

Cláudio Rômulo Comunian

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DA
POPULAÇÃO DO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
SOBRE CÂNCER BUCAL**

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
Março
2004

Cláudio Rômulo Comunian

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DA
POPULAÇÃO DO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
SOBRE CÂNCER BUCAL**

Dissertação de Mestrado em Odontologia
apresentado ao Programa do Colegiado de Pós-
graduação, da Faculdade de Odontologia da
UFMG, como requisito obrigatório para obtenção do
título de mestre.

Área de concentração: Estomatologia

Orientador: Prof^o. Dr. Marcelo Drummond Naves

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
Março
2004



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Dissertação apresentada pelo candidato [Cláudio Rômulo Comunian](#) para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, área de Estomatologia, [aprovada](#) pela Comissão Examinadora abaixo assinada, em 30 de março de 2004.



Prof. Dr. Marcelo Drummond Naves
FO/UFMG (Orientador)



Profa. Dra. Lisette Lobato Mendonça
FO/UFMG



Prof. Dr. Natanael Atila Aleva
FO/UNINCOR

*Dedico esse trabalho à minha família, meus pais, meus irmãos, minha esposa e meus filhos, cunhados, cunhadas e sobrinhos. Não estamos juntos por acaso, mas apesar dos possíveis resgates que temos entre nós, vocês tornam esta convivência feliz e saudável. **Deus** nos ajude a sermos sempre assim, uma família unida e feliz.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, nosso pai e nosso criador, pela nossa existência, por tudo que somos e que temos, pela chance de nascer e renascer e podermos progredir a cada vida. Obrigado pela oportunidade de sermos profissionais de saúde, condição que nos permite ajudar ao nosso próximo, pois sabemos que quando ajudamos somos os maiores beneficiados.

Aos meus pais, **Pedro e Eny**, pelo amor, dedicação e carinho, desde a minha concepção e por toda a minha vida; pela família que construíram para meus irmãos e para mim; pelo que fizeram e ainda fazem por toda a nossa família; pelo exemplo de amor incondicional aos filhos; por serem o pilar que sustenta a todos nós, amo muito vocês.

Aos meus irmãos, **Rogério, Ronaldo, Roberto, Lúcia, Ricardo e Luíza**, pelo amor, companheirismo, amizade e todos os melhores sentimentos que têm tido comigo durante a nossa existência; por terem assimilado os ensinamentos de nossos pais e desempenharem muito bem o papel que cabe a cada um na família, amo muito vocês também.

À minha querida **Rosemayre**, esposa dedicada, paciente e companheira em todos os momentos difíceis e que me ensina todos os dias o que é o amor. Obrigado pelo seu amor, amo muito você.

Aos meus filhos queridos, **Kéterin e Rômulo**, obrigado por me escolherem como pai e se Deus quiser vamos, eu e mamãe, cumprir da melhor forma possível, nossa missão como pais. Obrigado por existirem, amo muito vocês e é impossível descrever esse amor, por ser imensurável e especial.

Ao professor **Paulo dos Reis Correa**, o meu primeiro pai na odontologia, pelos ensinamentos e pelo exemplo de amor ao próximo que se nos apresenta como pacientes.

Ao professor **Hudson Vianna** (*in memoriam*), meu segundo pai na odontologia, pelas oportunidades profissionais e confiança desde o início da minha profissão.

Ao professor **Hênio Geraldo Parreira Horta** (*in memoriam*), meu terceiro pai na odontologia, pelos conhecimentos passados, pelo modelo que foi, de como deve ser um professor dedicado, sempre colocando o magistério acima de qualquer desejo ou aspiração pessoal.

Ao meu amigo e orientador, professor **Marcelo Drummond Naves**, pela consideração e amizade demonstrados em todos estes anos, e também pelo empenho durante a realização desse trabalho, seu apoio foi decisivo.

Ao também orientador professor **Evandro Neves Abdo** pelo empenho, discernimento e apoio durante a realização do trabalho.

À orientadora **Lisette Lobato Mendonça** pela dedicação e pelos ensinamentos tão importantes e necessários na área de epidemiologia, razão da nossa pesquisa.

À coordenadora do curso de Mestrado em Estomatologia professora **Maria do Carmo Vieira do Carmo** e aos professores de patologia da FOUFMG, pelos ensinamentos ministrados durante o curso e também pela oportunidade de fazer o mestrado, Deus lhes pague.

À empresa CONEST, na pessoa da professora **Ana Cláudia Couto de Abreu**, pela realização da parte de estatística dessa dissertação.

As próximas cem páginas seriam poucas para agradecer a todos os que me ajudaram, direta ou indiretamente, professores e funcionários da FOUFMG, colegas e funcionários do Hospital Odilon Beherens, amigos em geral, sem esquecer dos meus mestres em toda a minha jornada acadêmica. Obrigado por tudo que fizeram por mim, Deus lhes pague.

LENDA CHINESA

*Naquele tempo, um discípulo perguntou ao seu orientador:
“Mestre, qual é a diferença entre o céu e o inferno?”
E o mestre respondeu: “Certa vez, eu vi um grande monte de arroz
cozido e preparado como alimento. Ao redor dele havia muitos
homens famintos, no entanto, embora famintos, ao se aproximarem
deste monte de arroz, não conseguiam se alimentar do mesmo, pois
tinham amarrados em seus braços, palitos muito longos de dois
metros de comprimento”
Apanhavam com os palitos o arroz, mas não conseguiam levá-lo à
boca, porque eram muito compridos.
E assim, diante de uma inesgotável fartura, eles curtiavam uma fome
desesperadora. Isto era o inferno.
Outra vez, eu vi um monte de arroz, ao redor do qual havia muitos
homens cheios de vida, plenos de espiritualidade. Eles não podiam se
aproximar do monte, mas retiravam dele os grãos de arroz
necessários para se suprirem, usando os longos palitos.
Tanto quanto os primeiros famintos, eles não podiam levá-los à
própria boca, mas conseguiam servir-se um ao outro.
E desse modo comiam magnificamente, numa grande comunhão
fraterna, juntos e solidários. Fruíam da excelência dos homens e das
coisas.
Isso era o céu!!!”
“Comece fazendo o necessário, depois faça o possível, logo estará
fazendo o impossível”.
Francisco de Assis*

RESUMO

O câncer bucal (CB) é um problema de saúde pública, que ainda representa um quadro dramático de morbidade e mortalidade e cujo diagnóstico não requer aparelhos caros, nem intervenções complicadas. Embora vários trabalhos discutam a prevalência e incidência, como também os fatores de risco, existem poucos artigos que tratam do nível de informação da população em geral a respeito do tema. As campanhas abordam vários tipos de câncer, mas o CB, apesar de freqüente, não é devidamente enfatizado. Nesse estudo foi investigado o nível de conhecimento sobre o CB, da população do Campus Universitário da Universidade Federal de Minas Gerais (CUUFMG). Foi aplicado um questionário que investigou aspectos como o conhecimento sobre fatores de risco e de proteção, sinais iniciais e conhecimento sobre auto-exame. Foram entrevistadas 260 pessoas vinculadas à UFMG entre alunos, professores e funcionários técnico-administrativos, dentre as quais, 231 (88,8%) declararam já terem ouvido falar a respeito de CB. As respostas foram pontuadas de 1 a 15 e determinou-se cinco níveis de conhecimento assim distribuídos em nossa amostra: 1 a 3 pontos = Baixo conhecimento sobre CB (8,7%); 4 a 6 pontos = Regular (42,0%); 7 a 9 pontos = Médio (34,6%); 10 a 12 pontos = Bom (12,1%); 13 a 15 pontos = Ótimo (2,6%). Obtivemos como resultados uma média de 6,8 (dp \pm 2,7) pontos, onde 117 (50,7%) pessoas entrevistadas apresentaram um nível de conhecimento Baixo e Regular sobre CB. As variáveis independentes não influenciaram o conhecimento, exceto a idade acima de 51 anos, que mostrou uma tendência a influenciar ($p = 0,07$, com CI = 95%) e a renda familiar que influenciou diretamente o nível de conhecimento ($p = 0,004$ com CI = 95%). Ao final conclui-se que, por se tratar de uma população diferenciada mais exposta à informação, o conhecimento sobre CB foi insatisfatório, devendo, pois, ser incentivadas mais campanhas educativas. Novos estudos envolvendo populações regionalizadas devem ser realizados com vistas à determinação do nível de conhecimento sobre o CB.

SUMMARY

Despite of the simple and costless diagnose of oral cancer, this disease still shows epidemiological concern because of its worldwide very high morbidity and mortality.

There are many published studies about the prevalence and incidence of this disease in the literature. However, very few of them deal with the population level of information on oral cancer. Uncouthly public campaigns cover different types of cancer, but oral cancer remains still insufficiently targeted. The aim of this study was to investigate the level of knowledge in a particular population belonging to a University Campus – namely the Campus of the Federal University of Minas Gerais. The investigation was carried on with a questionnaire in order to depict the knowledge of risk factor as well as protection factor on oral cancer, initial signals of oral cancer and self-examination. The sample consisted of 260 individuals distributed amongst students, professors and administrative workers. From those, 231 (88,8%) had already heard about oral cancer. In order to analyze the results concerning the level of knowledge on oral cancer, the answers for the questionnaire were given grades from 1 to 15. From that, five levels of knowledge were established: 1-3 grades = poor (8,7%); 4-6 grades = regular (42%); 7-9 grades = medium (34,6%); 10-12 grades = good (12,1%); 13-15 grades = good (2,6%). In this study the mean result for the main question concerning level of knowledge on oral cancer was 6,8 grades (dp \pm 2,7). Hundred and seventeen individuals (50,7%) showed a very poor understanding on oral cancer. The independent variables did not seem to have played an important role on the level of knowledge about oral cancer in this study. Nevertheless, individuals above 51 years of age seem to know less about it than others. However, this was not statistically significant, remaining in the field of tendency only (p = 0,07, com CI = 95%). Considering the possibility of high exposure to information of the sample is this study, the level of knowledge regarding the oral cancer found was

not at all satisfactory. Rather it indicates the urgent need for establishing educational programs on the subject as well as further studies on the subject.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAG	repeat - repetição da seqüência citosina-adenosina-guanina
CB	câncer bucal
CE	carcinoma epidermóide
CI	“confidence interval” (intervalo de confiança)
COX-2	ciclo-oxigenase 2
CUUFMG	Campus Universitário da UFMG
DP	desvio padrão
EBV	Vírus Epstein-bar
FOUFMG	Faculdade de Odontologia da UFMG
HPV	vírus do papiloma humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio (razão das chances)
RR	risco relativo
SM	salário mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Avaliação da influência das características pessoais no ranqueamento do nível de conhecimento sobre CB.	73
----------	--	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Distribuição da amostra segundo gênero.	61
GRÁFICO 2	Distribuição da amostra segundo a faixa etária.	61
GRÁFICO 3	Distribuição da amostra segundo a função exercida no CUUFMG.	62
GRÁFICO 4	Distribuição da amostra segundo o grau de instrução.	62
GRÁFICO 5	Distribuição da amostra segundo a área de conhecimento.	63
GRÁFICO 6	Distribuição da amostra segundo a renda percebida.	63
GRÁFICO 7	Distribuição da amostra segundo a variável “ouviu falar de câncer bucal”.	64
GRÁFICO 8	Caracterização dos entrevistados que já ouviram falar de câncer bucal segundo a fonte de informação.	64
GRÁFICO 9	Caracterização dos entrevistados que já ouviram falar de câncer bucal segundo os fatores de risco citados.	65
GRÁFICO 10	Caracterização dos entrevistados que já ouviram falar de câncer bucal segundo os fatores de proteção citados.	66
GRÁFICO 11	Caracterização dos entrevistados que já ouviram falar de câncer bucal segundo a quantidade de sinais iniciais da doença citados.	66
GRÁFICO 12	Caracterização dos entrevistados que já ouviram falar de câncer bucal segundo o fato de já terem ouvido falar de auto-exame.	67
GRÁFICO 13	Distribuição da amostra segundo a variável “ouviu falar de câncer bucal” de acordo com gênero.	68
GRÁFICO 14	Distribuição da amostra segundo a variável “ouviu falar de câncer bucal” de acordo com a faixa etária.	68
GRÁFICO 15	Distribuição da amostra segundo a variável “ouviu falar de câncer bucal” de acordo com a função exercida no CUUFMG.	69
GRÁFICO 16	Distribuição da amostra segundo a variável “ouviu falar de câncer bucal” de acordo com área de conhecimento.	70
GRÁFICO 17	Distribuição da amostra segundo a variável “ouviu falar de câncer bucal” de acordo com o grau de instrução.	70
GRÁFICO 18	Distribuição da amostra segundo a variável “ouviu falar de câncer bucal” de acordo com a renda percebida.	71

GRÁFICO 19	Distribuição da amostra segundo a variável “ouviu falar de câncer bucal” de acordo com o ranqueamento do nível de conhecimento.	72
GRÁFICO 20	Distribuição da amostra segundo a variável “ouviu falar de câncer bucal” de acordo com o profissional que deverá ser procurado, no caso da detecção de algum sinal inicial de CB.....	74

SUMÁRIO

SUMARY	ix
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
LISTA DE TABELAS	xii
LISTA DE GRÁFICOS	xiii
SUMÁRIO	xv
1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVO	20
3 REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1 Aspectos gerais da doença	21
3.2 Fatores de risco	22
3.2.1 Fumo	23
3.2.2 Álcool.....	25
3.2.3 Associação fumo e álcool.....	27
3.2.4 Fatores biológicos	30
3.2.5 Fatores genéticos.....	31
3.2.6 Fatores nutricionais	33
3.2.7 Fatores raciais.....	34
3.2.8 Fatores etários	35
3.2.9 Outros fatores.....	36
3.3 Grau de instrução.....	37
3.4 Renda familiar	38
3.5 Nível de informações sobre CE.....	39
3.6 Prevenção	46
4 METODOLOGIA.....	53
4.1 Aspectos éticos	53
4.2 Questionário para a coleta de dados.....	53
4.3 Local de coleta dos dados.....	54
4.4 Cálculo amostral.....	54
4.5 Seleção da amostra	55
4.5.1 Critérios de inclusão.....	56
4.5.2 Critérios de exclusão.....	56

4.6	Caracterização da amostra	56
4.7	Análise estatística	59
5	RESULTADOS	61
6	DISCUSSÃO	75
7	CONCLUSÕES	82
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
9	ANEXOS	91
9.1	ANEXO A - INFORMAÇÕES GERAIS E IDENTIFICAÇÃO	91
9.2	ANEXO B - QUESTIONÁRIO	92
9.3	ANEXO C - INFORMAÇÕES AOS ENTREVISTADOS.....	94
9.4	ANEXO D - APROVAÇÃO PELO COEP.....	96

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que acomete grande parte da população em todas as regiões do mundo e está presente em todas as classes sociais, independente do sexo, raça, idade, grau de instrução.

Kerawala (1999) cita que no mundo inteiro surgem 450.000 novos casos de câncer de cabeça e pescoço a cada ano, dos quais 8% desses acometem homens e 4% acometem mulheres e a despeito dos avanços da tecnologia, não tem ocorrido grandes mudanças no tempo de sobre-vida e todo ano ocorrem em torno de 2.000 mortes só no Reino Unido.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a expectativa para o ano de 2003 no Brasil foi estimada em 402.190 novos casos de câncer, sendo 186.155 em homens e 216.035 em mulheres. Em vista desta expectativa ocorrerão 126.960 óbitos, sendo 68.350 óbitos masculinos e 58.610 óbitos femininos. Destes novos casos de tumores, 10.635 serão referentes à cavidade bucal, sendo 7.750 em homens, com 2.540 óbitos e 2.885 em mulheres, que acarretarão 705 óbitos (Brasil, 2002).

O câncer bucal (CB) é um problema de saúde pública, que ainda representa um quadro dramático de morbidade e mortalidade e cujo diagnóstico não requer aparelhos caros nem intervenções complicadas (Hayassy, 1998).

Embora vários trabalhos discutam a prevalência e a incidência entre as raças, sexo, idade, grau de instrução ou situação socioeconômica, bem como os fatores de risco como álcool, fumo, alimentação, fatores genéticos, o nível de informação que as pessoas têm sobre CB ainda é muito controverso e escasso. Vários estudos também cobram que mais informações sejam passadas para a população. O que se discute é que campanhas esporádicas surtem pouco efeito, não sensibilizando as pessoas como deveriam (Mandel,

1994; Araújo Filho et al., 1998; Fabian et al., 1996; Kerawala, 1999; Mignogna et al., 2001).

As campanhas de divulgação sobre a prevenção de câncer, veiculadas pelos meios de comunicação, abordam outras formas de câncer, como o de mama, próstata, pele, dentre outros. Já o câncer de boca, apesar de freqüente em humanos, parece não estar sendo abordado como deveria pela mídia ou pelos programas de saúde pública.

Diante desses fatos, fica a dúvida se as campanhas educativas sobre CB estão atingindo realmente a população e qual o nível de entendimento que essa população está tendo a respeito deste tema.

Abdo (2001), em trabalho realizado em Belo Horizonte, com pacientes portadores de CB, em um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS), concluiu que o nível de informações sobre os fatores de riscos para o CB é baixo até mesmo nos pacientes portadores da doença.

Na literatura, encontramos alguns trabalhos que investigam os aspectos educativos da informação sobre CB, bem como a sua eficiência em promover uma mudança de atitude em populações de baixa renda ou com baixa escolaridade.

Não resta dúvida sobre o papel da informação na consolidação do conhecimento do indivíduo e, no caso em questão, da veiculação de informações em canais eficientes, que poderia resultar em controle de hábitos nocivos e auto-exame da cavidade oral, o que em muito facilitaria a prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoce do CB.

Portanto, as pesquisas a respeito do nível de informação sobre CB podem ser de extrema importância para o norteamiento de programas de controle e prevenção desta doença, que tem graus consideráveis de morbidade e mortalidade.

Neste estudo, pretende-se investigar o grau de conhecimento sobre o CB, numa população de Campus Universitário, uma população diferenciada pelo nível de instrução, tanto de estudantes de terceiro grau e professores universitários, como de funcionários técnico-administrativos ligados à universidade, neste ambiente de ensino e pesquisa, e que têm grande acesso à informação através de meios de comunicação, informática, ou seja, indivíduos que estão mais próximos ao conhecimento de uma forma geral.

2 OBJETIVO

Avaliar o conhecimento da população do Campus Universitário da Universidade Federal de Minas Gerais (CUUFMG) sobre o CB, seus fatores de risco, sinais iniciais e seus aspectos preventivos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O CB é tema de pesquisa em todos os centros científicos do mundo, tendo originado quantidade quase imensurável de artigos sobre o assunto.

O objetivo da nossa revisão de literatura é mostrar, de maneira sintética, o CB dentro de seus diversos aspectos, concentrando a maior ênfase desse capítulo, nos objetivos da nossa pesquisa, ou seja, o conhecimento da população sobre essa doença.

3.1 Aspectos gerais da doença

Horowitz et al. (1995) afirmam que anualmente mais de 30.000 pessoas nos Estados Unidos são acometidas por CB e a cada ano, mais de 8.000 mortes resultam disso. Afirmam também que o CB é mais comum que leucemia, melanoma, câncer de cérebro, fígado, rins, tireóide, estômago, ovário e colo do útero e que o tempo de sobrevivência para 54% dos acometidos por CB é de cinco anos. O CB ocorre em todos os sítios da cavidade oral como língua, lábios, soalho bucal, palato mole, amígdalas, glândulas salivares e garganta.

Fabian et al. (1996) citam que o CB é o tipo mais comum de câncer de cabeça e pescoço. Com base em incidência, morbidade e mortalidade foi estimado que o CB está entre os seis tumores malignos que mais acometem o ser humano em todo o mundo.

