

Kesia Leonardo de Carvalho

Formação do Aluno de Odontologia em
Prevenção do Câncer Bucal

Marília
2003



KESIA LEONARDO DE CARVALHO

**FORMAÇÃO DO ALUNO DE ODONTOLOGIA EM
PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL**

MARÍLIA – SP

2003



KESIA LEONARDO DE CARVALHO

**FORMAÇÃO DO ALUNO DE ODONTOLOGIA EM
PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista, para obtenção do título de Mestre em Educação, sob a orientação da Profª Dra. Tania Moron Saes Braga

1410001460



MARÍLIA – SP

2003



KESIA LEONARDO DE CARVALHO

FORMAÇÃO DO ALUNO DE ODONTOLOGIA EM
PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL

Formação do aluno

Formação do aluno e prevenção do câncer bucal

Formação do aluno

Formação do aluno

C331f

Carvalho, Kesia Leonardo de

Formação do alunos de odontologia em prevenção do
câncer bucal / Kesia Leonardo de Carvalho. – Marília,
2003.

85 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de
Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, 2003.

Bibliografia: f. 79-81

Orientadora: Profª. Dra. Tania Moron Saes Braga

1.Formação do aluno. I. Autor. II.
Título.

CDD 370.71

KESIA LEONARDO DE CARVALHO

**FORMAÇÃO DO ALUNO DE ODONTOLOGIA EM
PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL**

Comissão Julgadora

Dissertação para a obtenção de grau de Mestre

Presidente e Orientador: _____

2º Examinador: _____

3º Examinador: _____

Marília, ____ de _____ de _____.



*A Deus que em amor e misericórdia
me conduziu em vitória*

OFEREÇO

*Ao meu marido **Ciro** e minhas filhas
Junia e **Bruna**, que com abnegação
souberam entender a minha
ausência, cansaço, apoiando-me
em momentos cruciais*

DEDICO

AGRADECIMENTO ESPECIAL

**A minha orientadora
Dra. Tania Moron Saes Braga**

Em acreditar no meu projeto.

*“Basta dizer que: Ensinar é uma arte, e como tal,
uma tarefa reservada a poucos, porém
privilegiados. Esta arte apura-se ainda mais,
quando o objeto de estudo é o ser humano.”*

AGRADECIMENTOS

À minha mãe

Exemplo de fé e caráter incorruptível por suas orações e palavras de incentivo.

Aos alunos do Curso de Odontologia

Prontamente, responderam à minha pesquisa, permitindo que esse trabalho fosse realizado.

À amiga Dra. Nancy Alfieri Nunes

Há pessoas que são essenciais em nossas vidas. Estimulam-nos, criticam-nos, quando necessário e, portanto, dão um sabor especial à nossa caminhada. Este é o seu caso, que por seu caráter, dinamismo e competência inspira-me e impulsiona para frente.

À minha professora

Dra. Sandra Regina Gimenez Paschoal

Pessoa de especial candura, que em momentos de desânimo me apoiou e estimulou. Colaboradora efetiva na elaboração deste trabalho.

Às minhas colegas de trabalho:

Neylla, Neuzinha, Silvana, Priscila, Fernanda e Adriana

Pelo grande apoio que me deram em momentos difíceis

Ao amigo Gilmar

Por sua especial ajuda e apoio

“Melhor é o fim das coisas do que o seu princípio; melhor é o paciente do que o arrogante.”

Ecleciastes 7:8



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 BREVE HISTÓRICO DA ODONTOLOGIA	18
2.2 A PREVENÇÃO NA ESTRUTURA CURRICULAR DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA PESQUISADA.....	20
2.3 O CÂNCER BUCAL E SUA INCIDÊNCIA	23
2.4 O ENSINO DA PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NO CURSO DE ODONTOLOGIA	25
2.4.1 Fatores de risco para o câncer bucal	26
2.4.2 Auto exame bucal	31
2.4.3 Campanhas de prevenção	32
2.4.4 Papel do cirurgião- dentista na prevenção do câncer bucal.....	37
3 MÉTODO	42
4 RESULTADOS.....	45
5 DISCUSSÃO	58
6 CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
<u>ANEXO</u>	82



LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. OPINIÃO DOS ALUNOS SOBRE DEFINIÇÃO DE ÁREA DE TRABALHO QUE PRETENDE DIRECIONAR A PRÁTICA ODONTOLÓGICA.....	46
FIGURA 2. ÁREAS DE ESCOLHA DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS GRUPOS DE ALUNOS GI E GC DO CURSO DE ODONTOLOGIA.	47
FIGURA 3 METAS DE ATUAÇÃO DOS ALUNOS DO GI E GC NAS ÁREAS PREVENTIVAS CONTEMPLADAS NO CURSO DE ODONTOLOGIA.....	48
FIGURA 4. AFIRMAÇÃO DOS ALUNOS QUANTO À SUA CAPACITAÇÃO DE FAZER DIAGNÓSTICO.	49
FIGURA 5. AFIRMATIVAS DOS ALUNOS DO GI E GC SOBRE AS POSSIBILIDADES DE DISTINGUIR LESÕES CANCERIZÁVEIS E CÂNCER BUCAL POR MEIO DO EXAME CLÍNICO.....	50
FIGURA 6. RECONHECIMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER BUCAL PELOS ALUNOS DO GI E GC DO CURSO DE ODONTOLOGIA.	51
FIGURA 7. CONHECIMENTO DA TÉCNICA DE AUTO-EXAME BUCAL DOS ALUNOS GI E GC DO CURSO DE ODONTOLOGIA.	52
FIGURA 8. CONHECIMENTO DO QUE PROCURAR NO AUTO-EXAME BUCAL DEMONSTRADO PELOS ALUNOS GI E GC DO CURSO DE ODONTOLOGIA.	53
FIGURA 9. ENCAMINHAMENTO ADEQUADO DE PACIENTES COM LESÕES CANCERIZÁVEIS OU CÂNCER BUCAL A PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DEMONSTRADO POR ALUNOS DO GI E GC DO CURSO DE ODONTOLOGIA.	55
FIGURA 10. CONSIDERAÇÕES DOS ALUNOS DO GI E GC DO CURSO DE ODONTOLOGIA QUANTO AOS RESULTADOS DO AUTO-EXAME PARA REDUÇÃO DO PRÓPRIO RISCO DE CÂNCER BUCAL.....	56
FIGURA 11. PERCEPÇÃO DO ALUNO QUANTO ÀS POSSIBILIDADES DE RISCO PARA ADQUIRIR O CÂNCER BUCAL.....	56
FIGURA 12. EFICÁCIA DE REALIZAÇÃO DE AUTO-EXAME BUCAL DOS ALUNOS DO GI E GC DO CURSO DE ODONTOLOGIA.	57

