diagnóstico que requer apenas uma observação mais sistemática dos tecidos da cavidade bucal e reconhecimento das possíveis alterações encontradas¹⁰.

A prevenção dessa doença está intimamente relacionada ao diagnóstico precoce e à mudança de comportamento do indivíduo, como medidas de abandono do uso de tabaco e bebidas alcoólicas, principalmente. Desta forma, o cirurgião-dentista pode ser fundamental nesse processo, ao estar capacitado para diagnosticar a doença nos diversos estágios e para sensibilizar os indivíduos quanto aos fatores de risco.

Porém, grande parte dos entrevistados, neste estudo, se auto-avaliou insegura para realizar procedimentos de diagnóstico do câncer bucal. Em relação ao conhecimento sobre ele, somente 3,8% o consideraram ótimo. Esta situação pode estar relacionada à ausência de disciplina que abordasse, mais especificamente, o câncer bucal na graduação, pois 45,2% dos profissionais referiram não tê-la cursado.

Esta última observação deve ser analisada com cautela, tendo em vista que a pergunta relativa a esta variável no instrumento utilizado nesta pesquisa, pode não ter sido formulada adequadamente: “Durante o seu curso de formação você cursou alguma disciplina específica relacionada ao câncer bucal?”, situação que pode ter confundido o entrevistado, e não nos permite concluir se realmente ele não teve acesso à informação sobre a doença em disciplinas como semiologia, estomatologia e/ou patologia oral ou não cursou tais disciplinas.

De qualquer forma, tais informações sinalizam a necessidade de se pensar em estratégias que revertam tal situação, como por exemplo, uma abordagem mais criteriosa das faculdades de odontologia em relação ao tema. Cabe à universidade a formação de recursos humanos comprometidos com a promoção de saúde¹¹⁻¹⁵, pois somente o envolvimento dos grupos sociais, no que se refere à política do câncer bucal, garantirá uma atitude de compromisso frente ao problema.

A educação continuada também se revela fundamental no processo de aprendizagem, atualização e elevação da autoconfiança. No entanto, 19,6% dos entrevistados não lembravam quando foi a última vez que realizaram um curso sobre câncer bucal, percentual maior do que o encontrado no estudo de Moraes¹⁶, embora, a maioria dos cirurgiões-dentistas referiu utilizar mais de um meio de atualização, entre eles artigos científicos, livros, congressos e internet. Este achado foi semelhante ao estudo de Matos & Araújo¹⁷ e diante das diversas fontes de atualização era de se esperar melhores resultados em relação ao nível de conhecimento sobre o câncer bucal.

Ao investigar sobre a conduta clínica do cirurgião-dentista em relação a doença, verificou-se que 78,9% dos profissionais, na primeira consulta odontológica, investigavam a possibilidade de alterações nos tecidos moles. Este resultado condiz com os estudos de Yellowitz et al.¹¹, Morais¹⁶ e Cruz et al.¹⁸. Com esta proporção de profissionais realizando um exame mais minucioso, era de se esperar maior número de casos da doença diagnosticados precocemente. Apesar de sabermos que diversos fatores como o perfil do paciente portador de câncer bucal, fumante e/ou etilista severo, a baixa frequência dos pacientes a consultas odontológicas periódicas, a demora na sintomatologia da doença e a dificuldade de acesso a serviço de saúde especializado também podem estar envolvidos no diagnóstico tardio do câncer de boca.

Em relação aos entrevistados que referiram não realizar esse procedimento, ao serem questionados sobre o motivo, 8,8%, responderam que não sabiam fazê-lo. Ainda neste cenário, o resultado que mais impressiona refere-se aos 3% dos profissionais que justificaram a não realização do exame por não receberem honorários pelo procedimento, este resultado foi semelhante ao estudo de Morais¹⁶. Esta postura é, no mínimo, contraditória quando se trata de um profissional da saúde, cujo perfil deveria estar consolidado em cima de princípios de uma formação humanística, generalista, postura crítico-reflexiva capaz de atuar em todos os níveis de atenção, com ética e justiça¹⁹.