Segundo Reis et al. (1997) o CB e de orofaringe representam a terceira maior forma de câncer nos países desenvolvidos. No Brasil, a incidência de neoplasias malignas da cavidade oral, difere substancialmente nas diferentes regiões, e esse fato se deve, possivelmente, às diferenças locais na prevalência dos fatores de risco.

Para Winn et al. (1998), o CB e de orofaringe resulta de uma complexa interação entre susceptibilidade genética e fatores ligados à conduta, como fatores de risco, álcool e fumo, por exemplo.

No mundo inteiro surgem 450.000 novos casos de câncer de cabeça e pescoço a cada ano. Desses 8% são em homens e 4% em mulheres. Embora vários tipos de tumores malignos possam afetar a região de cabeça e pescoço, o carcinoma epidermóide (CE) é de longe o mais comum, representando 80 a 90% dos tumores malignos que acometem a boca (Frias et al., 1997; Leite e Koifman, 1998; Kerawala, 1999; Moreno-López et al., 2000).

Mignogna et al. (2001) referem-se ao câncer de orofaringe como o 9º tipo de câncer mais comum no mundo, sendo 5,1% dos tumores malignos em homens e 2,5% nas mulheres.

Segundo dados do INCA, o CB ocupa o 6º lugar em homens e a 8º lugar em mulheres, entre todos os tipos de câncer. As projeções para o ano de 2003, no Brasil, estimaram um total de 10.635 novos casos de CB, sendo 7.750 em homens e 2.885 em mulheres e deste número, 970 refere-se a Minas Gerais. Estima-se que esta doença causará 3245 óbitos, sendo 2540 homens e 705 mulheres no país, no ano de 2003 (Brasil, 2002).

3.2 Fatores de risco

Llewelyn et al. (2001) em uma revisão de literatura, observaram que no Reino Unido, aproximadamente 3.500 novos indivíduos são diagnosticados com CB a cada ano e está ocorrendo um aumento significativo na incidência e mortalidade em pacientes cada vez mais jovens, nos últimos 30 anos na Inglaterra, País de Gales e Irlanda do Norte, possivelmente devido ao fato de que esses estão mais expostos a fatores de risco, como fumo e álcool.

De acordo com o INCA (Brasil, 2002), o CB é uma doença que está relacionada com inúmeras condições e que sofre variações de acordo com

fatores ambientais, genéticos, culturais, biológicos, nutricionais, etários, dentre outros.

Vários fatores de risco são citados pela literatura, dentre eles:

3.2.1 Fumo

Segundo Mandel (1994) um dos primeiros trabalhos de pesquisa associando os efeitos do tabaco sobre o CB, foi conduzido em 1859, no Hospital de Montpellier, na França, num estudo com 68 pacientes, portadores de lesões de lábios, língua, amígdalas e outras partes da boca. De um total de 68 pacientes, quase todos, ou seja, 66 desses faziam, uso de tabaco. Afirmam que o tabaco tem demonstrado, através de suas substâncias tóxicas, ter grande correlação com o aparecimento de leucoplasias na cavidade oral.

Reis et al. (1997) encontraram um risco mais elevado de CB nos pacientes que consumiram tabaco. Esses eram mais de 95 % dos indivíduos portadores de CB e orofaringe de sua amostra. Afirmaram que, a principal atividade carcinogênica do fumo é atribuída à atividade dos hidrocarbonatos policíclicos aromáticos e da nitrosamina em sua composição. Ao final concluíram que o uso prolongado de tabaco aumenta substancialmente o risco de CB e de orofaringe e o declínio do risco tem sido relatado com a supressão do hábito de fumar.

Kerawala (1999) encontrou que 112 (74%) dentre 152 pacientes em tratamento para o CB eram fumantes na época do exame inicial. Um entre dez pacientes era ex-fumante e haviam abandonado o vício há três anos ou mais. No momento da pesquisa o número de fumantes caiu para 71 e os que continuaram fumando não mudaram em nada o hábito de fumar, apesar de serem portadores de CB.

Zain (2001) citou em seu trabalho de revisão da literatura que, o tabaco fumado ou mascado tem sido considerado como carcinógeno, e tem sido estudado freqüentemente pela literatura. O tabaco fumado ou mascado pode causar “stress oxidativo” em substâncias celulares, o que significa a presença de oxigênio reativo nos tecidos (oxidante), e que tem sido apontado como formador de radicais livres que podem alterar proteínas, lípides, carboidratos e o DNA, e nesse último, causando mutações gênicas além de alterações no ciclo celular.

Gervásio et al. (2001) em um estudo realizado em Belo Horizonte, Brasil, encontraram entre os pacientes portadores de CB uma porcentagem de 31,5% dos pacientes que eram fumantes, dentro de um total de 740.

Abdo (2001) encontrou apenas 6,5% de pacientes portadores de CB em sua amostra de 154 pacientes que nunca tinham sido expostos ao fumo. Já entre as mulheres, 30% relataram nunca terem fumado, evidenciando que, nesses casos, o CB não pôde ser explicado somente pela exposição aos carcinógenos do fumo. Relataram também, que a média de idade para o início do hábito de fumar entre os portadores de CB entrevistados foi de 14,2 anos.

Malcon et al. (2003) mostraram que na América do Sul, o consumo precoce de fumo é preocupante, com conseqüentes danos à saúde, sendo grande o número de adolescentes fumantes.

Dietrich et al. (2004) fizeram um estudo sobre fatores de risco e leucoplasia oral, considerada como lesão cancerizável, baseado em uma amostra bastante representativa da população dos Estados Unidos, obtida da NHANES III (1988 e 1994 - *National Health and Nutrition Examination Survey*). Examinaram 15.811 pacientes, aplicando a definição de leucoplasia oral da OMS. O tabaco fumado foi isoladamente apontado como o maior fator de risco para o CB e leucoplasia oral com uma OR = 3 (0,77 - 11,8) para o consumo menor ou igual

a 10 cigarros por dia e aumentou para OR = 6,01 (2,4 - 15,0) para consumo diário maior ou igual a 20 cigarros por dia.

Segundo informações do INCA, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial adulta é fumante, um bilhão e duzentos milhões de pessoas, e dentre elas 200.000 mulheres. Enquanto que nos países desenvolvidos, a população masculina fumante caiu de 48% para 41%, nos países em desenvolvimento o número de mulheres fumantes mais que triplicou, passando de 7% para 24% (Brasil, 2004a).

Os critérios para se definir ex-fumantes são variáveis e Boffetta et al. (1992) nos Estados Unidos, adotaram o critério de só considerarem pacientes como ex-fumantes aqueles que abandonaram o hábito de fumar há mais de dois anos.

Mauad et al. (1999) afirmaram que a exposição precoce ao fumo é um fator importante para o desenvolvimento de várias doenças. Os autores observaram que em 4.599 estudantes da 5ª a 8ª séries do primeiro grau, da cidade de Barretos, estado de São Paulo, o hábito de fumar começa com maior frequência aos 12 anos e que 78% dos fumantes consumia até 10 cigarros por dia. Encontraram ainda que, o vício de fumar é a principal causa evitável de morte prematura e de incapacidade por doença no mundo. Nos países desenvolvidos, como os Estados Unidos, o consumo de cigarros vem caindo progressivamente, no que difere do Brasil, pois o nosso mercado é o segundo no mundo.

3.2.2 Álcool

Reis et al. (1997) citaram que, em países ocidentais, o consumo de álcool está associado ao CB, de orofaringe, laringe, esôfago e fígado. O mecanismo pelo qual ocorre o aumento do risco é ainda desconhecido, mas existem suspeitas de que, na carcinogênese ligada ao álcool, o etanol funcione como irritante da

mucosa oral, facilitando o transporte de carcinógenos do tabaco, as nitrosaminas e os hidrocarbonetos aromáticos, através da mucosa oral. Neste estudo foi observado que a estimativa de risco relativo para o CB e orofaringe, diferiu com o tipo de bebida alcoólica consumida e esse fato se deve possivelmente, às diferentes concentrações de etanol das bebidas utilizadas. Verificou-se risco elevado no consumo de cachaça, bebida alcoólica mais consumida no Brasil, devido ao costume, aos baixos preços e à facilidade de compra.

Kerawala (1999) observou que 85 pacientes (56%) portadores de CB entre 152 entrevistados bebiam excessivamente na época do diagnóstico, doses acima do estipulado pelo Conselho de Educação em Saúde do Reino Unido, que recomendam não mais do que vinte e uma doses por semana para homens e quatorze doses por semana para mulheres.

Mackenzie et al. (2000) acreditam que o fenômeno da juvenilização do CB, que cada vez mais acomete pessoas mais jovens, está muito vinculado ao aumento de consumo de bebidas alcoólicas.

Abdo (2001) mostrou uma relação entre o álcool e o CB com 82% dos pacientes, de um hospital público de Belo Horizonte, relatando serem usuários ou ex-usuários de bebida alcoólicas. O autor ressaltou que 56,7% das mulheres portadoras de CB relataram nunca terem consumido bebidas alcoólicas e esse fato sugere que o consumo de álcool não justificou mais da metade dos casos de CB entre essas pacientes. Para o autor, talvez outros fatores de risco sejam importantes para o CB no sexo feminino, portanto esses dados devem mais bem estudados.

Para Gervásio et al. (2001) a porcentagem de usuários de álcool entre 740 pacientes portadores de CB foi de apenas 2,7%, numa amostra obtida em dois hospitais de Belo Horizonte-Brasil, entre 1986 e 1996.

Dados do INCA mostram que a relação entre o álcool e o câncer no Brasil, tem sido avaliada por meio de vários estudos de caso-controle, que estabeleceram a associação epidemiológica entre o consumo de bebidas alcoólicas e o CB e de esôfago (Brasil, 2004a).

Os critérios para se definir um ex-usuário de bebidas alcoólicas também é controverso e Boffetta et al. (1992), classificam como ex-etilista, aqueles que abandonaram o hábito há mais de dois anos.

3.2.3 Associação fumo e álcool

O risco para o CB é consideravelmente aumentado, quando ocorre a associação do consumo de fumo e álcool, sendo maior que a soma dos valores individuais (Blot et al., 1988; Franco et al., 1989; Mignogna et al., 2001; Castellsagne et al., 2004; Rodrigues et al., 2004).

Reis et al. (1997) identificaram o álcool e o fumo como os maiores fatores de risco para o CB e o câncer de orofaringe. A diminuição do CB está associada ao aumento na frequência de escovações e uso do fio dental, sendo esse fato pouco significativo quando o álcool e o fumo estão associados e que o etanol funciona como irritante facilitando o transporte de carcinógenos através da mucosa oral, como os contidos no tabaco.

Velly et al. (1998) citaram que, dentre todos os fatores de risco, o álcool e o fumo são os principais e os de mais alto risco para as neoplasias malignas do trato aerodigestivo superior, principalmente quando os dois são consumidos, pois além de atuarem isoladamente, têm efeito mais forte quando associados.

Segundo Winn et al. (1998), somente esses dois fatores de risco, tabaco e álcool, contribuem por três quartos dos CB e de orofaringe nos Estados Unidos, excetuando-se o câncer de lábio, de glândulas salivares e de nasofaringe.

Hindle et al. (2000) estudaram o papel dos principais fatores considerados como de risco para o CB na Inglaterra e País de Gales, entre 1911 e 1990 e concluíram que, o consumo de tabaco fumado tem sido mostrado como um importante fator de risco para o CB em vários estudos transversais ou caso-controle. Esse estudo sugere que o aumento do uso de tabaco fumado não mudou a incidência de CB nestes países, mas o aumento do consumo de álcool, associado à manutenção do hábito de fumar desde 1950, poderia contribuir para o aumento nos casos de CB, fato ainda mais presente entre jovens do sexo masculino a partir dos anos 70.

Alisson (2001) descreveu alguns fatores associados ao hábito de fumar e beber, e comparou duas amostras de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Encontrou que o hábito de fumar está relacionado ao status econômico (alto nível socioeconômico), alto nível de educação, sítio do CB, estágio inicial da doença, modalidade de tratamento. Já o hábito de beber está relacionado com o gênero, estágio tardio da doença e tempo decorrido após o término do tratamento. Considerou de suma importância o fato de ter encontrado uma diminuição na OR para fumar com aumento no estágio da doença e aumento na OR para consumir bebidas alcoólicas com aumento no tempo após tratamento.

Zain (2001) após avaliar vários trabalhos, em vários países, concluiu que os hábitos de fumar e de beber são mais comuns na Europa Central e Leste Europeu, enquanto que na Europa Ocidental o hábito de fumar está diminuindo. Por conseguinte a estratégia para a prevenção de câncer em alguns países é de manter a tendência de diminuição no consumo de álcool. Essa revisão da literatura mostrou que muitos estudos realizados em alguns países ocidentais e orientais, Japão e China, mostraram um sinergismo entre álcool e fumo. Um possível mecanismo que explica este sinergismo é que concentrações de etanol acima de 25% causam um aumento na

permeabilidade da mucosa oral e assim, favorece a passagem das nitrosaminas, um carcinógeno presente no tabaco fumado.

Segundo Llewelyn et al. (2001), em uma revisão da literatura, citaram uma análise feita pelo Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos, foi mostrado um aumento do uso de tabaco e do álcool, decréscimo no tempo de sobre-vida e aumento do estágio do tumor durante o primeiro exame e no processo diagnóstico, em indivíduos negros e com baixa renda.

Gervásio et al. (2001) observaram que o consumo de álcool e tabaco esteve intimamente ligado ao desenvolvimento de CB e entre os 740 pacientes portadores de CB de dois hospitais em Belo Horizonte, Brasil, 63,9% eram usuários de fumo e álcool.

Canto et al. (2002) realizaram um estudo com médicos nos Estados Unidos e afirmaram que, nesse país, os médicos são altamente conhecedores de que o tabaco e o álcool são os maiores fatores de risco para o CB. Foram colocadas normas na prática da prevenção para atender pacientes com condutas de risco, como o uso de tabaco e álcool e incentivá-los a largar o hábito.

Do et al. (2003) avaliaram a relação entre a continuidade dos hábitos de fumar e beber em pacientes já tratados e o aparecimento de novos tumores. Encontraram um risco relativo, RR = 2,1 para idades avançadas, RR = 1,5 para tumores iniciais em estágio II, RR = 2,1 para a continuidade do hábito de fumar e RR = 1,3 para a continuidade do hábito de beber. Ao final concluíram que existe uma importante associação entre novos tumores e a continuidade dos hábitos de fumar e beber.

Zeka (2003) em uma revisão da literatura selecionou, entre trinta trabalhos, quatorze que pesquisaram sobre a associação de fumo e álcool com o CB. Os autores estudados standardizaram como níveis máximos, as medidas de consumo de fumo em vinte e oito maços de cigarro por semana, 560 gramas de nicotina, e de álcool em 84 drinques por semana, 1000 gramas de etanol

(níveis de álcool capazes de causar narcose). Ao final concluíram que existe uma associação grande entre o uso combinado de álcool e tabaco com os cânceres do aparelho aerodigestivo superior.

O INCA também cita que o uso combinado de fumo e álcool aumenta mais o risco de CB, orofaringe e laringe, confirmando também o sinergismo desses dois fatores de risco para o CB (Brasil, 2004a).

3.2.4 Fatores biológicos

Para Kignel e Birman (2000), a relação entre a *Candida albicans* e o CB, nesta intrincada cadeia de fatores locais, deve ser considerada. Além da ação do fumo e do álcool, também deve ser considerada a ação dos fungos nas alterações da mucosa bucal, decorrente do seu alto poder de nitrosação, ou seja, formação de nitrosamina, na possível transformação maligna, ainda não totalmente elucidada. Assim, a ação fúngica deve ser mais bem estudada, mesmo que como coadjuvante na etiologia das neoplasias bucais.

Higa et al. (2003) em seu estudo em Oknawa, cidade japonesa localizada ao sul do continente, verificaram que a incidência de carcinoma de células escamosas é 1,5 vezes mais alta que no continente. A maioria dos casos de carcinoma de células escamosas desta cidade é do tipo bem diferenciado, grau III pela classificação da OMS, e comumente infectados pelo vírus Epstein-bar (EBV) e/ou pelo vírus do papiloma humano (HPV). É sabido que o EBV está associado a vários tumores e alterações celulares. Esse EBV é classificado como tipo γ -herpes vírus e infecta linfócitos B e células epiteliais causando malignidade. Com relação ao HPV, os tipos predominantes são 16 e 18, e esses foram encontrados infectando células epiteliais de tumores também do tipo grau III, bem mais que os EBV.

3.2.5 Fatores genéticos

Winn et al. (1998) citaram que o corpo humano é composto de 30 trilhões de células e essas, somente proliferam quando é necessário. Esse processo é resultado de um delicado balanço entre fatores que promovem o crescimento e fatores de inibição desse crescimento. A divisão celular é estritamente controlada por complexas comunicações entre células adjacentes. As células cancerosas derivam-se de uma célula ancestral normal e, alheias a estes mecanismos de controle, seguem seu programa próprio de reprodução, crescendo de maneira irrestrita. Com o tempo elas adquirem habilidade de migrar do sítio original e causar tumores à distância, mecanismo conhecido como metástase, podendo se tornar letais quando invadem órgãos vitais. Os autores afirmam também que, este desordenado mecanismo é iniciado pela mutação em duas classes de genes, os supressores de tumores, substâncias que inibem a reprodução celular e os oncogenes, que ao contrário dos primeiros, estimulam a divisão das células.

Llewelyn et al. (2001) em um trabalho de revisão da literatura, citaram os fatores genéticos relacionados o CB, e dentro dos principais estudados pelos autores pesquisados, foi destacada a participação do gene p53 na gênese do tumor. Citaram a mutação desse e de outros genes supressores de tumores em certas regiões dos cromossomos em pacientes idosos. Afirmam também que estudos em jovens são escassos e nesses existe o início precoce do uso de fatores de risco, como o cigarro e o álcool. Esse fato sugere que o aparecimento de anormalidades moleculares pode trazer os mesmos riscos que em idosos, já que é conhecida a relação desses dois fatores de risco com a mutação da p53, sendo essa alteração a mais encontrada em casos de CB. Além disso, tem sido mostrado uma associação do CB com outros polimorfismos genéticos, como P450 (CYP1 e A1) e Glutathione-transferase (BSTM1), considerados como fatores de proteção por induzirem uma baixa produção de carcinógenos celulares e oxigênio reativo, principalmente

explicando esse fato em pacientes com baixo consumo de tabaco. Acrescentaram ainda que, nenhuma alteração de p53 foi encontrada em pacientes não fumantes e não consumidores de bebidas alcoólicas. Os trabalhos, que mostram ocorrências familiares de câncer, apontam para um componente hereditário no desenvolvimento do CB em pacientes jovens.

Estudo realizado em Belo Horizonte, por Drummond et al. (2002), sobre a influência do polimorfismo do gene TP 53 na gênese do CB, não demonstrou que essa alteração possa aumentar a susceptibilidade ao CB.

Santos et al. (2003) estudaram a relação entre hormônios androgênicos e cânceres de cabeça e pescoço, já que as estatísticas mostram a grande supremacia desses tumores em homens. Concluíram que homens com “CAG repeat” (repetição da seqüência citosina-adenosina-guanina) aumentada têm um risco relativo aumentado em 2,79 vezes. Apesar desse mecanismo não ser bem esclarecido, parece que o “CAG repeat” participa da diferenciação das células da camada espinhosa do epitélio, facilitando o aparecimento de várias alterações genéticas deletérias.

Sudbo et al. (2003) referiram-se à influência da Ciclo-oxigenase 2 (COX2) em vários processos importantes no desenvolvimento do câncer como, por exemplo, a apoptose (morte celular programada), angiogênese (neoformação vascular) e invasividade tumoral (invasividade local do tumor), embora esses mecanismos sejam ainda incertos.

Wada et al. (2003) avaliaram o significado prognóstico da proteína p34cdc2 expressa em 50 casos de carcinoma de língua, e essa expressão foi correlacionada significativamente com o grau de indiferenciação dos tumores e também com a marcante redução do índice de sobre-vida de cinco anos, quando comparado com os tumores p34cdc2 negativos. Concluíram, portanto, que essa proteína tem influência direta na malignidade dos tumores.

