

Avaliação do conhecimento sobre câncer bucal entre alunos de Odontologia, em diferentes unidades da Universidade Paulista

Evaluation of the knowledge about oral cancer among undergraduate dental students of different units at University Paulista

Luciano Lauria Dib*
Ricardo Salgado de Souza**
Nicolau Tortamano*

Resumo

Introdução – O intuito do presente trabalho foi avaliar o conhecimento sobre câncer bucal por parte dos alunos do último semestre do curso de Odontologia de três unidades distintas da UNIP (Sorocaba, Campinas e São Paulo). Aplicou-se um questionário sobre conhecimento sobre câncer bucal, em alunos das três unidades. **Métodos** – Foram realizadas 229 entrevistas (78 Indianópolis, 82 Campinas e 69 Sorocaba). Todos os questionários foram digitados em uma planilha do programa de computador Excel e os mesmos foram submetidos à análise estatística no programa de computador SPSS, versão 10.0, utilizando-se o método de correlação de freqüências, aplicando-se o teste do Qui-quadrado, com intervalo de confiança de 95%, estabelecendo-se como estatisticamente significante os resultados cujo valor de p foram menores que 0,05. **Resultados** – A análise dos resultados permitiu constatar que de forma geral os alunos recebem informações sobre o assunto durante o curso de graduação, entretanto algumas diferenças importantes puderam ser percebidas. O fato mais marcante foi a diferença estatisticamente significante entre os conceitos obtidos, sendo que os alunos do campus Indianópolis apresentaram notas melhores que os de Campinas e Sorocaba. Considerando-se a soma dos conceitos A e B, 87,2% dos alunos do campus Indianópolis atingiram essa graduação, enquanto que apenas 39% dos alunos de Campinas e 65,2% dos alunos de Sorocaba conseguiram o mesmo. **Conclusão** – Para que se possa homogeneizar e melhorar o nível dos alunos propõe-se a criação de um programa universitário de prevenção de câncer bucal dentro da UNIP (todas as unidades), visando a padronização e divulgação dos métodos preventivos e de diagnóstico.

Palavras-chave: Neoplasias bucais – Educação em Odontologia – Estudantes de Odontologia
Conhecimento, atitudes e práticas em saúde

Abstract

Introduction – The aim of the present study was to evaluate the knowledge about oral cancer among undergraduate students of different units at university Paulista (Sorocaba, Campinas e Indianópolis). **Methods** – Were applied 229 questionnaires (69 Sorocaba, 82 Campinas, 78 Indianópolis), and the results were analyzed by means of SPSS 10.0 computer software, using qui-square statistical test. **Results** – The results showed that majority of the students were informed about the main aspects of oral cancer, although some differences were noted among them. The most important result was the final grade obtained by the different groups studied. 87,2% of the students from Indianópolis Unit obtained grades A or B, but only 65,2% from Sorocaba and 39,0% from Campinas got the same grades. **Conclusion** – These results showed that it is very important to establish a prevention program inside the University Complex, with the aim of motivate all students about the relevance of the matter.

Key words: Mouth neoplasms – Education, dental – Students, dental – Health knowledge, attitudes, practice

Introdução

O câncer bucal vem progressivamente ocupando posição de destaque entre as causas de morbidade e mortalidade em nosso país. No Brasil, dados de Registros de Câncer de Base Populacional mostram que o câncer bucal ocupa o 6^o lugar entre os tipos de cânceres mais incidentes no sexo masculino. Em alguns Estados é a 2^a ou 3^a localização anatômica entre todos os tipos de neoplasias malignas. Além disso, os dados dos Registros Hospitalares de Câncer brasileiros mostram

que grande parte dos pacientes chega aos hospitais em fase avançada, necessitando de tratamentos que influem no tempo e na qualidade de sobrevivência destes pacientes, caracterizando o câncer bucal como uma doença que causa morte e invalidez em nosso país. Deste modo, constitui um problema de saúde pública, devendo assim ser considerado.

A magnitude do problema do câncer de boca no Brasil é avaliável pelos dados de morbidade e mortalidade, mas acima de tudo por meio de índices que demonstram inadequações das ações de prevenção, diagnósti-

* Professor Titular da Disciplina de Estomatologia da Universidade Paulista (UNIP). E-mail: ricsalgado@uol.com.br

** Professor Assistente da Disciplina de Estomatologia da UNIP.

co e tratamento (Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca, 1988). A identificação e o estudo dessas características no nosso meio são fundamentais para se estabelecer um perfil da realidade brasileira, tornando possível adequar programas de prevenção e detecção precoce que possam atender aos reais problemas nacionais (Costa e Silva e Cavalcante⁵, 1999; Boyle *et al.*¹, 1994).

Entre as causas de diagnóstico tardio inclui-se desde o despreparo da própria classe médica e odontológica, sem formação específica para realizar o diagnóstico nas fases precoces, até a desinformação da população sobre como cuidar de sua saúde (Dib *et al.*⁸, 1990; Dib *et al.*⁹, 1994; Kovalski *et al.*¹⁶, 1994). Os fatores culturais, tais como credices, contribuem para que o diagnóstico precoce e tratamento adequado sejam retardados (Dib⁸, 2000; Dib¹⁰, 2004).

