

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST
CURSO DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC II
DIULYE SILVEIRA ARNHOLD

**PERCEPÇÕES E AÇÕES DOS CIRURGIÕES-
DENTISTAS SOBRE DIAGNÓSTICO PRECOCE E
PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NA REDE
PÚBLICA EM LAGES/SC**

LAGES, SC

2021

DIULYE SILVEIRA ARNHOLD

**PERCEPÇÕES E AÇÕES DOS CIRURGIÕES-
DENTISTAS SOBRE DIAGNÓSTICO PRECOCE E
PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NA REDE
PÚBLICA EM LAGES/SC**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário
UNIFACVEST, como requisito obrigatório
para obtenção do grau de Bacharel em
Odontologia.

Orientadora: Profa. M. Carla Cioato Piardi

LAGES, SC

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade de me proporcionar novas possibilidades, que teria apenas saindo do meu lar, do conforto da minha casa e das asas dos meus pais. A minha mãe, minha inspiração, ao meu pai, meu fã número um, ao meu irmão, sinônimo de força e companheirismo, e a toda minha família, que nunca mediram esforços para me ver realizando e conquistando novos sonhos. Ao meu noivo, que sempre esteve disposto a me auxiliar em cada dificuldade que tive nessa jornada, não foi fácil, mas conseguimos. Aos amigos que deixei e aos que fiz nesses longos anos, o carinho e a amizade sempre irão permanecer, a presença de vocês durante essa trajetória tornou as coisas mais prazerosas e com menos saudade de casa. E por último, agradeço aos professores que passaram por mim durante toda essa trajetória, cada um deixou sua marca.

“O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia.” Robert Collier

PERCEPÇÕES E AÇÕES DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE DIAGNÓSTICO PRECOCE E PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NA REDE PÚBLICA EM LAGES/SC

Diulye S. Arnhold¹

Carla Cioato Piardi²

RESUMO

O câncer bucal é um problema mundial, com altas taxas de mortalidade e com um grande problema: o diagnóstico tardio. **Objetivo:** avaliar quais são as condutas do cirurgião-dentista frente ao diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal em Lages/SC, compreender qual é o nível de conhecimento que possui sobre o tema, bem como identificar qual é a aptidão e prevenção do cirurgião-dentista frente ao diagnóstico de câncer bucal. **Materiais e métodos:** estudo transversal para entender melhor o cirurgião-dentista quanto ao câncer bucal, seus medos e receios de atender um paciente que possua o câncer e seus recorrentes estudos para aperfeiçoamento afetam diretamente o atendimento clínico ao paciente. **Resultados:** A maior parte dos entrevistados (60%) colocou como regular quando questionados seu nível de conhecimento sobre o câncer bucal e 35% relatou como bom. Quando perguntados sobre estar ou não preparado para diagnosticar casos iniciais de câncer bucal 75% relatou não estar preparado para diagnosticar. Referente a lesão precursora de câncer bucal 85% dos entrevistados colocou a opção de leucoplasia, seguido de candidíase (10%). Quando perguntado sobre o que aumenta o risco de câncer bucal, 100% dos participantes assinalou a opção de tabaco e álcool como fatores de risco. No momento em que foi questionado se o paciente já foi orientado a como fazer o autoexame bucal, 75% dos entrevistados responderam que sim, já orientaram o paciente. O questionário também buscava motivos de atraso no diagnóstico de uma pessoa que tivesse câncer bucal, 90% dos entrevistados assinalou a opção que um dos possíveis motivos seria pelo fato do paciente não procurar atendimento odontológico/falta de acesso ao dentista. **Conclusão:** Conclui-se que cirurgiões-dentistas necessitam de mais confiança na hora do diagnóstico, e também se notou a necessidade de melhora na identificação precoce desse público, assim como mostrou a importância de uma equipe multidisciplinar para diagnóstico e casos de câncer bucal.

Palavras-chave: Câncer bucal. Diagnóstico precoce. Prevenção.

Diulye Silveira Arnhold¹ Aluna do curso de Odontologia do Centro Universitário Unifacvest
Carla Cioato Piardi² Mestre em Clínica Odontológica - Periodontia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora na disciplina de TCC2 do Centro Universitário UNIFACVEST

PERCEPTIONS AND ACTIONS BY DENTAL SURGEONS ON EARLY DIAGNOSIS AND PREVENTION OF ORAL CANCER IN THE PUBLIC NETWORK IN LAGES / SC.

ABSTRACT

Oral cancer is a worldwide problem, with high mortality rates and a major problem: late diagnosis. According to the Ministry of Health (2019) “The number of new cases of cancer of the oral cavity expected for Brazil, for each year of the 2020-2022 triennium, will be 11,180 cases in men and 4,010 in women. ”These are expressive numbers, and early diagnosis is extremely important as it helps in the treatment and prognosis of that disease. **Objective:** to evaluate what are the dentist's conduct regarding early diagnosis and prevention of oral cancer in Lages / SC, to understand what is the level of knowledge he has on the subject, as well as to identify what is the aptitude and prevention of the surgeon- dentist facing the diagnosis of oral cancer. **Materials and methods:** cross-sectional study to better understand the dental surgeon about oral cancer, his fears and fears of attending a patient who has cancer and his recurrent studies for improvement directly affect clinical patient care. **Results:** Most respondents (60%) considered their level of knowledge about oral cancer to be questioned and 35% reported it as good. When asked whether or not they were prepared to diagnose initial cases of oral cancer, 75% reported not being prepared to diagnose. Regarding the precursor lesion of oral cancer 85% of the interviewees put the option of leukoplakia, followed by candidiasis (10%). When asked about what increases the risk of oral cancer, 100% of the participants indicated the option of tobacco and alcohol as risk factors. At the time when it was asked whether the patient was already instructed on how to perform the oral self-examination, 75% of the interviewees answered that yes, they have already guided the patient. The questionnaire also looked for reasons for delay in the diagnosis of a person who had oral cancer, 90% of the interviewees indicated the option that one of the possible reasons would be because the patient did not seek dental care / lack of access to the dentist. **Conclusion:** It was concluded that dentists need more confidence at the time of diagnosis, and there was also a need for improvement in the early identification of this public, as well as showing the importance of a multidisciplinary team for diagnosis and cases of oral cancer.

Key words: Oral cancer. Early diagnosis. Prevention.

¹Academic in the course of Dentistry, 10th phase, discipline of TCC 2 of the Centro Universitário UNIFACVEST. ²Master in Dentistry Clinic – Periodontics (UFRGS). Professor in the discipline of TCC 2 of the Centro Universitário UNIFACVEST.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF: Estratégia Saúde da Família

TCLE: Termo de Consentimento Livre Esclarecido

CCE: Carcinoma de Células Escamosas

CV: Carcinoma Verrucoso

SBCCP: Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

HPV: Vírus do Papiloma Humano

DCNT: Doenças crônicas não transmissíveis

SUS: Sistema Único de Saúde

TNM: Classificação dos Tumores Malignos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	10
2.1 PARTE I:	10
2.2 PARTE II:.....	10
3. REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1. O câncer.....	12
3.1.1. Etimologia	12
3.1.2. Benigno X Maligno	12
3.1.3. Tipos de câncer.....	13
3.1.4. Prevalência do câncer bucal	13
3.2. Fatores de risco para o câncer bucal.....	14
3.2.1. Tabagismo	14
3.2.2. Etilismo.....	15
3.2.3. Exposição solar.....	16
3.2.4. HPV	16
3.2.5. Dieta	17
3.3. Prevenção primária.....	17
3.3.1. Estratégia da saúde da família (ESF).....	18
3.4. Nível de conhecimento do cirurgião-dentista sobre câncer bucal	19
3.4.1. Atuação multiprofissional e o trabalho interdisciplinar na odontologia.....	19
3.5. Diagnóstico do câncer bucal.....	20
3.5.1. Biópsia.....	20

3.5.2. O diagnóstico precoce	21
3.6. Tratamento.....	22
3.6.1. Quimioterapia	23
3.6.2. Radioterapia.....	23
3.6.3. Cirurgia.....	24
3.6.4. Estadiamento do câncer - TNM.....	24
4. RESULTADOS	24
5. DISCUSSÃO	27
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
8. ANEXOS	39
8.1 Parecer Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)	38
9. APÊNDICES	42
9.1. Questionário	42
9.2. Termo De Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).....	44
9.3. Figura 01.....	45
9.4. Tabela 01	46
9.5. Tabela 02	49
9.6. Tabela 03.....	54
9.7. Figura 02.....	55

1. INTRODUÇÃO

O câncer bucal é um assunto de relevância, pois embora existam muitos casos, o assunto é pouco difundido entre os profissionais e para os pacientes. Existem diversos tipos de câncer e o câncer bucal entra no tipo carcinoma de células escamosas, possuem maior prevalência nas regiões de língua, assoalho bucal e lábio. Regiões menos frequentes compreendem a mucosa jugal, região retromolar, gengiva, palato mole e palato duro. Justamente por serem menos constantes, podem acabar sendo tardiamente reconhecidas (LEMOS JUNIOR *et al.*; 2013). O câncer bucal, embora seja considerado raro, é devastador quando diagnosticado tardiamente. Mais de 60% dos cânceres orais são identificados tardiamente, quando o tratamento é difícil e o prognóstico é desfavorável (LARONDE; KORBETT; 2017). Segundo informações do Globocan, em 2018, estes tumores ocupavam o 3º lugar em incidência, com 1.454.892 novos casos com dados de 185 países (CHAVES, 2019). No Brasil, no ano de 2017, verificou-se 4.923 óbitos por câncer da cavidade oral em homens e 1.372 óbitos em mulheres (INCA, 2019). Vale destacar que a quantidade de novos casos esperados para os próximos anos no Brasil será de 11.180 casos em homens e de 4.010 em mulheres.

Um dos fatores que levam ao câncer bucal é o tabagismo, causando impactos significativos na vida do indivíduo. O hábito de fumar é considerado uma doença epidêmica, tendo dependência física (nervosismos, depressão), psicológica (cigarro como apoio em momentos de tensão) e de comportamento (associado ao ato, como dirigir) (BVS, 2015). O etilismo é a segunda causa ambiental mais provável para o surgimento do câncer bucal; estudos mostram que o etanol, assim como certas substâncias do cigarro, provoca erros durante a multiplicação celular podendo levar ao aparecimento do câncer (FREITAS *et al.*; 2016).

Outro fator importante para conhecimento dos pacientes em relação a esta doença é a prevenção primária, que visa ações que possam diminuir a ocorrência e o predomínio de alguma doença, buscando mudar certos hábitos de tal comunidade (TORRES-PEREIRA *et al.*; 2012). As ações de prevenção primária do câncer bucal no Brasil contam primariamente com a Estratégia da Saúde da Família (ESF), que obtém informações cruciais para um melhor atendimento e possíveis casos de câncer bucal (CASOTTI, *et al.*; 2016). Suas sequelas pós-tratamento estão associadas em que estado paciente chegou ao procurar atendimento, logo, o papel do cirurgião-dentista em diagnosticar corretamente a doença é grande. O profissional deve ter a competência de conhecer os fatores de risco para a neoplasia, habilitado ao exame

clínico correto e possível biópsia (ANDRADE *et al.*; 2014). A falta de espaços para debater questões sobre o dia a dia clínico indica insuficiente trabalho interdisciplinar, o que mostra que a falta de diálogo empobrece o conhecimento (LOMBARDO *et al.*; 2014). É imprescindível que o cirurgião-dentista explique ao seu paciente nas consultas como fazer o autoexame bucal, de uma forma simples e rápida este hábito torna o trabalho menos dificultoso e de mais fácil diagnóstico (SOUZA *et al.*; 2011).

Diante do exposto, este trabalho possui como objetivo avaliar quais são as condutas do cirurgião-dentista frente ao diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal em Lages/SC, compreender qual é o nível de conhecimento que possui sobre o tema, bem como identificar qual é a aptidão e prevenção do cirurgião-dentista frente ao diagnóstico de câncer bucal.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 PARTE I:

A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: BVS, SCIELO, PubMed e Google Scholar. As palavras-chave utilizadas na busca foram: câncer bucal, diagnóstico precoce e prevenção.

