

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE CÂNCER BUCAL

Evaluation of surgeon's dental knowledge concerning of oral cancer

Hilkias Rangel De Araújo Sales

Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba
hrangel050683@yahoo.com.br

Marcelo Biondaro Góis

Departamento de Ciências Morfológicas da Universidade Estadual de Maringá
marcelobiondaro@gmail.com

Paulo da Silva Watanabe

Departamento de Ciências Morfológicas da Universidade Estadual de Maringá
pswatanabe@gmail.com

Andréia Vieira Pereira

Departamento de Ciências Patológicas da Universidade Estadual de Londrina
andreia vet@hotmail.com

Maria do Socorro Vieira Pereira

Departamento de Ciências Biológicas da Universidade Federal da Paraíba
vieirapereira@uol.com.br

Daliana Queiroga de Castro Gomes

Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba
dqcgomes@hotmail.com

Roberia Lúcia de Queiroz Figueredo

Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba
roberiaqueirozfig@gmail.com

Jozinete Vieira Pereira

Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba
jozinetevieira@hotmail.com

RESUMO

No Brasil, o câncer bucal apresenta-se como um grande desafio para a saúde pública em virtude da sua elevada taxa de mortalidade. O objetivo deste trabalho foi estimar o conhecimento de cirurgiões - dentistas sobre o câncer bucal. Trata-se de um estudo do tipo transversal, com abordagem indutiva e procedimentos descritivos, desenvolvido com os cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde e das Clínicas Privadas no município de Patos/PB. A amostra foi composta por 68 profissionais de um universo de 106. Dentre os profissionais entrevistados, 34 eram de instituições públicas e 34 de instituições privadas. Verificou-se que 54,4% destes sempre examinam os tecidos moles da cavidade bucal de seus pacientes e, 94,1% orientam seus pacientes sobre os malefícios do consumo de tabaco e de álcool. Quando perguntados sobre a conduta frente a uma lesão com suspeita de malignidade, 85,3% dos participantes relataram que encaminhavam o paciente imediatamente para um especialista em Estomatologia e 63,2% destes profissionais não se sentem capacitados em realizar biópsia nestes casos. A pesquisa revelou que apesar da maioria dos profissionais não se sentirem aptos à realização de biopsias, os mesmos possuem conhecimento adequado sobre o aspecto clínico de lesões sugestivas de malignidades, bem como sobre os fatores de risco que levam a esta doença.

Palavras-chave: Câncer bucal¹; diagnóstico²; conhecimento³.

ABSTRACT

In Brazil, oral cancer presents a great challenge to public health because of its high mortality rate. The objective of this study was to evaluate the knowledge of dental surgeons concerning oral cancer, being a cross-sectional study with an inductive approach and descriptive procedures, developed together with dental surgeons in the Basic Health Units and the Private Clinics, of the city of Patos / PB. The sample consisted of 68 professionals from a universe of 106. Among the professionals interviewed, 34 were from public institutions and 34 from private institutions. It was verified that 54.4% always examine the soft tissues of the oral cavity of their patients, and 94.1% advise their patients about the harmful effects of tobacco and alcohol consumption. When asked about their conduct when facing a suspected malignancy, 85.3% of the participants reported that they immediately referred the patient to a specialist in stomatology, being that 63.2% did not feel able to perform a biopsy in such cases. The research revealed that although most professionals do not feel competent to perform biopsies, they have adequate knowledge about the clinical aspects of lesions suggestive of malignancies, as well as about the risk factors that lead to the disease.

Keywords: Oral cancer¹; diagnosis²; knowledge³.

INTRODUÇÃO

O câncer é definido como uma doença crônica multifatorial resultante da interação dos fatores etiológicos que afetam os processos de controle da proliferação e crescimento celular. Esse processo está aliado às alterações nas interações entre as células e o meio ambiente (GIGLIOTTI et al., 2008). O câncer bucal é aquele que afeta o interior da cavidade bucal e os lábios, sendo esta última localização mais frequente nas pessoas de pele clara, ocorrendo, na maioria das vezes, no lábio inferior, fato associado à radiação ultravioleta (BRASIL, 2002).

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), o câncer constitui a segunda maior causa de morte no mundo. Na cavidade bucal, o carcinoma de células escamosas (CCE) é responsável por cerca de 90% das neoplasias malignas e está entre os tipos de câncer mais frequentes nos seres humanos. Mundialmente, cerca de 400.000 novos casos de câncer bucal são diagnosticados por ano, sendo que 50% dos pacientes morrem antes de cinco anos após o diagnóstico inicial (MARTINS et al., 2008).