A Odontologia deve desempenhar um significativo papel na área da Oncologia, pois tem a oportunidade de realizar o diagnóstico precoce do câncer bucal, através da detecção de lesões assintomáticas nos exames odontológicos de rotina (Miller e White¹⁹, 1996; Kowalski¹⁵, 1996). O cirurgião-dentista também deve ser um elemento de difusão de informações sobre o assunto, facilitando assim o acesso dos pacientes às medidas preventivas ou de diagnóstico precoce. É preciso conjugar todos os esforços para levar a educação e a informação como as melhores formas de prevenção. Também é necessário sensibilizar os profissionais de saúde a se engajar em projetos e programas voltados para a prevenção do câncer de boca.

Considera-se que existem maneiras definidas para prevenir a ocorrência de muitos casos de câncer, e que não têm sido amplamente aplicadas em nosso meio. As estratégias de prevenção de câncer de boca devem ser revistas e praticadas por meio de políticas públicas conscientes, envolvendo não somente os profissionais de saúde sensibilizados, mas também toda a população que deve ser estimulada a participar ativamente. É sabido que o papel do cirurgião-dentista é de fundamental importância na difusão de medidas de conscientização e prevenção da doença (Lodi *et al.*¹⁷, 1997; Cannick *et al.*³, 2005). Também se verifica a importância dos hábitos na gênese do câncer bucal (Chiodo *et al.*⁴, 1998; Franco *et al.*¹³, 1989; Cruz *et al.*⁷, 2002).

Acredita-se que a UNIP – Campus Indianópolis já apresenta uma importante tradição na área de câncer bucal, pois por meio de um convênio firmado com o Hospital do Câncer – A. C. Camargo, há mais de cinco anos,

diversas atividades já foram realizadas, desde a criação da liga estudantil de doenças bucais, campanhas de prevenção e diagnóstico de câncer bucal pela unidade Indianópolis e participação dos alunos em diversas atividades teóricas e práticas no hospital citado. Entretanto, não se tem certeza se diante da rotatividade natural dos alunos, esses conceitos permanecem arraigados nas novas gerações discentes, ou mesmo se é uniforme esse engajamento na matéria em diferentes unidades de ensino de Odontologia na UNIP.

Desse modo, o objetivo deste trabalho é avaliar o conhecimento sobre câncer bucal em diferentes unidades da UNIP e, a partir dos resultados obtidos, refletir sobre os rumos a serem tomados do ponto de vista pedagógico, visando preparar os alunos cada vez melhor para o exercício da profissão.

População em estudo

Duzentos e vinte e nove acadêmicos do 8º semestre do Curso de Odontologia da UNIP, sendo 78 da unidade Indianópolis, 69 da unidade Sorocaba e 82 da unidade Campinas.

Métodos

Avaliação do conhecimento

Os alunos foram submetidos à avaliação utilizando-se o questionário (Figura 1) e a metodologia desenvolvida por Dib¹⁰ (2004).

Análise estatística

Todos os dados foram digitados em uma planilha do programa de computador Excel e os mesmos foram submetidos à análise estatística no programa de computador SPSS, versão 10.0. utilizando-se o método de correlação de freqüências, aplicando-se o teste do Qui-quadrado, com intervalo de confiança de 95%, estabelecendo-se como estatisticamente significativa os resultados cujo valor de p foram menores que 0,05. Os resultados obtidos são apresentados descritivamente por meio de proporções e medidas de tendência central e dispersão.

Resultados

Os resultados obtidos são observados nas tabelas referentes à distribuição das freqüências entre as variáveis estudadas e o local do curso. Nas tabelas são

Tabela 1. Distribuição do número e porcentagem de respostas de acordo com o local do curso, segundo fatores demográficos e hábito de fumar

Variável	Categoria	Indianópolis		Campinas		Sorocaba		Valor de p
		n	%	n	%	n	%	
Gênero	Masculino	16	20,5	26	31,7	23	33,3	0,161
	Feminino	62	79,5	56	68,3	46	66,7	
Idade	<= 20 anos	2	2,6	4	5,0	6	8,7	0,014
	> 20 <30 anos	76	97,4	68	85,0	61	88,4	
	> 30 anos	0	0,0	8	10,0	2	2,9	
Hábito de fumar	Sim	7	9,0	26	31,7	2	2,9	0,000
	Não	67	85,9	52	63,4	61	88,4	
	Parou	4	5,1	4	4,9	6	8,7	