2.1.1 Critérios de elegibilidade:

2.1.1.1 Critérios de inclusão:

- Foram incluídos estudos publicados entre 2010 e 2020;
- O tipo de estudo incluído foram artigos publicados, revisões de literatura bem como pesquisa eletrônica;
- As línguas incluídas foram: portuguesa, inglesa e espanhola.

2.1.1.2 Critérios de exclusão:

- Estudos que foram publicados antes de 2010;
- Estudos que incluíram animais ou outros na área veterinária.

2.2 PARTE II:

Consistiu-se em um estudo transversal para entender melhor o cirurgião-dentista quanto ao câncer bucal, seus medos e receios de atender um paciente que possua o câncer e seus recorrentes estudos para aperfeiçoamento afetam diretamente o atendimento clínico ao paciente.

Foi aplicado um questionário sobre conhecimento de diagnóstico de câncer bucal (apêndice 9.1). 27 cirurgiões-dentistas da rede pública do município foram convidados a participar. Os que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nº do CAAE 34267220.6.0000.5616, apêndice 9.2. O questionário foi baseado no estudo de Andrade *et al.*; 2014.

2.2.1. Critérios de elegibilidade:

2.2.1.1 Critérios de inclusão:

- Cirurgiões-dentistas da rede pública de Lages;
- Cirurgiões-dentistas especializados em qualquer área odontológica;
- Cirurgiões-dentistas clínico geral.

2.2.1.2 Critérios de exclusão:

- Cirurgiões-dentistas da rede privada de Lages;
- Cirurgiões-dentistas que estivessem de licença ou atestado no dia da coleta de dados.

Análise de dados:

Os dados foram descritos através de estatística descritiva e inferencial. Frequência e média foram utilizadas.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. O câncer

Câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o desenvolvimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos (INCA, 2011). Normalmente, células do corpo humano dividem-se e multiplicam-se de forma típica, seu trabalho segue de maneira ordenada para um bom funcionamento do organismo, outras, porém, seguem para um funcionamento desorganizado como as do câncer. Estas células, ao invés de morrerem continuam seu trabalho, crescendo de maneira incontrolável e desequilibrada e acabam se espalhando para outras regiões do corpo provocando o câncer. O câncer cresce em avanço geométrico, ou seja, de forma acelerada – “alimentado” por nutrientes e oxigênio transportados pelos vasos sanguíneos (PONTES, 2019).

3.1.1 Etimologia

A palavra câncer tem sua etimologia do grego *karkínos* que significa caranguejo, em referência às vias que circundam a doença e possuíam forma semelhante as patas do caranguejo que irradiam do seu cefalotórax (DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO). Porém, chegou à língua portuguesa através do latim *câncer*; os gregos já utilizavam essa denominação tanto para o animal quanto para o próprio tumor, de onde posteriormente veio o nome carcinoma.

3.1.2 Benigno *versus* Maligno

Muitas pessoas usam erroneamente as palavras benigno e maligno quando o assunto é câncer. É chamado de tumor (neoplasia) benigno o crescimento de forma organizada, em geral lento e apresenta limites bem nítidos e tumor maligno (câncer) quando as células começam a crescer fora de controle, invadem tecidos tornando o uma célula cancerosa (INCA). Os tumores benignos são constituídos por células bem semelhantes às que os originaram e não possuem a capacidade de provocar metástases. E os malignos são violentos e possuem a capacidade de infiltrar outros órgãos (PONTES, 2019). Em grande parte, tumores

benignos podem ser completamente retirados por meio de cirurgia, já tumores malignos na maioria das vezes dependerá do diagnóstico precoce e de qual tratamento resolveu ser utilizado.

3.1.3 Tipos de câncer

Existem diversos tipos de câncer, porém, conforme o Instituto Oncoguia (2015), os principais são: carcinoma, sarcomas, leucemias, linfomas e mielomas e cânceres do sistema nervoso central. As diferentes partes da cavidade oral e orofaringe são compostas por vários tipos de células. Essas distinções são importantes, pois podem afetar as opções de tratamento e o prognóstico de uma pessoa (American Cancer Society, 2021). O câncer bucal entra na categoria carcinoma e existem alguns tipos de cânceres que começam pela boca, como por exemplo, carcinoma de células escamosas. Esse acomete primeiramente os modelos iniciais de células escamosas, sendo elas que formam o revestimento da boca.

Junto dos tumores malignos, o carcinoma de células escamosas (CCE) evidencia-se com principal tipo histológico em cavidade oral (SILVA *et al.*; 2020), cerca de 90% dos casos acometendo a região do epitélio da boca e garganta e seu estágio inicial denominado *in situ* (American Cancer Society, 2018). Encontram-se também como câncer, o carcinoma verrucoso (CV) que apesar de maligno possui sinais e sintomas de um benigno. O tumor cresce com tempo demorado e localmente, de natureza invasiva e improvável metástase. (ALKAN *et al.*; 2010).

O carcinoma de glândulas salivares é outro exemplo de câncer bucal, são incomuns e fazem parte de cerca de 3-5% de todas as neoplasias de cabeça e pescoço (MELLO *et al.*; 2012). Há também os linfomas, as amígdalas e a base da língua inclui tecido do sistema imunológico, onde os cânceres chamados linfomas podem iniciar (American Cancer Society, 2018).

3.1.4 Prevalência do câncer bucal

Possuem maior prevalência nas regiões de língua, assoalho bucal e lábio. Regiões menos frequentes compreendem a mucosa jugal, região retromolar, gengiva, palato mole e palato duro. Justamente por serem menos constantes podem acabar sendo tardiamente reconhecidas (LEMOS JUNIOR *et al.*; 2013). É importante destacar que alguns cânceres que

aparecem com origem na língua são de ruins prognósticos, isto ocorre pela proximidade com certas estruturas; a língua é uma estrutura muscular complexa, constituída de vasos calibrosos e que se anastomosam possibilitando a disseminação bilateral da lesão (ALMEIDA *et al.*; 2011).

O câncer bucal, embora seja considerado raro, é devastador quando diagnosticado tardiamente. Segundo informações do Globocan, em 2018, estes tumores ocupavam o 3º lugar em incidência, com 1.454.892 novos casos com dados de 185 países (CHAVES). No Brasil, no ano de 2017, verificou-se 4.923 óbitos por câncer da cavidade oral em homens e 1.372 óbitos em mulheres (INCA, 2019). Vale destacar que a quantidade de novos casos esperados para os próximos anos no Brasil será de 11.180 casos em homens e de 4.010 em mulheres. Pacientes diagnosticados com esse câncer apresentam uma sobrevida de 5 anos em aproximadamente 50% dos casos (RANGEL; LUCIETTO; STEFENNON; 2018). Um dos fatores que levam ao câncer bucal é o tabagismo, como também exposição solar e obesidade, causando impactos significativos.

3.2. Fatores de risco para o câncer bucal

O câncer bucal apresenta causa multifatorial, decorrente da interação de fatores extrínsecos e intrínsecos (SOUZA; DE SÁ; POPOFF; 2016). Pode-se dizer que vários são os fatores que levam ao surgimento do câncer bucal, entre algumas razões é possível citar etilismo, tabagismo, exposição ao sol e ainda obesidade. Porém, o tabaco ocupa o 1º lugar da lista de causadores, associado a 80% dos casos de câncer bucal (SCHEIDT *et al.*; 2012).

3.2.1 Tabagismo

O hábito de fumar é considerado uma doença epidêmica, tendo dependência física (nervosismos, depressão), psicológica (apoio em momentos de tensão) e de comportamento (associado ao ato, como: dirigir) (BVS, 2015). Junto com a nicotina, principal substância encontrada em um maço de cigarro, foram encontrados diversos tipos de elementos, como: naftalinas, formol e alcatrão, uma das causas do câncer bucal. Sabe-se que certas substâncias presentes no cigarro sofrem mutação junto com as células do organismo, gerando alterações celulares e assim levando a uma quantidade reprodutiva em demasiada das células formando o tumor (FOGAÇA).

É importante destacar o uso do tabaco sem fumaça, o mascado, que durante e após seu uso pode permanecer resíduos cancerígenos na bochecha, bem como o uso de cachimbos e charutos, fumar ou mascar o tabaco pode causar algumas reações nos tecidos (FREITAS *et al.*; 2016), que levam a produção de reações no organismo, causando danos principalmente ao DNA, e o menor dano causado a ele pode causar mutações.

Apresentam-se em níveis altos na região sudeste e sul do Brasil e são as duas regiões com amplas ocorrências de neoplasias estritamente relacionadas ao tabaco: esôfago, cavidade oral e pulmão (WÜNSCH FILHO *et al.*; 2010). Medidas mais limitadas contra a produção de tabaco já foram tomadas anos atrás, porém em países mais ricos onde consegue-se um cumprimento mais rigoroso, logo, as produções tiveram de procurar outros locais para sua fabricação, incluindo os países pobres. Neles, as visões de crescimento e aumento da reposição de fumantes era diária, a falta de informação era conveniente e os alvos eram os adolescentes, cerca de 100.000 jovens que começavam a fumar no final da década de 90, 80% eram de países em desenvolvimento. Inúmeros são os casos que se consegue observar a estreita relação de cigarro e câncer bucal, logo, é necessário discutir formas de prevenção de jovens no combate ao fumo e ao álcool, visto que suas sequelas são de difícil reversibilidade (WÜNSCH FILHO *et al.*; 2010).

É interessante ressaltar que o tabaco é um fator etiológico significativo para o câncer bucal, porém, sua relação varia de quantidade e duração a longo prazo. É visto que o tabagismo relacionado ou não ao etilismo aumenta de forma significativa o aparecimento da doença (FREITAS *et al.*; 2016).

3.2.2 Etilismo

O câncer bucal possui etiologia multifatorial, porém o etilismo e o tabagismo são descritos como os maiores responsáveis pelo desenvolvimento do câncer de boca (SANTOS *et al.*; 2010). O etilismo é a segunda causa ambiental mais provável para o surgimento do câncer bucal, estudos mostram que o etanol provoca erros durante a multiplicação celular podendo levar ao aparecimento do câncer (FREITAS *et al.*; 2016). O etanol pode ter uma consequência direta sobre a boca, alterando a homeostase das células epiteliais, o que pode tornar o etanol um agente simplificador para a entrada de agentes carcinógenos (FREITAS *et al.*; 2016).

Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (SBCCP) indicam que o hábito de beber e fumar aumenta em até 20 vezes a chance de uma pessoa progredir para algum tipo de câncer de cabeça e pescoço (UNIAD, 2016). É necessário que os cirurgiões-dentistas se habilitem ao passar informações ao público em geral, visto que o fumo e o álcool se tornam agentes facilitadores para o surgimento do câncer bucal.

3.2.3 Exposição solar

A etiologia do câncer bucal é um conjunto de fatores carcinógenos que podem levar ao aparecimento da doença, como os de origem extrínseca: fumo, álcool e exposição/radiação solar crônica nos casos situados em lábio (DE SOUZA; CARVALHO 2017). Exposto isso, é importante falar sobre os fatores externos que podem levar ao câncer bucal, como a exposição ao sol.

É conhecido que muitos trabalhadores ficam sujeitos aos raios solares diariamente, tanto trabalhadores da área rural quanto trabalhadores da área urbana. Esta exposição excessiva pode ser um dos fatores etiológicos que levam ao câncer bucal - lábio-. O lábio inferior é mais constantemente afetado (80-95%) em relação ao lábio superior (2-12%) ou comissura (1-15%) (NARDI; DE CASTRO; DEDIVITIS, 2010).

Alguns prejuízos que o câncer de lábio dá ao paciente são: sistema estomatognático com funções perdidas bem como estéticos, no falar ou comer (VASCONCELLOS *et al.*; 2019). O uso de protetor labial da mesma forma que a utilização de chapéus e bonés auxilia na proteção contra raios solares e um provável câncer de lábio.

