

Avaliação do conhecimento sobre o câncer bucal entre universitários

Evaluation of knowledge of oral cancer among students

Marco Antonio Trevizani Martins¹
Fernanda Gonçalves de Oliveira Alves Marques²
Vanessa Christina Santos Pavesi³
Márcia Maria Altavista Romão¹
César Angelo Lascala⁴
Manoela Domingues Martins⁵

RESUMO

Introdução: O câncer oral é uma doença de alta incidência no mundo e que vem sendo considerada como problema de saúde pública. A prevenção e o diagnóstico precoce constituem as melhores formas de reverter essa situação. **Objetivo:** Avaliar o nível de conhecimento de uma população de universitários de Odontologia sobre o câncer de boca. **Métodos:** Foi aplicado um questionário contendo 37 questões para 148 alunos de Odontologia. Após a coleta, foi confeccionada uma planilha no programa de computador Excel (Microsoft). Foram comparadas as porcentagens de acerto entre os anos (teste qui-quadrado de tendência) e verificada a consistência e coerência (coeficiente de Cronbach) com nível de significância de 5% ou calculado o p-valor correspondente. As análises foram feitas utilizando-se o programa SAS for Windows, v.9.1.3. **Resultados:** O valor do α de Cronbach para o questionário foi de 0,7681, considerado o instrumento consistente e coerente, tornando-o um método adequado para avaliação do nível de conhecimento sobre o câncer bucal. Na análise individual das questões, notou-se que, mesmo havendo diferença significativa entre algumas respostas corretas entre os anos, isso não significa que, com o passar do tempo, a porcentagem de acertos aumente. Quanto ao conhecimento sobre o câncer bucal, notou-se maior nível de acerto nos alunos de 3º e 4º ano. Os alunos demonstram alto índice de acertos quanto ao conhecimento sobre os fatores de risco do câncer bucal. **Conclusão:** Para melhorar o nível do conhecimento dos alunos sobre o câncer bucal, faz-se necessário um programa universitário de prevenção de câncer bucal envolvendo os alunos de todos os anos do curso.

Descritores: Neoplasias Bucais. Questionários. Educação em Odontologia. Avaliação Educacional. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Modelos Educacionais. Estudantes de Odontologia.

ABSTRACT

Introduction: The oral cancer has a high incidence worldwide and it is considered a public health problem. Prevention and early diagnosis are the best solution to reverse this situation. **Objective:** To evaluate the level of knowledge about oral cancer in a group of Odontology students. **Methods:** A 37-question questionnaire was applied to 148 Odontology students. After collecting all the data, a worksheet using Microsoft Excel was created. The percentage of right answers was compared among university-level classes (Chi-square test of tendency), and the consistency and coherence were checked (Cronbach's coefficient) with 5% significance level or calculated the correspondent p-value. The analyses were conducted using the SAS system for windows 9.1.3. **Results:** The Cronbach's α value in the questionnaire was 0.7681, considering the instrument consistent and coherent as an appropriate method to evaluate the students' level of knowledge about oral cancer. An individual analysis of the questions showed that, although there was an expressive difference in some of the right answers in different university-level classes, it does not mean that the percentage of accurate answers increases in the course of time. Regarding the level of knowledge about oral cancer, a larger number of right answers among students of the 3rd and 4th years was observed. Students had a large number of right answers concerning risk factors for oral cancer. **Conclusion:** It is essential to create a university program on oral cancer prevention for the students of all levels, in order to improve their knowledge about oral cancer.

Key words: Mouth Neoplasms. Questionnaires. Education, Dental. Educational Measurement. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Models, Educational. Students, Dental.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS)¹, o câncer constitui a segunda maior causa de morte no mundo. Na boca, o carcinoma espinocelular é responsável por cerca de 90% das neoplasias malignas e está entre os tipos e câncer mais frequentes nos seres humanos. Mundialmente, cerca de 400.000 novos casos são diagnosticados por ano,

sendo que 50% dos pacientes morrem antes de cinco anos após o diagnóstico inicial². No Brasil, o carcinoma espinocelular bucal afeta uma considerável parte da população, principalmente as classes menos favorecidas, ocupando o 3º lugar entre as neoplasias malignas mais frequentes em homens e a 7ª entre as mulheres, com uma alta taxa de mortalidade³. Segundo dados do INCA, no ano de 2006³ foram registrados 11.000 novos casos de câncer de boca no Brasil. Os registros

1) Professor do Curso de Odontologia da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo, SP, Brasil.