Quanto às lesões suspeitas de malignidade, quase a metade dos entrevistados encaminhavam os casos para um cirurgião-dentista especializado e 34,3% para uma faculdade de odontologia. Apesar de sabermos que o cirurgião-dentista deva estar preparado, principalmente, para fazer o exame clínico, a biópsia é um recurso diagnóstico de realização razoavelmente simples. Sua execução imediata poderia acelerar o diagnóstico precoce e consequentemente, melhorar o prognóstico, reduzir as sequelas do câncer bucal no indivíduo. Contudo, nem sempre o encaminhamento garante a rápida realização do procedimento e, em se tratando dessa doença, a demora no diagnóstico pode refletir em prognóstico desfavorável⁸.

Talvez, a elevada indicação dos casos suspeitos para uma faculdade de odontologia, em relação às outras possibilidades, se deva ao contexto do município de Feira de Santana contar com a presença do Centro de Referência de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Embora se saiba que o exame profissional e regular apresenta evidências de efetividade no aumento da detecção precoce do câncer bucal, a realização periódica do auto-exame pode ser uma estratégia para o indivíduo perceber precocemente alterações dos tecidos e buscar auxílio. Neste estudo, apenas 55,6% afirmaram orientar o seu paciente

quanto ao exame. No entanto, ao serem questionados sobre a frequência anual recomendada para a realização do auto-exame, 47,8% dos que haviam afirmado sobre a orientação, disseram não recomendar. Verifica-se, neste caso, a inconsistência da informação fornecida pelos entrevistados. López-Jornet et al.²⁰ revelaram que os profissionais não possuem o hábito de orientar os seus pacientes em relação ao câncer bucal e auto-exame.

Ao observar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico clínico da doença, verificou-se 41,8% desconheciam o carcinoma espinocelular como o tipo mais comum dos tumores malignos da boca. Morais¹⁶ encontrou resultado semelhante.

A língua é considerada como o local anatômico de maior prevalência para o câncer de boca²¹, apesar de alguns autores considerarem o soalho bucal isoladamente²²⁻²³ ou ainda junto a língua como as regiões de maior frequência²⁴⁻²⁵. Neste estudo, 23,2% dos entrevistados relataram que seria o soalho bucal e somente 32,7% que seria a língua. Este resultado assemelha-se aos estudos de Yellowitz et al.¹², Morais¹⁶ e Gellrich et al.²⁶ que encontraram 71% de resposta em relação à língua como sítio principal para a doença.

Aproximadamente 28,5% relataram não saber ou responderam incorretamente que o sinal clínico inicial do câncer bucal é a úlcera indolor. Isto pode ser grave, visto que o câncer bucal em sua fase inicial é assintomático, na maioria das vezes não é percebido pelo indivíduo e se o profissional que deveria estar apto a identificá-lo desconhece a sua manifestação inicial, o diagnóstico precoce não poderá ser realizado. Yellowitz et al.¹² e Morais¹⁶ verificaram resultados semelhantes, no entanto, Yellowitz et al.¹¹ e Matos & Araújo¹⁷ obtiveram resultados diferentes, em que apenas 27% dos entrevistados reconheceram o aspecto inicial da lesão.

A lesão precursora mais frequente em 85% dos casos de câncer bucal é a leucoplasia. O risco de malignização²⁷ é maior quando o indivíduo acometido é tabagista²⁸. O seu potencial de transformação maligna chega a 4% e pode ser encontrada em qualquer região bucal²⁹. No entanto, neste estudo, 31,4% dos entrevistados desconheciam este dado, da mesma forma que os cirurgiões-dentistas pesquisados^{11-12,16}.