1. Idade _____	2. Sexo [1] Masculino [2] Feminino		
3. Ano em curso: [1] 1º [2] 2º [3] 3º [4] 4º [5] formado			
4. Você fuma? [1] Sim [2] Não [3] Parou			
5. Com relação ao seu nível de conhecimento sobre câncer bucal, qual é sua auto avaliação? [1] Ótimo [2] Bom [3] Regular [4] Insuficiente			
6. Na primeira consulta odontológica dos seus pacientes, você realiza exame procurando identificar câncer bucal? [1] Sim [2] Não			
7. Porquê você não realiza o exame de câncer bucal? [1] Realizo o exame [2] Não sei como fazer [3] Não acho necessário [4] Não recebo honorários pelo procedimento			
8. Quando você encontra lesões bucais suspeitas de malignidade, como você encaminha o caso? [1] Eu mesmo tomo os procedimentos diagnósticos [2] Cirurgião-dentista especialista em Estomatologia [3] Médico [4] Faculdade de Odontologia [5] Hospital Especializado [6] Não sendo a queixa principal do paciente, espero até que o mesmo se manifeste, pedindo orientação.			
9. Qual é o tipo de câncer mais comum da boca? [1] Linfoma [2] Carcinoma espinocelular [3] Sarcoma de Kaposi [4] Ameloblastoma [5] Adenocarcinoma de glândula salivar [6] Não sei			
10. Qual a região anatômica mais freqüente para o câncer bucal? [1] Língua [2] Soalho de boca [3] Gengiva [4] Palato [5] Mucosa jugal [6] Não sei			
11. Dentre os citados, qual o aspecto mais comum em pacientes com câncer de boca INICIAL? [1] Salivação abundante [2] Úlcera indolor [3] Nódulo duro [4] Dor intensa [5] Não sei			
12. Qual é a faixa etária mais comum para a ocorrência de câncer bucal? [1] Menos de 18 anos [2] 18 a 39 anos [3] Acima de 40 anos [4] Não sei			
13. O linfonodo mais característico em metástase cervicais em câncer bucal, quando palpado apresenta-se: [1] Duro, dolorido, com mobilidade [2] Duro, sem dor, com mobilidade ou não [3] Mole, dolorido, com mobilidade [4] Mole, sem dor, com mobilidade ou não [5] Não sei			
14. No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que o câncer bucal é diagnosticado mais freqüentemente em qual estágio? [1] Pré-maligno [2] Precoce [3] Avançado [4] Não sei			
15. Das seguintes condições, qual a mais comumente associada com o câncer bucal? [1] Leucoplasia [2] Pênfigo vulgar [3] Estomatite [4] Candidíase [5] Língua geográfica [6] Não sei			
Nas questões de 16 a 31 assinale se você considera a condição apresentada como fator de risco para câncer bucal			
16. Uso de drogas injetáveis [1] Sim [2] Não	17. Ter apresentado outro câncer previamente [1] Sim [2] Não	18. Consumo de álcool [1] Sim [2] Não	
19. Consumo de tabaco [1] Sim [2] Não	20. História familiar de câncer [1] Sim [2] Não	21. Estresse emocional [1] Sim [2] Não	
22. Baixo consumo de frutas e vegetais [1] Sim [2] Não	23. Sexo oral [1] Sim [2] Não	24. Próteses mal adaptadas [1] Sim [2] Não	
25. Dentes em mau estado [1] Sim [2] Não	26. Consumo de comidas condimentadas [1] Sim [2] Não	27. Higiene oral deficiente [1] Sim [2] Não	
28. Contágio direto [1] Sim [2] Não	29. Exposição solar [1] Sim [2] Não	30. Bebidas e comidas quentes [1] Sim [2] Não	31. Obesidade [1] Sim [2] Não
32. Você considera que seus pacientes estão suficientemente informados sobre câncer bucal (aspectos preventivos e de diagnóstico)? [1] Sim [2] Não [3] Não sei			
33. Qual é o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico para câncer bucal? [1] Alto [2] Baixo [3] Não sei			
34. Em sua opinião, sua Universidade realizou treinamento para o exame de câncer bucal durante o curso de graduação? [1] Sim [2] Não [3] Não sei			
35. Qual foi a ultima vez que você assistiu a um curso de educação continuada sobre câncer bucal? [1] No ano passado [2] Durante os últimos 2 a 5 anos [3] Mais de 5 anos [4] Nunca [5] Não lembro			
36. Você se interessa em assistir a um curso de educação continuada sobre câncer bucal no futuro? [1] Sim [2] Não [3] Não tenho certeza			
37. Na sua opinião, qual a importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal? [1] Alta [2] Média [3] Regular [4] Baixa [5] Não sei			

Figura 1. Questionário utilizado para avaliar o conhecimento sobre câncer bucal

Tabela 2. Distribuição do número e porcentagem de respostas de acordo com o local do curso, segundo fatores relacionados a atitudes frente ao diagnóstico de câncer

Variável	Categoria	Indianópolis		Campinas		Sorocaba		Valor de p
		n	%	n	%	n	%	
Auto-avaliação do nível de conhecimento	Ótimo	9	11,5	4	4,9	28	40,6	0,000
	Bom	57	73,1	52	63,4	32	46,4	
	Regular	10	12,8	22	26,8	9	13,0	
	Insuficiente	2	2,6	4	4,9	0	0,0	
Realiza exame de câncer na primeira consulta	Sim	67	85,9	70	85,4	65	94,2	0,181
	Não	11	14,1	12	14,6	4	5,8	
Motivo de não realizar	Realiza	69	88,5	70	85,4	65	94,2	0,084
	Não sabe	5	6,4	10	12,2	2	2,9	
	Não importante	3	3,8	0	0,0	0	0,0	
	Não recebe	1	1,3	2	2,4	2	2,9	
Para quem encaminha	Realiza os exames	4	5,1	6	7,3	10	14,5	0,000
	Dentista	58	74,4	36	43,9	46	66,7	
	Médico	0	0,0	12	14,6	10	14,5	
	Fac. Odonto	13	16,7	26	31,7	3	4,3	
	Hospital 3	3,8	2	2,4	0	0,0	0,0	
	Aguarda 0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	