3.2.4 Vírus do Papiloma Humano (HPV)

Vírus do Papiloma Humano (HPV) é o nome chamado para uma doença viral sexualmente transmissível e com altas taxas na população. Este vírus possui como sinais clínicos verrugas e pode causar alguns tipos de cânceres, como: câncer de colo de útero e câncer de orofaringe. O HPV tem sido posto como fator de risco para a evolução de carcinomas oral e da orofaringe em razão dos casos de pacientes que não possuem fatores predisponentes para desenvolver a neoplasia, como por exemplo o tabagismo (SOARES e PEREIRA 2018). Embora ainda pouco esclarecida a correlação do HPV com o câncer bucal por causa dos poucos estudos, há sinais de que a incidência de câncer de cabeça e pescoço

associado ao HPV estão aumentando, podendo estar relacionado com o declínio no uso de tabaco (HÜBBERS; AKGÜL, 2015).

O câncer de cabeça e pescoço relacionado com o HPV, em sua maioria, está relacionado com pessoas mais jovens e encontram-se mais comumente na região de orofaringe, diferenciando-se do carcinoma relacionado ao tabaco, por exemplo, que possui maior número em homens maiores de 50 anos. É importante evidenciar que o câncer associado ao HPV se caracteriza por uma conduta menos agressiva com melhor resposta à quimioterapia e aumento direto na sobrevida (SQUARIZE e CASTILHO, 2013). Então é possível perceber que com mais estudos relacionados com o HPV impactam diretamente no diagnóstico e tratamento, minimizando possíveis abordagens mais radicais.

3.2.5 Dieta

Há indícios de que as chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são motivadas pela alimentação incorreta, caracterizada pelo consumo frequente de álcool, bem como alimentos com alto teor de gorduras (FREIRE *et al.*; 2012). Sabe-se que alimentos combinados entre si ajudam ao combate do câncer, auxiliando na prevenção e quando já instalada a doença no tratamento. Existem indicadores de que a alimentação consiste em notável importância nos estágios de iniciação, promoção e propagação do câncer (MUNHOZ *et al.*; 2016). Porém, é válido destacar que alimentos como: carne vermelha e carnes ultraprocessadas são uma forma de agressão ao organismo, não auxiliando no combate ao câncer. Diversas pesquisas já compararam a ocorrência de neoplasias ao aumento do consumo de carne vermelha ou proteína animal ou ao baixo consumo de vegetais ou fitoquímicos da dieta (BAENA, 2015). É de extrema importância que se busque saber mais sobre esse tema visto a possível influência que possui para as possíveis etiologias do câncer bucal.

3.3. Prevenção primária

Outro fator importante para conhecimento dos pacientes em relação a esta doença é a prevenção primária, que visam ações que possam diminuir a ocorrência e o predomínio de alguma doença, buscando mudar certos hábitos de tal comunidade (TORRES-PEREIRA *et al.*; 2012). A ocorrência do aumento de números de casos de câncer bucal no Brasil é nítida e torna-se um problema nas redes de saúde de todos os estados, embora às vezes silencioso, quando diagnosticado tardiamente transforma-se em um transtorno tanto para o paciente

quanto para a equipe médica. Caso o diagnóstico seja adiantado, as chances de mortalidade diminuem e as sequelas físicas como estética e componentes funcionais da face são menos lesionados.

3.3.1 Estratégia da saúde da família (ESF)

No Brasil, a inclusão do cirurgião-dentista no serviço público foi acentuada a partir dos anos 2000, com o incentivo de saúde bucal pelo Ministério da Saúde, que assegurou a inserção das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (DE OLIVEIRA; GONZAGA, 2020). As ações de prevenção primária no Brasil contam primeiro com a Estratégia da Saúde da Família (ESF), que junto com os agentes comunitários conseguem identificar cada família, obtendo informações cruciais para um melhor atendimento (CASOTTI *et al.*; 2016). De acordo com o Ministério da Saúde, a ESF age como uma porta de entrada ao sistema único de saúde (SUS), não só para alcançar informações sobre certa população, mas agindo, de certa forma, como um local de promoção de saúde e prevenção. É importante destacar que as estratégias utilizadas pela ESF são de relevância para o diagnóstico do câncer bucal, visto que a triagem inicial como (uso de cigarros, álcool, problemas sistêmicos) ajudam a estabelecer uma direção para o indivíduo, buscando medidas de prevenção e auxiliando para um possível tratamento. A existência de grupos antitabagismo nas ESF juntamente com as campanhas sobre o tema constituem notáveis estratégias para a captação, educação e motivação para os grupos de risco do câncer (CASOTTI *et al.*; 2016). Ainda que as ações primárias sejam poucas e brevemente difundidas à população, são importantes aos olhos de quem não tem informações e não sabe como procurar certos atendimentos, sejam odontológicos ou médicos no geral.

As tarefas que devem ser produzidas pelos profissionais que compõem a atenção primária à saúde são grandes, a qualificação de cirurgiões-dentistas que compõem a ESF e o direcionamento precoce dos pacientes que forem identificados como casos potenciais para o câncer bucal são questões significativas, que devem sempre ser dia após dia melhoradas e enfrentadas de frente pela gestão.

3.4. Nível de conhecimento do cirurgião-dentista sobre câncer bucal

O câncer de boca é um problema de saúde pública, e como se sabe, seus índices tornam-se altos devido ao diagnóstico tardio resultando em elevados indicativos de mortalidade. Suas sequelas pós-tratamento estão associadas em que estado paciente chegou ao procurar atendimento, logo, o papel do cirurgião-dentista em diagnosticar corretamente a doença é grande. O profissional deve ter competência de conhecer os fatores de risco para a neoplasia, conhecimento ao exame clínico correto e possível biópsia (ANDRADE *et al.*; 2014). Tal conhecimento é necessário visto que o indivíduo procura justamente o cirurgião-dentista quando possui dores em algum local da boca, tornando-se imprescindível que saiba como identificar características, como é a fase inicial, tipo de câncer mais frequente e qual a idade de maior ocorrência. É interessante ressaltar que os cirurgiões-dentistas são, primeiramente, formados profissionais generalistas, no qual matérias como patologia e estomatologia estão presentes desde o início de sua graduação e permanecerão até o final de sua carreira. Logo, o preparo é fundamental seja na faculdade com melhores estudos principalmente sobre o câncer bucal ou no decorrer de sua carreira com atualizações em cursos.

3.4.1 Atuação multiprofissional e o trabalho interdisciplinar na odontologia

A interdisciplinaridade no universo da saúde é um tema muito importante, visto que a falta de informações entre os profissionais gera uma grande dificuldade na obtenção de resultados para o paciente. Esta interdisciplinaridade precisa de uma mudança de atitude em relação ao conhecimento, e a troca de uma opinião fragmentada por uma opinião de unidade nas pessoas e em seus fazeres (MAIA *et al.*; 2013). Com essa troca de informações, a comunicação e os diálogos se formam e passam o conhecimento de uma pessoa para outra, porém, é muito difícil produzir um ambiente de fala e escuta entre pessoas em um trabalho.

A falta de espaços para debater questões sobre o dia a dia clínico indica insuficiente trabalho interdisciplinar, o que mostra que a falta de diálogo empobrece o conhecimento (LOMBARDO *et al.*; 2014). A inclusão de informações corretas, atualizadas e um bom treinamento, seja no diagnóstico ou até mesmo em proceder com biópsias nos cursos de Odontologia é válido para a capacitação e um melhor entendimento sobre a patologia. No estudo de Andrade *et al.*; (2014) foi identificado que cerca de 35% dos profissionais consentem em ter um entendimento ótimo sobre o câncer, porém, 40% não sabem qual o tipo

histológico mais comum, o que mostra uma desinformação acentuada no seu dia a dia clínico e grandes lacunas em conhecimentos básicos sobre o câncer bucal.

O conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre o câncer bucal ainda se mostra inferior. A educação continuada em palestras, eventos, reuniões e encontros é necessária para um melhor aperfeiçoamento levando a capacitação do dentista quando deparar-se em situações de possível câncer, o diagnóstico precoce ocorra (ANDRADE *et al.*; 2014).

3.5. Diagnóstico do câncer bucal

O diagnóstico do câncer de boca é obtido através da biópsia, em algumas situações, o câncer pode surgir a partir de lesões orais com risco de malignização (DA SILVA *et al.*; 2018), por isso é importante estar atento a alguns sinais. Alguns indicadores devem ser levados em consideração, como: lesões que não cicatrizam por mais de 15 dias, lesões leucoeritoplásicas e até mesmo nódulos e/ou úlceras (LEMOS JUNIOR *et al.*; 2013). Em casos mais avançados da doença, pode-se apresentar também dificuldades de mastigar e engolir alimentos, impressão de que algo pode estar preso na garganta e, além disso, dificuldade na fala (INCA, 2020).

Para que ocorra o diagnóstico precocemente vários fatores têm que ser levados em consideração. Pode ser prevenido por meio de ações que contribuam com a identificação dos principais fatores de risco e pela realização de práticas que busquem o diagnóstico precoce de lesões suspeitas (TORRES *et al.*; 2016). O câncer bucal na maioria das vezes apresenta um diagnóstico tardio, resultando em tratamentos mais agressivos e com menor chance de cura (OLIVEIRA *et al.*; 2019).

O atraso no diagnóstico pode estar relacionado ao tempo que o paciente leva a constatar o seu adoecimento e procurar ajuda profissional bem como às adversidades que o paciente encontra ao procurar acesso ao serviço público de saúde (CASOTTI *et al.*; 2016). O que mais surpreende nesta situação é que o tempo transcorrido entre a fase mais inicial e avançada da doença pode ser longo, pois sua evolução na maioria das vezes é lenta (FALCÃO *et al.*; 2010). O diagnóstico precoce é incerto pelo fato de que as lesões iniciais, geralmente assintomáticas, não são valorizadas pelo próprio indivíduo e nem pelos profissionais de saúde (DOS SANTOS; BATISTA; CANGUSSU; 2010). Até mesmo na procura por atendimento o paciente sofre pela espera e por profissionais pouco habilitados para lidar com o diagnóstico.

Para uma melhor análise da lesão, é necessário que o profissional reconheça e faça um exame clínico minucioso. É fundamental que inclua nos seus exames de rotina busca por alterações do padrão de normalidade que possam apontar a presença de lesões cancerizáveis ou ainda, das neoplasias malignas (ANGHEBEN *et al.*; 2013). O diagnóstico precoce pode ainda ocorrer a partir de algumas situações, como consultas odontológicas por algum motivo e o profissional identificar lesões suspeitas após o autoexame bucal em que o paciente identificou algo de anormal (MARTINS *et al.*; 2015).

É fundamental que o cirurgião-dentista comunique ao seu paciente sobre o autoexame bucal, como e quando fazê-lo, principalmente para grupos de risco do câncer bucal como por exemplo, pessoas que utilizam o tabaco e álcool. A boca, como um lugar de fácil acesso, permite que o próprio paciente, através do autoexame, consiga visualizar alterações suspeitas, principalmente nos estágios iniciais, levando ao diagnóstico precoce (DOS SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010). É importante a seriedade de saber que esse exame deve tornar-se frequente para prevenir ou diagnosticar o câncer de boca (SOUZA *et al.*; 2012).

3.5.1 Biópsia

A grande quantidade de patologias com características clínicas parecidas possibilita a coincidência de vários diagnósticos diferenciais frente a uma única lesão na mucosa bucal (DA SILVA *et al.*; 2019). Por esse motivo, biópsias são importantes para a confirmação de alguma doença, sendo então um grande aliado na busca de obter conclusões de um determinado tópico.

Na odontologia, utiliza-se a biópsia na busca de possíveis lesões cancerígenas, que antecedem o câncer bucal, e são encontradas em exame de rotina durante o atendimento clínico. Essas lesões podem ter início traumático, iatrogênico, congênito, imunológico, viral, bacteriana e até mesmo referente aos hábitos de higiene (SILVA *et al.*; 2011).

