

# NÍVEL DE CONHECIMENTO E DE ATITUDES PREVENTIVAS ENTRE UNIVERSITÁRIOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA EM RELAÇÃO AO CÂNCER BUCAL: DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

*Knowledge and attitude related to oral cancer among Dental students:  
a new model of evaluation*

LUCIANO LAURIA DIB

*Trabalho financiado pela Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Unip*

---

## Resumo

O intuito do presente trabalho foi o de desenvolver um instrumento eficiente para ser aplicado em diversas comunidades profissionais, permitindo uma avaliação criteriosa do nível de conhecimento sobre câncer bucal. Esta avaliação adequada possibilitará a adoção de medidas efetivas para mudança do panorama atual sobre o assunto, que revela um total desconhecimento sobre a matéria, conforme evidenciado em estudos anteriores. Para a obtenção desta proposta, foi adaptado um questionário já proposto na literatura, do qual foram retiradas perguntas que permitiam respostas múltiplas ou dúbias, além da confecção de um sistema objetivo de graduação do conhecimento, por meio de atribuição de conceitos de acordo com o acerto a determinadas questões, as quais permitiam apenas uma alternativa correta. O questionário desenvolvido foi aplicado a 44 alunos do 1º semestre de Odontologia e a 52 alunos do 8º semestre, nos meses de abril e maio de 2002. Após a coleta dos questionários, os dados foram tabulados em uma planilha do programa de computadores Excel e os resultados submetidos à análise estatística por meio do programa SPSS para Windows, empregando-se o teste do qui-quadrado, na análise de correlação de freqüências. A análise dos resultados permitiu concluir a eficiência do instrumento para definição de conhecimento, pois 76,9% dos alunos do 8º semestre conseguiram obter conceito A ou B, enquanto que 0% dos alunos do 1º semestre obtiveram conceito A ou B. O teste estatístico de Pearson, mostrou valor de p menor do que 0.000, denotando alta significância nesta variável. A análise estatística da distribuição de freqüência das demais variáveis mostrou significância estatística na maioria delas, evidenciando que o instrumento proposto é um método adequado para avaliação do nível de conhecimento sobre câncer bucal. A próxima etapa do projeto deve ser a aplicação desse questionário em diversas comunidades profissionais, avaliando-se o conhecimento dessas populações, propondo-se, a seguir, medidas efetivas de atuação profissional, que sejam adequadas às realidades de cada meio estudado.

---

**Palavras-chaves:** Neoplasias bucais; Prevenção; Educação; **Keywords:** Oral cancer; Knowledge; Prevention; Statistics. Estatística.

## **Introdução**

O câncer bucal vem progressivamente ocupando posição de destaque entre as causas de morbidade e mortalidade em nosso país. No Brasil, dados de Registros de Câncer de Base Populacional mostram que o Câncer bucal ocupa o 6º lugar entre os tipos de cânceres mais incidentes no sexo masculino<sup>2</sup>. Em alguns Estados é a 2ª ou 3ª localização anatômica entre todos os tipos de neoplasias malignas. Além disso, os dados dos Registros Hospitalares de Câncer brasileiros mostram que grande parte dos pacientes chega aos hospitais em fase avançada, necessitando de tratamentos que influem no tempo e na qualidade de sobrevivência destes pacientes, caracterizando o câncer bucal como uma doença que causa morte, invalidez e deformidade em nosso país. Deste modo, constitui um problema de saúde pública, devendo assim ser considerado.

A magnitude do problema do câncer de boca no Brasil é avaliável pelos dados de morbidade e mortalidade, mas acima de tudo por meio de índices que demonstram inadequações das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento. A identificação e o estudo dessas características no nosso meio são fundamentais para se estabelecer um perfil da realidade brasileira, tornando possível adequar programas de prevenção e detecção precoce que possam atender aos reais problemas nacionais.

Entre as causas de diagnóstico tardio incluímos desde o despreparo da própria classe médica e odontológica, sem formação específica para realizar o diagnóstico nas fases precoces, até a desinformação da população sobre como cuidar de sua saúde<sup>14</sup>. Os fatores culturais, tais como credices, contribuem para que o diagnóstico precoce e tratamento adequado sejam retardados.

A Odontologia deve desempenhar um significativo papel na área da Oncologia, pois tem a oportunidade de realizar o diagnóstico precoce do câncer bucal, através da detecção de lesões assintomáticas nos exames odontológicos de rotina. O cirurgião-dentista também deve ser um elemento de difusão de informações sobre o assunto, facilitando assim o acesso dos pacientes às medidas preventivas ou de diagnóstico precoce. É preciso conjugar nossos esforços para levar a educação e a informação como as melhores formas de prevenção. Também é necessário sensibilizar os profissionais de saúde

a se engajar em projetos e programas voltados para a prevenção do câncer de boca.

Consideramos que existem maneiras definidas para prevenir a ocorrência de muitos casos de câncer, e que não têm sido amplamente aplicadas em nosso meio. As estratégias de prevenção de câncer de boca devem ser revistas e praticadas por meio de políticas públicas conscientes, envolvendo não somente os profissionais de saúde sensibilizados, mas também toda a população, que deve ser estimulada a participar ativamente. É sabido que o papel do cirurgião-dentista é de fundamental importância na difusão de medidas de conscientização e prevenção da doença. Também se verifica a importância dos hábitos na gênese do câncer bucal. Acreditamos que somente com a visão real do nível de conhecimento e atitudes preventivas por parte dos profissionais de saúde é que poderemos avaliar o seu impacto em campanhas, visando a redução da incidência e aumento do diagnóstico precoce do câncer bucal.

Tendo em vista tais questionamentos, decidiu-se elaborar o presente estudo na tentativa de se obter essas respostas e buscar novos caminhos para o trabalho preventivo do câncer bucal.

## **Revisão da Literatura**

*Blot et al.* (1988)<sup>1</sup> conduziram um extenso estudo de casos-controle para avaliar a relação entre o consumo de fumo e álcool e o aparecimento de carcinomas de boca e faringe. Avaliando 1.114 fumantes ou alcoólatras e 1.268 caso-controles, os autores puderam demonstrar o risco independente de ambas as substâncias na carcinogênese, sendo que a associação do consumo de fumo e álcool mostrou ser mais do que a soma do risco individual de cada produto, sendo identificado um risco 35 vezes aumentado para aqueles que consomem mais de 20 cigarros e bebem mais do que 4 doses alcoólicas por dia. Foi identificado que após 10 anos de cessar de fumar, o risco de câncer foi bastante reduzido, sugerindo que o fumo afeta um estágio tardio da carcinogênese. Quanto a bebidas alcoólicas, o risco maior esteve mais relacionado aos consumidores de bebidas destiladas fortes e cerveja do que aos consumidores de vinho. Não houve diferenças de risco entre os brancos e não brancos, ou entre homens e mulheres. Finalizando, os autores concluíram que aproximadamente três quartos de todos os carcinomas

orais e de faringe estavam relacionados ao consumo de fumo e álcool.