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. PERCEPÇÃO DA EFICÁCIA DAS ESTRATÉGIAS MOBILIZADORAS DA POPULAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL DEMONSTRADAS PELOS ALUNOS DO GI E GC DO CURSO DE ODONTOLOGIA.54

LISTA DE ABREVIATURAS

CD	Cirurgião Dentista
DNA	Ácido Desoxi Ribonucléico
EUA	Estados Unidos da América
GC	Grupos Concluintes
GI	Grupos Iniciantes
FEBEM	Fundação do Bem Estar do Menor
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HPV	Papillomavirus
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LDB	Lei de Diretrizes e bases
OMS	Organização Mundial da Saúde
RNA	Ácido Ribonucléico
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciências e Cultura



CARVALHO, K. L. Formação do aluno de odontologia em prevenção do câncer bucal. 2003. ____ f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2003.

RESUMO

O câncer bucal é um importante problema da saúde pública demonstrada em dados epidemiológicos crescentes de incidência desta doença no mundo e no Brasil. Um das maneiras para enfrentar este problema seriam as ações educativas para promover saúde bucal e prevenir do câncer bucal pelo profissional de odontologia. Considerando a importância do assunto e a falta de clareza da abordagem do tema no curso de graduação este estudo se propôs a investigar a formação em prevenção do câncer bucal em alunos de Odontologia. O alvo deste estudo foi uma faculdade particular de odontologia de uma cidade do interior paulista. Os participantes da pesquisa foram 84 alunos do curso, distribuídos em dois grupos: os iniciantes GI e os concluintes GC. O instrumento de coleta consistiu em um questionário com questões abertas e fechadas, abrangendo quatro aspectos da formação: àquelas relacionadas com a área de possível atuação/modalidades preventivas a serem utilizadas; auto-avaliação de conhecimentos adquiridos durante o curso na proposta de ensino de prevenção do câncer bucal; conscientização da eficácia dos programas preventivos elaborados pelo governo e entidades de classe e interesse pessoal para a prevenção como meta profissional, resultado do processo educativo. Os procedimentos envolveram a realização de um estudo piloto e posterior aplicação do questionário aos dois grupos de alunos em sala de aula com o preenchimento individual. A comparação dos resultados entre os grupos de uma mesma grade curricular permitiu verificar que a formação dos alunos de odontologia está voltada para a prevenção e contemplada em algumas disciplinas, tais como: Semiologia e Diagnóstico e Patologia. Entretanto, a descontinuidade dos conteúdos parece indicar a perda parcial de conhecimentos adquiridos durante o curso. Verifica-se que 85% do GC enfatizam a prevenção em sua prática futura, dos quais apenas 15% referem a prevenção em câncer bucal, embora conheçam os fatores de risco, 78% afirmam capacidade para diagnosticar lesões cancerizáveis e 93% descrevem procedimentos adequados de encaminhamento. Em relação aos fatores de risco, o papel do exame clínico e do cirurgião-dentista na prevenção do câncer bucal pareceu interiorizado pelos alunos concluintes. A orientação preventiva em consultório foi a modalidade indicada como mais eficiente para 69% do GI e GC. Discute-se a necessidade de maior vinculação do ensino à participação em campanhas educativas. A grade curricular do curso de odontologia pesquisado necessita de inovações no tocante à formação do aluno em relação à prevenção, bem como para integrá-lo de maneira mais efetiva à comunidade. A nova proposta curricular prevista no Projeto Pedagógico da Faculdade de Odontologia pesquisada procura contemplar a formação em prevenção, também no último ano do curso, de maneira a resgatar e fixar os conhecimentos sobre a prevenção do câncer bucal e demais doenças gerais bucais, vistos em anos anteriores.

Palavras chaves: Prevenção - Câncer Bucal - Formação – Odontologia



CARVALHO, K. L. The formation in prevention of buccal cancer in undergraduates of dentistry .2003. ____ f. Dissertation (Mestrado in Education) - Ability of Philosophy and Sciences, State University From São Paulo, Marília, 2003.

ABSTRACT

Buccal cancer is an important problem of public health demonstrated in growing epidemic data of incidence of this disease in the world and in Brazil. One way to face this problem would be the educational actions of dentistry's professionals promoting buccal health and preventing buccal cancer. Considering the importance of the role of this professional and the lack of clarity on the approach of this subject in the graduation course, this study has been proposed to investigate the training of the students of dentistry course's students in buccal cancer prevention . The object of this study were the students of a private University in Sao Paulo State. The participants of this survey were 84 students of the dentistry course, who were divided into two groups: the beginners (GI) and the conclusers (GC). The collection instrument consisted on the answering of a questionnaire which embraced four aspects of the training with questions about the potential area of action and the prevention instruments they would use, self-evaluation of acquired knowledge during the course, the buccal cancer prevention training proposal, awareness about the effectiveness of the preventive programs elaborated by the government and class entities and the personal interest for prevention as a professional goal, result of the educational process. The procedures involved the accomplishment of an experimental study and the posterior application of the questionnaire in class to the two groups of students who had to fill it individually. The comparison of the results among the classes allowed us to verify that the training of the students is directed to prevention and it is contemplated in some classes such as Semiologia and Buccal Diagnosis and Pathology. However, the contents are not continuous and it seems to show a partial loss of the knowledge acquired during the course. It was verified that 85% of GC will emphasize general prevention when they become doctors and just 15% of them will emphasize buccal cancer prevention although they know the factors of risk factors. Others 78% of the students say they are able to diagnose cancer injuries and 93% can describe appropriate procedures. In relation to the risk factors, the role of the professional and the clinical exam for prevention of buccal cancer seemed to be learned by the graduating students. The preventive orientation in clinic was the modality which was indicated as the most efficient for 69% of GI and GC. It is discussed the need of a bigger link between learning and the participation in educational campaigns. The classes'schedule in the dentistry course researched needs innovations concerning the students' formation in relation to the prevention, as well as to integrate them in a more effective way to the community. The new schedule proposed for the Pedagogic Project of the dentistry school researched, tries to contemplate the training in prevention also in the last year of the dentistry course as a way to get and consolidate the knowledge on buccal cancer prevention and other buccal general diseases which had already been seen in previous years.