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

Variável	Categoria	Indianópolis		Campinas		Sorocaba		Valor de p
		n	%	n	%	n	%	
Câncer mais comum	Certa (CEC)	77	98,7	68	82,9	67	97,1	0,000
	Errada	1	1,3	10	12,2	2	2,9	
	Não sabe	0	0,0	4	4,9	0	0,0	
Local mais afetado	Certa (língua)	54	69,2	18	22,0	47	68,1	0,000
	Errada	23	29,5	58	70,7	22	31,9	
	Não sabe	1	1,3	6	7,3	0	0,0	
Aspecto mais comum	Certa (úlceras)	66	84,6	58	70,7	43	62,3	0,042
	Errada	9	11,6	16	19,5	22	31,9	
	Não sabe	3	3,8	8	9,8	4	5,8	
Faixa etária	Certa (> 40)	75	96,2	70	85,4	67	97,1	0,145
	Errada	3	3,8	10	12,2	2	2,9	
	Não sabe	0	0,0	2	2,4	0	0,0	
Aspecto da metástase cervical	Certa (duro, sem dor)	61	78,2	42	51,2	33	47,8	0,000
	Errada	17	21,8	30	36,6	26	37,7	
	Não sabe	0	0,0	10	12,2	10	14,5	
Estágio de diagnóstico no Brasil	Certa (avançado)	63	85,9	66	80,4	55	79,7	0,184
	Errada	3	3,8	8	9,8	10	14,5	
	Não sabe	8	10,3	8	9,8	4	5,8	
Lesão precursora	Certa (leucoplasia)	73	93,6	72	87,8	55	79,7	<u>0,061</u>
	Errada	1	1,3	8	9,8	6	8,7	
	Não sabe	4	5,1	2	2,4	8	11,6	

apresentados os valores correspondentes à significância estatística, sendo que os valores de p inferiores a 0,05 representam significância e estão expressos em negrito. Em algumas tabelas o valor de p está sublinhado, correspondendo a um valor considerado marginalmente significativo.

Discussão

A Odontologia deve desempenhar um papel muito importante na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal. Apenas o cirurgião-dentista tem a oportunidade de examinar pacientes assintomáticos e, portanto tem a chance de diagnosticar o câncer bucal antes que comece a manifestar suas conseqüências

devastadoras (Johnson e Warnakulasuriya¹⁴, 1999; Pontes²⁸, 1995; Yellowitz *et al.*³⁵, 1998).

O papel das faculdades de Odontologia nesse campo é muito grande, pois a consciência para o problema deve ser despertada desde os bancos escolares, sendo que a filosofia preventiva deve ser inculcada fortemente nos alunos. Não resta dúvida de que o CD deverá estudar muito e se especializar para atuar profissionalmente nessa área, entretanto no que tange à prevenção e ao diagnóstico precoce, as informações recebidas na faculdade, durante a graduação, talvez sejam as mais importantes para uma atuação adequada (Cowan *et al.*⁶, 1995; Burzynski *et al.*², 2002).

Atualmente a Odontologia vive um paradoxo muito grande entre as suas faces estética e biológica, com niti-

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

Variável	Categoria	Indianópolis		Campinas		Sorocaba		Valor de p
		n	%	n	%	n	%	
Drogas injetáveis	Certa (não)	63	80,8	66	80,5	59	85,5	0,379
	Errada	15	19,2	16	19,5	10	14,5	
Câncer prévio	Certa (Sim)	78	100	76	92,7	59	85,5	0,003
	Errada	0	0,0	6	7,3	10	14,5	
Uso de álcool	Certa (sim)	77	98,7	76	92,7	63	91,3	0,111
	Errada	1	1,3	6	7,3	6	8,7	
Uso de tabaco	Certa (sim)	78	100	80	97,6	67	97,1	0,341
	Errada	0	0,0	2	2,4	2	2,9	
Antecedente familiar	Certa (sim)	76	97,4	78	95,1	65	94,2	0,608
	Errada	2	2,6	4	4,9	4	5,8	
Estresse emocional	Certa (não)	40	51,3	34	41,5	27	39,1	0,279
	Errada	38	48,7	48	58,5	42	60,9	
Baixo consumo de frutas e vegetais	Certa (não)	54	69,2	54	65,9	50	72,5	0,681
	Errada	24	30,8	28	34,1	19	27,5	
Sexo oral	Certa (não)	58	74,4	66	80,5	52	75,4	0,616
	Errada	20	25,6	16	19,5	17	24,6	
Próteses mal-ajustadas	Certa (não)	10	12,8	22	26,8	15	21,7	0,086
	Errada	68	87,2	60	73,2	54	78,3	
Dentes em mau estado	Certa (não)	52	66,7	52	63,4	32	46,4	0,029
	Errada	26	33,3	30	36,6	37	53,6	
Comidas condimentadas	Certa (não)	69	88,5	60	73,2	50	72,5	0,025
	Errada	9	11,5	22	26,8	19	27,5	
Má higiene oral	Certa (não)	54	69,2	50	61,0	28	41,8	0,003
	Errada	24	30,8	32	39,0	39	58,2	
Contágio direto	Certa (não)	72	92,3	72	87,8	58	84,1	0,299
	Errada	6	7,7	10	12,2	11	15,9	
Exposição solar	Certa (sim)	76	97,4	78	95,1	65	94,2	0,608
	Errada	2	2,6	4	4,9	4	5,8	
Comidas/ bebidas quentes	Certa (não)	53	67,9	74	90,2	57	82,6	0,002
	Errada	25	32,1	8	9,8	12	17,4	
Obesidade	Certa (não)	73	93,6	70	85,4	59	85,5	0,110
	Errada	5	6,4	12	14,6	8	11,6	