Diversas técnicas e instrumentos podem ser utilizados para a biópsia, como pinças, tesouras, agulhas entre outros materiais, e os tipos de biópsia podem se dividir em incisionais e excisionais. No tipo incisional, remove-se cirurgicamente apenas um fragmento da lesão e na excisional remove-se a lesão patológica como um todo -menor que 1 mm- para envio à análise anatomopatológica (BRAZÃO-SILVA *et al.*; 2018). Sendo indicadas quando ocorre lesões inflamatórias persistentes, lesões de mucosa que possui coloração significativa e lesões que possam interferir nas funções normais (BRAZÃO-SILVA *et al.*; 2018).

Embora muito importante, a biópsia ainda é um desafio em alguns centros clínicos, onde o profissional ainda não se sente habilitado para realizá-la, e na maioria das vezes, encaminha para centros especializados. Muito se deve ao ensino obtido nas faculdades, no estudo de PINHEIRO; CARDOSO; PRADO; (2010) pode-se perceber que a maioria dos entrevistados colocou como insatisfatório o ensino sobre o tema durante a graduação e a incerteza para a realização dos procedimentos de diagnóstico do câncer bucal, como a biópsia.

É importante que cirurgiões-dentistas sempre busquem o aperfeiçoamento em técnicas utilizadas diariamente, visto que somente o estudo-prático diário é capaz de tornar situações em que o paciente esperaria um longo tempo para situações com um prazo menor, e quem sabe, um prognóstico melhor. Investimentos em educação continuada para os profissionais que atuam na área são essenciais, realizando o exame completo da cavidade oral antes, conseguindo então encaminhar os pacientes para tratamento definitivo em serviço de referência (ANDRADE *et al.*; 2014).

3.6. Tratamento

Existem poucas formas para o tratamento do câncer bucal, porém, todas têm como objetivo principal prolongar a qualidade de vida daquele paciente, principalmente se detectados precocemente. Existem três formas essenciais de tratamento do câncer: cirurgia, quimioterapia e radioterapia, podendo ser utilizadas juntas ou sozinhas, mas é muito difícil tratar a lesão com apenas uma das modalidades (INCA, 2011).

3.6.1 Quimioterapia

A quimioterapia é uma modalidade terapêutica onde se usam medicamentos para tratar o câncer. Os medicamentos de escolha se agregam com o sangue e são levados a todas as partes do corpo, e eliminam as células doentes que estão formando o tumor e impossibilita também que se espalhem pelo corpo (INCA, 2010). São capazes de serem administradas de várias formas, como por exemplo, vira oral ou intramuscular.

Os quimioterápicos interferem na capacidade de multiplicação das células cancerosas e possuem como intuito: curativo, destruindo o tumor; adjuvante prevenindo novas metástases; prévia, reduzindo o tumor e paliativa, melhorando a qualidade de vida (CCC

CÂNCER). É importante destacar que a quimioterapia em si não dói, mas, posteriormente os efeitos dela são comumente destacados como dolorosos, afetando a qualidade de vida do paciente. Entre os problemas orais encontram-se a mucosite, neurotoxicidade, as infecções fúngicas, bacterianas e virais, osteorradionecrose (PAIVA *et al.*; 2010).

3.6.2 Radioterapia

A radioterapia é um recurso terapêutico local ou locorregional do câncer que utiliza instrumentos e táticas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente determinadas (INCA, 2011). Normalmente é utilizada como tratamento auxiliar, juntamente com a quimioterapia, para casos de câncer bucal.

Quando não é possível obter a cura, a radioterapia pode contribuir para uma melhor qualidade de vida, visto que suas aplicações podem diminuir o tamanho do tumor, bem como reduzir hemorragias e dores (INCA, 2019). Apesar dos eventos adversos, este modelo de tratamento é um bom aliado na busca da cura para o câncer. A radioterapia é um tratamento que permite os órgãos ficarem íntegros, porém, os pacientes podem vivenciar vários resultados posteriores que afetam de maneira ruim a sua qualidade de vida (DE PAULA; SAWADA, 2015).

Pacientes que são submetidos a radioterapia, bem como a quimioterapia, sofrem por efeitos adversos após as radiações. As condições mais prejudiciais mais comuns são candidíase, xerostomia, osteorradionecrose e mucosite (FREITAS *et al.*; 2011).

3.6.3 Cirurgia

Como última modalidade terapêutica para o câncer, a cirurgia busca resultados para cânceres em estágio inicial ou como tratamento paliativo, minimizando o sofrimento do paciente. Essa categoria juntamente com a radioterapia e a quimioterapia são o conjunto mais apropriado para o tratamento da doença. Destaca-se que a abordagem múltipla do tratamento, relacionando diversas modalidades, costuma gerar melhores resultados em termos de cura, sobrevida e qualidade de vida (INCA, 2018).

Apesar de cada área ter um papel bem estabelecido, a abordagem multidisciplinar integrada é mais eficaz do que uma sucessão de intervenções afastadas no manejo do paciente (INCA, 2010). Visto isso, é importante que enfermeiros, fisioterapeutas bem como cirurgiões-

dentistas estejam preparados para enfrentar e tomar decisões juntamente com a área médica, a fim de buscarem uma melhor condição de vida.

3.6.4 Estadiamento do câncer - TNM

O estadiamento do câncer é necessário para avaliar o grau de sua disseminação, tendo sua importância no que diz respeito de que as taxas de sobrevivência são distintas quando a doença está restrita ao órgão de origem ou quando ela se espalha a outros órgãos (INCA, 2019). Pode também ser importante para auxiliar qual é o tipo de tumor bem como sua associação com o hospedeiro. É dividido em estadiamento clínico, que auxilia na estimativa de extensão dessa doença, bem como se irá responder o tratamento, e em estadiamento patológico, que só é realizado após o tratamento cirúrgico (INSTITUTO ONCOGUIA, 2020). Ele é realizado sempre quando o diagnóstico inicial é obtido.

O sistema TNM (Classificação de Tumores Malignos) é um dos sistemas mais utilizados para apontar e descrever os tumores e suas extensões (FOSP), sendo “T” a extensão do tumor primário, “N” ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais e “M” ausência ou presença de metástase a distância (FOSP).

Visto a importância de conhecer sobre o estadiamento do câncer, pois ele auxilia nas definições de melhores opções de tratamento (INSTITUTO ONCOGUIA, 2020), assim como, um estadiamento bem realizado leva a ações terapêuticas corretamente empregadas (INCA, 2019).

4. RESULTADOS

Foram encontrados um total de 4.934 estudos e após a aplicação dos critérios de elegibilidade, resultando em 45 estudos sobre diagnóstico precoce e percepções dos cirurgiões-dentistas sobre do câncer bucal, bem como estudos acerca do câncer bucal, em sua maioria encontrados na base de dados Google Scholar. Destes, 19 eram estudos transversais, 15 revisões não sistemática, 5 estudos de coorte, 1 editorial, 1 ensaio clínico, 1 estudo qualitativo, 1 revisão sistemática, 1 série de casos e 1 estudo qualitativo/quantitativo (Figura 01). Dos estudos encontrados, 10 eram sobre avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas com relação ao câncer bucal, neles, boa parte relatou que possuem falta de confiança no diagnóstico do câncer bucal bem como descrevem que os pacientes possuem poucas informações relacionadas ao câncer bucal. Os estudos também relataram a falta de treinamento durante a graduação, onde 40% declararam insegurança no momento da biópsia e apenas 4% participaram de cursos após a graduação.

Os estudos transversais, no total, avaliaram 2.730 participantes, dos estudos de coorte foram 573 participantes, a série de casos avaliou 12 casos, o estudo qualitativo 30 participantes e o estudo qualitativo/quantitativo no total de 408 casos. Os estudos de coorte eram trabalhos distintos, desde avaliar o histórico de consumo de álcool como fator preditivo de sobrevida em pacientes com CCE de boca e orofaringe, onde notou-se que o álcool entra como um fator de prognóstico com CCE, assim como, outro estudo abordou o tratamento cirúrgico de câncer de lábio, no qual dos 43 participantes somente 02 casos não eram carcinoma espinocelular.

O questionário aplicado por este estudo transversal realizado continha 16 perguntas sobre percepções dos cirurgiões-dentistas acerca do câncer bucal. O mesmo foi respondido por 20 profissionais das unidades de saúde de Lages/SC.

A maior parte dos entrevistados (60%) colocou como regular quando questionados seu nível de conhecimento sobre o câncer bucal e 35% relataram como bom. Quando perguntados sobre estar ou não preparado para diagnosticar casos iniciais de câncer bucal 75% relataram não estar preparado para diagnosticar (Tabela 01).

Referente a lesão precursora de câncer bucal 85% dos entrevistados colocou a opção de leucoplasia, seguido de candidíase (10%). Quando perguntado sobre o que aumenta o risco de câncer bucal 100% dos participantes assinalou a opção de tabaco e álcool como fatores de risco (Tabela 01).

No momento em que foi questionado se o paciente já foi orientado a como fazer o autoexame bucal, 75% dos entrevistados responderam que sim, já orientaram o paciente (Tabela 01).

O questionário também buscava motivos de atraso no diagnóstico de uma pessoa que tivesse câncer bucal, 90% dos entrevistados assinalou a opção que um dos possíveis motivos seria pelo fato do paciente não procurar atendimento odontológico/falta de acesso ao dentista (Tabela 01).

5. DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar quais são as condutas do cirurgião-dentista frente ao diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal em Lages/SC, compreender qual é o nível de conhecimento que possui sobre o tema, bem como identificar qual é a aptidão e prevenção do cirurgião-dentista frente ao diagnóstico de câncer bucal.

O câncer bucal e sua associação com o diagnóstico tardio traz à tona um assunto de grande interesse no presente trabalho. Esses dois casos estão interligados visto que a maioria das ocorrências de câncer bucal, no início, não possui sintomatologia fazendo o paciente não procurar atendimento cedo (DOS SANTOS; BATISTA; CANGUSSU; 2010). Sendo de suma importância que a comunidade saiba melhor sobre o tema, assim como saber sobre o autoexame bucal, assunto pouco difundido entre os profissionais, e até mesmo a qualidade e falta de acesso do paciente ao serviço (DOS SANTOS; BATISTA; CANGUSSU; 2010). A falta de uma busca ativa a partir da rede primária de saúde também entra em conjunto com o diagnóstico tardio, bem como a atenção terciária de saúde já que o acesso ao cirurgião de cabeça e pescoço por exemplo, somente se daria nesta etapa (LOMBARDO *et al.*; 2014), levando a uma possível demora na biópsia e no tratamento daquele paciente. Para auxiliar na construção da discussão, foram escolhidos 16 artigos referentes ao câncer bucal (tabela 02).

No presente trabalho, 80% são maiores de 30 anos e 75% do sexo feminino. No estudo de ANDRADE *et al.*, (2014) mais de 65% eram do sexo feminino e a faixa etária mais comum eram maiores de 30 anos (86,9%), entre 50-60 anos (34,8%), obtendo resultados aproximados neste trabalho.

Concordando com o estudo de ANDRADE *et al.*, (2014) que foi um trabalho no qual 23 participantes aceitaram participar da pesquisa, onde tinha como objetivo foi identificar o grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre câncer bucal, em que quase 48% dos participantes relataram ser regular o nível de conhecimento sobre o câncer bucal. Quando questionados sobre seu nível de conhecimento acerca do tema, 60% dos participantes desta pesquisa, responderam regular sobre o nível de conhecimento sobre o câncer bucal.

O diagnóstico do câncer bucal é de suma importância, sendo o cirurgião-dentista o elo para a descoberta da doença. Quando questionados sobre ser fácil ou difícil diagnosticar casos de câncer bucal na fase inicial, 18 participantes responderam essa pergunta, sendo 15 deles (75%) responderam ser difícil diagnosticar. E quando perguntados sobre estar ou não preparado para diagnosticar casos iniciais de câncer bucal, também 75% relataram não estar preparado para diagnosticar. Esse resultado coincide com os estudos de DE OLIVEIRA *et al.*;

(2020) com 43 participantes, que abordou quais os conhecimentos dos cirurgiões-dentistas da ESF (estratégia da saúde da família) em relação ao câncer bucal. Nos seus resultados além de poucos terem participado de cursos relacionado ao câncer de boca, foi demonstrado que muitos possuem baixa confiança ao realizar o diagnóstico. Também comprovado no estudo de RANGEL; LUCIETTO; STEFENON (2018), com 35 participantes, onde no resultado foi constatado que uma parcela considerável não se sentia capacitada para a realização de biópsias e para o diagnóstico da doença. Bem como no estudo de FALCÃO *et al.*; (2010), que em sua conclusão a maioria verificou pouca confiança para diagnosticar câncer de boca.

