

CURSO DE ODONTOLOGIA

Frederica Hoeltz

**CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA DA UNISC NA
PREVENÇÃO E NA DETECÇÃO PRECOCE DE CÂNCER ORAL**

Santa Cruz do Sul

2015

Frederica Hoeltz

**CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA DA UNISC NA
PREVENÇÃO E NA DETECÇÃO PRECOCE DE CÂNCER ORAL**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul para a obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Me. Athos Rogério Schulze

Co-orientador: Prof. Dr. Leo Kraether Neto

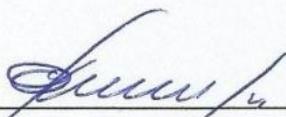
Santa Cruz do Sul

2015

Frederica Hoeltz

**CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA DA UNISC NA
PREVENÇÃO E NA DETECÇÃO PRECOCE DE CÂNCER ORAL**

Este trabalho foi submetido ao Curso de Odontologia da
Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC para obtenção do
título de Cirurgiã-dentista.



Prof. Me. Athos Rogério Schulze
Professor Orientador – UNISC



Prof. Dr. Márcia Helena Wagner
Professora Avaliadora – UNISC



Prof. Dr. José Luiz Piazza
Professor Avaliador – UNISC

Santa Cruz do Sul

2015

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço aos meus pais, Gilberto Hoeltz e Izabel Marion Hoeltz, por acreditarem em mim e por não medirem esforços para que eu realizasse essa conquista. Ao meu pai que, de alguma forma, olhou por mim e me enviou forças para vencer essa etapa. Inspiro-me em ti. A minha mãe que me deu amor incondicional e apoio em todos os momentos.

Ao meu namorado, Rafael Bender, por compreender minha ausência devida à dedicação necessária a este trabalho e por seu auxílio para a realização do mesmo. Aos meus colegas e amigos pelos momentos de alegria e suporte. Ao meu professor Orientador, Athos Rogério Schulze, que acreditou no meu trabalho. Obrigada pelas suas correções e incentivo. À querida professora Suziane Maria Marques Raupp pela paciência e apoio. Aos acadêmicos do Curso de Odontologia que participaram deste estudo.

E, finalmente, a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho, dedico o meu muito obrigada.

RESUMO

O câncer oral é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo, por isso, o cirurgião-dentista deve ter conhecimento sobre as patologias que envolvem a cavidade oral para o exame adequado, visando o diagnóstico precoce assim como a prevenção. O objetivo do presente trabalho foi analisar se os acadêmicos do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul realizam prevenção e detecção precoce dessa patologia em sua prática clínica. Participaram da pesquisa 154 acadêmicos do Curso de Odontologia do sexto, oitavo e décimo semestres do ano de 2015. O instrumento de pesquisa foi um questionário semi-estruturado com 11 perguntas. Na população estudada, 87,1% tinha conhecimento de como se realiza o exame de diagnóstico precoce de câncer de boca, mas 32,65% respondeu que não o faz frequentemente nos atendimentos. Ao que se refere à prevenção, 53,78% já passou informações aos seus pacientes. Embora todos os acadêmicos considerem importante o papel do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico precoce de câncer oral, um número considerável de acadêmicos não realiza o exame de diagnóstico precoce frequentemente nos atendimentos, e quase a metade deles nunca informou sobre prevenção aos pacientes que atendeu.

Palavras-chave: Câncer oral, carcinoma de células escamosas, carcinogênese, prevenção de doenças.

ABSTRACT

The oral cancer is considered a problem of public health worldwide, and, the dental surgeon must have knowledge about the pathologies that involve the oral cavity for the appropriate examination, aiming the early diagnosis and the prevention. The objective of the present study was to analyze if the academics of the Dental School of the University of Santa Cruz do Sul perform the prevention and early diagnosis of oral cancer in their clinical practice. The participants were 154 academics from the Dental School of sixth, eighth and tenth semester of the year 2015. The research instrument was a semi-structured questionnaire with 11 questions. In the studied population 87,1% had knowledge of how to perform the examination of early diagnosis of the oral cancer, however 32.65% answered that they do not make frequently the attendance. Referred to the prevention of oral cancer, 53.78% already has passed information to their patients. Although all the academics consider important the role of dental surgeon in the prevention and in the early diagnosis of the oral cancer, a considerable number of academics do not perform the examination of early diagnosis frequently in the attendance and almost the half never informed about the prevention of oral cancer to the patients that they attended.

Keywords: Oral cancer, squamous cell carcinoma, carcinogenesis, prevention of diseases.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1	Câncer oral.....	9
2.2	Exame de diagnóstico precoce do câncer oral	11
2.3	Lesões orais com potencial maligno.....	12
2.3.1	Leucoplasia.....	14
2.3.2	Eritroplasia.....	16
2.3.3	Queilite actínica.....	17
2.4	Lesões malignas em estágio inicial.....	17
2.5	A importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce de câncer oral.....	18
2.6	Panorama do conhecimento sobre prevenção e diagnóstico precoce de câncer oral entre cirurgiões-dentistas e acadêmicos de Odontologia	20
3	METODOLOGIA	25
3.1	Seleção do material bibliográfico	25
3.2	Tipo de pesquisa	25
3.3	Descrição da população	25
3.4	Sujeito e local de pesquisa.....	25
3.5	Critérios de inclusão e exclusão.....	26
3.6	Coleta de dados.....	26
3.7	Aspectos éticos.....	26
3.8	Divulgação dos resultados.....	27
3.9	Armazenamento de dados.....	27
3.10	Destinação do material	27
4	RESULTADOS.....	28
5	DISCUSSÃO	34
6	CONCLUSÃO	38

REFERÊNCIAS.....	39
ANEXO A – Autorização de pesquisa.....	44
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	47
APÊNDICE.....	48

1 INTRODUÇÃO

O câncer oral é um problema de saúde pública em todo o mundo, já que em torno de 300 mil pessoas possuem essa patologia, representando 3% do total das neoplasias malignas (SCULLY, 2009). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2014) na região Sul, ocupa o quinto lugar geral do câncer mais comum entre a população masculina e o décimo segundo entre a população feminina.

No Brasil, no ano de 2014, estimou-se um número de 11.280 casos de câncer na cavidade oral, sendo 11,54 casos a cada 100 mil homens e 3,92 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2014). Dos tumores malignos que afetam a cavidade bucal, 94% correspondem ao carcinoma de células escamosas (CEC), e sua frequência é maior em pacientes que tem o aparecimento prévio de lesões potencialmente malignas (NEVILLE, 2009; TANAKA; TANAKA; TANAKA, 2011).

O aumento dos casos de câncer da cavidade oral torna importante o preparo dos futuros profissionais para reconhecer as lesões potencialmente malignas e os fatores de risco da doença, tornando-os capacitados para a prevenção bem como para o diagnóstico precoce. É essencial um monitoramento do ensino e uma análise da formação dos futuros profissionais acerca dessa patologia (OLIVEIRA et al., 2013).

De acordo com Silveira et al. (2009) e com o INCA (2010), as lesões orais potencialmente malignas mais comuns são a leucoplasia, a eritroplasia, a eritroleucoplasia e a queilite actínica. O exame detalhado da cavidade bucal e o reconhecimento de quaisquer alterações são competências do cirurgião-dentista. Portanto, é de responsabilidade do mesmo reconhecê-las (PINHEIRO; CARDOSO; PRADO, 2010).

Destaca-se que o diagnóstico precoce nas fases incipientes de evolução da doença, como a eritroplasia, a leucoplasia, o carcinoma *in situ* e o carcinoma microinvasivo, torna as chances de cura próximas de 100% (SANTOS et al., 2011).

Assim, o intuito dessa pesquisa foi avaliar se os acadêmicos do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul realizam a prevenção e a detecção precoce de câncer oral em sua prática clínica. Aborda-se aqui a hipótese de que os mesmos, na maioria, não passam informações de prevenção dessa

patologia aos pacientes, e apesar de terem conhecimento de quais são as lesões precursoras desse câncer, não realizam o exame de diagnóstico precoce.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Câncer oral

O câncer é uma doença crônica degenerativa com crescimento rápido e desordenado. Quando há uma alteração no funcionamento e equilíbrio celular, bem como nos mecanismos mitóticos, o metabolismo geral do corpo é afetado por essas mudanças, o que torna o quadro agressivo, podendo ser fatal (THOMAZ; CUTRIM; LOPES, 2000).

Quando o câncer tem início em células epiteliais é denominado carcinoma, sendo decorrente do acúmulo de alterações genéticas que leva à desregulação celular. Seu crescimento se torna autônomo, podendo invadir outras estruturas ou órgãos, ou seja, metastizar (KUMAR; COTRAN; ROBBINS, 1994; SCULLY, 2009; INCA, 2015). As neoplasias malignas da cavidade oral com potencial de metastizar são raras, representando de 1 a 4% de todas as neoplasias orais (MISRA et al., 2015).

O Carcinoma de Células Escamosas (CEC) representa mais de 90% das neoplasias orais, e o restante compreende os tumores de glândulas salivares, linfoma, sarcoma e melanomas. Portanto, o CEC é a condição mais séria que afeta cavidade (RHODUS; KERR; PATEL, 2014; THOMAZ; CUTRIM; LOPES, 2000; LAMBERT et al., 2011).

Sabe-se que o processo carcinogênico do CEC é de difícil identificação, depende de agentes extrínsecos e intrínsecos atuando em conjunto por um período longo de tempo. Há fatores de risco muito mais significativos, como tabaco e álcool associados, e, dentre outros, pode-se citar infecções virais, principalmente o HPV, infecção por cândida, estado imunológico, baixo índice de massa corporal, histórico familiar da doença, atividades sexuais, exposições ocupacionais como os raios ultravioletas ou substâncias carcinogênicas, má higiene oral e irritação crônica do revestimento da mucosa (GALBIATTI et al., 2013; RAM et al., 2011; McDOWELL, 2006). Embora um risco não possa ser completamente separado dos outros, como por exemplo, o álcool e o tabaco, estes fatores tornam o paciente mais vulnerável ao desenvolvimento do câncer de boca (McDOWELL, 2006).

O tabaco é um dos agentes carcinogênicos mais potentes consumidos pelo ser humano (PRADO; PASSARELI, 2009). As formas mais comuns do seu uso são através do fumo, por cachimbos, charutos e pelo cigarro (RAM et al., 2011). Em locais como a Índia e a América do Sul, existe a cultura do fumo invertido, que consiste no consumo de cigarro feito à mão, colocando-se a ponta acesa no interior da boca. Nesses casos, o risco de desenvolver câncer oral é mais elevado e com localização num sítio incomum de desenvolver a doença: o palato duro (NEVILLE et al., 2009; SCULLY, 2009). Outra forma peculiar de uso de tabaco é o rapé (tabaco moído úmido), que se torna um fator predisponente ao carcinoma gengival e alveolar nas regiões onde o rapé é colocado (SCULLY, 2009).

