

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

JÉSSICA RODRIGUEZ STREY

AVALIAÇÃO DAS ATITUDES EM RELAÇÃO AO CÂNCER BUCAL E DA POSTURA
FRENTE À NECESSIDADE DA REALIZAÇÃO DE BIÓPSIAS - UMA ANÁLISE DOS
CIRURGIÕES DENTISTAS DA REDE PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Porto Alegre
2016

JÉSSICA RODRIGUEZ STREY

AVALIAÇÃO DAS ATITUDES EM RELAÇÃO AO CÂNCER BUCAL E DA POSTURA
FRENTE À NECESSIDADE DA REALIZAÇÃO DE BIÓPSIAS - UMA ANÁLISE DOS
CIRURGIÕES DENTISTAS DA REDE PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Odontologia da
Faculdade de Odontologia da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, como requisito
parcial para obtenção do título de Cirurgiã-
Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Vinícius Coelho Carrard

Porto Alegre
2016

CIP - Catalogação na Publicação

Strey, Jéssica Rodriguez
Avaliação das atitudes em relação ao câncer bucal e da postura frente à necessidade da realização de biópsias - uma análise dos cirurgiões dentistas da rede pública de assistência à saúde / Jéssica Rodriguez Strey. -- 2016.
47 f.

Orientador: Vinícius Coelho Carrard.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Câncer de boca. 2. Atenção primária à saúde. 3. Diagnóstico bucal. 4. Serviços de saúde bucal. I. Carrard, Vinícius Coelho, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e minha família, pelo amor, confiança e incentivo que me fizeram ser a pessoa que sou hoje.

Ao meu orientador, professor Vinicius Carrard, pela imensa dedicação e pelas importantes contribuições na minha formação e na vida.

Aos meus amigos que estiveram presentes, cada um da sua forma, nessa fase muito importante. Em especial às minhas amigas Betina, Raquel S., Maria Eduarda e minha “irmã científica” Michelle, as quais tornaram esta etapa mais leve e muito feliz.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao CPNq, pelas oportunidades proporcionadas ao longo da minha trajetória acadêmica.

A todos que contribuíram para a minha formação, fica o meu agradecimento.

RESUMO

STREY, Jéssica Rodriguez. **Avaliação das atitudes em relação ao câncer bucal e da postura frente à necessidade da realização de biópsias - uma análise dos cirurgiões dentistas da rede pública de assistência à saúde.** 2016. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

O diagnóstico das doenças que se manifestam como lesões na boca faz parte das atribuições do cirurgião dentista (CD). Dentre elas, o câncer de boca representa um importante problema de saúde pública devido a suas altas taxas de morbidade e mortalidade. Uma das explicações para esta realidade é a dificuldade que os cirurgiões dentistas mostram com relação ao diagnóstico dessas lesões. Com frequência, esta dificuldade tem sido justificada pela pouca carga horária destinada a aulas teóricas e treinamento em Patologia Bucal e Estomatologia durante a sua formação. Em função disso, o objetivo deste estudo foi avaliar a percepção dos dentistas que atuam na rede pública no Rio Grande do Sul com relação a sua formação para lidar com lesões bucais, suas atitudes em relação ao câncer bucal e sua postura diante da necessidade de realizar biópsias de lesões bucais. A amostra foi composta pelos questionários respondidos por 192 profissionais de saúde (153 mulheres e 39 homens) da rede pública que participaram das atividades de capacitação em diagnóstico do câncer de boca realizadas no mês de Julho de 2016. Durante o processo de inscrição para as atividades de capacitação, os profissionais preencheram um questionário online para avaliar as suas percepções em relação às questões relacionadas ao câncer de boca, a fim de planejar futuras ações para as atividades de capacitação. A média de idade dos participantes foi de 37,57 anos (\pm 10,39). Em relação à realização de medidas preventivas, 96,88% dos profissionais afirmou realizar exame de toda a boca; 87,50% refere que faz aconselhamento antitabaco; 51,04% orientação sobre consumo excessivo de álcool; 69,27% orientação dietética e 59,90% orientação sobre riscos da exposição solar. Dentre os dentistas avaliados, 72,40% e 44,79% consideraram insuficiente o treinamento clínico e teórico, respectivamente, em Estomatologia/Patologia Bucal durante a sua formação. De forma geral, os CDs da rede pública têm pouca experiência com biópsia, visto que 20% e 48,96% sequer assistiu uma biópsia ao longo da graduação e da vida profissional, respectivamente, e menos de 25% realizou biópsias. Com relação à postura frente a necessidade de realização de biópsia, somente 8,33% afirmou que realiza biópsia, enquanto quase 90% opta por encaminhar o paciente para algum especialista da rede ou para faculdades. Falta de experiência (69,79%) foi o principal motivo para não realizar biópsia, seguido por falta de instrumental/condições técnicas (53,12%) e falta de segurança na interpretação dos resultados (18,23%). Conclui-se que os dentistas da rede pública do Estado do Rio Grande do Sul realizam medidas preventivas para o câncer bucal, mas que poucos realizam biópsias habitualmente. Esse fato é atribuído, principalmente a falta de preparo para realizar o procedimento devido ao ensino insuficiente durante a sua formação.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Diagnóstico bucal. Serviços de saúde bucal.

ABSTRACT

STREY, Jéssica Rodriguez. **Preventive measures towards oral cancer and attitudes about biopsy procedure – a primary care dentists' analysis.** 2016. 43 p. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

The diagnosis of oral lesions is a procedure that is part of the dentist's assignment. Among them, oral cancer represents an important public health problem due to its high rates of morbidity and mortality. One of the reasons for that it's the difficulty in diagnose this lesions. Frequently, this difficulty has been justified by insufficient education in Oral Pathology and Stomatology in graduation. Therefore, the aim of the present study was to assess the perception of the primary care dentists in Rio Grande do Sul regarding their education in Stomatology in the graduation, preventive and clinical attitudes and their attitude towards biopsy procedure. The study sample consisted of questionnaires answered by 192 health professionals (153 women and 39 men) from de primary care that enrolled for the continuing education activities about diagnosis of oral cancer in July 2016. During this process, the dentists completed an online questionnaire to evaluate participants' perceptions regarding oral cancer issues, in order to improve the continuing education activities on oral cancer. The mean age of respondents was 37,57 years ($\pm 10,39$), and the majority were women. Regarding the preventive attitudes, 96,88% affirmed to perform routine mucosa examination, 87,50% reported that deliver tobacco-cessation counseling as well as advice on alcohol consumption (51,04%), 69,27% advised on healthy eating and 59,90% about sun exposure risks. Among the evaluated dentists, 72.40% and 44.79% considered that clinical and theoretical training, respectively, in Stomatology / Pathology at graduation. In general, primary care dentists have a lack of experience on biopsy procedure: 20% and 48,96% did not see a biopsy procedure during graduation and professional life, respectively, and less than 25% performed biopsies. Only 8,33% said that performs a biopsy when necessary, whereas almost 90% prefer to refer the patient to a specialist or to dental school. The reasons to not performing a biopsy included lack of experience (69,79%), lack of instruments/technical conditions (53,12%) and lack of confidence in interpreting the results (18,23%). Our study found that primary health care dentists of Rio Grande do Sul State realize preventive measures for oral cancer, but few usually perform biopsies. This fact is attributed, mainly to the lack of training to perform the procedure due to the insufficient education during the graduation.

Keywords: Primary health care. Oral diagnosis. Oral health services.

SUMÁRIO

1 ANTECEDENTES E JUSTIFICATIVA.....	06
2 OBJETIVO.....	13
3 ARTIGO CIENTÍFICO.....	14
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	38
APÊNDICE.....	42

Tendo em vista que a cavidade bucal localiza-se em posição favorável ao exame visual direto, o diagnóstico precoce do câncer nesta região anatômica deveria ser frequente. Sabe-se que a detecção dessa doença em um estágio menos avançado é desejável, pois permite a realização de tratamentos menos agressivos e com maior taxa de sucesso, impactando diretamente em melhores prognósticos pelo aumento das taxas de sobrevivência (GUNERI; EPSTEIN, 2014; MACPHERSON et al., 2003; SCULLY et al., 1986). Contudo, muitas vezes o diagnóstico é definido tardiamente, o que explica a dificuldade observada em relação ao enfrentamento desta doença (VAN DER WAAL, 2013).

Segundo Ergun et. al. (2009), 85% dos dentistas percebe dificuldades em detectar, diagnosticar e tratar lesões bucais. Além disso, 93% destes profissionais não realizaram biópsias durante as suas atividades clínicas diárias. Cabe enfatizar que este procedimento é essencial para a definição do diagnóstico de uma parcela representativa de casos. A maioria dos dentistas atribui a dificuldade de diagnóstico ao pouco tempo destinado às aulas teóricas ou treinamento em Estomatologia, ou seja, avaliando pacientes e realizando biópsias durante a sua formação (DIAMANTI et al., 2002; MCCANN et al., 2005; WAN; SAVAGE, 2010). Em função disso, profissionais que possuem dificuldade e falta de conhecimento para diagnosticar e tratar lesões tendem a encaminhar um alto número de casos para a atenção especializada (HABERLAND; ALLEN; BECK, 1999), gerando longas filas de espera e atraso no diagnóstico das lesões bucais em geral.

A habilidade de reconhecer lesões suspeitas está relacionada com o conhecimento sobre câncer bucal e distúrbios potencialmente malignos (HASSONA et al., 2015b). Embora se percebam desatualizados em relação ao assunto, os profissionais de saúde (incluindo dentistas e médicos) não costumam buscar cursos de atualização regularmente (HASSONA et al., 2015a; HASSONA et al., 2015b). Em relação a cursos de educação continuada, 75% dos dentistas afirmou ter feito algum curso relacionado com câncer de boca nos últimos 5 anos, e 34% dos dentistas relataram que o curso resultou em mudanças em relação a suas práticas de prevenção de câncer de boca (GAJENDRA; CRUZ; KUMAR, 2006). Já Ergun et al. (2009), demonstraram que 62% destes profissionais admite pouca motivação para atualizar-se com relação aos assuntos da área da Estomatologia. Estudos mais recentes (RAZAVI et al., 2013; SEOANE-LESTON et al., 2010) corroboram esse achado, indicando que um alto percentual de profissionais (53,1% e 48%,

respectivamente) nunca tinha participado de algum curso de atenção continuada relacionado a câncer de boca. Por outro lado, o conhecimento teórico a respeito de câncer não parece estar diretamente associado à possibilidade de realizar o diagnóstico precoce, o que favoreceria uma maior taxa de sobrevivência (HASSONA et al., 2016). Dessa forma, conclui-se que oportunidades de treinamento prático, o que inclui examinar pacientes, buscar ativamente lesões e expor-se ao desafio do diagnóstico são etapas fundamentais para aprimorar a capacidade diagnóstica de profissionais de saúde em formação.

Por outro lado, van der Waal (2013) afirma que a única medida com potencial para reduzir mortalidade pelo câncer bucal é a prevenção, sendo a redução da exposição aos fatores de risco (tabaco e álcool) a mais importante.

