



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**RAYANNE IZABEL MACIEL DE SOUSA**

**CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DE  
CAMPINA GRANDE-PB SOBRE O CÂNCER BUCAL**

**CAMPINA GRANDE-PB**

**2012**

**RAYANNE IZABEL MACIEL DE SOUSA**

**CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DE  
CAMPINA GRANDE-PB SOBRE O CÂNCER BUCAL**

Trabalho de Conclusão de Curso  
(artigo) apresentado ao Curso de  
Graduação em Odontologia da  
Universidade Estadual da Paraíba,  
em cumprimento à exigência para  
obtenção do título de cirurgiã-  
dentista

**Orientadora:** Profa. Dra. Pollianna Muniz Alves

**CAMPINA GRANDE-PB  
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL  
– UEPB

S725c

Sousa, Rayanne Izabel Maciel de.

Conhecimento da população e dos cirurgiões-  
dentistas de Campina Grande-PB sobre o câncer  
bucal / Rayanne Izabel Maciel de Sousa. – 2012.

33 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação  
em Odontologia) – Universidade Estadual da  
Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde,  
2012.

“Orientação: Prof. Dra. Pollianna Muniz Alves,  
Departamento de Odontologia”.

1. Câncer bucal. 2. Prevenção. 3.  
Conhecimento. I. Título.

21. ed. CDD 617.63

RAYANNE IZABEL MACIEL DE SOUSA

CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DE  
CAMPINA GRANDE-PB SOBRE O CÂNCER BUCAL

Trabalho de Conclusão de Curso  
(artigo) apresentado ao Curso de  
Graduação em Odontologia da  
Universidade Estadual da Paraíba,  
em cumprimento à exigência para  
obtenção do título de cirurgião-  
dentista

Monografia aprovada em 04 de Dezembro de 2012



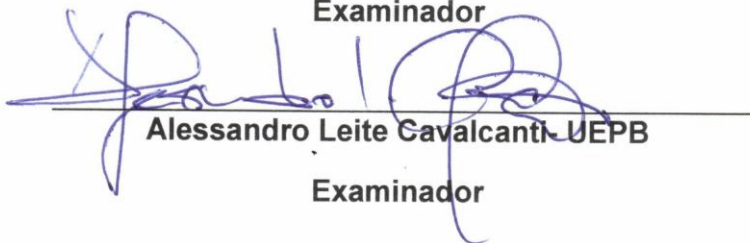
Pollianna Muniz Alves-UEPB

Orientadora



Cassiano Francisco Weege Nonaka-UEPB

Examinador



Alessandro Leite Cavalcanti-UEPB

Examinador

CAMPINA GRANDE-PB

2012

## **DEDICATÓRIA**

**Gostaria de dedicar este trabalho aos meus queridos pais e irmão, que sempre me apoiaram e fizeram dos meus objetivos sua própria luta**



## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me guiou nessa jornada e possibilitou que eu descobrisse nesta profissão a minha realização.

Aos meus pais, Ronaldo Pereira de Sousa e Rosilene Maciel de Sousa, pelos planos que me permitiram traçar abrindo as portas do meu futuro com os estudos, pelos riscos que me ajudaram a assumir e pela grandiosa vitória que conseguimos alcançar.

Ao meu irmão, Raphaell Maciel de Sousa, pelo apoio sem medidas, carinho e força que me deu desde o início dessa jornada.

Aos meus familiares, pelos ensinamentos e exemplos.

Ao meu querido Avô Rene Maciel e Avó Isabel Braz de Sousa, que hoje não se encontram mais presente entre nós, porém estarão sempre no meu coração.

Ao meu namorado, Niedson Medeiros, meu amor, amigo, companheiro de todas as horas, obrigada pelo incentivo, carinho e dedicação.

Aos colegas da graduação, saudades.

A Maria de Fátima minha dupla, passamos por dias de alegrias, angústia, cansaço, porém, com o companheirismo e a certeza de que cada momento vivido nessa louca correria em busca de um sonho que hoje se torna real valeu à pena.

A Robson Thiago e Govinda Charam, que me ajudaram, no desenvolvimento desse trabalho.

Aos professores da graduação, pelos ensinamentos.

Aos funcionários da UEPB, pela presteza.

Aos pacientes, que confiaram na minha capacidade.

A todos os meus amigos e amigas, que mesmo distantes sempre se fizeram presentes em minha vida.

A Alessandro Cavalcanti, por ter me dado a oportunidade de iniciar na pesquisa científica.

A minha orientadora Pollianna Muniz por me nortear durante todo esse período, me transmitindo conhecimento e sabedoria, fazendo-me crescer intelectualmente.

**“Tudo posso naquele que me fortalece”**

**Filipenses 4:13**

## **CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO E DE CIRURGIÕES-DENTISTAS DE CAMPINA GRANDE-PB SOBRE O CÂNCER BUCAL**

### **KNOWLEDGE OF POPULATION AND DENTISTS OF CAMPINA GRANDE CITY-PB ABOUT ORAL CANCER**

**Rayanne Izabel Maciel de Sousa<sup>1</sup>;**

\*Graduanda do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, Campina Grande, Paraíba, Brasil ([rayanne.iza@gmail.com](mailto:rayanne.iza@gmail.com))

**Govinda Charam Alvares Pereira<sup>1</sup>**

\*\*Graduando do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, Campina Grande, Paraíba, Brasil ([govindacharam@hotmail.com](mailto:govindacharam@hotmail.com))

**Alessandro Leite Cavalcanti<sup>2</sup>**

Doutor em Odontopediatria e Professor do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, Campina Grande, Paraíba, Brasil ([dralessandro@ibest.com.br](mailto:dralessandro@ibest.com.br))

**Cassiano Francisco Weege Nonaka<sup>3</sup>**

Doutor em Patologia Oral e Professor do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, Campina Grande, Paraíba, Brasil ([cfwnonaka@gmail.com](mailto:cfwnonaka@gmail.com))

**Gustavo Pina Godoy<sup>3</sup>**

Doutor em Patologia Oral e Professor do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, Campina Grande, Paraíba, Brasil ([gruiga@hotmail.com](mailto:gruiga@hotmail.com))

**Pollianna Muniz Alves<sup>3</sup>**

Doutora em Patologia Oral e Professora do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, Campina Grande, Paraíba, Brasil ([polliannaalves@ig.com.br](mailto:polliannaalves@ig.com.br))

**Autor para correspondência:**

**Pollianna Muniz Alves**

**R. Celestino Martins da Costa, 147, Catolé, Campina Grande/PB**

**CEP:58410-156**

**Email: [polliannaalves@ig.com.br](mailto:polliannaalves@ig.com.br)**

**Telefone: +55 (83) 3315-3471**

**Apoio: PIBIC/CNPq/UEPB**



## CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO E DE CIRURGIÕES-DENTISTAS DE CAMPINA GRANDE-PB SOBRE O CÂNCER BUCAL