Entre os pacientes com CEC, 80% deles é tabagista. Esse hábito aumenta em duas a três vezes o risco em relação àqueles que não fumam (NEVILLE et al., 2009). Contudo, como afirmam Scully et al. (2000), isso depende do número de cigarros e a duração do vício mantido pelo paciente.

O cigarro libera quase 5 mil substâncias químicas, sendo que 60 destas apresentam ação carcinogênica. O calor despreendido pela combustão do fumo resseca a mucosa e provoca aumento na camada de queratina, facilitando a ação de outros elementos cancerígenos (PRADO; PASSARELI, 2009; INCA, 2001). Nitrosaminas e hidrocarbonetos policíclicos carcinogênicos genotóxicos são componentes do cigarro que alteram as moléculas, causando mutações e aumentando o risco de câncer oral (GALBIATTI et al., 2013). Além disso, úlceras bucais permitem uma relação direta com as substâncias do tabaco, o que possibilita uma agressão mais profunda na mucosa e sugere um maior risco à pacientes com próteses mal ajustadas ou outras condições traumáticas (INCA, 2001).

O uso do cigarro associado ao álcool resulta numa ação sinérgica, pois o álcool modifica a permeabilidade da mucosa e facilita a penetração de agentes carcinogênicos. A associação dessas substâncias representa o principal fator de risco para ao desenvolvimento do câncer de boca (TEIXEIRA; JÚNIOR, 1997; CARRARD et al., 2008; ZIGOGYANNI et al., 2011).

Segundo apontam Carrard et al. (2008), o prejuízo provocado pela ingestão de álcool pode ter ação direta em razão de sua presença no sangue ou da atuação em outros sistemas. Mesmo a mucosa oral não sendo o sítio de principal degradação do álcool, certa quantidade é metabolizada a nível tecidual durante a deglutição. Contudo, destaca-se que, apesar desses fatores contribuírem para a

doença, ainda não está bem esclarecido na literatura até que ponto o álcool atua isoladamente no desenvolvimento de câncer oral.

Por isso, a prevenção do câncer de boca está diretamente relacionada ao diagnóstico precoce e à colaboração do indivíduo ao abandono dos hábitos nocivos. Dessa forma, o cirurgião-dentista tem papel essencial para sensibilizar o indivíduo sobre os fatores de risco, além de ser capaz de diagnosticar a patologia em diferentes estágios (FALCÃO et al., 2010).

2.2 Exame de diagnóstico precoce do câncer oral

A inspeção visual cuidadosa da cavidade bucal é um método simples e efetivo para identificar cânceres invasivos pré-clínicos e lesões com potencial maligno (LAMBERT et al., 2011).

Uma avaliação sistemática de palpação extra-oral deve ser realizada a fim de procurar assimetrias, nódulos ou inchaço. Regiões como submento, submandibular, cervical e supraclaviculares devem ser palpadas bimanualmente e comparados ao lado oposto. A palpação de um nódulo linfático maior do que um centímetro, firme e fixo, deve ser investigada (WILLIAMS et al., 2008).

O exame físico e intra-oral deve ser completo e seguir uma ordem que cabe ao cirurgião-dentista determinar. Deve ser realizado rotineiramente, observando-se manchas, assimetrias, sinais e feridas que não cicatrizam. Os locais que necessitam ser observados para diagnosticar lesões da mucosa incluem os lábios, o fundo de vestibulo, a mucosa jugal, a mucosa alveolar, a gengiva livre e a gengiva inserida, o dorso e o ventre da língua, o assoalho de boca e o palato duro e mole (ALVES et al., 2002). A região mais comum de desenvolvimento do câncer de boca é a língua, principalmente na região póstero lateral e ventre, correspondendo a cerca de 40% dos casos. O assoalho bucal é a segunda região mais comum. As menos comuns incluem gengiva, mucosa bucal, mucosa labial e palato duro (TANAKA; TANAKA; TANAKA, 2011). Portanto, esses locais devem ser cuidadosamente examinados (HOLMSTRUP et al., 2007; WILLIAMS et al., 2008).

Crítérios como presença ou ausência de sintomatologia, não cicatrização de lesões da mucosa, tabagismo, consumo frequente de álcool, infecção oral por HPV, uso de drogas, exposição em longo prazo à luz solar, idade avançada,

imunodeficiência, doenças genéticas e falta de higiene oral devem ser considerados junto ao diagnóstico precoce (YARDMICI et al., 2014).

Se houver algum sintoma, o profissional deve questionar o paciente sobre quanto tempo ele está presente, sua frequência, intensidade, duração, e se houve alteração ou regressão da lesão. Deve-se considerar que lesões com potencial maligno ou em estágio inicial são, geralmente, assintomáticas (WILLIAMS et al., 2008).

Ainda segundo o autor, uma vez que o dentista tenha a história completa e um exame clínico abrangente do paciente, ele deve decidir se as lesões mucosas identificadas devem ser acompanhadas ou biopsiadas, se sugerirem suspeita, para confirmar o grau de displasia.

Devido a um grande número de pacientes chegar ao consultório odontológico em estágios avançados da doença, se faz necessária a identificação das lesões com potencial maligno como finalidade de aumentar índices do diagnóstico ainda num estado inicial, visto que representam a primeira evidência clínica do processo da carcinogênese (MARTINS; GIOVANI; VILLALBA, 2008).

2.3 Lesões orais com potencial maligno

Numa Oficina realizada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) em 2005, o termo lesões “pré-malignas” ou “pré-cancerosas” foi substituído para “lesões com potencial maligno” (WAAL, 2009). Essa terminologia tem sido usada na literatura para se referir a lesões que podem ter algum potencial de se tornarem câncer. O tecido, nessas lesões, se apresenta morfológicamente alterado e possui maior probabilidade de desenvolver câncer comparado ao tecido normal. Em geral, 15 a 20% dessas lesões progride para um carcinoma depois de alguns anos do diagnóstico (SOUZA; PAWAR; CHATURVEDI, 2009; MEHROTA; YADAV, 2006; LAMBERT et al., 2011). Em 70% dos casos de câncer oral, há o aparecimento prévio de lesões com potencial maligno (TANAKA; TANAKA; TANAKA, 2011). A identificação dessas lesões tem como propósito realizar uma intervenção adequada para evitar a transformação maligna ou permitir um diagnóstico precoce de malignidade (KUMAR et al., 2013).

Histologicamente, há um processo complexo de mutação e de expansão de células alteradas no tecido normal. Na medida em que a lesão progride, as modificações genéticas se acumulam (POH et al., 2011). As lesões com potencial maligno passam por vários estágios histopatológicos até se tornarem câncer. Nos estágios iniciais, há uma hiperqueratose e uma mudança de coloração da mucosa, que são reversíveis quando a agressão for suspensa. Caso contrário, pode haver o desenvolvimento de alterações celulares denominadas displasias, que podem ser classificadas como leves, moderadas e graves, dependendo da presença e da gravidade de atipia celular e de outros aspectos estruturais do epitélio, ocasionando um carcinoma *in situ* e, por fim, um câncer invasivo (VILLA; GOHEL, 2014). Enquanto houver uma exacerbação das características de displasia e não se perceber o rompimento da camada basal do epitélio, as células não invadem os vasos sanguíneos e linfáticos, e o tumor é tido como inicial ou *in situ*. Após o rompimento dessa camada e a introdução de células tumorais no tecido conjuntivo e vasos sanguíneos, o quadro é denominado carcinoma invasivo. Este ainda pode ser classificado em menor ou maior grau, dependendo da invasão ao tecido conjuntivo vascularizado (HAYASSY, 1998; INCA, 2001).

Assim, a avaliação clínica, somada à histopatológica através da biópsia, é o método mais comum para determinar o potencial de transformação maligno e é considerado “padrão ouro” para conclusão de um diagnóstico (VILLA; GOHEL, 2014; JUNIOR et al., 2013; POH et al., 2000).

A localização anatômica da displasia epitelial oral, de acordo com Greer (2006), é um fator importante para avaliar o risco de transformação maligna. As lesões de língua e assoalho de boca têm um risco muito maior de malignizar do que as lesões em outros sítios da cavidade oral.

Segundo a pesquisa de Silveira et al. (2009), das lesões que apresentavam potencial de malignização, a maioria era leucoplasia, queilite actínica, eritroplasia e eritroleucoplasia. Porém, as que apresentaram diagnóstico de displasia compatível com o exame clínico, na maioria dos casos, foram as eritroplasias. Já as leucoplasias tiveram o percentual mais baixo de transformação maligna. Em outra pesquisa, Junior et al. (2013) acrescentam, junto a essas lesões, o líquen plano. Contudo, essa lesão ainda se apresenta como controvérsia para a maioria dos autores. Isso porque ele parece ser aceito na literatura como sendo distúrbio potencialmente maligno, embora com risco muito baixo de transformação maligna.

Desse modo, mais de 90% dos tumores tem origem de lesões eritroplásicas ou leucoplásicas. Esses diagnósticos ainda são definidos por exclusão de outras lesões brancas ou vermelhas conhecidas (LAMBERT et al., 2011; RAM; SARKAR; KUMAR, 2011; CHI; DAY; NEVILLE, 2015).

2.3.1 Leucoplasia

Leucoplasia é um termo clínico definido como placa ou mancha branca, e sua presença não sugere alteração tecidual histopatológica específica (WHO, 1978). É considerada uma lesão potencialmente maligna, pois na sua presença, estudos evidenciam que o risco de malignidade é maior do que numa mucosa não alterada. No entanto, conforme Shirani et al. (2014), o epitélio displásico ou o carcinoma francamente invasivo são encontrados em apenas 5% a 25% dos espécimes de biópsia desta lesão, ou seja, a maioria dessas lesões não demonstra displasia na biópsia. Estudos sugerem um potencial de transformação maligno de 4%.

Além disso, é a lesão pré-maligna mais comum da cavidade oral. A coloração clínica esbranquiçada é resultado do espessamento da camada de queratina, que dá impressão de ser branca quando úmida, ou de uma camada espessada que esconde a visualização da vascularização normal do tecido conjuntivo subjacente (NEVILLE et al., 2009).

De acordo com Neville et al. (2009) e Waal (2010), a leucoplasia é classificada como homogênea e não homogênea. As homogêneas são placas brancas finas e uniformes, com rachaduras rasas da superfície de queratina. Podem ter uma superfície lisa ou enrugada e possuem uma textura consistente. As não homogêneas são placas brancas ou branco avermelhadas (eritroleucoplasias) e podem ser irregularmente planas ou nodulares. Leucoplasia verrucosa é mais um tipo de leucoplasia não homogênea, possui aparência uniforme branca e sua textura tem as características da leucoplasia homogênea.