O consumo de álcool e o tabagismo têm sido apontados como principais fatores de risco para desenvolvimento de câncer de boca. Diversos estudos epidemiológicos têm mostrado que o consumo de álcool é um fator de risco independente para o desenvolvimento de câncer bucal (DE STEFANI et al., 1998; FIORETTI et al., 1999; FRANCO et al., 1989; LA VECCHIA et al., 1986; LECLERC et al., 1987; LLEWELLYN; JOHNSON; WARNAKULASURIYA, 2004; WYNDER; BROSS; FELDMAN, 1957), sendo essa relação ainda mais evidente quando há associação com o hábito de fumar (FRANCESCHI et al., 1990; FRANCO et al., 1989; LLEWELLYN et al., 2004; MASHBERG; GARFINKEL; HARRIS, 1981; RICH; RADDEN, 1984; ROTHMAN, 1978; WYNDER; MUSHINSKI; SPIVAK, 1977). O risco para o desenvolvimento dessa doença chega a ser 38 vezes maior em indivíduos que fumam e bebem. (WARNAKULASURIYA; SUTHERLAND; SCULLY, 2005).

A exposição desprotegida à radiação ultravioleta é o principal fator associado ao câncer de lábio. Pessoas com atividade relacionada a ambientes externos (agricultores, pescadores, pedreiros, esportistas...) usualmente se expõem de forma crônica à ação da radiação solar e inicialmente apresentam lesões com potencial de malignização (MARUCCIA et al., 2012; SOUZA, 2011). Já em relação à orientação dietética, estudos mostram que o consumo de frutas e saladas atenua o risco aumentado para o desenvolvimento de câncer bucal em fumantes, sendo este efeito protetor maior em fumantes leves (TOPORCOV, et al., 2012). Não está claro se isso se deve a presença das vitaminas A, B, C e E ou se está relacionado a outros

componentes destes alimentos, mas sabe-se a importância de orientação de uma dieta rica em alimentos saudáveis como medida preventiva para essa doença (MCLAUGHLIN et al., 1988; SANDOVAL et al., 2009).

Diversos estudos têm avaliado a frequência com que dentistas afirmam realizar habitualmente medidas preventivas voltadas ao câncer bucal como aconselhamento antitabaco, orientação a respeito dos efeitos do consumo regular de bebidas alcoólicas, orientação a respeito dos danos relacionados à radiação ultravioleta, explicação sobre o efeito benéfico do consumo de frutas e vegetais e exame de rotina de toda a boca (Quadro 1).

Quadro 1 - Principais estudos a respeito da realização habitual de medidas preventivas para o câncer bucal.

Autores	Amostra	Resultados
WARNAKULASURIYA et al., 1991	2519 dentistas	- Exame de toda a boca: 84% (2% examinam apenas dentes e gengivas) - Aconselhamento antitabaco: 30% - Orientação sobre consumo excessivo de álcool: 20%
SEOANE et al., 2006	32 dentistas	- Exame de toda a boca: 87,5% - Aconselhamento antitabaco: 30% - Orientação sobre cessação do tabagismo e do consumo excessivo de álcool: 84,4%
GAJENDRA et al., 2006	499 dentistas	- Exame de toda a boca na primeira consulta (pacientes com mais de 40 anos): 85%
KUJAN et al., 2006	338 dentistas	- Exame de toda a boca na primeira consulta: - Pacientes com mais de 40 anos: 92% - Pacientes de 18 a 40 anos: 81,4% - Orientação sobre riscos do consumo de fumo e álcool: 59,2% - Orientação sobre riscos da exposição solar: 10,5%
SEOANE-LESTÓN et al., 2010	440 dentistas	- Exame de toda a boca: 72,4% - Aconselho antitabaco: 88,2% - Orientação sobre consumo excessivo de álcool: 54,7% - Orientação sobre alimentação saudável: 32,3%

Fonte: do autor, 2016.

Em geral, estes estudos mostram que algumas destas medidas são realizadas por uma parcela pequena dos dentistas (GAJENDRA et al., 2006; KUJAN et al., 2006; SEOANE-LESTON et al., 2010; SEOANE et al., 2006). O aconselhamento antitabaco, em particular, é realizado por uma proporção de dentistas que varia de 30 a 88%. Já a orientação sobre redução do consumo de bebidas alcoólicas é adotada por um número ainda menor de profissionais, com percentuais que variam de 20% a 59% (KUJAN et al., 2006; SEOANE-LESTON et al., 2010; SEOANE et al., 2006; WARNAKULASURIYA, NANAYAKKARA, 1991). Em parte, esse achado pode ser explicado pelo fato de os profissionais se perceberem despreparados para realizar esses procedimentos. Apenas 26% dos dentistas se consideram bem treinados para promover aconselhamento antitabaco (KUJAN et al., 2006; SEOANE-LESTON et al., 2010; SEOANE et al., 2006; WARNAKULASURIYA; NANAYAKKARA, 1991) e 11% para orientar para redução do consumo de bebidas alcoólicas (ALONGE, NARENDRAN, 2003; GAJENDRA et al., 2006; KUJAN et al., 2006; SEOANE-LESTON et al., 2010; SEOANE et al., 2006; WARNAKULASURIYA; NANAYAKKARA, 1991). Esses dados apontam para a necessidade de cursos de capacitação para que essas medidas sejam adotadas regularmente (ALONGE; NARENDRAN, 2003; WARNAKULASURIYA; NANAYAKKARA, 1991).

Outra medida importante para a redução das taxas de mortalidade pelo câncer bucal é o diagnóstico precoce, o qual depende do exame de toda a boca como rotina. Na maioria dos estudos, observa-se que mais do que 80% dos dentistas afirmam realizar esse procedimento regularmente (KUJAN et al., 2006; SEOANE-LESTON et al., 2010; SEOANE et al., 2006; WARNAKULASURIYA; NANAYAKKARA, 1991). A maioria dos profissionais relatou treinamento limitado em exame de mucosa relacionado a câncer de boca. Além disso, 75% deles afirmou não fazer exame de mucosa em todos os pacientes. Mais da metade dos dentistas não se percebe bem preparada para examinar pacientes em relação à prevenção de câncer de boca, é somente 2% e 15% considera-se como “muito bem treinado” e “bem treinado” respectivamente em relação ao exame de mucosa (SHIMPI et al., 2016). Neste sentido, Hertrampf et al. (2013) mostraram que 37,2% dos dentistas de uma amostra da Alemanha consideram-se adequadamente treinados para promover exame de mucosa para prevenção de câncer de boca. Segundo este mesmo autor, somente 33% dos dentistas relata que faz exame de mucosa frequentemente na

consulta inicial em pacientes mais velhos, enquanto só 28% repetem o exame na consulta de retorno. Ainda com relação a esse aspecto, um estudo realizado no Irã, demonstrou que 85,5% dos dentistas não havia realizado o exame de mucosa recentemente nos seus atendimentos. A falta de conhecimento parece ser uma das maiores barreiras para incluir na rotina clínica o exame de mucosa para prevenção do câncer de boca, pois os profissionais afirmam possuir treinamento limitado e sentem-se inseguros para realizar esse procedimento (ERGUN et al., 2009; RAZAVI et al., 2013). Outro fator a ser considerado é a falta de interesse, o que foi relatado por uma parcela significativa dos dentistas avaliados por Ergun et al. (2009).

Outra questão importante a ser considerada no que diz respeito ao diagnóstico do câncer é a postura do cirurgião-dentista frente a necessidade de realização de biópsia. Estudos mostram que mais da metade dos dentistas não realiza biópsia e não se considera suficientemente treinado para fazer o diagnóstico do câncer de boca (LOPEZ JORNET et al., 2007; WAN; SAVAGE, 2010). Grande parte dos generalistas afirmou referenciar todos os casos de lesões de boca que necessitam de biópsia a um especialista, onde 58,1% não se sentem competentes para realizar qualquer tipo de biópsia. Dentre os motivos apontados para não realizar o procedimento, os dentistas destacam a falta de experiência com biópsia, seguido pela falta de habilidade, risco de produzir material que insuficiente para definir diagnóstico, erro diagnóstico e intercorrências transoperatórias. Além disso, 60% dos dentistas afirmam que deveriam se sentir competentes para realizar biópsias, pois acreditam que isso ajudaria a diminuir o atraso diagnóstico e que os pacientes dizem que ficariam mais à vontade se fossem tratados pelos seus dentistas. Interessantemente, 25% dos dentistas afirmou não ser capaz de fazer biópsia e apenas 15% fez alguma biópsia nos últimos 2 anos. Por outro lado, 90,5% dos generalistas e 83,6% dos especialistas acreditam que, com mais treinamento durante e após a graduação, aprimoraria a utilização de biópsia no atendimento aos pacientes (DIAMANTI et al., 2002; WAN; SAVAGE, 2010). Ainda tratando deste assunto, LÓPEZ JORNET et al. (2007) encontraram falta de experiência (34,9%), o fato de não encontrar lesões (23,5%) falta de confiança na interpretação dos resultados (7,4%) e falta de material (20,8%) como motivos para o dentista não realizar biópsia. Além disso, estudos corroboram esses dados afirmando que os dentistas preferem encaminhar as lesões para especialistas quando se deparam com dificuldade em estabelecer diagnóstico ou conduta frente a lesões bucais

(ERGUN et al., 2009; WARNAKULASURIYA; NANAYAKKARA, 1991). Esses dados são bastante preocupantes, pois dentistas generalistas que atuam na atenção primária, o primeiro nível de contato do indivíduo, da família e comunidade com o sistema nacional de saúde (OMS, 1978), tem contato com um grande número de pacientes (HASSONA et al., 2016). Diante da constatação de que esses profissionais não estão seguros para fazerem o diagnóstico, valiosas oportunidades de realizar o diagnóstico precoce podem ser perdidas.

A busca de explicações para esses fenômenos envolve naturalmente uma reflexão acerca da formação dos profissionais e uma avaliação crítica do currículo em Odontologia. Neste sentido, 40,5% dos dentistas consideram insuficiente o treinamento na área de Estomatologia (KUJAN et al., 2006). O estudo de Razavi et al. (2013) mostra dados ainda mais alarmantes: somente 36% acredita que o ensino foi suficiente na faculdade, enquanto 16% dos dentistas afirma estar satisfeito com seu conhecimento na área após o término da graduação. Diante do que foi exposto, fica claro que existe necessidade de aumentar o tempo dedicado à educação em câncer, oferecendo mais oportunidades de contato com pacientes com lesões bucais, visando à capacidade diagnóstica futura e a probabilidade de diagnóstico precoce (HASSONA; SCULLY; et al., 2015).