3.2.6 Fatores nutricionais

Velly et al. (1998) citaram as deficiências dietéticas como fatores de risco e os alimentos ricos em β -carotenos, derivados de frutas e vegetais como fatores de proteção contra o CB.

De Stefani et al. (1999) afirmaram que, as carnes vermelhas, defumadas, salgadas e as gorduras animais, foram relacionadas dentro dos fatores nutricionais de risco para o CB, por possuírem carcinógenos, além de participarem da formação de radicais livres. Já as frutas cítricas e alguns vegetais, alimentos ricos em β -caroteno e em vitaminas C e E, foram considerados como fatores de proteção contra o CB, pois impedem a formação destes radicais livres, que são capazes de alterar proteínas celulares e até mesmo o DNA celular.

Segundo Zain (2001) num trabalho de revisão da literatura, o papel da dieta na formação dos cânceres epiteliais tem sido alvo de muitos estudos e os achados conduzem a um acúmulo de evidências sugestivas de que alguns nutrientes como a vitamina A, C e E, β -carotenos e selênio podem reduzir a incidência de cânceres epiteliais. Este efeito protetor tem sido atribuído a uma atividade antioxidante, que reduz a formação de radicais livres, que podem causar mutações e alterações nas membranas celulares, como também mudanças na atividade enzimática. Outras ações atribuídas a esses micronutrientes citados por esses autores, são a inibição da proliferação celular e dos oncogenes, além de diminuir a formação de carcinógenos endógenos.

Alguns alimentos fornecem um ambiente propício ao desenvolvimento de células cancerosas. São eles as carnes vermelhas, frituras, molhos com maionese, leite integral e seus derivados, bacon, presunto e salsicha. Existem ainda os alimentos que possuem níveis altíssimos de cancerígenos, por exemplo, os nitritos usados como conservantes em pickles, salsichas e outros enlatados. Esses se transformam em nitrosaminas no estômago, sendo

cancerígenos para esse órgão. Também são citados os alimentos com potencial protetor como as frutas, verduras, legumes e cereais integrais, que contêm nutrientes como vitaminas, fibras e outros compostos, que auxiliam as defesas naturais do corpo na destruição dos carcinógenos, antes que eles causem sérios danos às células. Esses tipos de alimentos também podem bloquear ou reverter os estágios iniciais do processo de carcinogênese e, portanto, devem ser consumidos com frequência e em grande quantidade (Brasil, 2004a).

3.2.7 Fatores raciais

Reis et al. (1997) em um estudo de caso-controle realizado em Salvador, Brasil, com 202 pacientes portadores de CB, obtiveram como resultados que 31,6% dos pacientes eram brancos, 24,7% mulatos claros, 19,8% mulatos médios, 16,3% mulatos escuros e 6,9% negros.

Velly et al. (1998) realizaram um estudo de caso-controle em três hospitais de Goiânia, São Paulo e Curitiba, e em 717 casos de CB, observaram 83% pacientes brancos, 11% mulatos, 4% negros e ainda outros quatro pacientes pertencentes a outras raças.

Winn et al. (1998) citaram que nos Estados Unidos o CB é o sexto tipo de câncer mais comum nos homens brancos e o quarto mais comum nos homens negros.

Para Abdo (2001), a distribuição racial encontrada para o CB, levou-o a considerar que, a prevalência para um segmento racial tem relação com o grau de miscigenação em cada região e que é difícil padronizar um critério único para definir a cor da pele, dificultando a comparação de resultados.

Por outro lado Gervásio et al. (2001) em um trabalho realizado em Belo Horizonte, Brasil, com 740 casos de pacientes com CB, encontraram dentro do

perfil dos portadores de CB, uma porcentagem de 33,5% de pacientes negros, 42,8% de mulatos e 23,7% de brancos.

Zain (2001) citou que vários trabalhos foram realizados entre vários grupos étnicos da Ásia central e sudoeste deste continente e os autores estudados mostraram a prevalência de CB de um grupo sobre o outro, mas ao final esse autor concluiu que, as variações entre os grupos devem ser atribuídas às suscetibilidades genéticas e, principalmente à influência das dietas.

3.2.8 Fatores etários

Reis et al. (1997), em Salvador, Brasil, encontraram 37 (18,3%) em 202 pacientes portadores de CB abaixo de 50 anos, 95 (47%) entre as idades de 50 a 69 anos e 70 pacientes (34,7%) com idade de 70 anos ou acima, numa amostra de 202 pacientes portadores de CB.

Velly et al. (1998) trabalharam com 717 pacientes portadores de CB, faringe e laringe e nessa amostra encontraram 265 pacientes com idade inferior a 55 anos, 253 com idade entre 55 e 64 anos, 148 entre 65 e 74 anos e 75 com idade superior a 75 anos.

Kerawala (1999), na Inglaterra, ao pesquisar 152 pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço encontrou uma média de idade de 57 anos entre os portadores de câncer de cabeça e pescoço.

Abdo (2001) encontrou em seu estudo, realizado em Belo Horizonte, Brasil, com 154 pacientes do SUS portadores de CB, uma média de idade de 57,7 anos para os homens e 65,7 para as mulheres.

Para Alisson (2001), dentre os 191 portadores de câncer de cabeça e pescoço identificados em seu trabalho realizado no Canadá, a média de idade foi de 64,1 anos, sendo 51 pacientes com menos de 57 anos, 46 pacientes entre 58 e

64 anos, 50 pacientes entre 65 e 72 anos e 44 pacientes com idade superior a 72 anos.

A média de idade dos pacientes portadores de CB em dois hospitais de Belo Horizonte, Brasil, por Gervásio et al. (2001) foi de 58,6 anos.

Llewelyn et al. (2001), após uma revisão da literatura, concluíram que o CB está cada vez mais presente em jovens do Reino Unido e, dado ao menor tempo que esses estão em contato com os fatores de risco, principalmente fumo e álcool, existe uma sugestão de que outros fatores estejam envolvidos, como por exemplo, uma predisposição genética para o CB.

Canto et al. (2002) afirmaram em seu trabalho realizado nos Estados Unidos, que mais de 95 % dos CB ocorrem em pacientes com idade acima de 40 anos e a idade média em que os diagnósticos são realizados é de 60 anos sendo, portanto, detectado em fases tardias.

No trabalho de Cruz et al. (2002), a média de idade encontrada foi de 49,46 anos, entre 803 pacientes acometidos por CB incluídos em sua amostra, obtida nos Estados Unidos, sendo que a maioria deles tinha idade acima dos 40 anos.

3.2.9 Outros fatores

Axéll e Downer (1995) afirmaram que o líquen plano é, dentre as lesões cancerizáveis, a que mais facilmente pode se transformar em CB e essa lesão é causada por uma reação de hipersensibilidade associada ao stress.

Reis et al. (1997) relataram que o uso de próteses não revelou risco significativo, no entanto a OR = 10,09, encontrada no uso de próteses mal-adaptadas, sugere uma alta representatividade dessa variável no desenvolvimento de neoplasias malignas orais. Também, nesse estudo, os autores referiram-se ao uso de antissépticos bucais com o risco de CB em

concentrações acima de 25% de etanol. Esses autores ainda citaram que a higiene bucal, avaliada pela frequência de escovações, não revelou risco significativo no desenvolvimento de neoplasias malignas orais, até mesmo em indivíduos com má-higiene.

Velly et al. (1998) incluíram entre os fatores de risco para o CB a baixa higiene oral com pouca escovação e feridas causadas por próteses mal-adaptadas. Também citaram que a atrofia de mucosas, como a oral, por exemplo, causada por qualquer fator, as torna mais susceptíveis à ação dos carcinógenos.

Cruz et al. (2002) concluíram que, próteses mal-adaptadas, dentes pontiagudos e uso de antissépticos com concentrações acima de 25% de etanol, também devem ser considerados como fatores de risco para o CB.

Gandolfo et al. (2003) afirmaram que a mais importante complicação do líquen plano é o desenvolvimento de CB e fizeram um estudo de coorte, no norte da Itália, com 402 pacientes com líquen plano, confirmados histologicamente, para avaliar o risco de desenvolver CE. Após um período de acompanhamento de janeiro de 1988 a julho de 1999, entre os 297 pacientes que continuaram no estudo, dois homens (1,3%) e sete mulheres (2,9%) desenvolveram CE. Os autores concluíram então, que o risco para desenvolver CB teve um aumento significativo, dentre os pacientes com líquen plano oral, se comparados à população em geral.

3.3 Grau de instrução

Fabian et al. (1996) descreveram o grau de instrução entre 22 portadores de CB em sua amostra obtida em Toronto, Canadá, da seguinte forma: 9% tiveram menos de oito anos de estudo, 18% estudaram entre oito e 13 anos, 22,7% terminaram o segundo grau e 50% tinham o terceiro grau como escolaridade.

Reis et al. (1997) encontraram que entre 202 pacientes portadores de CB 48,5% eram analfabetos, 37,1% tinham o primeiro grau incompleto, 1,9%

tinham o segundo grau incompleto, 6,9% haviam completado o segundo grau, e somente 1,5% haviam completado o curso superior.

Abdo (2001) apurou um grande número de analfabetos entre os portadores de CB. Observou também uma grande dificuldade de absorver informações escritas, mesmo entre aqueles considerados como não analfabetos. Foram encontrados 44,8% analfabetos, 49,3% entre a terceira e oitava séries do primeiro grau e somente 5,8% com grau de escolaridade acima da oitava série, numa amostra de 154 pacientes portadores de CB.

Alisson (2001) encontrou em sua amostra obtida em Montreal, Canadá, entre 191 pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, uma porcentagem de 64,3% com nível de escolaridade correspondente ao primeiro grau e 68% com o correspondente ao segundo ou terceiro graus.

3.4 Renda familiar

Segundo Reis et al. (1997), em seu estudo com 202 pacientes portadores de CB de Salvador, Brasil, que vários fatores contribuem para esta doença. Dentre eles está a renda mensal. Concluíram que, dentre os portadores, em torno de 50,3% têm renda mensal de até 100 dólares.

Abdo (2001) encontrou, dentro do perfil do paciente portador de CB em Belo Horizonte, Brasil, uma renda mensal de até um salário mínimo para 62,3 % dos pacientes entrevistados em sua amostra.

Segundo uma revisão da literatura realizada por Llewelyn et al. (2001), em uma análise feita pelo Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos, houve aumento no estágio do tumor durante o primeiro exame e no processo diagnóstico, relacionado com baixa renda.

Dentro dos seus dados, o INCA cita que, dentre os pacientes portadores de CB, estão os com baixa renda e baixa situação socioeconômica (Brasil, 2002).

3.5 Nível de informações sobre CB

Os altos índices de mortalidade e de diagnóstico tardio para o CB, têm levado vários autores a questionarem o pouco conhecimento da população sobre essa neoplasia e a sugerirem campanhas de educação e esclarecimento (Antunes et al., 2001; Kerdpon e Sriplung, 2001).

Horowitz et al. (1995), em Maryland, EUA, concluíram que o nível de conhecimento sobre fatores de risco e sinais iniciais de CB demonstrado por um grupo de adultos americanos é muito baixo. Em seu questionário dirigido, perguntaram sobre os fatores de risco e deram quatro opções de resposta: (1) Se o fator citado com certeza aumentaria o risco, (2) se provavelmente aumentaria o risco, (3) se provavelmente não aumentaria; (4) se com certeza o fator não aumentaria o risco para o CB. Verificaram que dos 41.104 adultos entrevistados, somente 25% identificaram corretamente pelo menos um sinal inicial de CB e 44% disseram que não conheciam nenhum sinal inicial de CB. Apenas 13% dos entrevistados reconhecem no álcool um fator de risco. Somente o tabaco foi bem identificado como fator de risco tendo sido citado por cerca de dois terços dos participantes. Avaliações sobre gênero, raça e etnia, além de visitas recentes a médicos e dentistas, indicaram uma importante falta de conhecimento sobre CB, embora as mulheres demonstrassem mais conhecimentos que os homens. Ao final, os autores sugeriram uma intervenção pública educacional organizada para a melhoria do conhecimento sobre saúde da população em geral.

Fabian et al. (1996) em Toronto, Canadá, demonstraram em seus estudos que o conhecimento sobre as causas de CB aumenta com o nível educacional e diminui com a idade após os 50 anos. Concluíram que existe uma grave falta de conhecimento pela população em geral a respeito das causas do CB, e que é imperativo que os pacientes sejam informados de todas as conseqüências dos hábitos e condutas relacionados ao CB.

Chaim e Coppi (1998) na cidade de Araras, Brasil, em seu estudo com 152 estudantes do 3º e 4º anos do curso de odontologia, encontraram que 95,4% conheciam os riscos do fumo em relação ao CB, concluindo que existe um alto nível de conhecimento sobre esse fator de risco para o CB. Nessa amostra a idade dos participantes variou entre 20 e 31 anos.

Gomes e Carvalho (1999) realizaram um estudo sobre o nível de informações sobre CB e seus fatores de risco entre pessoas residentes no meio rural das cidades de Barretos, Guaraci, Colina e Terra Roxa, do interior de São Paulo, Brasil, e constataram que entre os entrevistados, o nível de informações sobre associação de fatores de risco de CB aumentou conforme o grau de instrução e nível socioeconômico e diminuiu com a idade acima dos 60 anos. Ao entrevistarem 1.089 pessoas com idade acima de 20 anos, os autores citaram os fatores de risco relacionados ao CB e davam três opções: (1) Não, o participante negava a associação com o CB, (2) Sim, o entrevistado afirmava haver a associação, (3) Não sei, a pessoa não tinha idéia sobre a possibilidade de haver associação. Também concluíram que o nível de informação foi maior entre as mulheres. Os autores sugeriram que as informações não atingem a população como deveriam, pois as respostas dos entrevistados mostraram um grande desconhecimento a respeito desta doença e dos seus fatores de risco. Dentre os resultados, constataram que, 60% dos entrevistados associaram o tabaco ao CB, 45% fizeram associação do álcool com o CB, 39% associaram certos alimentos, como carne vermelha, ao CB e 67% associaram a radiação solar com o câncer de lábio.

Lowry e Craven (1999), na Inglaterra, realizaram um estudo com indivíduos do sexo masculino, com idades entre 45 e 60 anos de idade, fumantes e que consumiam álcool em altas doses. Concluíram que existe uma grande falta de conhecimento e entendimento sobre os fatores de risco para o CB pelos pacientes de sua amostra, que estavam bastante expostos a esses dois fatores de risco.

Mauad et al. (1999) fizeram um estudo sobre o hábito de fumar entre 4.599 alunos de escola pública de Barretos, no interior de São Paulo, Brasil, e concluíram que o hábito de fumar se inicia por volta dos 12 anos e aumenta com a idade, já que a prevalência é de 7,2% em estudantes de primeiro grau e sobe para 16,6% em estudantes secundaristas, quando estes se aproximam ou atingem os 18 anos. Observaram também que o hábito de fumar aumenta nas classes mais privilegiadas, A e B, em relação às outras, C, D e E. Ao final confirmam a necessidade de se fazer mais campanhas antitabagistas e até mesmo incluir o assunto no currículo escolar, como forma de aumentar os conhecimentos sobre os fatores de risco para o CB.

Shetty e Johnson (1999) estudaram o conhecimento, atitudes e crenças a respeito do CB, seus fatores de risco e seus sinais, em uma população de sul-asiáticos que vive em Londres. Dos 367 adultos entrevistados, 80% reconheceram o fumo como fator de risco, 50% reconheceram o álcool e 41% reconheceram que mascar folha de betel é um fator de risco. Além disso, 42% não conseguiram identificar qualquer sinal inicial de CB, e quase 70% não pensam que placas vermelhas ou brancas, ou ainda feridas que não cicatrizam sejam sinais iniciais de CB. Além disso, mais da metade respondeu que o soalho e a mucosa bucais não são sítios comuns do CB e apenas um quarto citou o palato. Dos entrevistados, 43% citaram dentes como locais propícios ao desenvolvimento de CB, demonstrando grande falta de conhecimento. Por último, cerca de 93% responderam que procurariam o médico em caso de algum sinal inicial de CB. Os autores concluíram que, devido a pouca procura por atendimento dentário, o dentista tem pouca chance de fazer a detecção de algum sinal inicial de CB e que existe grande falta de conhecimento em todas os grupos de sul-asiáticos que moram em Londres.

Warnakulasuriya et al. (1999) realizaram um estudo em dez regiões do Reino Unido, sobre o conhecimento a respeito de CB e seus fatores de risco, através do *National Opinion Poll* (NOP), entre 1.894 eleitores e seus familiares,

selecionados nos registros locais. Os mais altos níveis de conhecimento sobre CB, ou seja, sobre fatores de risco, de proteção e sinais iniciais de CB, foram associados a idades entre 35 e 64 anos e grupos socioeconômicos 01 e 02, ou seja, os mais altos a usuários de tabaco. Por outro lado, houve um decréscimo com a idade entre 16 e 24 anos, com a piora da situação socioeconômica e entre os usuários de álcool. Ao final concluíram que existe uma alarmante falta de conhecimento sobre o CB e seus fatores de risco pela população em geral.

Abdo (2001), em recente trabalho sobre o perfil de 154 pacientes portadores de CB no Hospital Mário Penna de Belo Horizonte, Brasil, afirmou que 90,3% dos pacientes do sexo masculino e 91,6% do sexo feminino têm um nível de informações muito baixo sobre os fatores de risco do CB. Dentre os participantes, a média de idade foi de 55,7 anos para os homens e 65,8 para as mulheres, e ainda, 44,8% eram analfabetos, 62,3% tem renda familiar de até 01 SM, 79,3% fumantes e 48,1% eram etilistas.

Greenwood e Lowry (2001) realizaram um estudo sobre o conhecimento de dentistas e médicos em New Castle, Inglaterra, obtendo 143 retornos de dentistas e 151 de médicos, com os questionários respondidos. Os dentistas relacionaram mais fumo e álcool ao CB que os médicos e também foram capazes de citar mais sinais iniciais de CB que os médicos. Com relação ao exame bucal, os dentistas se preocuparam mais com bordas dentais e locais onde as próteses poderiam causar irritações, não considerando que o soalho bucal é um dos locais mais acometidos pelo CB. Ao final concluíram que os dentistas e médicos dividem uma ampla base de conhecimentos sobre CB, existindo poucas discrepâncias, principalmente com relação aos fatores de risco, sinais iniciais e técnicas de exame. Os dentistas têm maior probabilidade de diagnosticar o CB, com uma OR = 2,68.

Kowalski e Souza (2001), em São Paulo realizaram um estudo com 38 pacientes portadores de câncer, sendo 19 CB e 19 de faringe. Foi pesquisado sobre as representações sociais desses pacientes e de 41 familiares. Dentre os

portadores, a faixa de idade variou entre 34 e 87 anos de idade, com média de 60 anos, 32 eram homens e seis mulheres, sendo 34 brancos. A maioria relatou que as fontes de informação sobre saúde vieram da televisão e do rádio, somente seis pacientes procuravam o dentista com uma frequência de uma vez por ano e 66% só procuravam o médico em caso da persistência de algum sintoma inexplicável. Para 18,5% dos pacientes o tabaco é o fator mais significativo e para 7,2% o álcool, sendo que 26 desses pacientes eram fumantes, dos quais seis pararam de fumar e 13 já haviam tentado várias vezes abandonar o hábito. A investigação da imagem do câncer mostrou que a doença era, freqüentemente associada a objetivos que podem causar ferimentos ou a morte, como armas, facas, etc. Na associação com animais, os mais citados foram os predadores selvagens como o leão, tigre, crocodilo, etc, sendo a maior razão para a escolha a capacidade de matar ou ferir. Na associação com cores, houve a predominância das escuras, como o preto, pela ligação com o medo, com a morte e com funeral. Os dados mostraram que somente 14 pacientes esperavam que o câncer pudesse ser curado e a morte foi um tópico muito associado com o câncer, independente do local, estágio ou outros fatores prognósticos.