Histologicamente, a maior parte dos cânceres orais são carcinoma de células escamosas, sendo uma neoplasia maligna, e quando questionados sobre o tipo de câncer bucal mais frequente, 80% dos participantes responderam ser do tipo carcinoma de células escamosas, concordando com o estudo de ANDRADE *et al.*; (2014) onde mais de 60% dos participantes relataram ser o espinocelular (outro nome dado ao mesmo tipo de câncer). Sobre a lesão que mais acomete anteriormente o câncer bucal, 17 (85%) responderam a leucoplasia e logo após a candidíase, em 2º lugar, obtendo-se resultados parecidos com o DE OLIVEIRA *et al.*; (2020) onde 65% dos participantes assinalaram a alternativa de leucoplasia como a lesão precursora mais frequente, seguido de candidíase.

Embora normalmente assintomáticas, as lesões iniciais não são muito reconhecidas pelos cirurgiões-dentistas e pacientes, tornando-se de grande relevância o diagnóstico precoce do câncer bucal (DOS SANTOS; BATISTA; CAGUSSU; 2010). Sobre o principal sintoma do câncer bucal em fase inicial, a resposta unânime foi: lesões que não cicatrizam por mais de 15 dias. Esta resposta foi semelhante a encontrada por DOS SANTOS; BATISTA; CAGUSSU (2010), que foi considerado como diagnóstico tardio quando o paciente relatava o início dos sintomas com mais de três semanas, já que a recomendação dos serviços de Saúde Pública é que pacientes que apresentem “feridas ou úlceras” que não cicatrizam por um período de duas semanas devem procurar atendimento em algum Posto de Saúde. FREITAS *et al.*; (2016) também relatou como sintomas iniciais lesões ulceradas que não cicatrizam. Uma regra deve ser adotada pelos profissionais, que caso se trate de uma lesão de mais de 15 dias sem sinais de melhora, é provável que o diagnóstico inicial estivesse incorreto (LEMOS JUNIOR *et al.*; 2014).

A etiologia do câncer bucal é multifatorial, porém, alguns fatores aumentam a probabilidade de ocorrer, como por exemplo idade e uso de álcool e tabaco. Como próxima questão, foi perguntado qual a idade mais comum de aparecer câncer bucal, a maioria

respondeu acima de 40 anos, concordando com os achados de FALCÃO *et al.*; (2010) onde 77% relataram a idade maior ocorrência acima de 40 anos. Quando questionado sobre o que aumenta o risco para o câncer bucal, 100% das respostas foram álcool e tabaco, coincidindo com os resultados de PINHEIRO; CARDOSO; PRADO; (2010) onde mais de 90% dos participantes relataram o uso de tabaco seguido do uso de álcool.

O autoexame bucal é de grande interesse no que diz respeito ao câncer bucal, podendo serem diagnosticadas lesões malignas e pré-malignas. Quando questionados se o paciente já foi orientado a como fazer o autoexame bucal, com respostas de sim ou não, 75% responderam que sim, já orientaram. Logo em seguida, a próxima pergunta era se já foi falado sobre o autoexame bucal para o paciente, onde 70% responderam que já orientaram alguma vez. Estes achados entram em conflito com o estudo de SOUZA *et al.*; (2016), com 70 participantes, buscou identificar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas inseridos na atenção primária sobre o câncer bucal, seu resultado mostrou que a maioria diz possuir conhecimento satisfatório, mas divergindo em relação à capacidade de fornecer informações preventivas. O mesmo resultado mostrou-se no estudo de ALVARENGA *et al.*; (2012), onde grande parte dos participantes relataram que seus pacientes não estão informados sobre prevenção do câncer bucal, sendo necessário que cirurgiões-dentistas saibam a importância que tem o diagnóstico precoce. Parecido resultado se encontra nos estudos de DOS SANTOS; BATISTA; CANGUSSU (2010) e DE SOUZA *et al.*; (2017), onde se concluiu que há necessidade de programas de educação para identificação de sintomas precoce do câncer bucal assim como a necessidade de investimentos nesta causa.

A participação nos cursos durante e após a graduação sobre lesões orais são importantes métodos para auxiliar no momento de examinar a cavidade oral do paciente, sendo a próxima questão sobre a participação de cursos pós formação sobre o câncer bucal, 13 (65%) responderam que já participaram de cursos. Essas respostas são parecidas com as do estudo de ANDRADE *et al.*; (2014), onde seus resultados mostraram-se insatisfatórios, mostrando a necessidade de abordar melhor o assunto durante a graduação bem como na educação continuada dos profissionais.

O diagnóstico precoce é de grande importância visto que poderá melhorar a qualidade de vida daquele paciente, assim como na prevenção de lesões orais (INCA, 2011). Quando questionados sobre o atraso no diagnóstico do câncer bucal no paciente, qual seria o provável motivo, 90% responderam que o motivo seria o paciente não ter procurado atendimento odontológico/falta de acesso. No estudo de coorte de LE CAMPION *et al.*; (2016) que teve

como objetivo estimar se variáveis clínicas e epidemiológicas influenciam no atraso do diagnóstico, observou-se que o maior atraso estava relacionado ao paciente, e que variáveis clínicas e epidemiológicas não influenciam no atraso do diagnóstico. O estudo de CASOTTI *et al.*; (2016) mostra que há grande variação nos tempos de espera para confirmação do diagnóstico, tendo como uma possível solução que ações gerenciais locais e de apoio regional podem melhorar a organização da rede de cuidado ao câncer bucal.

A inserção do cirurgião-dentista em uma equipe multidisciplinar é de grande interesse, porque além de promover saúde bucal, age na prevenção e no tratamento de doenças bucais. A próxima pergunta era se o cirurgião-dentista achava que uma equipe multidisciplinar faria diferença nessa questão do câncer bucal, onde 95% responderam que sim, achavam que faria diferença. Esse estudo entra em acordo com os estudos de MAIA *et al.*; (2013) com um estudo qualitativo de 30 participantes, buscou descrever as experiências e atividades dos grupos que estão em residência multiprofissional, tendo no seu resultado a necessidade de construção de ações interdisciplinares na busca de novas formas de assistência em saúde no nível primário. Quando comparado ao estudo de DE ALMEIDA *et al.*; (2011) que embora tenha sido uma revisão de literatura, sua conclusão entra em conjunto com a de MAIA *et al.*; (2013), já que as equipes multidisciplinares serão as que vão tratar a doença, o conhecimento adequado dela e dos seus fatores prognósticos deve tornar cada membro apto à prevenção, identificação e controle do câncer bucal.

O estomatologista é o especialista em diagnosticar e tratar lesões que se apresentam na cavidade oral, auxiliando no diagnóstico de um possível câncer bucal. A próxima questão era sobre para quem encaminhar um paciente de provável diagnóstico de câncer bucal, onde 60% responderam um estomatologista, sendo seguida de um cirurgião dentista bucomaxilofacial (35%), em 2º lugar, obtendo resultados parecidos com o de DE SOUZA *et al.*; (2017) onde a maioria (93,34%) encaminha para o dentista especialista em estomatologia.

Ações de prevenção do câncer bucal para a população são necessárias pois auxiliam no processo de diagnóstico e tratamento precoce (INCA, 2011). Chegando ao final do questionário, a última questão era referente a dicas de prevenção do câncer bucal que o cirurgião-dentista fala para seu paciente. Em primeiro lugar o mais citado: visitar o cirurgião-dentista regularmente de 06 em 06 meses, sendo seguido de não utilizar álcool e tabaco e a realização de um autoexame bucal; seguida de cuidar da higiene oral e observar lesões que não cicatrizam, dicas como evitar exposição solar sem proteção e cuidar de próteses, bem como visitas ao médico foram colocadas pelos participantes. Os menos citados foram

cuidados alimentares e fazer exames de rotina (tabela 03). O estudo de ALVARENGA *et al.*; (2013) mostrou que mais de 75% dos pacientes não estão suficientemente informados sobre os aspectos preventivos e de diagnóstico do câncer bucal.

No presente estudo possui algumas limitações: limitações de busca, podendo ter visitado outras plataformas na busca de artigos e, também, de alcance, visto que essa pesquisa é uma realidade um município específico sendo importante a busca de novos resultados em outras localidades, pode-se também ter incluído mais artigos em outras línguas assim como incluir mais artigos de relato de caso, por exemplo.

Diante do exposto, pode-se notar que o ensino durante a graduação precisa de melhoras, desde o diagnóstico até a prática clínica de biópsias; também se notou a necessidade de melhora na identificação precoce desse público, assim como mostrou a importância de uma equipe multidisciplinar para diagnóstico e casos de câncer bucal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivos avaliar quais são as condutas do cirurgião-dentista frente ao diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal em Lages/SC, compreender qual é o nível de conhecimento que possui sobre o tema, bem como identificar qual é a aptidão e prevenção do cirurgião-dentista frente ao diagnóstico de câncer bucal. É válido destacar a necessidade de políticas públicas mais eficazes no que se refere ao diagnóstico precoce do câncer bucal, bem como mostrou a importância de ter uma equipe multidisciplinar para auxiliar no diagnóstico e tratamento do paciente. Evidenciou-se também que a população precisa de mais informações referentes ao tema, e que cirurgiões-dentistas precisam estar seguros ao diagnosticar e prevenir essa doença, já que nesta pesquisa a maioria sabia responder questões referente ao câncer bucal, porém, quando questionados se estavam preparados para diagnosticar o câncer a maioria relatou que não se sentia preparado, sendo possível também notar quando questionados sobre sua participação em cursos e palestras, onde apenas 65% relatou que já participou alguma vez, ratificando que vai do interesse dos próprios profissionais em buscar conhecimento.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALKAN, A.; BULUT, E.; GUNHAN, O.; OZDEN, B. **Carcinoma verrucoso oral: um estudo de 12 casos.** Eur J Dent 4 (2): 202-207, 2010.

ALVAREGA, M. L.; COUTO, M. G.; RIBEIRO, A. de O.; MILAGRES, R. C. M.; MESSORA, M. R.; KAWATA, L. T. **Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto ao câncer bucal.** RFO, Passo Fundo, v. 17, n. 1, p. 31-35, jan./abr. 2012.

AMERICAN CANCER SOCIETY. What Are Oral Cavity and Oropharyngeal Cancers? 2021. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer/about/what-is-oral-cavity-cancer.html>. Acesso em: 03 de março de 2021.

ANDRADE, N.S.; MUNIZ, V.L.; SOARES, A.M.J.; CHAVES, F.L.A.; RIBEIRO, A.M.I.R.; **Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde.** Rev. Bras. Odontol., Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 42-7, jan./jun. 2014.

ANGHEBEN, P. F.; SALUM, F. G.; CHERUBINI, L.; FIGUEIREDO, M. A. Z. **Perfil de Conhecimento Sobre Câncer Bucal dos Alunos da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.** Revista Odontol. Bras. Central. v. 21 n° 60. p. 33-40, 2013.

BAENA, R. C. **Dieta vegetariana: risco e benefícios.** Diagn Tratamento. v. 20 n° 2, p.:56-64, 2015.

BRASIL. BVS, BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Tabagismo. 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2121-tabagismo>. Acesso em: 12 de abril de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégia saúde da família (ESF). Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia>. Acesso em: 18 de abril de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **ABC do câncer:** Abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro, Rj. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ GOMES DA SILVA. Câncer. Estadiamento. 22 abr. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estadiamento>>. Acesso em: 15 de julho. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ GOMES DA SILVA. Estimativa 2020 Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2019.