2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar os dentistas que atuam na rede pública no Rio Grande do Sul com relação:

- a) à percepção em relação a sua formação em Estomatologia e Patologia Bucal;
- b) as suas atitudes em relação às medidas preventivas para o câncer bucal;
- c) a sua postura destes profissionais diante da necessidade de realizar biópsias.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

**“Avaliação das atitudes em relação ao câncer bucal e da postura frente à
necessidade da realização de biópsias - uma análise dos cirurgiões dentistas
da rede pública de assistência à saúde”**

(a ser submetido para o periódico Oral Diseases)

ABSTRACT

Objective: The present study aimed to assess the perception of the primary care dentists working in South Brazil regarding their learning in Oral Medicine in the graduation course, their preventive and clinical attitudes in relation to oral cancer and their attitude towards biopsy procedure. **Material and methods:** The study sample consisted of 192 health professionals (153 women and 39 men) from de primary care that enrolled for the continuing education activities about diagnosis of oral cancer in July 2016. The participants answered a questionnaire on attitudes in relation to oral cancer prevention, opinion in relation to learning on Oral Medicine along graduation course and behavior in relation to biopsy procedure. **Results:** The mean age of respondents was 37.57 ± 10.39 years and the majority was women. Regarding the preventive attitudes, 96.88% referred that perform routine mucosa examination, 87.50% reported that they deliver tobacco-cessation counseling as well as advice on alcohol consumption (51.04%). Clinical and theoretical training along graduation course were considered insufficient by, respectively, 72.40% and 44.79% of the dentists. Only 8.33% of those professionals state that perform a biopsy when necessary in daily practice, whereas almost 90% prefer to refer the patient to a specialist. The main reasons to not performing a biopsy includes lack of experience followed by lack of instruments/technical conditions. **Conclusion:** Primary health care dentists realize preventive measures for oral cancer, but few usually perform biopsies. This finding may be explained by the lack of clinical training on biopsy and insufficient theoretical classes during the graduation.

INTRODUÇÃO

O câncer de boca está entre as lesões malignas mais prevalentes do mundo (PETERSEN, 2009; WARNAKULASURIYA, 2009). Devido às suas elevadas taxas de morbidade e mortalidade, esta doença representa um importante problema de saúde pública (VAN DER WAAL, 2013). No Brasil, as últimas estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) tem apontado uma incidência de aproximadamente 15.000 novos casos/ano para esta doença (INCA, 2016; INCA, 2014). Nas últimas décadas, sua taxa de mortalidade têm se mantido estável, oscilando em torno de 50% (ROGERS et al., 2009). O Brasil está entre os países que apresentam uma das maiores taxas de mortalidade para o câncer bucal (PETERSEN, 2009; WARNAKULASURIYA, 2009), sendo mais elevada na região Sul (BORGES et al., 2009).

Van der Waal (2013) afirma que a única medida com potencial para reduzir mortalidade pelo câncer bucal é a prevenção, sendo a redução da exposição aos fatores de risco (tabaco e álcool) a mais importante. Diversos estudos têm avaliado a frequência com que dentistas afirmam realizar habitualmente medidas preventivas voltadas ao câncer bucal, como aconselhamento antitabaco, orientação a respeito dos efeitos do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, da exposição à radiação ultravioleta e do benefício de uma alimentação rica em frutas e verduras. De forma geral, estes estudos mostram que algumas destas medidas são realizadas por uma parcela pequena dos dentistas (GAJENDRA et al., 2006; KUJAN et al., 2006; SEOANE-LESTON et al., 2010; SEOANE et al., 2006).

Sabe-se que a detecção precoce impacta positivamente no prognóstico pelo aumento das taxas de sobrevivência (GUNERI; EPSTEIN, 2014; MACPHERSON et al., 2003; SCULLY et al., 1986). Porém, os dentistas percebem dificuldades em detectar, diagnosticar e tratar lesões bucais (ERGUN et al., 2009). A maioria dos dentistas atribui a dificuldade de diagnóstico ao pouco tempo destinado às aulas teóricas e/ou ao treinamento em Estomatologia (DIAMANTI et al., 2002; MCCANN et al., 2005; WAN; SAVAGE, 2010).

O diagnóstico precoce depende do exame de toda boca como rotina. Curiosamente, a maioria dos estudos aponta que mais do que 80% dos dentistas afirma realizar esse procedimento regularmente (KUJAN et al., 2006; SEOANE-LESTON et al., 2010; SEOANE et al., 2006; WARNAKULASURIYA; NANAYAKKARA, 1991). Por outro lado, estudos realizados no Irã e na Alemanha

mostram uma parcela muito baixa de profissionais que realizam exame de mucosa, uma porcentagem na faixa de 15 a 33% dos dentistas (RAVAZI et al., 2013; HERTRAMPF et al., 2013). A falta de conhecimento parece ser uma das maiores barreiras para incluir na rotina clínica o exame de mucosa para prevenção do câncer de boca, pois os profissionais afirmam possuir treinamento limitado e sentem-se inseguros em realizar este procedimento (ERGUN et al., 2009; RAZAVI et al., 2013; SHIMPI et al., 2016).

Outra questão importante a ser considerada é a postura do cirurgião-dentista frente à necessidade de realização de biópsia, pois o diagnóstico do câncer se baseia neste procedimento. Estudos mostram que mais da metade dos dentistas não realiza biópsia e não se considera suficientemente treinado para fazer o diagnóstico do câncer de boca (LOPEZ JORNET et al., 2007; WAN; SAVAGE, 2010).

Além disso, estudos afirmam que os dentistas, incluindo aqueles que atuam na atenção primária, preferem encaminhar as lesões para especialistas quando se deparam com dificuldade em estabelecer diagnóstico ou conduta frente a lesões bucais (ERGUN et al., 2009; WARNAKULASURIYA; NANAYAKKARA, 1991; HASSONA et al., 2016).

Diante do que foi exposto, o objetivo deste estudo é avaliar os cirurgiões dentistas atuantes na atenção primária da rede pública do Rio Grande do Sul com relação a: realização de medidas preventivas em relação ao câncer de boca como rotina; postura frente à necessidade de realização de biópsia e sua opinião em relação ao ensino em Estomatologia durante a graduação.

METODOLOGIA

O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (APÊNDICE A) e foi executado no período de 28 de outubro a 15 de novembro de 2016.

É um estudo observacional, transversal, analítico. Foram incluídos no estudo 192 questionários respondidos pelos participantes das atividades de capacitação da Campanha Maio Vermelho. Esta campanha é uma ação promovida pelo Comitê de Entidade de Classes Odontológicas em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre e Secretaria Estadual de Saúde. Esta foi a 6ª campanha, a qual ocorreu em maio de 2016 e contou com a participação de cirurgiões-dentistas que atuam na rede pública do Estado do Rio Grande do Sul.

O processo de inscrição para estas atividades se deu pelo preenchimento de um questionário online pelos profissionais. Este recurso foi criado a partir de uma plataforma de criação de questionários disponível na internet (Survey Monkey, disponível em <https://pt.surveymonkey.com/>). O objetivo deste questionário (APÊNDICE B) foi investigar possíveis focos de intervenção em capacitações futuras, na medida em que a referida campanha acontece anualmente.

Ao acessar o link de inscrição para as atividades de capacitação, o participante era direcionado para um questionário composto por 22 perguntas. A primeira parte (perguntas 1 a 10) compreendeu características sócio demográficas e profissionais (formação acadêmica, ano de conclusão do curso e tempo atuação na rede pública), visando caracterizar a amostra. A segunda parte (perguntas 11 e 12) questionou a respeito da ou das participações anteriores nas capacitações da Campanha Maio Vermelho e serviu para avaliar se a participação neste tipo de atividade influencia na percepção dos dentistas e na adesão dos mesmo a esse tipo de atividade. A última parte enfocou na realização habitual de medidas preventivas para o câncer bucal, e conduta frente à necessidade de realização de biópsia, a fim de avaliar postura dos dentistas no serviço. Analisou-se, ainda, se a percepção dos cirurgiões-dentistas é de que o ensino teórico e prático nas áreas de Patologia Bucal e Estomatologia foi suficiente ou não durante a sua formação.

Os responsáveis pela coleta de dados obtiveram autorização prévia da Coordenadora do Projeto Maio Vermelho para ter acesso aos dados da plataforma e

uma carta de ciência e concordância da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e da Secretaria Estadual de Saúde. Por meio de uma das perguntas do questionário, o participante já havia autorizado, ou não, o uso de suas respostas de forma anônima para fins de pesquisa ou ensino. Os participantes da capacitação que não autorizaram o uso das informações não foram incluídos no presente estudo.

Análise estatística

A partir das informações dos questionários foi criado um banco de dados sem que o nome do participante fosse incluído. As variáveis quantitativas foram descritas pela média e desvio padrão em caso de distribuição simétrica, e por mediana e intervalo interquartil em presença de uma distribuição assimétrica. As variáveis categóricas foram descritas pela frequência absoluta e frequência relativa percentual. Além disso, foi verificado se as variáveis sexo, idade, tempo de formado, tempo de atuação na rede e se o fato de ter participado em atividades de capacitação influenciaram nas respostas dos participantes em relação a percepção do ensino em Patologia Bucal/Estomatologia durante a formação, atitudes preventivas em relação ao câncer, postura frente a necessidade de realização de biópsia. Para realizar esta análise, as variáveis idade, tempo de formado, tempo de atuação na rede e participações em campanhas anteriores foram dicotomizadas com base na mediana. O teste utilizado foi o Qui-quadrado e o nível de significância foi estabelecido em 5%. O software utilizado para as análises estatísticas foi o PASW versão 18.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

A Tabela 1 resume as características demográficas da amostra. A média de idade dos respondentes foi de 37,57 anos ($\pm 10,39$), variando de 22 a 66 anos. A maioria dos participantes eram mulheres. Observou-se que a amostra estudada foi bastante heterogênea do ponto de vista de tempo de formação e tempo de atuação na rede pública e que uma parcela significativa dos profissionais não participou de capacitações anteriormente (36,36%).

Tabela 1 - Características demográficas dos participantes do estudo.

Variável	
Idade (anos)	
Média	37,57
DP	10,39
Min-Max	22-66
Sexo	
Masculino	39 (20,31%)
Feminino	153 (79,69%)
Tempo de formação (anos)	
Média	14,18
DP	10,41
Min/Max	1-42
Tempo na rede (anos)	
Média	9,18
DP	8,18
Min-Max	1-35
Número de participações em capacitações	
Média	1,09
DP	1,15
Nenhuma participação	70 (36,36%)
1-3 participações	114 (59,38%)
4-6 participações	8 (4,17%)

Realização habitual de medidas preventivas para o câncer bucal

Na tabela 2, são apresentados do presente estudo e de outros que avaliaram o percentual de dentistas que afirmam realizar medidas consideradas preventivas para o câncer de boca. Observa-se que a maioria dos estudos mostra que mais de 70% dos dentistas refere realizar do exame de toda a boca. Com

relação às demais medidas, nota-se uma variação grande nos dados, sendo que alguns estudos mostram percentuais bem baixos com relação a realização de orientação sobre os efeitos prejudiciais do consumo excessivo de álcool e da exposição à radiação ultravioleta, dois fatores relacionados à ocorrência de câncer bucal.