2) Aluna de Odontologia, bolsista de Iniciação Científica FAPIC, Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo, SP, Brasil.

3) Cirurgiã-dentista, aluna do Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo, SP, Brasil.

4) Professor da Disciplina de Radiologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo USP – FOU, São Paulo, SP, Brasil.

5) Professora do Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo, SP, Brasil.

Instituição: Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência: Marco Antonio Trevizani Martins, Rua: Demóstenes, 636 apto.11 – 05018-011 São Paulo, SP, Brasil. E-mail: kekomatic@yaho.com.br, manomartins@gmail.com

Recebido em: 03/07/2008; aceito para publicação em: 20/10/2008; publicado online em: 15/12/2008.

Conflito de interesse: nenhum. Fonte de fomento: nenhuma.

hospitais de câncer mostram que grande parte dos pacientes chega aos hospitais em fase avançada, necessitando de tratamentos que influam no tempo e na qualidade de vida destes pacientes, caracterizando o câncer bucal como uma doença que causa morte, invalidez e deformidade.

A etiologia do câncer bucal é uma somatória de fatores carcinógenos que podem levar ao aparecimento da doença, dentre eles, os principais são de origem extrínseca, tais como o fumo e o álcool, além de exposição crônica a radiação solar nos casos situados em lábio. Quando associados, o fumo e o álcool atuam sinergicamente, aumentando significativamente o risco para desenvolvimento do câncer bucal⁴. Fatores intrínsecos como a desnutrição, condição sistêmica, idade, gênero, fator hereditário e genes oncogênicos são relatados⁵⁻⁸.

O risco de câncer bucal é maior em indivíduos tabagistas e alcoolistas e a combinação do álcool e tabaco apresenta uma maior probabilidade de causar câncer que qualquer uma das duas substâncias usadas isoladamente. Os tabagistas apresentam uma probabilidade de 4 a 15 vezes maior de desenvolver câncer de boca do que os não-tabagistas. O consumo de bebidas alcoólicas aumenta cerca de nove vezes o risco de câncer de boca e, quando associado ao tabagismo, esse risco torna-se 35 vezes maior. Além desses, a radiação solar está fortemente relacionada com câncer de lábio, sendo o lábio inferior muito mais freqüentemente acometido que o lábio superior. O uso de próteses mal adaptadas, fatores irritantes crônicos ou substâncias quentes vêm sendo cada vez mais questionados como fator predisponente para o câncer de boca⁹.

O cigarro contém substâncias carcinogênicas capazes de provocar danos genéticos, o que resulta em células atípicas, mutações e, eventualmente, o câncer¹⁰. A droga também pode afetar a biologia do tumor e contribuir para o desenvolvimento de metástases nos linfonodos e disseminação extracapsular da lesão.

O risco de desenvolvimento do carcinoma espinocelular aumenta com a idade, tendo predileção pelo gênero masculino e pela raça caucasiana, sendo a língua e o soalho de boca as regiões mais afetadas. Cerca de dois terços dos cânceres bucais ocorrem em homens, mas a incidência crescente do tabagismo entre mulheres ao longo das últimas décadas vem eliminando gradualmente essa diferença entre os gêneros⁹.

O diagnóstico, na maior parte dos casos, é tardio e os pacientes com tumores de boca chegam aos consultórios odontológicos ou médicos apresentando lesões bastante avançadas ou irremediáveis cirurgicamente. Uma vez que a cavidade bucal é de fácil acesso e visualização, torna-se inaceitável que o diagnóstico seja realizado tão tardiamente. Quanto à busca do tratamento, nota-se que os pacientes geralmente procuram auxílio profissional em um período de quatro a oito meses após terem percebido a lesão. Há dor mínima na fase inicial e isso pode explicar a demora na procura ao profissional^{11,12}.

No câncer bucal, o estágio evolutivo da lesão é muito importante, ou seja, nos casos com diagnóstico precoce, o tratamento poderá levar à cura total da doença, enquanto que, nos casos mais avançados, o tratamento é mais complexo e o prognóstico sombrio¹³. Nos casos em que a lesão for descoberta ainda em estágios iniciais, seu tratamento apresenta menor risco de seqüelas e recidivas¹⁴. As principais iniciativas a serem tomadas pelos cirurgiões-dentistas para obter um diagnóstico precoce das neoplasias malignas são a realização de exames extra e intra-oral e a conscientização do paciente quanto ao auto-exame¹⁵.