O câncer no Brasil é considerado um problema de saúde pública, conforme estimativas da Organização das Nações Unidas, em 2020, ocorrerão 16 milhões de novos casos de câncer de um modo geral, sendo que 60% desses devem ocorrer em países menos desenvolvidos, como o Brasil (FALCÃO et al., 2010; BRASIL, 2017). O câncer bucal apresenta-se como um grande desafio para a saúde pública em virtude da sua elevada incidência, que se contrapõe às possibilidades de prevenção (BRASIL, 2011). Dentre todos os cânceres que incidem na região de cabeça e pescoço, 40% ocorrem na cavidade bucal. Estimam-se para o Brasil no ano de 2016, 15.490 casos novos de câncer da cavidade oral, sendo 11.140 em homens e 4.350 em mulheres. Excluindo o câncer de pele não melanoma, o câncer da cavidade bucal no sexo masculino é o quinto mais frequente no Nordeste (3,6/ 100 mil) e para as mulheres, é o nono mais frequente (2,2 / 100 mil). No estado da Paraíba estima-se 260 casos novos no biênio 2016-2017 (BRASIL, 2017). No Quadro 1 observa-se a distribuição de novos casos de câncer bucal por região.

Quadro 1. Estimativa para o ano de 2016 de números de casos novos de câncer bucal por região.

REGIÃO	NOVOS CASOS
Norte	450
Nordeste	3.070
Centro-Oeste	890
Sul	2.750
Sudeste	8.330
TOTAL	15.490

*Números arredondados para múltiplos de 10; Fonte: BRASIL, 2017.

Algumas lesões, conhecidas como desordens com potencial de malignização (DPM), podem surgir na cavidade bucal antecedendo o câncer, porém nem DPM evolui para neoplasia maligna e nem toda neoplasia maligna é precedida por uma DPM. Assim, somente 15% dos casos de câncer bucal tem diagnóstico precoce, e em 50% dos casos o paciente já apresenta metástase no ato do diagnóstico (MARTINS et al., 2008).

Dentre os fatores de risco, o tabagismo tem importante participação no aparecimento do câncer bucal, podendo elevar o risco em 4 a 15 vezes em fumantes quando comparados aos indivíduos que nunca fumaram. Da mesma forma, o etilismo tem relevante participação no aparecimento desta doença, com elevação do risco em nove vezes. A associação desses dois fatores é ainda mais deletéria podendo elevar em 35 vezes as chances de desenvolvimento dessa neoplasia maligna (PINHEIRO et al., 2010).

Considerando-se o câncer bucal um grave problema de saúde pública no Brasil, onde ainda persiste o diagnóstico tardio, e levando-se em consideração às dificuldades do acesso de pacientes ao serviço público, torna-se imperativo conhecer como os profissionais da saúde, principalmente os cirurgiões-dentistas, estão preparados para o diagnóstico desta lesão, medindo o conhecimento dos mesmos acerca do câncer bucal,

de suas características clínicas e fatores de risco, bem como do seu diagnóstico precoce e tratamento.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi do tipo transversal; constou de uma abordagem indutiva com procedimentos descritivos e foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde e nas Clínicas Privadas no município de Patos/PB, sendo previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos – FIP (Protocolo 109/2012).

Universo e amostra

A população foi composta por 106 cirurgiões-dentistas que trabalham no serviço público e privado no município de Patos/PB. A amostra foi intencional, composta por 68 cirurgiões-dentistas, tendo os mesmos recebido informações sobre a pesquisa, lido, concordado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Coleta de dados

A coleta de dados realizou-se por meio de um questionário previamente elaborado pelos pesquisadores contendo perguntas objetivas, dividido em duas partes: dados de identificação da amostra e dados referentes aos objetivos propostos pelo estudo (Quadro 2). A pesquisa foi efetuada entre os meses de março e agosto de 2013, no ambiente mais conveniente e apropriado para os entrevistados e em datas previamente compactuadas.

Quadro 2. Questionário utilizado na pesquisa.

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 oral? () Leucoplasia () Pênfigo Vulgar () Estomatite () Candidíase () Língua geográfica () Eritroplasia () Queilite actínica () 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. Em sua opinião, qual o papel do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico do câncer bucal? () Grande () Médio () Regular () Não sei 18. Em sua opinião qual a região anatômica mais acometida pelo câncer bucal? () Lábios () Língua () Palato () Gengiva () Mucosa jugal () Assoalho bucal () Prefiro não responder 19. Qual a faixa etária mais comum para o câncer bucal? () Menos de 18 anos () Entre 18 e 39 anos () Mais de 40 anos () Prefiro não responder 20. Você costuma orientar seus pacientes sobre o câncer bucal, inclusive instruindo-o a realizar o autoexame bucal? () Sim, sempre () Na maioria das vezes () Raramente () Não
--	--