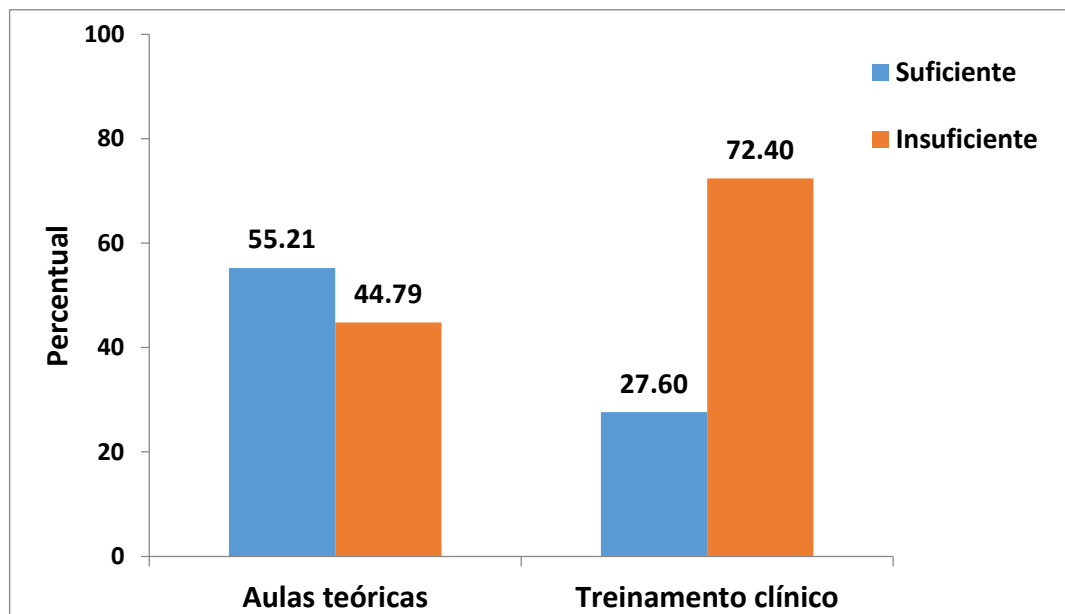
Tabela 2 – Principais estudos que avaliam o percentual de dentistas que afirmam realizar medidas preventivas para o câncer bucal rotineiramente.

Autor (ano)	País	Amostra (n)	Aconselhamento antitabaco	Orientação sobre consumo excessivo de álcool	Orientação sobre riscos da exposição solar	Orientação dietética	Exame de toda a boca
WARNAKULASURIYA et al. (1991)	Reino Unido	2519	30%	20%	-	-	84% (2% examina apenas dentes e gengivas)
HOROWITZ et al. (2000)	Estados Unidos	508	-	-	-	-	91,3% na primeira consulta 80% das vezes ou mais;
MACPHERSON et al. (2003)	Escócia	225	-	-	-	-	58%
SEOANE et al. (2006)	Espanha	32	30%	84,4%	-	-	87,5%
GAJENDRA et al. (2006)	Estados Unidos	499	-	-	-	-	85%
KUJAN et al. (2006)	Reino Unido	338	59,2%*	59,2%*	10,5%	-	> 40 anos: 92%
COLELLA et al. (2008)	Itália	457	-	-	-	-	53,8%
SEOANE-LESTÓN et al. (2010)	Espanha	440	88,2%	54,7%	-	32,3%	72,4%
REED et al. (2010)	Estados Unidos	288	41%	-	-	-	81%
KUMAR et al. (2012)	Índia	240	31%*	31%*	-	-	37%
SEOANE et al. (2012)	Espanha	791	93,6%	66,6%	-	42,4%	90,3%
Presente estudo (2016)	Brasil	192	87,50%	51,04%	59,90%	69,27%	96,88%

Percepção dos CDs a respeito do ensino em Patologia Bucal e Estomatologia

A Figura 1 mostra a percepção dos cirurgiões-dentistas em relação à carga horária teórica e ao treinamento clínico em Estomatologia e Patologia Bucal durante a graduação. Quase metade dos profissionais que participaram do estudo (44,79%) considera que a carga horária dedicada a aulas teóricas foi aquém do necessário. Com relação ao treinamento clínico durante a formação, a discrepância foi ainda maior, sendo o tempo considerado insuficiente por 72,40% dos entrevistados. Com relação à carga horária teórica dedicada às disciplinas, constatou-se que os participantes que consideraram insuficiente apresentaram um tempo de formado maior do que os que consideraram suficiente ($16,58 \pm 11,27$ anos x $12,23 \pm 9,27$ anos, respectivamente, $p < 0,01$). No que diz respeito ao treinamento prático, também observou-se essa relação, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa ($14,97 \pm 10,99$ anos x $12,09 \pm 8,49$ anos, respectivamente, $p = 0,06$).

Figura 1 - Percepção dos CDs que atuam na atenção primária a saúde em relação às horas dedicadas às disciplinas de Estomatologia/Patologia Bucal na graduação.



Experiência com biópsias

Observou-se que, de forma geral, os CDs da rede pública têm pouca experiência com biópsia (Figura 2 e Tabela 3). Durante a formação ou depois de formados, menos de 25% realizaram biópsias. Além disso, os resultados mostraram que em torno de 20% sequer assistiu uma biópsia ao longo da graduação, sendo este percentual ainda maior durante a vida profissional (48,96%). O número de

biópsias realizadas nos dois momentos é apresentado na Tabela 3. Em relação à experiência com biópsia (Figura 2), constata-se que uma porcentagem semelhante de respondentes relatou ter realizado biópsia na graduação (24,48%) e na vida profissional (23,44%). Com relação à experiência prévia com este tipo de procedimento, demonstrou-se que existe correlação entre o número de biópsias realizadas na graduação e na vida profissional (Correlação de Pearson, $R=0,33$, $P=<0,01$).

Figura 2 - Experiência dos cirurgiões-dentistas da rede pública com o procedimento de biópsia.

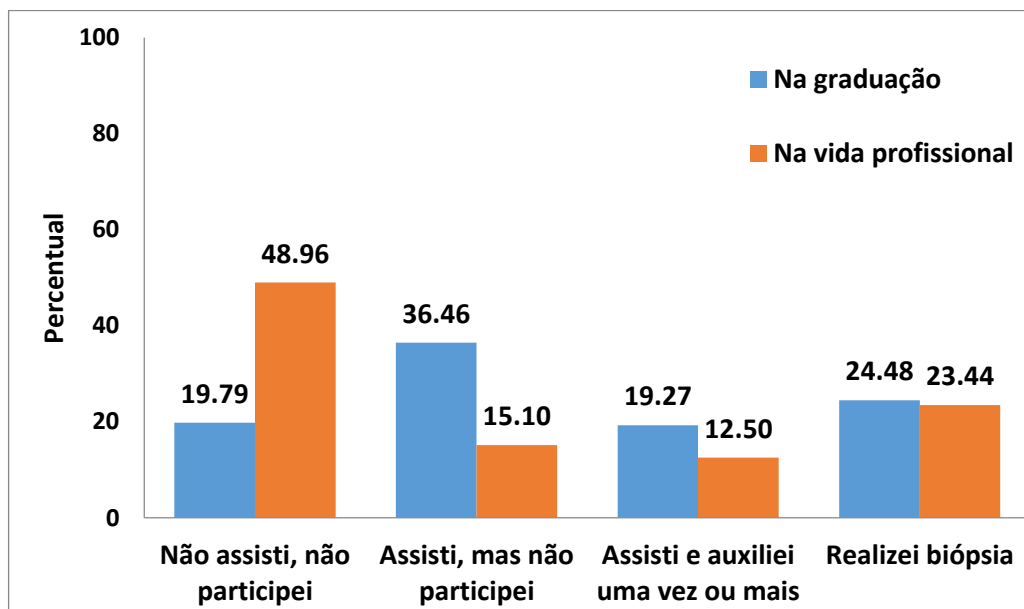


Tabela 3 - Número de biópsias realizadas pelos dentistas durante a graduação e na vida profissional.

	Graduação n (%)	Vida profissional n (%)
Não realizou	145 (75,51)	147 (76,56)
Realizou	47 (24,49)	45 (23,44)
1 vez	19 (9,90)	8 (4,17)
2 vezes	7 (3,65)	11 (5,73)
>2 vezes	21 (10,94)	26 (13,54)

Avaliação dos fatores condicionantes do comportamento dos dentistas

Um dos objetivos deste estudo era identificar porque alguns dentistas realizam mais medidas preventivas e realizam mais biópsias do que os outros. Nenhuma das variáveis estudadas influenciou no número de orientações realizadas.

Com relação ao número de biópsias, dentistas formados há menos tempo e aqueles que consideraram o treinamento prático suficiente realizaram mais biópsias (Tabela 5).

Tabela 4 - Avaliação da influência do perfil dos cirurgiões dentistas e da sua percepção a respeito do ensino em Patologia Bucal e Estomatologia no número de biópsias realizadas na vida profissional.

	Biópsias na vida profissional (n) Média (DP)	P
Sexo		
Masculino	1,77 (2,08)	0,25
Feminino	1,35(1,74)	
Idade		
<34 anos	1,23 (1,70)	0,12
≥34 anos	1,64 (1,91)	
Tempo de formado		
<11 anos	3,44 (1,83)	<0,01
≥11 anos	1,15 (1,65)	
Tempo na rede		
<6 anos	0,33 (0,76)	0,09
≥6 anos	1,19 (1,83)	
Aulas teóricas		
Insuficiente	1,38 (1,76)	0,74
Suficiente	1,47 (1,86)	
Treinamento prático		
Insuficiente	1,14 (1,63)	<0,01
Suficiente	2,19 (2,07)	

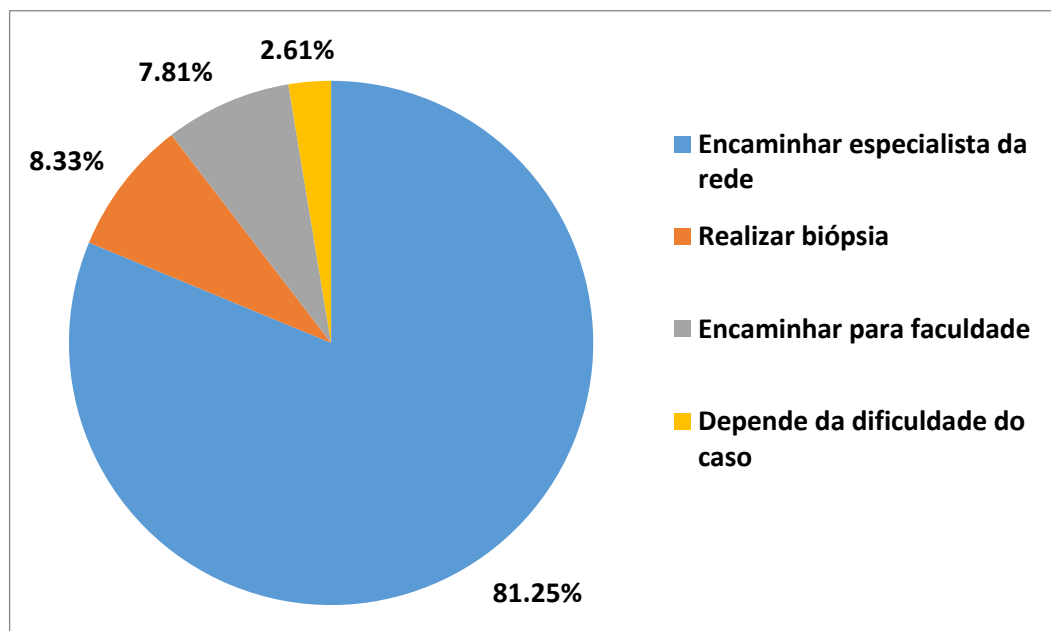
Profissionais com menos do que 11 anos de graduação realizaram mais biópsias durante a formação do que profissionais com mais do que 11 anos de formado ($3,44 \pm 1,83$ e $1,15 \pm 1,65$; $p < 0,01$, teste t de Student, dados não apresentados). O mesmo resultado foi observado quando comparados os profissionais que consideraram o treinamento prático suficiente com os que consideraram o treinamento prático insuficiente ($2,11 \pm 1,72$ e $1,60 \pm 1,43$; $p = 0,04$, teste t de Student, dados não apresentados).