A possibilidade de redução de incidência de qualquer tipo de câncer relaciona-se à existência de fatores de risco evitáveis que tenham forte associação com a doença. No caso do câncer bucal, questões sócio-comportamentais, econômicas e culturais estão fortemente relacionadas à adoção de comportamentos de risco que influenciam na sua incidência. É

sabido que o papel do cirurgião-dentista é de fundamental importância na difusão de medidas de conscientização e prevenção da doença¹⁶.

O objetivo desse trabalho é avaliar o nível de conhecimento de uma população de universitários de odontologia sobre o câncer de boca.

MÉTODOS

Os dados deste trabalho foram coletados de alunos de Odontologia da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo, durante o ano de 2007-2008. O critério de exclusão para o estudo foi idade inferior a 18 anos (tendo em vista a possibilidade de assinar o termo de consentimento livre esclarecido).

Todos os participantes incluídos no estudo assinaram duas vias (uma do próprio participante e outra do pesquisador responsável) do termo de consentimento livre e esclarecido e a pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi realizada após aprovação do Comitê de Ética da UNINOVE.

Foi aplicado um questionário contendo 37 questões, desenvolvido por Dib¹⁷, que é uma adaptação ao questionário proposto por Horowitz *et al.*¹⁸. O questionário foi aplicado para os alunos da UNINOVE nas salas de aula, após terem sido passadas as instruções necessárias para seu preenchimento. O preenchimento foi realizado pelo participante, enquanto o pesquisador calibrado permaneceu à disposição para qualquer esclarecimento. Os questionários foram aplicados sem controle de tempo para o completo preenchimento, a fim de que não houvesse razões de conduzir os participantes a respostas apressadas.

Após a coleta e tabulação dos dados em uma planilha do programa de computador Excel (Microsoft), foram calculadas as estatísticas descritivas para idade no geral e estratificada por ano. Para as demais variáveis, foram calculadas as freqüências simples e absoluta das respostas considerando as respostas no geral e estratificada por ano. Para a comparação entre as porcentagens de acerto entre os anos, foi feito um teste qui-quadrado de tendência, através do cálculo da estatística z de Cochran-Armitage. Para o questionário aplicado, foi verificada a consistência e coerência através do cálculo do coeficiente de Cronbach^{19,20}. Para todos os testes, foi fixado o nível de significância de 5% ou calculado o p-valor correspondente. As análises foram feitas utilizando-se o programa SAS for Windows, v.9.1.3.

RESULTADOS

Os questionários foram aplicados a 148 alunos sendo 41 (27,70%) do gênero masculino e 107 (72,30%) do feminino. A distribuição dos alunos entre os anos foi de 32 (21,62) do 1º ano, 57 (38,51) do 2º ano, 27 (18,24) do 3º ano e 32 (21,62) do 4º ano. A média de idade foi de 26,18 anos, com um desvio padrão de 8,1 anos. As idades separadas por ano estão expressas na Tabela 1.

Tabela 1. Idade dos participantes separada pelos anos do curso.

Ano	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Mediana
1	32	25.06	7.82	17	45	24
2	57	27.41	9.89	18	58	23,5
3	27	27.00	5.75	19	48	26
4	32	24.44	5.99	20	46	22

Quanto ao hábito de fumar, 17 (11,49%) fumam, 121 (87,76%) negam o hábito e 10(6,76%) já fumaram.

Analisando a consistência e coerência do questionário aplicado, foi calculado o valor de α de Cronbach que para esse questionário foi de 0,7681, considerado o instrumento consistente e coerente e adotado para a amostra considerada. A análise de deleção das questões não revelou qualquer melhora no valor do α de Cronbach. Isso mostra que o questionário deve conter todas as questões para que possa ser aplicado, conforme mostra a tabela abaixo.

Na Tabela 2 verifica-se o número e a porcentagem de respostas de acordo com o ano, segundo fatores relacionados a atitudes frente ao diagnóstico de câncer.

Na Tabela 3, estão demonstrados os resultados da distribuição do número e porcentagem de respostas certas de todos os participantes, de acordo com o ano, segundo as perguntas específicas relacionadas ao conhecimento sobre o câncer bucal.