Tabela 5. Distribuição do número e porcentagem de respostas de acordo com o local do curso, segundo perguntas relacionadas ao nível de interesse sobre conhecimento sobre câncer bucal

Variável	Categoria	Indianópolis		Campinas		Sorocaba		Valor de p
		n	%	n	%	n	%	
Os pacientes estão informados sobre câncer bucal	Sim	8	10,3	18	22,0	8	11,6	0,004
	Não	66	84,6	58	70,7	47	68,1	
	Não sabe	4	5,1	6	7,3	14	20,3	
Nível de confiança para realizar procedimentos	Alto	15	19,2	24	29,3	12	17,4	0,295
	Baixo	50	64,1	46	56,1	41	59,4	
	Não sabe	13	16,7	12	14,6	16	23,2	
Universidade informou sobre câncer bucal	Sim	72	92,3	70	85,4	53	76,8	0,027
	Não	6	7,7	10	12,2	10	14,5	
	Não sabe	0	0,0	2	2,4	6	8,7	
Último curso sobre câncer bucal	Ano passado	58	74,4	50	61,0	37	53,6	0,014
	sobre 2 a 5 anos	14	17,9	14	17,1	18	26,1	
	Nunca	3	3,8	12	14,6	4	5,8	
	Não sabe	3	3,8	6	7,3	10	14,5	
Interesse em assistir curso sobre câncer	Sim	68	87,2	80	97,6	67	97,1	0,006
	Não	3	3,8	2	2,4	2	2,9	
	Não sabe	7	9,0	0	0,0	0	0,0	
Papel do CD na prevenção do câncer bucal	Grande	78	100	80	97,6	65	94,2	0,011
	Médio	0	0,0	2	2,4	0	0,0	
	Regular	0	0,0	0	0,0	4	5,8	
	Baixo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Não sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

Tabela 6. Distribuição do número e porcentagem de acordo com o local do curso, segundo o conceito obtido pela avaliação do questionário

Variável	Categoria	Indianópolis		Campinas		Sorocaba		Valor de p
		n	%	n	%	n	%	
Conceito	A	12	15,4	4	4,9	7	10,1	0,000
	B	56	71,8	28	34,1	38	55,1	
	C	10	12,8	40	48,8	22	31,9	
	D	0	0,0	10	12,2	2	2,9	

da vantagem para o lado estético, provavelmente por razões mercantilistas. Quando têm os Congressos de Odontologia, constata-se que os cursos de estética lotam grandes auditórios, enquanto que os cursos voltados à saúde são com baixa frequência. Esse paradigma precisa ser invertido, pois o espaço profissional tecnicista da Odontologia está cada vez mais se restringindo, em função do grande número de profissionais e pelos altos custos dos tratamentos. É mister que a Odontologia ocupe o seu espaço de direito, que é ao mesmo lado das outras especialidades médicas, mas para isso precisa se voltar e dar a devida atenção à formação biológica dos seus jovens estudantes, motivando-os a exercer uma profissão na qual a prevenção do câncer e de outras doenças bucais seja uma das principais bandeiras.

O objetivo do presente estudo foi o de se realizar uma auto-avaliação da UNIP, procurando avaliar como três das suas principais unidades estavam preparando os alunos sobre o assunto câncer bucal. De forma geral e resumida pode-se dizer que a situação é relativamente boa, entretanto muito ainda precisa ser feito até que se possa considerar que o trabalho de formação dos alunos esteja ótimo nessa matéria.

A metodologia empregada, já testada anteriormente, permite graduar o nível de informação dos entrevistados, sendo que o fato mais marcante foi a diferença estatisticamente significativa entre os conceitos obtidos, sendo que os alunos do campus Indianópolis apresentaram notas melhores que os de Campinas e Sorocaba, conforme pode-se observar na Tabela 6. Considerando-se a soma dos conceitos A e B, 87,2% dos alunos do campus Indianópolis atingiram essa graduação, enquanto que apenas 39% dos alunos de Campinas e 65,2% dos alunos de Sorocaba conseguiram o mesmo. Já propondo soluções, acredita-se que para que se possa homogeneizar e melhorar o nível dos alunos, deva-se estabelecer um programa universitário de prevenção de câncer bucal dentro da UNIP (todas as unidades), visando a padronização e divulgação dos métodos preventivos e de diagnóstico. Esse programa de prevenção dentro da Universidade, além de servir para melhorar a qualidade de ensino e da formação dos alunos da UNIP, também contribuirá para a integração entre os professores das diversas unidades, servindo com certeza, como um exemplo a ser seguido por muitas outras disciplinas e instituições.