Os participantes que consideraram tanto o tempo dedicado a aulas teóricas quanto ao treinamento prático como suficiente realizaram mais biópsias na vida profissional do que aqueles que consideraram ambos insuficientes ($2,16 \pm 2,06$ e $1,35 \pm 1,74$, $p = 0,02$, teste t de Student, dados não apresentados). Com relação ao número de medidas preventivas para o câncer de boca, não houve diferença entre esses grupos ($p = 0,64$ teste t de Student).

Conduta frente à necessidade de realização de biópsia na rede pública (Figura 3)

Quando perguntado aos CDs qual a conduta quando se deparam com uma lesão com indicação de biópsia, somente 8,33% afirmou realizar biópsia e enviar o material para exame histopatológico, e 2,60% que varia conforme a dificuldade do caso. Quase 90% dos profissionais encaminha o paciente, em que a maioria afirma encaminhar para algum especialista da rede (81,25%) e os demais, para faculdades (7,81%).

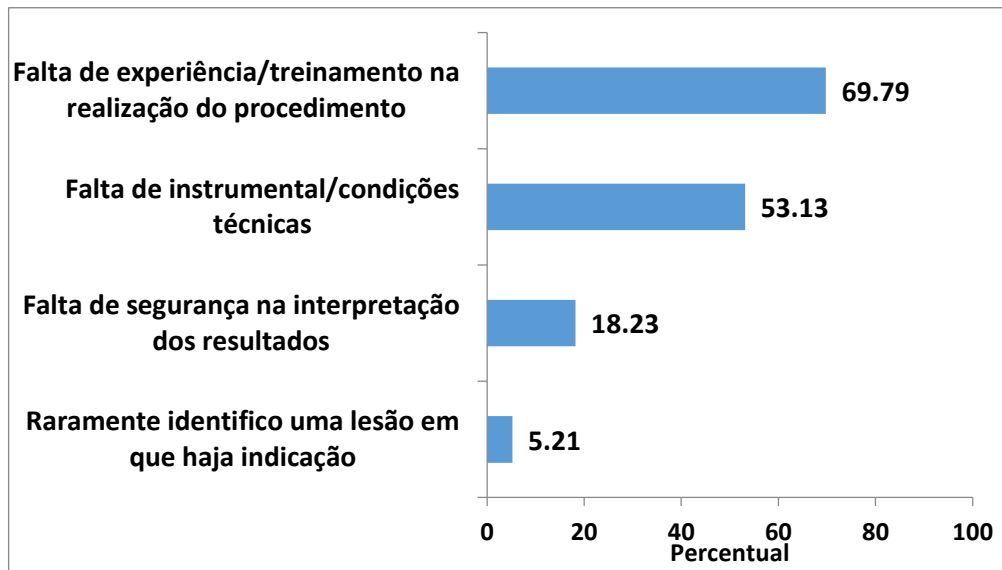
Figura 3 - Conduas realizadas pelos cirurgiões dentistas em relação a lesões com indicação de biópsia na rede pública.



Razões para não realizar biópsia (Figura 4)

Dentre os principais motivos para não realizar biópsia frente à identificação de uma lesão em que o procedimento estivesse indicado, 69,79% dos CDs afirmaram falta de experiência/treinamento como a principal dificuldade. Outro motivo frequente foi à falta de instrumental ou condições técnicas para a realização deste procedimento, o qual foi indicado por 53,13% dos profissionais.

Figura 4 - Motivos apontados pelos dentistas da rede pública para não realizarem biópsia de lesões bucais.



DISCUSSÃO

O câncer bucal é um importante problema de saúde pública em todo o mundo. Estudos de base populacional realizados no Brasil mostram que Porto Alegre, principal cidade do Rio Grande do Sul, apresenta uma das maiores taxas de câncer de boca (INCA, 2007). Apesar do alto nível socioeconômico, o sul do Brasil é a região com a taxa de mortalidade mais alta para esta doença (BORGES et al., 2009). Ao longo das últimas décadas, a estabilidade nas taxas de sobrevivência do câncer (ROGERS et al., 2009; CANCER RESEARCH UK, 2016) chama a atenção para a necessidade da busca de estratégias para o seu enfrentamento.

A prevenção e o diagnóstico precoce parecem ser pontos-chave no combate do câncer bucal (VAN DER WAAL, 2013). O objetivo deste estudo foi verificar como aspectos relacionados a estas estratégias são encarados pelos dentistas que atuam na atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul. A adoção de medidas preventivas como rotina na prática clínica pode ser considerada um indicador da conscientização e do engajamento do profissional com relação ao problema (AL MAWERI et al., 2015).

Dentre essas medidas, a redução do consumo de tabaco parece ser a mais importante, visto que o risco de desenvolvimento de câncer de boca é de 7 a 10 vezes maior em pacientes fumantes (WARNAKULASURIYA; SUTHERLAND; SCULLY, 2005). Os resultados do presente estudo mostraram que 87,5% dos dentistas afirmaram que realizam aconselhamento antitabaco. Esse resultado pode ser considerado satisfatório, estando dentro da faixa de 30 à 88% dos profissionais que adota esta medida em diferentes países (GAJENDRA et al., 2006; KUJAN et al., 2006; SEOANE-LESTON et al., 2010; SEOANE et al., 2006). Esse achado, em parte, pode ser explicado pela falta de confiança para realizar esse procedimento. Dentre estudantes de Odontologia, em torno de 85% considera que dentistas deveriam ser treinados para realizar cessação de tabaco, mas poucos consideram-se bem treinados para auxiliar o paciente neste processo (CANNICK et al., 2006; RAHMAN et al., 2016). Já em relação aos dentistas, apenas 26% se considera bem treinado para contribuir no abandono do hábito de fumar (WARNAKULASURIYA; NANAYAKKARA, 1991; KUJAN et al., 2006; SEOANE et al., 2006; SEOANE-LESTON et al., 2010). Contudo, estudos mostram que a participação dos profissionais de saúde bucal na intervenção do comportamento dos pacientes em

relação hábito de fumar é muito efetiva (NASSER, 2011). Interessantemente, dentistas que percebem mais tempo disponível durante a rotina de trabalho são aqueles com maior probabilidade de discutir esse assunto com os pacientes e recomendar os tratamentos para abandono do hábito. (LALA et al., 2016).

Já o aconselhamento para redução do consumo de bebidas alcoólicas é uma medida menos frequente, sendo realizada por proporções de dentistas que variam entre 20% a 59% (WARNAKULASURIYA; NANAYAKKARA, 1991; KUJAN et al., 2006; SEOANE et al., 2006; SEOANE-LESTON et al., 2010). Os achados obtidos na nossa amostra reforçam esses dados, pois observou-se que 51% dos dentistas afirmaram executar este procedimento. É notável que o número de profissionais que se considera bem treinado para promover aconselhamento em relação à cessação de álcool é ainda menor do que o observado em relação ao tabaco (CLOVIS; HOROWITZ; POEL, 2002; ALONGE; NARENDRAN, 2003; GAJENDRA et al., 2006; APPLEBAUM et al., 2009). Diante disso, torna-se evidente a necessidade de cursos de capacitação para que as medidas para redução de exposição a esses fatores de risco sejam amplamente incorporadas as rotina dos profissionais (WARNAKULASURIYA; NANAYAKKARA, 1991; ALONGE; NARENDRAN, 2003).

Orientação sobre efeitos da exposição à radiação ultravioleta e aconselhamento dietético são medidas realizadas menos frequentemente. Enquanto a literatura aponta que uma proporção que varia de 10 e 32% dos dentistas, este estudo mostrou que essas medidas são realizadas por, respectivamente, 60% e 69% dos dentistas avaliados.

Outra questão fundamental no combate ao câncer bucal é a realização do exame de toda a boca de forma sistemática e rotineira. Na maioria dos estudos, observa-se que mais de 70% dos dentistas refere que realiza o exame de toda a boca regularmente (WARNAKULASURIYA; NANAYAKKARA, 1991; KUJAN et al., 2006; SEOANE et al., 2006; SEOANE-LESTON et al., 2010). Apesar destes dados, 75% deles afirmou não fazer exame de mucosa em todos os pacientes. A maioria dos dentistas percebe-se pouco treinada para realizar o exame de mucosa relacionado ao câncer de boca (HERTRAMPF et al., 2013; SHIMPI et al., 2016). Segundo Shimpi et al. (2016) somente 2% e 15% consideram-se como “muito bem treinado” e “bem treinado”, respectivamente, para realizar esse procedimento. Contudo, somente 33% destes profissionais relatou que faz exame de mucosa frequentemente na consulta inicial em pacientes mais velhos, e apenas 28% repete

o exame na consulta de retorno. Por fim, um estudo realizado no Irã, demonstrou que 85,5% dos dentistas não havia realizado o exame de mucosa nos seus atendimentos recentes.

Dessa forma, os resultados observados neste estudo com relação a todas as medidas preventivas para o câncer bucal e o exame de rotina de toda a boca não parecem explicar as estatísticas negativas na região sul do Brasil com relação ao câncer bucal. Por outro lado, é provável que nem todos profissionais que afirmam adotar as medidas realmente as executem na rotina diária.

O diagnóstico tardio é um dos motivos que explica a estabilidade das taxas de mortalidade do câncer de boca. A maioria dos dentistas atribui a dificuldade de diagnóstico ao pouco tempo destinado às aulas teóricas ou ao treinamento em Estomatologia (DIAMANTI et al., 2002; MCCANN et al., 2005; ERGUN et al., 2009; WAN; SAVAGE, 2010). Neste estudo, mais de 70% dos dentistas consideraram insuficiente o treinamento clínico em Estomatologia na graduação, enquanto uma parcela um pouco menor (cerca de 45%), mas ainda alta, considerou insuficiente a carga horária dedicada às aulas teóricas. Em geral, os estudos que abordam essa questão não distinguem aulas teóricas de treinamento prático na área, questionando a percepção dos respondentes em relação ao ensino de Patologia Bucal/Estomatologia na graduação. Neste sentido, 40,5% dos dentistas considera insuficiente o treinamento na área de Estomatologia (KUJAN et al., 2006), enquanto o estudo de Razavi et al. (2013) mostra dados ainda mais alarmantes, indicando que somente 36% acredita que o ensino foi suficiente na faculdade.