Apesar de muitos critérios serem avaliados a fim de definir quais tipos clínicos de leucoplasia têm maior risco de malignidade, segundo a pesquisa de Amagasa, Yamashiro e Ishikawa (2006), percebe-se que a leucoplasia com componentes vermelhos ou leucoplasia não homogênea, incluindo a verrucosa, possuem maior risco.

Para diagnóstico diferencial da leucoplasia são considerados: queimadura por aspirina, candidíase, lesão química, lesão de mordedura, leucoplasia pilosa oral (relacionada ao vírus Eipstein-Barr), leucodema, placas mucosas da sífilis secundária, estomatite nicotínica, líquen plano, reação liquenóide e a linha alba (WARNAKULASURIYA; JOHNSON; WALL, 2007).

Destaca-se que os indivíduos mais acometidos pela leucoplasia são aqueles com idade superior a 40 anos e pertencentes ao sexo masculino. A localização mais comum é a mucosa jugal, o vermelhão do lábio e a gengiva. Aquelas presentes em lábio, língua e assoalho de boca, apesar de menos comuns, representam os locais de maior desenvolvimento displásico (SHIRANI et al., 2014; CHI; DAY; NEVILLE, 2015).

Assim, para auxílio no diagnóstico clínico de lesões leucoplásicas, considera-se uma etiologia descritiva, como uso de tabaco, localização anatômica compatível, tamanho e extensão da lesão. Aquelas que se apresentam maiores do que dois centímetros ou multifocais sugerem desconfiança. Após os possíveis fatores etiológicos serem eliminados, se as lesões persistirem após duas ou três semanas, devem ser biopsiadas para descartar qualquer outra desordem (SILVERMAN, 2003; WILLIAMS et al., 2008; WARNAKULASURIYA; JOHNSON; WALL, 2007).

Após confirmar a displasia na biópsia, a conduta no tratamento depende do tamanho da lesão. Lesões pequenas podem responder positivamente ao fim dos hábitos nocivos, tais como o tabagismo. Já as lesões maiores exigem excisão cirúrgica total. A forma verrucosa da leucoplasia deve ser tratada de forma agressiva devido ao seu alto índice de transformação maligna. Quadros que exibem displasias leves ou ausência de displasia devem ser acompanhados, e isso é válido mesmo para aquelas que já foram removidas, pois recorrência é comum (NEVILLE et al., 2009; RHODUS; KERR; PATEL, 2014).

2.3.2 Eritroplasia

O termo eritroplasia é utilizado como termo clínico para identificar uma mancha vermelha que não pode ser patologicamente diagnosticada como outra condição (YARDIMCI, 2014; WAAL, 2009). Em quase todas as lesões de eritroplasia verdadeira há displasia epitelial. Apesar de menos comum que a leucoplasia, essa lesão tem grande potencial de malignidade (REICHART; PHILIPSEN, 2005; SILVEIRA et al., 2009).

Clinicamente, a lesão se apresenta como placas vermelhas circunscritas homogêneas que são mais encontradas no assoalho da boca, no palato e na borda lateral de língua (INCA, 2010). Podem ter uma superfície aveludada e suave ou outras características morfológicas com pontos esbranquiçados, denominando-se então eritroleucoplasia. Segundo Reichart e Philipsen (2005) e Neville et al. (2009), a eritroplasia raramente cobre áreas extensas da boca, sua palpação é macia, e somente se torna endurecida quando o carcinoma propriamente dito está estabelecido. Além disso, não possui predileção significativa pelo gênero.

Para diagnóstico diferencial, consideram-se outras lesões vermelhas comuns da mucosa oral, estas podendo ser de origem inflamatória e ou infecciosa. A língua geográfica é uma condição inflamatória muito comum, geralmente afeta o dorso da língua e não apresenta sintomas, e, quando apresenta, o paciente se queixa de ardência ao ingerir alimentos ácidos ou cítricos. Outra condição comum de aspecto avermelhado é a estomatite por dentadura. Esta condição pode estar associada com bactérias, fungos ou ser apenas um fator de irritação. O diagnóstico dessas lesões deve ser clínico, somado à história do paciente (SCULLY; FELIX, 2005). Conforme o INCA (2010), o líquen plano erosivo se apresenta como lesão avermelhada, geralmente bilateral, em qualquer local da mucosa. As lesões cutâneas acompanham a condição, o que facilita o diagnóstico diferencial.

Portanto, lesões observadas com desconfiança, especialmente em assoalho de boca, ventre e lateral da língua, e que, mesmo após a remoção do fator de irritação local, não regredirem dentro de duas semanas, devem ser indicadas para biópsia. Assim como na leucoplasia o diagnóstico definitivo guia o tratamento, quando apresentam quadro displásico grave, devem ser removidas totalmente. O

acompanhamento do paciente por longos períodos é necessário, pois a recidiva é comum (NEVILLE et al., 2009; REICHART; PHILIPSEN, 2005).

2.3.3 Queilite actínica

A queilite actínica é uma alteração pré-maligna que tem relação direta com excesso de exposição ao sol. É comum na região do vermelhão do lábio inferior e ocorre principalmente em homens idosos. O espectro histopatológico pode variar desde uma hiperqueratose com ou sem displasia para um CEC (WAAL, 2009).

Segundo Wood et al. (2011), os sinais clínicos incluem atrofia do lábio, secura, linha do vermelhão mal demarcada, erosiva ou com placas ceratóticas. Neville et al. (2009) acrescentam que, na medida em que a lesão progride, áreas com escamas passam a cobrir o lábio nas porções mais secas do vermelhão. O aparecimento de úlceras sugere a progressão da queilite actínica para um CEC em estágio inicial.

Pacientes albinos ou com eversão de lábio são mais propensos ao desenvolvimento dessa alteração. Para prevenção da queilite actínica, deve-se evitar a exposição solar, fazer uso de vestuário de proteção quando da exposição aos raios UVB e de filtro solar diário durante toda a vida (WOOD et al., 2011). A radiação solar é um fator de risco importante para CEC de lábio, principalmente do lábio inferior (BUSICK; UCHIDA; WAGNER, 2005; SCIUBBA, 2001).

O tratamento primário, conforme Neville et al. (2009), é com uso de bloqueador solar. Áreas de endurecimento devem ser submetidas à biópsia para excluir a possibilidade de um carcinoma.

2.4 Lesões malignas em estágio inicial

O sinal clínico inicial mais prevalente do câncer oral é a úlcera indolor (FALCÃO et al., 2010). Geralmente, caracteriza-se pelo rompimento do epitélio com formação de úlcera consistente e endurecida e com bordas elevadas circundando a lesão. O aspecto endurecido significa invasão de estruturas adjacentes (INCA, 2001). Se a impressão clínica inicial do cirurgião-dentista sugerir uma lesão benigna,

ele deve tratar a causa e acompanhar sua resolução, caso contrário, deve suspeitar de uma lesão maligna.

As úlceras podem se localizar sozinhas ou em conjunto com lesões de potencial maligno (leucoplasia e/ou eritroplasia). É importante, por isso, considerar que lesões em estágio inicial não apresentam sintomas. Para um clínico desavisado que não realiza um tratamento direto a essas lesões, um período prolongado de 2 a 3 semanas permite que ela se expanda potencialmente. Quando o paciente relata inchaço no pescoço, sugere-se situação de metástase linfonoidal, e nesse estágio o câncer geralmente já é visualizado na cavidade oral durante o exame clínico (WALL, 2009; RHODUS, 2014).

O CEC pode ser visto como uma extensão de lesões displásicas ou de lesões com potencial maligno que, essencialmente, representam a expressão morfológica de alterações genéticas (SCIUBBA, 2001). É mais encontrado na região de língua, assoalho bucal e lábio inferior, com maior incidência no sexo masculino com idade superior a 50 anos. Isso se dá em razão de células mais velhas possuírem uma pré-disposição genética de sofrer alterações e acumular mutações, alterações nos processos enzimáticos, metabólicos, nucleares e imunológicos que podem resultar em transformação cancerígena (RAM; SARKAR; KUMAR, 2011; ALVES et al., 2002).

Devido a uma grande porcentagem de carcinomas serem identificados nos estágios finais, questiona-se se as lesões não são identificadas pelo cirurgião-dentista ou se, para ele, elas não sugerem suspeita de malignidade (ALVES et al., 2002; SILVERMAN, 2003). Isto é grave, visto que o profissional deve estar apto a identificar a manifestação inicial da patologia (FALCÃO et al., 2010).

2.5 A importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce de câncer oral

A Odontologia é vista como uma área que atua na prevenção e no diagnóstico das doenças bucais e do complexo maxilomandibular, portanto, o cirurgião-dentista deve ter conhecimento básico das patologias que acometem a cavidade oral (GENOVESE; ARTIOLI, 1997).

O exame de diagnóstico precoce de câncer oral deve ser parte do exame dental completo para todos os pacientes, pois, além de proporcionar um diagnóstico precoce de lesões com potencial maligno, resulta na descoberta de um grande número de doenças orais (VILLA; GOHEL, 2014). Saber diferenciar uma lesão pré-maligna de uma condição inflamatória, por exemplo, faz parte da formação e da experiência profissional (SANTOS et al., 2011).

A possibilidade de redução da incidência do câncer oral está relacionada ao conhecimento da patologia e ao controle de fatores de risco. O cirurgião-dentista deve atuar num nível de prevenção primário, combatendo o consumo de tabaco e álcool e estimulando o indivíduo a deixar os hábitos nocivos, e também num nível secundário em busca de detecção precoce de lesões cancerizáveis, já que a detecção e vigilância das mesmas faz relação direta a um bom prognóstico (SANTOS et al., 2011; KIM e tal., 2006; STEELE; MEYERS, 2011).

A realização da biópsia é um recurso de diagnóstico razoavelmente simples que, se realizado de forma imediata, acelera o diagnóstico precoce e melhora o prognóstico (FALCÃO et al., 2010). Sousa et al. (2014) ressaltam que a não realização de biópsia por cirurgiões-dentistas está relacionada com a falta de conhecimento técnico e com o fato de os mesmos nunca terem a praticado antes, demonstrando números significantes de profissionais que se consideram incapazes de realizar o procedimento. Isso pode estar relacionado aos achados de Alaizari e Al-Maweri (2014), que indicam a não hesitação de cirurgiões-dentistas em indicar o paciente a um especialista no caso de lesões suspeitas.