*Sanghvi et al.* (1989)<sup>23</sup> publicaram um estudo epidemiológico sobre as neoplasias malignas de cabeça e pescoço na Índia, afirmando que, nos homens, a cavidade oral e a faringe são os principais sítios anatômicos, correspondendo a aproximadamente 30% de todos os tumores. Nas mulheres, a cavidade oral corresponde a 13% dos casos, sendo a principal região anatômica em cabeça e pescoço. Como fatores de risco relatam o tabaco, considerando que existem muitas formas de consumo na Índia, como por exemplo, o bidi, mascar tabaco e o próprio hábito de fumar cigarros. Afirmam que o governo da Índia já considera como prioridade da saúde a prevenção do consumo de tabaco.

*Franco et al.* (1989)<sup>5</sup> também realizaram um estudo de casos-controle para avaliar os fatores de risco para o câncer de boca no Brasil. Os autores concluíram que o risco para o aparecimento de câncer oral foi 6,3 vezes maior nos fumantes em relação aqueles que jamais fumaram. Os pacientes que pararam de fumar há mais de dez anos apresentaram risco semelhante aos pacientes que jamais fumaram. Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, encontrou-se forte evidência do risco com o consumo de cachaça e vinho. A associação do consumo de fumo e álcool representou um significativo aumento do risco de carcinogênese, maior do que a soma de ambos os riscos individuais. Observou-se também uma diminuição do risco de cancerização entre os pacientes com dieta rica em caroteno e frutas cítricas.

*Guggenheimer et al.* (1989)<sup>6</sup> realizaram um estudo com a finalidade de avaliar os fatores responsáveis pelo atraso no diagnóstico dos carcinomas de boca e orofaringe, por meio de questionários respondidos por 149 portadores das referidas lesões. Encontraram que atrasos causados pelos próprios pacientes variaram de 1 dia a mais de 1 ano, sendo que atrasos causados por médicos ocorreram em 30% dos casos. Os autores concluíram que os carcinomas iniciais são provavelmente assintomáticos e que suas eventuais manifestações são confundidas com lesões orais ou dentais benignas, sendo esses erros os responsáveis pelos avançados estádios clínicos no momento do diagnóstico. Afirmaram que se deve dar ênfase a exames periódicos e educação à população de maior risco, para se tentar reverter o quadro apresentado.

*Dib et al.* (1990)<sup>3</sup> estudaram 4.527 casos de CEC de boca atendidos no Hospital A. C. Camargo, no período de 1953 a 1980, encontrando que 20,8% dos casos eram de localização na língua, constituindo-se na primeira região intrabucal em termos de incidência da lesão. Observaram que apenas 14,5% dos casos haviam sido diagnosticados no estágio clínico (EC) I e que 49,1% dos pacientes já apresentavam doença metastática regional no primeiro exame. A sobrevida a 5 anos nos casos EC I foi de 84,3%, sendo de 33,4% nos casos acima do EC I.

*Rosemberg* (1991)<sup>21</sup>, em um livro sobre a relação do tabagismo e o câncer, apresenta importantes informações sobre a epidemiologia do tabagismo no Brasil. Com relação ao consumo de tabaco pelas mulheres, o autor refere que elas passaram a fumar somente após os anos 50, sendo que a proporção de mulheres fumantes vem aumentando nas últimas décadas. O autor informa que, no Brasil, existem 33% de mulheres tabagistas regulares, sendo que entre as idades de 10 a 18 anos existem 27,5% de mulheres fumantes. Do total de fumantes do Brasil (30 milhões e 600 mil), 40,48% são mulheres. O autor afirma que as mulheres fumantes das gerações anteriores fumaram por um período mais curto de sua existência (por se iniciarem tardiamente no tabagismo), gerando uma falsa impressão de menor risco desse uso nas mulheres. No entanto, o risco de doenças relacionadas ao consumo de tabaco é o mesmo para os dois sexos, inclusive para o câncer.

*Gupta et al.* (1992)<sup>7</sup> publicaram um interessante estudo sobre a viabilidade de realização da prevenção primária em adolescentes da Índia. Realizaram um programa de educação concentrada sobre os malefícios do consumo de tabaco, em 12.212 usuários de tabaco, com idade acima de 15 anos. Como controle do estudo, estabeleceram 6.075 usuários de tabaco, os quais receberam apenas mínimas orientações sobre os riscos do consumo de tabaco. Após 10 anos de controle, houve um decréscimo acentuado no uso de tabaco e na ocorrência de leucoplasia no grupo estudado, comparado ao grupo-controle. Com esses resultados, os autores afirmaram que o risco de ocorrência de câncer bucal pode ser diminuído com campanhas adequadas e intensivas de controle de tabaco, caracterizando a viabilidade de prevenção primária de câncer de boca.

Em 1993, o “National Institute of Dental Research”,

órgão americano voltado à saúde bucal, publicou artigos relatando o impacto socioeconômico da ocorrência de câncer de boca nos Estados Unidos. Afirmaram que aproximadamente 30.000 americanos são diagnosticados com câncer da boca e da faringe a cada ano, com 8.000 mortes. Estimam que aproximadamente 75% dos casos são relacionados ao consumo de fumo e de álcool, sendo que o tratamento da doença é feito com graves seqüelas e custo social. Relataram que um estudo dos anos 80 revelou que o custo econômico dos tratamentos de câncer bucal e da faringe chegava a 289 milhões de dólares. Concluem que a prevenção é a melhor forma de atuar, podendo ser obtida principalmente através da educação profissional e da população. Estimulam diversas pesquisas no sentido de motivar a classe profissional a conhecer os malefícios do consumo de tabaco e ampliar as maneiras para se obter o diagnóstico precoce, considerado a melhor forma de se reduzir os custos terapêuticos.

*Kowalski et al.* (1994)<sup>14</sup> realizaram estudo sobre os fatores relacionados ao atraso no diagnóstico do câncer bucal. Consideraram que os principais fatores responsáveis por lesões avançadas foram a localização anatômica, isto é, lesões em localizações menos visíveis da boca e o atraso no diagnóstico causado por cirurgião-dentista ou outro profissional não especialista. Os autores afirmaram que duas das mais importantes e imediatas conseqüências do diagnóstico em fases avançadas são um significativo aumento dos custos do tratamento e um maior tempo de internação hospitalar.