### KNOWLEDGE OF POPULATION AND DENTISTS OF CAMPINA GRANDE CITY-PB ABOUT ORAL CANCER

#### RESUMO

**Objetivo:** avaliar o nível de conhecimento da população e dos cirurgiões-dentistas sobre o câncer bucal (CB), na cidade de Campina Grande- PB. **Método:** a pesquisa foi do tipo observacional, transversal, descritiva e analítica. Aplicaram-se formulários estruturados, sendo 200 para a população (Grupo A) e 200 para os cirurgiões-dentistas (Grupo B). A amostra foi escolhida por conveniência. Os resultados foram analisados estatisticamente, com SPSS versão 17.0, utilizando o teste Qui-quadrado ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** No Grupo A observou-se uma associação estatisticamente significativa entre o sexo e alcoolismo ( $p = 0,001$ ); faixa etária e alcoolismo ( $p = 0,001$ ); 92,2% das mulheres afirmaram que já ouviram falar sobre CB ( $p < 0,05$ ), embora 75% não saibam como o CB se apresenta clinicamente ( $p < 0,05$ ) e desconhecem seus fatores de risco ( $p < 0,05$ ). No grupo B, encontrou-se associação estatisticamente significativa entre o sexo e alcoolismo ( $p < 0,05$ ); evidenciando-se maior prevalência de profissionais com idade acima de 41 anos (51%), 47% ( $n = 94$ ) trabalhavam no setor privado; 39% ( $n = 78$ ) eram formados há mais de 20 anos; 48% ( $n = 96$ ) relataram conhecimento de regular a insuficiente sobre o CB, 93% ( $n = 186$ ) afirmaram que buscam detectar o CB durante uma consulta, no entanto, 87% ( $n = 174$ ) relataram que frente a algum tipo de lesão suspeita de malignidade encaminham o paciente para um profissional especializado. Correlacionando-se os dois grupos, a população relatou que o cirurgião-dentista nunca falou sobre o câncer bucal, embora os cirurgiões-dentistas afirmassem que procuram detectar esta neoplasia ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Observa-se uma extrema necessidade de aumentar a abordagem sobre o assunto nas faculdades de odontologia bem como uma maior conscientização da população. Baseado nos achados sugere-se o desenvolvimento de ações mais abrangentes para promover a prevenção do câncer bucal.

**Descritores:** câncer, prevenção, cavidade oral

## ABSTRACT

**Purpose:** Assess the level of knowledge of the population and dentists about oral cancer (CB) in Campina Grande city. **Methods:** It was an observational, cross-sectional, descriptive and analytical study. Structured forms were applied, previously prepared by the researcher, 200 for the population (Group A) and 200 for dentists (Group B). The sample was chosen for convenience. The results were statistically analyzed with SPSS version 17.0 using chi-square test ( $p < 0.05$ ). **Results:** In Group A there was a statistically significant association between sex and alcoholism ( $p = 0.001$ ), age and alcoholism ( $p = 0.001$ ), 92.2% of women said that have heard about CB ( $p < 0.05$ ), while 75% do not know how the CB presents clinically ( $p < 0.05$ ) and unknown their risk factors ( $p < 0.05$ ). In group B, it was found a statistically significant association between sex and alcoholism ( $p < 0.05$ ); evidencing a higher prevalence of professionals with age above 41 years (51%), 47% ( $n = 94$ ) worked in private sector; 39% ( $n = 78$ ) of professionals are graduated for more 20 years, 48% ( $n = 96$ ) reported of regulate to insufficient knowledge about the CB, 93% ( $n = 186$ ) reported that seek to detect the CB during a consultation, however, 87% ( $n = 174$ ) reported that against to some type of lesion suspected malignancy refer the patient to a specialist. Correlating the two groups, the population reported that the dentist never talked about oral cancer, although dentists affirm looking for detect this malignancy ( $p < 0.05$ ). **Conclusions:** There is an extreme need to increase the approach about oral cancer in the dentistry's universities and greater population's awareness. Based on findings suggest the development of more extensive actions to promote the prevention of oral cancer.

**Descriptors:** cancer, prevention, oral cavity.

## LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Distribuição dos dados da população quanto ao conhecimento da apresentação clínica do câncer bucal, Campina Grande, Paraíba, 2012.....	15
Figura 2. Distribuição dos dados dos cirurgiões-dentistas (Grupo B) quanto ao conhecimento sobre o câncer bucal, Campina Grande, Paraíba, 2012.....	18
Figura 3. Distribuição dos dados dos cirurgiões-dentistas quanto ao conhecimento sobre os fatores de risco do câncer bucal, Campina Grande, Paraíba, 2012.....	20

## LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Distribuição dos dados demográficos e hábitos nocivos da população, Campina Grande, Paraíba, 2012.....	15
Tabela 2. Associação entre informações sobre o câncer bucal e o sexo da população, Campina Grande, Paraíba, 2012.....	16
Tabela 3. Associação sexo e hábitos nocivos da população, Campina Grande, Paraíba, 2012.....	16
Tabela 4. Distribuição dos dados demográficos e hábitos nocivos dos cirurgiões-dentistas, Campina Grande, Paraíba, 2012.....	17
Tabela 5. Correlação do sexo e dos hábitos nocivos no grupo dos cirurgiões-dentistas, Campina Grande, Paraíba, 2012.....	17
Tabela 6. Distribuição dos dados se os cirurgiões-dentistas procuram detectar lesões na boca suspeitas de malignidade quando realizam o exame clínico do seu paciente e qual providencia eles tomam diante dessas lesões. Campina Grande, Paraíba, 2012.....	18
Tabela 7. Distribuição dos dados dos cirurgiões-dentistas quanto ao conhecimento sobre o câncer bucal segundo o tipo histológico da lesão, da região anatômica e faixa etária mais acometida, Campina Grande, Paraíba, 2012.....	19
Tabela 8. Correlação dos dois grupos (Grupo A e B). Se o cirurgião dentista já falou sobre câncer bucal para o paciente e se os cirurgiões-dentistas procuram identificar lesões suspeitas de malignidade em algum momento da consulta, Campina Grande, Paraíba, 2012.....	20

## SUMÁRIO

1.Introdução.....	13
2Metodologia.....	14
3 Resultados.....	15
4Discussão.....	21
5.Conclusão.....	24
6 .Referências Bibliográficas.....	25
7 APÊNDICES.....	28
Apêndice A- Questionários.....	17
Anexo A- Parecer do comitê de ética em pesquisa/UEPB.....	20
Anexo B - Normas da revista eleita para publicação de Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e clínica integrada.....	22

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o número de casos de câncer tem aumentado, tornando-se um dos mais importantes problemas de saúde pública<sup>1</sup>. Dentre eles, o câncer bucal, o qual tem sido diagnosticado anualmente 650.000 novos casos no mundo<sup>2-4</sup>. No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer, a estimativa para novos casos de câncer bucal para o ano de 2012 é de 14.170, já na região Nordeste é de 2.550 e, mais especificamente, no estado da Paraíba 250 novos casos<sup>5</sup>. Entre as neoplasias orais mais frequentes, cerca de 90 a 92% corresponde a carcinoma de células escamosas (CCE) que responde por 2% de todas as mortes por câncer no mundo, com uma taxa anual de aproximadamente 350 mil mortes<sup>6, 7</sup>. O restante das neoplasias orais (8 a 10%) corresponde a linfomas, sarcomas e tumores das glândulas salivares<sup>8</sup>.