Word-key: - Prevention - Formation - Buccal Cancer - Dentistry.

APRESENTAÇÃO

Esta apresentação tem o intuito de expor as razões que levaram a investigar a formação acadêmica em prevenção do câncer bucal, tendo os estudantes de odontologia como sujeitos da pesquisa.

O interesse por investigar o tema é fruto da vivência profissional da autora no dia-a-dia de trabalho como Assistente Social em uma Faculdade de Odontologia. O Assistente Social por meio de uma ação interdisciplinar, participa de ações de caráter educativo junto às disciplinas do curso de odontologia, quando de campanhas preventivas e de orientações aos alunos e particularmente aos pacientes, na triagem, no encaminhamento e quanto à adesão ao tratamento. Ao responsabilizar-se pela triagem de candidatos a tratamento dentário junto ao posto de atendimento da referida escola, o grande número de pessoas detectadas com lesões pré-cancerizáveis e com câncer, suscitou a curiosidade em saber como procede a formação dos alunos do curso de odontologia, em relação a um problema de saúde tão sério e preocupante.

A incorporação do Serviço Social ao Setor de Triagem da Faculdade de Odontologia, onde a pesquisa foi realizada no atendimento multidisciplinar do paciente, assim como a viabilização do mesmo entre as disciplinas tem indicado uma necessidade de conhecer melhor os procedimentos de ensino adotados ao longo do tempo no curso, em consonância com as necessidades das pessoas que se dispõem a recebê-los.

1 INTRODUÇÃO

Entre tantas doenças epidêmicas, inclusive com maior índice de prevalência, optou-se por investigar a formação dos acadêmicos na prevenção do câncer bucal pela experiência vivenciada pela autora em seu trabalho e pelos dados da literatura, indicando que, tradicionalmente, a Odontologia tem se mantido restauradora, embora sabe-se que com este paradigma, jamais poder-se-á controlar as doenças bucais. Ao contrário, a prática eminentemente curativa e restauradora perpetuam, durante anos um ciclo repetitivo de tratamentos. Assim, duas variáveis devem ser consideradas: a mudança de atitude da população e dos profissionais.

A formação acadêmica no curso de odontologia, desde a oficialização da profissão de cirurgião-dentista tem sido modificada, segundo a demanda, as inovações científicas e tecnológicas. O crescimento da visão universitária visa a aliar o conhecimento ou saber com experiências criticamente analisadas, mas também, observando os aspectos preventivos, característicos de todas as áreas de saúde, juntamente com a manutenção dos processos curativos.

Uma análise ao longo dos anos do currículo do curso de odontologia da Faculdade de Odontologia, onde a pesquisa foi realizada, permite notar que houve um crescimento no número de disciplinas com a visão preventiva, conforme referido na grade curricular vigente, cujos alunos foram pesquisados.

Sob o ponto de vista da inclusão de prevenção do câncer bucal nas disciplinas de Patologia e Semiologia e Diagnóstico há de se considerar que isto se tornou imperativo, pois o Instituto Nacional do Câncer vem demonstrando nas últimas décadas, que o índice de mortalidade por esta causa ocupa a 3ª posição no mundo, com um percentual crescente, sendo que no ano 2000 no Brasil estimou-se

em torno de 3077 novos casos, que culminaram em óbito.

Dessa forma, as disciplinas com conteúdo puramente curativo passaram a dividir a formação do acadêmico do curso de odontologia com a prevenção, o ensino, a pesquisa e a extensão, movendo docentes a buscar parcerias para melhor ensinar e servir à comunidade^(7,30).

Assim, acreditar nas possibilidades de mudança deveria ser um sentimento a se contrapor ao pessimismo imobilizador e tender a estimular e viabilizar o futuro cirurgião-dentista, não somente desta Faculdade, mas de toda e qualquer faculdade de odontologia, a enfrentar as dificuldades emergentes, a vencer os obstáculos e resistências que porventura se oponham a qualquer proposta inovadora, que pretenda transformar a realidade. As necessidades assim desveladas, constituíram-se na condição viabilizadora da criação de espaço para busca e aplicação de novos saberes, tendo em vista dar um real significado para um modelo autêntico de prática odontológica a ser gradualmente instituído⁽²⁹⁾.

Considerando-se que a formação acadêmica depende de um somatório crescente do saber, a avaliação da efetividade deste ensino, a fim de mudar a mentalidade do aluno, durante o desenvolvimento do curso foi absolutamente pertinente nesta pesquisa. Na ausência da leitura crítica da realidade teríamos o que os críticos sociais denunciam como um ensino, no caso odontológico, abstrato e a produção de um saber desreferido, descomprometido com o mundo e com sua transformação^(7,29).

Entretanto, fica claro que a leitura da realidade, por si só não é suficiente para dar conta da organicidade e conteúdo à relação universidade X sociedade. Mesmo que, simplesmente, a intenção de alguns estudantes poderiam nos dar uma visão ampla da realidade ou mesmo que a intervenção de uns seria suficiente para

modificá-la amplamente. Entende-se que só a construção interativa do exercício democrático de avaliar a realidade e atuar mediante isso, no qual todos os segmentos sociais e políticos tenham garantia de participação, podem efetivamente promover maior e melhor qualidade de vida à sociedade inteira e uma mudança de mentalidade, geradora de propostas e soluções que se moverão em direção a uma das alternativas de serviço odontológico. Modelos de uma odontologia comunitária devem surgir, estimulando os indivíduos a uma ênfase de ações mais preventivas do que curativas^(7,9,29).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Breve Histórico da Odontologia

No século XVI a odontologia se limitava a extrações dentárias, realizadas sem anestésicos pelos barbeiros cirurgiões, sangradores e pessoas com coragem de extrair os dentes. Mesmo assim, havia resistência quanto à extração dentária, baseada em crendices, cujo argumento era que o paciente poderia vir a óbito ou mesmo prejudicar o profissional que poderia não mais conseguir realizar intervenções delicadas⁽³¹⁾.

