

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**GABRIELLE SOUZA RESENDE**  
**ISABELLE DOS SANTOS COUTO**

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS NO DIAGNÓSTICO  
PRECOCE DO CÂNCER BUCAL NA CIDADE DE VOLTA REDONDA**

**VOLTA REDONDA**

**2017**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS NO DIAGNÓSTICO  
PRECOCE DO CÂNCER BUCAL NA CIDADE DE VOLTA REDONDA**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do UniFOA requisito para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Alunas: Gabrielle Souza Resende

Isabelle dos Santos Couto

Orientadora: Maria Lívia S. T. de Faria

Coorientadora: Maíra Tavares de Faria

**VOLTA REDONDA**

**2017**

### FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

R433c Resende, Gabrielle Souza.  
Conhecimento dos cirurgiões dentistas no diagnóstico precoce do  
câncer bucal na cidade de Volta Redonda. / Gabrielle Souza Resende;  
Isabelle dos Santos Couto. – Volta Redonda: UniFOA, 2017.

48 p. II.

Orientador(a): Maria Lívia Salles Tavares de Faria

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2017.

1. Odontologia - TCC. 2. Neoplasia bucal. 3. Diagnóstico precoce. I. Faria, Maria Lívia Salles Tavares de. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



## FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Conhecimento dos cirurgiões-dentistas no diagnóstico precoce do câncer bucal na cidade de Volta Redonda”

Elaborado por: Gabrielle Souza Resende e Isabelle dos Santos Couto

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em 27 de abril de 2017.

Banca Avaliadora:

.....  
Prof.<sup>a</sup> Mestre Maria Lívia Salles Tavares de Faria

.....  
Prof.<sup>o</sup>Especialista Maíra Tavares de Faria

.....  
Prof.<sup>a</sup>Mestre Lívia de Paula Valente Mafra

## DEDICATÓRIA

*Agradecemos primeiramente a Deus que iluminou o nosso caminho durante esta caminhada e nos trouxe até aqui.*

*Às nossas famílias, por todo carinho, amor e cuidado. Sem vocês nosso sonho não seria realizado.*

*À professora Maíra Tavares, por toda ajuda e apoio que recebemos.*

*Obrigada a todos que nos ajudaram e torceram por nós.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradecemos a Deus pelo dom da vida, por tudo que Ele nos proporcionou durante esses cinco anos. Aos nossos familiares, por acreditarem nos nossos sonhos e nunca deixarem de acreditar em nosso potencial. Aos nossos mestres, por todo conhecimento e aprendizado. Aos amigos que conquistamos nessa longa caminhada. Obrigada a todos.*

## EPÍGRAFE

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrais-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”*

Charles Chaplin

## RESUMO

O câncer bucal é uma doença complexa provocada por muitos fatores, dentre eles o fator genético, álcool, tabagismo, exposição aos raios solares e produtos químicos cancerígenos. O diagnóstico precoce além de possibilitar maiores chances de cura, fornece ao paciente uma melhor qualidade de vida. Apesar de estudarem em disciplinas específicas da graduação a importância do exame físico, muitos cirurgiões dentistas afirmam não saber fazer ou não achar necessária a inspeção oral de rotina. O papel fundamental dos dentistas deveria ser focado no diagnóstico precoce e na orientação quanto à prevenção. O objetivo deste trabalho é avaliar o grau de conhecimento dos dentistas sobre o diagnóstico precoce do câncer bucal através de questionários. Foram realizados 100 questionários a cirurgiões dentistas da cidade de Volta Redonda. Destes dentistas, 53% eram do sexo feminino e 47% do sexo masculino. Com relação à orientação na graduação sobre a realização do exame físico intra bucal, 95% afirmaram que receberam e apenas 5% não receberam. A respeito do nível de conhecimento sobre o câncer de boca, 58% afirmam ter um bom conhecimento, 32% regular, 5% excelente e 5% ruim. Indagados sobre os fatores de risco para o câncer de boca, 96% citou o tabaco, 65% o álcool, 23% a genética, 22% a exposição solar, 11% o HPV, 3% a baixa imunidade e 2% substâncias irritantes. Ainda foi citado erroneamente, próteses mal adaptadas (40%) e traumas (24%). Dos participantes, 56% já realizaram o diagnóstico de câncer bucal e 44% nunca realizaram. Conclui-se que há um conhecimento satisfatório por parte dos dentistas de Volta Redonda sobre o câncer bucal.

Palavras chaves: Neoplasia bucal; Odontólogo; Diagnóstico precoce.



## **ABSTRACT**

Oral cancer is a complex disease caused by many factors, including genetic factors, alcohol, smoking, exposure to sunlight and carcinogenic chemicals products. Early diagnosis allows for greater chances of cure, besides providing the patient a better quality of life. Despite studying the importance of physical examination in specific undergraduate disciplines, many dental surgeons claim they do not know how to do or do nothing routine oral inspection is necessary. The key role of dentists should be focus e do nearly diagnosis and prevention orientation. The objective of this study is to evaluate the degree of knowledge of the dentists on the early diagnosis of oral cancer through questionnaires. 100 questionnaires were performed to dental surgeons from the city of Volta Redonda. Of these dentists 53% were female and 47% male. Regarding the graduation orientation on the intra-oral physical examination, 95% stated that they received and only 5% did not receive it. About the level of know ledge about oral cancer, 58% claim to have a good knowledge, 32% regular, 5% excellent and 5% bad. Asked about the risk factors for mouth cancer, 96% cited tobacco, 65% alcohol, 23% genetics, 22% sun exposure, 11% HPV, 3% low immunity and 2% irritants. It was also erroneously cited, mal adaptive prostheses (40%) and traumas (24%). Of the participants, 56% had already made the diagnosis of oral cancer and 44% never performed. It is concluded that there is a satisfactory knowledge on the part of dentists of Volta Redonda on oral cancer.

**Keywords:** Oral neoplasm; Odontologista; Early diagnosis.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Representação das taxas de incidência de câncer de boca por 100 mil homens, estimadas para 2016 .....	20
Figura 2	Representação das taxas de incidência de câncer de boca por 100 mil mulheres, estimadas para 2016 .....	20
Figura 3	Carcinoma de Células Escamosas na língua .....	21
Figura 4	Carcinoma de Células Escamosas Radiograficamente .....	22
Figura 5	Características microscópicas do Carcinoma de Células Escamosas ...	22

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da amostra, conforme a pós-graduação.....	28
Tabela 2	Fatores de risco corretos para o câncer de boca citados pelos participantes.....	31
Tabela 3	Fatores de risco incorretos para o câncer de boca citados pelos participantes.....	31
Tabela 4	Conduta do cirurgião-dentista diante de uma lesão.....	33

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição da amostra, com relação ao gênero .....	27
Gráfico 2	Docente em ensino superior .....	28
Gráfico 3	Orientação na graduação sobre a realização do exame físico intrabucal.....	29
Gráfico 4	Realização do exame físico completo na primeira consulta .....	29
Gráfico 5	Dentista realiza o mesmo exame físico nas consultas seguintes .....	30
Gráfico 6	Nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre câncer bucal.....	30
Gráfico 7	Conduta diferenciada frente ao paciente com fator de risco para o câncer de boca.....	32
Gráfico 8	Cirurgião-dentista já realizou diagnóstico do câncer de boca .....	32

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CD	Cirurgião-dentista
CoEPS	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CRO	Conselho Regional de Odontologia
et al.	E colaboradores
HPV	Papilomavírus Humano
INCA	Instituto Nacional de Cancer
RJ	Rio de Janeiro
UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda
RJ	Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
%	Porcentagem

## LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A	Questionário.....	43
Apêndice B	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	44

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A	Parecer Consubstanciado do CoEPs.....	46
---------	---------------------------------------	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Definição .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Etiologia .....</b>	<b>17</b>
<b>2.3 Dados Epidemiológicos.....</b>	<b>19</b>
<b>2.4 Carcinoma de Células Escamosas .....</b>	<b>21</b>
<b>2.5 Diagnóstico.....</b>	<b>23</b>
<b>2.6 Câncer de boca x Cirurgião-dentista .....</b>	<b>24</b>
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>26</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>34</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>37</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>46</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A neoplasia maligna oral é uma doença que afeta os lábios e o interior da cavidade bucal, como por exemplo, as gengivas, mucosa jugal, palato duro, língua e assoalho. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2015), em 2013 houve 5.401 mortes. A estimativa para 2016 era de 15.490 casos, sendo 11.140 homens e 4.350 mulheres.

Trata-se de uma doença multifatorial e complexa (SILVA; FIGUÊREDO; CARVALHO, 2006). Dentre os fatores etiológicos mais significativos temos o fator hereditário, o fumo, o álcool, a exposição aos raios solares, além de exposição a produtos tóxicos (LIMA et al., 2005).

O câncer bucal é um problema de saúde pública devido ao alto índice de incidência e mortalidade. Devido a isso há preocupação e conseqüentemente aumento no número de pesquisas buscando a causa dessas fatalidades (MIYACHI et al., 2002). A falta de diagnóstico precoce tem sido apontada como um dos fatores causais do aumento das taxas de mortalidade. A Odontologia tem um papel fundamental no diagnóstico precoce do câncer bucal e não apenas no tratamento curativo (PEREIRA; DIAS; MELO, 2012).

Trabalhos revelam que na maioria dos casos a descoberta das neoplasias malignas ocorre somente em seu estágio avançado, mostrando uma falha no diagnóstico precoce do cirurgião-dentista o que leva a uma piora no prognóstico dos seus pacientes (MIYACHI et al., 2002).

As pesquisas sobre o câncer estão cada vez mais voltadas para saber o real motivo da falta de conhecimento dos dentistas em relação ao diagnóstico precoce do câncer bucal e a negligência do seu encaminhamento para as especialidades que tratam do caso. O diagnóstico do câncer bucal não deveria apresentar empecilhos, visto que há áreas acessíveis ao exame clínico e se torna isento de qualquer tipo de aparelho especializado. Sendo descoberto em sua fase inicial, o câncer terá seu tratamento iniciado precocemente evitando a evolução para um carcinoma invasivo (KOWALSKI; NISHIMOTO, 2000). Dedivitis et al. (2004) constataram que, entre 1997

e 2000, em dois hospitais de Santos, a maioria dos diagnósticos de câncer de boca era realizada por médicos.