O câncer bucal é uma denominação que inclui as neoplasias malignas de lábio e de cavidade oral (mucosa jugal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca) Está bem estabelecido que o consumo de tabaco é um dos principais fatores causais para o seu surgimento na cavidade oral e faringe<sup>8-10</sup>. Além disso, o consumo do álcool também tem sido relatado como um fator causal, que associado ao fumo parece aumentar o efeito carcinogênico<sup>11</sup>. Outros fatores também tem sido associados ao câncer bucal, incluindo fatores endógenos, como a desnutrição geral e mesmo a predisposição genética, e fatores exógenos, entre eles a anemia por deficiência de ferro, infecções orais e fatores ambientais incluindo os raios solares. Na maioria dos países o câncer bucal é mais comum em homens, com razão homem/mulher de 3/1, porém acima dos 40 anos de idade esta proporção tende a aumentar de maneira significativa<sup>12,13</sup>.

O diagnóstico do câncer bucal é frequentemente tardio, cerca de dois terços dos casos são descobertos em estágios avançados da doença<sup>3</sup>, causando uma sobrevida inferior a 5 anos, em pelo menos 50% desses pacientes<sup>14</sup>. Além disso, nos casos de cânceres invasivos, a cirurgia é o tratamento padrão, que pode ser mutiladora, e ainda associada com a radioterapia e/ou quimioterapia, pode comprometer severamente a qualidade de vida de muitos pacientes<sup>15</sup>. Uma das principais razões para o diagnóstico tardio da doença deve-se justamente à falta de informação sobre suas causas e o conhecimento sobre sinais e sintomas do câncer bucal entre a população. Pois, a maioria dos casos de cânceres bucais é evitável se as pessoas souberem quais fatores de risco eles devem controlar e/ou eliminar<sup>16</sup>. Na cidade de Campina Grande, um estudo avaliando o conhecimento da população e dos cirurgiões-dentistas ainda não foi realizado.

Diante desse contexto, o objetivo do presente estudo é avaliar o nível de conhecimento da população e dos cirurgiões-dentistas da cidade de Campina Grande-PB sobre o câncer bucal, visto que é de suma importância que o cirurgião-dentista realize um exame clínico detalhado em todas as consultas e estimule a prática do auto-exame, como medida preventiva para o desenvolvimento da doença, evitando assim, o diagnóstico tardio, o que pode agravar o prognóstico do paciente.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa obedeceu aos critérios da resolução do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde 196/96. De número 0097.0.133.000-12, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB, com devido registro na Plataforma Brasil.

Consistiu em um estudo observacional, transversal, descritivo e analítico, em que se realizou uma aplicação de questionários estruturados, previamente elaborados, para a população e cirurgiões dentistas da rede pública e particular da cidade de Campina Grande-PB. O questionário utilizado foi baseado em trabalhos prévios similares, no entanto algumas questões foram adaptadas. Nos formulários constavam 15 perguntas, divididas em 2 partes: (1) aspectos sociodemográficos e (2) perguntas referentes sobre o conhecimento do câncer bucal, que variavam de acordo com o grupo (população ou cirurgiões-dentistas) avaliado, como a apresentação clínica do câncer de boca, agentes causadores, forma de prevenção e conduta frente a alguma lesão suspeita.

Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos aleatoriamente, porém com idade a partir de 21 anos e divididos em dois grupos: Grupo A (população) e Grupo B (cirurgiões-dentistas). Foram aplicados 200 questionários para população e 200 questionários para os cirurgiões-dentistas, após os sujeitos participantes terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando em participar da referida pesquisa, sendo sua identidade preservada. Os formulários foram aplicados na cidade supracitada, de modo que houve uma etapa de estudo piloto, com a aplicação de formulários em uma amostra reduzida de 30 indivíduos, que possibilitou corrigir eventuais erros de formulação.

Após a aplicação dos questionários, os dados foram colhidos, tabulados e analisados estatisticamente. Os resultados foram expressos em frequências relativas e absolutas. Utilizou-se o *SPSS (Statistical Package for the Social*

Sciences) versão 17.0, através do teste estatístico qui-quadrado, correlacionando os dados sociodemográficos com os dados de avaliação de conhecimento entre os dois grupos. O nível de significância utilizado foi de 5,0% e o nível de confiança dos intervalos foi de 95,0% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

No grupo da população, dos 200 indivíduos que participaram da pesquisa, 51,5% eram do sexo feminino ( $n=103$ ) e 48,5% ( $n=97$ ) eram do sexo masculino. A Faixa etária prevalente foi de 21 a 40 anos (54,5%). Quanto à escolaridade, 52% ( $n=104$ ) dos entrevistados possuíam ensino médio. Em relação aos hábitos nocivos a maioria relatou não ingerir bebida alcoólica e nem fumar (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos dados demográficos e hábitos nocivos da população, Campina Grande, Paraíba, 2012

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Feminino	103	51,5
Masculino	97	48,5
<b>Faixa etária</b>		
Acima de 21 a 40 anos	109	54,5
De 41 a 60 anos	72	36,0
Mais de 60 anos	19	9,5
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	3	1,5
Ensino Fundamental	71	35,5
Ensino Médio	104	52,0
Ensino Superior	22	11,0
<b>Hábitos Nocivos</b>		
<b>Fumante</b>		
Sim	23	13,5
Não	173	86,5
<b>Consome Álcool</b>		
Sim	90	45,2
Não	109	54,8

Foi questionada à população se eles sabiam como o câncer bucal se apresenta e 26% ( $n=52$ ), afirmaram não saber (Figura 1).

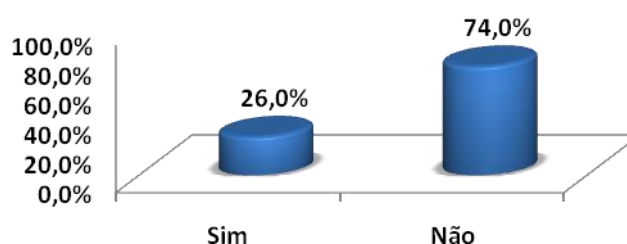


Figura 1. Distribuição dos dados da população quanto ao conhecimento da apresentação clínica do câncer bucal, Campina Grande, Paraíba, 2012.