BRASIL. INCA, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Tratamento do câncer: cirurgia. 09 nov. 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cirurgia>>. Acesso em: 09 mar. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Quimioterapia:** orientações aos pacientes. Rio de Janeiro, Rj. 2010.

BRASIL. INCA, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Tratamento do câncer: radioterapia. 11 fev. 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/radioterapia>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ GOMES DE SOUZA. Todo tumor é câncer? Disponível em: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/todo-tumor-e-cancer>. Acesso em: 28 de março de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ GOMES DE SOUZA. Tipos de câncer. Câncer de boca. Diagnóstico. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>. Acesso em: 30 de março de 2020.

BRAZÃO-SILVA, M. T.; CARVALHO, B. de O.; PINTO, R. A. **A biópsia na prática odontológica: Revisão de Literatura**. RvAcBO. v. 7 n° 3, p. 197-203, 2018.

CASOTTI, E.; MONTEIRO, F. B. A.; FILHO, C. L. E.; SANTOS, P. M. **Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Ciência & saúde coletiva. v. 21 n° 5, p. 1573- 82. Rio de Janeiro, 2016.

CCC. CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER. O que é quimioterapia. Disponível em: <<http://www.cccancer.net/tratamento/o-que-e-quimioterapia/>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

CHAVES, G. F. O Câncer de Cabeça e Pescoço no GLOBOCAN 2018. GBCP, Grupo Brasileiro Câncer de Cabeça e Pescoço, 2019. Disponível em: <https://www.gbcp.org.br/o-cancer-de-cabeça-e-pescoco-no-globocan-2018>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2020.

DA SILVA, T. C. G.; GONNELLI, F. A. S.; ROCHA, L. A.; PALMA, L. F. **Estudo epidemiológico de biópsias realizadas em uma clínica odontológica universitária no período entre 2011 e 2018**. Revista Odontológica de Araçatuba, v.40, n.1, p. 52-55, Jan./Abr., 2019.

DE ALMEIDA, F. C. S.; CAZAL, C.; NUNES, F. D.; ARAÚJO, M. E.; DIAS, R. B.; DA SILVA, D. P. **Fatores prognósticos no câncer de boca**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. v. 15, n° 15, p. 471-478, 2011.

DE OLIVEIRA, S. R. S.; GONZAGA, A. K. G. **Câncer de boca: Avaliação do conhecimento de cirurgiões-dentistas da estratégia da saúde fa família de Mossoró, Rio Grande do Norte**. Revista Ciência Plural. v. 6 n° 3, p.:137-153, 2020.

DE PAULA, J. M., SAWADA, N. O. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico**. Rev Rene. v. 16, n° 01, p. 106-13, jan-fev de 2015.

DE MELO, A. U. C.; AGRIPINO, G. G.; RIBEIRO, C. F.; MARTINS, F. A. P.; ARAGÃO, M. do SOCORRO.; DA ROSA, M. R. D. **Neoplasias de glândulas salivares: Estudo retrospectivo de 134 casos numa população do nordeste do Brasil**. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. v.12, n.2, p. 65-72, abr./jun. 2012

DE SOUZA, A. L.; DE CARVALHO, C. H. P. **Nível de conhecimento da população e dos odontólogos no sertão paraibano sobre o câncer bucal.** RSC online; v. 6 n° 1, p. 5- 19, 2017.

Dicionário etimológico. Etimologia e origem das palavras. Câncer. Disponível em: <https://www.dicionarioetimologico.com.br/cancer/>. Acesso em 24 de março de 2020.

FALCÃO, M. M. L.; ALVES, T. D. B.; FREITAS, V. S.; COELHO, T. C. B. **Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal.** RGO, Porto Alegre, v. 58, n.1, p. 27-33, jan./mar. 2010.

FOGAÇA, J.R.V. "Alcatrão"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilestela.uol.com.br/quimica/alcatrao.htm>. Acesso em 14 de abril de 2020.

FOSP. FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. TNM. Classificação de Tumores Malignos. Disponível em: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br/publicacoes/tnm>. Acesso em: 15 de jul de 2021.

FREIRE, M. do C. M.; BALBO, P. L.; AMADOR, M. de. A.; SARDINHA, L. M. V. **Guias alimentares para a população brasileira: implicações para a Política Nacional de Saúde Bucal.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.20-29, 2012.

FREITAS, D. A.; CABALLERO, A. D.; PEREIRA, M. M.; OLIVEIRA, S. K. M.; E SILVA, G. P.; HÉRNANDEZ, C. I. V. **Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço.** Rev. CEFAC. p.1102-08, nov-dez. 2011.

FREITAS, M. R.; RODRIGUES, X. M. A.; JÚNIOR, M. F. A.; OLIVEIRA, L.A.G. **Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura.** Picos, 2016.

HÜBBERS, C. U.; AKGÜL, B. **HPV and cancer of the oral cavity.** Virulence., 6(3), pag. 244-248, abril de 2015.

Instituto Oncoguia. O que é câncer? 2015. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer/12/1/>. Acesso em: 26 de março de 2020.

Instituto Oncoguia. Estadiamento do câncer. 10 mar de 2020. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estadiamento-do-cancer-de-boca-e-orofaringe/7429/279/>. Acesso em: 15 de jul de 2021.

JORNAL DO BRASIL. Consumo de tabaco e álcool é um dos principais fatores de risco para o câncer de boca. UNIAD, Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas. 9 de julho de 2016. Disponível em: <https://www.uniad.org.br/noticias/consumo-de-tabaco-e-alcool-e-um-dos-principais-fatores-de-risco-para-cancer-de-boca/>. Acesso em: 2 de março de 2021.

LARONDE, D. M.; CORBETT, K. K. **Adjunctive screening devices for oral lesions: their use by Canadian Dental Hygienists and the need for knowledge translation.** Int J Dent Hyg ; 15(3), pag. 187-194, agosto de 2017.

LE CAMPION, A. C. O. V.; DOS SANTOS, K. de C. B.; DO CARMO, E. S.; JÚNIOR, F. F. da S.; PEIXOTO, F. B.; RIBEIRO, C. M. B.; GONÇALVES, L. S.; FERREIRA, S. M. S. **Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência.** Cad. Saúde Colet., 24 (2), pág. 178-184, Rio de Janeiro, 2016.

LEMOZ JR, A.C.; ALVES, A.F.; PEREIRA, T.C.C.; BIAZEVIC, H.G.M.; JÚNIOR, P.S.D.; NUNES, D.F. **Câncer de boca baseado em evidências científicas.** Ver. assoc. paul. cir. dente. v. 67 n° 3, p. 178-8. São Paulo, 2013.

LOMBARDO, E. M.; DA CUNHA, A. R.; CARRARD, V. C.; BAVARESCO, C. S. **Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19 n° 4, p. 1223-32, 2014.

MAIA, D. B.; DE SOUSA, E. T. G.; GAMA, R. M.; LIMA, J. C.; ROCHA, P. C. de F.; SASSAKI, Y. **Atuação interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da Residência Multiprofissional.** Saúde & Transf. Soc. v. 4, n. 1, p. 103-110, Florianópolis, SC., 2013.

MARTINS, A. M. E. de B, L.; SOUZA, J. G. S.; HAIKAL, D. S.; DE PAULA, AL. M. B.; E FERREIRA, E. F.; PORDEUS, I. A. **Prevalence of oral cancer self-examination among elderly people treated under Brazil's Unified Health System: household health survey.** Ciência & saúde coletiva. p. 1085-98. 2015.

MUNHOZ, M. P.; DE OLIVEIRA, J.; GONÇALVES, R. D.; ZAMBON, T. B.; DE OLIVEIRA, L. C. N. **Efeito do exercício físico e da nutrição na prevenção do câncer.** Revista Odontológica de Araçatuba, v.37, n.2, p. 09-16, Maio/Agosto, 2016.

NARDI, C. E. M.; DE CASTRO, M. A. F.; DEDIVITIS, R. A. **Tratamento do câncer de lábio.** Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v.39, n° 1, p. 33-37, jan./fev./mar. 2010.

OLIVEIRA, A. S. S.; DOS SANTOS, D. B.; SILVA, J. K. F.; ESTRELA, V. S.; GAMA, K. M. M. B.; DE OLIVEIRA, M. C. R. **Câncer bucal e papilomavírus humano na perspectiva de agentes comunitários de saúde.** Revista Baiana de Saúde Pública. v. 43, n. 2, p. 410-424 abr./jun. 2019.

PAIVA, M. D. E. B. DE BIASE., R. de C. C. G.; MORAES, J. J. de C.; ÂNGELO, A. R.; HONORATO, M. C. T. de M. **Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica.** Arquivos em Odontologia. v 46 n° 01 Janeiro/Março de 2010.

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.

PONTES, L. de B. Qual é a diferença entre o tumor benigno e maligno?. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, 12 de dez. de 2019. Disponível em: <https://vidasaudavel.einstein.br/cancer-benigno-e-maligno>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2021.

RANGEL, E. B.; LUCIETTO, D. A.; STEFENON, L. **Autopercepção de cirurgiões-dentistas sobre conhecimentos e práticas em relação ao câncer de boca.** Revista Rede de Cuidados em Saúde. v. 12, n. 2, dez 2018.

SANTOS, G. L.; FREITAS, V. S.; ANDRADE, M. da C.; OLIVEIRA, M. C. **Fumo e álcool como fatores de risco para o câncer bucal.** Odontol. Clín.-Cient., 9 (2) pag. 131-133, Recife, abr./jun., 2010.

SANTOS, L. C. O. dos.; BATISTA, O. de M.; CANGUSSU, M. C. T. **Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas.** Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. v. 76 n° 4. p. 416-422, jul-ago 2010.

SCHEIDT, J. H. G.; YURGEL, L. S.; CHERUBINI, K.; FIGUEIREDO, DE M. A. Z.; SALUM, F. G. **Characteristics of oral squamous cell carcinoma in users or non users of tobacco and alcohol.** Rev Odonto Cienc.;27(1), pag. 69-73, 2012.

SILVA, P. G. de B.; SOARES, I. L.; MENDES, F. H. de O.; CAMPÊLO, C. S. de P.; DE CUNHA, M. do P. S. S.; MOTA, M. R. L.; DANTAS, T. S.; SOUSA, F. B. **Histórico de Consumo de Álcool como Fator Preditivo de Sobrevida em Pacientes com Carcinoma de Células Escamosas de Boca e Orofaringe: Follow-up de 15 Anos.** Revista Brasileira de Cancerologia. v. 66 n° 1, p. 1-9, 2020.

SILVA, T. F. de A.; SOUZA, R. B. de.; ROCHA, R. D.; A, F. A. da C.; MORAIS, H. H. A. de. **Levantamento das Biópsias Realizadas no Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.11, n.2, p. 91-100, abr./jun. 2011.

SOARES, A. C. R.; PEREIRA, C. M. **Associação do HPV e o câncer bucal.** Revista Ciências e Odontologia. V. 2 n°2, p. 22-27, 2018.

SOUZA, B.R.L.; FERRAZ, D.K.; PEREIRA, S.N.; MARTINS, V.M. **Conhecimento acerca do Câncer Bucal e Atitudes frente à sua Etiologia e Prevenção em um Grupo de Horticultores de Teresina (PI).** Revista Brasileira de Cancerologia. v 58 n° 1, p. 31-39, 2011.

SOUZA, J. G. S.; DE SÁ, M. A. B.; POPOFF, D. A. V. **Comportamentos e conhecimentos de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde quanto ao câncer bucal.** Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, RJ, p. 171-177, 2016.

TORRES, S. V. de S.; SBEGUE, A.; COSTA, S. C. B. **A importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idoso.** Rev Soc Bras Clin Med. v. 14, n°1, p.57-62, jan-mar, 2016.

TORRES-PEREIRA, C. C.; ANGELIM-DIAS, A.; LEMOS JR, C. A.; OLIVEIRA, E. M. F. de. **Abordagem do câncer de boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde.** Cad. Saúde Pública. p. 30 - 39, Rio de Janeiro, 2012.