A partir de 25/02/1521 o Regimento do Físico-Mor de Portugal passou a regularizar os ofícios desses profissionais. Em 09/11/1629 foi regularizado o exercício da arte dentária no Brasil e em 1884 foram criados os cursos de odontologia pelo Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império ⁽³¹⁾.

Por outro lado, o ensino da odontologia no Brasil e na América Latina em geral, pode ser caracterizado por três fases: a artesanal, a acadêmica e a humanística ⁽²⁸⁾. A fase artesanal desenvolvida de forma empírica nos primeiros centros formadores, preocupava-se com a estética. A fase acadêmica foi marcada pela implantação formal das primeiras Faculdades de Odontologia, quando se iniciou o reconhecimento da necessidade do embasamento das ciências biológicas. Na década de 90, surgiu a preocupação em introduzir matérias da área de humanidades no currículo odontológico, caracterizando a fase humanística.



2.1.1 História da Faculdade de Odontologia pesquisada

A Faculdade de Odontologia, onde foi desenvolvida a pesquisa – foi criada em 1954 e reconhecida em 1957. O decreto de aprovação do curso foi assinado pelo então Presidente da República Getúlio Vargas por intervenção do deputado Dr. Ulysses Guimarães, ex-aluno desta Instituição no ensino médio, de Menotti Del Picchia.

No início a duração do curso era de três anos, sendo o corpo docente formado por médicos e dentistas, cuja seleção se baseava nos currículos.

O número de docentes era de vinte professores, entre titulares e assistentes, e dois técnicos de laboratório. Em 1961, instalou-se uma greve e muitos professores, que a apoiaram, demitiram-se nesta ocasião, por não alcançarem seus objetivos.

Na década de sessenta o ensino da odontologia nacional começou a ser aperfeiçoado através da capacitação profissional, implementação dos cursos de pós-graduação e exigências de titulação para a carreira em tais cursos e concursos públicos⁽²⁸⁾ em movimento paralelo ao acontecido nesta Faculdade de Odontologia.

Desde o início de sua implantação foi na Faculdade de Odontologia onde foi realizada a pesquisa, onde presta serviços à comunidade através de seus acadêmicos. Em 1965 essa ação foi estendida para cidades próximas e distantes através do estágio extra-muro, com auxílio dos mutirões, organizados por docentes com a participação de acadêmicos e com estabelecimento de parcerias com Prefeituras, Exército e outras instituições. Com a inclusão dos estágios no currículo, a atenção à saúde foi ampliada também para creches, escolas, hospitais, FEBEM, cadeia pública, asilos, sindicatos e serviços assistenciais.

Em 1995 o atendimento foi estendido, atingindo as comunidades indígenas no Parque Xingu, em ação conjunta com outras Instituições, Escola Paulista de Medicina e Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Esse trabalho continua até os dias atuais, através de missões realizadas mensalmente, com três dias de duração, oferecendo seus serviços de modalidade essencialmente curativa.

Em 7 de novembro de 1996, esta Faculdade de Odontologia foi incorporada a uma Universidade particular e confessional de renome, desvinculando-se da antiga Instituição a qual pertencia e enquadrando-se dentro da Lei de Diretrizes e Bases (LDB). Tal enquadramento requereu à formulação de um novo projeto pedagógico e exigiu dos docentes e funcionários uma readaptação aos moldes de uma universidade. O novo projeto pedagógico que contemplava às necessidades atuais do curso foi aprovado pelo Conselho Federal de Educação em 2001. Uma nova grade curricular confeccionada entrou em vigor somente em 2002.

2.2 A Prevenção na Estrutura Curricular da Faculdade de Odontologia Pesquisada

Em 1962 foi acrescentado mais um ano ao curso de odontologia pesquisado e uma grande mudança curricular proporcionou à inclusão de muitas disciplinas e desmembramento de outras. Houve necessidade de novas instalações para acomodar a expansão curricular.

Em 1983, houve nova mudança curricular proposta pelo MEC e, em decorrência disso, em 1984 foram implantados cursos de pós-graduação *Latu Sensu* (Especialização).

A grade curricular desta Faculdade de Odontologia tem sofrido alterações e



enquadramentos, que geralmente são aprovados ou reprovados à medida que se desenvolve durante o curso, baseado nos resultados sobre os discentes e, certamente na demanda do mercado de trabalho e nas inovações científicas.

Com o propósito de melhorar a qualidade do ensino oferecido a seus alunos, a grade curricular desta Faculdade de Odontologia, passou por várias mudanças durante o seu percurso, indo desde nenhuma disciplina voltada para a área preventiva a algumas incorporadas e outras ampliadas ao longo do tempo. O currículo limitava-se à área curativa, restauradora e ao ensino de prótese dentária.

Em 1962 com a grande mudança na grade curricular estabelecida houve e o acréscimo de mais um ano para o curso. Foram incluídas novas disciplinas e desmembradas outras já existentes.

A mudança do currículo também permitiu que algumas disciplinas, contemplando áreas de prevenção fossem incluídas como é o caso de Odontologia Social e Preventiva, Semiologia e Diagnóstico, Odontopediatria e Estágios.

Notadamente, essa mudança curricular permitiu um grande avanço quantitativo, pelo aumento do número de disciplinas, mas também um crescimento qualitativo no que se refere à prevenção de doenças gengivais, cárie dentária e câncer bucal.

A inclusão de estágios permitiu que os alunos atendessem em escolas, postos de saúde e comunidades carentes, ampliando o alcance da população ao atendimento odontológico. Em escolas e creches, ainda, o tratamento preventivo de cárie dental, ganhou dimensão com o ensino de técnicas de higiene bucal e escovação correta, além da aplicação tópica de flúor que evita o acúmulo de placa bacteriana.