Fonte: Autores

Análise dos dados

Os dados foram analisados obedecendo ao enfoque quantitativo e, discutidos de acordo com a literatura pertinente ao tema. A análise foi embasada nas informações contidas no questionário e seguiu a sistematização das respostas encontradas. Na abordagem quantitativa do estudo, foi realizado o método da estatística descritiva, e os

dados foram expressos por meio de recursos e técnicas de estatística e de números percentuais ou absolutos que foram distribuídos em tabelas e gráfico. Os dados foram registrados na forma de banco de dados do programa de informática SPSS *Statistics* para *Windows*, versão 20.0 e, analisados por meio de estatística descritiva e inferencial bivariada. Para os procedimentos descritivos, foram apresentados os dados absolutos e relativos, frequências (f) e porcentagens (%), medidas de tendência central (média) e variabilidade (desvio-padrão e valores mínimo e máximo). Os procedimentos de inferência estatística, por sua vez, foram realizados com base em estatística não paramétrica por meio do teste Qui-Quadrado (χ^2), que identifica a associação entre variáveis qualitativas. Ressalta-se que para a interpretação das informações foi adotado um intervalo de confiança de 95%, e nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Dos cirurgiões-dentistas que participaram 50% foram de instituições públicas e 50% de privadas. Dos profissionais entrevistados, possuíam pós-graduação 69,1%, sendo 11,8% em ortodontia; 10,3% em saúde da família; 5,9% em saúde pública/coletiva; 4,4% periodontia; 4,4% endodontia; 4,4% prótese; 2,9% implante; 1,5% estomatologia; 1,5% em clínica odontológica. Dos entrevistados, 22,1% informaram possuir mais de uma especialização e 30,9% não possuíam título de pós-graduação.

Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre diagnóstico e prevenção de câncer bucal

Quanto ao conhecimento sobre diagnóstico e prevenção de câncer bucal, 67,6% apresentaram um bom nível de conhecimento, 17,7% regular; 10,3% insuficiente e apenas 4,4% avaliaram-se como um ótimo nível.

Quanto à frequência com que eles examinavam os tecidos moles da cavidade bucal dos pacientes, 54,4% informaram que sempre realizavam o exame; 36,8% relataram o fazer ocasionalmente, ao passo que 8,8% informaram executar o exame apenas frente a uma queixa do paciente.

A conduta dos profissionais frente à pacientes fumantes e etilistas também foi avaliada. Informaram que orientam os pacientes acerca dos malefícios do tabagismo ou etilismo 94,1% dos profissionais, em detrimento aos 2,9% que relataram não

realizar orientação alguma. Ressalta-se, ainda, que 2,9% dos profissionais afirmaram não contemplar tais condutas na anamnese dos pacientes.

As condutas dos profissionais foram avaliadas frente a lesões bucais suspeitas de malignidade. Foram identificadas as seguintes respostas: encaminha imediatamente para o especialista em estomatologia (85,3%); aguarda duas semanas antes de encaminhar para o especialista em estomatologia (10,3%); não sendo a queixa principal do paciente, espera até que o mesmo se manifeste pedindo orientação (1,5%); realiza os procedimentos diagnósticos e encaminha para especialista em estomatologia (1,5%) e realiza somente os procedimentos diagnósticos (1,5%).

Quanto aos profissionais que se sentiam aptos para a realização de biópsia, informaram sentir-se capacitados 8,8%; 27,9% informaram sentir-se razoavelmente capacitados; ao passo que 63,2% relataram não se sentir capacitados.

Analisando-se estatisticamente os itens anteriores observou-se que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis anteriores.

Na opinião dos profissionais sobre os aspectos mais comuns em pacientes com câncer bucal, a resposta predominante foi à úlcera indolor, citada por 82,1% dos profissionais. Também foram verificadas as respostas: massa tumoral (6,0%), úlcera indolor e massa tumoral (6,0%) e dor intensa (1,5%). Informaram não saber responder a este questionamento, 4,5%. Houve associação significativa ($\chi^2=10,46$; $p<0,05$). Isto é, verificou-se que de todos os profissionais que citaram a úlcera indolor, 58,2% eram da rede pública, e de todos aqueles que citaram a úlcera indolor e massa tumoral, 100% eram da rede privada. Estas informações estão pormenorizadas na Tabela 1.

Tabela 1: Avaliação da opinião dos profissionais sobre os “aspectos mais comuns em pacientes com câncer bucal”, Patos/PB.

Item avaliado	Pública		Privada	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Úlcera indolor	32	58,2*	23	41,8
Massa tumoral	1	25,0	3	75,0
Dor intensa	0	0,0	1	100,0
Não sabe responder	0	0,0	3	100,0
Úlcera indolor e massa tumoral	0	0,0	4	100,0*
χ^2 (p)	$\chi^2=10,46$; $p=0,03$			

* Associação estatisticamente significativa; *f* = frequência; % = porcentagens.

O conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre as condições relacionadas ao câncer bucal também foi avaliado nesta pesquisa. Foram identificados os percentuais para as condições leucoplasia (88,2%), queilite actínica (55,9%), eritroplasia (47,1%), estomatite (14,7%), candidíase (13,2%), pêfigo vulgar (7,4%) e língua geográfica (1,5%). Ressalta-se que os participantes poderiam assinalar mais de uma resposta (Tabela 2).

Em relação à região anatômica mais acometida pelo câncer bucal, verificou-se que as respostas predominantes dos profissionais foram lábios (30,9%), assoalho bucal (17,6%) e língua (10,3%). Os demais percentuais estão detalhados na Tabela 2. Não houve associação estatística entre as variáveis com relação à rede de atendimento ($\chi^2=21,81$; $p>0,05$).

Tabela 2: Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre ‘as condições relacionadas ao câncer bucal e a região anatômica mais acometida’, Patos/PB.

Item avaliado	Respostas	f	%
Condições relacionadas ao câncer bucal*	Leucoplasia**	60	88,2
	Pênfigo vulgar	5	7,4
	Estomatite	10	14,7
	Candidose (candidíase)	9	13,2
	Língua geográfica	1	1,5
	Eritroplasia**	32	47,1
	Queilite actínica	38	55,9
	Não soube responder	2	2,9
Região anatômica mais acometida pelo câncer bucal	Lábios	21	30,9
	Língua	7	10,3
	Palato	2	2,9
	Gengiva	-	-
	Mucosa jugal	6	8,8
	Assoalho bucal	12	17,6
	Prefiro não responder	2	2,9
	Lábios e língua	5	7,4
	Lábios, língua e assoalho bucal	5	7,4
	Língua e assoalho bucal	1	1,5
	Lábios, palato e mucosa jugal	1	1,5
	Lábios, língua e palato	1	1,5

	Mucosa jugal e assoalho bucal	1	1,5
	Língua, palato e assoalho bucal	1	1,5
	Lábios, língua, palato e mucosa jugal	1	1,5
	Lábios, gengiva e assoalho bucal	1	1,5
	Lábios e assoalho bucal	1	1,5

* Este percentual ultrapassou o total de respostas (100%), uma vez que os participantes poderiam assinalar mais de uma resposta; ** Esta resposta apresentou associações estatisticamente significativas à rede de atendimento; *f* = frequência; % = porcentagens.

Para a leucoplasia, constatou-se que de todos os profissionais que acreditam que ela está relacionada ao câncer bucal, 55,0% são da rede pública, da mesma forma que daqueles que acreditam que ela não está relacionada ao câncer bucal, 87,5% são da rede privada.

Para a eritroplasia, por sua vez, verificou-se que de todos os profissionais que acreditam que esta lesão está relacionada ao câncer bucal, 68,8% atuam na rede pública de atendimento, ao passo que de todos os profissionais que acreditam que a eritroplasia não está relacionada ao câncer bucal, 66,7%, atuam na rede privada (Tabela 3).

Tabela 3: Avaliação da condição “leucoplasia e eritroplasia relacionada ao câncer bucal em função da rede de atendimento”, Patos/PB.

Item avaliado	Pública		Privada	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Leucoplasia é relacionada	33	55,0	27	45,0
Leucoplasia não é relacionada	1	12,5	7	87,5
χ^2 (p)	$\chi^2 = 5,10$ $p=0,02$			
Eritroplasia é relacionada	22	68,8*	10	31,2
Eritroplasia não é relacionada	12	33,3	24	66,7*
χ^2 (p)	$\chi^2 = 8,50$ $p=0,004$			

* Associação estatisticamente significativa; *f* = frequência; %=porcentagens.

Com relação à qualidade do ensino que tiveram durante a graduação referente ao câncer bucal, 55,9% avaliaram como bom, 27,9% avaliaram como insatisfatório e 16,2% avaliaram como muito bom. Estes dados foram analisados em função da rede de atendimento e não houve associações estatisticamente significativas entre as variáveis ($\chi^2=1,82$; $p>0,05$).

Verificou-se também a última participação dos profissionais em cursos de atualização sobre câncer bucal. As respostas predominantes foram entre dois e cinco anos atrás (50,0%), ou que nunca haviam feito curso de atualização sobre o tema (22,1%). Não houve associação entre estas respostas e a rede de atendimento ($\chi^2=8,19$; $p>0,05$). Foi questionado aos profissionais o papel do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico do câncer bucal e 98,5% informaram ter um grande papel. Estas respostas não diferiram em função do tipo de rede de atendimento ($\chi^2=1,01$; $p>0,05$).