*Horowitz* (1994)<sup>8</sup> citou o filósofo grego Sócrates, que afirmou: "Só existe um bem, o conhecimento e somente um mal, a ignorância", para embasar sua teoria de que a informação é a melhor maneira de ajudar a preservar a saúde das pessoas. A autora afirma que embora muito se saiba cientificamente sobre os fatores de risco, o nível de conhecimento da população sobre esses fatores de risco ou sobre os sinais precoces do câncer bucal é muito pequeno. Como exemplo, cita dados que referem que apenas 25% de adultos americanos são capazes de identificar os sinais do câncer bucal, que apenas 13% sabem que o consumo regular de bebidas alcoólicas aumenta esse risco. Estabelece um paralelo interessante com o exame ginecológico de Papanicolau. Afirma que no início de seu emprego, era muito pouco recomendado pelos médicos, sendo que seu uso só foi aumentando após campanhas

educativas que ensinaram a população a exigir esse tipo de procedimento nas consultas de rotina. Sugere a necessidade de planos bem planejados, com ações educativas para o público e para os profissionais, além de facilitação do acesso da população às formas de atendimento precoce. Conclui afirmando que o câncer bucal é possível de ser prevenido, sendo altamente custoso à sociedade, necessitando que se saia da apatia atual.

*Zakrzewska* (1994)<sup>27</sup> publicou um editorial sobre a responsabilidade de cada dentista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal. Mostrou dados sobre pesquisas que revelaram que 56% dos dentistas americanos simplesmente não perguntam aos seus pacientes se esses consomem tabaco, e apenas 64% avisam para parar de fumar. Enfatiza o papel de cada dentista na prevenção do câncer bucal, informando sobre os malefícios do cigarro, promovendo visitas regulares dos pacientes para um "check-up" anual, fazendo a pesquisa de todas as áreas da boca, a fim de realizar o diagnóstico precoce. Estabelece como meta a redução da taxa de diagnóstico avançado de 60% para 40% no Reino Unido.

*McCartan e Shanley* (1995)<sup>17</sup> realizaram um estudo por meio de questionários enviados pelo correio a 163 faculdades de Odontologia da Europa, perguntando sobre políticas de controle de fumo na escola. Os resultados apresentados mostraram que a maioria das escolas ensina sobre os malefícios do cigarro e que encorajam os seus alunos a obterem informações sobre o consumo de tabaco por parte dos pacientes. Metade das escolas aconselham os estudantes a pararem de fumar e esperam que esses estudantes ensinem seus pacientes. A maioria banuiu o uso de cigarros nas suas dependências, quer clínicas ou não clínicas. Concluem que há ainda um grande espaço para aumentar as políticas de aconselhamento antitabagista, principalmente para esperar que os alunos ajam como conselheiros dessa causa.

*Horowitz* (1995)<sup>9</sup> realizou estudo sobre o conhecimento dos fatores de risco e dos sinais de câncer bucal entre americanos adultos. Dentro de um questionário de saúde que é regularmente realizado pelo "National Health Interview Survey" foram colocadas duas questões sobre câncer de boca, apresentadas a 41.104 americanos. Tabaco foi o único fator de risco corretamente relatado pelos entrevistados e somente 255 foram capazes de identificar sinais de câncer bucal. Como regra geral,

concluem que há um extenso grau de má informação e uma grande falta de conhecimento geral sobre o tema. Finalizam afirmando a necessidade de educação da população e de realização de programas de detecção precoce do câncer bucal, especialmente em pacientes de maior risco.

*Rubright et al.* (1996)<sup>22</sup> realizaram um estudo para identificar os fatores relacionados ao diagnóstico de câncer de boca em estágios avançados, por meio de análise de 53 pacientes tratados de 1990 a 1994. A distribuição por sexo não foi significativamente associada ao estágio do tumor, da mesma forma que o grau de escolaridade, exceto naqueles pacientes com escolaridade menor do que o secundário, em que houve um risco maior de doença avançada. Os resultados mostraram que quando médicos ou dentistas realizaram o diagnóstico esse foi frequentemente em fases mais iniciais. Os próprios pacientes fizeram o diagnóstico em 30% dos casos, médicos em 38% e dentistas em 32% dos casos. Em todos os casos descobertos por médicos ou dentistas, os pacientes não haviam visto o tumor, mas a maioria apresentava dor ou algum desconforto. Apenas 2 pacientes, ambas enfermeiras, realizavam o auto-exame da boca e 87% dos pacientes não conheciam os sinais de alerta para um câncer de boca. O tempo médio de demora para o diagnóstico a partir dos primeiros sintomas foi de 5,3 meses. Poucos pacientes realizavam visitas periódicas ao dentista, sendo mais freqüente procurarem médicos, no entanto, esses raramente examinaram a boca. Concluindo, os autores afirmaram que os pacientes com tumores avançados tendem a ser mais velhos, usar próteses dentais e raramente visitar o dentista. Para que se obtenha melhores resultados de sobrevida e qualidade de vida, os autores sugerem que a população precisa de maior informação e vigilância epidemiológica.

*Martin et al.* (1996)<sup>16</sup> avaliaram o papel dos cirurgiões-dentistas na pesquisa de câncer bucal e no aconselhamento sobre parar de fumar. Em uma amostra de 12.035 adultos americanos, no ano de 1992, observaram que menos de 10% dos pacientes relataram terem sido submetidos a um exame para detecção de câncer bucal por parte dos seus dentistas, nos últimos três anos. Apenas 24,1% dos fumantes foram aconselhados a parar de fumar no mesmo período. Como conclusões desse estudo, os autores afirmam que a informação dos pacientes precisa ser

incrementada e que a chance de detecção precoce do câncer bucal está sendo subutilizada nos consultórios odontológicos. Acreditam que o impacto da redução do consumo de tabaco seria importante também para outras doenças relacionadas ao seu uso.

*Horowitz et al.* (1996)<sup>11</sup> publicaram um artigo de revisão, destacando a importância de implementação de medidas educacionais para a população e profissionais, a respeito dos fatores de risco e sinais do câncer bucal. Citam os objetivos do programa “*Healthy People 2000*”, que pretende reduzir acentuadamente as taxas de mortalidade do câncer bucal no próximo século. Consideram muito importante que a população saiba sobre a possibilidade de realização de um exame para identificação do câncer bucal, bem como que medidas políticas sejam tomadas para se intensificar a detecção precoce e prevenção do câncer. Ainda em 1996, *Horowitz* e *Nourjah*<sup>12</sup> relataram um estudo em que apenas 15% dos adultos com idade acima de 40 anos receberam exame oral com a finalidade de detectar câncer nos Estados Unidos, segundo dados do “*National Health Interview Survey*” de 1992. Segundo os autores, estes dados reforçam a necessidade de informação à população sobre os aspectos relacionados ao câncer bucal.