Foi calculado o número de acertos das questões e, para comparar se houve diferença significativa entre as porcentagens de respostas, foi calculado um teste qui-quadrado de tendência, através da estatística z, com os respectivos p-valores. Fixando uma probabilidade de significância de 5%, o p-valor menor que o nível fixado, apresenta uma diferença significativa entre os anos.

Na Tabela 4, estão demonstrados os resultados da distribuição do número e porcentagem de respostas certas de todos os participantes, de acordo com o ano, segundo as perguntas específicas relacionadas ao conhecimento sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer bucal. Foi calculado o número de acertos das questões e, para comparar se houve diferença significativa entre as porcentagens de respostas, foi calculado um teste qui-quadrado de tendência, através da estatística z, com os respectivos p-valores. Fixando uma probabilidade de significância de 5%, o p-valor menor que o nível fixado, apresenta uma diferença significativa entre os anos.

Na Tabela 5, estão demonstrados os resultados da distribuição do número e porcentagem de respostas certas de todos os participantes, de acordo com o ano, segundo as perguntas relacionadas ao nível de interesse sobre o conhecimento sobre câncer bucal.

Nota-se que, mesmo havendo diferença significativa entre as respostas corretas entre os anos, isso não significa que com o passar do tempo, a porcentagem de acertos aumenta. Isso aconteceu com as questões sobre o aspecto clínico do câncer, estágio de diagnóstico e com todas as de fatores etiológicos.

Avaliando a distribuição do número e porcentagem de acordo com o semestre, segundo o conceito obtido pela avaliação do questionário (Tabela 6), pode-se notar que os alunos 1º e 2º anos obtiveram conceitos inferiores aos alunos do 3º e 4º anos. Nos últimos anos, o conceito mínimo obtido pelos alunos foi C.

DISCUSSÃO

Na cavidade oral, o carcinoma espinocelular é responsável por cerca de 90% das neoplasias malignas e está entre os tipos de câncer mais frequentes nos seres humanos. A incidência de câncer oral no Brasil é considerada uma das mais altas do mundo, estando entre os seis tipos de câncer mais comuns que acometem o gênero masculino e entre os oito mais comuns que atingem o feminino, sendo que 50% dos pacientes morrem antes de cinco anos após o diagnóstico inicial²¹. Acomete principalmente indivíduos do gênero masculino e acima de 40 anos, apresentando um comportamento agressivo, metastatização cervical precoce e, com frequência, contralateral, já que em orofaringe os vasos linfáticos cruzam a linha média²².

Tendo em vista a importância do conhecimento do câncer bucal por parte dos cirurgiões-dentistas para melhorar a detecção

precoce dos casos dessa doença, o presente estudo objetivou avaliar o nível de conhecimento de uma população de universitários de Odontologia sobre o câncer de boca com questões envolvendo a atitude dos alunos frente ao diagnóstico de câncer, o nível de conhecimento sobre o câncer bucal, fatores de risco para o desenvolvimento de câncer bucal e o nível de interesse dos mesmos sobre o câncer bucal. A metodologia empregada, já testada anteriormente^{17,23} apresentou um valor do α de Cronbach de 0,7681. A análise de deleção das questões não revelou qualquer melhora no valor do α de Cronbach. Isso mostra que as questões fazem parte de uma mesma dimensão conceitual, devendo o questionário conter todas as questões para que possa ser aplicado e resulte em uma escala de medida confiável. A análise da consistência interna é fundamental, visto que, em estudos epidemiológicos, a qualidade dos dados coletados representa um dos aspectos de maior relevância e para a validação do método a ser empregado^{19,20,24}.

Avaliando o grupo de questões referentes às atitudes dos universitários frente ao diagnóstico de câncer, observamos que os alunos de 3º e 4º anos, que já cursaram a Disciplina de Estomatologia, principal responsável por discutir com os alunos o tema câncer bucal, possuem um nível de autoconfiança maior em relação aos primeiros anos do curso. Os alunos de 1º e 2º, que até o momento não receberam informações teóricas concretas sobre esse assunto, mostram-se mais inseguros, realizam menos o exame de detecção de câncer. Os alunos dos primeiros anos, na sua maioria, afirmaram que não realizam os exames porque não sabem fazê-lo. Esses dados refletem a necessidade de orientação sobre o câncer bucal desde os primeiros anos e que a segurança e o conhecimento sobre assuntos importantes da vida profissional estão diretamente relacionados com o estudo, atualização constante e dedicação profissional. Esses achados corroboram os encontrados por Dib¹⁷, que desenvolveu esse instrumento e aplicou em alunos do 1º e 8º semestres de uma universidade privada.