Mesmo assim, o currículo continuou defasado no que se refere à disciplina de



Semiologia e Diagnóstico. Esta, que ensina os fatores de risco do câncer bucal e meios preventivos contra outras doenças bucais, só estava contemplada até o IV semestre. Do V ao VIII semestres não houve enfoque na área de prevenção do câncer bucal, o que pôde tornar inviável a aplicabilidade das técnicas preventivas pelo futuro profissional, já que saiu de cena, pois deixaram de ser vistas dois anos antes do encerramento do curso.

Em 1999, novamente, o currículo foi alterado em função de suprimir as falhas e atualizar áreas preventivas que despontaram na vigência curricular e que, somente em 2002, entrou em vigor. Quatro áreas distintas foram estabelecidas: área de humanidade, área básica, área geral e área específica da profissão, o que promoveu uma investida na humanização do curso e enquadramento necessário para atender à demanda e crescimento científico da odontologia. Aos poucos, pelo apoio à pesquisa oferecida a esta Faculdade de Odontologia pela proposta da Universidade que a incorporou em seus diferentes segmentos o que provavelmente, possibilitará uma mudança de mentalidade dos professores e acadêmicos, já que a proposta curricular está mais voltada para o lado humano do paciente, tendendo assim a proporcionar um ganho e uma nova dimensão ao curso.

A prevenção passou no novo currículo a ocupar um lugar essencial e aplicável a diversas disciplinas como Cariologia, Genética Aplicada, Parasitologia, Estomatologia, Odontologia Social e Preventiva e Odontopediatria.

O que se pretendeu com o desenvolvimento destas quatro áreas curriculares foi oferecer ao aluno: formação científica, técnica, humanística e clínica, que conciliasse a racionalização e simplificação odontológica aplicadas à prevenção e à racionalização de trabalho com delegação de funções. O que se esperou com a elaboração da nova grade curricular foi a formação de profissionais críticos, que



saibam trabalhar em equipes multiprofissionais, delegando funções a outros profissionais técnicos (higienistas dentais, técnicos em prótese, atendentes e secretárias) e atribuindo funções com uma formação que vislumbre o futuro e permeie um raciocínio lógico e análise crítica da realidade.

O entendimento e a participação do corpo docente nas mudanças curriculares foi essencial, visto que surgiram dúvidas e inquietações quanto ao ensino-aprendizado, as quais mobilizaram e nortearam os docentes em dois pontos: aprimoramento pessoal e adequação das técnicas de ensino.

Sob o ponto de vista do crescimento pessoal e científico, a incorporação de um plano de carreira docente e disponibilização para cursos de pós-graduação foram primordiais, considerando crescente o número de professores titulados hoje, na faculdade, que alcança em torno de 90%. Com o passar dos anos essa atualização e inserção de novas técnicas, especialidades e materiais tem impulsionado direta ou indiretamente, mudanças na grade curricular, que foram viabilizadas ao corpo discente à ampliação do conhecimento, pois contemplam os aspectos preventivos, alvo deste milênio, sem contudo descaracterizar a visão terapêutica da odontologia do século passado, que somado às novas técnicas diagnósticas para estabelecer uma odontologia de tecnologia de ponta que contemple também, os aspectos curativos.

2.3 O Câncer Bucal e sua incidência

O câncer ou neoplasia maligna é fator de constrangimento na população em geral, visto estar sempre aliado à “causa *mortis*” das pessoas dele portadoras. Dados estatísticos do Instituto Nacional do Câncer revelam, contudo, que ele ocupa

a terceira posição na escala de mortalidade do mundo, sendo que as doenças circulatórias e as causas externas como acidentes, ocupam respectivamente o primeiro e segundo lugares⁽²⁾.

É constatado na literatura pertinente, que a incidência das lesões malignas da cavidade oral difere nos diversos estados brasileiros, fato este possivelmente, relacionado às variações nos fatores de risco, típicos de cada região, ocupando o 8º lugar em incidência de tumores malignos nos demais países em desenvolvimento e o 3º lugar no Brasil⁽²⁾.

A incidência das neoplasias na cavidade bucal é mais freqüente que na orofaringe (87,1% e 12,9%, respectivamente) e torna, portanto, necessário o conhecimento, não só do profissional, mas também da comunidade, dos fatores de risco, que podem determinar a mudança do comportamento biológico e celular com degeneração maligna nas lesões bucais^(4,11,13,33).

A estimativa no Brasil para o ano 2000 foi de 10.890 novos casos de câncer bucal com uma decorrência de 3.077 óbitos. Para cada 100.000 habitantes a incidência é de 10,9 para homens e 3,05 para mulheres⁽²⁴⁾. O câncer bucal entre todos os cânceres representa 7% a 12,8% entre os homens e de 2,0% a 6,0% entre as mulheres⁽²⁵⁾. Embora, tenha havido um aumento considerável de câncer entre as mulheres, os estudos mostram que a prevalência ainda é maior para o sexo masculino^(20, 35).

A maior incidência do câncer na cavidade bucal é para os indivíduos de cor branca^(4, 35). Contudo, onde há maior miscigenação racial observa-se uma distribuição mais homogênea com relação à raça^(13, 37). A faixa etária de maior prevalência é a dos indivíduos entre 50 e 70 anos. Entretanto, estudos mostram preocupações com a crescente ocorrência do Câncer na Cavidade Bucal em

pacientes com idade inferior a 40 anos^(4, 11, 12, 24, 34).

2.4 O ensino da prevenção do Câncer Bucal no curso de odontologia

A palavra prevenção envolve muito mais variáveis do que a primeira vista possa parecer. Vem sendo usada na área da saúde de maneira um tanto restrita, porque deveria cumprir a sua verdadeira função que é prevenir o estabelecimento de doenças e não simplesmente identificar seus efeitos, quando estes já foram instalados. Segundo o dicionário Aurélio, “prevenir” significa vir antes, adiantar-se, interromper. Essa interrupção pode ocorrer em qualquer fase do processo mórbido.

Não só a área médica, mas também, a odontológica têm desenvolvido programas de prevenção a que visam desde à conscientização de fatores de risco para variadas doenças, as atividades investigatórias através de campanhas maciças junto à população, a fim de detectar indícios tênues ou francamente evidentes de doenças cardíacas, hipertensão, diabetes melittus, cárie dentária e mesmo o câncer bucal⁽¹⁸⁾.