A tabela 2 mostra que quando a população foi interrogada se já tinha ouvido falar sobre câncer bucal, ou se o cirurgião-dentista já havia falado sobre o assunto em algum momento, houve uma correlação estatisticamente significativa entre essas variáveis e o sexo da população ( $p < 0,001$ ).

Tabela 2. Associação entre informações sobre o câncer bucal e o sexo da população, Campina Grande, Paraíba, 2012

		Sexo		Total	
		Feminino	Masculino		
Se já ouviu falar sobre câncer bucal	Sim	92,2%	85,6%	89%	p=0,001
	Não	7,8%	14,4%	11%	
Se o cirurgião-dentista já falou sobre câncer bucal	Sim	36,9%	21,6%	29,5%	
	Não	63,1%	78,4%	70,5%	

\*Teste do Qui<sup>2</sup>

Na tabela 3 observa-se que no grupo A (população), quando foi questionado se os mesmos tinham o hábito de ingerir bebida alcoólica e de fumar, houve uma correlação estatisticamente significativa entre essas variáveis e o sexo da população ( $p < 0,001$ ).

Tabela 3. Associação sexo e hábitos nocivos da população, Campina Grande, Paraíba, 2012.

		Sexo		Total	
		Feminino	Masculino		
Tabagista	Sim	11,7%	15,5%	13,5%	p=0,001
	Não	88,3%	84,5%	86,5%	
Alcoolismo	Sim	33,3%	57,7%	45,2%	
	Não	66,7%	42,3%	54,8%	
Total		100%	100%	100%	

\*Teste do Qui<sup>2</sup>

Em relação ao grupo dos cirurgiões-dentistas (Grupo B), dos 200 indivíduos, 66% eram do sexo feminino (n=132). A faixa etária prevalente foi de

21 a 40 anos de idade (49,5%), 47% (n=94) trabalhavam no setor privado, 39% (n= 78) já eram formados há mais de 20 anos. Em relação aos hábitos nocivos a grande maioria negou o tabagismo e alcoolismo (tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos dados demográficos e hábitos nocivos dos cirurgiões-dentistas, Campina Grande, Paraíba, 2012

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Feminino</b>	132	66,0
<b>Masculino</b>	68	34,0
<b>Faixa etária</b>		
<b>Acima de 21 a 40 anos</b>	99	49,5
<b>De 41 a 60 anos</b>	93	46,5
<b>Mais de 60 anos</b>	8	4,0
<b>Setor em que trabalha</b>		
<b>Público</b>	54	27,0
<b>Privado</b>	94	47,0
<b>Público e Privado</b>	52	26,0
<b>Tempo de Formado</b>		
<b>Até 2 anos</b>	23	11,5
<b>De 2 a 10 anos</b>	56	28,0
<b>De 11 a 20 anos</b>	43	21,5
<b>Mais de 20 anos</b>	78	39,0
<b>Hábitos Nocivos</b>		
<b>Fumante</b>		
<b>Sim</b>	4	2,0
<b>Não</b>	189	95,0
<b>Ex-Fumante</b>	6	3,0
<b>Consome Álcool</b>		
<b>Sim</b>	91	45,7
<b>Não</b>	108	54,3

No grupo de cirurgiões-dentistas, a tabela 5 mostra que houve uma correlação estatisticamente significativa entre o sexo e o hábito de ingerir bebidas alcoólicas ( $p < 0,001$ ).

Tabela 5. Correlação do sexo e dos hábitos nocivos no grupo dos cirurgiões-dentistas, Campina Grande, Paraíba, 2012.

		<b>Sexo</b>		<b>Total</b>	
		<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>		
Tabagista	Sim	2,3%	1,5%	2,0%	$p=0,210$
	Não	96,2%	92,6%	95%	
	Parou	1,5%	6,0%	3,0%	
Ingere bebidas alcoolicas	Sim	34,8%	67,2%	45,7%	$p=0,001$
	Não	65,2%	32,8%	54,3%	
Total		100%	100%	100%	

\*Teste do  $Q^2$

Quando foi questionado aos cirurgiões-dentistas se os mesmos procuravam detectar lesões suspeitas durante o exame clínico dos seus pacientes, 93% (n=184) afirmaram que sim, no entanto 87% (n=174) relataram que caso encontrem algum tipo de lesão suspeita de malignidade encaminham o paciente para um profissional especializado, tal como estomatologista, patologista bucal ou cirurgião buco-maxilo-facial, 3,5% (n=7) encaminham para um médico e 45% não se sentem totalmente seguros para detectar lesões malignas (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos dados se os cirurgiões-dentistas procuram detectar lesões na boca suspeitas de malignidade quando realizam o exame clínico do seu paciente e qual providencia eles tomam diante dessas lesões. Campina Grande, Paraíba, 2012

<b>Procura lesões suspeitas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	186	93
Não	14	7
<b>Providencia diante de lesões suspeitas de malignidade</b>		
Eu mesmo diagnostico	19	9,5
Encaminhado para o profissional especializado	174	87
Encaminhado para o médico	7	3,5
<b>Se acha preparado para detectar o CB</b>		
Sim	81	40,5
Não	29	14,5
Às vezes	90	45

Quanto ao conhecimento sobre câncer bucal, os resultados mostram que a maioria dos cirurgiões-dentistas considera de bom 45% (n= 97) à regular 43,5% (n=87). Os dados desta variável estão demonstrados na Figura 2.

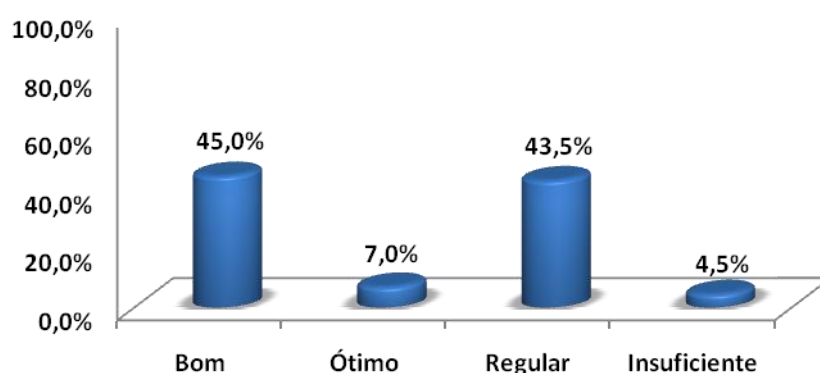


Figura 2- Distribuição dos dados dos cirurgiões-dentistas (Grupo B) quanto ao conhecimento sobre o câncer bucal, Campina Grande, Paraíba, 2012.