VASCONCELOS, E. C. F. de A.; DA SILVA, M. N. C.; FILHA, M. B. G. A.; DW
ARAUJO, K. T. D.; LEITE, R. B. **Carcinoma Epidermoide de lábio inferior: análise de
incidência da mortalidade no Brasil.** Revista Odontológica de Araçatuba, v.40, n.3, p. 34-
37, Setembro/Dezembro, 2019.

WÜNSCH FILHO, V.; MIRRA, P. A.; LÓPEZ, R. V. M.; ANTUNES, L. F. **Tabagismo e
câncer no Brasil: evidências e perspectivas.** Revista Brasileira Epidemiol. v. 13 n° 2. p.
175-87, 2010.

8. ANEXOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES E AÇÕES DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE DIAGNÓSTICO PRECOZE E PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NA REDE PÚBLICA EM

Pesquisador: MITHELLEN DAYANE DE OLIVEIRA LIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 34267220.6.0000.5616

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE EDUCACAO N.S. AUXILIADORA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.694.588

Apresentação do Projeto:

A emenda traz a solicitação de um aumento no número amostral de seres humanos que participarão da pesquisa, de 05 para 37. A justificativa apresentada pela pesquisadora a para a modificação solicitada: O projeto original objetivava contatar quantidade menor de participantes, contudo, a quantidade de 05 participantes, que era a proposta deste estudo, praticamente impossibilitaria a generalização dos nossos achados, tanto para outras populações quanto para a população deste estudo. Também não teríamos uma amostra representativa da população em estudo. Estas questões, muito provavelmente, impossibilitariam também a publicação do estudo futuramente, uma vez que estudos quantitativos em saúde prezam por resultados generalizáveis ou que ao menos permitam a comparação com outras populações. Também a comparabilidade de nossos achados com o que existe na literatura recente ficará comprometida, uma vez que foram encontrados estudos na literatura com metodologia semelhante ao nosso e com uma amostra de 23 participantes (Andrade et al., (2014). Assim, gostaríamos de, ao invés de incluir apenas 5 participantes, convidar todos os 37 cirurgiões-dentistas da rede pública de saúde de Lages. Desta forma, para tornar nossos dados representativos e aumentar seu potencial de generalização, solicitamos o aumento no número de participantes a serem convidados.

Os pesquisadores decidiram que irão manter a metodologia apresentada na submissão do projeto,

Endereço: MARECHAL FLORIANO 947
Bairro: CENTRO **CEP:** 88.501-103
UF: SC **Município:** LAGES
Telefone: (49)3225-4114 **Fax:** (49)3222-3433 **E-mail:** cep@unifacvest.edu.br

Continuação do Parecer: 4.694.588

a qual já foi avaliada por este CEP.

Os pesquisadores providenciaram satisfatoriamente as modificações solicitadas por CEP.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar quais são as condutas do cirurgião-dentista frente ao diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal em Lages/SC.

Objetivo Secundário:

Compreender o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o câncer bucal; Identificar a percepção do cirurgião-dentista sobre qual o tipo de câncer bucal mais frequente seus riscos e idade mais provável para o surgimento do câncer bucal; Discutir a aptidão e prevenção do cirurgião-dentista frente ao diagnóstico de câncer bucal; Perceber formação profissional contínua dos cirurgiões dentistas sobre o câncer bucal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

O envolvimento de seres humanos na pesquisa não apresenta riscos que podem afetar ética, moral e fisicamente os participantes, pois a metodologia de aplicação de questionário não apresenta caráter invasivo.

Benefícios

Aumentar a compreensão que temos do fenômeno da comunicação humana.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica, acadêmica e para o setor de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados satisfatoriamente de acordo com a solicitação deste comitê.

Recomendações:

Prezado Pesquisador,

de acordo com a Resolução 466/2012 e a norma operacional 001/2013, no TCLE deve constar a seguinte informação ao participante da pesquisa:

"Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa."

Endereço: MARECHAL FLORIANO 947
Bairro: CENTRO **CEP:** 88.501-103
UF: SC **Município:** LAGES
Telefone: (49)3225-4114 **Fax:** (49)3222-3433 **E-mail:** cep@unifacvest.edu.br

Continuação do Parecer: 4.694.588

Solicitamos que seja feita a inclusão desta informação no TCLE apresentado para este CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Prezado Pesquisador,

A emenda apresenta uma solicitação de mudança do número amostral da pesquisa e esta alteração não promove aumento dos riscos dos participantes humanos, pois a metodologia aplicada não será alterada e já foi avaliada e aprovada por este CEP.

As demais providências solicitadas pelo CEP na última submissão (emenda) deste projeto foram realizadas satisfatoriamente.

Solicitamos que os pesquisadores atendam à recomendação deste parecer, a saber:

De acordo com a Resolução 466/2012 e a norma operacional 001/2013, no TCLE deve constar a seguinte informação ao participante da pesquisa:

"Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa."

Solicitamos que seja feita a inclusão desta informação no TCLE apresentado para este CEP.

Consideramos que não há mais necessidade de nova submissão de emenda com relação à estas alterações apresentadas.

Atenciosamente,

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: MARECHAL FLORIANO 947
Bairro: CENTRO CEP: 88.501-103
UF: SC Município: LAGES
Telefone: (49)3225-4114 Fax: (49)3222-3433 E-mail: cep@unifacvest.edu.br

Continuação do Parecer: 4.694.588

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_171154_1_E1.pdf	09/04/2021 20:42:24		Aceito
Outros	parecerTCLE.pdf	09/04/2021 20:32:41	MITHELLEN DAYANE DE OLIVEIRA LIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/04/2021 20:12:11	MITHELLEN DAYANE DE OLIVEIRA LIRA	Aceito
Outros	AdendoDiulye.pdf	02/03/2021 20:09:43	MITHELLEN DAYANE DE OLIVEIRA LIRA	Aceito
Folha de Rosto	diulyefolhaderosto.pdf	26/06/2020 10:17:41	MITHELLEN DAYANE DE OLIVEIRA LIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/06/2020 20:57:26	MITHELLEN DAYANE DE OLIVEIRA LIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOFINAL.pdf	19/06/2020 20:56:24	MITHELLEN DAYANE DE OLIVEIRA LIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LAGES, 06 de Maio de 2021

Assinado por:
Alexandre Antunes Ribeiro Filho
(Coordenador(a))

Endereço: MARECHAL FLORIANO 947
Bairro: CENTRO **CEP:** 88.501-103
UF: SC **Município:** LAGES
Telefone: (49)3225-4114 **Fax:** (49)3222-3433 **E-mail:** cep@unifacvest.edu.br

9. APÊNDICES

9.1 Questionário:

1. sexo () Feminino () Masculino

2. Idade: _____

3. Nível de conhecimento sobre o câncer /bucal: () Ótimo () Bom () Regular () Insuficiente

4. Você se sente preparado para o diagnóstico de um possível câncer bucal? () Sim () Não

5. Sobre diagnóstico:

() É fácil diagnosticar o câncer bucal em estágios iniciais.

() É difícil diagnosticar o câncer bucal em estágios iniciais.

6. Qual o tipo de câncer bucal mais frequente?

() Carcinoma de células escamosas

() Carcinoma verrucoso

() Carcinoma de glândulas salivares

() ameloblastoma () Outro _____

7. Qual lesão mais constante antecede o câncer bucal?

() Leucoplasia

() Queilite angular

() Candidíase

() Língua fissurada () Outro _____

8. Qual o principal sintoma do câncer em fase inicial?

() Lesões que não cicatrizam por mais de 15 dias

() Nódulos no pescoço

() Dificuldade para movimentar a língua

9. Qual a idade mais comum de aparecer câncer bucal?

() Até 20 anos () Até 30 anos () Acima de 40 anos

10. O que aumenta o risco para o câncer bucal?

() Uso de álcool e tabaco () Próteses mal ajustadas () Contágio direto

11. Você já orientou como o paciente pode fazer o autoexame bucal? Sim () Não ()

12. Você fala para seu paciente sobre o autoexame bucal? Sim () Não ()

13. Você participou de cursos sobre o câncer bucal após sua formação? Sim () Não ()

14. Caso houvesse atraso no diagnóstico de uma pessoa com câncer bucal, o que você acha que seria o motivo?

() não ir ao dentista/ falta de acesso ao dentista

o dentista não realizar o autoexame

demora na biópsia

15. Você acha que uma equipe multidisciplinar faria diferença na questão sobre o câncer bucal?

Sim, acho que faria diferença

Não, acho que não faria diferença

Indiferente

16. Para quem você encaminhará o paciente frente a um possível câncer bucal?

Cirurgião bucomaxilofacial Estomatologista Médico Outro:

17. Quais dicas de prevenção do câncer bucal você dá aos seus pacientes?

9.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO:

Por meio deste a acadêmica Diulye Silveira Arnhold, estudante do curso de Odontologia do Centro universitário Unifacvest convida os cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde a colaborar, como voluntário da pesquisa acadêmica para o trabalho de conclusão de curso, que tem como tema: “Percepções e ações dos cirurgiões-dentistas sobre diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal na rede pública em Lages/SC.” A sua participação consiste em responder um questionário, o mesmo terá garantia de sigilo, que assegure a sua privacidade, portanto não haverá constrangimento algum. As informações adquiridas serão utilizadas para alcançar o objetivo da pesquisa, sob orientação da prof. Ms. Carla Piardi. Esse termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa. Eu, _____, RG _____, declaro que minha participação é voluntária e isenta de despesas e que tenho garantia de desistência a qualquer momento, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido. Estou plenamente de acordo com a colaboração no fornecimento de dados para o questionário. Lages ____, _____, de 2021. Assinatura do entrevistado:

9.3 Figura 1

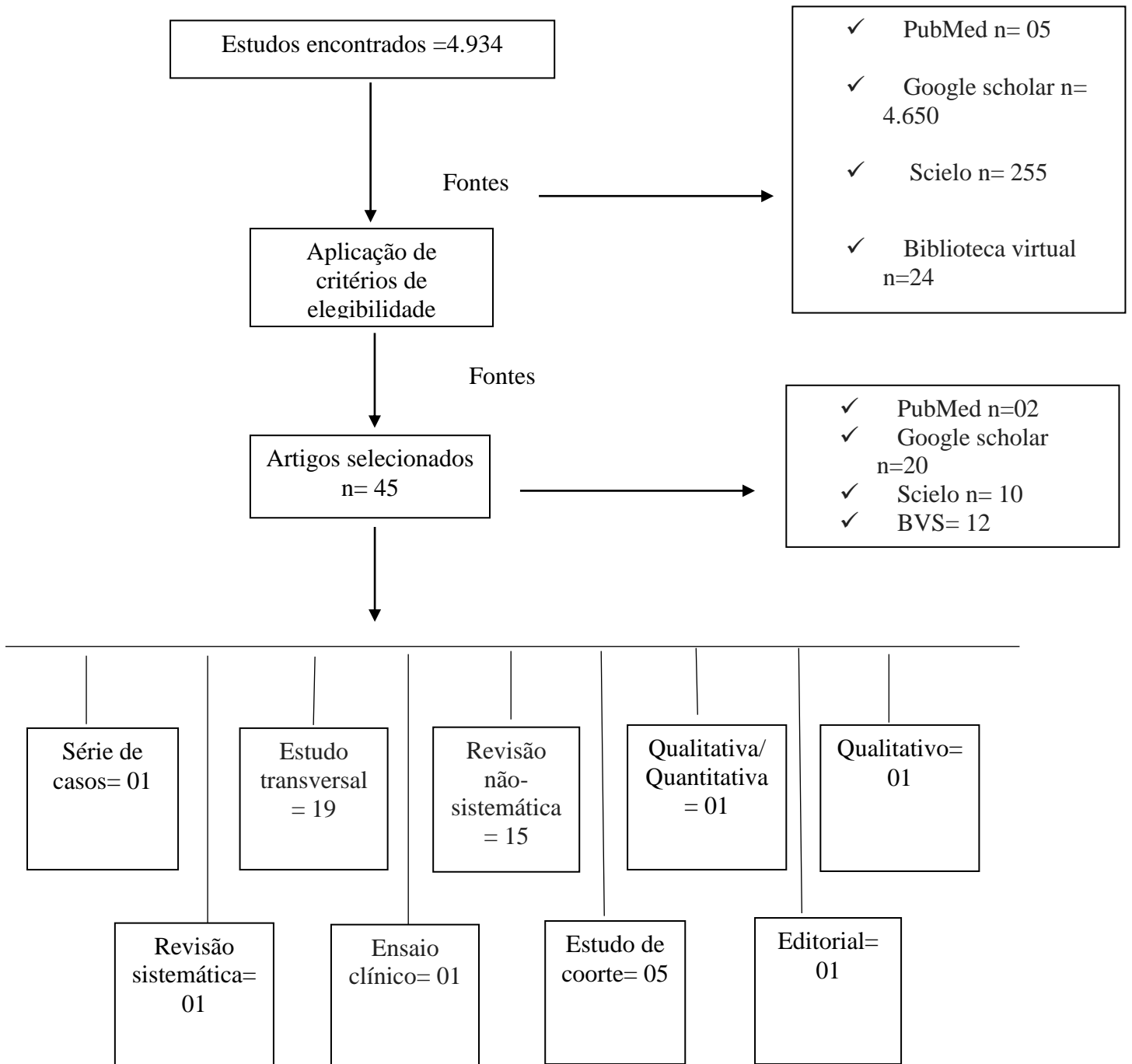


Tabela 01. PERCEPÇÕES E AÇÕES DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE DIAGNÓSTICO PRECOCE E PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NA REDE PÚBLICA EM LAGES/SC.