Syme et al. (2001) realizaram um trabalho com 331 higienistas dentais de Maryland, EUA, a respeito do conhecimento e opiniões sobre CB e seus fatores de risco, além dos procedimentos realizados para o diagnóstico. Os entrevistados responderam sobre fatores reais e não reais. Sobre os fatores reais, 99,7% identificaram o tabaco e 74,3% identificaram o álcool como fatores de risco para o CB. Dos participantes, 97,8% sabem identificar uma lesão cancerizável e 64% sabem que a idade é um fator importante no desenvolvimento do CB. Poucos participantes, 31,4% citaram que o baixo consumo de frutas e vegetais deixa de proteger contra o CB. Sobre os fatores não reais, 89,3% citaram os alimentos quentes, 56% comidas condimentadas, menos da metade se referiram a fatores familiares, por si só, 18% má adaptação de próteses e 16,4% história familiar. Sobre o conhecimento de

procedimentos diagnósticos, 91% identificaram procedimentos corretos para câncer de língua, 66% afirmaram que cânceres iniciais são assintomáticos, 74% identificaram corretamente lesões iniciais de CB, 62% citaram a borda lateral da língua como o local mais provável de desenvolvimento de CB e 56% disseram que o CE é o câncer mais comum. Entre as conclusões estão: um exame clínico dentário é uma boa oportunidade de se fazer uma prevenção de CB, os higienistas dentais são armas importantes na conscientização para a diminuição dos fatores de risco e diagnóstico precoce e o grupo tem grande interesse em ter uma educação continuada através de leituras e demonstrações práticas preferencialmente.

Cruz et al. (2002) obtiveram uma amostra com 803 entrevistados em seu trabalho realizado em Nova Iorque, onde o grau de instrução de 54% dos entrevistados foi o equivalente ao segundo grau. Do total, 66% já tinham ouvido falar de CB, 39% tinham conhecimento de exames preventivos para o CB, 76% consideraram o tabaco como fator de risco para o CB, enquanto somente 25% acharam que o álcool estava relacionado com o CB. Concluíram ao final que o público em geral, não é devidamente informado sobre a maioria dos fatores de risco do CB, nem sobre a existência de exames para detecção do CB e muito menos para a importância do diagnóstico precoce dessa doença.

Hay (2002) pesquisou a percepção de fatores de risco do CB entre os entre 803 participantes de um programa de exame preventivo para essa doença em Nova Iorque, EUA. Foi feita uma convocação pelo rádio e pelo correio nas imediações da Universidade e do hospital. Foi feita uma entrevista, onde o questionário era composto de 21 itens, com perguntas sobre situação sociodemográfica, conhecimento sobre CB, história de condutas de risco, tentativas de abandonar o hábito de fumar, pelo questionário CAGE (*Cut down, Annoyance by criticisms, Guilty feeling and Eye openers*). Nessa amostra 345 (43%) eram fumantes e desses, 62% consumiam mais de um maço de cigarros por dia, a maioria com idade acima de 40 anos e apenas 9% com dependência

e uso abusivo de álcool. Do total 46% relatou pelo menos uma conduta de risco. Nem a idade nem o nível educacional influenciou na percepção. Os usuários de álcool e fumo sentiam-se com maior risco do que os que não usavam, fumantes inveterados sentiam-se com maior risco que os não fumantes ou os que fumavam pouco, os alcoólatras não se sentiam com maior risco do que os que não consumiam bebidas, os homens sentiam-se com maior risco que as mulheres e os asiáticos não se sentiam com mais risco que os demais. O autor concluiu que é muito baixo o conhecimento geral sobre CB, que existem poucos programas educacionais para informar sobre o CB e o aconselhamento para deixar o hábito de fumar deve ser viabilizado para alcançar aqueles que tem mais condutas de risco.

Horowitz et al. (2002) relataram que os achados do seu estudo em grupos focados na cidade de Maryland, EUA, sugerem que um esforço maior em dar informações e educação para o público sobre a prevenção e a detecção precoce do CB é bastante necessário, dado que o nível de conhecimento da população é muito baixo.

Hashibe et al. (2003), em seu trabalho caso-controle realizado na estado de Kerala, Índia, concluíram que entre 59.894 entrevistados, quanto mais alto o status socioeconômico, a renda e o nível educacional menor o risco de lesões pré-malignas, pois diminuem os fatores de risco e aumentam os fatores de proteção, e também encontraram mais pacientes, grupo de casos, com baixo status socioeconômico, baixa educação e baixa renda, que no grupo controle.

Humphris e Field (2003) realizaram um estudo na Inglaterra, com 994 pacientes, na sala de espera de consultórios médicos e odontológicos, onde a média de idade foi em torno de 42 anos e os participantes foram divididos em dois grupos, sendo que o primeiro seria entrevistado num primeiro momento e depois que recebesse um folheto explicativo sobre CB, seria submetido ao mesmo questionário. Já o segundo grupo seria entrevistado, sem que recebesse o folheto informativo. Foi avaliado o nível de conhecimento destes

pacientes antes e depois de receberem um folheto explicativo sobre CB. Concluíram que houve um aumento significativo do conhecimento sobre esta doença, no grupo que recebeu o folheto, numa segunda avaliação, após terem recebido esse folheto, em comparação com o grupo que não recebeu o folheto, ressaltando a necessidade de que o público deva ser instruído melhor sobre esta doença.

Dados do INCA (Brasil, 2004b) confirmam que, quanto mais pobre menor é o acesso ao sistema de saúde, menos informação recebida, menos conhecimento, maior exposição aos fatores de risco, entre eles, o tabagismo, significando piora progressiva na qualidade de vida.

3.6 Prevenção

Como relato do “III Simpósio de Diagnóstico precoce, Prevenção do câncer oral e pré-câncer”, realizado em 1995 no Japão, Axéll e Downer (1995) citaram as seguintes estratégias:

- 1- Exame bucal de tecidos moles para detecção de lesões uma vez por ano;
- 2- Fazer treinamentos dos profissionais;
- 3- Definir lesões cancerizáveis como indicadores da doença;
- 4- Considerar cada paciente de acordo com seus próprios riscos, segundo seus hábitos, idade, ocupação, etc.

A partir desses dados foram definidos os seguintes procedimentos:

- 1- Educação preventiva primária;
- 2- Treinamentos dos examinadores;
- 3- Adotar uma padronização em exames e procedimentos;

4- Fazer controles de pacientes com lesões cancerizáveis;

Horowitz et al. (1995) concluíram que uma das necessidades mais presentes, caso se queira diminuir a quantidade de indivíduos predispostos ao CB, é dar um enfoque educacional à população sobre os riscos do fumo em relação ao CB, em programas de promoção e educação em saúde oral, porquê a prevenção é ainda pequena nessa área, dado que, menos de 11% dos casos de CB são diagnosticados em fase inicial, quando a cura ainda é possível.

Chaim e Coppi (1998) concluíram que entre os 152 estudantes de odontologia da cidade de São Paulo, entrevistados no seu trabalho, 54 eram fumantes, sendo que 30 participantes afirmaram que pretendiam parar de fumar, quatro não pretendiam, 10 responderam talvez e 10 disseram que um dia vão parar de fumar. Os autores fizeram um questionamento então, se os profissionais de saúde fumam, como pedir ao pacientes que não o façam? Ao final do trabalho, reafirmaram a necessidade de um processo educacional mais rigoroso durante a graduação, para que os futuros profissionais dêem o exemplo não fumando e que estes deveriam incorporar mais as campanhas antitabagistas.

Já Hayassy (1998) concluiu que os cirurgiões-dentistas do SUS de Niterói, Rio de Janeiro, não seguem a rotina de trabalho planejada, não fazendo, portanto, os exames preventivos para o CB porquê não se sentem capazes de diagnosticar lesões cancerizáveis, e que os procedimentos que realizam são clínicos, e as intervenções de prevenção se resumem à profilaxia bucal. Este autor afirma que o CB é curável e tem um bom prognóstico, quando diagnosticado e tratado em uma fase inicial e, este diagnóstico pode ser feito por um profissional atento que realiza a semiotécnica do exame bucal.

Gomes e Carvalho (1999), no Brasil, ao concluírem ser muito baixo o nível de informações sobre CB e seus fatores de risco, afirmaram que seus achados permitiram que fossem identificados grupos populacionais que poderiam ser

beneficiados com programas preventivos voltados para a mudança de seu estilo de vida.

Nagao et al. (2000) realizaram um estudo em Tokoname, cidade do Japão, onde os moradores com idade acima de 40 anos, foram convidados a realizar um exame da cavidade oral. Esses exames foram procedidos por três categorias de profissionais: residentes do hospital municipal, dentistas desse mesmo hospital e dentistas clínicos gerais da cidade. Foram examinados 19.056, sendo 5.885 homens e 13.171 mulheres, com média de idade de 60,7 anos. Concluíram que foram satisfatórios os exames realizados para lesões cancerizáveis e até mesmo os CB já instalados na população, mas ao final reforçaram a idéia da necessidade de treinamento dos profissionais, a exemplo do que acontece em Cuba.

Thomaz et al. (2000) chamaram atenção para o fato de que vários programas de saúde oral têm sido realizados no Brasil, entretanto, a maioria não tem considerado o diagnóstico precoce do câncer, mas as doenças periodontal e a cárie. O auto-exame bucal é uma das estratégias mais importantes para se obter o diagnóstico do CB em fase inicial, possibilitando uma melhora significativa no prognóstico do paciente. Esse procedimento deveria ser ensinado sistematicamente nas atividades de educação comunitária, em linguagem fácil e acessível à população. Entretanto, a grande maioria da população desconhece este fato. O auto-exame da cavidade oral é um procedimento simples, bastando para a sua realização, um ambiente bem iluminado e um espelho, devendo-se procurar por mudanças na cor da pele e da mucosa, endurecimentos, caroços, feridas, inchações, áreas dormentes ou dolorosas, dentes quebrados ou com mobilidade ou sangramentos. A técnica do auto-exame consta de preparo de boca, com limpeza e remoção de próteses, inspeção da pele do rosto e do pescoço, inspeção e palpação dos lábios, das bochechas, de toda a gengiva, inspeção do soalho bucal e glândulas salivares, inspeção e palpação do palato duro, visualização do palato

mole e orofaringe, inspeção, palpação e movimentação da língua, palpação do pescoço e de toda a cadeia ganglionar cervical. Esse trabalho teve como objetivo, realizar um programa de prevenção do CB, através do auto-exame da boca e do esclarecimento sobre a necessidade do diagnóstico precoce desta entidade patológica e foi realizado por meio de palestras educacionais sobre prevenção e diagnóstico precoce do CB, no estado do Maranhão, Brasil. Inicialmente foi aplicado um questionário referente ao câncer oral. Em seguida era apresentada uma palestra sobre o esse mesmo tema e depois então, novamente o mesmo questionário. Ao final do período entre agosto de 1997 e janeiro de 1999, foram realizadas 73 palestras sobre CB para um total de 2.283 pessoas, das quais 27 (1,2%) foram encaminhadas ao Hospital de referência de CB com lesões suspeitas de serem CB.

Abdo (2001), tendo em vista a grande dificuldade em absorver informações escritas pelos pacientes portadores de CB, até mesmo entre os não considerados como analfabetos, afirmou que cartazes, cartilhas e panfletos não são formas eficazes de divulgação e prevenção do CB.

Costa e Migliorati (2001) estimaram em seu trabalho o tempo que decorria entre o momento em que uma lesão maligna era detectada até o momento em que o paciente iniciaria uma terapia em um centro especializado para tratamento de CB, em São Paulo, Brasil. Então 15 pacientes foram acompanhados, sem que a rotina fosse alterada e resultou que, os pacientes em média aguardaram 19,3 dias para receberem o diagnóstico, e mais 65,7 dias para iniciarem o tratamento, totalizando 84 dias. Concluíram que, baseado nos fatos que o diagnóstico precoce do CB e o tratamento imediato são fatores importantes na diminuição da morbidade e mortalidade causadas por essa doença, acreditam que o serviço público de diagnóstico e tratamento do pacientes portadores de CB, que serve os pacientes da Faculdade de Odontologia da USP, deva ser reavaliado.

Para Greenwood e Lowry (2001), dado que os conhecimentos a respeito do CB são compartilhados pelo dentista e pelo médico e os dois profissionais de saúde têm praticamente as mesmas oportunidades de fazer diagnósticos de CB, sugerem que palestras sobre CB e seus aspectos devem ser valorizadas no futuro, tanto por dentistas, quanto por médicos, que otimizariam esforços e dividiriam as responsabilidades dos dois grupos.

Syme et al. (2001), em seu trabalho com higienistas dentais, em Maryland, EUA, listaram os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio de CB, feitos na maioria das vezes após os 60 anos de idade: (1) Falta de sintomatologia do CB; (2) as localizações não serem muito visíveis; (3) o baixo número de exames preventivos; (4) o baixo nível de conhecimento pelo público sobre cuidados para a saúde, fatores de risco, sinais e sintomas do CB; (5) a inadequada identificação precoce de condutas de risco e falta de atividades educacionais que poderiam reduzir essas condutas e os fatores de risco.

Canto et al. (2002) concluíram que o médico é mais procurado que os dentistas pelos pacientes em caso de suspeita de CB, sendo os dentistas procurados para problemas dentais e gengivais e os médicos para outras alterações bucais e de garganta. Afirmaram também que somente 14,8 % dos médicos e 17 % dos dentistas fazem exames regularmente como prevenção do CB e que existe uma necessidade de melhorar programas de saúde do estado, para prevenção e diagnóstico precoce do CB.

Cruz et al. (2002) afirmaram que, mais da metade dos diagnósticos de CB nos Estados Unidos, é feita em fase tardia. A *American Cancer Society* preconiza um exame por ano em pessoas acima de 40 anos de idade e que os profissionais de saúde, médicos e dentistas, deveriam realizar esses exames anualmente em seus pacientes devido à facilidade de execução, baixo custo e alto benefício para os pacientes. Outro fato citado foi que, apenas 15% dos 803 entrevistados relatou receberem exames preventivos para o CB. Relataram ainda que 66 % dos pacientes já ouviram falar sobre CB e sobre exame

preventivo, 76 % consideraram que o tabaco é um fator de risco e somente 25 % citaram o álcool como fator de risco para o CB. Ao final concluíram afirmando que as informações atingem principalmente os que têm fator de risco, e que devido ao baixo conhecimento, o público deve ser mais bem informado.

Horowitz et al. (2002) verificaram em seu estudo em Maryland-USA, que os entrevistados acharam muito estranho e embaraçoso que o CB fosse raramente divulgado e pensam que, esforços devem ser feitos, para aumentar estas informações. Sugeriram, portanto, como as campanhas sobre CB deveriam ser divulgadas, como, por exemplo, em cartazes, avisos de advertência nos ônibus e metrô, aulas sobre saúde nas escolas, programas informativos na TV, páginas na Internet, discussões em grupos religiosos, e também através do rádio.

Humphris e Field (2003) fizeram um estudo sobre o efeito imediato da aplicação de um questionário no conhecimento de CB, na sala de espera de dezesseis consultórios médicos, onde foram distribuídos panfletos explicativos sobre conhecimento, atitudes e instruções a respeito de CB. Participaram 949 pacientes com 88 recusas de participação. Do total de 861 pacientes, 428 (49,3 %) não receberam o panfleto, que foi distribuído aos outros 433 (50,7 %). Foi estabelecida uma pontuação para as respostas e ao final, avaliaram que houve um significativo aumento no nível de informação do grupo que recebeu o panfleto em comparação com o outro grupo, sendo reafirmada a necessidade de melhor informação para a população sobre essa doença.

Segundo informações do INCA (Brasil, 2004a) dentre as medidas de prevenção estão o aconselhamento para parar com o hábito de fumar, consumo moderado de bebidas alcoólicas, além da adoção de uma alimentação mais saudável. Para o rastreamento ou detecção precoce do CB, deve ser realizado um auto-exame da cavidade oral, ou mesmo um exame por um profissional clínico. Esse exame de boca cuidadoso deve ser realizado em todas as consultas. Nos

indivíduos com maior risco, os fumantes e/ou consumidores de bebidas alcoólicas, deve ser sistemático e aqueles que possuem lesões suspeitas devem ser encaminhados para os procedimentos diagnósticos necessários.

4 METODOLOGIA

4.1 Aspectos éticos

Esse estudo foi desenvolvido através da aplicação de um questionário entregue a pessoas selecionadas aleatoriamente.

As pessoas entrevistadas foram devidamente informadas do teor e objetivos da pesquisa, sendo-lhes resguardado o direito de não identificação e privacidade, de acordo com o formulário de consentimento livre e esclarecido apresentado e, após a leitura e concordância, foi assinado pelo participante (ANEXO C).

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (Em anexo parecer nº 082/03), no dia 16 de setembro de 2003.

4.2 Questionário para a coleta de dados

O questionário foi elaborado após a realização de um estudo piloto, e foi composto de perguntas abertas sem opções de respostas e sem a interferência do pesquisador.

A primeira parte continha perguntas sobre dados pessoais para a identificação do entrevistado (ANEXO A), tais como o nome, data de nascimento, endereço, telefones de contato, função exercida na Universidade, área de formação acadêmica, grau de instrução e renda familiar.

A segunda parte (ANEXO B), foi composta de perguntas sobre a frequência de visitas ao médico e ao dentista, conhecimento sobre CB, meios de informação sobre CB, fatores de risco e de proteção, conhecimento de auto-exame de boca, conhecimento sobre sinais iniciais de CB e profissionais que o paciente procuraria em caso de algum sinal inicial.

4.3 Local de coleta dos dados

Os dados foram obtidos através de 260 entrevistas realizadas com pessoas ligadas à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), professores, alunos e funcionários técnico-administrativos, no período de outubro a dezembro de 2003, na praça de serviços do Campus Universitário da Universidade Federal de Minas Gerais (CUUFMG), situado na Avenida Antônio Carlos, 6.627, no bairro da Pampulha, na cidade de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. Neste local existem restaurantes, lanchonetes, agências bancárias, livrarias, posto de correio, copiadoras, além de vários outros serviços e para lá se dirigem alunos, professores e funcionários da UFMG, ou seja, local por onde transitam muitos indivíduos pertencentes às três categorias que compõem o quadro da UFMG e ligados às várias unidades presentes no *campus*. Esse foi o principal motivo pelo qual este local foi escolhido para se aplicar os questionários, tanto do estudo piloto, quanto do estudo principal. O horário escolhido foi entre 10:30 e 12:30 horas, que é justamente quando o fluxo de pessoas aumenta. Os entrevistados foram abordados de maneira aleatória, dentro da disponibilidade e concordância deles. Antes de responder ao questionário, foi preenchido e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. O questionário foi entregue para ser respondido pelos entrevistados, sem qualquer interferência do pesquisador e o tempo para que o questionário fosse respondido variou entre 10 e 15 minutos.

4.4 Cálculo amostral

Um estudo piloto (59 entrevistas) foi realizado com intuito de se obter conhecimento prévio do percentual da população de interesse. Nesse caso, foi identificado que 96,6% dos entrevistados relataram já ter ouvido falar de CB. Baseado nisso foi realizado o cálculo amostral, sendo definida uma amostra de 260 pessoas. Todos os resultados foram considerados significativos, para uma probabilidade de significância inferior a 5%. Baseado no estudo piloto utilizou-se a variabilidade populacional (0,033). Assim com uma amostra de 260

peças, a margem de erro de estimação foi de 2,2% para mais ou para menos dentro de um CI de 95% (Barnett, 1982).