No que diz respeito aos tipos de câncer bucal mais freqüentes, a região anatômica mais acometida e a faixa etária dos pacientes de maior risco, a maioria dos cirurgiões-dentistas responderam que o carcinoma de células escamosas era o tipo histológico mais comum (65,5%;n=131), a língua era a região mais acometida (50%; n=100) e 85% (n=170) afirmaram que os indivíduos com idade acima de 40 anos são os mais acometidos (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição dos dados dos cirurgiões-dentistas quanto ao conhecimento sobre o câncer bucal segundo o tipo histológico da lesão, da região anatômica e faixa etária mais acometida, Campina Grande, Paraíba, 2012

<b>Tipo histológico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Carcinoma de células escamosas	131	65,5
Adenocarcinoma de glândula salivar	33	16,5
Sarcoma de Kaposi	8	4
Linfoma	10	5
Não sabe	18	9,0
<b>Região anatômica</b>		
Língua	100	50
Palato	27	13,5
Mucosa jugal	52	26
Gengiva	9	4,5
Não sabe	26	13
<b>Faixa etária</b>		
Até 18 anos	10	5
De 18 a 39 anos	18	9
Acima de 40 anos	170	85
Não sabe	2	1

No que concerne aos fatores de risco do câncer bucal, 99% dos cirurgiões-dentistas responderam que o uso de drogas lícitas e/ou ilícitas era o principal fator causal, o que inclui o fumo e alcoolismo, bem como drogas como a maconha e craque. Outros fatores citados foram a hereditariedade (75,9%), problemas dentários (74,9%), exposição solar (74,4%), alterações imunológicas e estresse emocional com 37,2% (Figura 3).

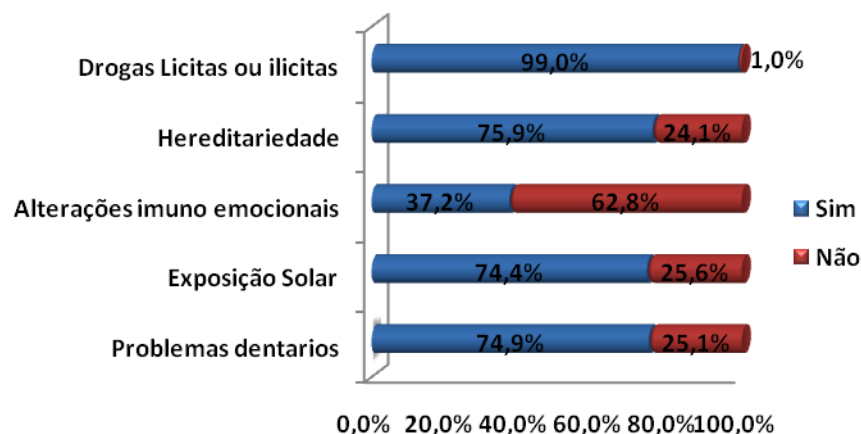


Figura 3- Distribuição dos dados dos cirurgiões-dentistas quanto ao conhecimento sobre os fatores de risco do câncer bucal, Campina Grande, Paraíba, 2012.

Foi questionado à população se o cirurgião-dentista já tinha falado sobre câncer bucal em algum momento da consulta e perguntou-se aos cirurgiões-dentistas se os mesmos procuravam lesões suspeitas de malignidade no exame clínico do paciente, pode-se observar (Tabela 8) que houve uma correlação estatisticamente significativa entre o grupo A (população) e o grupo B (cirurgiões-dentistas) ( $p < 0,001$ ).

Tabela 8. Correlação dos dois grupos (Grupo A e B). Se o cirurgião dentista já falou sobre câncer bucal para o paciente e se os cirurgiões-dentistas procuram identificar lesões suspeitas de malignidade em algum momento da consulta, Campina Grande, Paraíba, 2012.

		Se o cirurgião-dentista procura lesões suspeitas de malignidade		Total	
		Sim	Não		
Se o cirurgião-dentista já falou sobre câncer bucal	Sim	31,2%	7,1%	29,5%	$p < 0,05$
	Não	68,8%	92,9%	70,5%	
Total		100%	100%	100%	

\*Teste do Qui<sup>2</sup>

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo reafirmam a necessidade imprescindível de orientação e medidas de prevenção junto à população acerca do câncer bucal devido à persistência da doença como problema relevante de

saúde<sup>17</sup>. É consenso que o cirurgião-dentista, independente da sua inserção na rede pública ou particular odontológica, deva ter conhecimentos sobre os fatores de risco e diagnóstico precoce do câncer bucal e articule esses conhecimentos em sua prática rotineira<sup>18,19</sup>.

Pesquisa realizada com 489 questionários aplicados aos usuários das Unidades Básicas de Saúde do Programa Saúde da Família de Aracaju com o intuito de verificar o nível de informação e de comportamento preventivo que os pacientes da rede pública de saúde de Aracaju possuíam a respeito de câncer bucal, observaram que os mesmos desconheciam ou possuíam informações inadequadas sobre autoexame de boca, fatores de risco e apresentação clínica do câncer bucal<sup>20</sup>. Estudo semelhante<sup>21</sup> aplicou 899 questionários junto a população em campanhas de prevenção em Taubaté/SP, em 2001, 2003 e 2005 e identificou porcentagem variando de 32,68% a 40,52% de pessoas que relataram saber as causas do câncer bucal. No período estudado, não houve melhoria no conhecimento da população sobre o assunto. Os resultados dos estudos citados corroboram os achados encontrados no presente estudo, no que diz respeito à escassez de conhecimentos da maioria da população em relação aos fatores de risco e apresentação clínica do câncer bucal.

Um estudo avaliando a prática e atitude clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina em relação ao câncer bucal observou que a maioria dos profissionais relatava a realização do exame bucal em busca de lesões suspeitas, embora 47,5% dos participantes disseram nunca terem realizado o diagnóstico da doença. Apenas 11,7% dos entrevistados encaminhavam seus pacientes para o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)<sup>22</sup>. Resultados semelhantes foram observados no presente trabalho, onde mais de 90% dos profissionais também relataram que procuram detectar lesões suspeitas. No entanto, uma grande parcela não se acha preparado para identificar esses tipos de lesões.

Em relação à capacidade dos profissionais entrevistados em diagnosticar o câncer bucal, em nosso estudo observou-se que a grande maioria encaminhava seus pacientes para outros profissionais especializados, em caso de lesão suspeita de malignidade, diferentemente do estudo realizado em Santa Catarina<sup>22</sup>. Tendo em vista que muitos deles consideraram seu conhecimento sobre câncer bucal de regular a insuficiente, esses resultados evidenciam que os cirurgiões-dentistas ainda não apresentam conhecimento e treinamentos ideais para difundir os meios de prevenção e detecção precoce do câncer bucal. Um dado bastante preocupante, sabendo que, atualmente, no estado da Paraíba existem 5 faculdades de Odontologia, sendo 3 em instituições públicas e 2 em instituições privadas.