O não esclarecimento do cirurgião-dentista para com seus pacientes acerca do câncer oral pode ser devido ao medo da reação do paciente diante do uso da palavra, mas, em geral, a razão pela qual esse tema não é discutido com o paciente não está clara. A falta de confiança na capacidade de passar informações pode estar interligada à falta de treinamento em passar mensagens como a suspensão do tabaco e álcool. Assim, além da detecção precoce, deve ser incluído o elemento de comunicação sobre o assunto no currículo dos cirurgiões-dentistas (AWOJOBÍ; NEWTON; SCOTT, 2015; ALAIZARI; AL-MAWERI, 2014). Sobre essa questão, Saleh et al. (2014), indicam três fatores que afetam o conhecimento sobre câncer oral e a realização do exame de detecção precoce. O primeiro é a natureza prática clínica, em que dentistas que trabalham no serviço público possuem maior participação em comparação àqueles do setor privado. Isso se deve à maior

quantidade de campanhas sobre o câncer oral ser governamental e vinculada a universidades. Os outros dois fatores que possibilitam mais informações acerca da patologia se referem aos recém-formados, pois representam um currículo atual e a participação de cursos de educação continuada sobre o assunto.

2.6 Panorama do conhecimento sobre prevenção e diagnóstico precoce de câncer oral entre cirurgiões-dentistas e acadêmicos de Odontologia

Diante da importância do cirurgião-dentista no que se refere à prevenção e ao diagnóstico precoce de câncer oral, diversas análises podem ser realizadas com o auxílio do questionário como instrumento de pesquisa. As seguintes pesquisas caracterizam o panorama de conhecimento de tal situação tanto em acadêmicos em Odontologia quanto em cirurgiões-dentistas.

Um estudo realizado por Carter e Ogden (2007) com acadêmicos de Medicina e Odontologia da Universidade de Dundee, no Reino Unido, avaliou o conhecimento de acadêmicos de Odontologia do terceiro, quarto e quinto ano sobre câncer oral através de um questionário. Dentre os fatores de risco, o fumo foi citado por 100% dos acadêmicos de Odontologia de todos os anos, o álcool foi citado por 100% dos acadêmicos do último ano, por mais de 90% pelo quarto ano e por cerca de 80% a 90% do terceiro ano. Em relação aos primeiros sinais na cavidade oral associados ao câncer oral, o mais citado pelo último ano foi a leucoplasia (quase 90%), seguido de eritroplasia (80%) e ulceração (> 60%). No quarto ano, as respostas foram eritroplasia (> 80%), leucoplasia (> 70%) e ulceração (> 60%). No terceiro ano, foram citados apenas leucoplasia (> 20%) e ulceração (>20%). As alterações bucais foram identificadas bem menos do que os fatores de risco, o que enfatiza a necessidade de um aprimoramento no ensino nesse quesito. O estudo mostrou uma baixa conscientização de estudantes médicos dentários, fato que evidencia a necessidade de melhorar o ensino em relação à prevenção e à detecção precoce de câncer oral.

Em outra pesquisa, realizada por Clovis, Horowitz e Poel (2002) em Columbia Britânica e Nova Escócia, através de um questionário aplicado, cirurgiões-dentistas canadenses responderam questões relacionadas aos fatores de risco e diagnóstico precoce de câncer oral. Os resultados foram baseados em 670 respostas. Os fatores

de risco mais citados foram, respectivamente, tabaco, álcool e sol. Em proporções menores, o HPV e o baixo consumo de frutas e legumes foram citados. Dentre as lesões relacionadas ao aparecimento de câncer oral, as mais citadas foram, em ordem, eritroplasia e leucoplasia. Os resultados da pesquisa confirmam que os fatores de risco e o diagnóstico representam áreas distintas de conhecimento. Embora a evidência atual claramente mostre que as lesões vermelhas ou lesões mistas vermelhas e brancas são provavelmente associadas com câncer oral, apenas 42,5% identificou a eritroplasia e a leucoplasia com as lesões de maior associação. O estudo demonstrou, assim, deficiência no conhecimento dos cirurgiões-dentistas, na compreensão da importância da área e no anseio de educação adicional.

Uma pesquisa realizada por Ramos, Emmerich e Zandonade (2005), envolvendo 24 alunos do Curso de Odontologia do oitavo semestre de uma Instituição do Ensino Superior do Estado do Espírito Santo, foi realizada com auxílio de um questionário relacionando à prevenção e ao diagnóstico precoce de câncer oral. Os resultados foram avaliados a partir de uma escala para graduar o número total de acertos das questões, sendo: muito bom (90% de acertos), bom (-90%/70%), razoável (-70%/50%) e ruim (< 50%), seguindo uma linha de pesquisa baseada em informações do INCA. Os resultados mostraram uma escala de rendimento de 66,67%. Nenhum aluno atingiu o escore muito bom. Houve confusão em relação aos fatores de risco para câncer oral, sendo que a maioria dos acadêmicos citou o calor do fumo, que age como potencializador, o uso de próteses dentárias mal ajustadas, dentes quebrados e câmaras de sucção, que são cofatores vistos como fatores de risco pelos estudantes. A má higiene bucal também é um adicional de risco, porém, não é um fator, e foi citada por 52,38% dos estudantes. Houve concordância nas respostas de que a exposição ao sol é um fator de risco, principalmente ao lábio inferior.

Na Universidade Nove de Julho, em São Paulo, foram aplicados 148 questionários sobre conhecimento de câncer oral aos acadêmicos do Curso de Odontologia, sendo estes, na maioria, pertencentes ao sexo feminino. Os participantes estavam matriculados no primeiro, segundo, terceiro e quarto ano. Em relação à avaliação do nível de conhecimento sobre câncer oral, os alunos do primeiro ano foram considerados como de nível insuficiente (35,5%), os do segundo ano, de nível regular (57,895), os terceiro ano, de nível bom (59,6%) e os do quarto ano, de nível regular (37,5%). Quanto à realização do exame de diagnóstico precoce

de câncer oral, do primeiro ano 54,55% não realiza e 44,45% realiza; do segundo ano 38,89 não realiza e 61,11% realiza; do terceiro ano 100% dos estudantes realizam o exame de diagnóstico precoce. O nível de conhecimento sobre câncer bucal dos alunos do terceiro e quarto ano foram maiores em comparação aos outros anos. O estudo verificou que os alunos de todos os anos mostram conhecimento sobre fatores de risco do câncer oral, citando tabaco e álcool como os principais fatores. Em relação às outras questões, percebeu-se uma melhora do nível de conhecimento à medida do passar dos anos na universidade. Todos os participantes acreditam que o cirurgião-dentista possui papel importante na prevenção do câncer oral (MARTINS et al., 2008).

Em outra pesquisa, realizada por Pinheiro, Cardoso e Prado (2010) em Jequié, Bahia, 53 cirurgiões-dentistas responderam a um questionário referente ao câncer oral, abrangendo questões como conhecimento sobre diagnóstico e prevenção. Notou-se certa insegurança nesses profissionais nos procedimentos práticos para diagnóstico da doença. Sugeriu-se então que a existência da disciplina no currículo não traz garantia de apreensão e valorização dos conhecimentos nesse campo e que, no que se refere à graduação, uma abordagem mais enfática no ensino de técnicas de diagnóstico, como a biópsia, seria extremamente válida. Os cursos de graduação em Odontologia devem preparar os estudantes para que se tornem profissionais aptos a realizar o diagnóstico de quaisquer agravos do sistema estomatognático, dando devida atenção ao câncer oral, já que é uma patologia que apresenta altas taxas de morbidade e mortalidade.

Em uma avaliação sobre câncer oral, realizada com os acadêmicos do Curso de Odontologia e Enfermagem da Universidade do Estado do Rio grande do Norte, foram avaliados 74 estudantes de Odontologia e 86 de Enfermagem, sendo desses a maioria do sexo feminino e de períodos iniciais, intermediários e do último ano de curso. Quanto ao conhecimento sobre câncer oral, numa perspectiva de auto-avaliação, os alunos consideraram razoável seu conhecimento sobre câncer oral, representando 35% dos alunos de Odontologia. Quanto aos fatores de risco associados ao câncer oral, o mais citado foi o tabagismo, seguido de etilismo, exposição solar. Outros fatores foram mencionados em menor proporção: ausência de higiene bucal, fatores hormonais, sedentarismo, sexo oral e múltiplos parceiros sexuais. No que se refere aos métodos de diagnóstico precoce de câncer oral, os estudantes de Odontologia responderam que 41% conhecem e que 33% não

conhecem algum método. Foi obtido um percentual relevante das respostas em relação ao tabaco contraposto ao álcool, que foi pouco referido. A conclusão geral (de ambos os cursos) sinaliza a necessidade de incrementar novos campos de conhecimento para ambos os profissionais, sugerindo necessidade de reformulação de ensino a fim de capacitá-los ao diagnóstico precoce (OLIVEIRA et al., 2013).

Outro estudo, realizado por Alaizari e Al-maweri (2014), foi conduzido através de um questionário, envolvendo cirurgiões-dentistas privados e públicos trabalhando em diferentes províncias no Yêmen. O questionário buscou avaliar o conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre conhecimento, práticas e opiniões sobre câncer oral, sendo que 221 questionários foram preenchidos. Dos participantes, 69,7% considerou o conhecimento sobre câncer oral atual. Dos que realizavam exames periódicos, 68,3% respondeu afirmativamente e 47,1% considerou terem sido adequadamente treinados para o procedimento. O conhecimento de diagnóstico de câncer oral foi melhor do que o conhecimento sobre os fatores de risco. A eritroplasia e a leucoplasia foram as lesões pré-cancerosas mais citadas, com a eritroplasia apresentando uma maior porcentagem. Além disso, o estudo demonstrou que recém-formados expuseram melhor conhecimento sobre diagnóstico e prática clínica de câncer oral do que os profissionais formados há mais tempo. Um grande número de participantes do estudo expressou interesse em aprofundar o tema referente a câncer oral.

Em uma pesquisa de Andrade et al. (2014), realizada em Divinópolis, Minas Gerais, foi utilizado um questionário estruturado para avaliar o conhecimento e a conduta dos cirurgiões-dentistas na atenção primária à saúde. Esse questionário abrangeu informações sócio-demográficas dos participantes, variáveis sobre prevenção, fatores e condições de risco, diagnóstico e conduta clínica relacionada ao câncer de boca. Participaram do estudo 23 cirurgiões-dentistas. Em relação à realização do exame clínico na primeira consulta, 87% não sabia e não se sentia capacitada para realizar o procedimento. Além disso, uma parcela expressiva (69,6%) apontou úlcera indolor como aspecto inicial do câncer de boca. Quanto às lesões precursoras, 91,3% identificou leucoplasia. 78% afirmou que a doença é mais diagnosticada no estágio avançado. Dentre os fatores de risco, verificou-se que 100% relatou uso de tabaco e antecedente familiar e 95% indicou uso de álcool e exposição solar. Apenas 13% respondeu que houve abordagem do assunto no período da graduação. Em relação à conduta com o paciente com diagnóstico

suspeito, a fragilidade do conhecimento e de capacitação se tornou mais evidente, pois a grande maioria dos profissionais não realizava o procedimento diagnóstico e não se sentia capacitada para tal, gerando encaminhamentos para outros profissionais. O estudo verificou a deficiência na formação básica do profissional. Todos acreditam no papel importante que o cirurgião-dentista desempenha no diagnóstico precoce de câncer oral, porém, demonstram insegurança e desconhecimento sobre o assunto.