No que diz respeito à faixa etária, a maior parte dos profissionais (92,5%) relataram ser 40 anos a idade mais prevalente para o desenvolvimento do câncer bucal ($\chi^2=0,38$; $p>0,05$).

Por fim, avaliou-se se os profissionais forneciam orientações aos pacientes sobre o câncer bucal, e foram observadas as respostas: raramente fornece orientações (36,8%); na maioria das vezes fornece orientações (33,8%); sempre fornece orientações (23,5%) e não fornece orientações (5,9%) ($\chi^2=0,75$; $p>0,05$).

Avaliação dos fatores de risco para o aparecimento do câncer bucal

Aos profissionais foram questionados quais fatores eles acreditavam ser de risco para o aparecimento do câncer de boca. Os fatores considerados como principais foram consumo de tabaco, citado por 100% dos profissionais; o consumo de álcool, citado por 92,6% dos profissionais; a exposição solar (89,7%); histórico de câncer familiar (85,3%) e próteses mal adaptadas, citada por 80,9% dos profissionais. Os demais percentuais estão ilustrados no Gráfico 1.

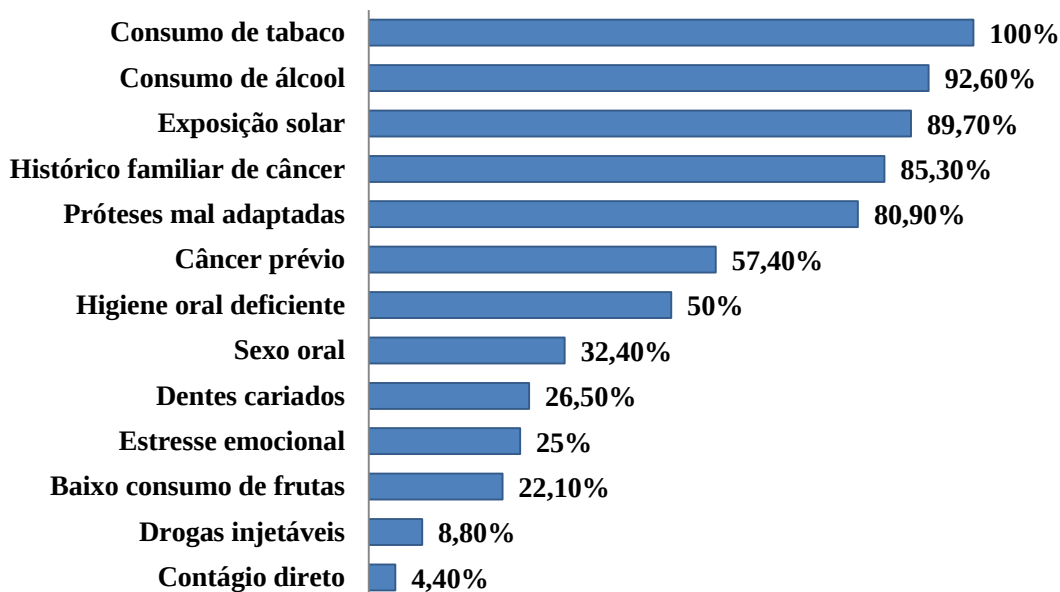


Gráfico 1. Avaliação dos fatores de risco para o aparecimento do câncer bucal, Patos/PB.

Estas respostas foram avaliadas em função da rede de atendimento, apenas os fatores de risco “consumo de álcool”, “estresse emocional” e “próteses mal adaptadas” diferenciaram-se em função do tipo de rede. Isto é, para o consumo de álcool, constatou-se uma associação entre acreditar que ele representa fator de risco e ser da rede pública (54,0%) e entre não acreditar que representa fator de risco e ser da rede privada (100,0%). Para o estresse emocional, em contrapartida, verificou-se que aqueles que acreditam que representa fator de risco são da rede privada (76,5%), e aqueles que não acreditam que representa risco são da rede pública (58,8%).

Por fim, verificou-se que de todas as pessoas que acreditavam que as próteses mal adaptadas constituíam-se como fatores de risco para o aparecimento do câncer bucal, 56,4% prestavam atendimento na rede pública; da mesma forma, em relação aos profissionais que não possuíam tal crença, 76,9 %, eram da rede privada (Tabela 4).

Tabela 4: Avaliação do fator de risco prótese mal adaptada em função do tipo de rede de atendimento, Patos/PB.

Item avaliado	Pública		Privada	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Acredita que o consumo de álcool representa fator de risco.	34*	54,0*	29	46,0
Não acredita que o consumo de álcool representa fator de risco.	0	0,0	5*	100,0*
$\chi^2 (p)$	$\chi^2 = 5,39 p=0,02$			
Acredita que o estresse emocional representa fator de risco	4	23,5	13*	76,5*
Não acredita que o estresse emocional representa fator de risco	30*	58,8*	21	41,2
$\chi^2 (p)$	$\chi^2 = 6,35 p=0,01$			
Acredita que próteses mal adaptadas representa fator de risco	31*	56,4*	24	43,6
Não acredita que próteses mal adaptadas representa fator de risco	3	23,1	10*	76,9*
$\chi^2 (p)$	$\chi^2 = 4,66 p=0,03$			

* Associação estatisticamente significativa; *f* = frequência; %=porcentagens.