O cirurgião-dentista tem um papel muito importante no diagnóstico precoce e na prevenção do câncer bucal, pois estes deveriam fazer uma avaliação estomatológica rotineiramente em seus pacientes. Desta forma, auxiliaria no diagnóstico precoce, aumentando a sobrevivência dos pacientes, elevando as taxas de cura e melhorando a qualidade de vida (DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005).

Além de não realizarem as orientações corretamente, muitas dos cirurgiões-dentistas afirmam não ser necessária a inspeção bucal durante a consulta em busca do câncer de boca e outros não sabem sequer realizar o exame físico. Essa situação contradiz o que é ensinado na maioria dos cursos de graduação em Odontologia já no início das disciplinas (MORAIS, 2003; VASCONCELOS, 2006).

O objetivo desse trabalho foi avaliar o grau de conhecimento com relação ao diagnóstico precoce do câncer bucal dos cirurgiões dentistas da cidade de Volta Redonda.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Definição**

O câncer é definido como o conjunto de doenças crônicas degenerativas que possuem um crescimento desordenado das células, formando neoplasias malignas que vão invadir órgãos e tecidos (INCA, 2014). Isso pode ocorrer de forma localizada ou por metástases, que atinge outras partes do corpo. Quando localizada na boca poderá acometer regiões como a base da língua, outras regiões da língua, palato, lábios, glândulas salivares, gengiva e assoalho da boca (INCA, 2004).

O câncer é a segunda causa de morte mais comum no mundo, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares e infecciosas. Dentro do grupo de câncer de cabeça e pescoço, as áreas com maior envolvimento são: câncer de lábio e boca, glândulas salivares, faringe, laringe e tireoide (FORONES et al., 2005). Aproximadamente 40% dos casos correspondem ao câncer de cavidade oral, 15% câncer de faringe, 25% câncer na laringe e 20% das glândulas salivares e tireoide (FERNANDES; BERGAMANN; OLIVEIRA, 2013).

### **2.2 Etiologia**

A etiologia do câncer de boca é complexa, multifatorial e genética. Entre os principais fatores estão a exposição à radiação solar, álcool, fumo, fator hereditário, exposição a produtos cancerígenos, HPV, entre outros (MARTINS et al., 2008).

A divisão celular para desenvolvimento do câncer se dá através das mudanças que podem ocorrer em genes chamados protooncogenes, depois estes são ativados e transformam-se em oncogenes. Os oncogenes são responsáveis por transformar as células normais em células malignas, chamadas de células tumorais. Essas células tumorais crescem desordenadamente e começam a se multiplicar. Além disso, essas células também podem invadir vasos linfáticos e sanguíneos causando metástases (SPENCE; JONHSTON, 2001).

Falcão 2006 realizou um trabalho sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de boca. Em sua pesquisa observou que o tabaco era

consumido por 100% dos entrevistados, seguido pela história familiar com 93,3%, consumo de bebidas alcoólicas com 89,32% e 83,3% pela exposição aos raios solares.

O tabaco é a principal causa da neoplasia maligna oral devido às alterações cromossômicas da mutação do gene p53 que ocorrem com seu uso (GUPTA; MURTI; BHONSLE, 1996). Além disso, na composição do tabaco, há a presença de substâncias que causam o câncer, como por exemplo, as nitrosaminas e os hidrocarbonetos policíclicos (CASAGLIA; WOO, 2001). Há evidências de que o uso do tabaco está intimamente relacionado ao desenvolvimento do câncer de boca. O maior risco é quando há a prática do “fumo invertido”, pois o cigarro feito à mão é colocado dentro da boca, aumentando o risco para o câncer bucal (NEVILLE et al., 2009).

O álcool é outro fator que contribui para o aparecimento e desenvolvimento das lesões cancerígenas na cavidade oral. Essas lesões ocorrem quando há a presença do álcool na corrente sanguínea, que é levado para os tecidos, agindo de forma maligna (CARRARD et al., 2008). O uso do álcool potencializa a ação do tabaco, aumentando significativamente a probabilidade das lesões malignas na cavidade oral (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

O contato intenso com a radiação solar pode ter consequências no tecido epitelial e no tecido conjuntivo subjacente (PRADO; PASSARELLI, 2001). Essa radiação diariamente e, de forma excessiva no lábio inferior somada com uma baixa imunidade, levará ao aparecimento da queilite actínica e, posteriormente poderá desenvolver um carcinoma de células escamosas (NEVILLE et al., 2009).

A hereditariedade é outro fator de risco para o câncer bucal devido a transmissão vertical, quando a doença é transmitida de uma geração para outra, por meio de uma herança autossômica dominante (DANTAS et al., 2009).

O papilomavírus humano (HPV) é uma doença sexualmente transmissível causada por um vírus da família Papillomaviridae. O HPV foi dito como um causador de algumas neoplasias maligna oral, agindo junto com o tabaco e o álcool, aumentando a ação oncogênica (FERRARO et al., 2011).

O piercing bucal é a perfuração da mucosa para a colocação de objetos metálicos. Ele por si só não é um fator de risco para o câncer de boca, porém quando associado ao tabaco, álcool, genética e outros fatores pode potencializar lesões malignas futuras (SANTO et al., 2007).

### **2.3 Dados epidemiológicos**

O câncer de boca é uma doença que merece atenção da saúde pública, por ter uma alta incidência no mundo. Com isso, os pacientes devem ser informados sobre as causas da neoplasia maligna oral (MARTINS et al., 2008).

O carcinoma espinocelular, também conhecido como carcinoma de células escamosas ou carcinoma epidermóide, corresponde a 92% das neoplasias malignas orais, seguido pelos tumores das glândulas salivares menores, melanomas, linfomas e sarcomas (FORONES et al., 2005).

Dados epidemiológicos mostram que o câncer de boca é mais encontrado no sexo masculino, etnia caucasiana e geralmente acomete uma faixa etária entre 50 e 70 anos (PEREZ et al., 2007).

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (2015), o estado brasileiro com a maior incidência de neoplasia maligna da cavidade oral em homens é o Rio de Janeiro, com 17,80 casos para cada 100 mil homens e o menor é o Acre, com 1,97 casos para cada 100 mil homens. No caso das mulheres, a maior incidência também é no estado do Rio de Janeiro, com 6,32 casos para cada 100 mil mulheres. A menor incidência ocorre no estado de Rondônia, com 1,35 casos para cada 100 mil mulheres (Figuras 1 e 2).

A neoplasia maligna oral está entre as causas mais comuns de óbito no Brasil, e com isso, aumenta as taxas de mortalidade. Se diagnosticado precocemente, são de 80% as chances de cura (INCA, 2014).

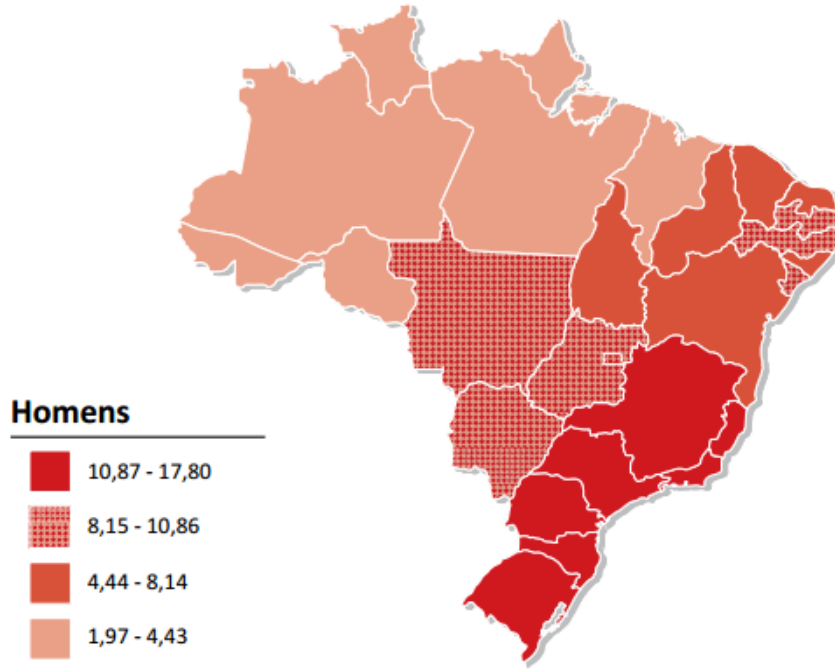


Figura 1: Representação das taxas de incidência de câncer de boca por 100 mil homens, estimadas para 2016.

Fonte: INCA, 2015.

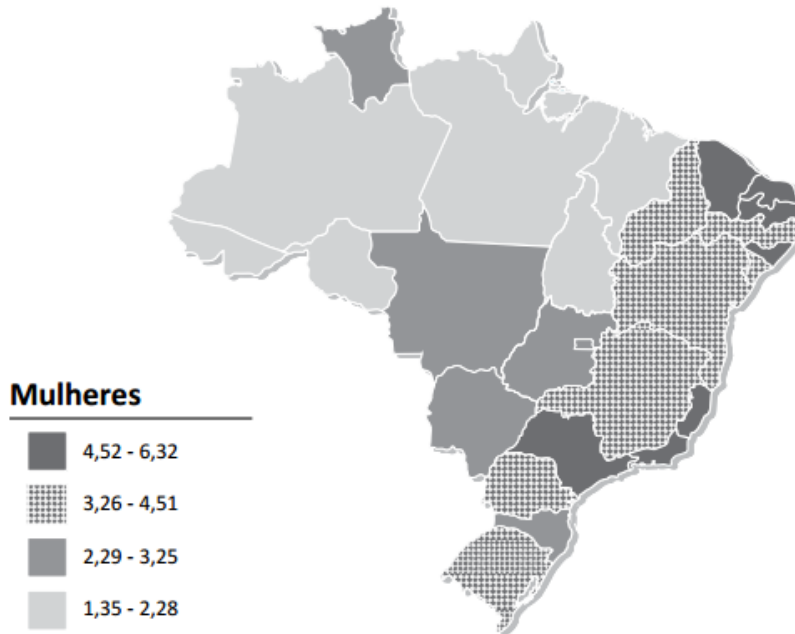


Figura 2: Representação das taxas de incidência de câncer de boca por 100 mil mulheres, estimadas para 2016.