Em relação ao momento do diagnóstico, 73% sabiam que o estágio avançado é o mais frequentemente encontrado, semelhante aos resultados encontrados por Yellowitz et al.¹¹, Yellowitz et al.¹², Morais¹⁶ e Gellrich et al.²⁶. Assim, se a maioria dos profissionais tem conhecimento de que o diagnóstico é feito tardiamente e não adotam uma postura mais vigilante no momento do exame clínico, nos casos em que o desconhecimento é a causa principal da conduta referida, é possível falar, do ponto de vista ético, em

imperícia profissional, ao passo que outros casos poderiam se configurar, na prática, como negligência.

É necessário reafirmar a importância do cirurgião-dentista no processo de aconselhamento ao paciente sobre os fatores/condições de risco do câncer bucal. Para isto, é necessário que o profissional conheça a relação do risco e, assim, possa orientar o indivíduo adequadamente^{12,14,26,30}. Yellowitz et al.¹¹, Horowitz et al.¹⁴, Lopes-Jornet et al.²⁰ e Horowitz et al.³⁰ chamam a atenção para o papel do cirurgião-dentista durante o contato com o indivíduo, pois detectaram que os profissionais, apesar de conhecerem os fatores de risco, não investigam sobre a presença, informam ou aconselham sobre os mesmos durante a consulta.

Os conceitos obtidos sobre o conhecimento em relação ao câncer de boca foram semelhantes ao resultado da autopercepção do nível de conhecimento dos entrevistados, quando 3,8% consideraram-no ótimo, 27,5% bom, 41,1% regular e 27,5% insuficiente. Percebeu-se que o cirurgião-dentista tem consciência de que seu conhecimento em relação ao câncer bucal é inadequado, mas continua a adotar uma postura passiva frente à prevenção e diagnóstico precoce da doença.

As informações levantadas por esta pesquisa conduzem à necessidade do investimento em políticas públicas que dêem sustentação às ações que visem à redução da morbimortalidade pelo câncer bucal. Assim, torna-se necessário reavaliar os currículos universitários quanto à sua efetividade, de modo a propiciar a elevação do nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação a esta doença.

REFERÊNCIAS

- Moore SR, Johnson NW, Pierce AM, Wilson DF. The epidemiology of mouth cancer: a review of global incidence. *Oral Dis.* 2000;6(2):65-74.
- Navarro CM. Fatores de risco no desenvolvimento do câncer bucal. *Rev do CROMG.* 1996;2(2):98-102.
- Kowalski LP, Magrin J, Riera C, Coelho FR, Zeferino LC. Modelo de programa de prevenção e detecção precoce do câncer bucal. *Saúde Debate.* 1991;(32):66-71.
- Dib LL. Nível de conhecimento e atitudes preventivas entre universitários, em relação ao câncer bucal: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. *Acta Oncol Bras.* 2003;24(2):628-44.
- Scully C, Porter S. ABC of oral health: oral cancer. *Br Med J.* 2000;321(7253):97-100.
- Miyachi S, Tommasi MHM, Zardo F, Sugita RK, Gevaerd S, Giuriatti WA, et al. Centro de diagnóstico de lesões bucais: potencial do impacto na epidemiologia do câncer de boca em Curitiba. *BCI: Rev Bras Cir Implantodont.* 2002;9(33):80-5.
- Pires AB. Diagnóstico do câncer de boca, responsabilidade do cirurgião-dentista. In: *Proceedings of the 5th OdontoRio; 2000; Rio de Janeiro.*
- Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, Fava AS, Andrade Sobrinho J, Ramos G, et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumour, the patient and health professionals. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1994;30B(3):167-73.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- Freitas TMC, Queiroz LMG, Ramos-Junior RP, Freitas VS, Martins GB. Carcinoma epidermóide de língua em estágio avançado. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2003;51(1):39-46.
- 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;129(5):579-83.