DISCUSSÃO

O câncer bucal vem se tornando, ao longo das décadas, um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2017; FALCÃO et al., 2010). Mesmo ocorrendo em uma região anatômica de fácil visualização, como é a cavidade bucal, e de desenvolvimento lento, sendo às vezes precedido por lesões ou condições que têm um alto potencial de se tornarem uma neoplasia maligna. Possui alta taxa de prevalência e incidência, o que contrasta com a facilidade de realização do exame clínico. Esta questão pode ser explicada pelo fato de que a procura de atendimento junto a um profissional de saúde geralmente ocorre em um estágio avançado da doença, o que está relacionado com o prognóstico desfavorável (DIB et al., 2005; LIMA et al., 2005; MELO et al., 2009; FALCÃO et al., 2010; DOMINGOS, 2014).

A maioria dos indivíduos que apresentam câncer bucal e buscam atendimento só o fazem quando a doença já atinge o estágio avançado, o que diminui as chances de um tratamento mais conservador e de sobrevivência desta população, fatores como falha na identificação precoce da lesão, deficiência no trabalho multidisciplinar, desvalorização da necessidade de responsabilização pela própria saúde por parte da comunidade e a deficiência na comunicação entre profissionais de diferentes níveis de atenção (LOMBARDO, 2014).

O conhecimento dos fatores de risco que promovem o desenvolvimento das condições que antecedem o surgimento e o diagnóstico precoce do câncer bucal, por parte do cirurgião-dentista, é de grande importância visto que, no contexto atual esse profissional assume um papel importante no diagnóstico clínico dessa doença.

De acordo com a auto avaliação dos profissionais sobre o nível de conhecimento sobre o câncer bucal, neste estudo, a maioria (67,6%) dos profissionais respondeu que possuía um bom conhecimento sobre o tema, havendo concordância deste dado com o encontrado em uma pesquisa realizada na cidade de Jequié na Bahia no ano de 2007, em que 60,5% dos entrevistados consideraram possuir um bom nível de conhecimento sobre o câncer bucal (PINHEIRO et al., 2010).

Neste estudo, 54,4% dos profissionais relataram que sempre realizaram o exame dos tecidos moles da cavidade bucal de seus pacientes independente da queixa principal apresentada. Da mesma forma, em estudos realizados por Falcão et al (2010) e Martins et al (2008) observaram que, os profissionais pesquisados também relataram realizar o exame físico intrabucal de seus pacientes. Esses dados são de grande importância uma vez que, o exame das estruturas da cavidade bucal não deve ser negligenciado pelo cirurgião-dentista pelo fato da identificação precoce de desordens com potencial de malignização.

Esta pesquisa revelou que a maioria dos participantes tem conhecimento sobre a importância do tabagismo e do etilismo no desenvolvimento do câncer bucal. O tabagismo foi apontado por 100% dos profissionais como fator de risco para o câncer bucal. Esse dado é concordante ao estudo de Falcão et al (2010), em que 100% dos profissionais sinalizaram o tabagismo como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença, seguido pelo etilismo (92,6%), pela exposição solar (89,7%) e pelo histórico de câncer na família (85,3%).

A maior parte dos participantes desta pesquisa (94,1%) relatou que orientava seus pacientes em relação aos malefícios do tabagismo. Esse resultado assemelha-se

ao encontrado em estudo de Pinheiro et al (2010), em que 91,9% dos profissionais afirmaram que orientavam seus pacientes sobre os danos provocados pelo tabagismo.

Quanto à conduta dos cirurgiões-dentistas frente a uma lesão na cavidade bucal com suspeita de malignidade, neste estudo, a maioria (85,3%) respondeu que encaminharia imediatamente o paciente a um especialista em estomatologia. Esse achado pode estar relacionado ao fato de que apenas 8,8% dos profissionais se consideram capacitados para realizar biópsias para o correto diagnóstico da lesão.