*Lodi et al.* (1997)<sup>15</sup> realizaram um estudo por meio de questionários telefônicos, com 250 cirurgiões dentistas do Norte da Itália, a respeito de hábitos e atitudes dos mesmos em relação a câncer de boca. Os resultados mostraram que um terço dos cirurgiões-dentistas era fumante, embora 60,8% afirmaram que sempre aconselham seus pacientes a pararem de fumar. Pelos questionários, somente uma pequena amostra (10,8%) não examina a mucosa dos pacientes rotineiramente e 40% já fizeram um diagnóstico de câncer bucal no passado. A falta de educação especializada foi atribuída como a causa de um exame menos escrupuloso dos tecidos moles da boca e falta de contato maior com o diagnóstico de câncer. No entanto, os entrevistados se mostraram favoráveis a campanhas e atitudes relacionadas à prevenção primária e secundária do câncer bucal.

*Dib* (1997)<sup>4</sup>, avaliando 895 casos de câncer de língua tratados no Hospital A. C. Camargo em um período de 40 anos, percebeu que houve uma melhora do prognóstico ao longo das décadas avaliadas, muito embora não tenha ocorrido qualquer modificação quanto ao índice de

diagnóstico precoce. Diante desses dados, o autor considera ser de fundamental importância difundir informações sobre os recursos diagnósticos e terapêuticos para a população, a fim de que o medo associado ao câncer seja paulatinamente vencido e com isso o diagnóstico seja realizado em fases mais precoces.

Meskin (1997)<sup>19</sup> publica um editorial bastante incisivo sobre a atuação do cirurgião-dentista na área de câncer bucal. Para o autor, o cirurgião-dentista é o profissional mais adequado para agir na área, no entanto, considera que se mantiver a atitude passiva e inoperante que vem tomando até agora, a Odontologia perderá rapidamente esse espaço profissional para especialidades médicas. O autor afirma que para uma doença que é para o dentista prevenir e diagnosticar, a classe profissional tem demonstrado uma marcante falta de progresso no controle da ocorrência do câncer bucal. Conclui afirmando que os dentistas têm todo o preparo e treinamento necessário para prevenir, diagnosticar e manejar o câncer bucal e que abdicar dessa responsabilidade seria um ato sem consciência. A mensagem final é bastante óbvia: "Faça isto ou perca isto!"

Kay (1997)<sup>13</sup> replicou o artigo de Meskin (1997)<sup>19</sup>, considerando que os principais culpados pela falta de diagnóstico precoce não são os dentistas. Aponta como culpados as companhias de cigarro e álcool, pacientes que evitam procurar dentistas regularmente e a comunidade científica que não desenvolveu métodos científicos mais modernos e sensíveis para realizar o diagnóstico precoce.

Price (1997)<sup>20</sup>, comentando o mesmo artigo de Meskin (1997)<sup>19</sup>, concorda com o autor em muitos aspectos, mas salienta que muitas vezes o dentista realiza o exame da mucosa bucal e não conta ao paciente, contribuindo para mantê-lo desinformado sobre o assunto.

Já Melrose (1997)<sup>18</sup> também concorda com Meskin (1997)<sup>19</sup>, afirmando que há uma grande necessidade de informação à população, propondo que a Academia Americana de Patologia Oral e Maxilofacial realize campanhas anuais informativas sobre o tema.

Seoane et al. (1997)<sup>25</sup> aplicaram um questionário em estudantes de odontologia espanhóis, para avaliar a acurácia de diagnósticos entre lesões benignas e malignas projetadas. Os resultados obtidos foram considerados como positivos em relação à qualificação dos estudantes para diagnóstico de lesões malignas e pré-malignas,

havendo uma evolução na capacidade de diagnóstico entre alunos do terceiro e quinto anos.

Santana et al. (1997)<sup>24</sup> publicaram um estudo muito abrangente sobre um programa de detecção de câncer realizado em Cuba, entre os anos de 1983 e 1990. Nesse período, virtualmente toda a população cubana foi examinada, totalizando 10.167.999 pacientes; 30.478 pacientes apresentavam algum tipo de alteração na boca, sendo que 8.259 eram sintomáticos. Nesse grupo, 2.367 leucoplasias e 853 outros tipos de lesões pré-cancerosas foram diagnosticadas e tratadas. Essas 3.220 lesões cancerizáveis, certamente influenciariam as taxas de morbidade de câncer bucal; 581 carcinomas espinocelulares foram diagnosticados e outros 127 tipos de lesões malignas da boca foram também diagnosticados. A efetividade desse programa pode ser evidenciada pelo aumento do diagnóstico de câncer bucal em estágio I de 22,8% anteriores para 48,2% no período, com conseqüente redução de diagnósticos em fases avançadas.

Yellowitz et al. (1998)<sup>26</sup> realizaram um questionário com cerca de 500 cirurgiões-dentistas. Embora a maioria dos entrevistados relatou conhecimento sobre câncer bucal, seus resultados sobre fatores de risco e sinais da doença foram inconsistentes. Esses dados conflitantes foram encontrados também em relação aos exames preventivos. Muito embora a maioria concorde sobre a necessidade dos pacientes serem submetidos a exames preventivos anualmente, essa mesma maioria de cirurgiões-dentistas não oferece esse tipo de exame aos pacientes. Os autores concluem que há a necessidade de maiores avaliações sobre a capacidade de realização de detecção precoce por parte dos cirurgiões-dentistas e outros profissionais de saúde.

## **Material e Métodos**

### **Material**

População em estudo: acadêmicos do 1º e 8º semestres do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Paulista - Campus Baccelar.

### **Métodos**

Foi desenvolvido um questionário (anexo), para avaliar o grau de conhecimento sobre câncer bucal, fazendo-se uma adaptação ao questionário proposto por

Horowitz et. al. (2000)<sup>10</sup>, no qual foram modificadas todas as questões que pudessem apresentar respostas dúbias ou inapropriadas para o nosso meio. Além disso, foi incluído neste questionário um grupo de questões (9 a 31) que permitiam apenas uma alternativa correta de acordo com a literatura científica, de forma a compor um escore a partir do número de questões corretamente respondidas. Este escore estabeleceu 5 conceitos (A,B,C,D,E), de acordo com o índice de acertos. Este questionário foi aplicado a um grupo de alunos (96) do 1º (44) e 8º (52) semestres. Após a coleta e tabulação dos dados em uma planilha do programa de computador Excel (Microsoft®), os resultados foram submetidos à correlação de freqüências e teste estatístico de Pearson (qui-quadrado). Os dados foram analisados descritivamente, por meio de proporções e medidas de tendência central e dispersão.

**Resultados**

Os questionários foram aplicados a 44 alunos do 1º semestre e a 52 alunos do 8º semestre do curso de Odontologia da Universidade Paulista, Campus Bacelar.