3 METODOLOGIA

3.1 Seleção do material bibliográfico

A pesquisa teve por ênfase teórica o acervo da Biblioteca Central da Universidade de Santa Cruz do Sul, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *EUA National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed) e Portal Capes. Os idiomas utilizados na pesquisa foram inglês e português, com referências que incluem os anos de 1978 até 2015.

Para a busca de artigos foram utilizadas palavras-chave como: câncer oral, carcinoma de células escamosas, carcinogênese e prevenção de doenças.

3.2 Tipo de pesquisa

Este trabalho consistiu em realizar uma pesquisa de caráter observacional transversal descritivo. O estudo consistiu, além disso, em quantificar algum fenômeno através da observação sistematizada.

3.3 Descrição da população

Participaram da pesquisa os acadêmicos matriculados no sexto, oitavo e décimo semestre do ano corrente, do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul.

3.4 Sujeito e local de pesquisa

Foram analisadas as respostas de 154 questionários respondidos por alunos do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul.

3.5 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos todos os alunos dos últimos três semestres. Foram excluídos da pesquisa os alunos até o quarto semestre, pois estes não realizam atendimentos clínicos suficientemente significativos a serem considerados para análise. A pouca experiência em atendimentos clínicos torna duvidosa a participação destas turmas na pesquisa.

Quatro acadêmicos não participaram do estudo, um devido à desistência do curso e os outros três pela dificuldade ou indisposição de ajuste de horários para responder ao questionário.

Foram realizadas duas tabelas de respostas, uma com toda a população estudada e a outra excluindo os acadêmicos que participam do Projeto de Diagnóstico Bucal em função de o projeto abordar semanalmente práticas relacionadas à prevenção e detecção de câncer oral, o que influenciaria diretamente nos resultados.

3.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de um questionário elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE).

Com os dados tabulados por meio de uma tabela feita no *Microsoft Office Excel 2007*, foi realizado um banco de dados para comparação de resultados e expressão dos mesmos nas tabelas.

3.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi autorizada e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul com CAAE 46306815.3.0000.5343 (ANEXO A).

Todos os alunos que participaram da pesquisa receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), anexado ao questionário em duas vias, sendo que uma via permaneceu com o participante e a outra com o pesquisador.

As informações coletadas através do questionário são de conhecimento apenas do pesquisador.

3.8 Divulgação dos resultados

Este trabalho teve fins científicos. Os resultados foram utilizados e interpretados em gráficos e tabelas e comparados aos artigos incluídos na revisão bibliográfica.

3.9 Armazenamento de dados

Os dados obtidos serão armazenados pela própria pesquisadora por um período de cinco anos, e após isso serão incinerados e deletados.

3.10 Destinação do material

Os resultados serão apresentados ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, visto que o presente trabalho verificou a importância dada à prevenção e detecção precoce do câncer oral na prática clínica dos alunos do Curso de Odontologia.

4 RESULTADOS

Seguindo critérios de inclusão e exclusão, o questionário da referida pesquisa foi aplicado a 154 acadêmicos do Curso de Odontologia, das turmas do sexto, oitavo e décimo semestre da Universidade de Santa Cruz o Sul. As respostas foram analisadas e propostas em gráficos e tabelas a seguir.

Tabela 1 – População da pesquisa

ACADÊMICOS	Nº	(%)
Sexo Feminino	123	79,87%
Sexo Masculino	31	20,13%
6º Semestre	56	36,36%
8º Semestre	54	35,07%
10º Semestre	44	28,57%
TOTAL	154	100%

Fonte: Acervo da pesquisadora, Santa Cruz do Sul, 2015.

Tabela 2 – Diagnóstico precoce e prevenção de câncer oral. População completa da pesquisa

	SIM	NÃO	NÃO RESPONDEU
Sabe o que é câncer oral	98,65%	0,60%	0,75%
Sabe como se realiza o exame de diagnóstico precoce de câncer oral	87,1%	12,28%	0,62%
Realiza o exame de diagnóstico precoce de câncer oral frequentemente	32,65%	65,40%	1,95%
Já passou informações de câncer oral a pacientes	53,78%	44,86%	1,36%
Já realizou biópsia incisional	12,24%	87,76%	0%
Se sente capaz de fazer biópsia incisional	19,43%	80,57%	0%

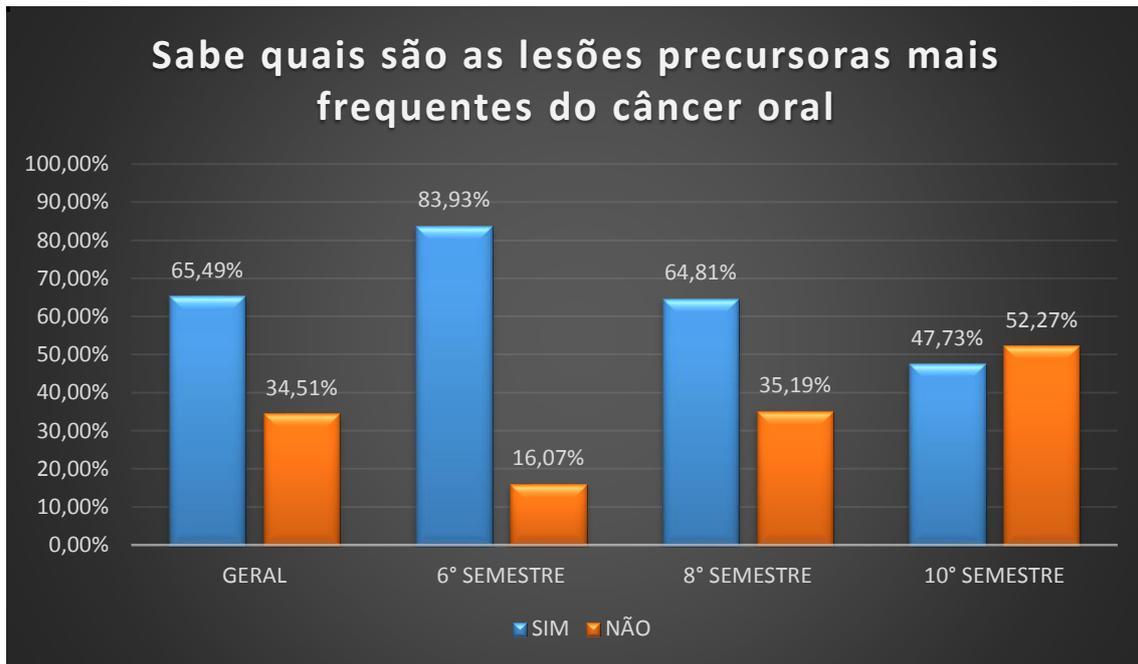
Fonte: Acervo da pesquisadora, Santa Cruz do Sul, 2015.

Tabela 3 – Diagnóstico precoce e prevenção de câncer oral. Resultados excluindo as respostas dos acadêmicos do Projeto de Diagnóstico Bucal

	SIM	NÃO	NÃO RESPONDEU
Sabe o que é câncer oral	98,61%	0,60%	0,79%
Sabe como se realiza o exame de diagnóstico precoce de câncer oral	86,22%	13,07%	0,71%
Realiza o exame de diagnóstico precoce de câncer oral frequentemente	28,72%	69,30%	1,98%
Já passou informações de câncer oral a pacientes	51,32%	47,18%	1,50%
Já realizou biópsia incisional	7,03%	92,97%	0%
Se sente capaz de fazer biópsia incisional	14,40%	85,60%	0%

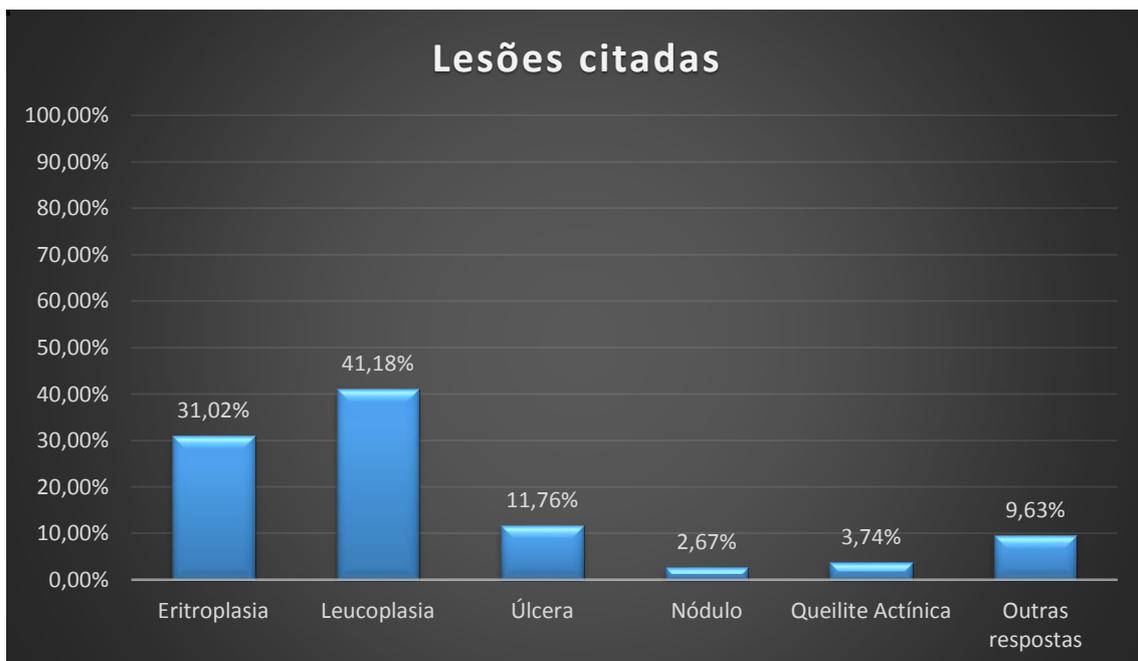
Fonte: Acervo da pesquisadora, Santa Cruz do Sul, 2015.