Alguns sinais e sintomas podem surgir na cavidade bucal indicando de forma precoce o câncer, como úlceras superficiais indolores, manchas esbranquiçadas ou avermelhadas na região de mucosa ou nos lábios, diminuição de movimentos funcionais (fonação, mastigação, deglutição), emagrecimento e dor (VENTURI et al., 2004). No que se refere ao aspecto clínico mais comum em pacientes diagnosticados com câncer bucal, foi observado, nesta pesquisa, que a úlcera indolor foi a resposta mais citada, correspondendo 82,1% dos participantes. Em estudo realizado por Falcão et al (2010), 28% dos profissionais desconhecem a forma de lesão fundamental do câncer na boca, dado esse discordante aos encontrados nessa pesquisa e preocupante, visto que o câncer bucal em sua fase inicial aparece na maioria das vezes como úlcera assintomática imperceptível ao indivíduo, e que se o profissional, que deveria estar apto a identificá-lo, desconhece a sua manifestação inicial, o diagnóstico precoce não poderá ser realizado.

Algumas DPM podem surgir na boca antecedendo o câncer bucal. Destas, as que mais se destacam são a leucoplasia, eritroplasia e a queilite actínica (MARTINS et al., 2008). Esta informação é confirmada no presente estudo, em que a leucoplasia foi citada por 88,2% dos cirurgiões-dentistas, a queilite actínica (55,9%) e a eritroplasia por 47,1% dos profissionais. Estes resultados estão de acordo aos encontrados no estudo de Falcão et al (2010) e Pinheiro et al (2010) revelando ser a leucoplasia uma das desordens mais encontrada em pacientes com câncer bucal. Souza et al (2012) acrescentam que, a eritroplasia seguida de leucoplasia e queilite actínica são as principais DPM relacionadas ao surgimento de CCE na cavidade bucal, representando cerca de 90% das neoplasias malignas de boca.

Com relação à região anatômica mais acometida pelo câncer bucal, verificou-se que a maioria das respostas (30,9%) apontou o lábio (inferior), fato este que pode ser explicado pelo clima da região (sertão da Paraíba), onde foi realizada a pesquisa. O assoalho bucal foi apontado por 17,6% dos participantes e a língua por 10,3%. Em

outros estudos, os profissionais indicaram que a língua foi a região anatômica mais acometida pelo câncer bucal, discordando aos dados encontrados neste estudo, seguida pelo assoalho bucal e pelos lábios (FALCÃO et al., 2010; ALVARENGA et al., 2012).

Nesta pesquisa, avaliou-se a qualidade do ensino oferecida aos profissionais durante a graduação e, se estes possuíam participação em cursos de atualização sobre o câncer bucal. Dos participantes, 55,9% responderam que tiveram uma boa qualidade de ensino durante a sua formação. Este dado foi discordante aos achados de Falcão et al (2010) em que a maioria dos profissionais (45,2%) relataram não ter cursado disciplina com enfoque para o câncer bucal durante a sua formação profissional, atribuindo a esse fato uma deficiência no momento do diagnóstico desta doença. Para Mosele et al (2008), a própria formação acadêmica do cirurgião-dentista pode estar contribuindo com esse dado, ou seja, havendo uma formação mais cirúrgica restauradora ou curativa em detrimento de uma formação voltada para a promoção e prevenção da saúde.

Já com relação à participação em cursos de atualização, houve um predomínio de respostas afirmando que os profissionais participaram entre dois e cinco anos (50%) do último curso voltado ao câncer bucal, havendo concordância aos dados encontrados por Falcão et al (2010), em que os cirurgiões-dentistas realizaram também nesse mesmo período curso de atualização sobre o câncer de boca. Em ambos os estudos, pode-se observar que os profissionais demonstravam interesse em atividades educativas e preventivas para o aprimoramento dos seus conhecimentos.

O câncer bucal é uma doença que possui o risco de desenvolvimento aumentado com o avanço da idade. Atinge principalmente pessoas do sexo masculino, a partir da quarta década de vida, tabagistas e etilistas, de pele clara e que trabalham expostos ao sol (BRASIL, 2002; VENTURI, 2004).

No que diz respeito à faixa etária mais acometida pelo câncer bucal, esta pesquisa revelou em seus achados, dados condizentes à literatura, em que 92,5% dos participantes responderam que pessoas com mais de quarenta anos de idade estão mais predispostas ao desenvolvimento desta doença. Outras pesquisas também encontraram valores aproximados a esta, em que 72,3% (MELO et al., 2009) e 77% (FALCÃO et al., 2010) dos profissionais que participaram das pesquisas assinalaram esta faixa etária como a mais acometida pelo câncer bucal.

A etiologia do câncer bucal é multifatorial, desenvolvida a partir de uma somatória de fatores carcinogênicos que levam ao surgimento desta doença. Estes

fatores podem ser de origem extrínseca (tabagismo, etilismo, exposição solar excessiva, microrganismos) ou intrínseca (genética). Dentre os fatores extrínsecos, a associação do tabagismo ao etilismo, tem sido apontada como maior fator responsável pelo desenvolvimento do câncer bucal (LIMA et al., 2005; BATISTA et al., 2008; SANTOS et al., 2010).