Pesquisa desenvolvida em Feira de Santana- BH com o intuito de avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal, mostrou que o consumo de tabaco foi o fator de risco mais apontado (100%) pelos

profissionais entrevistados, seguido do uso de bebidas alcoólicas (89,2%) e exposição solar (83,3%)<sup>23</sup>. Resultados semelhantes também foram encontrados no presente estudo, no entanto outros fatores como a hereditariedade, alterações imunológicas e emocionais e problemas dentários (incluindo uso de próteses mal adaptadas) foram bastante citados como fatores de risco para o câncer bucal. O trauma crônico causado por próteses mal adaptadas e dentes em mau estado de conservação, conduz a traumatismo crônico em uma determinada região e pode desencadear neoplasias. Entretanto, fica difícil estabelecer uma relação causal entre o uso de próteses mal ajustadas e dentes mal conservados com neoplasias malignas, uma vez que, suspendendo o atrito traumatizante, a ferida muitas vezes cicatriza. O problema está no fato de que, o uso de prótese e problemas dentários possa está associados ao tabagismo e alcoolismo, e o trauma continuamente expostos às agressões químicas e térmicas provocadas pelo cigarro, podem transformar-se em lesões predisponentes e isso é extremamente importante, visto que, o estado de conservação dos dentes de grande parte da população do nosso país é quase sempre muito precário, devido ao baixo acesso a serviços odontológicos adequados<sup>24</sup>.

Embora que nesse trabalho a exposição solar tenha sido bastante citada pelos cirurgiões-dentistas como fator de risco para o câncer bucal, o lábio foi a região anatômica menos relatada pelos profissionais como localização comum para o desenvolvimento da doença, mostrando, portanto, a escassez de conhecimento no grupo dos cirurgiões-dentistas quanto ao desenvolvimento do câncer na região de lábio. Estes dados são alarmantes e preocupantes, visto que no Brasil, o câncer labial assume significativa importância pelo fato de ser um país tropical, principalmente na região nordeste onde há uma grande incidência da radiação ultravioleta<sup>25</sup>. Sabendo que o risco de originar câncer nessa região dependerá da intensidade e da frequência de exposição à luz do sol do indivíduo, torna-se de extrema necessidade a recomendação de se evitar a exposição ao sol sem proteção (filtro solar e chapéu de aba longa<sup>5</sup>).

Além do tabaco e do álcool serem considerados historicamente como fatores causais do carcinoma de células escamosas, é conveniente supor que os agentes infecciosos (principalmente os vírus) também estejam associados na sua etiologia<sup>26</sup>. Sugere-se esta hipótese baseada no fato de que cerca de 10 a 20% dos pacientes que apresentam câncer bucal não tem história de utilização do tabaco e do álcool<sup>11</sup>. Sendo relatado na literatura que o Papiloma vírus humano (HPV) é o vírus mais encontrado nos portadores das neoplasias na região de cabeça e pescoço<sup>8</sup>. Embora, na pesquisa ora realizada, nenhum dos profissionais entrevistados apontaram infecções virais como fator carcinogênico para o câncer bucal.

Quanto à localização anatômica do câncer bucal, os cirurgiões-dentistas responderam que a língua é a região mais acometida, corroborando a literatura

que identifica a borda lateral de língua como a região mais frequente de neoplasias malignas<sup>15</sup>. Porém, vale ressaltar que pequena parcela dos cirurgiões-dentistas não soube qual o sítio de maior acometimento do câncer bucal. A importância e preocupação com este dado devem-se ao fato de que tumores localizados em língua estão relacionados com maior ocorrência de óbitos, devido seu comportamento agressivo e frequente metastatização cervical precoce<sup>27</sup>.

Alguns fatores podem contribuir para a carência de se detectarem precocemente as lesões de câncer e subsequente diagnóstico avançado são: a falta de sintomas nos pacientes; a localização incerta das lesões; o baixo número de exames de diagnóstico realizados; o baixo nível de conhecimento da população e também dos que promovem a saúde a respeito dos sinais, sintomas e fatores de risco; a detecção precoce dos comportamentos de risco em relação ao câncer e a falta de atividades educativas que almejem a redução dos fatores de risco<sup>18-20,28</sup>.

Na pesquisa realizada com a população de Aracajú<sup>20</sup> observou-se que mais de 85% dos entrevistados não obtiveram nenhuma informação sobre CB a partir de algum profissional de saúde e também não haviam sido submetidos a um exame clínico para detecção de lesões bucais. Esses resultados são bastante semelhantes aos encontrados no presente trabalho, no qual quase 70% dos indivíduos pesquisados da população de Campina Grande também afirmaram que os cirurgiões-dentistas nunca falaram sobre o câncer bucal. Desse modo, observa-se a necessidade de adoção de medidas de promoção à saúde, prevenção e diagnóstico diferencial e precoce da doença, uma vez que a população está exposta aos fatores de risco e é evidente o desconhecimento acerca do assunto, como pode ser observado nos resultados do presente estudo, sabendo que os cirurgiões-dentistas também são responsáveis pela educação popular em saúde, que se mostra como uma excelente ferramenta de popularização e difusão do conhecimento técnico-científico, aproximando a população aos profissionais e desmistificando a doença, que, colocada mais próxima à população, viabiliza a identificação de fatores de risco e a busca pela prevenção/ diagnóstico<sup>19</sup>.

## **CONCLUSÃO**

A prevenção do câncer bucal é reconhecidamente um fator importante na redução das taxas de prevalência e mortalidade da doença. Porém, o cirurgião-dentista não deve negligenciar o alerta aos pacientes quanto aos comportamentos de risco (consumo de álcool, hábito de fumar, e infecção pelo HPV). Deve-se levar em consideração também que o nível de conhecimento da população acerca do assunto ainda é muito baixo. Por isso, torna-se



necessário que os cirurgiões-dentistas saiam da faculdade com a percepção de que são agentes transformadores, capazes de detectar os problemas de saúde e procurar resolvê-los por meio de ações que associem o conhecimento teórico à prática no meio social ao qual estão inseridos. Contudo, é necessário voltar à atenção para os cursos de graduação em Odontologia que ainda necessitam enfatizar a importância da experiência clínica para o reconhecimento dos sinais e sintomas relacionados ao câncer bucal.