Gráfico 1 – Conhecimento sobre lesões precursoras mais frequentes



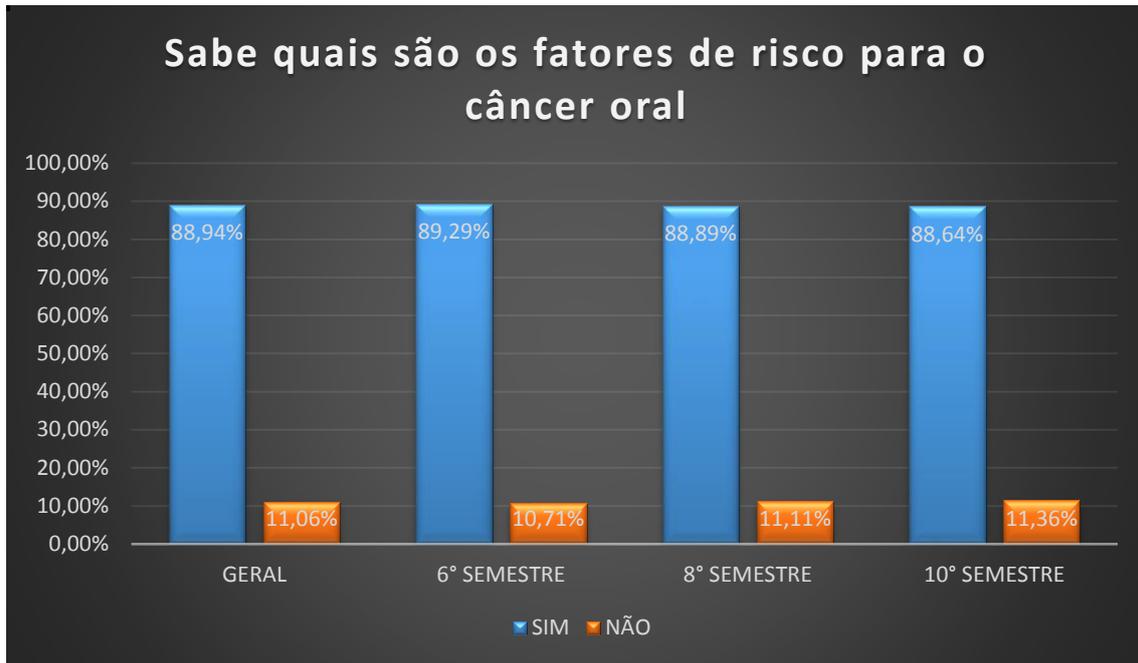
Fonte: Acervo da pesquisadora, Santa Cruz do Sul, 2015.

Gráfico 2 – Lesões citadas pelos participantes que alegaram saber quais são as lesões precursoras



Fonte: Acervo da pesquisadora, Santa Cruz do Sul, 2015.

Gráfico 3 – Conhecimento sobre os fatores de risco



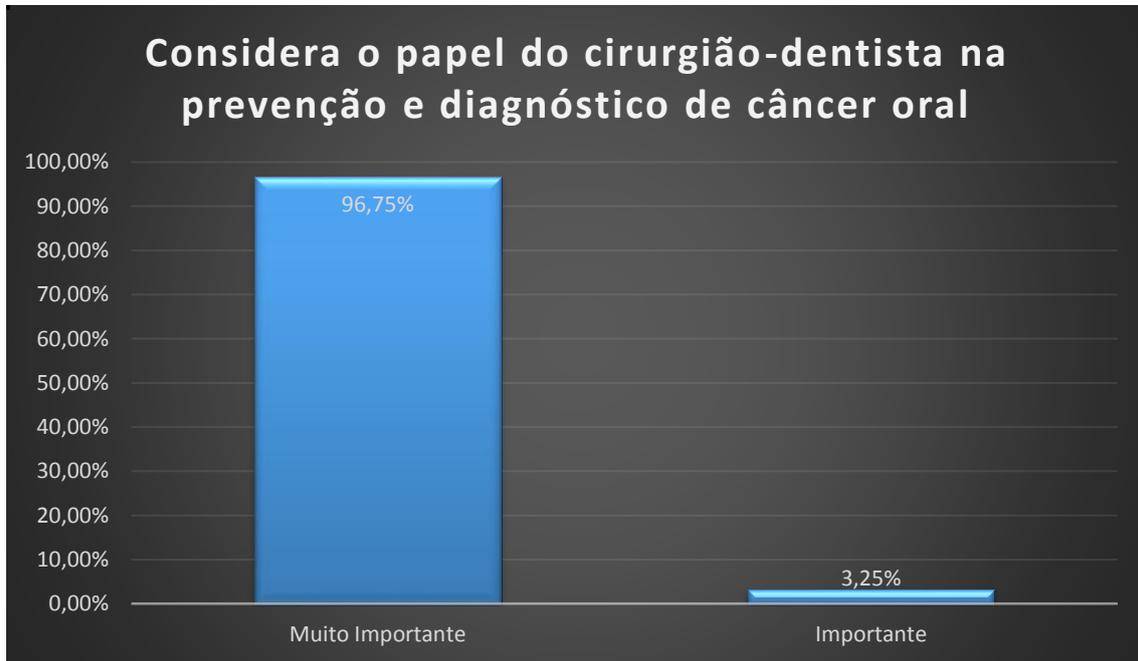
Fonte: Acervo da pesquisadora, Santa Cruz do Sul, 2015.

Gráfico 4 – Fatores citados pelos participantes que alegaram saber quais são os fatores de risco



Fonte: Acervo da pesquisadora, Santa Cruz do Sul, 2015.

Gráfico 5 – Grau de importância atribuído ao papel do cirurgião-dentista na prevenção de diagnóstico



Fonte: Acervo da pesquisadora, Santa Cruz do Sul, 2015.

5 DISCUSSÃO

O câncer oral é o sexto câncer mais comum do mundo. A metástase linfonoidal e a recidiva no local são os principais fatores responsáveis pela baixa taxa de sobrevivência dos pacientes com essa doença. A falta de diagnóstico precoce contribui fortemente para um baixo prognóstico. Além disso, o aparecimento prévio de lesões com potencial maligno está presente em 70% dos casos (TANAKA; TANAKA; TANAKA, 2011). Essa realidade reforça a importância da identificação dessas lesões a fim de aumentar os índices de diagnóstico de lesões ainda iniciais (MARTINS; GIOVANI; VILLALBA, 2008). Somada a isso, a possibilidade para reduzir casos de câncer oral está vinculada ao papel do cirurgião-dentista na prevenção (SANTOS et al., 2011; KIM et al., 2006).

Buscou-se, neste estudo, levantar a importância da prevenção e detecção precoce do câncer oral na prática clínica dos acadêmicos por meio de uma avaliação dos mesmos acerca do assunto, com objetivo de tornar os resultados relevantes ao meio acadêmico.

O cirurgião-dentista, como apontam Pinheiro, Cardoso e Padro (2010), é o principal responsável pelo diagnóstico de câncer oral, tornando importante seu conhecimento acerca da patologia em todos os aspectos. A quase totalidade dos participantes desta pesquisa (98,65%) sabe o que é câncer oral.

Foi abordada a questão da frequência de realização do exame de diagnóstico precoce de câncer oral durante os atendimentos, e os seguintes índices foram encontrados: uma parcela de 87,1% dos acadêmicos sabe como se realiza o exame de diagnóstico precoce, mas 65,40%, não o faz frequentemente durante os atendimentos. Resultado semelhante foi descrito por Alaizari e Al-maweri (2014). Tais fatos não representam um resultado positivo, já que uma das maneiras de diagnosticar precocemente o câncer é através do exame de toda a cavidade oral, o que inclui a busca de lesões assintomáticas. Portanto, a Patologia Bucal e a Estomatologia devem estar inseridas na prática clínica como parte da formação generalista do profissional, e a não realização do exame clínico completo pode alertar um despreparo (ANDRADE et al., 2014). Segundo Clovis, Horowitz e Poel (2002), para diminuir a incidência do câncer oral, além de conhecimento, exige-se prática.

No conhecimento dos alunos sobre as lesões precursoras do câncer oral, o décimo semestre foi o que obteve a maior porcentagem de alunos que não sabem quais são essas lesões (52,27%). Em seguida, ficam o oitavo semestre (35,19%) e o sexto semestre (16,7%), demonstrando uma redução do nível de conhecimento dos alunos acerca desse quesito a cada ano da faculdade. Esse quadro pode estar relacionado à disposição da disciplina de Estomatologia na grade curricular do curso, que se encontra mais próxima do sexto semestre. Alaizari e Al-Maweri (2014) concluíram, sobre esse aspecto, que cirurgiões-dentistas recém-formados demonstram melhor desempenho acerca do assunto em comparação aos que se formaram há mais tempo.

Dentre as lesões precursoras mais prevalentes destacam-se a leucoplasia, a eritroplasia e a queilite actínica (SILVEIRA et al., 2009). A úlcera indolor é o aspecto inicial do câncer oral, ou seja, é uma lesão maligna em estágio inicial (INCA, 2001; ANDRADE et al., 2014). Saber identificar essas lesões tem como finalidade evitar a transformação maligna e permitir o diagnóstico precoce de malignidade (KUMAR et al., 2013). Em relação aos participantes que responderam quais eram as lesões precursoras, as mais citadas foram leucoplasia (41,18%), eritroplasia (31,02%), úlcera (11,76%) e queilite actínica (3,74%). Outras lesões foram citadas em menor quantidade e grande diversidade (9,63%), o que demonstra desinformação de uma parcela dos acadêmicos em identificar lesões precursoras do câncer oral. Para Carter e Ogden (2007), a importância da leucoplasia, eritroplasia e eritroleucoplasia precisa ser enfatizada aos estudantes de Odontologia.

Dentre os fatores de risco mais significativos para o desenvolvimento de câncer oral estão a exposição à luz solar (principalmente para o CEC de lábio inferior), consumo de tabaco e de álcool. A relação do tabaco e do álcool continua a ser a principal causa do câncer oral, pois estes atuam sinergicamente no potencial carcinogênico (ZIGOGYANNI et al., 2001; SCIUBBA, 2001). Carter e Ogden (2001) relacionam esses dois fatores de risco a 75% dos casos. Sabe-se também que cerca de 80% dos dependentes de bebidas alcoólicas relata uso de cigarro (ZIGOGYANNI et al., 2001). Além disso, nas pesquisas realizadas por Clovis, Horowitz e Poel (2002), Martins et al. (2008), Oliveira et al. (2013) e por Andrade et al. (2014), o tabaco, o álcool e a exposição à luz solar foram os fatores de risco mais citados pelos participantes, o que condiz com os resultados obtidos neste estudo.

O tabaco e o álcool foram reconhecidos como fatores de risco para o câncer oral por 47,94% dos acadêmicos da presente pesquisa, seguido de exposição solar (25,26%), e 20,62% dos participantes citou tabaco como fator de risco, sem citar o álcool, demonstrando resultado positivo sobre a informação dos acadêmicos acerca do assunto. Apesar de o HPV ter sido citado pela minoria dos acadêmicos (1,55%), segundo Sciubba (2001) e Galbiatti et al. (2013), recentemente, há uma forte evidência da relação etiológica entre o vírus do papiloma humano e o câncer oral.