Com a análise pormenorizada dos resultados, pode-se traçar um perfil dos alunos dos diferentes campus avaliados, e do nível de conhecimento e

interesse sobre o assunto.

A Tabela 1 mostra que a maioria dos alunos é do sexo feminino e está na faixa etária entre os 20 e 30 anos, dados compatíveis com o esperado, considerando-se o grupo estudado. Entretanto, evidencia-se uma maior frequência de alunos acima de 30 anos na unidade Campinas, fato que isoladamente não apresenta significado maior para a pesquisa, entretanto quando avaliado em conjunto com a variável hábito de fumar, pode de alguma forma explicar a maior frequência de fumantes também na unidade Campinas.

Tanto na unidade Indianópolis como na de Sorocaba, a porcentagem de não fumantes foi superior a 85%, enquanto que em Campinas, esta taxa foi de apenas 63,4% dos alunos. Esta característica é importante quando se analisa atitudes preventivas sobre câncer bucal, pois com certeza é mais fácil para um profissional não-fumante estabelecer medidas de orientação para combater o hábito de fumar entre seus pacientes.

Nesse sentido, reitera-se o que já vem sendo defendido em estudos anteriores, de que o hábito de fumar deva ser proibido dentro do complexo universitário de saúde, pois dessa forma o discurso preventivo se pode basear também numa atitude de prevenção. De forma alguma se propõe o cerceamento de liberdades individuais, no entanto, quando se vê que na grande maioria dos locais fechados de aglomeramento público é proibido fumar, não se compreende como dentro de uma faculdade de saúde isto não seja uma norma também.

No exercício prático da profissão é muito importante que o CD, independentemente de ser fumante ou não, oriente sistematicamente seus pacientes sobre os malefícios do cigarro, tanto aos dentes e boca, quanto ao organismo em geral. Sendo um profissional de saúde, a falta de orientações específicas sobre esse assunto poderia ser considerada como negligência, uma vez que é sua obrigação prevenir doenças e proporcionar o bem-estar dos pacientes. Talvez num futuro não muito distante, estas questões ao invés de serem consideradas apenas questões filosóficas e éticas, passarão a ser consideradas legais e obrigatórias.

Com relação às atitudes frente ao diagnóstico do câncer bucal, a análise da Tabela 2 permite inferir que de maneira geral os alunos sabem que devem realizar o exame preventivo da boca toda, muito embora o seu nível de autoconfiança seja variável entre as unidades estudadas. Segundo os dados apresentados, os alunos da unidade

Sorocaba são mais seguros (87% de ótimo/bom) do que os da Indianópolis (84,6% de ótimo/bom) e os de Campinas (68,3% de ótimo/bom). Este fato deve ser imediatamente comparado com os resultados da Tabela 6, que mostra os conceitos obtidos. Mesmo tendo conceitos melhores do que os alunos de Sorocaba, os da unidade Indianópolis mostram uma autoconfiança menor, principalmente considerando-se o grau "ótimo". Essa diferença estatisticamente significativa pode sugerir que o menor conhecimento sobre o assunto pode dar uma aparente maior autoconfiança, justamente por não se conhecer as nuances e filigranas do diagnóstico. Este fato deve ser muito enfatizado na formação dos alunos, trabalhando em dois sentidos: o primeiro é de ao dar as informações procurar criar um sentimento de responsabilidade e de seriedade aos fatos, não deixando que os alunos se sintam muito confiantes e julgando tudo muito simples; e o segundo é de por outro lado dar confiança aos alunos após terem estudado e se preparado bem, enfatizando que essa é a missão deles e que, portanto não podem se omitir alegando falta de confiança.

Quanto ao local para encaminhamento de possíveis casos, embora tenha mostrado resultados estatisticamente significantes ($p < 0,000$) de forma geral os alunos são determinados a encaminharem para dentistas especialistas ou faculdades de odontologia, o que valoriza a atuação do cirurgião-dentista. Este dado é importante, pois estudos anteriores mostraram que o número de encaminhamentos de CDs para centros especializados é muito pequeno (Dib⁹, 1997) Os alunos da unidade Sorocaba, talvez por apresentarem maior autoconfiança, foram os que mais responderam que realizariam pessoalmente os exames, fato que mostra coerência, mas que merece os mesmos comentários feitos acima, destacando-se o risco da combinação entre excesso de confiança falta de competência.

A partir da Tabela 3 os resultados vão repercutir na determinação do conceito final, sendo que o importante é destacar os aspectos mais significativos das diferenças entre os três grupos estudados.

Em relação ao câncer mais comum da boca, nas três unidades a grande maioria acertou a resposta, entretanto houve uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,000$), com um menor índice de acertos na unidade Campinas. O carcinoma espinocelular (CEC) é o câncer mais comum e espera-se que seja conhecido pela totalidade dos alunos formandos de um curso de graduação em Odontologia. Embora o número de respostas certas seja muito superior ao de erradas, não se esperava erros nessa questão, fato que deve ser enfatizado nos próximos cursos.