Interessantemente, uma porcentagem maior dos dentistas com menos tempo de formado consideraram suficiente as aulas teóricas em Estomatologia e realizam mais biópsia durante a graduação. Esses resultados estão de acordo com o estudo de Seoane et al., (2012) que mostrou que dentistas com menos experiência tiveram acesso a um melhor ensino na área de Estomatologia. Com base nesses resultados, pode-se afirmar que ensino em Estomatologia apresentou avanços nos últimos anos e que o treinamento recebido na graduação é fundamental para a postura do dentista com relação a realização de biópsias na vida profissional.

Em relação à experiência dos dentistas com biópsia na graduação e na vida profissional, notou-se que os profissionais têm pouca experiência com biópsia. Menos do que 25% deles realizou o procedimento. A literatura mostra que mais da metade dos dentistas não realiza biópsia, sendo que alguns estudos apontam que

menos de 20% dos profissionais realizou biópsia nos últimos dois anos de vida profissional (DIAMANTI et al., 2002; LOPEZ JORNET et al., 2007; ERGUN et al., 2009; WAN; SAVAGE, 2010). Com relação a segurança, a maioria dos dentistas afirma não se sentir competente para realizar biópsia (DIAMANTI et al., 2002; WAN; SAVAGE, 2010), sendo essa dificuldade atribuída principalmente à falta de treinamento durante a graduação (LOPEZ JORNET et al., 2007; ERGUN et al., 2009;). Com relação a este aspecto, todos os profissionais que participaram deste estudo e que afirmaram realizar biópsia na rede pública consideraram o ensino teórico e treinamento clínico suficientes na graduação. Ter sido submetido a treinamento clínico suficiente parece ser mais importante do que as aulas teóricas, visto que o grupo de profissionais que teve esta opinião realizou uma média maior de biópsias na vida profissional. Curiosamente, estudos mostram que os dentistas reconhecem que deveriam se sentir competentes para realizar biópsias e que este procedimento deveria ser inserido na rotina básica do dentista (DIAMANTI et al., 2002; SEOANE et al., 2006). Para alcançar este objetivo afirmam que mais treinamento durante e após a graduação poderia permitir a realização de biópsias na sua rotina profissional (DIAMANTI et al., 2002; WAN; SAVAGE, 2010). Esses dados enfatizam que o treinamento em Estomatologia é importante, pois, diante da constatação de que esses profissionais não estão seguros para fazer o diagnóstico, valiosas oportunidades de realizar o diagnóstico precoce podem ser perdidas.

Diante da dificuldade e da falta de conhecimento para diagnosticar e tratar lesões, é esperado que os profissionais encaminhem um alto número de casos para a atenção especializada (HABERLAND; ALLEN; BECK, 1999). Os nossos achados reforçam essa informação, pois quase 90% dos profissionais referiram que, frente a identificação de uma lesão, sua conduta é encaminhar o paciente para um especialista. Dados presentes na literatura corroboram com este achado, onde a maioria dos profissionais prefere encaminhar o paciente quando se deparam com alguma lesão de boca (WARNAKULASURIYA; NANAYAKKARA, 1991; ERGUN et al., 2009; WAN, SAVAGE, 2010; SHAILA et al., 2013). Com isso, poucos pacientes têm seu caso resolvido na atenção primária, levando ao surgimento de longas filas de encaminhamento para atendimento especializado e potencialmente ao atraso no diagnóstico de câncer. No presente estudo, somente 8,33% afirmou realizar biópsia na rede pública, o que pode ser considerada uma proporção pequena e que representa pouca possibilidade de fechamento de diagnóstico de câncer na atenção

primária. Esses dados são bastante preocupantes, pois dentistas generalistas que atuam na atenção primária têm contato direto com um grande número de pacientes (HASSONA et al., 2016)

O principal motivo apontado pelos dentistas para não realizar biópsia foi a falta de experiência com o procedimento (LÓPEZ JORNET et al., 2007; WAN; SAVAGE, 2010). Nossos resultados reforçam esse achado, onde 70% dos profissionais afirmou ser esse o maior motivo para não realizarem biópsia na rede pública. Em segundo lugar, foi relatada a falta de instrumental e condições técnicas (53,12%), o que envolve, provavelmente, dificuldade para acondicionamento do espécime de biópsia ou falta de fluxo para envio do material para exame histopatológico, o qual também foi relatado por 20,8% dos dentistas de um estudo na Espanha (LÓPEZ JORNET et al., 2007).

A falta de segurança na interpretação dos resultados também foi apontada dentre os motivos para não realizar biópsia na rede pública por uma parcela significativa dos respondentes. Esse motivo também foi citado por dentistas da Espanha e da Austrália, os quais incluíram, ainda, o fato de raramente identificar lesão que haja indicação de biópsia, risco de produzir material insuficiente para definir diagnóstico, erro diagnóstico e risco de ocorrência de intercorrências transoperatórias (LÓPEZ JORNET et al., 2007; WAN, SAVAGE, 2010). No que diz respeito a estes aspectos, 5,21% dos dentistas do presente estudo afirmaram que raramente identificam lesões em que haja indicação de biópsia como um dos motivos para não realizar o procedimento. Esse número pode ser considerado baixo se comparado a um estudo anterior (LÓPEZ JORNET et al., 2007), no qual 20% dos dentistas fizeram essa afirmação.

Este estudo tem algumas limitações que devem ser consideradas. A amostra do estudo é uma amostra de conveniência, porque os participantes compareceram às atividades voluntariamente e, provavelmente não são representativos da população de dentistas do Estado do Rio Grande do Sul. Além disso, como o foco destas atividades é o combate ao câncer bucal, é provável que os dentistas que participaram da capacitação, sejam os profissionais mais motivados com relação ao assunto. Outra questão importante é que existe uma tendência de o participante de uma pesquisa responder aquilo que imagina ser o mais correto. Isso poderia fazer que o percentual de respostas positivas para as medidas preventivas e para o exame de toda a boca sejam superiores à realidade. Contudo, esta limitação é

inerente ao tipo de estudo, sendo algo a ser questionado com relação aos outros estudos encontrados na literatura.

Com base nos resultados deste estudo, conclui-se que os dentistas da rede pública do Estado do Rio Grande do Sul realizam medidas preventivas para o câncer bucal e realizam exame de toda a boca rotineiramente. Contudo, poucos realizaram biópsia na graduação e uma parcela menor realiza biópsias habitualmente na atenção primária. Esse fato é atribuído, principalmente a falta de preparo e treinamento para realizar o procedimento devido ao ensino insuficiente, tanto teórico como prático, durante a sua formação.

REFERÊNCIAS

- AL MAWERI, S. A. et al. Oral Cancer: Awareness and knowledge among dental patients in Riyadh. **J. Cancer Educ.**, New York, Oct 1 2015.
- ALONGE, O. K.; NARENDRAN, S. Opinions about oral cancer prevention and early detection among dentists practising along the Texas-Mexico border. **Oral Dis.**, Copenhagen, v. 9, no. 1, p. 41-5, Jan 2003.
- APPLEBAUM, E. et al. Oral cancer knowledge, attitudes and practices: a survey of dentists and primary care physicians in Massachusetts. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 140, no. 4, p. 461-7, Apr 2009.
- BORGES, D. M. et al. [Mortality for oral cancer and socioeconomic status in Brazil]. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 25, no. 2, p. 321-7, Feb 2009.
- CANCER RESEARCH UK. **Oral cancer mortality statistics**. London, 2016. Disponível em: < <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/oral-cancer/mortality#heading=Two> > Acesso em: 10/10/2016.
- CANNICK, G.F. et al. Opinions of South Carolina dental students toward tobacco use interventions. **J. Public Health Dent.**, Raleigh, v. 66, no. 1, p. 44-8, Winter 2006.
- CLOVIS, J.B.; HOROWITZ, A.M.; POEL, D.H. Oral and pharyngeal cancer: practices and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. **J. Can. Dent. Assoc.**, Ottawa, v. 68, no. 7, p. 421-5, Jul/Aug 2002.
- DIAMANTI, N. et al. Attitudes to biopsy procedures in general dental practice. **Br Dent J**, London, v. 192, no. 10, p. 588-92, May 25 2002.
- ERGUN, S. et al. Dentists' knowledge and opinions about oral mucosal lesions. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Copenhagen, v. 38, no. 12, p. 1283-8, Dec 2009.
- GAJENDRA, S.; CRUZ, G. D.; KUMAR, J. V. Oral cancer prevention and early detection: knowledge, practices, and opinions of oral health care providers in New York State. **J. Cancer Educ.**, New York, v. 21, no. 3, p. 157-62, Fall 2006.
- GUNERI, P.; EPSTEIN, J. B. Late stage diagnosis of oral cancer: components and possible solutions. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 50, no. 12, p. 1131-6, Dec 2014.
- HABERLAND, C. M.; ALLEN, C. M.; BECK, F. M. Referral patterns, lesion prevalence, and patient care parameters in a clinical oral pathology practice. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, St. Louis, v. 87, no. 5, p. 583-8, May 1999.
- HASSONA, Y. et al. Factors Influencing Early Detection of Oral Cancer by Primary Health-Care Professionals. **J. Cancer Educ.**, New York, v. 31, no. 2, p. 285-91, Jun 2016.
- HERTRAMPF, K. et al. Early detection of oral cancer: dentists' opinions and practices before and after educational interventions in Northern-Germany. **J. Craniomaxillofac. Surg.**, São Paulo, v. 41, no. 8, p. e201-7, Dec 2013.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2008** - – Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2016** – Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>> Acesso em: 15/11/2016.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2014** – Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 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: 15/11/2016.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Atlas On-line de Mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>>. Acesso em: 02/09/2016.

KUJAN, O. et al. Opinions and attitudes of the UK's GPs and specialists in oral surgery, oral medicine and surgical dentistry on oral cancer screening. **Oral Dis.**, Copenhagen, v. 12, no. 2, p. 194-9, Mar 2006.

LALA, R. et al. Factors that influence delivery of tobacco cessation support in general dental practice: a narrative review. **J. Public Health Dent.**, Raleigh, Aug 29 2016.

LOPEZ JORNET, P. et al. Attitude towards oral biopsy among general dentists in Murcia. **Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal**, Valencia, v. 12, no. 2, p. E116-21, Mar 2007.

MACPHERSON, L. M. et al. The role of primary healthcare professionals in oral cancer prevention and detection. **Br. Dent. J.**, London, v. 195, no. 5, p. 277-81; discussion 263, Sep 13 2003.

MCCANN, P. J. et al. Training in oral disease, diagnosis and treatment for medical students and doctors in the United Kingdom. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Edinburg, v. 43, no. 1, p. 61-4, Feb 2005.