Para calcular a amostra utilizou-se a seguinte fórmula (Barnett, 1982):

$$n = \frac{N}{1 + \frac{N-1}{PQ} \left(\frac{d}{z_{\alpha/2}} \right)^2}$$

Onde:

N = total populacional (população infinita)

PQ = variabilidade populacional (0,966 x 0,034 = 0,033)

d = margem de erro amostral (2,2%)

α = nível de significância (5%)

$z_{\alpha/2}$ = valor da tabela normal padrão (1,96)

4.5 Seleção da amostra

As pessoas foram convidadas a participar da pesquisa e foi verificada a existência do vínculo com a Universidade Federal de Minas Gerais, ou seja, os participantes deveriam ser alunos, professores ou técnico-administrativos efetivos ou que prestam serviços terceirizados para essa Instituição.

A estratificação da amostra foi feita com base no índice de proporcionalidade dos três segmentos que compõem a população: 14% de professores, 69% de alunos e 17% de funcionários. Na categoria de alunos foram considerados os que estão na graduação e os da pós-graduação.

4.5.1 Critérios de inclusão

- Todas as pessoas acima de 18 anos que trabalham ou estudam no CUUFMG, no período da coleta de dados;
- Todos indivíduos que concordaram em participar da pesquisa, sem distinção de sexo, raça ou grau de instrução;

4.5.2 Critérios de exclusão

- Pessoas com idade abaixo de 18 anos;
- Pessoas que se recusaram a participar da pesquisa, independente do motivo;
- Pessoas incapacitadas de responder as perguntas por si mesmas;

4.6 Caracterização da amostra

A amostra foi caracterizada segundo o gênero, idade, função exercida na UFMG, área da formação acadêmica, grau de instrução e renda familiar.

A amostra foi distribuída pelas seguintes faixas etárias: (1) 18 a 30 anos, (2) 31 a 50 anos e (3) mais de 51 anos.

A variável “função exercida na UFMG” foi categorizada assim: (1) alunos, (2) professores e (3) funcionários.

A variável “grau de instrução” foi categorizada em dois grupos, (1) segundo grau completo ou em andamento, o chamado nível médio e (2) terceiro grau completo ou em andamento, também chamado de nível superior, sendo incluídos nessa última alunos de graduação e pós-graduação.

A distribuição da amostra, segundo a “área da formação acadêmica”, possibilitou a categorização dos seguintes grupos: (1) área de ciências biológicas, agrárias e da saúde, (2) área de ciências exatas, da terra e engenharias. (3) área de ciências sociais aplicadas e ciências humanas e (4) área de lingüística, letras e artes.

A “renda familiar” foi distribuída em quatro faixas salariais, baseadas no número de salários mínimos (SM) regionais percebidos pela família, sendo (1) 01 a 05 SM, (2) 05 a 10 SM, (3) 10 a 20 SM e (4) mais de 20 SM.

A variável “ouviu falar de CB”, recebeu o seguinte tratamento: (1) ouviu falar; e (2) não ouviu falar, portanto somente duas opções.

A informação referente à “fonte de informação sobre CB” foi categorizada da seguinte maneira: (1) mídia escrita; (2) TV; (3) profissionais de saúde; (4) rádio; (5) mídia eletrônica; (6) todas as fontes; (7) outras fontes, onde foi citado algum parente e/ou amigo que, em alguns casos, eram portadores de CB, livros e palestras.

A variável “fatores de risco” foi categorizada e pontuada de 0 a 05, como se segue: 0 = Não respondeu ou não soube responder; 1 = quaisquer fatores exceto fumo e álcool; 2 = somente fumo; 3 = fumo associado a quaisquer fatores exceto álcool; 4 = fumo e álcool; 5 = fumo, álcool e outros fatores, onde foram incluídos fatores irritantes, doenças bucais, fatores hereditários e genéticos.

A variável “fatores de proteção” recebeu o mesmo tratamento da variável anterior e quando os fatores de risco fumo e/ou álcool foram citados, foi levado em consideração a não exposição a eles. A pontuação ficou assim: 0 = Não respondeu ou não soube responder; 1 = quaisquer fatores exceto fumo e álcool; 2 = somente fumo; 3 = fumo associado a quaisquer fatores exceto álcool; 4 = fumo e álcool; 5 = fumo, álcool e outros fatores, onde foram citados

visitas periódicas a médicos e dentistas, boa alimentação, boa higiene e fazer o auto-exame.

A variável “ouviu falar de auto-exame” foi pontuada da seguinte maneira: 1 = ouviu falar; 0 = não ouviu falar.

Já a variável “sinais iniciais de CB” foi pontuada de 0 a 04 como se segue: 0 = quem não citou qualquer sinal; 1 = quem citou um sinal; 2 = quem citou dois sinais; 3 = quem citou três sinais; 4 = quem citou quatro ou mais sinais iniciais de CB. Os sinais iniciais de CB mais citados foram: feridas que não cicatrizam, tumores ou inchaços, manchas brancas ou vermelhas, sangramentos, falta de sensibilidade, dentre outros.

As pontuações das variáveis independentes “fatores de risco”, “fatores de proteção”, “ouviu falar de auto-exame” e “sinais iniciais de CB” foram categorizados e scoreados no intuito de facilitar a análise estatística dos dados descritos. Desta forma o conhecimento sobre CB foi categorizado em cinco níveis, a saber:

- 1 a 3 pontos = Baixo conhecimento sobre CB;
- 4 a 6 pontos = Regular conhecimento sobre CB;
- 7 a 9 pontos = Médio conhecimento sobre CB;
- 10 a 12 pontos = Bom conhecimento sobre CB;
- 13 a 15 pontos = Ótimo conhecimento sobre CB;

A variável que indica qual profissional de saúde o entrevistado procuraria em caso de algum sinal inicial de CB, foi assim categorizada: (1) dentista; (2) médico; (3) os dois profissionais.

Portanto neste estudo foram consideradas 13 variáveis:

- 1- Gênero
- 2- Idade
- 3- Função exercida na UFMG
- 4- Área de formação
- 5- Grau de instrução
- 6- Renda familiar
- 7- Se o entrevistado já havia ouvido falar em CB
- 8- Qual a fonte de informação
- 9- Conhecimento a respeito de fatores de risco para o CB
- 10- Conhecimento a respeito de fatores de proteção contra o CB
- 11- Se o entrevistado já havia ouvido falar em auto-exame
- 12- Conhecimento a respeito de sinais iniciais de CB
- 13- A quem procurar em caso de algum sinal inicial

4.7 Análise estatística

Os resultados foram analisados por estatística descritiva utilizando o programa SAS - Statistical Analysis System.

Com o objetivo de avaliar a influência das variáveis pesquisadas no percentual de indivíduos que já ouviram falar do câncer de boca, utilizou-se o teste Qui-quadrado. Nos casos em que ocorreram valores esperados menores que 05 utilizou-se o teste exato de Fisher (Johnson, 1986).

A avaliação da influência das variáveis pesquisadas no nível de conhecimento foi realizada baseando-se nos postos/posições das medidas (Rank - posição dos indivíduos na amostra) através dos testes Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. Na análise em que houve comparações de dois grupos utilizou-se o teste Mann-Whitney e na análise que houve comparações de três ou mais grupos utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis (Conover et al., 1980).

5 RESULTADOS

Foram entrevistadas 260 pessoas, não ocorrendo, por parte das pessoas abordadas, qualquer recusa em participar.

Entre os 260 entrevistados, 100 (38,5%) eram do sexo masculino e 160 (61,5%) do sexo feminino (GRAF. 1).

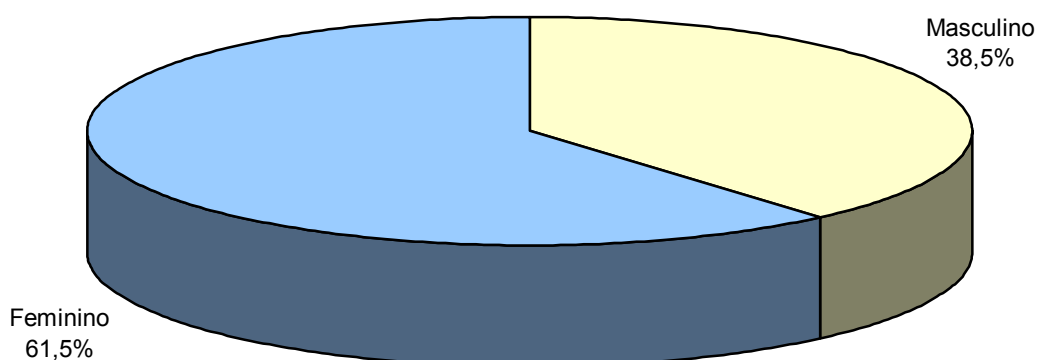


GRÁFICO 1 Distribuição da amostra segundo gênero.

Em relação à idade, a amostra apresentou a seguinte distribuição por faixas etárias: 189 entrevistados (72,7%) tinham entre 18 e 30 anos; 59 (22,7%) entre 31 e 50 anos e 12 (4,6%) deles acima de 51 anos (GRAF. 2).

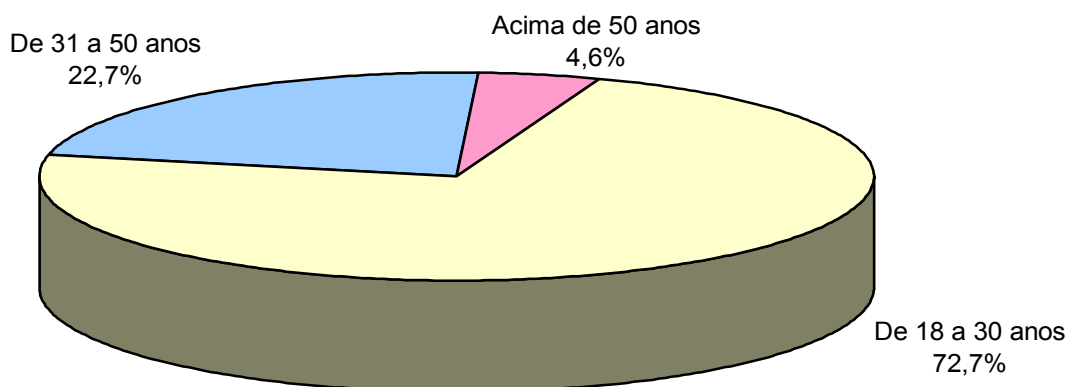


GRÁFICO 2 Distribuição da amostra segundo a faixa etária.

O GRAF. 3 mostra que a maioria dos entrevistados, 187 (71,9%) era composta de estudantes do terceiro grau, 31 (11,9%) entrevistados eram professores e 42 (16,2%) funcionários.

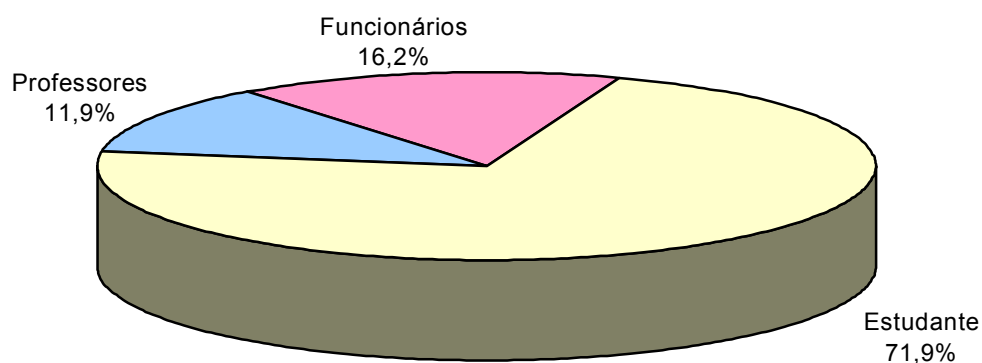


GRÁFICO 3 Distribuição da amostra segundo a função exercida na UFMG.

Segundo os resultados apresentados no GRAF. 4, apenas 17 (6,5%) possuíam o 2º grau completo ou em andamento e os demais, 243 entrevistados (93,5%), possuíam o 3º grau completo ou em andamento.

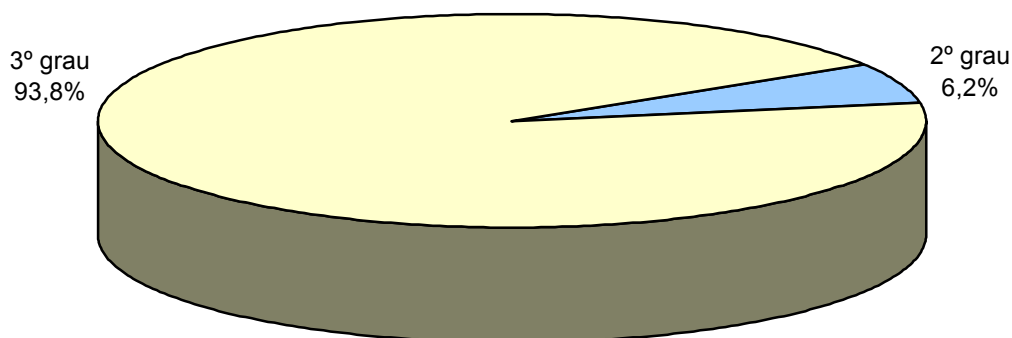


GRÁFICO 4 Distribuição da amostra segundo o grau de instrução.

Quanto à área de conhecimento, 99 (38,3%) entrevistados, que tinham como escolaridade o 3º grau completo ou em andamento, pertenciam à área de Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde; 73 (27,6%) à de Ciências Exatas, da

Terra e Engenharias; 52 (20,1%) à de Lingüística e Artes e 36 (14%) à área de Ciências Humanas Aplicadas (GRAF. 5).

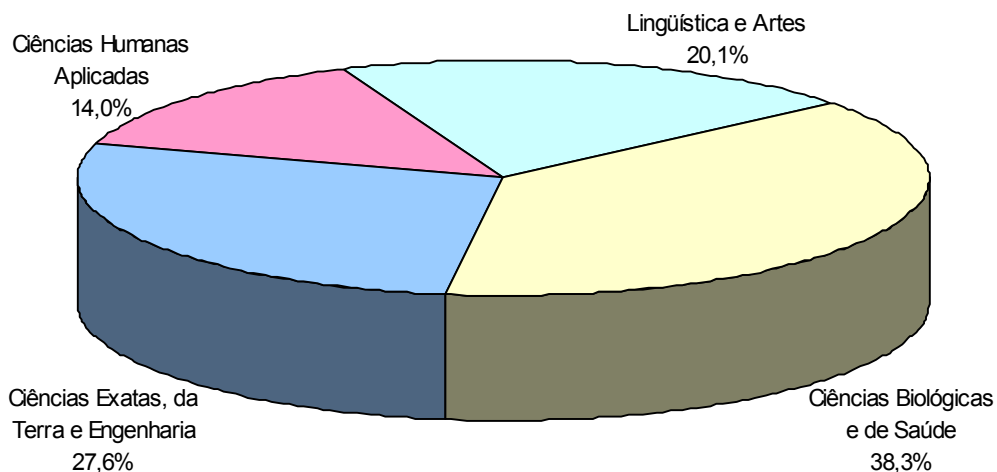


GRÁFICO 5 Distribuição da amostra segundo a área de conhecimento.

Nota: 17 casos tinham escolaridade até o segundo grau completo e não foram incluídos.

Quanto à renda, verificou-se que, entre os 177 entrevistados que responderam sobre renda familiar, 47 (26%) percebiam de 1 a 5 SM, 41 (23%) de 5 a 10 SM, 54 (30%) de 10 a 20 SM e 35 (19%) percebiam mais de 20 SM (GRAF. 6).

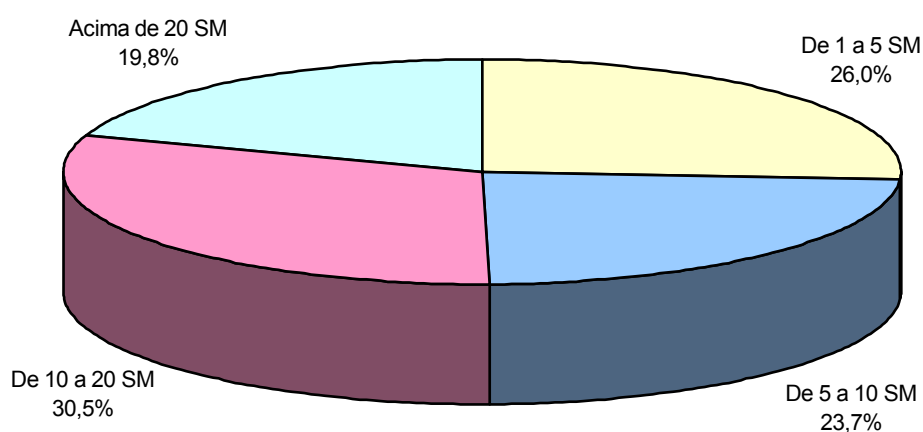


GRÁFICO 6 Distribuição da amostra segundo a renda percebida.

Nota: 83 entrevistados não souberam ou não responderam.

A maioria dos entrevistados, 231 (88,8%), declarou já terem ouvido falar de CB, enquanto os restantes 29 (11,2%) não ouviram falar (GRAF. 7).

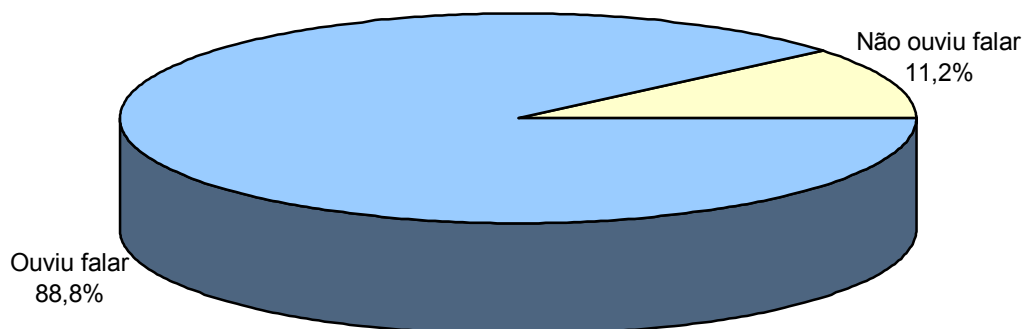


GRÁFICO 7 Distribuição da amostra segundo a variável “ouviu falar de câncer bucal”.

Considerando os 231 entrevistados que já ouviram falar de CB, observou-se que a mídia escrita foi a principal fonte de informação, citada por 70 (30,3%) entrevistados, seguida pela TV, por 58 (25,3%) e os profissionais de saúde citados por 53 (23,1%). A mídia escrita, a TV e os profissionais de saúde foram citados juntos por 34 (14,9%) entrevistados, o rádio por 14 (6,3%) e a mídia eletrônica por seis (2,7%). Foram citados ainda outros fatores, como por exemplo, parentes ou amigos que tiveram a doença (GRAF. 8).

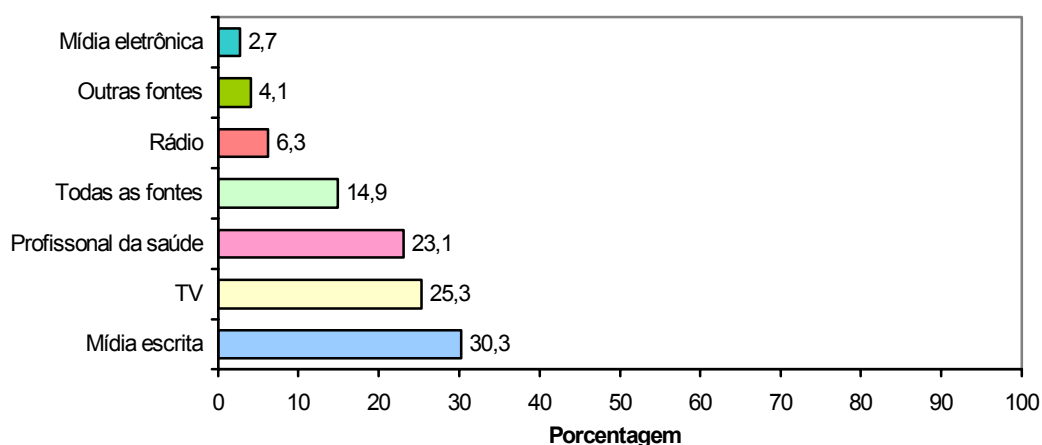


GRÁFICO 8 Caracterização dos entrevistados que já ouviram falar de câncer bucal segundo a fonte de informação.