Em relação ao tipo de câncer mais comum em boca, local de acometimento, aspectos clínicos, lesões precursoras e estágio de diagnóstico, verificamos diferença estatisticamente significativa entre os anos, com um índice de acertos menor no 1º ano. Esse item é muito importante, visto que essas informações são fundamentais para a identificação das lesões de forma precoce. Todavia, observamos que os índices de acertos aumentam à medida que os alunos vão recebendo informações teóricas e práticas no decorrer do curso de graduação. O que nos chamou a atenção foi o fato de alunos do 3º e 4º ano ainda não saberem, na totalidade, que o câncer de boca mais comum é o carcinoma espinocelular (CEC) e como ele se manifesta clinicamente. Isso mostra que medidas mais efetivas devem ser tomadas ao longo do curso para melhor formação dos cirurgiões-dentistas.

Uma avaliação de Registro Hospitalar de Câncer (RHC), do Hospital do Câncer/INCA, revela que 60% dos indivíduos chegam aos serviços com a doença em estágio avançado quando as possibilidades de cura são bastante reduzidas, além de o tratamento ser dispendioso²⁵. Esses dados podem refletir a falta de conhecimento profissional na detecção precoce, bem como o limitado acesso a bens e serviços de saúde que a população brasileira possui principalmente os serviços odontológicos. Assim, instrumentos que avaliem o grau de conhecimento dos acadêmicos e profissionais são extremamente válidos para que medidas corretivas possam ser aplicadas e melhor o panorama do diagnóstico de CEC bucal no Brasil.

Da mesma maneira que as informações sobre os aspectos clínicos do câncer são relevantes, o conhecimento dos fatores de risco permite atuar sobre a relação causa-efeito de agentes causais como o tabaco e o álcool, assim como também selecionar quais pacientes tem mais probabilidades de desenvolver um tumor específico e atuar em uma etapa

precoce²⁶.

Nesse estudo, verificou-se que os alunos de todos os anos mostram um alto índice de conhecimento sobre o efeito do tabaco e álcool como fatores etiológicos do carcinoma espinocelular. Em relação aos demais fatores questionados, houve uma melhora no nível de conhecimento com diferença estatisticamente significativa com o passar dos anos na universidade.

Os universitários declaram na sua quase totalidade que possuem interesse em assistir cursos sobre câncer bucal e que acreditam que o cirurgião-dentista possui um papel importante na prevenção do câncer. Esses dados motivam os professores a organizarem novos cursos para complementarem a formação dos alunos.

Ainda hoje os modelos de saúde oral brasileiros situam-se em ações assistencialistas e curativas que, com uma crescente demanda e recursos insuficientes, resulta em serviços assistenciais inadequados e muitas vezes omissos, pois acaba excluindo parte da população que necessita de atenção. Como resultado desse processo, o Brasil tem uma população adulta sem saúde oral. Quando se leva em conta o câncer de boca, os erros são ainda maiores, sendo a doença mais grave que afeta a boca, ela foi incluída apenas há três anos no rol de responsabilidade da Coordenação Nacional de Saúde Bucal^{3,27}. A falta de compromisso com o correto exame da boca somado aos erros políticos e estratégicos se reflete no fato de mais de 80% dos casos de câncer oral ser diagnosticados em estadiamento avançado, gerando grande número de óbitos e

mutações que causam grande morbidade.

Apesar da alta prevalência do câncer oral, poucas campanhas de prevenção foram desenvolvidas no Brasil com como uma ação nacional visando a educação da população, abordando de forma ampla e irrestrita suas causas, formas de prevenção e de diagnóstico precoce. A avaliação do grau de conhecimento de graduandos é fundamental para que possamos estabelecer medidas corretivas que levem a melhor formação dos profissionais da área. Uma das formas de melhorar o nível do conhecimento dos alunos sobre o câncer bucal seria a criação de programas universitários de prevenção de câncer bucal envolvendo os alunos de todos os anos do curso, com palestras, atividades clínicas de exame de boca e realização de mutirões de atendimento para diagnóstico e tratamento de lesões orais.