NASSER, M. Evidence summary: is smoking cessation an effective and cost-effective service to be introduced in NHS dentistry? **Br. Dent. J.**, London, v. 210, no. 4, p. 169-77, Feb 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

PETERSEN, P. E. Oral cancer prevention and control--the approach of the World Health Organization. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 45, no. 4-5, p. 454-60, Apr-May 2009.

RAHMAN, B.; HAWAS, N.; RAHMAN, M.M. Opinions of dental students toward tobacco cessation intervention in the United Arab Emirates. **Int. Dent. J.**, London, v. 66, no. 5, p. 304-10, Oct 2016.

RAZAVI, S. M. et al. Dentists' knowledge, attitude, and practice regarding oral cancer in Iran. **J. Cancer Educ.**, New York, v. 28, no. 2, p. 335-41, Jun 2013.

ROGERS, S. N. et al. Survival following primary surgery for oral cancer. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 45, no. 3, p. 201-11, Mar 2009.

ROSSEEL, J.P.; JACOBS, J.E.; PLASSCHAERT, A.J.; GROU, R.P. A review of strategies to stimulate dental professionals to integrate smoking cessation interventions into primary care. **Community Dent. Health**, London, v.29, no.2, p. 154-61, Jun 2012.

SCULLY, C. et al. Sources and patterns of referrals of oral cancer: role of general practitioners. **Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.)**, London, v. 293, no. 6547, p. 599-601, Sep 6 1986.

SEOANE-LESTON, J. et al. Knowledge of oral cancer and preventive attitudes of Spanish dentists. Primary effects of a pilot educational intervention. **Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal**, Valencia, v. 15, no. 3, p. e422-6, May 2010.

SEOANE, J. et al. Oral cancer: experiences and diagnostic abilities elicited by dentists in North-western Spain. **Oral Dis.**, Copenhagen, v. 12, no. 5, p. 487-92, Sep 2006.

SEOANE, J. et al. Continuing education in oral cancer prevention for dentists in Spain. **J. Dent Educ.**, Washington, v. 76, no. 9, p. 1234-40, Sep 2012.

SHAILA, M. et al. The self-reported knowledge, attitude and the practices regarding the early detection of oral cancer and precancerous lesions among the practising dentists of Dakshina Kannada – a pilot study. **J. Clin. Diagn. Res.**, Delhi, v. 7, no. 7, p. 1491-94, Jul 2013.

SHIMPI, N. et al. Knowledgeability, Attitude and Behavior of Primary Care Providers Towards Oral Cancer: a Pilot Study. **J. Cancer Educ.**, New York, Jul 23 2016.

VAN DER WAAL, I. Are we able to reduce the mortality and morbidity of oral cancer; some considerations. **Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal**, Valencia, v. 18, no. 1, p. e33-7, Jan 2013.

WAN, A.; SAVAGE, N. W. Biopsy and diagnostic histopathology in dental practice in Brisbane: usage patterns and perceptions of usefulness. **Aust. Dent. J.**, Sidney, v. 55, no. 2, p. 162-9, Jun 2010.

WARNAKULASURIYA, K. A.; NANAYAKKARA, B. G. Reproducibility of an oral cancer and precancer detection program using a primary health care model in Sri Lanka. **Cancer Detect. Prev.**, New York, v. 15, no. 5, p. 331-4, 1991.

WARNAKULASURIYA, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 45, no. 4-5, p. 309-16, Apr-May 2009.

WARNAKULASURIYA, S.; SUTHERLAND, G.; SCULLY, C. Tobacco, oral cancer, and treatment of dependence. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 41, no. 3, p. 244-60, Mar 2005.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso trabalho procurou identificar o perfil dos dentistas que atuam na Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, avaliando sua postura quando a medidas preventivas ao câncer de boca, sua conduta frente ao desafio diagnóstico e sua percepção quanto ao ensino na graduação. Observa-se que a maioria dos dentistas estudados realiza medidas de prevenção ao câncer de boca, o que é um ponto muito positivo, visto os profissionais que atuam na atenção primária têm contato direto com um grande número de pacientes (HASSONA et al., 2016).

Nota-se, a partir dos achados, a importância do ensino na graduação e um aprimoramento do treinamento clínico, fazendo com que os dentistas saiam confiantes da graduação, tendo segurança em diagnosticar e conduzir casos em que eles se deparem com lesões de boca. Além disso, a educação permanente em saúde é uma prática importante na rede pública para produzir conhecimento (SEOANE et al., 2012), visando possibilitar a esses profissionais mais treinamento em relação às suas dificuldades em Estomatologia e mais segurança para a realização de procedimentos que deveriam ser realizados na atenção básica.

Assim, campanhas como o Maio Vermelho devem ser estimuladas, a fim de conscientizar ainda mais os profissionais da atenção primária à saúde sobre a importância deste assunto. Esse tipo de ação conta com diferentes entidades, entre elas a Faculdade de Odontologia da Universidade. Essas intervenções dão suporte à rede pública, seja capacitando esses profissionais ou por meio de cursos EAD, e dá a oportunidade dos professores da faculdade de contribuírem levando conhecimento a esses profissionais, melhorando a assistência da rede pública.

REFERÊNCIAS

- ALONGE, O. K.; NARENDRAN, S. Opinions about oral cancer prevention and early detection among dentists practising along the Texas-Mexico border. **Oral Dis.**, Copenhagen, v. 9, no. 1, p. 41-5, Jan 2003.
- BORGES, D. M. et al. [Mortality for oral cancer and socioeconomic status in Brazil]. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 25, no. 2, p. 321-7, Feb 2009.
- DE STEFANI E, B. P., OREGGIA F, FIERRO L, MENDILAHARSU; M. Hard liquor drinking is associated with higher risk of cancer of the oral cavity and pharynx than wine drinking. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 34, no. 2, p. 375-78, 1998.
- DIAMANTI, N. et al. Attitudes to biopsy procedures in general dental practice. **Br Dent J**, London, v. 192, no. 10, p. 588-92, May 25 2002.
- ERGUN, S. et al. Dentists' knowledge and opinions about oral mucosal lesions. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 38, no. 12, p. 1283-8, Dec 2009.
- FIORETTI, F. et al. Risk factor for oral pharyngeal cancer in never smokers. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 35, no. 4, p. 375-78, 1999.
- FRANCO, E. L. et al. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case-control study. **Int. J. Cancer**, New York, v. 43, no. 6, p. 992-1000, Jun 15 1989.
- FRANCESCHI, S. et al. Smoking and drinking in relation to cancers of the oral cavity, pharynx, larynx, and esophagus in Northern Italy. **Cancer Res.**, Baltimore, v. 50, no. 20, p. 6502-507, 1990.
- GAJENDRA, S.; CRUZ, G. D.; KUMAR, J. V. Oral cancer prevention and early detection: knowledge, practices, and opinions of oral health care providers in New York State. **J. Cancer Educ.**, New York, v. 21, no. 3, p. 157-62, Fall 2006.
- GUNERI, P.; EPSTEIN, J. B. Late stage diagnosis of oral cancer: components and possible solutions. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 50, no. 12, p. 1131-6, Dec 2014.
- HABERLAND, C. M.; ALLEN, C. M.; BECK, F. M. Referral patterns, lesion prevalence, and patient care parameters in a clinical oral pathology practice. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, St. Louis, v. 87, no. 5, p. 583-8, May 1999.
- HASSONA, Y. et al. Oral Cancer Early Detection--a Pressing Need for Continuing Education in Jordan. **Asian Pac. J. Cancer Prev.**, Bangkok, v. 16, no. 17, p. 7727-30, 2015.
- HASSONA, Y. et al. Oral Cancer Knowledge and Diagnostic Ability Among Dental Students. **J. Cancer Educ.**, New York, Dec 10 2015.
- HASSONA, Y. et al. Factors Influencing Early Detection of Oral Cancer by Primary Health-Care Professionals. **J. Cancer Educ.**, New York, v. 31, no. 2, p. 285-91, Jun 2016.

HERTRAMPF, K. et al. Early detection of oral cancer: dentists' opinions and practices before and after educational interventions in Northern-Germany. **J. Craniomaxillofac. Surg.**, São Paulo, v. 41, no. 8, p. e201-7, Dec 2013.

KUJAN, O. et al. Opinions and attitudes of the UK's GPs and specialists in oral surgery, oral medicine and surgical dentistry on oral cancer screening. **Oral Dis.**, Copenhagen, v. 12, no. 2, p. 194-9, Mar 2006.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2016** – Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>> Acesso em: 15/11/2016.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Atlas On-line de Mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: < <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/> >. Acesso em: 02/09/2016.

LA VECCHIA, C. et al. Mortality from alcohol related disease in Italy. **J. Epidemiol. Community Health**, London, v. 40, no. 3, p. 257-61, Sep 1986.

LECLERC, A. et al. Type of alcoholic beverage and cancer of the upper respiratory and digestive tract. **Eur. J. Cancer Clin. Oncol.**, Oxford, v. 23, no. 5, p. 529-34, May 1987.

LLEWELLYN, C. D.; JOHNSON, N. W.; WARNAKULASURIYA, K. A. Risk factors for oral cancer in newly diagnosed patients aged 45 years and younger: a case-control study in Southern England. **J. Oral Pathol. Med.**, Copenhagen, v. 33, no. 9, p. 525-32, Oct 2004.

LOPEZ JORNET, P. et al. Attitude towards oral biopsy among general dentists in Murcia. **Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal**, Valencia, v. 12, no. 2, p. E116-21, Mar 2007.

MACPHERSON, L. M. et al. The role of primary healthcare professionals in oral cancer prevention and detection. **Br. Dent. J.**, London, v. 195, no. 5, p. 277-81; discussion 263, Sep 13 2003.

MARUCCIA M., et al. Lip cancer: a 10-year retrospective epidemiological study. **Anticancer Res.**, Athens, v.32, no.4, p.1543-6, 2012.

MASHBERG, A.; GARFINKEL, L.; HARRIS, S. Alcohol as a primary risk factor in oral squamous carcinoma. **CA Cancer J. Clin.**, New York, v. 31, n. 3, p. 146-55, 1981.

MCCANN, P. J. et al. Training in oral disease, diagnosis and treatment for medical students and doctors in the United Kingdom. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Edinburg, v. 43, no. 1, p. 61-4, Feb 2005.

MCLAUGHLIN J.K., et al. Dietary factors in oral and pharyngeal cancer. **J. Natl. Cancer Inst.**, Cary, v.80, no.15, p.1237- 43, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em:

<<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> >. Acesso em: 13 abr. 2016.

PETERSEN, P. E. Oral cancer prevention and control--the approach of the World Health Organization. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 45, no. 4-5, p. 454-60, Apr-May 2009.

RAZAVI, S. M. et al. Dentists' knowledge, attitude, and practice regarding oral cancer in Iran. **J. Cancer Educ.**, New York, v. 28, no. 2, p. 335-41, Jun 2013.