CONCLUSÃO

Os cirurgiões-dentistas de Feira de Santana (BA), não apresentaram o conhecimento mínimo necessário em relação ao câncer bucal. Essa situação sugere a necessidade de reformulação do ensino, a fim de capacitar os profissionais ao diagnóstico precoce, e o investimento em políticas públicas saudáveis que possibilitem a adoção de estratégias de redução da morbimortalidade da doença.

Agradecimento

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão do auxílio à dissertação.

Colaboradores

MML FALCÃO planejou o estudo e participou da elaboração de todo o artigo. TCB COELHO orientou o estudo e participou da elaboração da discussão e da conclusão do artigo. TDB ALVES co-orientou o estudo e colaborou com a elaboração e redação do artigo. VS FREITAS participou do planejamento, da análise dos resultados e da elaboração do artigo.

12. Yellowitz JA, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Survey of U.K. dentists' knowledge and opinions about oral pharyngeal cancer. *J Am Dent Assoc.* 2000;131(5):653-61.
13. Cannick GF, Horowitz AM, Drury TF, Reed SG, Day TA. Assessing oral cancer knowledge among dental students in South Carolina. *J Am Dent Assoc.* 2005;136(3): 373-8.
14. Horowitz AM, Goodman HS, Yellowitz JA, Nourjah PA. The need health of promotion in oral cancer prevention and early detection. *J Public Health Dent.* 1996;56(6):319-30.
15. Torres IA. Câncer de boca no Brasil: perfil atual do cirurgião-dentista frente ao problema. *Saúde Debate.* 1992;(37):44-7.
16. Morais TMN. Câncer de boca: avaliação do conhecimento dos cirurgiões dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
17. Matos IB, Araújo LA. Práticas acadêmicas, cirurgiões dentistas, população e câncer bucal. *Rev ABENO.* 2003;3(1):76-81.
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;136(5):594-601.
19. Associação Brasileira de Ensino Odontológico. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em odontologia [acesso em 2006 Out 15]. Disponível em: <<http://www.abeno.org.br>>.
20. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Miñano MF. Knowledge and attitude towards risk factors in oral cancer held by dental hygienists in the autonomous community of Murcia (Spain): a pilot study. *Oral Oncol.* 2007;43(6):602-6.
21. Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004;70(1):35-40.
22. Franco EL, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP, Pereira RN, Silva ME, et al. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case-control study. *Int J Cancer.* 1989;43(6):992-1000.
23. Velly AM, Franco EL, Schlecht N, Pintos J, Kowalski LP, Oliveira BV, et al. Relationship between dental factors and risk of upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncol.* 1998;34(4):284-91.
24. Almodovar J, Pérez SI, Arruza M, Morell CA, Báez A. Descriptive epidemiology of head and neck squamous cell carcinoma in Puerto Ricans. *P R Health Sci J.* 1996;15(4):251-5.
25. Lopes MA. Reconhecendo e prevenindo as doenças bucais. In: Pereira AC. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.* Porto Alegre: Artmed; 2003.
26. Gellrich NC, Suarez-Cunqueiro MM, Bremerich A, Schramm A. Characteristics of oral cancer in a central european population. *J Am Dent Assoc.* 2003;134(3):307-14.
27. Silva ICO, Carvalho ATD, Silva LBO, Nagahama MCVB. Leucoplasia: uma revisão de literatura. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2007;55(3):287-9.
28. Lee JJ, Hong WK, Hittelman WN, Mao L, Lotan R, Shin DM, et al. Predicting cancer development in bucal leucoplakia: ten years of translational research. *Clin Cancer Res.* 2000;6(5):1702-10.
29. Neville BW. *Patologia oral e maxillofacial.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
30. Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS, Yellowitz JA. Oral pharyngeal cancer prevention and early detection: dentists' opinions and practices. *J Am Dent Assoc.* 2000;131(4):453-62.

Recebido em: 13/12/2008

Versão final reapresentada em: 29/4/2009

Aprovado em: 17/9/2009