Fonte: INCA, 2015.

## 2.4 Carcinoma de Células Escamosas

Estudos mostram que o carcinoma de células escamosas é mais prevalente no sexo masculino e pela raça branca e geralmente acomete pacientes numa faixa etária entre 50 e 70 anos (BLOT et al., 1988).

Suas manifestações clínicas são bem distintas, podendo se apresentar como massa séssil, textura rugosa, vermelha, rósea ou esbranquiçada. Possui margem disseminada e contorno irregular (Figura 3). Apresenta alguns sintomas, como por exemplo, halitose, linfadenopatia maxilo-mandibular e sangramento, porém pode se apresentar de forma assintomática (PEDRON et al., 2006).

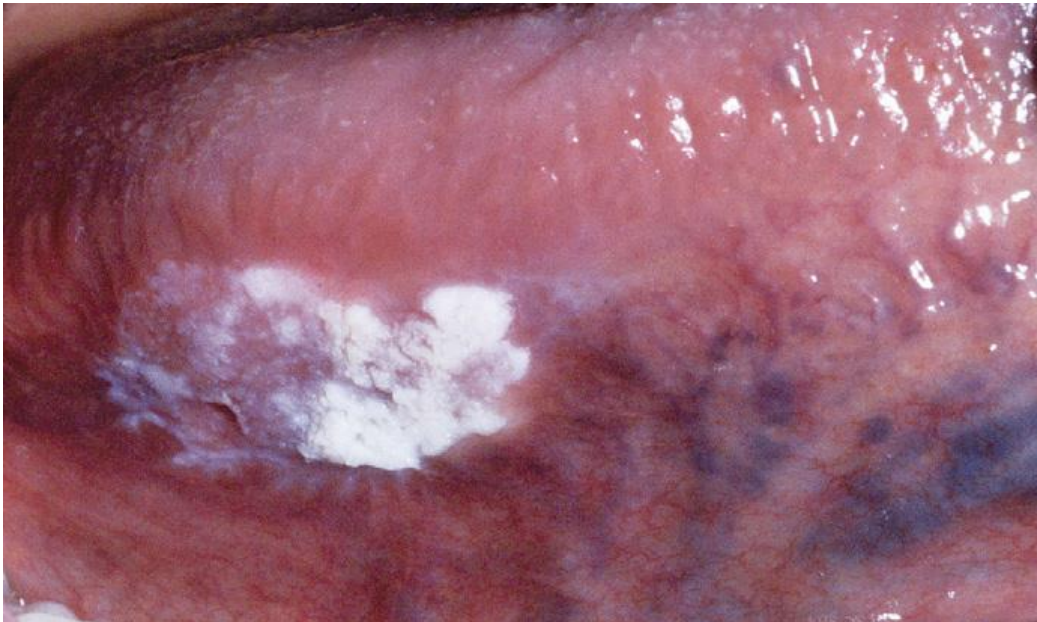


Figura 3: Carcinoma de Células Escamosas na língua.

Fonte: NEVILLE et al., 2009.

Radiograficamente (Figura 4), quando invadem os ossos, apresenta-se como “roído de traça”, devido à perda óssea, com radiotransparência irregular e com margens mal definidas (PEDRON et al., 2006; NEVILLE et al., 2009).

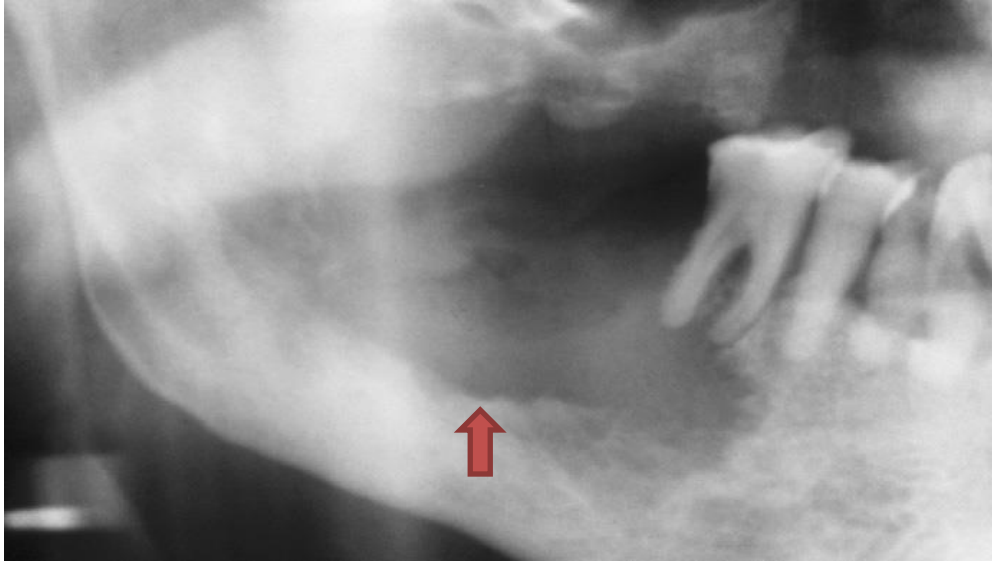


Figura 4: Carcinoma de Células Escamosas, radiograficamente.

Fonte: NEVILLE et al., 2009.

Microscopicamente (Figura 5), o carcinoma espinocelular é formado por ninhos e cordões epiteliais devido à proliferação de células epiteliais escamosas, que irão invadir o tecido conjuntivo adjacente. Essa invasão pode se estender até o tecido muscular, adiposo, ósseo e vasos sanguíneos. Nos núcleos celulares há a presença de pleomorfismo, hiper cromatismo, mitoses atípicas e presença de pérolas de ceratina. As células inflamatórias apresentam resposta eosinofílica, além disso, há superfície focal de necrose e fibrose densa (PEDRON et al., 2006; NEVILLE et al., 2009).

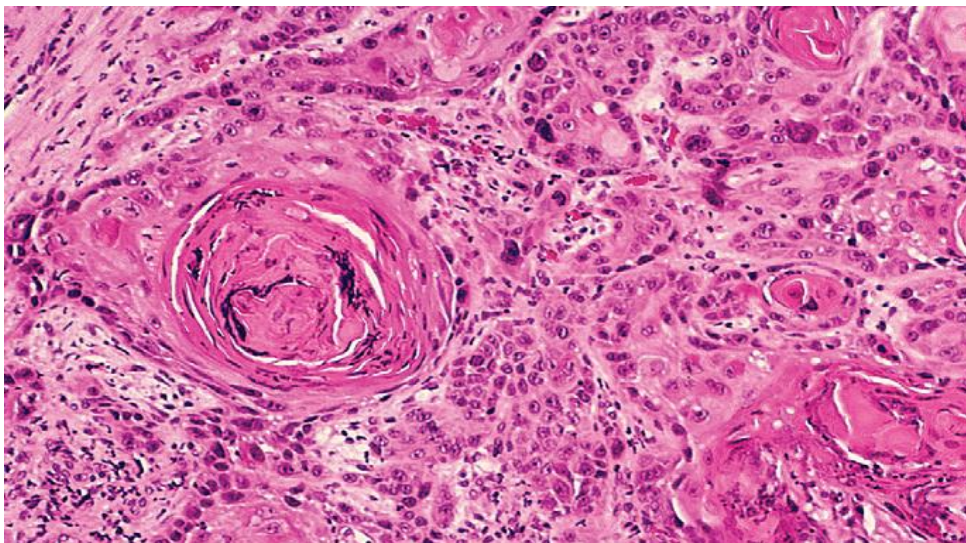


Figura 5: Características microscópicas do carcinoma de células escamosas.

Fonte: NEVILLE et al., 2009.



## 2.5 Diagnóstico

O diagnóstico do câncer de boca é de suma importância para o sucesso do tratamento. Se diagnosticado precocemente e encaminhado corretamente, há a redução dos seus índices de morbidade e mortalidade (SYME; DRURY; HOROWITZ, 2001). Estudos revelam que há uma dificuldade dos cirurgiões-dentistas em realizar o diagnóstico do câncer de boca. Entre os principais fatores para o atraso no tratamento está à falta da capacidade do profissional em realizar o diagnóstico e a demora do paciente para perceber a lesão e procurar ajuda de um profissional (ONIZAWA et al., 2003).

A detecção do câncer de boca não deveria apresentar empecilhos devido à fácil visualização à cavidade oral e a simplicidade de realizar o exame físico. Porém, a maioria dos diagnósticos é feito no estágio avançado da doença, diminuindo as chances de cura (KOWALSKI, 1991). Segundo Kowalski et al. (1991) o atraso no diagnóstico está relacionado à ausência de dor em seu estágio inicial e a falta da realização do exame clínico pelo cirurgião dentista nas consultas de rotina.

Para a realização do diagnóstico é importante realizar uma anamnese minuciosa, identificando os fatores de risco, como por exemplo, o hábito do fumo e o uso de bebida alcoólica. Depois de feita a anamnese, é realizado o exame físico geral e da cabeça e pescoço à procura de sinais ou manchas e feridas não cicatrizadas (FORONES et al., 2005).

Os sintomas relatados pelo paciente são presença de manchas ou feridas brancas, inchaço, úlcera com duração superior a 15 dias, dor, nódulos, engasgo, sangramento, alteração da cor da mucosa, dificuldade para engolir e mudança na voz (PINDBORG, 1981). No exame físico, normalmente, há a presença de lesão ulcerada com bordas irregulares e textura densa. Geralmente é observado em pessoas acima de 45 anos, considerando os dados da anamnese. Após, é feita a palpação digital para prever a espessura da lesão (FORONES et al., 2005).

Uma forma de realizar o diagnóstico do câncer de boca é através da citologia esfoliativa, porém às vezes esse exame pode apresentar um resultado falso-positivo, não podendo portanto dispensar o exame anatomopatológico (VIDAL et al., 2003).

O exame é fácil de ser feito, barato, não causa dor e não é invasivo (NEVES; MARTINS; FREIN, 1981). A citologia esfoliativa é realizada através da raspagem da superfície das bordas da lesão com uma escova endocervical ou uma espátula metálica e aplicação do material obtido em uma lâmina. Esse esfregaço é fixado na lâmina de vidro utilizando-se álcool 95% ou uma solução de álcool/éter 1:1 (MORAES et al., 2005).