Variável total: n= 20 participantes (100%)	Frequência (%)
Idade de 20-30 anos	04 (20)
Acima de 30 anos	16 (80)
Sexo: n= 20 (100%)	
Feminino	15 (75)
Masculino	5 (25)
Nível de conhecimento sobre o câncer /bucal n= 20 (100%)	
Ótimo	01(5)
Bom	07 (35)
Regular	12(60)
Insuficiente	0(0)
Você se sente preparado para o diagnóstico de um possível câncer bucal? n= 20 (100%)	
Sim	13 (65)
Não	07(35)
Sobre diagnóstico: n= 18 (90%)	
É fácil diagnosticar o câncer bucal em estágios iniciais.	03(15)
É difícil diagnosticar o câncer bucal em estágios iniciais.	15(75)
Qual o tipo de câncer bucal mais frequente? n= 20 (100%)	
Carcinoma de células escamosas	16(80)
Carcinoma verrucoso	01(5)
Carcinoma de glândulas salivares	02(10)
Ameloblastoma	0(0)
Outro	1(5)
Qual lesão mais constante antecede o câncer bucal? n= 20 (100%)	
Leucoplasia	17(85)
Queilite angular	0 (0)
Candidíase	2(10)
Língua fissurada	0 (0)
Outro	1(5)

Qual o principal sintoma do câncer em fase inicial? n= 20 (100%)	
Lesões que não cicatrizam por mais de 15 dias	20 (100)
Nódulos no pescoço	0 (0)
Dificuldade para movimentar a língua	0 (0)
Qual a idade mais comum de aparecer câncer bucal? n= 20 (100%)	
Até 20 anos	0(0)
Até 30 anos	1 (5)
Acima de 40 anos	19 (95)
O que aumenta o risco para o câncer bucal? n= 20 (100%)	
Uso de álcool e tabaco	20 (100)
Próteses mal ajustadas	0 (0)
Contágio direto	0 (0)
Você já orientou como o paciente pode fazer o autoexame bucal? n= 20 (100%)	
Sim	15 (75)
Não	05 (25)
Você fala para seu paciente sobre o autoexame bucal? n= 20 (100%)	
Sim	14 (70)
Não	06 (30)
Você participou de cursos sobre o câncer bucal após sua formação? n= 20 (100%)	
Sim	13 (65)
Não	7 (35)
Caso houvesse atraso no diagnóstico de uma pessoa com câncer bucal, o que você acha que seria o motivo? n=20 (100%)	
Não ir ao dentista/ falta de acesso ao dentista	18 (90)
O dentista não realizar o autoexame	01 (5)
Demora na biópsia	01 (5)
Você acha que uma equipe multidisciplinar faria diferença na questão sobre o câncer bucal? n=20 (100%)	
Sim, acho que faria diferença	19 (95)
Não, acho que não faria diferença	0 (0)
Indiferente	1 (5)
Para quem você encaminhará o paciente frente a um possível câncer bucal? n= 19 (95%)	
Cirurgião bucomaxilofacial	07 (35)
Estomatologista	12 (60)
Médico	0 (0)

Outro	
Quais dicas de prevenção do câncer bucal você dá aos seus pacientes? n= 19 (95%)	

9.5 Tabela 02

Tabela 02: Principais estudos encontrados a partir de busca literária sobre câncer bucal e percepções dos cirurgiões-dentistas.

Autor / ano / local	Nº de participantes do estudo e desenho do estudo	Objetivo	Resultados	Conclusões
ANDRADE, S. <i>et al.</i> ; 2014.	23 participantes. Estudo transversal.	Identificar o grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas atuantes na atenção primária da rede pública sobre câncer de cavidade oral.	Os conhecimentos mostraram-se insatisfatórios, com lacunas a serem preenchidas.	Necessidade de uma maior abordagem sobre o CB ¹ durante o período de formação, bem como a educação continuada de caráter permanente.
LOMBARDO <i>et al.</i> ; 2013.	05 participantes. Estudo transversal.	Identificar possíveis razões que justifiquem o atraso da chegada do paciente com câncer bucal aos setores de atenção em saúde de maior complexidade.	Apontam como falha: educação continuada pouco atraente para o profissional, queixa de reuniões de equipe insuficientes.	Necessidade de estabelecimento de ações que primem pelo diagnóstico precoce.

LE CAMPION <i>et al.</i> ; 2016.	121 prontuários. estudo de coorte.	Estimar se variáveis clínicas e epidemiológicas influenciam no atraso do diagnóstico em dois centros de referência.	Não houve associação entre as variáveis clínicas/epidemiológicas e o atraso no diagnóstico.	As variáveis clínicas e epidemiológicas não influenciam no atraso do diagnóstico.
DE ALMEIDA, F. <i>et al.</i> ; 2011.	23 artigos selecionados Revisão da literatura, do tipo analítica e temática.	Os fatores prognósticos clínicos mais relevantes do CB ¹ .	Lesões localizadas em regiões de difícil como a língua possuem pior prognóstico.	O conhecimento adequado da doença e dos seus fatores prognósticos deve tornar cada membro apto à prevenção, identificação e controle do CB ¹ .
DOS SANTOS; BATISTA; CANGUSSU; 2010.	74 participantes. Estudo transversal.	Avaliar os fatores relacionados ao diagnóstico tardio do CB ¹ no estado de Alagoas.	Os pacientes procuraram mais o médico que o dentista quando apresentaram uma lesão na boca.	Necessidade de programas de educação para a identificação de sintomas precoces.
CASOTTI, E. <i>et al.</i> ; 2015.	Estudo transversal.	Estudo sobre a organização dos serviços públicos de saúde no estado do Rio de Janeiro referente ao diagnóstico precoce de DPM ³ .	Há grande variação nos tempos de espera para confirmação do diagnóstico.	Ações gerenciais locais e de apoio regional podem melhorar a organização da rede de cuidado ao CB ¹ no estado.

MAIA <i>et al.</i> ; 2013.	30 participantes. Estudo qualitativo.	Descrever as experiências e atividades dos grupos em residência Multiprofissional.	Necessidade da construção de ações interdisciplinares na busca de novas formas de assistência em saúde no nível primário.	Grande contribuição para alcançar o objetivo principal das práticas de saúde, que é a saúde integral do indivíduo.
FALCÃO <i>et al.</i> ; 2010.	240 participantes. Estudo transversal.	Verificar o conhecimento do cirurgião-dentista em relação ao câncer bucal.	A maioria demonstrou pouca confiança para diagnosticar CB ¹ .	Não apresentaram o conhecimento mínimo necessário em relação a doença.
ALVARENGA <i>et al.</i> ; 2012.	74 participantes. Estudo transversal.	Avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas da cidade de Lavras - MG sobre o câncer bucal.	A maioria relatou que seus pacientes não estão informados sobre prevenção do CB ¹ .	É necessário que os CD ² saibam a importância da doença e na detecção e prevenção precoce do CB ¹ .
RANGEL, E., LUCIETTO, D., STEFENON, L., 2018.	35 participantes. Estudo transversal.	Autopercepção de CD ² sobre conhecimentos e práticas frente ao CB ¹ .	Baixo nível de segurança frente ao diagnóstico e à prevenção do CB ¹ .	Necessidade de educação continuada para a formação dos CD ² .

DE SOUZA e DE CARVALHO, 2017.	255 participantes. 210 pessoas aleatórias. 45 CD ² . Estudo transversal.	Avaliar o conhecimento de uma população e dos CD ² da cidade de Patos-PB, a respeito do câncer bucal.	Os CD ² demonstraram conhecimento satisfatório sobre o CB ¹ .	Necessidade do investimento em políticas públicas que visem à redução dessa doença.
DE FREITAS <i>et al.</i> ; 2016	Revisão de literatura.	Revisão bibliográfica sobre os fatores de risco, efeitos do tabagismo e etilismo na mucosa bucal e principais alterações citopatológicas observadas no câncer bucal.	Os fatores de risco mais encontrados foram: tabagismo e álcool.	Correlação entre os casos de câncer bucal e fatores considerados de risco, como o tabagismo e o alcoolismo.
DE OLIVEIRA; GONZAGA; 2020.	43 participantes. Estudo transversal.	Avaliar o conhecimento dos CD ² da Estratégia de Saúde da Família de Mossoró, estado do Rio Grande do Norte sobre o câncer bucal.	Poucos participaram de cursos sobre CB ¹ e baixa confiança em realizar o diagnóstico.	Necessários treinamentos sobre o CB ¹ e atualizações que também contribuam com a elevação da autoconfiança desses profissionais.
LEMOS JR, <i>et al.</i> ; 2013.	Revisão de literatura.	Câncer de boca baseado em evidências científicas.	Foram abordados: características clínicas, diagnóstico e participação do CD ² no tratamento.	É fundamental que o Cirurgião-Dentista esteja apto a orientar, prevenir e diagnosticar as neoplasias orais.

SOUZA; DE SÁ; POPOFF; 2016.	70 participantes. Estudo transversal.	Identificar os comportamentos e os conhecimentos dos CD ² inseridos na atenção primária à saúde quanto ao CB ¹ .	A maioria diz possuir conhecimento satisfatório, porém, diferindo em relação à capacidade de fornecer informações preventivas.	Possuem bons conhecimentos relacionados ao CB ¹ . Porém, o conhecimento demonstrado não tem sido colocado em prática em suas atividades.
S. PINHEIRO; J. CARDOSO; F. PRADO; 2010.	38 participantes. Estudo transversal.	Caracterizar os conhecimentos e diagnóstico dos cirurgiões-dentistas de Jequié, Bahia.	Mais de 90% julgaram ser o álcool e o tabaco fatores de risco para essa doença.	O conhecimento sobre CB ¹ pelos participantes da pesquisa mostrou-se inconsistente ao reconhecimento de alguns fatores de risco e diagnóstico.

CB¹: câncer bucal

CD²: cirurgião-dentista

DPM³: desordens com potencial de malignização

9.6 Tabela 03 – Questão 17

TABELA 03 – DICAS DE PREVENÇÃO:	
Respostas abertas	Frequência %
Visitar o dentista regularmente	55%
Realizar o autoexame bucal	45%
Evitar álcool e tabaco	45%
Cuidar da higiene oral	30%
Evitar exposição solar sem proteção	30%
Se notar alguma alteração, procurar atendimento	25%
Utilizar corretamente próteses	15%
Visitar médico	10%
Fazer exames de rotina	5%
Cuidados alimentares	5%
Fazer biópsia	5%

9.7 Figura 2. Fluxograma do estudo.