RICH, A. M.; RADDEN, B. G. Squamous cell carcinoma of the oral mucosa: a review of 244 cases in Australia. **J. Oral Pathol.**, Copenhagen, v. 13, no. 5, p. 459-71, Oct 1984.

ROGERS, S. N. et al. Survival following primary surgery for oral cancer. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 45, no. 3, p. 201-11, Mar 2009.

ROTHMAN, K. J. Epidemiology of head and neck cancer. **Laryngoscope**, St. Louis, v. 88, no. 3, p. 435-8, Mar 1978.

SCULLY, C. et al. Sources and patterns of referrals of oral cancer: role of general practitioners. **Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.)**, London, v. 293, no. 6547, p. 599-601, Sep 6 1986.

SEOANE-LESTON, J. et al. Knowledge of oral cancer and preventive attitudes of Spanish dentists. Primary effects of a pilot educational intervention. **Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal**, Valencia, v. 15, no. 3, p. e422-6, May 2010.

SEOANE, J. et al. Oral cancer: experiences and diagnostic abilities elicited by dentists in North-western Spain. **Oral Dis.**, Copenhagen, v. 12, no. 5, p. 487-92, Sep 2006.

SHIMPI, N. et al. Knowledgeability, Attitude and Behavior of Primary Care Providers Towards Oral Cancer: a Pilot Study. **J. Cancer Educ.**, New York, Jul 23 2016.

SOUZA R. L. Lip squamous cell carcinoma in a Brazilian population: epidemiological study and clinicopathological associations. **Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal**, Valencia, v.16, no.6, p.e757-62, 2011.

TOPORCOV T. N., et al. Do Tobacco and Alcohol Modify Protective Effects of Diet on Oral Carcinogenesis? **Nutr. Cancer**, Hillsdale, v.64, no.8, p.1182-9, 2012.

VAN DER WAAL, I. Are we able to reduce the mortality and morbidity of oral cancer; some considerations. **Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal**, Valencia, v. 18, no. 1, p. e33-7, Jan 2013.

WAN, A.; SAVAGE, N. W. Biopsy and diagnostic histopathology in dental practice in Brisbane: usage patterns and perceptions of usefulness. **Aust. Dent. J.**, Sidney, v. 55, no. 2, p. 162-9, Jun 2010.

WARNAKULASURIYA, K. A.; NANAYAKKARA, B. G. Reproducibility of an oral cancer and precancer detection program using a primary health care model in Sri Lanka. **Cancer Detect. Prev.**, New York, v. 15, no. 5, p. 331-4, 1991.

WARNAKULASURIYA, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 45, no. 4-5, p. 309-16, Apr-May 2009.

WARNAKULASURIYA, S.; SUTHERLAND, G.; SCULLY, C. Tobacco, oral cancer, and treatment of dependence. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 41, no. 3, p. 244-60, Mar 2005.

WYNDER, E. L.; BROSS, I. J.; FELDMAN, R. M. A study of the etiological factors in cancer of the mouth. **Cancer**, Philadelphia, v. 10, no. 6, p. 1300-23, Nov-Dec 1957.

WYNDER, E. L.; MUSHINSKI, M. H.; SPIVAK, J. C. Tobacco and alcohol consumption in relation to the development of multiple primary cancers. **Cancer**, Philadelphia, v. 40, no. 4 Suppl, p. 1872-8, Oct 1977.

APÊNDICE A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS ATITUDES EM RELAÇÃO AO CÂNCER BUCAL E DA POSTURA FRENTE À NECESSIDADE DA REALIZAÇÃO DE BIÓPSIAS - UMA ANÁLISE DOS CIRURGIÕES DENTISTAS DA REDE PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Pesquisador: Vinicius Coelho Carrard

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60877316.1.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.838.218

Apresentação do Projeto:

Em 17/11/2016, os pesquisadores adicionaram emenda ao projeto com a seguinte justificativa:

A solicitação de emenda se justifica pelo fato de o CEP da Secretaria Municipal de Saúde, caracterizada como co-participante no presente projeto, não ter aceito o encaminhamento anterior devido à falta de assinatura na folha de rosto.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da presente emenda é encaminhar a folha de rosto do projeto assinada pela instituição proponente para a instituição co-participante.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente emenda não altera a avaliação dos riscos e benefícios previamente estabelecida para o projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com os pesquisadores, a instituição co-participante, Secretaria Municipal de Saúde, não aceitou o encaminhamento anterior devido à falta de assinatura na folha de rosto.

Sendo assim, os pesquisadores incluíram nesta emenda a folha de rosto assinada pela instituição

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.838.218

proponente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda não apresenta pendências e está em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda incluída em 17/11/2016 aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_826664 E1.pdf	17/11/2016 14:42:48		Aceito
Folha de Rosto	1161_001.pdf	17/11/2016 14:42:03	Vinicius Coelho Carrard	Aceito
Outros	cartaaoccep_emenda.pdf	17/11/2016 14:37:21	Vinicius Coelho Carrard	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_funcoes.pdf	10/10/2016 16:40:04	Vinicius Coelho Carrard	Aceito
Declaração de Pesquisadores	tcud.pdf	05/10/2016 01:21:30	Vinicius Coelho Carrard	Aceito
Outros	instrumento_coleta_dados_atitudes.pdf	05/10/2016 01:21:01	Vinicius Coelho Carrard	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_sms.pdf	05/10/2016 01:20:32	Vinicius Coelho Carrard	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_ses.pdf	05/10/2016 01:20:17	Vinicius Coelho Carrard	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_maiovermelho.pdf	05/10/2016 01:19:56	Vinicius Coelho Carrard	Aceito
Orçamento	orcamento_atitudes.pdf	05/10/2016 01:19:38	Vinicius Coelho Carrard	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto_atitudes.pdf	05/10/2016 01:07:43	Vinicius Coelho Carrard	Aceito

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.838.218

Investigador	projeto_atitudes.pdf	05/10/2016 01:07:43	Vinicius Coelho Carrard	Aceito
--------------	----------------------	------------------------	-------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado


Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 24 de Novembro de 2016

Assinado por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE INSCRIÇÃO NA CAPACITAÇÃO DA CAMPANHA MAIO VERMELHO



Inscrições - Maio Vermelho 2016 (Profissionais do Estado)

EDUCAÇÃO CONTINUADA MAIO VERMELHO - 2016

CURSOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RS

* 1. Nome completo (importante para emissão do certificado)

* 2. Idade:

* 3. Gênero

- Masculino
- Feminino

4. Informe a sua ocupação:

- Cirurgião dentista - Rede pública
- Cirurgião dentista - Particular
- ASB
- TSB
- Gestor
- Outra (especifique)

* 5. Ano de conclusão do curso de formação

* 6. Unidade de Saúde/ município em que atua (se não for profissional da rede pública, preencha "não se aplica")

* 7. CPF

* 8. Tempo (em anos) de atuação na rede pública. Obs: Se menos do que 1 ano, informe "1", Se não atua/atuou na rede pública, informe "0".

* 9. Com relação a sua formação, informe qual (quais) curso (s) você concluiu:

- Graduação (Cirurgião-dentista generalista)
- Especialização-Residência
- Mestrado
- Doutorado
- Técnico (ASB, TSB)
- Não se aplica (Gestor)
- Outra (especifique)

* 10. Se cursou Residência, Especialização, Mestrado ou Doutorado, informe a área (se não cursou, preencha "não se aplica"):

* 11. Participou anteriormente das palestras/cursos do Projeto Maio Vermelho?

- Sim
- Não

* 12. Caso tenha participado anteriormente, em qual(quais) ano(s)? *Obs.: Possibilidade de escolha múltipla*

- 2010
- 2011
- 2012
- 2013
- 2014
- 2015
- Não participei

* 13. Qual(Quais) medida(s) apresentadas abaixo você costuma realizar habitualmente na sua atuação na rede pública?

Obs.: Possibilidade de escolha múltipla

- Aconselhamento antitabaco
- Recomendação com relação ao consumo racional de bebidas alcoólicas
- Orientação a respeito da importância da proteção contra radiação ultravioleta
- Orientação alimentar (efeito benéfico do consumo habitual de frutas/verduras)
- Exame de rotina de toda a boca
- Nenhuma das alternativas acima
- Não se aplica (Gestor)

* 14. Ao longo do seu curso de formação, como você avalia o número de horas dedicadas a aulas teóricas de Estomatologia e Patologia?

- Insuficiente
- Suficiente
- Não se aplica (Gestor)

* 15. Ao longo do seu curso de formação, como você avalia o número de horas dedicado a treinamento clínico em Estomatologia, ou seja, atendendo pacientes e/ou realizando biópsias?

- Insuficiente
- Suficiente
- Não se aplica (ASB, TSB, Gestor)

* 16. Qual a sua preferência em relação a estratégias de educação em relação ao diagnóstico e manejo de lesões de boca

- Aula expositiva tradicional/presencial
- Discussão de casos/Aprendizado baseado em problemas
- Misto (combinação das duas estratégias)
- Não se aplica (Gestor)

* 17. Ao longo do curso de formação, como foram as suas experiências com biópsias de lesões de boca?

- não assisti – não participei
- assisti, mas não participei do procedimento
- assisti e auxiliei 1 ou mais procedimentos
- realizei biópsia – 1 vez
- realizei biópsia – 2 vezes
- realizei biópsia – mais do que 2 vezes
- Não se aplica (Gestor)

* 18. Após se formar, ao longo da sua vida profissional até o momento, como foram as suas experiências com biópsias de lesões de boca?

- não assisti – não participei
- assisti, mas não participei do procedimento
- assisti e auxiliei 1 ou mais procedimentos
- realizei biópsia – 1 vez
- realizei biópsia – 2 vezes
- realizei biópsia – mais do que 2 vezes
- Não se aplica (Gestor)

* 19. Frente à necessidade de realização de uma biópsia na rede pública, qual é sua conduta?

- realizar a biópsia e enviar o material para exame histopatológico
- encaminhar para algum colega especialista da rede
- encaminhar para alguma faculdade
- não se aplica (ASB, TSB, Gestor)
- Outra (especifique)

* 20. Quais razões justificariam que você não realizasse uma biópsia frente à identificação de uma lesão em que este procedimento estivesse indicado?

Obs.: Possibilidade de escolha múltipla

- Raramente identifico uma lesão em que haja indicação
- Falta de experiência/treinamento na realização do procedimento
- Falta de segurança na interpretação dos resultados
- Falta de instrumental/condições técnicas
- Não se aplica (ASB, TSB, Gestor)
- Outra (especifique)

* 21. Os organizadores do evento têm a intenção de utilizar a informação fornecida de forma anônima para melhorar a assistência oferecida em Estomatologia na rede pública e as atividades das próximas edições do Maio Vermelho.

Você permite que a sua informação (exceto identificação) seja utilizada para fins didáticos e de pesquisa?

- Sim
- Não

22. Informe seu email para receber o resultado dos testes de capacidade diagnóstica que serão realizados ao longo da atividade:

Concluído

Desenvolvido pela

 SurveyMonkey®

Veja como é fácil [criar um questionário](#).