Nota: Dez entrevistados não souberam ou não responderam.

Em relação aos fatores de risco para o CB, entre os 231 que já ouviram falar de CB, observou-se que o fumo foi citado isoladamente por 75 (32,7%) entrevistados e o fumo associado ao álcool por 12 (5,2%). Além disso, 95 (41,2%) entrevistados citaram o fumo associado a outros fatores, 36 (15,8%) citaram apenas outros fatores e apenas os 12 (5%) restantes citaram o fumo, o álcool e outros fatores como fatores de risco para o CB, como mostra o GRAF. 9. Dentre esses outros fatores de risco para o CB, citados pelos entrevistados, tivemos: má higiene oral, má alimentação, doenças bucais e fatores irritantes.

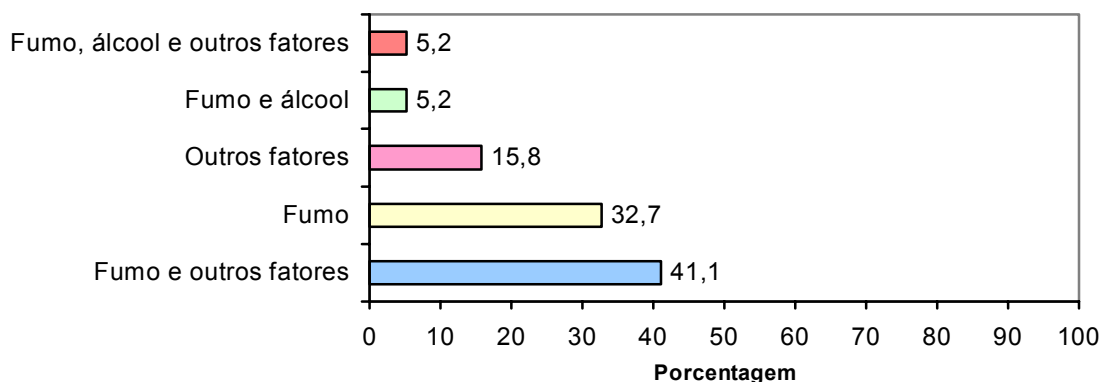


GRÁFICO 9 Caracterização dos entrevistados que já ouviram falar de câncer bucal segundo os fatores de risco citados

Nota: Um entrevistado não soube ou não respondeu.

Já com relação aos fatores de proteção contra o CB entre os 231 entrevistados que já ouviram falar de CB, nove (4%) responderam que fator de proteção contra o CB é não estar exposto ao fumo; 10 (4,5%) ao fumo, ao álcool e a outros fatores; 31 (13,6%) ao fumo e a outros fatores; 44 (19,1%) ao fumo e ao álcool; e 136 (58,8%) a outros fatores.

Além do fato de não estar exposto aos fatores de risco ter sido considerado como fator de proteção, foram citadas, pelos entrevistados, outras condutas que deveriam ser tomadas como fatores de proteção contra o CB. Entre as condutas mencionadas pelos entrevistados encontram-se: a boa alimentação, a

boa higiene, e as visitas periódicas ao dentista e ao médico. Esses resultados são mostrados no GRAF. 10.

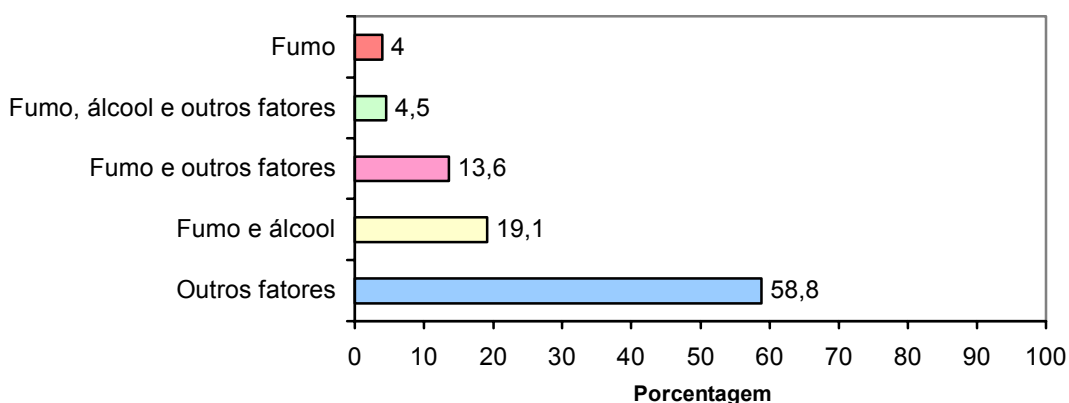


GRÁFICO 10 Caracterização dos entrevistados que já ouviram falar de câncer bucal segundo os fatores de proteção citados.

Nota: Um entrevistado não soube ou não respondeu.

Como pode ser observado no GRAF. 11, dos 231 que ouviram falar de CB, 112 (48,8%) entrevistados citaram corretamente apenas um sinal inicial de câncer bucal, 85 (36,9%) citaram dois sinais corretamente, 27 (11,8%) citaram três sinais e apenas seis (2,5%) citaram quatro sinais ou mais.

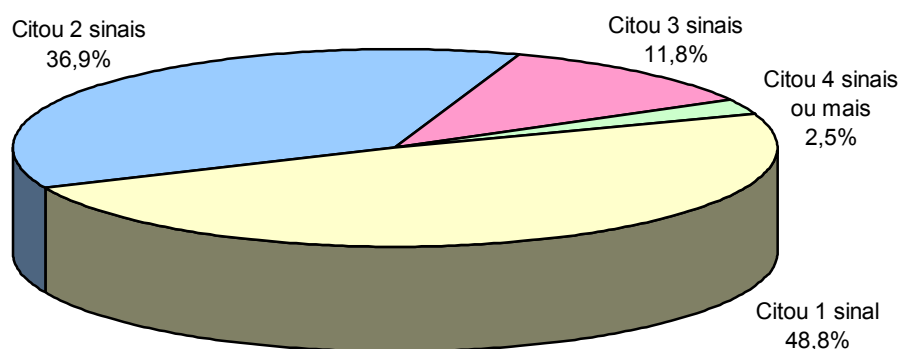


GRÁFICO 11 Caracterização dos entrevistados que já ouviram falar de câncer bucal segundo a quantidade de sinais iniciais da doença citados.

Nota: Um entrevistado não soube ou não respondeu.

Entre os entrevistados que ouviram falar de CB, somente 40 (17,3%) declararam que já ouviram falar do auto-exame. No entanto, a maioria 191 (82,7%) dos entrevistados, declarou que não tinham esse conhecimento ou não responderam. O GRAF. 12 mostra esses resultados.

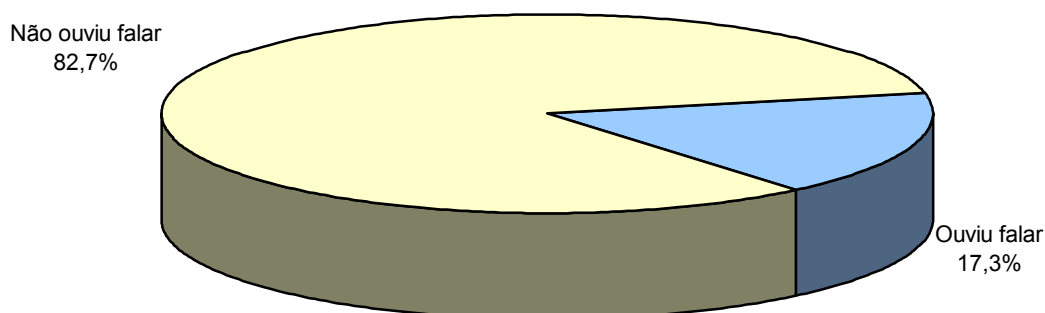


GRÁFICO 12 Caracterização dos entrevistados que já ouviram falar de câncer bucal segundo o fato de já terem ouvido falar de auto-exame.

Os gráficos a seguir (GRAF. 13 a 18) mostram o percentual de entrevistados que já ouviram falar de câncer de boca considerando-se as características pessoais (sexo, faixa etária, função exercida, área de atuação, grau de instrução e renda familiar).

Como pode ser observado não houve diferenças significativas em nenhuma situação, ou seja, suas características pessoais (sexo, faixa etária, função exercida, área de atuação, grau de instrução e renda familiar) não exercem influência no fato de o entrevistado já ter ouvido falar ou não em câncer de boca.

O GRAF. 13 mostra que, dos 231 entrevistados que já ouviram falar de câncer de boca, num total de 260, 100 eram homens e 160 eram mulheres. Dentre os homens entrevistados, 86% deles já ouviram falar de câncer de boca e entre as mulheres 90,6% tinham essa informação.

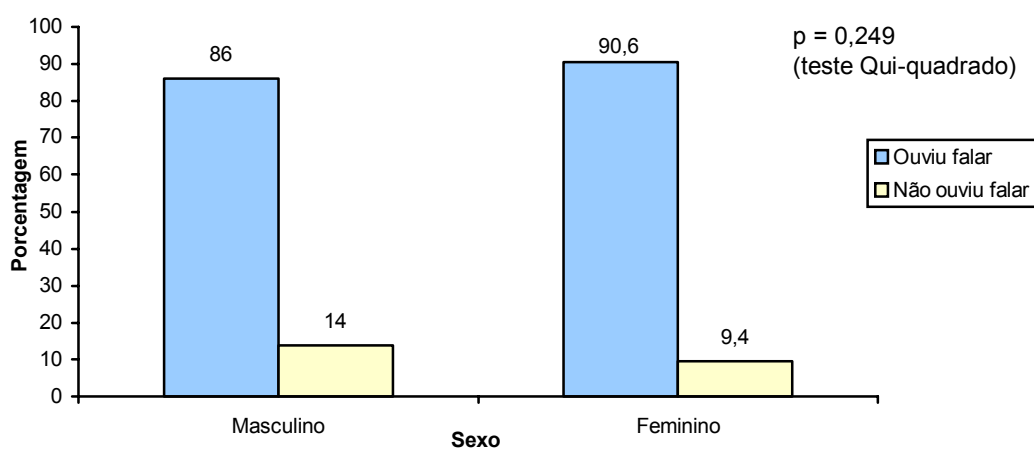


GRÁFICO 13 Distribuição da amostra segundo a variável “ouviu falar de câncer bucal” de acordo com gênero.

O GRAF. 14 mostra que 86,8% dos 189 entrevistados que estavam na faixa entre 18 e 30 anos já tinham ouvido falar de CB; dos 59 entre as idades de 31 a 50 anos, 93,5% tinha essa informação; e dos 12 restantes, com idade acima de 51 anos, 88,1% já tinha ouvido falar de CB.

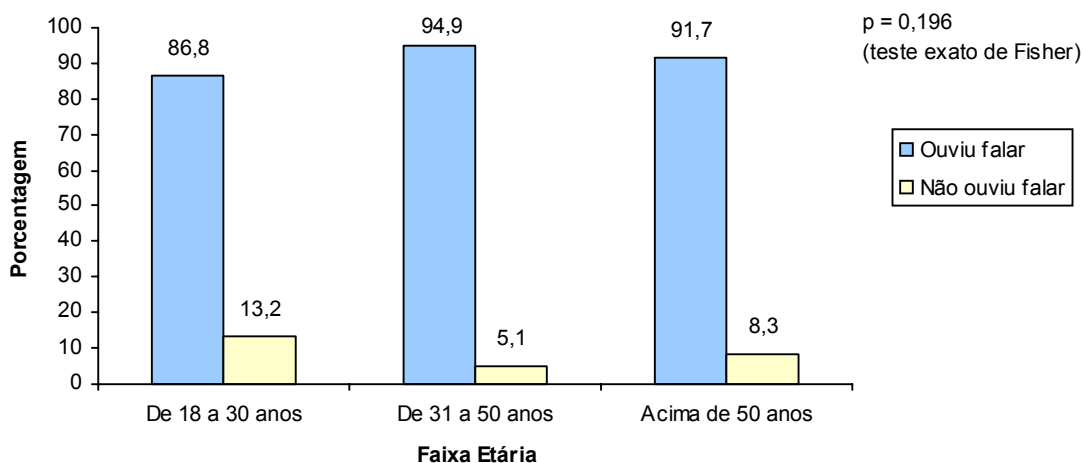


GRÁFICO 14 Distribuição da amostra segundo a variável “ouviu falar de câncer bucal” de acordo com a faixa etária.

A amostra apresentou 187 estudantes, 31 professores e 42 funcionários, entre as 260 pessoas entrevistadas. Dentre eles tivemos 88,2% de estudantes com a

informação de já terem ouvido falar de CB, 93,5% professores e 88,1% dos funcionários, entre os 231 entrevistados. Esses dados são apresentados no GRAF. 15.

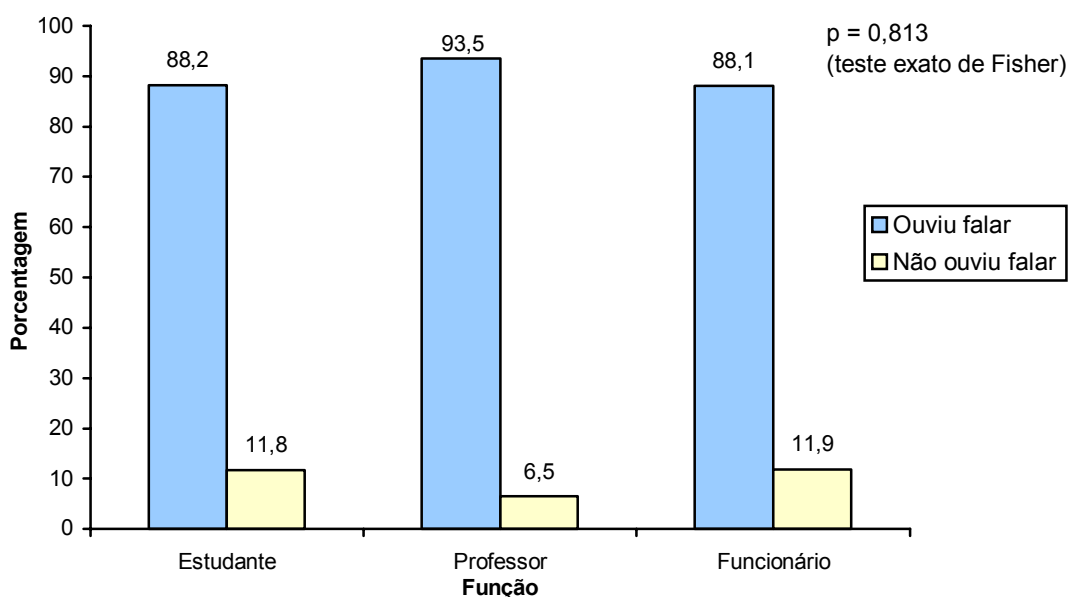


GRÁFICO 15 Distribuição da amostra segundo a variável “ouvir falar de câncer bucal” de acordo com a função exercida no CUUFMG.

Os 260 entrevistados foram também caracterizados por área de conhecimento. Foram consideradas quatro áreas: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, Ciências Exatas, da Terra e Engenharias, Ciências Humanas Aplicadas e Lingüística e Artes.

Dessas quatro áreas tivemos 99 entrevistados na área de Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, dos quais 92,5% já ouviram falar de CB; dos 73 entrevistados da área de Ciências Exatas, da Terra e Engenharias, 85,1% já tinham ouvido falar; na área de Ciências Humanas Aplicadas, dos 36 entrevistados, 85,3% também já tinham ouvido falar de CB e na área de Lingüística e Artes, tivemos 52 entrevistados, dos quais 91,8% tinham a informação sobre a existência do CB.

Esses dados são mostrados no GRAF. 16.

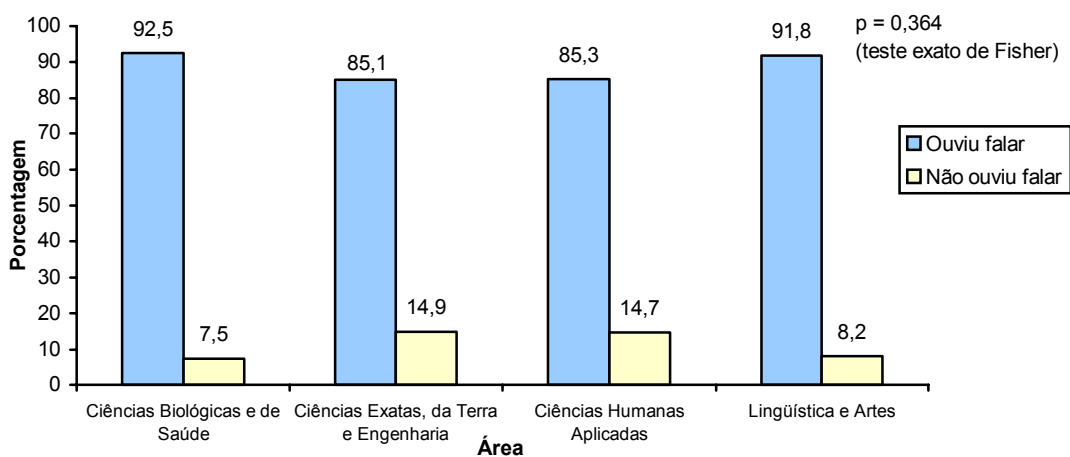


GRÁFICO 16 Distribuição da amostra segundo a variável "ouviu falar de câncer bucal" de acordo com área de conhecimento.

Nota: 17 casos referentes aos que tinham o segundo grau.

Com relação ao grau de instrução relacionado com já ter ouvido falar de CB, a amostra apresentou entre 243 entrevistados com escolaridade de terceiro grau e dentre eles, 89,3% com essa informação. Já entre os 17 com segundo grau, 81,3 já tinham ouvido falar de CB. (GRAF.17)

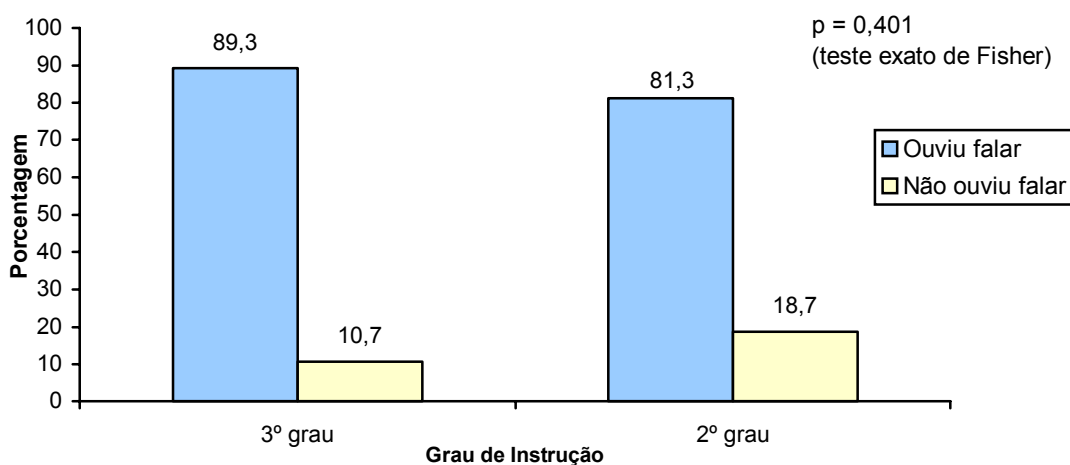


GRÁFICO 17 Distribuição da amostra segundo a variável "ouviu falar de câncer bucal" de acordo com o grau de instrução.