Assim, a odontologia está voltada para a prevenção e detecção de doenças da cavidade bucal que possam ter comprometimento também sistêmico. Algumas doenças, entretanto, manifestam-se inicialmente na cavidade bucal, daí a importância do cirurgião-dentista ser conhecedor das doenças, de fácil acesso e com possibilidade de um diagnóstico precoce, permitindo, ao indivíduo em tempo hábil, um prognóstico favorável de cura.

O câncer bucal é primeiramente ensinado quanto à sua epidemiologia, carcinogênese, fatores de risco, aspectos clínicos, diagnósticos, modalidades de

tratamento e encaminhamento adequado do paciente para hospitais oncológicos, em duas disciplinas básicas: Patologia e Semiologia e Diagnóstico.

Depois de serem assimilados os conhecimentos básicos, ensinados quanto aos aspectos histopatológicos na disciplina Patologia e clínicos na disciplina Semiologia e Diagnóstico, acrescenta-se o ensino da prevenção do câncer bucal, que aborda os fatores de risco e à atuação do cirurgião- dentista frente aos mesmos; o papel do auto- exame bucal e sua importância no contexto da prevenção; a detecção de lesões e condições cancerizáveis, inserindo à visão do Instituto Nacional do Câncer nas Campanhas de Rastreamento e Prevenção do mesmo.

Em sendo assim, a formação em prevenção do câncer bucal envolve o ensino do acadêmico quanto aos fatores de risco, auto-exame bucal e campanhas de prevenção propriamente ditas, responsabilizando o cirurgião-dentista diante da comunidade.

2.4.1 Fatores de risco para o câncer bucal

De acordo com a epidemiologia do câncer bucal, a incidência é variável, segundo os fatores de risco, nas diversas regiões geográficas mundiais, sendo que o tabaco e o álcool são responsáveis por 75% dos casos de tumores bucais nos EUA. Na França e na Itália e este índice pode ser ainda maior em países considerados como pouco desenvolvidos. Os fatores de risco geralmente relacionam-se a regiões específicas do tumor primário o que por sua vez, determina maior ou menor morbidade⁽⁵⁾.

O termo “risco” refere-se à probabilidade de um evento indesejado ocorrer. Assim, epidemiologicamente, este termo é utilizado para definir a probabilidade de indivíduos sem uma doença, mas expostos a determinados fatores, venham a

adquirir tal moléstia. Os fatores ligados de aumento do risco para se contrair determinada doença são chamados fatores de risco e devem ser de conhecimento dos profissionais ligados à odontologia, como parte dos requisitos de prevenção^(1, 3, 8, 12, 17, 19, 22, 25, 26, 32, 33).

Para o entendimento pleno do emprego desta terminologia, deve-se levar em consideração dois pontos: primeiro, que um mesmo fator pode ser de risco para várias doenças, como é o caso do tabaco, que é o fator de risco de diversos cânceres, mas também de doenças cardiovasculares e respiratórias; segundo, vários fatores de riscos podem estar relacionados ao desenvolvimento de uma mesma doença, como exemplo, o álcool, tabagismo, chimarrão, alimentos excessivamente quentes e muito condimentados, sendo estes fatores de risco para o aparecimento do câncer na cavidade bucal^(1,4).

Esses fatores de risco podem ser encontrados no meio ambiente físico, serem herdados ou simplesmente representarem hábitos ou costumes próprios de um determinado ambiente sócio-cultural^(1,3,8,17,22,24).

Não é muito claro a correlação entre um fator de risco e o desenvolvimento da doença, principalmente, quando se trata de um comportamento social comum (alimentação, por exemplo). No caso de doenças crônicas, as primeiras manifestações podem surgir após muitos anos de exposição única (radiações ionizantes) ou contínua (radiação solar, tabagismo) aos fatores de risco. Portanto, deve-se levar em consideração o período de latência, que corresponde ao espaço de tempo entre a exposição ao fator de risco e o aparecimento da doença⁽¹⁹⁾.

O estudo dos fatores de risco, isolados ou combinados, permite estabelecer uma relação de causa- efeito entre eles e determinados tipos de câncer como, à guisa de exemplo, os fatores de risco de ordem constitucional como genótipo,



fenótipo e enfermidades, que antecedem o câncer relacionado ao grupo étnico caucasiano (brancos) e o melanoma maligno; antecedente familiar relacionado ao câncer de mama ou infecção pelo Papillomavírus relacionado ao câncer de colo de útero⁽¹²⁾.

Eis os principais fatores de risco para o câncer bucal: tabaco, álcool, luz solar, radiações, vírus, candidíase, fatores nutricionais, metabólicos e irritações mecânicas crônicas^(4,5,8,15,22,25).

O tabaco e a fumaça apresentam quatro mil e setecentas substâncias tóxicas, sendo que sessenta delas têm, conhecidamente, ação carcinogênica. As substâncias identificadas são os hidrocarbonetos policíclicos (benzopireno, benzathraceno), as nitrosaminas, agentes radioativos e resíduos agrotóxicos^(12,17,19,32).

Segundo à Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabaco é a maior causa isolada e inevitável de doenças e mortes no mundo. No Brasil, três das dez primeiras localizações primárias dos cânceres (trato respiratório, esôfago e pâncreas) que mais matam a população brasileira estão relacionados ao cigarro. Se considerarmos o tabagismo passivo, esses dados atingem proporções maiores⁽⁴⁾.

Estatisticamente, os tabagistas possuem uma probabilidade de serem acometidos por câncer bucal de quatro a quinze vezes maior do que os não tabagistas, em virtude da alta temperatura atingida na ponta acesa do cigarro que chega a 835 a 884°C, juntamente com as substâncias carcinogênicas que lhe são próprias. Dentre as formas de apresentação do tabaco, o mais agressivo à mucosa bucal é o cigarro de palha, sendo o efeito do tabaco cumulativo. Assim, um fumante pesando (mais de 100 cigarros/ano cumulativo) tem probabilidade de 15% a mais de oportunidade de contrair câncer de língua^(12,19).

O tabaco é por si só um agente carcinogênico, que, associado ao calor gerado, potencializa as agressões sobre a mucosa bucal pela ação das nitrosaminas e hidrocarbonetos,⁽³⁶⁾ fato que se torna ainda mais severo em presença de lesões ulceradas na região.