O azul de toluidina é um corante catiônico metacromático usado para auxiliar no diagnóstico de lesões neoplásicas orais. Esse corante é aplicado na lesão e se for maligna a coloração ficará mais evidente. O teste é realizado aplicando ácido acético 1% durante 1 minuto; aplicação do azul de toluidina 1% durante 1 minuto; remoção do azul de toluidina com ácido acético; bochecho com água (CALANDRO; WEMECK; GONÇALVES, 2011).

A biópsia é um exame a ser realizado, imprescindível para confirmação do diagnóstico. Consiste na retirada de uma parte da lesão pela biópsia incisional. O azul de toluidina pode auxiliar na escolha da parte que vai ser retirada para biópsia. O material retirado deve ser colocado em um frasco com formol 10% com um volume suficiente para que o material fique submerso. Logo após é encaminhado junto com os dados clínicos do paciente e da lesão para ser feito o exame anatomopatológico (PRADO; PASSARELLI, 2009).

## **2.6 Câncer de boca x Cirurgião-dentista**

Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar os conhecimentos e diagnóstico dos cirurgiões-dentistas de Jequié, Bahia, relacionados ao câncer bucal. Com esse estudo, concluiu-se que há um conhecimento satisfatório em relação ao diagnóstico do câncer de boca.

Benvenuti et al (2015) realizaram uma pesquisa com o objetivo de descrever o conhecimento do cirurgião-dentista sobre câncer bucal, quanto aos fatores predisponentes, prevenção e diagnóstico do câncer bucal. Com os resultados, foi possível observar que há um conhecimento satisfatório sobre o câncer bucal na cidade de Chapecó-SC.

Já no estudo de Nascimento et al. (2014) buscando avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública sobre o câncer de boca na cidade de Parnaíba-PI, foi observado que a maioria dos cirurgiões-dentistas não se sente seguro para a realização do diagnóstico de uma neoplasia maligna oral, justificada pela falta de capacitação para a prevenção e diagnóstico do câncer de boca durante o curso de graduação.

Buscando avaliar o nível de conhecimento dos odontólogos da atenção primária da rede pública de Divinópolis-MG sobre o câncer bucal, Andrade (2014) concluiu que não há bom conhecimento dos dentistas, devido a pouca abordagem do assunto durante a graduação, assim como nos estudos mencionados acima.

Molina et al. (2006) fizeram um estudo com o intuito de avaliar o conhecimento, práticas e atitudes dos cirurgiões-dentistas (CDs) em Curitiba em relação às doenças bucais a fim de identificar o índice de CDs que exercem a Estomatologia na sua rotina clínica e verificar seu grau de conscientização sobre a importância do diagnóstico precoce de lesões malignas. Os resultados apontaram que a maioria dos cirurgiões-dentistas estão aptos para a realização do diagnóstico do câncer de boca.

Garbin (2007) por sua vez fez um estudo para avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública de saúde do município de Florianópolis – SC sobre câncer bucal, com o objetivo de traçar um perfil destes profissionais quanto ao seu conhecimento acerca das características clínicas da doença e dos fatores de risco associados, investigar suas atitudes, seu interesse e percepção de conhecimento sobre o tema. Como resultado, o estudo mostrou que há uma deficiência no conhecimento destes profissionais.

Já Cimardi (2009) realizou uma pesquisa para avaliar o conhecimento e a prática coletiva dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina sobre câncer de boca. Resultados mostraram que mesmo os dentistas tendo um bom conhecimento teórico, na prática não é a mesma coisa, devido à falta de segurança para realizar um diagnóstico da doença.

### **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Volta Redonda (CoEPS) – UniFOA, com número CAAE 604996516.7.0000.5237 e aprovado em 20/10/2016 (Anexo A).

Foi realizada uma pesquisa qualitativa visando estudar as experiências do Cirurgião Dentista frente ao diagnóstico precoce do câncer de boca, identificando as suas eventuais dificuldades.

Foram incluídos profissionais formados em Odontologia com atuação em clínica de uma forma geral na cidade de Volta Redonda e inscritos no CRO-RJ sendo excluídos os profissionais que atuam especificamente na área de diagnóstico do câncer de boca, como estomatologistas e patologistas..

A coleta de dados foi realizada através de questionários com cirurgiões dentistas (CD) inscritos no CRO-RJ da cidade de Volta Redonda. Após envio e aprovação do CoEPS foram selecionados 100 cirurgiões dentistas com experiência em especialidades práticas atuantes na cidade de Volta Redonda. Quando o dentista sorteado não aceitou participar da pesquisa ou não foi encontrado, automaticamente realizamos a seleção de outro, da mesma forma metodológica, para o seu lugar.

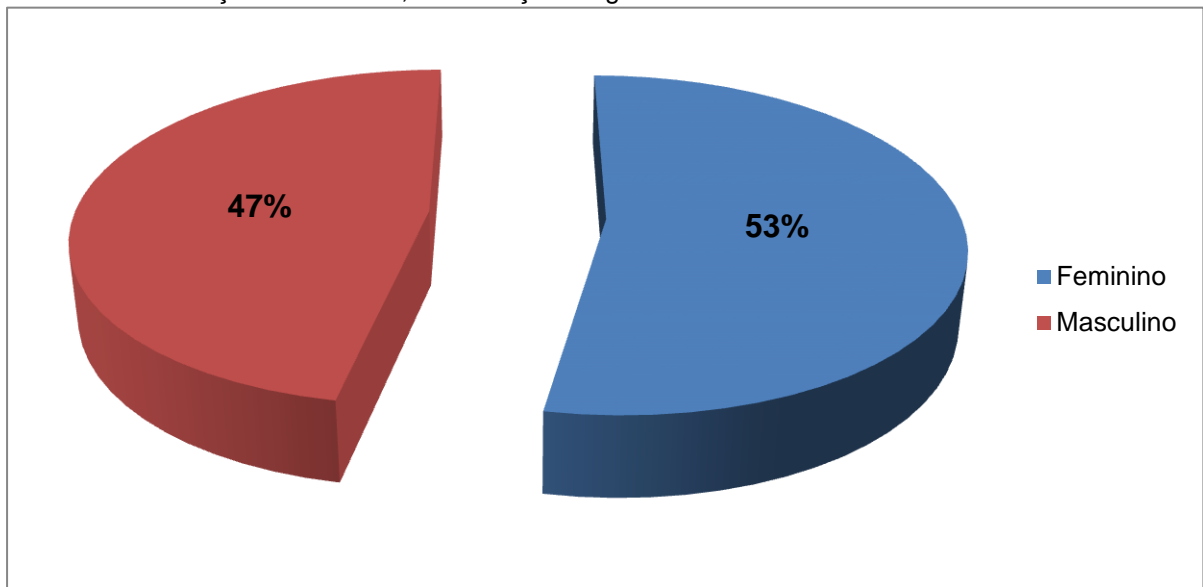
Aos cirurgiões dentistas foram entregues duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido, com informações sobre a pesquisa. Uma via para o pesquisador e a outra para o participante.

A coleta de dados foi realizada através de questionários com perguntas abertas e fechadas, com conteúdos teóricos práticos. Houve ainda, perguntas sobre dados específicos dos entrevistados, como idade, sexo, tempo de formação, especialidade, atuação docente, formação complementar. As respostas foram agrupadas de acordo com cada um dos temas abordados e a análise quantitativa foi realizada através do programa Stata v. 13.

## 4 RESULTADOS

A amostra contou com 100 dentistas participantes, todos os questionários foram respondidos. A média de idade dos participantes foi de 40,36 anos, sendo 53 cirurgiões dentistas do sexo feminino e 47 do sexo masculino (Gráfico 1).

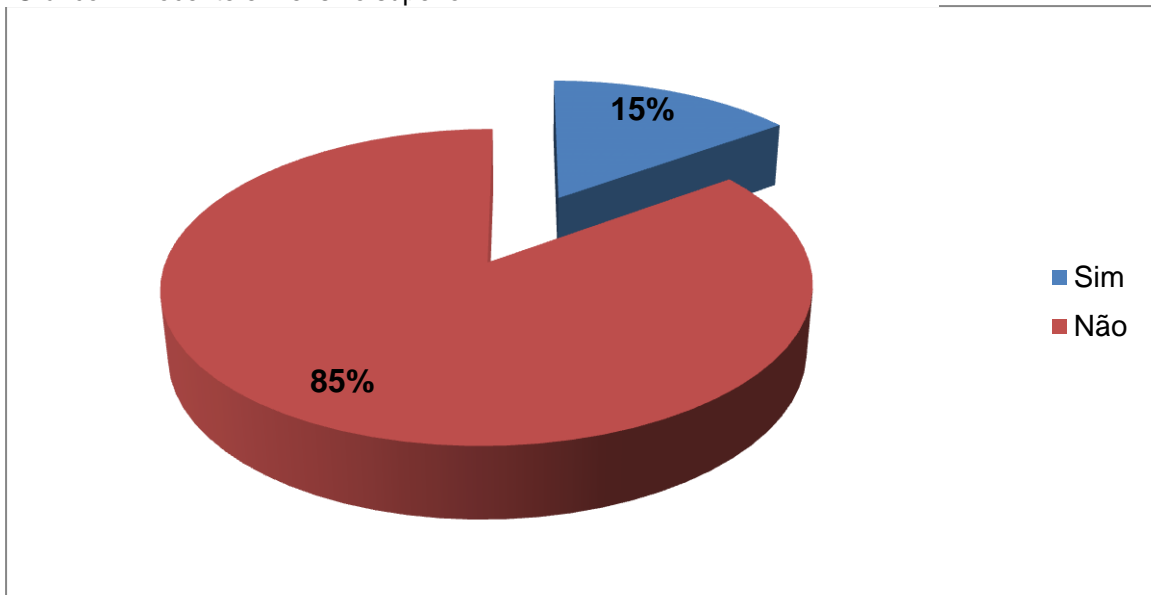
Gráfico1: Distribuição da amostra, com relação ao gênero.