A amostra foi caracterizada com quatro faixas de renda. Dos 260 entrevistados, 177 responderam qual era a renda familiar e foram categorizados da seguinte maneira:

- 01 a 05 SM: 47 entrevistados, dos quais 89,1% já haviam ouvido falar de CB;
- 05 a 10 SM: 41 entrevistados e 95,2% com essa informação;
- 10 a 20 SM: 54 entrevistados, dos quais 90,7% já tinham ouvido falar de CB;
- Acima dos 20 SM: 35 entrevistados e, entre eles, 85,7% tinham essa informação sobre CB.

Esses resultados podem ser vistos no GRAF. 18.

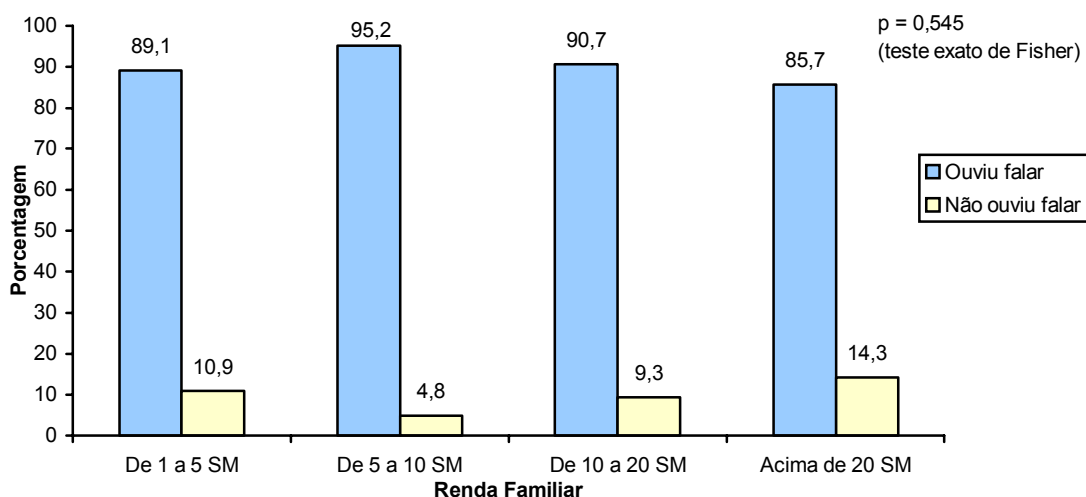


GRÁFICO 18 Distribuição da amostra segundo a variável “ouviu falar de câncer bucal” de acordo com a renda percebida.

Nota: 83 entrevistados não souberam ou não responderam.

Considerando-se as pontuações das variáveis “fatores de risco”, “fatores de proteção”, “sinais iniciais” e “ouviu falar de auto-exame”, o conhecimento sobre

CB foi categorizado em cinco níveis, que variaram de 1 a 15 pontos, com uma média de 6,8 pontos. A estratificar-se a amostra, as faixas de pontuação com as respectivas porcentagens encontradas foram: de 1 a 3 pontos (8,7%); de 4 a 6 pontos (42,0%); de 7 a 9 pontos (34,6%); de 10 a 12 pontos (12,1%) e de 13 a 15 pontos (2,6%).

Foi identificada uma influência estatisticamente significativa da renda no nível de conhecimento ($p = 0,004$). Dentre as pessoas entrevistadas, aquelas que percebem até 10 SM apresentaram um nível de conhecimento menor do que aquelas pessoas que percebem acima de 10 SM.

Para as demais variáveis, não foi verificada nenhuma influência significativa. Apenas no caso da idade foi observada uma tendência ($p = 0,07$) de que as pessoas acima de 51 anos apresentaram um conhecimento maior do que aquelas mais jovens.

Estes resultados podem ser observados no GRAF. 19 e na TAB 1.

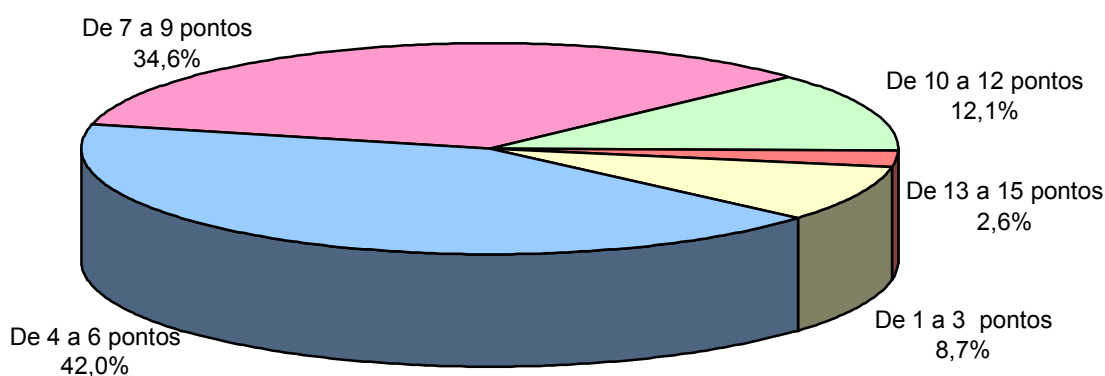


GRÁFICO 19 Distribuição da amostra segundo a variável “ouviu falar de câncer bucal” de acordo com o ranqueamento do nível de conhecimento.

TABELA 1 Avaliação da influência das características pessoais no ranqueamento do nível de conhecimento sobre CB.

Característica		Medidas descritivas					p
		Mín.	Máx.	Mediana	Média	Desvio	
Global		1,0	15,0	6,0	6,8	2,7	
Sexo	Masculino	1,0	13,0	7,0	6,7	2,5	0,957
	Feminino	1,0	15,0	6,0	6,8	2,8	
Faixa etária	De 18 a 30 anos	1,0	13,0	6,0	6,5	2,4	0,070
	De 31 a 50 anos	1,0	15,0	6,0	7,1	3,3	
	Acima de 50 anos	6,0	13,0	8,0	8,4	2,2	
Função	Estudante	1,0	13,0	6,0	6,6	2,5	0,369
	Professor	1,0	14,0	7,0	7,3	3,4	
	Funcionário	3,0	15,0	6,0	7,2	2,7	
Área	Ciências Biológicas e de Saúde	1,0	12,0	7,0	7,2	2,7	0,123
	Ciências Exatas, da Terra e Engenharias	2,0	15,0	6,0	6,5	2,6	
	Ciências Humanas Aplicadas	1,0	13,0	6,0	6,3	3,2	
	Linguística e Artes	1,0	15,0	6,0	6,5	2,5	
Grau de instrução	3º grau	1,0	15,0	6,0	6,8	2,7	0,726
	2º grau	3,0	10,0	6,0	6,5	2,3	
Renda	De 1 a 5 SM	3,0	15,0	5,0	6,0	2,6	0,004
	De 5 a 10 SM	1,0	10,0	6,0	5,8	2,1	
	De 10 a 20 SM	1,0	14,0	7,0	7,3	2,6	
	Acima de 20 SM	2,0	13,0	7,0	7,2	2,8	

Nota: A probabilidade de significância refere-se aos testes Kruskal-Wallis e Mann-Whitney.

No caso de algum sinal inicial ser detectado, o dentista é o profissional que deverá ser procurado segundo a opinião de 136 (58,9%) entrevistados. Por

outro lado, 51 entrevistados (22,1%) consideraram que o médico é o profissional a ser procurado e 44 (19%) citaram os dois profissionais (médico e dentista). Estes resultados podem ser observados no GRAF. 20.

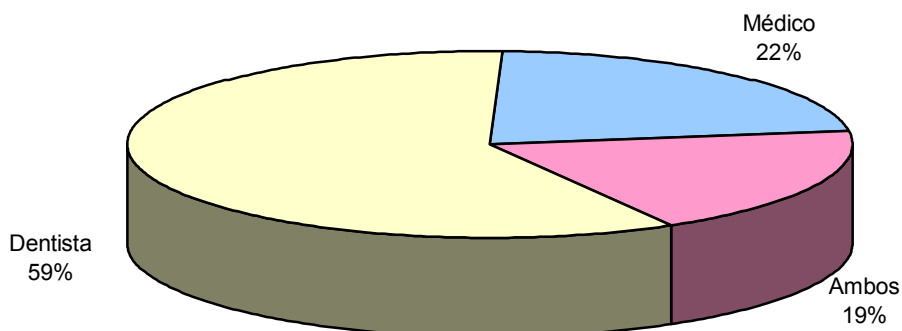


GRÁFICO 20 Distribuição da amostra segundo a variável “ouviu falar de câncer bucal” de acordo com o profissional que deverá ser procurado, no caso da detecção de algum sinal inicial de CB.

6 DISCUSSÃO

A população do CUUFMG possui características próprias que a diferem de outros segmentos da sociedade. Embora ela seja constituída de pessoas de classes sócio-econômicas diferentes, as atividades inerentes ao Campus (ensino, pesquisa e extensão), contribuem para que os diversos segmentos que compõem esta população possuam um acesso maior às informações científicas.

Acredita-se que parte da nossa amostra, alunos e professores, é formada por indivíduos que estão em contato com o que existe de mais atualizado. O segmento formado pelos funcionários técnico-administrativos teoricamente tem uma probabilidade maior de acesso às informações científicas que a população externa ao Campus.

Assim sendo, não podemos perder de vista estas características peculiares da nossa amostra, ao discutirmos os resultados por nós encontrados.

É importante destacar que, em nossa revisão de literatura, discorreremos sobre os fatores de risco, genéticos, etários, biológicos e raciais, com o objetivo de dar suporte aos nossos achados, mas o foco da presente discussão será o conhecimento sobre CB. Vale também ressaltar que estudos na literatura a respeito do nosso tema, ainda são pouco explorados, fato esse que nos levou a escolher esse assunto.

Dentro da caracterização da amostra, Warnakulasuriya et al. (1999) encontraram em seu estudo 49% homens e 51% mulheres; 35% tinham entre 16 e 34 anos de idade, 32% entre 35 e 54 e 32% acima dos 55 anos, moradores de área urbana. Gomes e Carvalho (1999) encontraram uma amostra com 32,7% de homens e 67,3% de mulheres; 28,1% estavam na faixa de idade entre 20 e 30 anos; 43,4% entre 31 e 50 anos e 28,4% acima de 51 anos, moradores de área rural. Já a amostra de Shetty e Johnson (1999) foi

composta de 58,3% de homens e 41,7% de mulheres; 20,8% entre as idades de 16 a 34 anos; 51,6% entre 35 e 54 anos e 27,5% acima dos 55 anos de idade. Hay (2002) encontraram em sua amostra 63% eram mulheres e 37% homens; dos entrevistados 66% tinham idade acima de 40 anos e 44% tinham curso universitário. Na amostra de Cruz et al. (2002) tinham 63% mulheres e 37% de homens; a média de idade foi de 47 anos e 54% tinham escolaridade similar ao segundo grau. Hashibe et al. (2003) encontraram em sua amostra 66,1% dos entrevistados entre 35 e 54 anos de idade. Humphris e Field (2003) encontraram 62,1% de mulheres e 37,9% de homens, com uma média de idade em torno dos 42 anos. Em nossa amostra encontramos 61,5% dos entrevistados eram mulheres e 38,5% eram homens, sendo 72,7% pertencentes à faixa etária de 18 a 30 anos e estudantes do terceiro grau.

A relação homem/mulher encontrada em nosso trabalho está dentro de parâmetros próprios do CUUFMG, que gira em torno de 40% - 60% e as pequenas diferenças em relação aos trabalhos de outros autores, são justificáveis pelas diversidades das amostras. A faixa etária dos participantes da nossa pesquisa foi naturalmente mais baixa, tendo-se em vista as características do meio universitário.

Nossa avaliação do nível de conhecimento sobre CB começou pelo questionamento se o entrevistado ouviu falar dessa doença. Encontramos entre os nossos 260 entrevistados um índice de 88,8% que responderam “sim” a essa pergunta. Warnakulasuriya et al. (1999) acharam entre 1894 entrevistados, uma porcentagem de 56% que sabiam da existência do CB, enquanto Cruz et al. (2002) obtiveram 66% de um total de 803 entrevistas realizadas em seu trabalho. Nossos resultados mostraram uma porcentagem mais elevada, provavelmente em função das características do Campus anteriormente citadas, que diferem nossa amostra das demais, mas que mesmo assim consideramos como insatisfatório.

Com relação aos fatores de risco, Chaim e Coppi (1998), encontraram que 95,4% dos estudantes de odontologia conhecem os riscos do fumo em relação ao CB e esses, tinham idades entre 20 e 31 anos. Em nossa amostra 84,2% dos 231 entrevistados que ouviram falar de CB, associam o fumo ao CB, sendo esses estudantes do terceiro grau, e 77,6% com idades entre 18 e 30 anos. Essa diferença talvez se deve ao fato da amostra dos dois autores, ter sido composta somente por estudantes de odontologia, ou seja, alunos da área da saúde, que recebem ensinamentos sobre o CB, já que esse assunto faz parte do currículo, enquanto que a nossa amostra foi composta por estudantes universitários, professores e funcionários categorizados em quatro áreas diferentes de formação acadêmica. Apesar da menor porcentagem, a associação do fumo com o CB foi considerada como boa em nosso estudo, considerando-se que o trabalho dos autores acima enfocou estudantes de odontologia e que deveriam apresentar uma porcentagem bem mais próxima aos 100%, pelos motivos apresentados acima.

Já os trabalhos de Horowitz et al. (1995), Gomes e Carvalho (1999) e Cruz et al. (2002) que realizaram pesquisas em uma população mais diversificada, encontraram uma associação do fumo com o CB, que variaram de 60 a 80% das amostras. Os valores da nossa amostra (84,2%) mostraram uma associação apenas satisfatória com esse fator de risco. O fato desta porcentagem de associação do fumo com o CB, encontrada em nosso trabalho ter sido superior, também pode ser explicada pela maior exposição dessa população às informações, contrariamente ao que ocorreu com as outras amostras dos autores acima citados.

O mesmo não aconteceu com relação ao consumo de álcool. Horowitz et al. (1995) encontraram que apenas 16% dos participantes do seu trabalho consideraram o álcool como fator de risco. Gomes e Carvalho (1999) acharam 45% que fizeram essa associação, Shetty e Johnson (1999) menos da metade dos seus entrevistados e Cruz et al. (2002) verificaram que 25% da sua

amostra associaram o álcool ao CB. Nossos resultados mostraram que apenas 10,4% têm o conhecimento do álcool como fator de risco para esta doença. Embora o fumo e o álcool sejam considerados os maiores fatores de risco para o CB, os entrevistados em nossa amostra associaram mais o fumo do que o álcool como determinantes de risco, resultado semelhante a outros trabalhos (Gomes e Carvalho, 1999; Shetty e Johnson, 1999; Cruz et al., 2002). Isto provavelmente esteja relacionado com a ampla campanha, veiculada pela mídia em geral, sobre os males causados pelo fumo, que são freqüentemente associados a inúmeras doenças, inclusive ao CB. Por outro lado, o consumo de bebidas alcoólicas, é muito mais associado aos acidentes de trânsito do que ao câncer nas campanhas desenvolvidas pela mídia.

Os autores como Horowitz et al. (1995), Fabian et al. (1996), Gomes e Carvalho (1999), Warnakulasuriya et al. (1999), Shetty e Johnson (1999), Cruz et al. (2002), Hay (2002), Humphris e Field (2003), Hashibe et al. (2003) enfatizam os fatores de risco e proteção como parâmetros de conhecimento sobre CB. Nesse trabalho optamos por atribuir escores às diversas variáveis investigadas. Com isso, foi possível estratificar nossa amostra em níveis de conhecimento acerca do CB, o que resultou na determinação de um perfil amostral mais completo, pois acreditamos que quando são atribuídos valores numéricos ao conhecimento, torna essa medida muito mais explicativa e compreensível.

Fabian et al. (1996) concluíram que o conhecimento a respeito do CB aumenta com o nível educacional e diminui com a idade após os 50 anos. Gomes e Carvalho (1999) também concluíram que esse conhecimento aumenta com o nível educacional e diminui com a idade após os 60 anos. Em nosso trabalho tivemos uma melhora do conhecimento em indivíduos acima de 51 anos. Nessa faixa etária, os entrevistados foram na sua maioria professores universitários, indivíduos naturalmente mais comprometidos com atualização dos conhecimentos que alunos e funcionários, diferentemente dos outros

artigos que trabalharam com uma amostra mais diversificada da população em geral.

Dentre as variáveis independentes consideradas, a “faixa etária” apresentou uma tendência para influenciar o nível de conhecimento ($p = 0,07$), porém apenas a variável “renda familiar” apresentou uma influência direta estatisticamente significativa ($p = 0,004$). Esse resultado está de acordo com vários autores (Gomes e Carvalho, 1999; Warnakulasuriya et al., 1999. Shetty e Johnson, 1999; Cruz et al., 2002; Hay, 2002; Brasil, 2002; Humphris e Field, 2003; Hashibe et al., 2003).

Canto et al. (2002) consideraram que o médico é o profissional procurado pelos pacientes para tratamento de doenças bucais que não sejam cárie e doença periodontal, sendo assim o profissional que mais tem a chance de diagnosticar o CB. Essa conclusão também foi relatada por Shetty e Johnson (1999) que encontraram 93% da sua amostra respondendo que também procuraria o médico em caso de CB. Por outro lado, Hayassy (1998) verificou que 75 % dos dentistas que trabalham em serviço público em Niterói, Brasil, achavam que os pacientes com suspeita de CB devem ser encaminhados a outro profissional, pois 70% não se consideram capazes de diagnosticar lesões pré-cancerígenas. Greenwood e Lowry (2001) em seu trabalho com médicos e dentistas na Inglaterra concluíram que, tanto o dentista quanto o médico, estão aptos a fazer diagnóstico de CB, e também consideram de suma importância que dividam esta responsabilidade. Em Maryland, EUA, Syme et al. (2001) em seu trabalho com higienistas dentais, concluíram que um exame clínico é uma grande oportunidade para se fazer prevenção de CB e que esses profissionais são armas importantes na redução dos fatores de risco e diagnóstico precoce do CB. Nossos dados mostram que 77,9% dos nossos entrevistados responderam que procurariam o dentista em caso de algum sinal inicial de CB, mostrando que a maioria dos entrevistados espera que os dentistas sejam capazes de diagnosticar alterações ligadas ao CB. Outro aspecto a considerar

é que, tendo o entrevistador deste estudo se apresentado previamente como professor/pesquisador da FOUFMG, possa ter influenciado nas respostas, criando uma tendência diferente do relatado na literatura. Ainda é importante ser discutido que o dentista, pelo exame contínuo da cavidade bucal, tem uma chance muito maior de fazer este diagnóstico e também acreditamos ser uma obrigação do profissional da odontologia realizar um exame completo na boca, dentes e anexos. Realizar uma semiotécnica correta faz parte do conteúdo curricular de todas as faculdades de odontologia e deve fazer parte da rotina dos cirurgiões-dentistas.

A necessidade de uma maior educação sobre os fatores de risco e prevenção do CB é unânime na literatura. Também foi enfatizada a necessidade de se difundir os exames preventivos periódicos, que são realizados pela minoria dos dentistas e médicos, padronização de procedimentos diagnósticos e educação continuada para os profissionais de saúde que atendem pacientes com alterações bucais suspeitas. Os autores ainda concordam que o CB é um problema de saúde pública e que o diagnóstico precoce não só é importante para o paciente, mas também para o Estado que economizaria muito ao tratar alterações iniciais (Axéll e Downer, 1995; Horowitz et al., 1995; Chaim e Coppi, 1998; Thomaz et al., 2000; Costa e Migliorati, 2001; Canto et al., 2002; Cruz et al., 2002; Humphris e Field, 2003). Nosso estudo veio confirmar os dados divulgados por todos esses autores, pois mesmo trabalhando com uma população diferenciada, mais exposta ao conhecimento do que a maioria da população, observamos um nível de conhecimento apenas regular entre os entrevistados. Também é importante comentar que em se tratando de auto-exame, o número de pessoas que conhecem e o fazem é muito baixo, confirmando a necessidade de se fazer mais campanhas sobre o CB, além de se incrementar as já existentes.