Conclusão

O nível de conhecimento sobre o câncer bucal foi mais elevado nos alunos de 3º e 4º ano. Os alunos demonstram alto índice de acertos quanto ao conhecimento sobre os fatores de risco do câncer bucal. Os alunos têm interesse em realizar cursos sobre o câncer bucal. Para melhorar o nível do conhecimento dos alunos sobre o câncer bucal, faz-se necessário um programa universitário de prevenção de câncer bucal envolvendo os alunos de todos os anos do curso.

Tabela 2. Distribuição das respostas dos fatores relacionados a atitudes frente ao diagnóstico de câncer por ano de curso.

Variável	Categoria	1º ano		2º ano		3º ano		4º ano		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Auto-avaliação do nível de conhecimento	Ótimo	-	-	4	7,02	3	11,11	1	3,13	8	5,44
	Bom	7	22,58	17	29,82	16	59,26	16	50	56	38,1
	Regular	13	41,94	33	57,89	8	29,63	12	37,5	66	44,9
	Insuficiente	11	35,48	3	5,26	-	-	3	9,38	17	11,56
Realiza exame de	Sim	10	45,45	33	61,11	27	100	30	93,75	100	74,07
	Não	12	54,55	21	38,89	-	-	2	6,25	35	25,93
Motivo de não realizar	Realiza	4	17,39	29	53,7	27	100	29	90,63	89	65,44
	Não sabe	18	78,26	23	42,59	-	-	2	6,25	43	61,62
	Não importante	-	-	1	1,85	-	-	1	3,13	2	1,47
	Não recebe	1	4,35	1	1,85	-	-	-	-	2	1,47
Para quem encaminha	Realiza os exames	2	12,5	1	1,85	3	11,11	3	9,38	9	6,98
	Dentista	2	12,5	26	48,15	19	70,37	23	71,88	70	54,25
	Médico	4	25	10	18,52	2	7,41	1	3,13	17	13,18
	Fac. Odonto	2	12,5	13	24,07	3	11,11	2	6,25	20	15,5
	Hospital	6	37,5	4	7,41	-	-	3	9,38	3	10,08
	Aguarda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabela 3. Distribuição, por ano, das respostas certas relacionadas ao conhecimento sobre o câncer bucal.

Questões (resposta correta)	Ano 1			Ano 2			Ano 3			Ano 4			Total			
	n	total	%	n	total	%	n	total	%	n	total	%	n	total	%	z
Câncer mais comum (CEC)	0	32	0	13	57	22,81	18	27	66,67	23	32	71,88	54	148	36,49	-6,9
Local mais afetado (língua)	1	32	3,13	8	57	14,04	10	27	37,04	12	32	37,5	31	148	20,95	-3,96
Aspecto mais comum (úlceras)	1	32	3,13	23	57	40,35	20	27	74,07	16	32	50	61	148	41,22	-4,08
Faixa etária (>40 anos)	3	32	9,38	22	57	38,6	19	27	70,37	24	32	75	68	148	45,95	-5,78
Aspecto da metástase cervical (duro, sem dor)	0	32	0	14	57	24,56	11	27	40,74	15	32	46,88	40	148	27,03	-4,41
Estágio de diagnóstico (avançado)	6	32	18,75	31	57	54,39	20	27	74,07	23	32	71,88	80	148	54,05	-4,41
Lesões precursoras (leucoplasia)	0	32	0	12	57	21,05	18	27	66,67	24	32	75	54	148	36,49	-7,22

Tabela 4. Distribuição por ano das respostas certas relacionadas ao conhecimento sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer bucal.