%=Percentual

O tempo de formação variou entre um mês e 45 anos. Desse total de 100 cirurgiões dentistas que responderam ao questionário, 15 eram docentes e 85 não eram docentes (Gráfico 2). De acordo com a pós-graduação dos dentistas, 68 (68%) possuem especialização, 4 (4%) possuem mestrado, 7 (7%) especialização e mestrado, 1 (1%) especialização, mestrado e doutorado. Com relação à especialização e doutorado representam 1 (1%), 19 (19%) não possuem pós graduação (Tabela 1). Com relação ao tipo de inserção no mercado de trabalho, 80% trabalham na rede privada, 1% na rede pública e 19% em ambos os setores.

Gráfico 2: Docente em ensino superior.



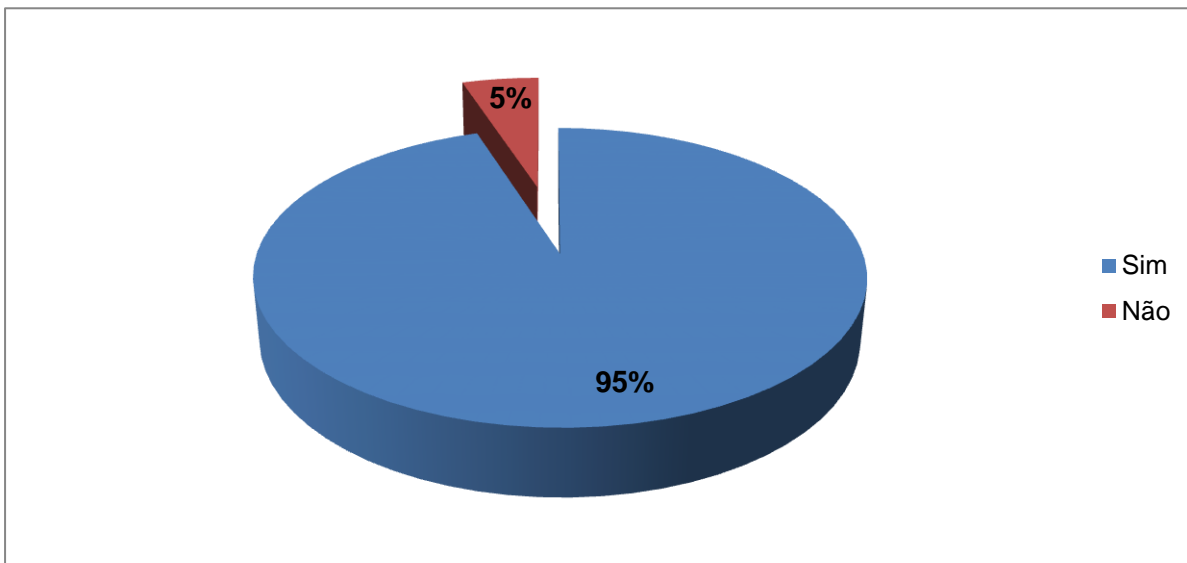
%=Percentual

Tabela 1: Distribuição da amostra, conforme a pós-graduação.

Pós-graduação	Quantidade	%
Especialização	68	68%
Mestrado	4	4%
Especialização/mestrado	7	7%
Especialização/mestrado/doutorado	1	1%
Especialização/doutorado	1	1%
Não possui pós-graduação	19	19%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

%= Percentual

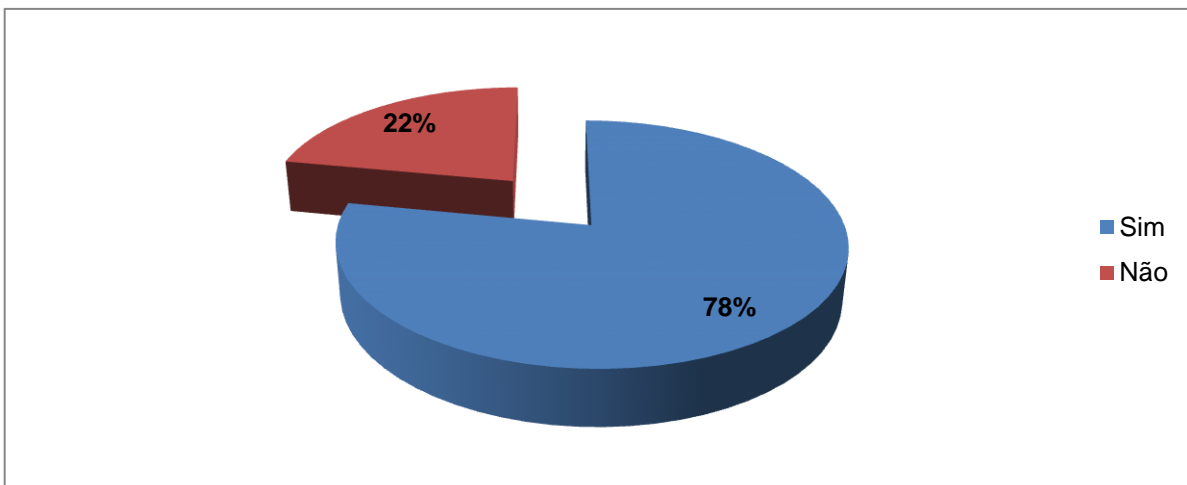
Ao serem questionados sobre a orientação que tiveram em sua formação sobre como realizar o exame físico na cavidade bucal, 95% dos cirurgiões dentistas relatou ter recebido orientação durante a graduação e 5% não receberam (Gráfico 3).



% = Percentual

Sobre a realização do exame físico completo na primeira consulta 78% dos questionados confirmou realizar e 22% não realizam (Gráfico 4).

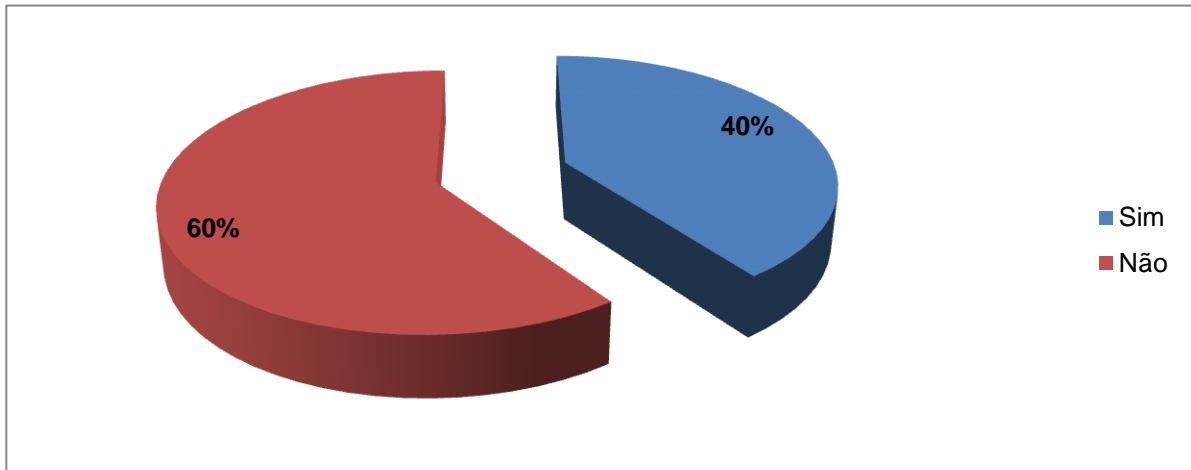
Gráfico 4: Realização do exame físico completo na primeira consulta.



% = Percentual

Com relação a realização do mesmo exame físico em todas as consultas seguintes, 40% responderam que realiza e 60% responderam não (Gráfico 5).

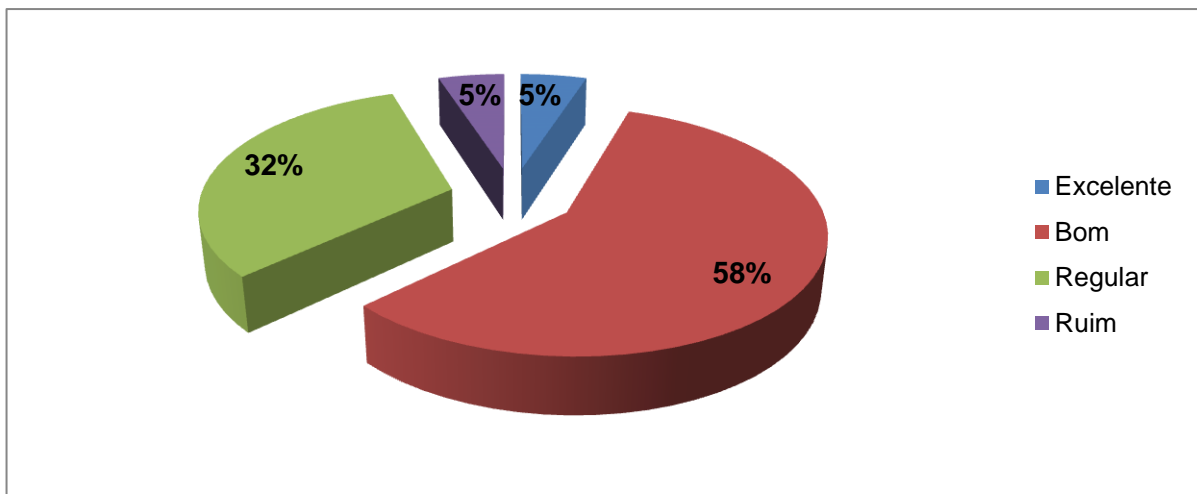
Gráfico 5: Dentista realiza o mesmo exame físico nas consultas sequentes.



% = Percentual

Avaliando o nível de conhecimento sobre câncer de boca, 5% disseram ter um excelente conhecimento, 58% responderam bom, 32% disse possuir um conhecimento regular e 5% um conhecimento ruim (Gráfico 6).

Gráfico 6: Nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre câncer bucal.



% = Percentual

Indagados sobre os fatores de risco, 3% não respondeu. Dos cirurgiões dentistas que responderam, foi citado o tabaco (96%), álcool (65%), genética (23%), exposição solar (22%), HPV (11%), baixa imunidade (3%), substâncias irritantes (2%). Erroneamente, foram citadas próteses mal adaptadas (40%), trauma (24%), falta de higiene (9%), drogas (7%), hábitos (6%), dieta (5%), lesões na mucosa (3%),



uso de piercing (2%), ausência de exames (1%), restos radiculares (1%), infecção (1%), ambiente de trabalho (1%) (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2: Fatores de risco corretos para o câncer de boca citados pelos participantes.