**1 - Freqüência de respostas**

A distribuição da freqüência das respostas ao questionário desenvolvido é apresentada nas Tabelas de 1 a 6.

**2 - Correlação de freqüências entre as respostas dadas pelos alunos de 1º e 8º semestres**

Todas as variáveis foram submetidas à análise de correlação de freqüências, utilizando-se o teste do qui-quadrado para avaliar a significância estatística. Seguindo-se a proposta do estudo, todas as variáveis foram cruzadas com o semestre em curso pelos alunos.

Não houve significância estatística ( $p > 0,05$ ) nas variáveis: gênero; hábito de fumar; fator de risco-uso de drogas injetáveis; fator de risco-câncer prévio; fator de risco-uso de tabaco; fator de risco-antecedente familiar; fator de risco-sexo oral; fator de risco-próteses mal adaptadas; fator de risco-comida condimentada; fator de risco-contágio direto; fator de risco-obesidade; papel do CD no diagnóstico e prevenção do câncer bucal.

Foi detectada significância estatística ( $p < 0,05$ ) nas variáveis: idade ( $p = 0,000$ ); realizar exame de câncer na

**Tabela 1 - Distribuição do número e porcentagem de respostas de acordo com o semestre, segundo fatores demográficos e hábito de fumar**

Variável	Categoria	1º Semestre		8º Semestre	
		Número	%	Número	%
Gênero	Masculino	8	18,2	13	25,0
	Feminino	36	81,8	39	75,0
Idade	< 20 anos	41	93,2	0	0,0
	> 20 <30 anos	3	6,8	50	96,2
	> 30 anos	0	0	2	3,8
Hábito de fumar	Sim	5	11,4	11	21,2
	Não	37	84,1	38	73,1
	Parou	2	4,5	3	5,8

**Tabela 2 - Distribuição do número e porcentagem de respostas de acordo com o semestre, segundo fatores relacionados a atitudes frente ao diagnóstico de câncer**

Variável	Categoria	1º Semestre		8º Semestre	
		Número	%	Número	%
Auto avaliação do nível de conhecimento	Ótimo	3	6,8	3	5,8
	Bom	5	11,4	26	50,0
	Regular	23	52,3	19	36,5
	Insuficiente	13	29,5	4	7,7
Realiza exame de câncer na primeira consulta	Sim	30	68,2	52	100,0
	Não	14	31,8	0	0,0
Motivo de não realizar	Realiza	26	59,1	52	100,0
	Não sabe	14	31,8	0	0,0
	Não importante	1	2,3	0	0,0
	Não recebe	3	6,8	0	0,0
Para quem encaminha	Realiza os exames	5	11,4	11	21,2
	Dentista	13	29,5	21	40,4
	Médico	15	34,1	1	1,9
	Fac. Odonto	5	11,4	19	36,5
	Hospital	6	13,6	0	0,0
	Aguarda	0	0,0	0	0,0

**Tabela 3 - Distribuição do número e porcentagem de respostas certas e erradas, de acordo com o semestre, segundo perguntas específicas relacionadas ao conhecimento sobre câncer bucal**

Variável	Categoria	1º Semestre		8º Semestre	
		Número	%	Número	%
<b>Câncer mais comum</b>	Certa (CEC)	2	4,5	52	100,0
	Errada	5	11,4	0	0,0
	Não sabe	37	84,1	0	0,0
<b>Local mais afetado</b>	Certa (língua)	7	15,9	43	82,7
	Errada	9	20,5	9	17,3
	Não sabe	28	63,6	0	0,0
<b>Aspecto mais comum</b>	Certa (úlceras)	5	11,4	49	94,2
	Errada	5	11,4	3	5,8
	Não sabe	34	77,2	0	0,0
<b>Faixa etária</b>	Certa (> 40 anos)	7	15,9	51	98,1
	Errada	9	20,5	0	0,0
	Não sabe	28	63,6	1	1,9
<b>Aspecto da metástase cervical</b>	Certa (duro, sem dor)	4	9,1	31	59,6
	Errada	8	18,2	13	25,0
	Não sabe	32	72,7	8	15,4
<b>Estágio de diagnóstico no Brasil</b>	Certa (avançado)	10	22,7	38	73,1
	Errada	7	15,9	3	5,8
	Não sabe	27	61,4	11	21,2
<b>Lesão precursora</b>	Certa (leucoplasia)	2	4,5	41	78,8
	Errada	9	20,5	8	15,4
	Não sabe	33	75,0	3	5,8

**Tabela 4 - Distribuição do número e porcentagem de respostas certas e erradas, de acordo com o semestre, segundo perguntas específicas relacionadas ao conhecimento sobre fatores de risco para o desenvolvimento de câncer bucal**

Variável	Categoria Número	1º Semestre		8º Semestre	
		%	Número	%	Número
Drogas injetáveis	Certa (não)	26	59,1	40	76,9
	Errada	18	40,9	12	23,1
Câncer prévio	Certa (sim)	34	77,3	47	90,4
	Errada	10	22,7	5	9,6
Uso de álcool	Certa (sim)	21	47,7	51	98,1
	Errada	23	52,3	1	1,9
Uso de tabaco	Certa (sim)	41	93,2	51	98,1
	Errada	3	6,8	1	1,9
Antecedente familiar	Certa (sim)	40	90,9	51	98,1
	Errada	4	9,1	1	1,9
Estresse emocional	Certa (não)	29	65,9	18	34,6
	Errada	15	34,1	34	65,4
Baixo consumo de frutas e vegetais	Certa (não)	26	59,1	43	82,7
	Errada	18	40,9	9	17,3
Sexo oral	Certa (não)	34	77,3	38	73,1
	Errada	10	22,7	14	26,9
Próteses mal-ajustadas	Certa (não)	16	36,4	21	40,4
	Errada	28	63,6	31	59,6
Dentes em mau estado	Certa (não)	14	31,8	40	76,9
	Errada	30	68,2	12	23,1
Má higiene oral	Certa (não)	14	31,8	34	65,4
	Errada	30	68,2	18	34,6
Contágio direto	Certa (não)	37	84,1	46	88,5
	Errada	7	15,9	6	11,5
Exposição solar	Certa (sim)	15	34,1	50	96,2
	Errada	29	65,9	2	3,8
Comida condimentada	Certa (não)	37	84,1	46	88,5
	Errada	7	15,9	6	11,5
Comidas/ bebidas quentes	Certa (não)	39	88,6	31	59,6
	Errada	5	11,4	21	40,4
Obesidade	Certa (não)	40	90,9	50	96,2
	Errada	4	9,1	2	3,8

**Tabela 5 - Distribuição do número e porcentagem de respostas de acordo com o semestre, segundo perguntas relacionadas ao nível de interesse sobre conhecimento sobre câncer bucal**