Questões (resposta correta)	Ano 1			Ano 2			Ano 3			Ano 4			Total			
	n	total	%	n	total	%	n	total	%	n	total	%	n	total	%	z
Drogas injetáveis (não)	19	26	73,08	34	56	60,71	14	26	53,85	27	32	84,38	94	140	67,14	-1,04
Câncer prévio (sim)	10	24	41,67	48	57	84,21	23	26	88,46	32	32	100	113	139	81,29	-4,94
Uso de álcool (sim)	8	25	32	42	56	75	24	27	88,89	28	32	87,5	102	140	72,86	-4,4
Uso de tabaco (sim)	23	28	82,14	57	57	100	25	27	92,59	32	32	100	137	140	97,86	-2,26
Antecedentes familiares (sim)	13	25	52	49	56	87,5	25	27	92,59	29	32	90,63	116	140	82,86	-3,33
Estresse emocional (não)	14	24	58,33	23	55	41,82	14	27	51,85	19	32	59,38	70	138	50,72	-0,66
Baixo consumo de frutas e vegetais (não)	8	27	29,63	22	56	39,29	7	27	25,93	9	32	28,13	43	142	30,28	0,64
Sexo oral (não)	14	25	56	36	53	67,92	22	27	81,48	24	32	75	96	137	70,07	-1,74
Próteses mal-ajustadas (não)	6	26	23,08	14	57	24,56	5	27	18,52	4	32	12,5	29	142	20,42	1,26
Dentes em mau estado (não)	12	28	42,86	16	56	28,57	16	27	59,26	20	32	62,5	64	143	44,76	-2,55
Má higiene oral (não)	18	28	64,29	39	55	70,91	23	27	85,19	22	32	68,75	102	138	73,91	0,09
Contágio direto (não)	7	25	28	16	55	29,09	19	27	70,37	16	32	50	58	139	41,73	-2,73
Exposição solar (sim)	17	26	65,38	41	53	77,36	25	27	92,59	29	32	90,63	112	138	81,16	-2,76
Comida Condimentada (não)	9	25	36	45	56	81,82	24	26	92,31	26	32	81,25	104	138	75,36	-3,43
Comidas/bebidas quentes (não)	20	25	80	39	54	72,22	20	26	76,92	18	32	56,25	97	137	70,8	1,81
Obesidade (não)	23	23	100	46	53	86,79	24	26	92,31	31	32	96,88	124	134	92,54	-0,31

Tabela 5. Distribuição, por ano, das respostas certas relacionadas ao nível de interesse sobre o conhecimento sobre câncer bucal.

Variável	Categoria	1º ano		2º ano		3º ano		4º ano		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Os pacientes estão informados sobre câncer bucal	Sim	1	3,13	3	5,26	27	100	5	15,63	9	6,08
	Não	5	15,63	43	75,44	0	0	25	78,13	100	67,57
	Não sabe	26	81,25	11	19,3	0	0	2	6,25	39	26,35
Nível de confiança para realizar procedimentos	Alto	1	3,13	5	8,77	8	29,63	7	21,88	21	14,19
	Baixo	5	15,63	33	57,89	18	66,67	22	68,75	78	52,7
	Não Sabe	26	81,25	19	33,33	1	3,7	3	9,38	49	33,11
Universidade e sobre câncer bucal	Sim	1	3,13	11	19,3	19	70,37	25	78,13	56	37,84
	Não	3	9,38	22	38,6	7	25,93	7	21,88	39	26,35
	Não Sabe	28	87,5	24	42,1	1	3,7	0	0	53	35,81
Último curso sobre câncer bucal	Ano passado	1	3,13	14	24,56	18	66,67	19	59,38	52	35,14
	2 a 5 anos	2	6,25	2	3,51	1	3,7	9	28,13	14	9,46
	Mais de 5 anos	18	56,25	1	1,75	0	0	0	0	1	0,68
	Nunca	11	34,38	29	50,88	4	14,81	1	3,13	52	35,14
	Não Sabe	22	68,75	11	19,3	4	14,81	3	9,38	29	19,59
Interesse em assistir curso sobre câncer	Sim	9	28,13	52	92,86	26	96,3	30	93,75	133	90,44
	Não	1	3,13	3	5,36	1	3,7	0	0	1	0,68
	Não Sabe	20	62,5	1	1,79	0	0	2	6,25	14	9,52
Papel do CD na prevenção do câncer	Grande	12	67,5	51	89,47	26	96,3	31	96,88	128	86,49
	Médio	1	3,13	1	1,75	1	3,7	0	0	2	1,35
	Regular	5	15,63	0	0	0	0	1	3,13	1	0,68
	Baixo	26	81,25	1	1,75	0	0	0	0	1	0,68
	Não Sabe	1	3,13	4	7,02	0	0	0	0	16	10,81

Tabela 6. Distribuição, por ano, dos escores obtidos sobre o conhecimento em relação ao câncer oral.