Considerando-se as características desta amostra, isto é, a população de Campus Universitário, este resultado é preocupante por duas razões: primeiro

por ser a escolaridade destes indivíduos maior que a média da população em geral e também pelo fato deles terem mais acesso às informações formais e informais, ou seja, em conversas com pessoas que estão mais informadas.

Enquanto Horowitz et al. (1995) afirmaram que somente 11% dos diagnósticos de CB são feitos na fase inicial, Abdo et al. (2002) concluíram que, cerca de 80% dos pacientes da sua amostra, foram diagnosticados em estágios tardios, fato também observado por Cruz et al. (2002). Isto reforça a idéia que deve haver uma política de maior conscientização dos profissionais de saúde, principalmente os dentistas, no sentido de se realizar exames de rotina, onde seriam observados os sinais iniciais de CB.

A reversão desse quadro preocupante só poderá ser alcançada, dentre outras coisas, com o aumento da informação à população. Nosso trabalho nos leva a sugerir mudanças substanciais na política, visando além do maior esclarecimento da população, um maior envolvimento dos profissionais de saúde neste contexto.

7 CONCLUSÕES

- 1 - Apesar da maioria dos entrevistados já terem ouvido falar sobre CB, o conhecimento a respeito dos fatores de risco, fatores de proteção, e dos sinais iniciais é apenas regular;
- 2 - Embora a população do CUUFMG seja diferenciada e tenha maior acesso à informação, o conhecimento a respeito do CB foi insatisfatório;
- 3 - A renda familiar acima de 10 SM influenciou diretamente o nível de conhecimento dos entrevistados que ouviram falar de CB;
- 4 - Nossos resultados apontam para a necessidade de uma política que implemente programas com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre o CB, não apenas no CUUFMG, mas na população em geral;
- 5 - Também é necessária uma maior conscientização por parte dos profissionais de saúde, no sentido de realizar exames periódicos preventivos;
- 6 - São necessários estudos complementares com outras populações que apresentem perfis diferentes, para que se possa determinar o conhecimento de outros segmentos da população.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ABDO, Evandro Neves. *Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal em tratamento no Hospital Mario Penna em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. 2001. 99 f. (Dissertação de Mestrado em Odontologia, com área de concentração em Estomatologia).
- 2 - ABDO, E. N. et al. Tempo decorrido para diagnóstico do carcinoma epidermóide intra-bucal num hospital público de Belo Horizonte. *POB*, São Paulo, v. 16, suplemento, p. 204, 2002.
- 3 - ARAÚJO FILHO, V. J. et al. Incidence of oral cancer profile at a general hospital in São Paulo. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo*. São Paulo, v. 53, n. 3, p.110-113, Mar. 1998.
- 4 - ALISSON, P. J. Factors associated with smoking and alcohol consumption following treatment for head and neck cancer. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 37, p. 513-520, 2001.
- 5 - ANTUNES, J. L. et al. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in São Paulo - Brazil, 1980-1998. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 37, n. 4, p. 345-350, Jun. 2001.
- 6 - AXÉLL, T.; DOWNER, M. C. Early diagnosis and prevention of oral cancer and precancer: Report of Symposium III. *Adv. Dent. Rev.*, 9(2): 134-137, Jul. 1995.
- 7 - BARNETT, V. *Elements of Sampling Theory*. London: Hodder & Stoughton, 1982, 152 p.
- 8 - BLOT, J. W. et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res.*, Baltimore, v. 48, n. 4, p. 3282-3287, Jun. 1988.

- 9 - BOFFETTA, P. et al. Carcinogenic effect of tobacco smoking and alcohol drinking on anatomic sites of the oral cavity and oropharynx. *Int. J. Cancer*. New York, v. 52, n. 4, p. 530-533, Oct. 1992.
- 10 - BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da incidência da mortalidade por câncer no Brasil. Brasília, 2002. Disponível em <<http://www.inca.org.br/Epidemiologia/dadosnum/mundo.html>>. Acesso em 10 out. 2003.
- 11 - BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Fatores de risco. Brasília, 2003. Disponível em <http://www.inca.org.br/prevenção/fatores_risco.html>. Acesso em 18 jan. 2004a.
- 12 - BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Prevenção e detecção. Brasília, 2002. Disponível em <<http://www.inca.org.br/tabagismo/dadosnum/mundo.html>>. Acesso em 14 jan. 2004b.
- 13 - CANTO, M. T.; HOROWITZ, A. M.; CHILD, W. C. Views on oral cancer prevention and early detection: Maryland physicians. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 38, p. 373-77, 2002.
- 14 - CASTELLSAGNE, X., et al. The role of tobacco and type alcoholic beverage in oral carcinogenesis. *Int. J. Cancerol.*, New York, v. 108, n. 5, p. 741-749, Feb. 2004.
- 15 - CHAIM, L. A.; COPPI, L. C. Hábito de fumar e suas conseqüências nocivas aos tecidos bucais. Avaliação do nível de conscientização de futuros profissionais de Odontologia. *Rev. ABO. Nac.*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, jun./jul. 1998.
- 16 - CONOVER, W. J. *Practical Nonparametric Statistics*. New York: John Wiley & Sons, 1980, 493 p.

- 17 - COSTA, E. G.; MIGLIORATI, C. A. Câncer bucal: Avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. *Rev. Bras. Canc.*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 283-89, 2001.
- 18 - CRUZ, G. D. et al. Oral cancer knowledge, risk factors and characteristics of subjects in a large oral cancer screening program. *JADA*, Chicago, vol.133, p.1064-71, Aug. 2002.
- 19 - De STEFANI, E. et al. Diet and risk of cancer of the upper aerodigestive tract-I. Foods. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 35, nº 1, p. 17-21, Jan.1999.
- 20 - DIETRICH, T.; ROIOHART, P. A.; Clinical risk factors of oral leukoplakia in a representative sample of the US population. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 40, n. 2, p. 158-63, Feb. 2004.
- 21 - DO, K. A. et al. Second primary tumors in patients with upper aerodigestive tract cancers: joint effects of smoking and alcohol in Unites States. *Cancer causes control.*, Dordrecht, v. 14, p. 131-138, 2003.
- 22 - DRUMMOND, S. N. et al. TP53 codon 72 polimorphism in oral squamous carcinoma. *Anticancer Research.*, Athenas, v. 22, n. 6A, p. 3379-3382, Nov-Dec. 2002.
- 23 - FABIAN, M. C. et al. Tabacco, alcohol and oral cancer: the patients's perspective. *J. Otolaryngol.*, Toronto, v. 25, p. 88-93, Apr. 1996.
- 24 - FRIAS, M. M. et al. Epidemiologia descritiva del câncer de cavidade bucal em el Instituto Nacional de cancerologia (1985-1992). *Rev. Inst. Nac. Cancerol.*, México, v. 43, n. 2, p. 80-85, Abril-Junio 1997.
- 25 - FRANCO, E. L. et al. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case-control study. *Int. J. Cancerol.* New York, v. 43, n. 6, p. 992-1000, Jun. 1989.

- 26 - GERVÁSIO, O. L. A. S. et al. Oral squamous cell carcinoma: A retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. *Braz. Dent. J.*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 57-61, Jan. 2001.
- 27 - GANDOLFO, S. et al. Risk of oral squamous cell carcinoma in 402 patients with oral lichen planus: a follow-up in an Italian population. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 40, n. 1, p. 77-83, Jan. 2003.
- 28 - GOMES A. V.; CARVALHO E. M. O conhecimento da população sobre prevenção do câncer no Brasil. *Rev. Bras. Cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 3, nº 5, p. 29-37, jul./ago./set. 1999.
- 29 - GREENWOOD, M.; LOWRY, R. J. Primary care clinicians' knowledge of oral cancer: a study of dentists and doctors in the North East of England. *Br. D. Journal*, London, v. 191, n. 9, p. 510-12, Nov. 2001.
- 30 - HASHIBE, M. et al. Socioeconomic status, lifestyle factors and oral premalignant lesions. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 39, n. 7, p. 664-671, Oct. 2003.
- 31 - HAY, J. L. Oral risk perception among Participants in an oral Cancer Screening Program. *Cancer Epidemiol. Bio & Prev.*, v. 11, p. 153-58, Feb. 2002.
- 32 - HAYASSY, A. Câncer bucal no setor público de saúde. *Rev. Bras. Odontol.*, Rio de Janeiro, v. 55, nº 3, p. 173-175, mai./jun. 1998.
- 33 - HIGA, M. et al. Epstein-Barr virus (EBV) - related oral squamous cell carcinoma in Okinawa, a subtropical island, in southern Japan - simultaneously infected with human papillomavirus (HPV). *Oral Oncol.*, Oxford, v. 27, n. 2, p. 78-82, Mar. 2003.
- 34 - HINDLE, I. et al. Is alcohol responsible for more intra-oral cancer? *Oral Oncol.*, Oxford, v. 36, p. 328-33, Feb. 2000.

- 35 - HOROWITZ, A. M.; HOURJAH, P.; GIFT, H. C. U. S. Adult Knowledge of a Risk Factors and Signs of Oral Cancer: 1990. *JADA*, Chicago, v. 126, p. 39-45, Jan. 1995.
- 36 - HOROWITZ, A. M.; CANTO, M. T.; CHILD, W. L. Maryland adult's perspective on oral cancer prevention and early detection. *JADA*, Chicago, v. 133, p. 1058-63, Aug. 2002.
- 37 - HUMPHRIS, G. M.; FIELD, E. A. The immediate effect on knowledge, attitudes and intentions ion a primary care attenders of a patient information leaflet: a randomized control trial replication and extension. *Br. D. Journal*. London, v. 194, n. 12, p. 683-88, Jun. 2003.
- 38 - JOHNSON, R.; BHATTACHARYYA, G. *Statistics Principles and Methods*. New York: John Wiley & Sons, 1986. 578 p.
- 39 - KERAWALA C.J. Oral cancer, smoking and alcohol: the patients's perspective. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*, Edinburg, v. 37, nº 5, p. 374-376, Ocb. 1999.
- 40 - KERDPON, D.; SRIPLUNG, H. Factors related to advanced stage oral squamous cell carcinoma in southern Thailand. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 37, n. 3, p. 216-221, Apr. 2001.
- 41 - KIGNEL, S.; BIRMAN, E. G. Aspectos Fúngicos do Câncer Bucal. *Rev. Bras. de Canc.* Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, p. 279-82, 2000.
- 42 - KOWALSKI, I. S. G.; SOUZA, C. P. Social representations of a relatives and patients with oral and oropharyngeal squamous carcinoma on the prevention and diagnosis of cancer. *Acta oncol. Bras.*, São Paulo, v. 21 n. 1, p. 206-210, Jan./Dez. 2001.

- 43 - LEITE, I. C. C.; KOIFMAN, S. Survival analysis in a sample oral cancer patients at reference hospital in Rio de Janeiro - Brasil. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 34, n. 5, p. 347-352, Sep. 1998.
- 44 - LLEWELYN, C. D.; JOHNSON, N. W.; WARNAKULASURIYA, K. A. A. S. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people-a comprehensive literature review. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 37, p. 401-418, 2001.
- 45 - LOWRY, R. J.; CRAVEN, M. A. Smokers and drinkers awareness of oral cancer: a qualitative study using focus groups. *Br. D. Journal*, London, v. 187, n. 12, Dec. 1999.
- 46 - MACKENZIE, J. et al. Increasing incidence of oral cancer amongst young persons: *Oral Oncol.*, Oxford, v. 36, n. 4, p. 387-389, Jul. 2000.
- 47 - MALCON, M. C., et al. Prevalência e fatores de risco para o tabagismo em adolescentes na América do Sul: Uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Panam Salud Publica*. Washington, v. 13, n. 4, p. 222-228, abr. 2003.
- 48 - MANDEL, I. Smoke signals: An alert for oral disease. *JADA*. Chicago, v. 125, p. 872-878, Jul. 1994.
- 49 - MAUAD, E. C. et al. Prevalência do tabagismo e seus determinantes em algumas escolas de Barretos - São Paulo em 1996. *Rev. Bras. Cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p.41-47, 1999.
- 50 - MIGNOGNA, M. D.; FEDELE, S.; RUSSO, L. L.; MUZIO, L. L. Letters to the editor - Lack of Public Awareness toward Alcohol Consumption as Risk Factor for Oral and Pharyngeal Cancers. *Prev. Med.*, v. 33, p. 137-139, 2001.

- 51 - MORENO-LÓPEZ, L. A. et al. Risk of oral cancer associated with tobacco smoking, alcohol consumption and oral hygiene: a case-control study in Madrid-Spain. *Oral Oncol.*, Oxford, v.36, n. 2, p. 170-174, Mar. 2000.
- 52 - NAGAO, T. et al. Outcome following a population screening programme for oral cancer and in Japan. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 36, n.4, p. 340-46, Jun. 2000.
- 53 - REIS, S. R. A. et al. Fatores de risco do câncer da cavidade oral e da orofaringe: Fumo, álcool e outros determinantes. *RPG Rev. Pós-grad.*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 127-132, abr./jun. 1997.
- 54 - RODRIGUES, T. et al. Risk factors for oral and pharyngeal cancer in young adults. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 40, n. 2, p. 207-213, Feb. 2004.
- 55 - SANTOS, M. L. et al. The CAG repeat polymorphism in the androgen receptor gene (AR) and its relationship to head and neck cancer. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 40, n. 2, p. 177-82, Sep. 2003.
- 56 - SHETTY, K. V.; JOHNSON, N. W. Knowledge, attitudes and beliefs of adult South Asian living London regarding risk factors and signs for oral cancer. *Comm. D. Journal*, London, v. 16, p. 227-231, Dec. 1999.
- 57 - SAS INSTITUTE INC. SAS (Statistical analysis system) *User's Guide: Statistics Version 5*. Cary NC: SAS Institute Inc. 1985.
- 58 - SUDBO, J. et al. Cyclooxygenase-2 (COX-2) expression on the high-risk of premalignant lesions. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 39, n. 5, Jul. 2003.
- 59 - SYME, S. E.; DRURY, T. F.; HOROWITZ, A. M. Maryland Hygienists' knowledge and opinions of oral cancer factors risk and diagnostic procedures. *Oral Dis.*, Houndmills, v. 7, n. 3, p. 177-84, May. 2001.

- 60 - THOMAZ, E. B. A. F.; CUTRIM, M. C. F.; LOPES, F. F. A importância da educação como estratégia para a prevenção de diagnóstico precoce do câncer oral. *Acta Oncol. Bras.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 149-52, 2000.
- 61 - VELLY, A. M. et al. Relationship between dental factors and risk of upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 34, n. 4, p. 284-291, Jul. 1998.
- 62 - WADA, S.; YUE, L; FURUTA, I.; Prognostic significance of p34 cdc2 expression in tongue cell carcinoma. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 39, n. 7, Sep. 2003.
- 63 - WARNAKULASURIYA, K. A. A. S. et al. An alarming lack of public awareness towards oral cancer. *Br. D. Journal*, London, v. 187, n. 6, p. 319-322, Sep. 1999.
- 64 - WINN, D. M. et al. Scientific Progress in Understanding Oral and Pharyngeal Cancers. *JADA*, Chicago, v. 129, Jun. 1998.
- 65 - ZAIN, R. B. Cultural and dietary risk factors of oral cancer and precancer a brief overview. *Oral Oncol.*, Oxford, v. 32, n. 5, p. 201-10, Apr. 2001.
- 66 - ZEKA, A.; GORE, R.; KRIEBEL, D. Effects of alcohol and tobacco on aerodigestive cancer risk: a meta-regression analysis. *Cancers causes Control.*, Dordrecht, v. 14, p. 897-906, 2003.

9 ANEXOS

9.1 ANEXO A - INFORMAÇÕES GERAIS E IDENTIFICAÇÃO

ENTREVISTADOR: _____

DATA DA ENTREVISTA: _____

1 DADOS GERAIS:

Nome: _____ Sexo: _____

Data de nascimento: _____ Cor da pele: _____

Naturalidade: _____ Procedência: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Atividade profissional: _____

2 GRAU DE INSTRUÇÃO:

2.1 Analfabeto: _____

2.2 1º grau: Série concluída _____

2.3 2º grau: Série concluída _____

2.4 3º grau: Período ou ano concluído: _____ Curso: _____

3 RENDA FAMILIAR:

R\$ _____

9.2 ANEXO B - QUESTIONÁRIO

NÍVEL DE INFORMAÇÕES:

1. Avaliação da saúde geral - Frequência de visitas ao médico:

- Nunca consultou com médico (___)

- Só em caso de necessidade (___)

- Periodicamente (___) Quanto tempo: _____

2. Avaliação da saúde geral - Frequência de visitas ao dentista:

- Nunca consultou com médico (___)

- Só em caso de necessidade (___)

- Periodicamente (___) Quanto tempo: _____

3. Você já ouviu falar de CB? SIM (___) NÃO (___)

4. Como você obteve esta informação?

5. O que você considera como fator de risco para o CB?

6. Quais fatores nutricionais e/ou de conduta você considera como importantes para proteção contra o CB?

7. Você já ouviu falar em auto-exame bucal? SIM (___) NÃO: (___)

Em caso afirmativo: Quem informou? _____

Você faz o auto-exame? SIM (___) NÃO (___)

8. O que você acha que seria um sinal inicial de câncer na boca?

9. Se você tivesse uma lesão suspeita de câncer na boca qual profissional de saúde você procuraria?

9.3 ANEXO C - INFORMAÇÕES AOS ENTREVISTADOS

Essa pesquisa sobre o “NÍVEL DE CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE CB” tem como objetivo determinar qual o conhecimento que as pessoas têm a respeito desta doença, seus fatores de risco, prevenção, como também saber se elas têm acesso às informações passadas nas campanhas educativas.

A finalidade desta entrevista é fornecer subsídios para uma dissertação de mestrado e que poderão servir de base para a implantação de uma campanha de prevenção para o CB.

A sua participação é importante e está restrita a responder um questionário, não sendo necessário qualquer tipo de exame e não haverá divulgação do seu nome, sendo garantido a sua saída da pesquisa a qualquer momento que você assim o desejar, não lhe acarretando nenhuma despesa ou compromisso com os pesquisadores.

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG em 16/09/2003, por estar dentro das normas éticas permitidas em pesquisa.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida junto a esse comitê (COEP), através do telefone 3248-9363.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre a finalidade dessa pesquisa e concordo em participar por minha livre e espontânea vontade.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura do entrevistado

Carteira de Identidade

Pesquisador responsável:

Mestrando: Cláudio Rômulo Comunian

Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Telefone: (31) 3499-2427

9.4 ANEXO D - APROVAÇÃO PELO COEP



Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer n.º ETIC 082/03

**Interessados: Prof. Dr. Marcelo Drumond Naves e
Cláudio Rômulo Comunian
Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia - FO/UFMG**

VOTO:

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou no dia 17 de setembro de 2003 o projeto de pesquisa intitulado «**Avaliação do nível de conhecimento de uma população sobre câncer bucal**» bem como o seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado um ano após iniciada a pesquisa.

Beh H₀ 17 Setembro 2003
Ytamar Pinto

p) **Prof. Dr. Dirceu Bartolomeu Greco**
Presidente do COEP

Comunian, Cláudio Rômulo

C741a Avaliação do nível de conhecimento da população do campus
2004 universitário da Universidade Federal de Minas Gerais sobre
T câncer bucal / Cláudio Rômulo Comunian, 2004.

96f.: il.

Orientador: Marcelo Drummond Naves

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Neoplasias bucais - Teses. 2. Carcinoma de células escamosas - Teses. I. Naves, Marcelo Drummond. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia. III. Título

BLACK - D047