Variável	Categoria	1º Semestre		8º Semestre	
		Número	%	Número	%
<b>Os pacientes estão informados sobre câncer bucal</b>	<i>Sim</i>	3	6,8	1	1,9
	<i>Não</i>	11	25,0	47	90,4
	<i>Não sabe</i>	30	68,2	4	7,7
<b>Nível de confiança para realizar procedimentos</b>	<i>Alto</i>	2	4,5	4	7,7
	<i>Baixo</i>	16	36,4	40	76,9
	<i>Não sabe</i>	26	59,1	8	15,4
<b>Universidade sobre câncer bucal</b>	<i>Sim</i>	5	11,4	43	82,7
	<i>Não</i>	4	9,1	8	15,4
	<i>Não sabe</i>	35	79,5	1	1,9
<b>Último curso sobre câncer bucal</b>	<i>Ano passado</i>	3	6,8	39	75,0
	<i>2 a 5 anos</i>	1	2,3	2	3,8
	<i>Mais de 5 anos</i>	1	2,3	0	0,0
	<i>Nunca</i>	32	72,7	7	13,5
	<i>Não sabe</i>	7	15,9	4	7,7
<b>Interesse em assistir curso sobre câncer</b>	<i>Sim</i>	38	86,4	51	98,1
	<i>Não</i>	0	0,0	0	0,0
	<i>Não sabe</i>	6	13,6	1	1,9
<b>Papel do CD na prevenção do câncer</b>	<i>Grande</i>	38	86,4	52	100,0
	<i>Médio</i>	3	6,8	0	0,0
	<i>Regular</i>	1	2,3	0	0,0
	<i>Baixo</i>	0	0,0	0	0,0
	<i>Não sabe</i>	2	4,5	0	0,0

**Tabela 6 - Distribuição do número e porcentagem de acordo com o semestre, segundo o conceito obtido pela avaliação do questionário**

Variável	Categoria	1º Semestre		8º Semestre	
		Número	%	Número	%
Conceito	A	0	0,0	5	9,6
	B	0	0,0	35	67,3
	C	3	6,8	12	23,1
	D	41	93,2	0	0,0

primeira consulta ( $p=0,000$ ); para quem encaminhar após o diagnóstico de câncer bucal ( $p=0,000$ ); qual é o tipo de câncer mais freqüente ( $p=0,000$ ); qual o local mais comum; qual o aspecto mais comum ( $p=0,000$ ); qual a faixa etária afetada ( $p=0,000$ ); como é a metástase cervical ( $p=0,000$ ); qual é o estágio de diagnóstico no Brasil ( $p=0,000$ ); qual é a lesão precursora ( $p=0,000$ ); fator de risco-uso de álcool ( $p=0,000$ ); fator de risco-estresse emocional ( $p=0,002$ ); fator de risco-baixo consumo de frutas ( $p=0,000$ ); fator de risco-dentes estragados ( $p=0,000$ ); fator de risco-higiene oral ( $p=0,001$ ); fator de risco-exposição solar ( $p=0,000$ ); fator de risco-comidas e bebidas quentes ( $p=0,001$ ); se considera que os pacientes estão informados sobre câncer bucal ( $p=0,000$ ); nível de confiança para diagnosticar câncer bucal ( $p=0,000$ ); informação pela universidade ( $p=0,000$ ); tempo do último curso realizado ( $p=0,000$ ); interesse em realizar curso sobre câncer bucal ( $p=0,028$ ); conceito atribuído pelo questionário ( $p=0,000$ ).

### Discussão

Câncer de boca é um sério assunto de saúde pública no Brasil, tendo em vista a alta incidência e a grande morbidade, decorrente principalmente de cirurgias agressivas para tratar tumores avançados. O cirurgião-dentista tem definido um papel muito importante na equipe multidisciplinar de atendimento a pacientes oncológicos, mas talvez seu mais destacado campo de atuação seja a prevenção e o diagnóstico precoce. Cada vez mais se torna

necessário o engajamento do CD na orientação sistemática dos pacientes sobre as formas de prevenir e detectar rapidamente sinais de câncer bucal. Entretanto, ainda hoje nos deparamos com situações de desconhecimento profissional sobre as formas corretas de se atuar nesses campos, que repercutem nos dados nacionais e internacionais que revelam uma alta incidência de casos de câncer bucal diagnosticados em fases avançadas e um baixíssimo índice de medidas preventivas por parte da população. Desse modo, o objetivo principal desse estudo foi o de levantar o tema para discussão, propondo formas de se avaliar o grau de conhecimento profissional e acadêmico sobre os diversos aspectos relacionados à ocorrência do câncer.

Avaliando-se a realidade do interesse e do conhecimento dos acadêmicos e dos profissionais sobre o assunto, poderá ser mais fácil, ou pelo menos mais apropriada a construção de programas de orientação e detecção de câncer bucal. Para esse fim, o objetivo específico do presente estudo foi desenvolver e avaliar a eficiência estatística de um questionário sobre o conhecimento de aspectos preventivos e diagnósticos do câncer bucal. A premissa é a de que com a adequada calibração desse instrumento de avaliação, numerosos outros estudos poderão ser realizados com seu emprego, podendo ser feito um retrato mais amplo e fidedigno da condição de conhecimento profissional sobre o assunto.

Dessa maneira, partimos de um questionário internacional, que se revelou impreciso em estudos

preliminares, desenvolvendo modificações e adequações à nossa realidade<sup>10</sup>. As diversas modificações que foram realizadas no questionário tornaram-no mais simples e prático de ser preenchido, ao mesmo tempo em que possibilitaram uma avaliação objetiva do nível de conhecimento, pela atribuição de um conceito pelo índice de acertos a determinadas questões (9 a 31), que permitiam apenas uma alternativa certa de acordo com a literatura científica.

Este novo questionário foi testado, aplicando-o a dois grupos de alunos (44 do 1º semestre e 52 do 8º semestre), com reconhecidas variações quanto ao nível de conhecimento sobre câncer bucal, uma vez que os alunos do primeiro semestre ainda não haviam recebido aulas sobre a matéria, enquanto que os do oitavo semestre já haviam cumprido dois semestres de aulas específicas sobre o assunto.

Os dados apresentados no presente estudo permitiram inferir sobre a adequação e validade estatística do instrumento proposto, destacando-se a análise da variável "conceito", que mostrou que os 76,9% alunos do 8º semestre, que já entraram em contato efetivo com os aspectos teóricos do tema câncer bucal, obtiveram conceito A ou B, que denota efetivo conhecimento sobre câncer. Os alunos do 1º semestre, que jamais tiveram contato teórico sobre o tema, não conseguiram obter estes conceitos A ou B, sendo que 93,2% deles obtiveram conceito D. Esta variável foi estatisticamente significativa (valor de  $p < 0,000$ ), confirmando que as perguntas formuladas permitiram definir dentre os grupos avaliados, quais efetivamente conhecem o assunto e quais não o conhecem.