Quanto ao grau de importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico de câncer oral, a grande maioria dos acadêmicos (96,75%) referiu ser muito importante, e outros (3,25%) atribuíram a relação a importante. Resultados semelhantes foram encontrados por Martins et al. (2008). Apesar de 96,7% dos participantes ter atribuído grande importância ao cirurgião-dentista, 44,86% dos acadêmicos nunca passou informações de prevenção de câncer oral aos pacientes que atendeu. Andrade et al. (2014) encontrou resultados semelhantes, e atribui isso à deficiência na formação básica do profissional. A falta de confiança na capacidade de passar informações pode ter relação com a falta de treinamento em passar mensagens de prevenção como a suspensão do tabaco e do álcool (AWOJOBÍ; NEWTON; SCOTT, 2015). Por ser uma doença multifatorial e pela maioria dos casos ser em razão de fatores ambientais, ou seja, evitáveis, é dever do cirurgião-dentista informar e conscientizar a população, pois assim será possível alcançar níveis ótimos de prevenção do câncer oral (ALVES et al., 2002; ALAIZARI; AL-MAWERI, 2014). Sem dúvidas, a redução de fatores como o consumo de tabaco e de álcool associados teria uma profunda influência na redução do câncer oral (TANAKA; TANAKA; TANAKA, 2011).

Salienta-se que a formação do cirurgião-dentista deve incluir informações completas e atualizadas sobre câncer oral e treinamento prático para realização de biópsias (ANDRADE, 2014). O fato de o profissional nunca ter realizado biópsia, junto à falta de conhecimento técnico, demonstra números significantes de cirurgiões-dentistas que se consideram incapazes de realizá-la (SOUSA et al., 2014). Com relação à realização de biópsia incisiva, 92,97% dos acadêmicos disse nunca ter realizado e 7,03% afirmou já ter realizado o procedimento. Desses, 85,60% relatou não se sentir capaz de realizar a técnica e 14,40% disse se sentir capaz. Demonstrando um dado curioso, já que mesmo os acadêmicos não terem realizado o procedimento, parte deles se sentem capazes. Quando foram incluídos

os acadêmicos do Projeto de Diagnóstico Bucal e foram comparados os resultados das tabelas, as porcentagens mostraram valores mais altos, havendo maior disparidade, principalmente, quando se trata desse quesito. Esse dado está relacionado ao fato de haver maior contato desses alunos com o diagnóstico do câncer oral na prática clínica adquirida com o projeto.

Por fim, salienta-se que a existência da disciplina de Estomatologia na grade curricular não traz garantia de obtenção e valorização dos conhecimentos acerca do assunto. Uma atenção maior deve ser dada ao câncer oral pelos cursos de graduação em Odontologia, pois os mesmos devem preparar os acadêmicos para o diagnóstico de quaisquer agravos do sistema estomatognático (PINHEIRO; CARDOSO; PRADO, 2010). Vale ressaltar ainda que a disciplina de Estomatologia esteve presente em dois semestres no decorrer do Curso de Odontologia da UNISC, o que pode estar relacionado com a maior segurança dos alunos em responder questões teóricas relacionadas ao assunto do que sobre a abordagem prática.

Se, durante os atendimentos clínicos, fosse estabelecido um protocolo desse exame para os acadêmicos e diferentes disciplinas abordassem o assunto talvez o contexto sobre câncer oral fosse mais efetivo. Sendo o cirurgião-dentista o responsável pelo exame completo da cavidade oral bem como pelo diagnóstico de patologias relacionadas, a prevenção e diagnóstico precoce de câncer oral devem ser incluídos na prática diária dos futuros profissionais, os quais poderão contribuir para diminuir taxas de incidência dessa patologia.

6 CONCLUSÃO

De acordo com a pesquisa realizada foi possível concluir que a população estudada apresenta conhecimento a respeito de o que é câncer oral (98,65%) e, desses, 87,15% sabe como se realiza o exame de diagnóstico precoce de câncer oral. Contudo, a maioria dos participantes (65,40%) não o realiza frequentemente nos atendimentos. Em relação ao conhecimento sobre lesões precursoras do câncer oral, na análise geral, 65,49% dos acadêmicos sabe quais são essas lesões e, nisso, o sexto semestre obteve um maior índice de conhecimento, seguido do oitavo e então do décimo semestre. Cerca de metade dos acadêmicos selecionados já passou informações de prevenção de câncer oral aos pacientes que atendeu e 88,94% deles sabe quais são os fatores de risco para o câncer oral. Uma minoria dos acadêmicos já realizou biópsia incisional (12,24%) e 19,43% relatou se sentir capaz de realizá-la.

Apesar do alto desempenho acerca de algumas respostas de caráter teórico, os acadêmicos apresentam valores menores no que se trata da prevenção e frequência de realização do exame de diagnóstico precoce de câncer oral nos atendimentos clínicos, portanto ambos devem ser incluídos e estimulados nas práticas diárias dos futuros profissionais, para que assim os mesmos contribuam para diminuir os casos de câncer da cavidade oral.

REFERÊNCIAS

- ALAZARI, N. A.; AL-MAWERI, S. A. Oral Cancer: Knowledge, Practices and Opinions of Dentists in Yemen. *Asian Pac J Cancer Prev*, v. 15, n. 14, p. 5627-563, 2014.
- ALVES, A. T. N. N. et al. Diagnóstico precoce e prevenção do câncer oral: um dever do cirurgião-dentista. *Rev bras odon*, v. 59, n. 4, p. 259-290, 2002.
- AMAGASA, T.; YAMASHIRO, M.; ISHIKAWA, H. Oral Leukoplakia Related to Malignant Transformation. *Oral Science International*, v. 3, n. 2, p. 45-55, 2006.
- ANDRADE, S. N. et al. Cancer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. *Rev bras odon*, v. 71, n. 1, p.42-47, 2014.
- AWOJOBI, O.; NEWTON, J. T.; SCOTT, S. E. Why don't dentists talk to patients about oral cancer? *British Dental Journal*, v. 218, n. 9, p. 537-541, 2015.
- BUSICK, T. L.; UCHIDA, T.; WAGNER, F. R. Preventing ultraviolet light lip injury: beachgoer awareness about lip cancer risk factors and lip protection behavior. *Dermatologic Surgery*, v. 31, n. 2, p. 173-176, 2005.
- CARTER, L. M.; OGDEN, G. R. Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students. *BMC Medical Education*, v. 7, n. 44, 2007.
- CARRARD, V. C. et al. Álcool e Câncer Bucal: Considerações sobre os Mecanismos Relacionados. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 54, n. 1, p. 49-56, 2008.
- CHI, A. C.; DAY, T. A.; NEVILLE, B. W. Oral cavity and oropharyngeal squamous cell. *CA Cancer J Clin*, v. 65, n. 5, p. 401-21, 2015.
- CLOVIS, J. B.; HOROWITZ, A. M.; POEL, D. H. Oral and Pharyngeal Cancer: Knowledge and Opinions of Dentists in British Columbia and Nova Scotia. *J Can Dent Assoc*, v. 68, n. 7, p. 415-20, 2002.
- FALCÃO, M. M. L. et al. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. *Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 58, n.1, p. 27-33, 2010.
- GALBIATTI, A. L. S. et al. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol*, v. 79, n. 2, p. 239-247, 2013.
- GENOVESE, W. J.; ARTIOLI, L. Semiotécnica de câncer da cavidade da boca. In: Teixeira, A. C. B. et al. *Câncer de Boca, Noções básicas para prevenção e diagnóstico*. São Paulo: Fundação Peirópolis, 1997. p. 35-44.
- GREER, R. O. Pathology of Malignant and Premalignant Oral Epithelial Lesions. *Otolaryngol Clin N Am*, v. 39, p. 249-275, 2006.

HAYASSY, A. Câncer bucal no setor público de saúde. *Rev bras odon*, v. 55, n. 3, p. 56-60, 1998.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Manual de detecção de lesões suspeitas*. 2001. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/21_01_2010_10.14.36.6a2ee5beed1e1f969b8c666fc9469879.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Estimativa de incidência de câncer*. 2014. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *O Que é o câncer?* Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 2 ago. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Síntese de resultados e comentários*. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

JUNIOR, C. A. L. et al. Câncer de boca baseado em evidências científicas. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*, v. 67, n. 3, p. 178-186, 2013.

KUMAR, A. et al. How should we managed oral leukoplakia? *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 51, p. 377-383, 2013.

KUMAR, V.; COTRAN, R. S.; ROBBINS, S. L. Neoplasia. In: _____. *Patologia Básica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 1994. p. 140-176.

LAMBERT, R. et al. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, v. 23, n.8, p. 633-641, 2011.

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

MARTINS, R. B.; GIOVANI, E. M.; VILLALBA, H. Lesões cancerizáveis na cavidade bucal. *Rev Inst Ciên Saúde*, v. 26, n. 4, p. 467-476, 2008.

MCDOWELL, J. D. An Overview of Epidemiology and Common Risk Factors for Oral Squamous Cell Carcinoma. *Otolaryngol Clin N Am*, v. 39, p. 277-294, 2006.

MEHROTRA, R.; YADAV, S. Oral squamous cell carcinoma: etiology, pathogenesis and prognostic value of genomic alterations. *Indian J cancer*, v. 43, n. 2, p. 60-66, 2006.

MISRA, R. S. et al. Metastatic hepatocellular carcinoma in the maxilla and mandible, an extremely rare presentation. *Contemporary Clinical Dentistry*, v. 6, n. 5, p. 117-121, 2015.

NEVILLE, B. W. et al. Patologia Epitelial. In: _____. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 363-453.

OLIVEIRA, J. M. B. et al. Câncer de boca: Avaliação do Conhecimento de Acadêmicos de Odontologia e Enfermagem quanto aos Fatores de Risco e Procedimentos de Diagnóstico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 59, n. 2, p. 211-218, 2013.

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*, v. 56, n. 2, p. 195-205, 2010.

POH, F. C. et al. Squamous cell carcinoma and precursor lesions: Diagnosis and screening in a technical era. *Periodontology*, v. 57, n. 1, p. 73-88, 2011.

PRADO, B. N.; PASSARELLI, D. H. C. Uma nova visão sobre a prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. *Revista de Odontologia da cidade de São Paulo*, v. 21, n. 1, p. 79-85, 2009.

RAM, H. et al. Oral câncer: Risk Factor and molecular Pathogenesis. *J. Maxillofac Oral Surger*, v. 10, n. 2, p. 132-137, 2011.

RAMOS, A. P. S.; EMMERICH, A.; ZANDONADE, E. Conhecimento dos acadêmicos de Odontologia sobre câncer de boca. *Rev Odontol*, v. 7, n. 1, p. 30-38, 2005.