Este estudo também revelou que 80,9% dos profissionais acreditam que próteses mal adaptadas constituem um fator de risco para o surgimento do câncer bucal, sendo que a maioria (56,4%) destes profissionais atende apenas na rede pública. Esta questão também foi observada em outras pesquisas as quais consideraram que próteses mal adaptadas constituírem um fator de risco para o câncer bucal (FALCÃO et al., 2010; PINHEIRO et al., 2010; ALVARENGA et al., 2012).

O desenvolvimento e implantação de estratégias com participação das equipes de saúde têm demonstrados bons resultados, fazendo com que o câncer bucal seja diagnosticado ainda no início (ALVARENGA et al., 2012), bem como o fornecimento de informação à população sobre como prevenir o câncer bucal (MARTINS et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos, pode-se que ambos os grupos avaliados, nesta pesquisa, possuem conhecimentos equivalentes quanto ao câncer bucal, no entanto não se sentem aptos para a realização de biópsias. Este estudo evidenciou uma equiparação de conhecimentos e atitudes dos profissionais da rede pública e privada. Ambos apontaram a leucoplasia e a queilite actínica como as desordens com potencial de malignização mais citadas. Além disso, o tabagismo, o etilismo e a excessiva exposição à radiação solar figuram entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal.

Neste estudo, fica evidente que, apesar de a maioria dos profissionais participantes possuírem um bom conhecimento sobre o câncer bucal, é importante a busca por atividades educativas e preventivas que promovam a atualização de conhecimentos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

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

BATISTA, A.B. et al. Efeito do Tabagismo na Mucosa Bucal de Indivíduos Jovens : Análise Citomorfométrica. **Rev Brasi Cancerol**, v. 54, n. 1, p. 5–10, 2008.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>. acesso em: 07/03/2017.

BRASIL.Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **ABC do câncer**. Rio de Janeiro: [s.n.] 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer.- INCA, Falando Sobre Câncer da Boca. – Rio de Janeiro: INCA, 2002 52p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer um Problema de Saúde Pública. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/ABRASCO/rede.pdf>. Acesso em 07/03/2002.

DIB, L. L.; SOUZA, R. S. DE; TORTAMANO, N. Avaliação do conhecimento sobre câncer bucal entre alunos de Odontologia, em diferentes unidades da Universidade Paulista. **J Health Sci Inst**, v. 23, n. 4, 2005.

DOMINGOS, A.S.; PASSALACQUA, M.L.C.; OLIVEIRA, A.L.B.M. Câncer bucal: Um problema de saúde pública. **Rev Odontol Univ Cid São Paulo**, v. 26, n. 1, p. 46-52, jan./fev., 2014.

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

GIGLIOTTI, M.P. et al. Principais mecanismos de atuação do álcool no desenvolvimento do câncer oral. **Rev Odontol Clín-Científ**, v. 7, n. 2, p. 107–112, 2008.

LIMA, A.A.S. et al. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. **Rev Bras Cancerol**, v. 51, n. 4, p. 283–288, 2005.

LOMBARDO, E.M. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal : avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 1223–1232, 2014.

MARTINS, A.M.E. DE B. L. et al. Greater access to information on how to prevent oral cancer among elderly using primary health care. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2239–2253, 2015.

MARTINS, M.A.T. et al. Avaliação do conhecimento sobre o câncer bucal entre universitários. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço**, v. 37, n. 4, p. 191–197, 2008.

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

MOSELE, J.C. et al. Levantamento epidemiológico dos casos de carcinoma epidermóide da cavidade bucal registrados no serviço de diagnóstico histopatológico do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Passo Fundo/RS. **Rev Odonto**, v. 16, n. 32, p. 18-24, jul./dez., 2008.

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

SANTOS, G.L. et al. Fumo e álcool como fatores de risco para o câncer bucal. **Odontol Clin Cient**, v. 9, n. 2, p. 131–133, 2010.

SOUZA, L.R. DE B. et al. Conhecimento acerca do Câncer Bucal e Atitudes frente à sua Etiologia e Prevenção em um Grupo de Horticultores de Teresina (PI). **Rev Bras Cancerol**, v. 58, n. 1, p. 31–39, 2012.

SOUSA, F.B. et al. Oral cancer from a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará. **Braz Oral Res**. 2014; 28 Spec. pii: S1806-83242014000200006. doi: 10.1590/1807-3107BOR-2014.vol28.0018. Epub, 2014 Jun 20.

VENTURI, B.R.M.; PAMPLONA, A.C.F.; CARDOSO, A.S. Carcinoma de células escamosas da cavidade oral em pacientes jovens e sua crescente incidência: revisão de literatura. **Rev Bras de Otorrinolaringol**, v. 70, n. 5, p. 679–686, out. 2004.