<b>Fatores de risco</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
<b>Tabaco</b>	96	96%
<b>Álcool</b>	65	65%
<b>Genética</b>	23	23%
<b>Exposição solar</b>	22	22%
<b>HPV</b>	11	11%
<b>Baixa imunidade</b>	3	3%
<b>Substâncias irritantes</b>	2	2%

% = Percentual

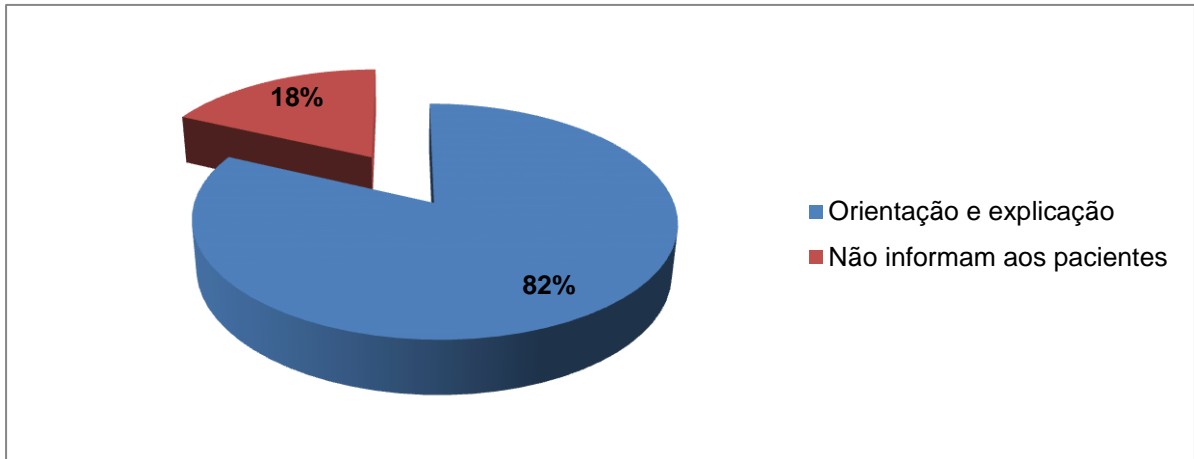
Tabela 3: Fatores de risco incorretos para o câncer de boca citados pelos participantes.

<b>Fatores de risco incorretos</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
<b>Próteses mal adaptadas</b>	40	40%
<b>Trauma</b>	24	24%
<b>Má-higiene</b>	9	9%
<b>Drogas</b>	7	7%
<b>Hábitos</b>	6	6%
<b>Dieta</b>	5	5%
<b>Lesões na mucosa</b>	3	3%
<b>Piercing</b>	2	2%
<b>Ausência de exames</b>	1	1%
<b>Infecção</b>	1	1%
<b>Ambiente de trabalho</b>	1	1%

% = Percentual

Frente ao paciente com fator de risco para o câncer de boca, 82% afirmam que aplicam uma conduta diferenciada como orientação ou explicação e 18% não acham necessário informar os pacientes (Gráfico 7).

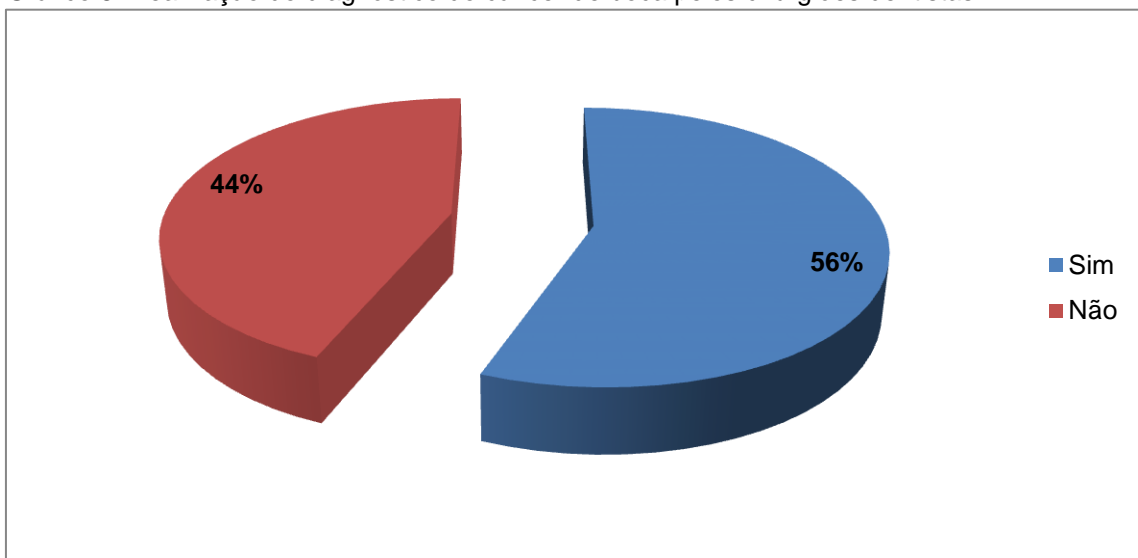
Gráfico 7: Conduta diferenciada frente ao paciente com fator de risco para o câncer de boca.



% = Percentual

Ao avaliarmos quantos cirurgiões-dentistas realizaram o diagnóstico de câncer de boca, 56% afirmaram que já o fez em algum momento de sua carreira enquanto 44% responderam que nunca realizou (Gráfico 8).

Gráfico 8: Realização do diagnóstico do câncer de boca pelos cirurgiões dentistas



% = Percentual

Cada profissional segue uma conduta diferente diante de uma lesão. Dos participantes, 85% encaminham para um especialista, 10% realizam biópsia, 2% acompanha o paciente, 1% solicita exames complementares, 1% orienta o paciente. Houve ainda a omissão de 2% dos entrevistados (Tabela 4).

Tabela 4: Conduta do cirurgião-dentista diante de uma lesão.

<b>Conduta diante de uma lesão</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
<b>Encaminham ao especialista</b>	85	85%
<b>Realizam a biópsia</b>	10	10%
<b>Acompanha o paciente</b>	2	2%
<b>Solicita exames complementares</b>	1	1%
<b>Orienta o paciente</b>	1	1%
<b>Não responderam</b>	2	2%

% = Percentual

## 5 DISCUSSÃO

A realização do exame físico e o diagnóstico tem sido um desafio por parte dos cirurgiões dentistas, pois muitos deles, apesar de receber orientação durante a graduação, encontram dificuldades. Parte deles não sabe realizar o exame físico ou não realizam de forma adequada. Há também um atraso dos pacientes na procura pelo dentista, recorrendo aos profissionais somente em caso de dor. Entretanto, a lesão maligna é indolor em seu estágio inicial. Com isso as pesquisas sobre câncer de boca estão cada vez mais voltadas para entender o real motivo do atraso do diagnóstico das neoplasias malignas orais. Sendo diagnosticados tardiamente, esses pacientes terão seu encaminhamento para os centros de tratamento com a doença avançada, diminuindo sua qualidade de vida, aumentando as taxas de mortalidade e reduzindo as chances de cura (KOWALSKI; NISHIMOTO, 2000).

Nesta pesquisa, foram distribuídos 100 questionários apresentando 100% de retorno. Ao serem questionados sobre a orientação que tiveram em sua formação sobre como realizar o exame físico na cavidade bucal, 95% dos cirurgiões dentistas relatou ter recebido orientação durante a graduação, diferente dos resultados encontrados por Falcão (2006) em que apenas 45% afirmaram ter recebido orientação sobre o exame físico.

Quando perguntados se realizam o exame físico completo na primeira consulta, a maioria (78% dos questionados) confirmou realizar. Esse resultado é semelhante aos estudos de Cruz et al. (2005), em que 82% afirmaram que sim e Moraes (2003) em que 85,8% responderam positivamente. No estudo de Matos e Araújo (2003), 44% não realizam o exame físico na primeira consulta.

Quando questionados sobre a realização do mesmo exame físico em todas as consultas sequentes, 40% responderam que realiza e 60% responderam não. Dos cirurgiões dentistas que não costumam realizar o exame físico com frequência nas consultas seguintes, 18,3% são docentes de ensino superior.

Avaliando o nível de conhecimento sobre câncer de boca, o resultado da pesquisa foi semelhante aos resultados encontrados por Falcão (2006), Alvarenga et al. (2012), Garbin (2007) e Nascimento et al. (2014).

Sobre os fatores de risco, o uso do tabaco e o uso do álcool foram os mais citados pelos participantes, resultados semelhantes aos estudos de Morais (2003), Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) e Falcão (2006). Os resultados mostraram que os cirurgiões-dentistas possuem conscientização dos principais fatores de risco para o câncer de boca. Sabe-se que o tabaco é o principal agente causador do câncer de boca (NEVILLE et al., 2009), sendo assim é de extrema importância que o cirurgião dentista realize ações de conscientização aos pacientes tabagistas. Dos nossos entrevistados que identificaram o tabaco com o risco de desenvolvimento de câncer, 100% trabalham no serviço público de saúde. Segundo Junqueira (2008), a Lei do SUS o Anexo I da Portaria nº 648/GM traz como competência do cirurgião dentista atuante na Estratégia Saúde da Família a realização de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.

O álcool isoladamente não é um fator de risco para o câncer de boca, porém quando associado ao tabaco irá potencializar a ação oncogênica do tabaco, aumentando o risco de desenvolver lesões malignas (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

Com relação à exposição solar, genética e HPV os resultados encontrados foram contraditórios aos estudos de Cimardi (2009) e Andrade (2014). No estudo de Alvarenga et al. (2012), a genética e a exposição solar foram diferentes aos dados encontrados no nosso, porém o HPV obteve resultado semelhante a essa pesquisa. De acordo com os dados, podemos afirmar que muitos dentistas desconhecem o HPV como fator de risco do câncer bucal.

Segundo Ferraro et al. (2011), o HPV é considerado um causador do câncer de boca na presença de fatores ambientais predisponentes, tais como o álcool e o tabaco.