Quanto ao local mais comum, novamente houve uma diferença estatisticamente significativa, sendo que nesse caso a variação de acertos e erros foi muito maior. Apenas 22,0% dos alunos de Campinas acertaram a questão, enquanto que nas outras duas unidades este índice de acertos quase atingiu 70% dos entrevistados. A variação de respostas nessa questão é importante, mas não tanto quanto a anterior, pois o CEC pode se manifestar em qualquer porção mucosa da boca. Mas

novamente observa-se uma falta de homogeneidade entre os grupos, com inferioridade para o grupo de Campinas.

No que diz respeito ao aspecto mais comum, mais uma vez houve diferença estatisticamente significativa, só que neste caso, foram os alunos de Sorocaba que apresentaram o pior desempenho, com apenas 62,3% de acertos. Este item é bastante importante pela necessidade de se estabelecer o diagnóstico precoce a partir da identificação de lesões bucais, entretanto dada a diversidade de características que a doença pode apresentar, a porcentagem de acertos foi satisfatória.

As variáveis faixa etária atingida e estágio do tumor no momento do diagnóstico, não apresentaram diferenças estatisticamente significantes, com a grande maioria dos estudantes acertando as respostas em todas as unidades, fato que revela que o objetivo de padronização de respostas não é inatingível.

Já na variável aspecto da metástase cervical, houve nova diferença estatisticamente significativa, com o pior índice de acertos na unidade Sorocaba com 47,8%, mas não muito longe da unidade Campinas, que ficou com 51,2% de respostas certas. Ambas foram bem inferiores à unidade Indianópolis, que apresentou 78,2 % de acertos. Essa questão é bastante específica, visando avaliar o conhecimento mais minucioso sobre o assunto, sendo que as respostas indicam que apenas os alunos da unidade Indianópolis estão adequadamente informados sobre esse aspecto.

Com relação à questão sobre lesão precursora, novamente os alunos da unidade Indianópolis apresentaram resultados superiores aos demais, embora a diferença tenha sido apenas marginalmente significativa.

A análise da Tabela 4 teve como objetivo checar o conhecimento sobre fatores de risco para o câncer bucal, sendo que de forma geral os alunos revelaram conhecimentos bons sobre estes fatores. Os principais fatores de risco que são o fumo e o álcool (Stockwell e Lyman²¹, 1986; Marshall *et al.*¹⁸, 1992), apresentaram uma quase totalidade de respostas corretas em todas as unidades. Esse aspecto merece discussão novamente com relação ao hábito de fumar por parte dos universitários ou profissionais. Se é quase unanimidade que fumar faz mal à saúde, porquê permitir que se fume no ambiente universitário?

Dentre os itens que apresentaram diferenças estatisticamente significantes (câncer prévio; dentes em mau estado; comidas condimentadas; má higiene; comidas e bebidas quentes), nenhum merece grande destaque, pois todos se referem a aspectos relativamente controversos na literatura, sobre os quais ainda pairam algumas dúvidas. O fato de que a grande maioria dos alunos conhece os aspectos mais importantes sobre os fatores de risco para o câncer bucal é bastante animador, pois permite admitir que campanhas preventivas serão facilmente postas em prática.

A Tabela 5 teve o interesse de avaliar as opiniões dos alunos sobre o assunto câncer bucal, não mais repercutindo no conceito final. Alguns resultados interessantes foram obtidos, apresentando diferenças estatisticamen-

te significantes entre os grupos estudados. Justamente os alunos de Campinas que foram os que obtiveram o pior conceito, julgam que seus pacientes estejam bem preparados sobre câncer bucal. Este fato é muito interessante e vem corroborar aquele ponto de vista de que quanto menos se sabe sobre um assunto mais se considera conhecedor!

A despeito desse dado anterior, a grande maioria dos alunos das três unidades considerou que seus pacientes não estejam adequadamente informados sobre o assunto, fato muito importante, pois enfatiza que pouco se faz para informar os pacientes sobre o assunto durante suas consultas na faculdade. Dentro das soluções propostas, fica muito claro que além dos alunos, os próprios pacientes também deverão ser mais informados no futuro.

Com relação ao papel da Universidade, 92,3% dos alunos da unidade Indianópolis consideram que a faculdade os preparou sobre o assunto, enquanto que apenas 85,4% dos de Campinas e 76,8% dos de Sorocaba julgam o mesmo. Estes dados isoladamente mostram como é a visão dos alunos sobre a Faculdade, mas quando comparados com os dados do conceito final, mostram novamente que os alunos de Campinas se

mostram autoconfiantes e satisfeitos com seu desempenho, mesmo não tendo conseguido os melhores resultados. Sem dúvida o objetivo final como educador é que num futuro próximo, 100% dos alunos estejam conscientes do problema e satisfeitos com a atuação da Universidade sobre a matéria.

Conclusão

O presente estudo evidenciou que de forma geral os alunos formados pelas três unidades da UNIP estão relativamente bem preparados sobre o assunto câncer bucal, entretanto alguns aspectos específicos devem ser mais bem trabalhados, para que tanto pacientes como alunos estejam mais bem familiarizados com os aspectos preventivos e de diagnóstico precoce. As distorções entre os conceitos obtidos entre os grupos não foram muito graves e o índice de resultados insatisfatórios (Conceito D) não foi alto, mas parece fundamental que medidas sejam tomadas para melhorar a informação dos alunos das unidades Campinas e Sorocaba, para que atinjam valores iguais ou ainda melhores do que os obtidos pelos alunos da unidade Indianópolis.