O álcool está diretamente relacionado ao câncer de esôfago, sendo que a associação do álcool com o tabaco aumenta o risco tumoral naquela região, assim como na laringe supraglótica e faringe^(3,4,8,10,11,19).

O etanol, componente da bebida alcoólica, atua como irritante da mucosa bucal, facilitando o transporte de carcinógenos como àqueles presentes no tabaco, isto é, hidrocarbonetos e nitrosaminas, através da mucosa bucal^(12,19,32,33).

Ainda não se sabe ao certo, qual é o mecanismo real de atuação do álcool, contudo, além de aumentar a permeabilidade da mucosa os agentes cancerígenos do tabaco, é reconhecida a presença também de nitrosaminas e hidrocarbonetos próprios da bebida, bem como a agressão celular promovida por aldeídos liberados do etanol⁽³⁶⁾, o que, além de produzir deficiências nutricionais e de defesa local aumentam de 8,5 a 9,2% a probabilidade de desenvolvimento de câncer de assoalho de boca e língua^(12,19).

La Vecchia et al (1977)⁽²³⁾ consideraram que a associação do álcool e tabaco forma a dieta etiológica do câncer de boca e faringe. O somatório com deficiência nutricional pode agravar o nível de agressão.

O consumo de álcool foi considerado como causa do câncer bucal em pacientes que ingeriam 84 ou mais doses/semana de "*drinks*", porém, quando pacientes ingeriam menos que 35 *drinks*/semana associados ao tabaco, o risco multiplicou-se, grandemente.

O tipo de bebida utilizado capaz de atuar na carcinogênese está diretamente

relacionada ao teor alcoólico, e o uso de bebida misturada ao whisky, cerveja e/ou aguardente. O maior índice para o câncer de faringe é geralmente relacionado ao whisky, ou na sua associação com a cerveja.

A deficiência nutricional é geralmente uma causa isolada ou associada, relativa à carcinogênese. A incidência de tumor na faringe e boca é maior em países não desenvolvidos (15% na Europa), considerando-se uma diminuição de ferro e anemia sideropênica, tais como a síndrome de Plummer-Vinson ou Paterson-Brown-Kelly. O baixo consumo de vitaminas A e C, frutas frescas e vegetais favorece o aparecimento de displasias epiteliais, visto que o beta-caroteno interfere no metabolismo e maturidade de tais células. A dieta altera intrinsecamente o mecanismo de redução de oxidantes, principalmente de riboflavina, niacina e leucina, favorecendo a ação de outros agentes carcinogênicos como o álcool e fumo.

O Papillomavírus humano (HPV) é reconhecido como fator de risco para o câncer do trato ano-genital, mas também pode estar envolvido nos tumores de boca e faringe. A transmissão viral referida pode ser por contato sexual oro-genital, transmissão vertical, transmissão digital de infecção periungueal e contato direto com superfícies epiteliais ulceradas.

Quanto às glândulas salivares e lábios, outros fatores de risco são considerados: higiene bucal, dentição, rinses (bochechos anti-placa bacteriana) e cigarro sem fumaça são citados, embora os dois últimos tenham menor papel na Europa.

A exposição à luz solar (radiação ultravioleta) continuada (15 a 30 anos) aumenta o risco de câncer do lábio inferior^(12,13,14,19,25,27). Este fato é sobrelevado, quando o paciente associa o fumo do tabaco e, principalmente, do

cachimbo^(8,12,17,19,22).

Estimativas apontam que menos de 3% dos cânceres resultam da exposição às radiações ionizantes. O contato do homem com as radiações ionizantes, ocorrem principalmente durante a realização de exames radiológicos, em vez invés de explosões nucleares e radioterapia.

Geralmente, a exposição solar está também interligada a fatores ocupacionais como o caso dos agricultores, pessoas que trabalham no corte de madeira ou têm atividades rurais de outra natureza, levando ao aparecimento precoce da queilite actínica, lesão branca não raspável no lábio inferior, que pode ulcerar-se com facilidade e é considerado como lesão potencialmente cancerizável.

2.4.2 Auto exame bucal

O auto-exame bucal consiste em uma avaliação pessoal da boca. O seu objetivo é que o próprio paciente venha a fazê-lo e detecte precocemente, variações na normalidade, tais como: mudança na aparência dos lábios e da porção interna da boca, endurecimentos, caroços, feridas, sangramentos, inchações, áreas dormentes, dentes amolecidos ou quebrados⁽²⁰⁾.

A técnica é bem simples, bastando apenas um espelho e boa iluminação. Faz-se necessário a retirada de próteses dentárias, se for o caso. A pele do rosto e do pescoço deve ser observada e através da palpação procurar caroços, manchas entre outras alterações. Puxando o lábio inferior para baixo observar a mucosa e repete-se a palpação. Com o dedo indicador afastar a bochecha de ambos os lados examinados, a parte interna da boca. Do mesmo modo, ou seja, com o dedo indicador percorrer toda a gengiva superior e inferior. Com o polegar faz-se o mesmo com a língua, por baixo do queixo e todo assoalho da boca. Inclinando-se a

cabeça para trás e abrindo-se a boca o máximo possível, examina-se atentamente o céu da boca. Coloca-se a língua para fora observa-se a parte de cima e de baixo, para direita e para esquerda e com uma gaze apalpa-se toda a sua extensão. Examina-se o pescoço, comparando-se o lado direito e esquerdo, efetuando a palpação de ambos os lados. Por fim, com o polegar por debaixo do queixo, faz-se a palpação de todo o contorno interior.

A utilização de “*folders*”, ensinando a realização de “auto-exame” tem sido recomendada em campanhas de prevenção^(4,5,9,11,12,19).

Em caso de alguma anormalidade, deve-se procura um médico e/ou cirurgião-dentista⁽²⁰⁾.