Alguns fatores de risco não reconhecidos na literatura foram citados pelos participantes. Dentre eles, 40% citaram próteses mal adaptadas como causador do câncer de boca. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Santos

et al. (2011), Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) e Falcão (2006). Segundo Abdo (2013), há uma possível relação entre as próteses orais com o câncer de boca, atuando como fator irritante crônico e agindo em conjunto com outros fatores ou mesmo atuar sozinho como promotor da carcinogênese. Ainda Abdo (2013) apud Abdo et al. (2008), em uma pesquisa foi observado que a presença de fatores irritantes, o tempo de uso das próteses e o nível de sua higienização, pode estar relacionada com o desencadeamento do carcinoma oral, entretanto o mesmo autor em 2013 confirma não existir trabalhos demonstrando essa íntima relação.

Quando perguntados se o dentista aplica uma conduta diferenciada frente ao paciente com fator de risco para o câncer de boca, 82% orientam e explicam e 18% não acham necessário informar os pacientes. No trabalho de Alvarenga et al. (2012), 75,4% não informam seus pacientes. Isso mostra que os participantes da nossa pesquisa relatam fazer de forma efetiva a orientação sobre a prevenção.

Com relação a realização do diagnóstico do câncer de boca pelo cirurgião dentista, os dados encontrados foram semelhantes a esse trabalho, porém com uma pequena variação entre ambos, visto que no estudo de Cimardi e Fernandes (2009), o resultado encontrado foi que 47,5% já diagnosticaram o câncer de boca.

Nessa pesquisa, 85% encaminham seus pacientes a um especialista, resultado semelhante aos estudos de Falcão et al. (2006) e Andrade (2014), em que 92,7% e 100% encaminham, respectivamente. Com relação à realização da biópsia, o estudo de Garbin (2007) concorda com esse estudo mostrando que poucos os cirurgiões dentistas que se sentem capazes de realizar o procedimento cirúrgico.

## 6 CONCLUSÃO

A importância do diagnóstico precoce do câncer bucal está relacionada ao estágio em que a doença é descoberta. Quando a doença é diagnosticada em seu estágio inicial, o tratamento é iniciado precocemente e há 80% de chances de cura, diminuindo os níveis de mortalidade.

É de suma importância que os cirurgiões-dentistas busquem realizar o exame clínico correto em todas as consultas, visto que ao se depararem com um paciente com fator de risco para o câncer de boca, faça a devida orientação para prevenção do câncer de boca.

Conclui-se que os cirurgiões dentistas realizam o exame físico de forma satisfatória na primeira consulta, contudo não é realizado nas subseqüentes.

Sobre os fatores de risco, foi observado que os dentistas da cidade de Volta Redonda têm um conhecimento correto sobre os fatores de risco para o câncer de boca apesar de alguns ainda citarem efeitos que não são comprovados cientificamente. Além disso, eles mostraram ter condutas educativas para a prevenção do câncer.

Diante da literatura e dos dados recebidos dos questionários, conclui-se que há um conhecimento satisfatório dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer de boca.

## 7 REFERÊNCIAS

ABDO, E. N. Câncer de boca e prótese oral. **Onco&**, Belo Horizonte, v. 44, n. 4, p. 22-4, 2013.

ALVARENGA, M. L.; COUTO, M. G.; RIBEIRO, A. O.; MILAGRES, R. C. M.; MESSORA, M. R.; KAWATA, L. T. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto ao câncer bucal. **RFO**, Passo Fundo, v. 17, n. 1, p. 31-5, 2012.

ANDRADE, S. N. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. **Rev. bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 42-7, 2014.

BENVENUTTI, E. V.; PRESSI, T.; FREDDO, S. L.; ZASSO, F. M.; FREDDO, A. L.; SIGNOR, E. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de Chapecó – SC sobre câncer bucal: um alerta ao diagnóstico precoce. **Revista científica tecnológica**, Chapecó, v. 2, n. 1, p. 153-62, 2015.

BLOT, W. J.; MCLANGHLIN, J. K.; WINN, D. M.; AUSTIN, D. F.; GREENBERG, R. S.; MARTIN et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer, **Cancer Res**, Bethesda, v. 48, n. 11, p. 3282-7, 1988.

CALANDRO, T. L. L.; WEMECK, J. T.; GONÇALVES, S. S. Utilização do teste com o azul de toluidina como método auxiliar no diagnóstico de lesões orais. **Rev. bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p. 196-9, 2011.

CARRARD, V. C.; PIRES, A. S.; PAIVA, R. L.; CHAVES, C. M.; FILHO, M. S. Álcool e Câncer Bucal: Considerações sobre os Mecanismos Relacionados. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 49-56, 2008.

CASAGLIA, J.; WOO, S. B. Comprehensive review of oral cancer. **General Dentistry**, New York, v. 49, n.1, p. 72-82, 2001.

CIMARDI, A. C. S. S. **Câncer de boca: Conhecimento e Prática dos Cirurgiões-dentistas do Estado de Santa Catarina**. 2009. 111p. Tese (Doutorado em Odontologia – área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

CIMARDI, A. C. B. S.; FERNANDES, A. P. S. Câncer bucal – a prática e a realidade clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina. **RFO**, Santa Catarina, v. 14, n. 2, p. 99-104, 2009.

CRUZ, G. D. et al. Preventing and detecting oral câncer – oral health care providers readiness to provide health behavior counseling and oral câncer examinations. **Journal of the American Dental Association**, New York, v. 136, n. 5, p.594-601, 2005.



- DANTAS, E. L. R.; SÁ, F. H. L.; CARVALHO, S. M. F.; ARRUDA, A. P.; RIBEIRO, E.M. Genética do câncer hereditário. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Juazeiro do Norte, v. 55, n. 3, p. 263-9, 2009.
- DEDIVITIS, R. A.; FRANÇA, C. M.; MAFRA, A. C.; GUIMARÃES, F. T.; GUIMARÃES, A. V. Características clínicas epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Rev Bras Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 70, n. 1, p. 35-40, 2004.
- DIB, L. L.; SOUZA, R. S.; TORTAMANO, N. Avaliação do conhecimento sobre câncer entre alunos de odontologia em diferentes unidades da Universidade Paulista. **Rev Inst Cienc Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 32, p. 287-95, 2005.
- FALCÃO, M. M. L. **Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal**. 2006. 143p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2006.
- FERNANDES, G. M.; BERGAMANN, A.; OLIVEIRA, J. F. Análise epidemiológica de população com câncer de cabeça e pescoço: influência sobre as complicações pós operatórias. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 140-9, 2013.
- FERRARO, C. T.; CANEDO, N. H.; OLIVEIRA, S. P.; CARVALHO, M. G. C.; DIAS, E. P. Infecção oral pelo HPV e lesões epiteliais proliferativas associadas. **Bras Patol Med Lab.**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 451-9, 2011.
- FORONES, N. M.; FILHO, R. J. G.; TADOKORO, H.; FREIRE, C. A. R. **Guias de Medicina ambulatorial e hospitalar**. São Paulo: Manole, 2005.
- GARBIN, D. **Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre câncer bucal: um estudo de caso na rede pública de Florianópolis – SC**. 2007. 96p. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- GUPTA, P. C.; MURTI, P. R.; BHONSLE, R. B. Epidemiology of cancer by tobacco products and the significance of tsna. **CriticalReviews in Toxicology**, Lyon, v. 26, n. 2, p. 183-98, 1996.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. **TNM: classificação de tumores malignos** – Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Definição do câncer de boca** – Rio de Janeiro: INCA, 2014.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil** – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

JUNQUEIRA, S. R. Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe. Módulo Político Gestor do programa de especialização em Saúde da Família. p.158-9.UNIFESP, 2008.

KOWALSKI, L. P. Carcinoma da boca: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Acta AWHO**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 128-34, 1991.

KOWALSKI, L. P.; MAGRIN, J.; PIERA, C.; COELHO, F. R.; ZEFERINO, L. C. Modelo de programa de prevenção e detecção precoce do câncer bucal. **Saúde debate**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 66-71, 1991.

KOWALSKI, L. P.; NISHIMOTO, I. N. Epidemiologia do câncer de boca. In: Parise Junior. **O câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier; 2000.

LIMA, A. A. S.; FRANÇA, B. H. S.; IGNÁCIO, A. S.; BAIONI, C. S. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. **Revisão Bras Cancerologia**, Curitiba, v. 51, n. 4, p. 383-8, 2005.

LOPES, A.; IYAYASU, H.; CASTRO, R. M. R. P. S. **Oncologia para graduação**. .2 ed. São Paulo: Tecmed, 2008.

MARTINS, M. M. T.; MARQUES, F. G. O. A.; PAVESI, V. C. S.; ROMÃO, M. M. A.; LASCALA, C. A.; MARTINS, M. D. Avaliação do conhecimento sobre o câncer bucal entre universitários. **Rev Bras cir cabeça pescoço**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 191-7, 2008.

MATOS, I. B.; ARAÚJO, L. A. Práticas acadêmicas, cirurgiões dentistas, população e câncer bucal. **Revista da ABENO**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 76-81, 2003.

MIYACHI, S.; SASSI, L.; BARAS, S.; TOMMASI, M. H. M.; ZARDO, F.; SUGITA, R. K. et al. Centro de diagnóstico de lesões bucais: potencial do impacto na epidemiologia do câncer de boca em Curitiba. **Rev Bras Cirurg Implant**, Curitiba, v. 9, n. 32, p. 80-5, 2002.

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

MORAES; M. et al. Atlas virtual de citologia esfoliativa em lesões de boca. Pesquisa Odontologia Brasileira. Brasília. 2005. Disponível em: <http://www.unb.br/fs/citovirtual/artigo1.pdf>. Acesso em 01 nov. 2016.

MORAIS, T. M. N. **Câncer de boca: avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico**. 2003, 108p. Dissertação (Mestrado em Clínica Integrada) - Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo, 2003.

NASCIMENTO, E. P. A.; NOGUEIRA, L. T.; SILVA, T. S. O.; FERREIRA, R. S.; PINHEIRO, C. O. B. Câncer bucal: conhecimento de cirurgiões-dentistas e acadêmicos de odontologia. **R. Interd.**, Parnaíba, v. 7, n. 3, p. 9-16, 2014.