## REFERÊNCIAS

1. Diurianne CCF. Unusual Presentation of Oral Squamous Cell Carcinoma in a Young Woman. SQU Med J2012, p. 228-231.
2. Pisani P, Bray F, Parkin DM, Sartorelli AC, "Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population," International Journal of Cancer 2002, vol. 97, no. 1, pp.72–81.
3. Spilka R, Laimer K, Bachmann F, Spizzo G, Vogetseder A, Wieser M, Muller H, Haybaeck J, Obrist P1. Overexpression of eIF3a in Squamous Cell Carcinoma of the Oral Cavity and Its Putative Relation to Chemotherapy Response. Journal of Oncology Volume 2012, Article ID 901956, p 2-9
4. Liu L, Kumar SK, Sedghizadeh PP, Jayakar AN, Shuler CF. Oral squamous cell carcinoma incidence by subsite among diverse racial and ethnic population in California. Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod 2008; 105: 470-80
5. INCA. Ministério da Saúde. Estimativa de incidência de câncer no Brasil-2012. Disponível em <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposde\\_cancer/site/home+/boca/definição](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposde_cancer/site/home+/boca/definição)>
6. Scully C, Bagan J: Oral squamous cell carcinoma: overview of current understanding of aetiopathogenesis and clinical implications. Oral Dis 2009, 15(6):388-399.
7. Bitu CC, Destro MFSS1, Carrera M, Silva SD, Graner E, Kowalski LP, Soares FA, Coletta RD. HOXA1 is overexpressed in oral squamous cell. BMC Cancer 2012, 12:146
8. Bertolus C, Goudot P, Gessain A, Berthet N. Clinical relevance of systematic human papillomavirus (HPV) diagnosis in oral squamous cell carcinoma. Infectious Agents and Cancer 2012, 7:13
9. Li L, Psoter WJ, Buxó CJ, Elias A, Cuadrado L, Morse D. Smoking and drinking in relation to oral potentially malignant disorders in Puerto Rico: a case-control study. BMC Cancer 2011, 11:324

10. Freitas AR, Mapengo MAA, Moura PG, Silva RPR, Sales-Peres SHC; Jose Bastos JRM. Restrição ao uso de tabaco e a prevenção do câncer bucal. *Arq Ciênc Saúde* 2010 jan-mar; 17(1):54-7
11. Astrid LK ,Marius B, Klaus WG. Oral squamous cell carcinoma in non-smoking and non-drinking patients. *Head & Neck Oncology* 2010, 2:24
12. Tremblay S, dos Reis PP, Bradley G, Galloni NN, Perez-Ordóñez B, Freeman J et al. Young patients with oral squamous cell carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 132:958–66.
13. Laimer K, Spizzo G, G. Gastl. “High EGFR expression predicts poor prognosis in patients with squamous cell carcinoma of the oral cavity and oropharynx: a TMA-based immunohistochemical analysis,” *Oral Oncology* 2007, vol. 43, no. 2,p. 193–198.
14. Warnakulasuriya S, Sutherland G, Scully C. Tobacco, oral cancer, and treatment of dependence. *Oral Oncology* 2005; 41: 244-260.
15. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ, “Cancer statistics, 2009,” *CA Cancer Journal for Clinicians* 2009, vol. 59, no. 4, pp. 225–249.
16. Monteiro LS, Salazar F, Pacheco J, Warnakulasuriya S. Oral Cancer Awareness and Knowledge in the City of Valongo, Portugal. *International Journal of Dentistry* 2012; 12: 2-8.
17. Vasconcelos EM. Comportamento dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal [Dissertação Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2006.
18. Vidal AKL, Aguiar DMA, Gouveia MVC, Cavalcante Neto PM, Tavares ANS, Guimaraens MA. Verificação do Conhecimento da População Pernambucana acerca do Câncer de Boca e dos Fatores de Risco – Brasil *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2012 João Pessoa, 12(3):383-87.
19. Vidal AKL, Tenório APS, Brito BHG, Oliveira TBT, Pessoa ID, Conhecimento de Escolares do Sertão Pernambucano sobre o Câncer de Boca. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa 2009, 9(3):283-288.
20. Melo AUC, Ramalho LMP, Ribeiro CF, Rosa mrd. Informação e Comportamento Preventivo de Pacientes do Programa de Saúde da Família de Aracaju a Respeito de Câncer Bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa 2012, 12(3):377-82.

21. Quirino MRS, Gomes FC, Marcondes MS, Baducci I. Avaliação do conhecimento sobre o câncer de boca entre participantes de campanha para prevenção e diagnóstico precoce da doença em Taubaté - SP / Brasil. Rev Odontol UNESP 2006; 35(4):327-33.
22. Cimardi ACBS, Fernandes APS. Câncer bucal – a prática e a realidade clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina. RFO, maio/agosto 2009; 14(2): 99-104.
23. Falcão MML. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal [Dissertação de Mestrado]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2006.
24. Vaccarezza GF, Antunes JL, Michaluart-Júnior P .Recurrent sores by ill-fitting dentures and intra-oral squamous cell carcinoma in smokers. J Public Health Dent. 2010 Winter;70(1):52-7.
25. Sena MF, Costa APS, Nóbrega AGS, Costa ALL, Ferreira MAF. Avaliação dos Fatores Prognósticos Relacionados ao Câncer de Lábio: Revisão Sistemática. Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(1): 93-102
26. Blomberg M, Nielsen A, Munk C, Kjaer SK: Trends in head and neck cancer incidence in Denmark, 1978–2007: Focus on human papillomavirus associated sites. Int J Cancer 2011, 129(3):733–741.
27. Riera SP, Martínez RB. Morbidity and mortality for oral and pharyngeal cancer in Chile. Rev Med Chil 2005; 133(5):555-63.
28. Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. Braz. j. otorhinolaryngol. 2010; 76(4):416-22.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### Questionário a ser aplicado aos profissionais

- 1. Idade** \_\_\_\_\_ **2. Sexo** ( ) M ( ) F
- 3. Trabalha em:** ( ) setor público ( ) setor privado
- 4. É formado há quanto tempo?**  
 ( ) até 2 anos ( ) 2 a 10 anos  
 ( ) 11 a 20 anos ( ) mais de 20 anos
- 5. Você fuma?**  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Parou
- 6. Em caso afirmativo, especificar o tipo de fumo e a quantidade por dia**  
 Tipo: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_
- 7. Você costuma ingerir bebida alcóolica**  
 ( ) Sim ( ) Não  
**Em caso afirmativo, com que frequência:**  
 ( ) todo dia ( ) fim de semana ( ) raramente
- 8. Como você autoavalia o seu conhecimento sobre o câncer de boca?**  
 ( ) Bom ( ) Ótimo ( ) Regular ( ) Insuficiente
- 9. Você procura detectar o câncer de boca na avaliação do seu paciente?**  
 ( ) Sim ( ) Não
- 10. Quando você encontra lesões suspeitas de malignidade, que providencia você toma?**  
 ( ) Eu mesmo diagnostico  
 ( ) Encaminho o paciente para o profissional especializado (estomatologistas, patologista, CTBMF)  
 ( ) Encaminho o paciente para o médico  
 ( ) Espero que o paciente se manifeste pedindo orientação
- 11. Qual o tipo de câncer mais comum na boca?**  
 ( ) Adenocarcinoma de glândula salivar ( ) Carcinoma de células escamosas  
 ( ) Linfoma ( ) Sarcoma de Kaposi
- 12. Qual a região anatômica mais freqüente do câncer de boca**  
 ( ) língua ( ) palato ( ) Mucosa Jugal ( ) gengiva ( ) lábio ( ) Não sei
- 13. Qual a faixa etária mais comum para o câncer de boca?**  
 ( ) até 18 anos ( ) 18 a 39 anos ( ) acima de 40 anos ( ) Não sei
- 14. Na sua opinião são fatores de risco para o câncer de boca**

drogas lícitas e/ou ilícitas ( uso de drogas, consumo de álcool, consumo de tabaco)