Referências

- Boyle P, MacFarlane GJ, Saily C. Oral cancer: necessity for prevention strategies. *Lancet* 1994; 343:178-9.
- Burzynski NJ, Rankin KV, Silverman S Jr, Scheetz JP, Jones DL. Graduating dental student's perceptions of oral cancer education: results of an exit survey of seven dental schools. *J Cancer Educ* 2002; 17(2): 83-4.
- Cannick GF, Horowitz AM, Drury TF, Reed SG, Day TA. Assessing oral cancer knowledge among dental students in South Carolina. *J Am Dent Assoc* 2005; 136(3): 373-8.
- Chiodo GT, Eigner T, Rosestein PI. Oral cancer detection: the importance of routine screening for prolongation of survival. *Oral Cancer* 1998; 80:231-6.
- Costa e Silva VC, Cavalcante TM. Programas de prevenção e controle de câncer bucal: atividades educativas, diagnóstico precoce e proposta de programas integrados. In: Kowalski LP, Dib LL, Ikeda MK, Adde C. *Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer bucal*. São Paulo : Ed. Frontis; 1999. p. 57-70.
- Cowan CG, Gregg TA, Kee F. Prevention and detection of oral cancer: the views of primary care dentists in Northern Ireland. *Br Dent J* 1995; 179(9): 338-42.
- Cruz GD, Le Geros RZ, Ostroff JS, Hay JL, Kenningsberg H, Franklin DM. Oral cancer knowledge, risk factors and characteristics of subjects in a large oral cancer screening program. *J Am Dent Assoc* 2002; 133(8): 1064-71.
- Dib LL. Avaliação do nível de informação de diferentes camadas da população, a respeito de aspectos relacionados ao câncer bucal. *Cad Estudos Pesqui UNIP* 2000; 6(1): 001/00.
- Dib LL. *Carcinoma espinocelular de língua: análise dos dados clínicos, sociodemográficos e fatores de prognóstico*. [tese de doutorado] São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 1997.
- Dib LL. Nível de conhecimento e de atitudes preventivas entre universitários do Curso de Odontologia em relação ao câncer bucal: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. *Acta Oncol Bras* 2004; 24(2): 628-43.

11. Dib LL, Saba LMB, Marques LA, Araújo NS. Fatores prognósticos em carcinoma de borda de língua: análise clínica e histopatológica. *Acta Oncol Bras* 1994; 14(2): 88-93.
12. Dib LL, Santos Pinto D, Sanvito LC, Contesini H, Lombardo V, Franco E. Determinantes de sobrevida em câncer de boca: fatores sociodemográficos e anatômicos. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* 1990; 14 (1-3):1-9.
13. Franco EL, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado M, Pereira RN, Silva ME *et al*. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case-control study. *Int J Cancer* 1989; 43: 992-1000.
14. Johnson NW, Warnakulasuriya KAAS. Dentists and oral cancer prevention in the UK: opinions, attitudes and practices to screening for mucosal lesions and to counseling patients on tobacco and alcohol use: baseline data from 1991. *Oral Dis* 1999; 5(1):10-4.
15. Kowalski LP. Carcinoma da boca. In: Kowalski LP, Sabagga J, Fogaroli RC, Lopes LF. *Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em Oncologia*. São Paulo: Âmbito Editores; 1996. p. 269-77.
16. Kowalski LP, Franco EB, Torloni H, Fava AS, Andrade Sobrinho J, Ramos G *et al*. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumor, the patient and health professionals. *Oral Oncol Eur J Cancer* 1994; 30 (3):167-73.
17. Lodi G, Bez C, Rimondini L, Zuppiroli A, Sardella A, Carrassi A. Attitudes towards smoking and oral cancer prevention among Northern Italian dentists. *Oral Oncol* 1997; 33(2): 100-4.
18. Marshall JR, Graham S, Haughey BP, Shedd D, O'Shea R, Brasure J *et al*. Smoking, alcohol, dentition and diet in the epidemiology of oral cancer. *Oral Oncol Eur J Cancer* 1992; 28(1): 9-15.
19. Miller CS, White DK. Human papillomavirus expression in oral mucosa, premalignant conditions, and squamous cell carcinoma: a retrospective review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 82: 57-68.
20. Pontes JRM. Prevenção de câncer: união de todos, objetivo a ser alcançado. *Rev Bras Cancerol* 1995; 41: 147.
20. Stockwell HG, Lyman GH. Impact of smoking and smokeless tobacco on the risk of cancer of the head and neck. *Head Neck Surg* 1986; 9: 104-10.
21. Yellowitz J, Horowitz AM, Goodman HS, Canto MT, Farooq NS. Knowledge, opinions and practices of general dentists regarding oral cancer: a pilot survey. *J Am Dent Assoc* 1998; 129(5): 579-83.

Recebido em 27/6/2005

Aceito em 31/8/2005