NEVES, J. F.D.; MARTINS, M. H.; GREIN, R. L. Citologia Esfoliativa e Biópsia. **Odont.Mod**, São Paulo, v. 8, n. 6, p. 17-24, 1981.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3 ed. Rio de Janeiro:Guabanara Koogan, 2009.

ONIZAWA, K.; NISHIHARA, K.; YAGANATA, K.; YANAGAWA, T.; YOSHIDA, H. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. **Oral Oncol**, v. 39, p. 781-8, 2003.

PEDRON, I. G.; SANTOS, E. S. R.; ABURAD, A.; TORTAMANO, I. P.; ADDE, C. A. Carcinoma epidermoide: diagnóstico e condutas imediatas. **Rev Inst Ciênc Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 234-41, 2006.

PEREIRA, C. C. T.; DIAS, A. A.; MELO, N. S. Abordagem do câncer de boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, p. 30-9, 2012.

PINDBORG, J. J. **Atlas das Doenças da Mucosa Oral**. São Paulo: Editorial Medica Panamericana, 1981.

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

PEREZ, R. S.; FREITAS, S. M.; DEDIVITIS, R. A.; RAPOPORT, A.; DENARDIN, O. V. P.; SOBRINHO, J. A. Estudo Epidemiológico do Carcinoma Espinocelular da Boca e Orofaringe. **Arq. Int. Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 271-7, 2007.

PRADO, B. N.; PASSARELLI, D. H. C. Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. **Rev Odontol Univ Cid São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 79-85, 2001.

SANTO, R. A. E.; SANTOS, L. F. G.; CONCEIÇÃO, J. G.; PONTES, J. R. M.; ISRAEL, M. S.; RAMOS, M. E. B. Piercing oral: fator de risco para o câncer? **R. Ci. méd. biol.**, Salvador, v. 6, n. 2, p. 233-9, 2007.

SANTOS, I. V.; ALVES, T. D. B.; FALCÃO, M. M. L.; FREITAS, V. S. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. **Odontol. Clin. Cient**, Feira de Santana, v. 10, n. 3, p. 207-10, 2011.

SILVA, E. FIGUEIRÊDO, P.; CARVALHO, D. Conhecimentos, comportamentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas frente ao Câncer Bucal. 2006. Disponível em URL: <http://www.unievangelica.edu.br/noticias/969/odontologica/IC%2014.02.06%20subp1.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

SPENCE, R. A. J.; JONHSTON, P. G. Cancer chemotherapy and biotherapy. **Ed: Oxford University Press**, Oxford, v. 2, n. 1, p. 1-14, 2001.

SYME, S. E.; DRURY, T. F.; HOROWITZ, A. M. Maryland dental hygienists knowledge and opinions of cancer risk factors and diagnostic procedures. **Oral Dis**, Bathesda, v. 7, n.1, p. 177-84, 2001.

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

VIDAL, A. K. L.; SILVEIRA, R. C. J.; SOARES, E. A.; CABRAL, A. C.; JÚNIOR, A. F.C.; SOUZA, E. H. A.et al. Prevenção e diagnóstico precoce do Câncer de boca: uma medida simples e eficaz. **Odontologia. Clin. Cientif**, Recife, v. 2, n. 2, p. 109-14, 2003.

**APÊNDICE A: Questionário**

Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: ( ) F ( ) M CRO: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

É docente: ( ) sim ( ) não

Pós-graduação: Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( )

- 1) Você recebeu orientação sobre como realizar um exame físico para avaliação de lesões orais ou para câncer bucal?  
( ) Sim ( ) Não
- 2) Você realiza o exame físico completo, incluindo mucosas bucais e estruturas extra orais, na primeira consulta?  
( ) Sim ( ) Frequentemente ( ) Não ( ) Raramente
- 3) Você realiza o mesmo exame físico em todas as consultas sequentes?  
( ) Sim ( ) Frequentemente ( ) Não ( ) Raramente
- 4) Avalie seu nível de conhecimento sobre o câncer de boca:  
( ) Excelente ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim
- 5) Você sabe quais os fatores de risco para o câncer de boca?  
( ) Sim ( ) Não

Se sua resposta foi sim, cite alguns:

---



---

- 6) Quando atende algum paciente com fator de risco para câncer de boca, tem algum tipo de conduta diferenciada como orientação ou explicação sobre o câncer de boca?  
( ) Sim ( ) Não
- 7) Você já diagnosticou alguma lesão oral com características clínicas de malignidade?  
( ) Sim ( ) Não
- 8) Qual a sua conduta diante de uma lesão bucal?  

---
- 9) Para você, qual a importância do cirurgião dentista na prevenção do câncer de boca?  

---
- 10) Você trabalha em consultório público ou privado?  
( ) Público ( ) Privado ( ) Ambos

**APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa e para que você possa decidir precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

**OBJETIVO DO ESTUDO**

Avaliar o grau de conhecimento com relação ao diagnóstico precoce do câncer bucal dos cirurgiões dentistas da cidade de Volta Redonda.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO**

A coleta dos dados será realizada através de questionários à cirurgiões dentistas que atuem na cidade de Volta Redonda. Os questionários contarão com perguntas abertas e fechadas, além de perguntas sobre dados específicos dos entrevistados, como idade, tempo de atuação da Odontologia, local de formação e pós graduação.

Para analisar os dados encontrados, as respostas discursivas serão agrupadas de acordo com os principais tópicos abordados e as objetivas serão analisadas através do teste de Mann-Whitney e chi-quadrado.

**RISCOS**

Embora o estudo não apresente riscos diretos aos participantes, a eventual possibilidade de identificação de suas respostas existe, fato que nos leva a redobrar os esforços para evitar a exposição dos mesmos.

**BENEFÍCIOS**

Não há benefício direto aos participantes, porém o estudo almeja trazer à classe odontológica, ações para que haja diagnóstico precoce do câncer de boca.

**CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS**

Seu nome não será revelado ainda que informações a seu respeito sejam utilizadas para propósitos educativos ou de publicação, que ocorrerão independentemente dos resultados obtidos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido garantirá ao participante o sigilo dos seus dados individuais

**CUSTOS**

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento para o entrevistado pela sua participação no estudo.

### **BASES DA PARTICIPAÇÃO**

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, a equipe assistente deve ser comunicada e a pesquisa será imediatamente interrompida.

### **GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS**

Eu, Maíra Tavares de Faria, cirurgiã Dentista, portadora do CPF 13139131704, estabelecida em rua 23A, nº181, sala 604, Vila Santa Cecília, Volta Redonda, cujo telefone de contato é (24) 98110-7654 e as pesquisadoras Gabrielle Souza Resende, telefone (24) 998544559, e-mail [g.s.resende@bol.com.br](mailto:g.s.resende@bol.com.br) e Isabelle dos Santos Couto, telefone (24) 999392009, [email\\_belinhaar1995@gmail.com](mailto:email_belinhaar1995@gmail.com), desenvolveremos essa pesquisa cujo título é “Conduta dos cirurgiões dentistas no diagnóstico precoce do câncer bucal na cidade de Volta Redonda”. Se houver perguntas com relação a seus direitos como participante da pesquisa, pode entrar em contato, como também pode contar com um contato imparcial, o CoEPS – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do UniFOA, situado à Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, 1325, Três Poços, Volta Redonda – RJ. Telefone: (24) 33408404.

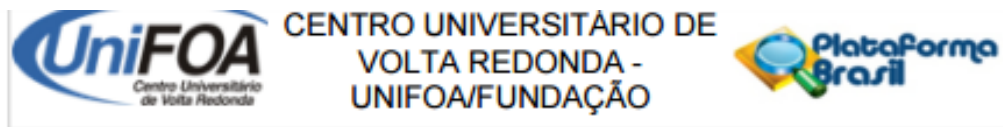
Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo.

Eu recebi uma cópia deste formulário de consentimento.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Assinatura do Participante)

## ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CoEPs



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Conduta dos cirurgiões dentistas no diagnóstico precoce do câncer bucal na cidade de Volta Redonda

**Pesquisador:** Roberta Mansur Caetano

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 60496516.7.0000.5237

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.784.037

**Apresentação do Projeto:**

Avaliação, através de questionário, do conhecimento de Cirurgiões Dentistas sobre Câncer Bucal.

**Objetivo da Pesquisa:****Objetivo Primário:**

O objetivo deste trabalho será avaliar o grau de conhecimento dos dentistas sobre o diagnóstico precoce do câncer bucal.

**Objetivo Secundário:**

Avaliar o conhecimento dos dentistas, com relação a um exame clínico e conduta adequados permitindo o diagnóstico precoce do câncer bucal.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:****Riscos:**

Não haverá riscos, pois haverá sigilo com relação a identidade dos participantes.

**Benefícios:**

Não há benefício direto aos participantes, porém o estudo almeja trazer à classe odontológica, ações para que haja diagnóstico precoce do câncer de boca.

Endereço: Avenida Paulo Eitel Alves Abrantes, nº 1325  
 Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços CEP: 27.240-560  
 UF: RJ Município: VOLTA REDONDA  
 Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: coeps@foa.org.br





CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
VOLTA REDONDA -  
UNIFOA/FUNDAÇÃO



Continuação do Parecer: 1.784.037

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e de fácil execução.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos apresentados

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há!!

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_787713.pdf	09/10/2016 15:32:01		Acelto
Outros	Questionario.docx	09/10/2016 15:30:20	Roberta Mansur Caetano	Acelto
Outros	Folha_de_Rosto_Roberta_Mansur_assi nada.pdf	29/09/2016 14:37:32	Ana Carolina Gioseffi	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimento.docx	04/09/2016 16:53:03	Roberta Mansur Caetano	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.doc	04/09/2016 15:28:59	Roberta Mansur Caetano	Acelto
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	04/09/2016 15:28:34	Roberta Mansur Caetano	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Avenida Paulo Erel Alves Abrantes, nº 1325  
 Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços CEP: 27.240-560  
 UF: RJ Município: VOLTA REDONDA  
 Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 1.784.037

VOLTA REDONDA, 20 de Outubro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Sérgio Elias Vieira Cury**  
**(Coordenador)**

Endereço: Avenida Paulo Eitel Alves Abrantes, nº 1325  
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços CEP: 27.240-560  
UF: RJ Município: VOLTA REDONDA  
Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: coeps@foa.org.br