REICHART, P. A.; PHILIPSEN, H. P. Oral erythroplakia: a review. *Oral Oncology*, v. 41, n. 46, p. 551-561, 2005.

RHODUS, N. L.; KERR, A. R.; PATEL, K. Oral Cancer: Leukoplakia, Premalignancy, and Squamous Cell Carcinoma. *Dent Clin N Am*, v. 58, p. 315-340, 2014.

SANTOS, I. V. et al. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. *Odontologia Clínico-Científica*, v. 10, n. 3, p. 207-210, 2011.

SCIUBA, J.J. Oral Cancer The Importance of Early Diagnosis and Treatment. *Am J Clin Dermatol*, v. 2, n. 4, p. 239-251, 2001.

SCULLY, C. Câncer. In: _____. *Medicina Oral e Maxilofacial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 177-190.

SCULLY, C.; FELIX, D. H. Oral Medicine - Update for the dental practitioner, Red and pigmented lesions. *British Dental Journal*, v. 199, n. 10, 2005.

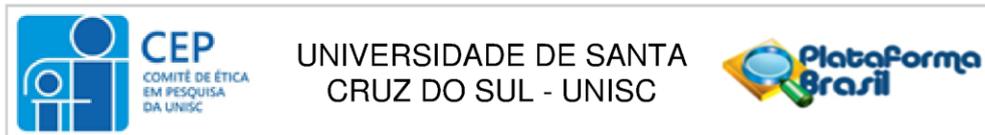
SHIRANI, S. et al. Epithelial Displasia in Oral Cavity. *Iranian Journal of Medicine Sciences*, v. 39, n. 5, p. 406-417, 2014.

SILVEIRA, E. J. D. et al. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. *J Bras Patol Med Lab*, v. 45, n. 3, p. 233-238, 2009.

- SILVERMAN, S. *Oral cancer*. 5. ed. Hamilton (ON), London: BC Decker, 2003. p. 1-128.
- SOUSA, F. B. et al. Oral cancer from a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará Braz. *Oral res*, v. 28, 2014.
- SOUZA, C.; PAWAR, U.; CHATURVEDI, P. Precancerous lesions of oral Cavity. *Otorhinolaryngology Clinics: an International journey*, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2009.
- STEELE, T. O.; MEYERS, A. Early detection of premalignant lesions and Oral Cancer. *Otolaryngologic clinical of North America*, v. 44, n. 1, p. 221-229, 2011.
- TANAKA, T.; TANAKA, M.; TANAKA, T. Oral Carcinogenesis and Oral cancer Chemoprevention: A review. *Pathology Research International*, Article ID 431246, 2011.
- TEIXEIRA, A. C. B.; JÚNIOR, C. A. L. Carcinogênese. In: TEIXEIRA, A.C. B. et al. *Câncer de Boca, Noções básicas para prevenção e diagnóstico*. São Paulo: Fundação Peirópolis, 1997. p. 25-34.
- THOMAZ, E. B. A. F.; CUTRIM, M. C. F. N.; LOPES, F. F. Importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral. *Revista Acta Oncológica Brasileira*, v. 20, n. 4, p. 149-152, 2000.
- VAN DER WAAL, I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncology*, v. 45, n. 4-5, p. 317-323, 2009.
- _____. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa: present concepts of management. *Oral Oncol*, v. 46, n. 6, p. 423-5, 2010.
- VILLA, A.; GOHEL, A. Oral potentially malignant disorders in a large dental population. *J Appl Oral Sci*, v. 22, n. 6, p. 473-476, 2014.
- WARNAKULASURIYA, S.; JOHNSON, N. W.; WAAL, I. V. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *Journal of Pathology & Medicine*, v. 36, n. 10, p. 575-580, 2007.
- WILLIAMS et al., Evaluation of a Suspicious Oral Mucosal Lesion. *JCDA*, v. 74, n. 3, p. 275-280, 2008.
- WOOD, N. H. et al. Actinic Cheilitis: A Case Report and a Review of the Literature. *European Journal of Dentistry*, v. 5, n. 1, p. 101-106, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION COLLABORATING. Definition of leucoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. *Oral Surg*, v. 46, p. 518-539, 1978.
- YARDIMICI, G. et al. Precancerous lesions of oral mucosa. *World Journal of Clinical Case*, v. 2, n. 12, p. 866-872, 2014.

ZYGOGIANNI, A. G. et al. Oral squamous cell cancer: early detection and the role of alcohol and smoking. *Head & Neck Oncology*, v. 3, n. 2, 2011.

ANEXO A – Autorização de pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LESÕES ORAIS COM POTENCIAL MALIGNO NA PRÁTICA CLÍNICA DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA DA UNISC

Pesquisador: Athos Rogério Schulze

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46306815.3.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.155.038

Data da Relatoria: 23/06/2015

Apresentação do Projeto:

Este trabalho consiste em realizar uma pesquisa de caráter observacional transversal para quantificar algum fenômeno através da observação sistematizada, sobre a prática clínica dos alunos de Odontologia da UNISC no diagnóstico precoce de câncer oral. Participarão da pesquisa os acadêmicos do sexto, oitavo e décimo semestre do ano corrente do curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, onde serão analisadas as respostas de 150 questionários respondidos. Espera-se encontrar um número significativo de alunos que saibam identificar lesões com potencial maligno, porém não realizam os exames com frequência. Os resultados serão apresentados ao curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul e os dados obtidos serão armazenados pela própria pesquisadora por um período de cinco anos, após, serão incinerados e deletados.

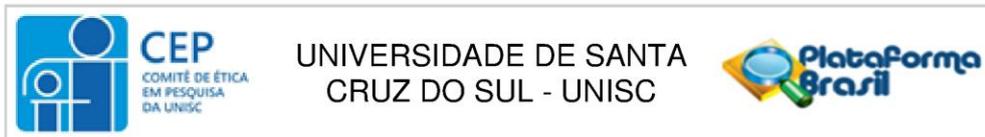
Objetivo da Pesquisa:

O objetivo desse estudo será investigar se os alunos do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul examinam e sabem realizar o diagnóstico de lesões com potencial maligno.

Objetivos específicos:

- Avaliar se os acadêmicos de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul sabem o que é câncer oral;

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 1.155.038

- Averiguar se conhecem quais são as lesões precursoras mais freqüentes do câncer oral;
- Indagar se já realizaram biópsia incisional, e se sentem capaz de realizá-la;
- Analisar se já passaram informações sobre câncer a seus pacientes;
- Avaliar se sabem quais os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer oral e quais destes consideraram os principais;
- Investigar qual a importância dada ao papel do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico de câncer oral para os acadêmicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a pesquisa não oferece risco aos envolvidos.

Benefícios: Este trabalho trará contribuições a respeito do conhecimento e identificação de lesões com potencial maligno pelos estudantes do curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, auxiliando no redirecionamento de condutas clínicas que contribuem para a redução das taxas de mortalidade relativas a essa enfermidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de acordo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos presentes e de acordo.

Recomendações:

Revisar o Cronograma de Execução das informações básicas do projeto na Plataforma Brasil, considerando a data de aprovação do projeto: 21/7/2015.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado com recomendações (ver item recomendações).

Situação do Parecer:

Aprovado

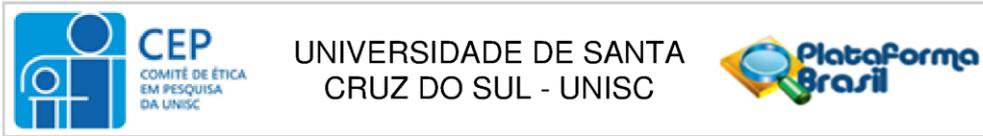
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

projeto aprovado com recomendação: revisar o Cronograma de Execução das informações básicas do projeto na Plataforma Brasil, considerando a data de aprovação do projeto: 21/7/2015.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 1.155.038

SANTA CRUZ DO SUL, 21 de Julho de 2015

Assinado por:
Ingo Paulo Kessler
(Coordenador)

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: Lesões orais com potencial maligno na prática clínica dos estudantes de Odontologia da UNISC

Essa pesquisa tem como finalidade identificar se o exame de diagnóstico precoce de câncer está presente na prática clínica dos estudantes de Odontologia que prestam atendimentos na clínica de Odontologia da UNISC, através do exame da cavidade oral, informações e medidas preventivas ao paciente. O estudo irá relatar também, se os alunos consideram importante a participação do dentista nesse diagnóstico e o entendimento de lesões com potencial maligno.

Será realizado através de um questionário contendo perguntas abertas e fechadas referentes a lesões com potencial maligno e câncer oral, aplicado no segundo semestre de 2015 a todos os alunos do curso de Odontologia da UNISC que prestam atendimento clínico.

A participação nessa pesquisa não trará conseqüências negativas aos alunos, visto que os dados são confidenciais, e serão realizados tabelas e gráficos comparativos de conhecimento apenas do pesquisador. Esta pesquisa obedece a ética de pesquisa com seres humanos conforme a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Participando desse estudo, você irá colaborar para uma melhor atenção ao diagnóstico de câncer oral, visto que através dele poderá ser observado tanto por alunos quanto pelo Curso de Odontologia de forma geral se os alunos incluem essa conduta nos exames rotineiros.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é o Prof.Me Athos Rogério Schulze (Fone:99138020).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data __ / __ / ____

Nome e assinatura do voluntário.....

Assinatura do responsável pela obtenção do presente consentimento.....

APÊNDICE

Instrumento de pesquisa (Questionário)

SEMESTRE:

SEXO: Feminino () Masculino ()

1- Você sabe o que é câncer oral?

Sim () Não ()

2- Você sabe como se realiza o exame de diagnóstico precoce de câncer oral?

Sim () Não ()

3- Você realiza o exame de diagnóstico precoce de câncer oral frequentemente nos atendimentos?

Sim () Não ()

4- Você sabe quais são as lesões precursoras mais frequentes do câncer oral?

Sim () Não ()

5- Em relação à questão anterior, se a resposta foi sim, qual (ais) lesão (ões) precursora(s) do câncer oral que você conhece? (cite até 2)

6- Você já realizou biópsia incisional?

Sim () Não ()

7- Em relação à questão anterior, se a resposta foi sim, você se sente capaz de fazê-la?

Sim () Não ()

8- Você já passou informações de prevenção de câncer oral para os pacientes que atendeu?

Sim () Não ()

9- Você sabe quais são os fatores de risco para o câncer oral?

Sim () Não ()

10-Em relação à questão anterior, se a resposta foi sim, cite dois fatores que você considera os principais.

11-Você considera o papel do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico de câncer oral:

Muito importante () Importante () Pouco importante () Não importante ()