Após a avaliação pormenorizada das demais variáveis, pode-se inferir que o questionário realmente foi eficiente estatisticamente, pois 22 variáveis mostraram-se significativas estatisticamente, sendo que a grande maioria delas era diretamente relacionada à diferença entre a possibilidade prática de conhecimento entre as duas comunidades avaliadas. Destaca-se nessa afirmação, que nas questões que eram responsáveis pela atribuição do conceito, foi marcante a diferença de performance entre os alunos do 8º e os do 1º semestres, com destacada vantagem de conhecimento para os primeiros. Dentre as variáveis que não mostraram significância estatística e que também faziam parte da atribuição do conceito, evidencia-se

questões que são basicamente de conhecimento público, não havendo grande diferença se já haviam recebido informações específica ou não. Como exemplo dessa afirmação, citamos as variáveis, fator de risco-uso de tabaco, fator de risco-contágio direto, fator de risco-antecedentes familiares. O potencial carcinogênico ou não dessas condições é amplamente divulgada na literatura leiga, portanto, não ter havido diferenças entre os dois grupos foi bastante justificável.

Uma parte do questionário não visa avaliar o conhecimento sobre câncer bucal, mas sim as opiniões dos profissionais sobre o assunto. Nesse campo, as respostas dos dois grupos estudados também foram muito interessantes e estatisticamente significativas, mostrando diferenças de posturas frente ao problema de acordo com o grau de conhecimento do assunto. Destaca-se nessa afirmação a resposta dos alunos sobre se os pacientes estão informados sobre aspectos preventivos e de diagnóstico de câncer bucal. Os alunos de 1º semestre responderam que não sabem sobre essa situação, enquanto que 90,4% dos alunos do 8º semestre responderam que os pacientes não estão informados sobre câncer bucal. Bastaria essa resposta para justificar todas as propostas do presente estudo, pois talvez uma das funções mais importantes da Universidade seja a de difundir a informação, não só para os seus alunos, mas para toda a comunidade envolvida. Entretanto, houve uma pergunta na qual a resposta foi concordante entre os dois grupos estudados, mas que também é uma grande razão e motivação para a seqüência dos estudos nessa área: 86,4% dos alunos do 1º semestre e 100% dos alunos do 8º semestre, responderam que o papel do cirurgião-dentista é grande no diagnóstico e prevenção do câncer bucal. A consciência dessa responsabilidade talvez seja o primeiro e mais importante passo para a melhoria da atuação da Odontologia nesse campo.

Diante dos resultados obtidos, consideramos que a proposta do presente estudo foi plenamente atingida, devendo-se agora passar a estágios mais avançados, de aplicação desse questionário em grandes comunidades profissionais, objetivando-se a avaliação do nível de conhecimento profissional para o posterior estabelecimento de campanhas de prevenção de câncer bucal que atendam as demandas específicas de cada comunidade.

## Abstracts

The aim of the present study was to develop a questionnaire to evaluate the level of knowledge about oral cancer among dentists. An initial model proposed in the literature was adapted and applied to students of the first and eighth semesters of Dental School. This new questionnaire was developed with more objective questions that allowed only one correct alternative. A score using 22 questions that present correct answers according the scientific literature was also designed. This questionnaire was applied to 96 students (44 from the 1st and 52 from the 8th semesters) and the answers were analyzed by SPSS for Windows software, using the qui-square test for statistical significance. The results indicated that this new model represented a very good instrument for an evaluation of knowledge, since statistical significance was detected among the majority of answers given by the two groups. The score of knowledge showed statistical significance, since 76,9% of 8th semester students got A or B grade, and 0% of 1st semester reached that mark ( $p < 0,000$ ). Considering that the students from the 8th semester had already had lessons on oral cancer and the 1st had not, it was proved that this new questionnaire is a good model for distinction of oral cancer knowledge and should be used in different professional communities. The new step of the project is to apply the questionnaire to greater groups, in order to evaluate the level of information and to prepare strategies to inform dentists about their role in the prevention and diagnosis of oral cancer.

## Referências Bibliográficas

- Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res* 1988;48:3282-7.
- Costa e Silva VC, Cavalcante TM. Programas de prevenção e controle de câncer bucal: atividades educativas, diagnóstico precoce e proposta de programas integrados. In: Kowalski LP, Dib LL, Ikeda MK, Adde C, editores. *Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer bucal*. São Paulo: Ed. Frontis; 1999. p.57-70. 1999.
- Dib LL, Santos Pinto D, Sanvito LC, Contesini H, Lombardo V, Franco E. Determinantes de sobrevida em câncer de boca: fatores sociodemográficos e anatômicos. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* 1990;14:1-9.
- Dib LL. Carcinoma espinocelular de língua: análise dos dados clínicos, sociodemográficos e fatores de prognóstico. São Paulo; 1997. [Tese de Doutorado-Universidade de São Paulo-Faculdade de Odontologia].
- Franco EL, Kowalski LP, Oliveira BV, et al. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case-control study. *Int J Cancer* 1989;43:992-1000.
- Guggenheimer J, Verbin RS, Johnson JT, Horkowitz CA, Myers EN. Factors delaying the diagnosis of oral and oropharyngeal carcinomas. *Cancer* 1989;64:932-5.
- Gupta PC, Mehta FS, Pindborg JJ, et al. Primary prevention trial of oral cancer in india: a 10-year follow-up study. *J Oral Pathol Med* 1992;21:433-9.
- Horowitz AM. As we stand by 8,000 die from oral cancer each year [Letter]. *J Public Health Dent* 1994;54:131.
- Horowitz AM. The public's oral health: the gaps between what we know and what we practice. *Adv Dent Res* 1995;9:91-5.
- Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS, Yellowitz JA. Oral pharyngeal cancer prevention and early detection: dentists' opinions and practices. *J Am Dent Assoc* 2000;131:453-62.
- Horowitz AM, Goodman HS, Yellowitz JA, Nourjah PA. The need for health promotion in oral cancer prevention and early detection. *J Public Health Dent* 1996;56:319-30.
- Horowitz AM, Nourjah PA. Factors associated with having oral cancer examinations among US adults 40 years of age or older. *J Public Health Dent* 1996;56:331-5.
- Kay CJ. Detecting oral cancer [Letter]. *J Am Dent Assoc* 1997;128:1994.
- Kowalski LP, Franco EB, Torloni H, et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumor, the patient and health professionals. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1994;30B:167-73.
- Lodi G, Bez C, Rimondini L, Zuppiroli A, Sardella A, Carrassi A. Attitudes towards smoking and oral cancer prevention among northern Italian dentists. *Oral Oncol* 1997;33:100-4.
- Martin LM, Bouquot JE, Wingo PA, Heath CW Jr. Cancer prevention in the dental practice: oral cancer screening and tobacco cessation advice. *J Public Health Dent* 1996;56:336-40.
- McCartan BE, Shanley DB. Policies and practices of European dental schools in relation to smoking: the place of tobacco education in the undergraduate dental curriculum. *Br Dent J* 1995;179:306-8.
- Melrose RJ. Cancer awareness. *J Am Dent Assoc* 1997;128:1494-7.
- Meskin LH. Do it or lose it. *J Am Dent Assoc* 1997;128:1058-60.
- Price SS, Lewis MW. Body piercing involving oral sites. *J Am Dent Assoc* 1997;128:1017-20.
- Rosemberg J. Tabagismo e câncer. São Paulo: Escolas Profissionais Salesianas; 1991
- Rubright WC, Hoffman HT, Lynch CF, et al. Risk factors for advanced-stage oral cavity cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996;122:621-6
- Sanghvi LD, Rao DN, Joshi S. Epidemiology of head and neck cancers. *Semin Surg Oncol* 1989;5:305-9.
- Santana JC, Delgado L, Miranda J, Sanchez M. Oral cancer case finding program (OCCFP). *Oral Oncol* 1997;33:10-29
- Seoane J, Gonzalez-Reforma N, Aguado A, Romero MA, Varela-Centelles PI. Assessment of dental students' diagnostic accuracy for oral cancer screening. *J Dent Educ* 1997;61:437-9.
- Yellowitz J, Horowitz AM, Goodman HS, Canto MT, Farooq NS. Knowledge, opinions and practices of general dentists regarding oral cancer: a pilot survey. *J Am Dent Assoc* 1998;129:579-83.
- Zakrzewska JM. Oral cancer and pre-cancer: our responsibility. *Br Dent J* 1994;176:286-7.