Hereditariedade

Alterações imunológicas e/ou emocionais (Baixo consumo de frutas e vegetais, Estresse emocional)

exposição solar

Problemas dentários (Próteses mal adaptadas e/ou dentes em mal estado de conservação)

Infecções virais (HPV, EBV)

**15. Você se acha preparado para identificar o câncer bucal?**

Sim       Não       às vezes

## Apêndice A

### Questionário a ser aplicado a população

- 1) **Sexo**       F                               M
- 2) **Idade** \_\_\_\_\_
- 3) **Nível de escolaridade:**
  - Analfabeto                       Ensino fundamental
  - Ensino médio                       Ensino superior
- 4) **Profissão** \_\_\_\_\_
- 5) **Trabalha há quanto tempo nessa profissão?** \_\_\_\_\_
- 6) **Usa alguma medida de proteção contra o sol?**
  - Chapéu               Protetor labial               protetor solar
  - Manteiga de cacau
  - Outro \_\_\_\_\_
- 7) **Você já ouviu falar de câncer de boca?**
  - Sim                                       Não
- 7) **Algum cirurgião-dentista já lhe falou sobre o câncer de boca?**
  - Sim                                       Não
- 8) **Você já viu algum cartaz ou alguma campanha sobre câncer de boca?**
  - Sim                                       Não
- 9) **Alguma pessoa da sua família teve câncer de boca?**
  - Sim                                       Não
- 10) **Se sim, qual parente?** \_\_\_\_\_
- 11) **Sabe como se apresenta o câncer de boca?**
  - Sim                                       Não
- 12) **Sabe o que pode causar o câncer de boca?**
  - Sim                                       Não
- 13) **Você é fumante?**
  - Sim                                       Não
- 14) **Em caso afirmativo, especificar o tipo de fumo e a quantidade por dia** Tipo: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_
- 15) **Você costuma ingerir bebida alcóolica?**
  - Sim                                       Não
- 16) **Em caso afirmativo, com que frequência:**
  - todo dia       fim de semana       raramente

## Anexo A



### UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.<sup>a</sup> Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

#### **PARECER DO RELATOR: ( 08)**

**Número do Parecer emitido pelo CEP-UEPB:0097.0.133.000-12**

**Título:** NÍVEL DE CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS CIRURGIÕES DENTISTAS DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB SOBRE O CÂNCER ORAL E INSTITUIÇÕES DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE SAÚDE PÚBLICA.

**Data da relatoria:**30 de maio de 2012

**Apresentação do Projeto:** O projeto é intitulado “NÍVEL DE CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS CIRURGIÕES DENTISTAS DA CIDADE DE CAMPINA GRANDEPB SOBRE O CÂNCER ORAL E INSTITUIÇÕES DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE SAÚDE PÚBLICA”,O presente estudo é para fins de conclusão do relatório do PIBIC Cota 2011/2012

**Objetivo da Pesquisa:** A pesquisa tem como objetivo geral: avaliar nível de conhecimento da população e dos odontólogos na cidade de Campina Grande-PB a cerca do câncer oral, com o intuito deste conhecimento contribuir para a instituição de medidas preventivas na saúde pública bucal saúde bucal.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** Não oferece riscos. Existe como benefícios a proposta de realizar mais ações sociais e confeccionar encartes e



campanhas a respeito do tema, contribuindo assim para o aumento e continuidade das medidas preventivas em saúde bucal.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**É viável e importante para a melhoria das condições e ações preventivas ao câncer oral.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:** Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido projeto. Salvo melhor juízo.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:** Projeto dentro das normas da resolução 196/96, com condições de ser executado.

**Situação do parecer:**

**Aprovado ( x )**

**Pendente ( )**

**Retirado ( )** – quando após um parecer de pendente decorre 60 dias e não houver

procura por parte do pesquisador no CEP que o avaliou.

**Não Aprovado ( )**

**Cancelado ( )** - Antes do recrutamento dos sujeitos de pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.<sup>a</sup> Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

## Anexo B

### **NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA E CLÍNICA INTEGRADA**

#### ESTRUTURA

1. Página de identificação:

1.1. Título do artigo: Deve ser conciso e completo. Escrito nos idiomas português e inglês.

1.2. Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar. Informar uma única afiliação.

1.3. Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4. Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

2. Corpo do Artigo:

2.1. Título do artigo: Escrito nos idiomas português e inglês.

2.2. Resumos - Os trabalhos devem ser apresentados contendo dois resumos, sendo um em português e outro em inglês (Abstract). Devem ter no mínimo 240 palavras e, no máximo, 280 palavras. Devem ser ESTRUTURADOS, apresentando os seguintes itens: Artigo Original: Objetivo (Purpose), Método (Method), Resultados (Results) e Conclusão (Conclusion). Artigo de Revisão: Introdução (Introduction), Objetivo (Objective) e Conclusão (Conclusion).

3. Descritores - Devem ser indicados, no mínimo, 3 e, no máximo, 5. Os descritores devem ser extraídos da terminologia Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Quando acompanharem o Abstract, serão denominados de Descriptors e devem ser baseados no Medical Subject Headings (MeSH).

4. Estrutura do Texto

4.1. Artigo Original: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão.

4.2. Artigo de Revisão: Introdução, Revisão de Literatura, Discussão e Conclusão.

Obs. Os Artigos de Revisão são produzidos exclusivamente mediante convite da Editoria Científica.

5. Agradecimentos  
Destinado às contribuições de pessoas que prestaram colaboração ao trabalho e que não preenchem os requisitos de autoria. Podem ser incluídos nesta seção agradecimentos a instituições (apoio financeiro) ou empresas (apoio material).

6. Citações no Texto  
6.1. A revista adota a citação numérica. NÃO É PERMITIDA A CITAÇÃO DO NOME DO AUTOR NO TEXTO.  
6.2. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses.  
6.3. Números seqüenciais devem ser separados por hífen (1-4); números aleatórios devem ser separados por vírgula (1,3,4,8).

Exemplos de Citação:  
A literatura tem evidenciado possibilidade de transmissão de microrganismos bucais entre familiares, particularmente da mãe para os filhos (1,2,6-8,10,13).

7. Referências Bibliográficas  
7.1. Devem ser numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors no "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (<http://www.icmje.org>).  
7.2. O número máximo de referências é 30 para artigos de pesquisa e 40 para revisão de literatura.  
7.4. A lista de referências deve ser escrita em espaço simples, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al.". de "et al."  
7.5. Os sobrenomes dos autores devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados sem ponto ou vírgula. Usar a vírgula somente entre os nomes dos diferentes autores.  
7.6. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.  
7.7. Referências a comunicação pessoal e artigos submetidos à publicação não devem constar da listagem de Referências.