Categoria	1º Ano		2º Ano		3º Ano		4º Ano		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	0	0	3	5	3	12,5	7	21,85	13	8,8
B	0	0	14	23,33	19	79,17	16	50	49	33
C	10	31,25	33	55	2	8,33	9	28,13	54	36,5
D	16	50	9	15	0	0	0	0	25	17
E	6	18,75	1	10	0	0	0	0	7	4,7
Total	32	100	60	100	24	100	32	100	148	100

REFERÊNCIAS

1. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). <http://www.opas.org.br/opas>
2. Cutrim M. Aspectos epidemiológicos e terapêuticos do câncer bucal. Rev Bras Odontol. 2002;2:98-9.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa de incidência de câncer no Brasil para 2006. Rio de Janeiro: INCA; 2005.
4. Reis S. Fatores de risco do câncer da cavidade oral e da orofaringe. Rev Pós-Grad. 1997;2:127-32.
5. Chaim L, Copi L. Hábito de fumar e suas consequências nocivas aos tecidos bucais: Avaliação do nível de conscientização de futuros profissionais de odontologia. Rev Brasileira de Odontologia Nacional 1998; 6: 149–152.
6. Line S. As alterações gênicas e o desenvolvimento do câncer bucal. Rev Ass Paul Cir Dent. 1995;49: 67-72.
7. Rui M. Prevenção do câncer de boca. Rev Bras Med. 1993;20:6-10.
8. Mansour S. Association between tobacco use and metastatic neck

disease. Laryngoscope. 2003;1:161-6.

9. Gallegos-Hernández JF. [Head and neck cancer. Risk factors and prevention] El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. Cir Cir. 2006;74(4):287-93.
10. Pithan S. Perfil epidemiológico do carcinoma espinocelular de boca em pacientes do serviço de estomatologia do hospital São Lucas da PUCRS. Rev Odonto Ciência 2004; 19:126–130.
11. Devita Jr VT, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer. Principles & practice of oncology. Philadelphia: Lippincott; 1993; 4:1.
12. Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, Fava AS, de Andrade Sobrinho J, Ramos G, Oliveira BV, Curado MP. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumour, the patient and health professionals. Eur J Cancer B Oral Oncol. 1994;30B(3):167-73.
13. Chinellato L. Programa de prevenção do câncer bucal no município de Bauru, através do auto-exame. Rev Fac Bauru. 1995;3:143-5.
14. Parajara F. Enfrentando o câncer bucal. Rev Ass Paul Cir Dent. 1999;53:353-5.
15. Mendonça E. Programa de prevenção do câncer bucal no município

de Goiânia. Robrac. 1998;7:27-30.

16. Zakrzewska J. Oral Cancer and Precancer our Responsibility. Br Dent J. 1994;176:286-7.

17. Dib LL. Nível de conhecimento e de atitudes preventivas entre universitários do curso de odontologia em relação ao câncer bucal: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. Acta Oncol Bras. 2004;24(2):628-43.

18. Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS, Yellowitz JA. Oral pharyngeal cancer prevention and early detection: dentist'opinions and practices. J Am Dent Assoc. 2000;131:453-62.

19. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of the tests. Psychology. 1951;16:297-334.

20. Cronbach LJ. My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. Educ Psychol Meas. 2004;64(3):391-418.

21. Chin D, Boyle GM, Porceddu S, Theile DR, Parsons PG, Coman WB. Head and neck cancer: past, present and future. Expert Rev Anticancer Ther. 2006;6(7):1111-8.

22. Dedivitis RA, França CM, Mafrá ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. Rev Bras Otorrinolaringol. 2004;70(1):35-40.

23. Dib LL, Souza RS, Tortamano N. Avaliação do conhecimento sobre câncer bucal entre alunos de Odontologia, em diferentes unidades da Universidade Paulista. Rev Inst Ciênc Saúde. 2005;23(4):287-95.

24. Góes PSA, Fernandes LMA, Lucena LBS. Validação de instrumentos de coleta de dados. In: Antunes JLF, Peres MA. Fundamentos de odontologia – Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.390-7.

25. Freitas VS, Lopes MA, Meireles JRC, Reis L, Cerqueira EMM. Efeitos genotóxicos de fatores considerados de risco para o câncer bucal. Rev Baiana Saúde Públ. 2005;29(2):189-99.

26. Garriga ALA, García EG. Factores de riesgo, pesquisa y diagnóstico precoz en el cáncer de la cavidad bucal: revisión de la literatura. Acta Odontol Venez. 2002;40(1):56-60.

27. Almeida FCS, Cazal C, Brandão TB, Araújo ME, Silva DP, Dias RB. Campanha da popularização do auto-exame da boca – Universidade de São Paulo, Brasil (Part I). Rev Bras Patol Oral. 2005;4(3):147-56.