**QUESTIONÁRIO**

1. Idade \_\_\_\_\_
2. Sexo [1] Masculino [2] Feminino
3. Tempo de formado [1] Acadêmico [2] Até 2 anos [3] 2 a 10 anos  
[4] 10 a 20 anos [5] Mais de 20 anos
4. Você fuma? [1] Sim [2] Não [3] Parou
5. Com relação ao seu nível de conhecimento sobre câncer bucal, qual é sua auto-avaliação?  
[1] Ótimo [2] Bom [3] Regular [4] Insuficiente
6. Na primeira consulta odontológica dos seus pacientes, você realiza exame procurando identificar câncer bucal?  
[1] Sim [2] Não
7. Porque você não realiza o exame de câncer bucal.  
[1] Realizo o exame [2] Não sei como fazer [3] Não acho necessário  
[4] Não recebo honorários pelo procedimento.
8. Quando você encontra lesões bucais suspeitas de malignidade, como você encaminha o caso?  
[1] Eu mesmo tomo os procedimentos diagnósticos [2] Dentista especialista em estomatologia  
[3] Médico [4] Faculdade de Odontologia [5] Hospital Especializado  
[6] Não sendo a queixa principal do paciente, espero até que o mesmo se manifeste, pedindo orientação.
9. Qual é o tipo de câncer mais comum da boca?  
[1] Linfoma [2] Carcinoma Espinoelular [3] Sarcoma de Kaposi  
[4] Ameloblastoma [5] Adenocarcinoma de Glândula Salivar [6] Não sei
10. Qual a região anatômica mais freqüente para o câncer bucal?  
[1] Língua [2] Soalho de boca [3] Gengiva  
[4] Palato [5] Mucosa jugal [6] Não sei
11. Dentre os citados, qual o aspecto mais comum em pacientes com câncer de boca inicial?  
[1] Salivação abundante [2] Úlcera indolor [3] Nódulo duro  
[4] Dor intensa [5] Não sei
12. Qual é a faixa etária mais comum para a ocorrência de câncer bucal?  
[1] Menos de 18 anos [2] 18 a 39 anos [3] Acima de 40 anos [4] Não sei
13. O linfonodo mais característico em metástases cervicais em câncer bucal, quando palpado apresenta-se:  
[1] Duro, dolorido, com mobilidade [2] Duro, sem dor, com mobilidade ou não  
[3] Mole, dolorido, com mobilidade [4] Mole, sem dor, com mobilidade ou não [5] Não sei

14. No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que o câncer bucal é diagnosticado mais frequentemente em qual estágio?  
[1] Pré-maligno [2] Precoce [3] Avançado [4] Não sei
15. Das seguintes condições, qual a mais comumente associada com o câncer bucal?  
[1] Leucoplasia [2] Pênfigo Vulgar [3] Estomatite [4] Candidíase  
[5] Língua Geográfica [6] Não sei

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

16. Uso de drogas injetáveis [1] Sim [2] Não
17. Ter apresentado outro câncer previamente [1] Sim [2] Não
18. Consumo de álcool [1] Sim [2] Não
19. Consumo de tabaco [1] Sim [2] Não
20. História familiar de câncer [1] Sim [2] Não
21. Estresse emocional [1] Sim [2] Não
22. Baixo consumo de frutas e vegetais [1] Sim [2] Não
23. Sexo oral [1] Sim [2] Não
24. Próteses mal adaptadas [1] Sim [2] Não
25. Dentes em mau estado [1] Sim [2] Não
26. Consumo de comidas condimentadas [1] Sim [2] Não
27. Higiene oral deficiente [1] Sim [2] Não
28. Contágio direto [1] Sim [2] Não
29. Exposição solar [1] Sim [2] Não
30. Bebidas e comidas quentes [1] Sim [2] Não
31. Obesidade [1] Sim [2] Não
32. Você considera que seus pacientes estão suficientemente informados sobre câncer bucal (aspectos preventivos e de diagnóstico)?  
[1] Sim [2] Não [3] Não sei
33. Qual é o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico para câncer bucal?  
[1] Alto [2] Baixo [3] Não sei
34. Em sua opinião, sua Universidade realizou treinamento para o exame de câncer bucal durante o curso de graduação?  
[1] Sim [2] Não [3] Não sei
35. Qual foi a última vez que você assistiu a um curso de educação continuada sobre câncer bucal?  
[1] No ano passado [2] Durante os últimos 2 a 5 anos [3] Mais de 5 anos  
[4] Nunca [5] Não lembro
36. Você se interessa em assistir a um curso de educação continuada sobre câncer bucal no futuro?  
[1] Sim [2] Não [3] Não tenho certeza
37. Na sua opinião, qual a importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal?  
[1] Alta [2] Média [3] Regular  
[4] Baixa [5] Não sei