2.4.3 Campanhas de prevenção

Geralmente, as lesões malignas de cavidade bucal têm natureza epitelial em 90% dos casos e, assim, a prevenção destas e detecção de outras passíveis de alteração neoplásica devem ser rotineiras na prática odontológica, bem como o ato de informar o paciente dos fatores de risco, demovendo-o de hábitos nocivos e instituindo proteção mínima. Estes procedimentos devem fazer parte da formação acadêmica de um agente da saúde^(16, 33). Em sendo assim, pode-se definir como tarefas pertinentes ao papel do cirurgião-dentista, segundo a FUNDAÇÃO ONCOCENTRO (1996)^(4, 12, 19): conscientizar, ensinar, instituir e cobrar do paciente um “auto- exame” mensal; pesquisar criteriosamente lesões potencialmente malignas, ainda que de aparência inocente; instituir tratamento precoce às lesões sujeito à malignização e controlar periodicamente os pacientes de risco.

Esta visão parece situar o câncer bucal como uma patologia passível de cura quando diagnosticada a tempo.

“Como o câncer bucal é um dos poucos cânceres que por sua situação anatômica pode ser detectado em seu primeiro estágio, o cirurgião-dentista é o grande responsável pelo diagnóstico dessas afecções e pela necessidade de uma correta apreciação dos sinais, sintomas e da possibilidade de fazer um diagnóstico diferencial para evitarem excessivas e criminosas perdas de tempo”⁽³⁴⁾.

Não se pode deixar de valorizar o diagnóstico precoce, sobretudo no caso de câncer, a fim de que uma intervenção possa ser feita, para de evitar os danos provocados pela doença, não somente no tocante à perda de tecidos e à deformidade, mas pelas conseqüências afetivas e emocionais provocadas pela deformidade física e pelo medo do óbito prematuro.

“O câncer bucal pode matar, se não for diagnosticado e tratado logo no início. Muitas vezes o dentista fica em dúvida na identificação da doença ou não sabe para onde encaminhar o paciente”⁽¹⁾.

Consequentemente, a educação do profissional dessa área deverá estar voltada para o estímulo da prevenção de doenças bucais e da conservação dos dentes, mucosa bucal e saúde geral.

Atualmente, o governo estadual tem promovido Campanhas de Prevenção de Câncer Bucal atreladas às Campanhas de Vacinação contra Gripe, voltadas para idosos com mais de sessenta anos. O fato tem mobilizado profissionais com um saber estagnado, a envolver-se nos postos de saúde com aspectos preventivos que deslocam-se além da arcada dentária, obrigando-os a observar áreas da cavidade bucal que, até então, passavam despercebidas.

Chaves⁽⁷⁾ citou que desde 1962, havia necessidade de uma nova prática odontológica, que produzisse dignidade e conquista da cidadania. Dependia do desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde bucal que incorporasse compromissos da reforma sanitária e apontasse para a construção de um novo modelo, que facilitasse o acesso, integrações, soluções e até inclusões de especialidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Analisando as propostas atuais de campanhas para a prevenção do câncer bucal, observa-se que estas Campanhas, mesmo tendo se passado mais de quarenta anos dos apontamentos de Chaves (1962)⁽⁷⁾ ainda, mobilizam-se para uma construção desse modelo, entretanto, esbarram em uma formação deficiente de muitos profissionais que atuam, de longa data, nos serviços públicos de saúde. Duas maneiras precisam ser analisadas: a formação acadêmica de profissionais antes da década de oitenta não incluía o ensino de estomatologia, especialidade voltada para a mucosa bucal e diretamente aliada à prevenção do câncer de boca e outras doenças de tecidos moles bucais; outro aspecto são as condições de trabalho, extremamente precárias e desmotivadoras, enfrentadas por estes profissionais, enquanto funcionários públicos. A falta de material e de manutenção de equipamentos produz, ao longo do tempo, certa indolência e excesso de tolerância pela dificuldade de recursos. O resultado final conflui sobre o cidadão que freqüenta estas unidades de saúde, por impossibilidade de tratamento ou qualquer outra ação que lhe permita receber os cuidados mínimos necessários para preservar sua saúde bucal e geral.

O governo tem despertado para isso e, de certa forma estimulado estes profissionais a uma quebra deste ciclo, obrigando-os a buscar um crescimento maior com o objetivo de oferecer uma prestação de serviço mais adequada e mais qualificada, que viabilize uma avaliação melhor e mais adequada da mucosa bucal. O governo tem incentivado campanhas preventivas. Nestas campanhas oficiais têm-se incluído, conforme proposta citada também por Chaves (1962)⁽⁷⁾, parcerias e entre elas, com faculdades de odontologia.

A prevenção do câncer bucal torna-se, portanto, inevitável na prática odontológica e recursos como campanhas de prevenção do câncer bucal, têm sido

sistematizadas em muitos municípios com a finalidade de informar quanto aos fatores de risco, bem como fazer um levantamento das lesões cancerizáveis e do câncer já instalado⁽¹⁰⁾.

A Fundação Oncocentro (1994)^(4, 10,19) cita o termo rastreamento do câncer, como sinônimo de detecção precoce ou prevenção secundária e consiste em testar pessoas sem sintomas para descobrir doença oculta ou pré-clínica. Supondo que, se o diagnóstico for feito e o tratamento começar antes que a pessoa apresente sinais ou sintomas da doença, o resultado será melhor do que se o diagnóstico for feito, quando tais sinais e sintomas clínicos se tornarem evidentes. O principal motivo para o rastreamento em massa é a redução da morbidade e mortalidade de uma população pela detecção precoce e tratamento de pessoas assintomáticas; o rastreamento em massa consiste no rastreamento realizado de forma centralizada, quando grandes populações são testadas.

Existem três áreas a se considerar no rastreamento de câncer: as características dos cânceres, os exames disponíveis e a avaliação dos programas de rastreamento.

O tipo de câncer a ser rastreado deve ser observado quanto à sua ocorrência e conseqüências para a saúde da população em que se deseja levantá-lo. A mortalidade é a conseqüência séria, mais comum. Outro determinante é como ele se desenvolve antes de se tornar normalmente detectável. Deverá ter uma fase pré-clínica detectável, de duração razoável, pois se esta for muito curta tornará impossível a detecção do câncer com antecedência significativa. Deverá existir alguma forma de tratamento mais eficaz para um câncer detectado pelo rastreamento^(4, 5, 11).

O exame de rastreamento deve ser confortável, aceitável, de baixo custo e



deve prever seus efeitos a longo prazo. Um bom exame deve ter uma especificidade elevada, da ordem de 99%. É muito importante reconhecer que as medidas dos desempenhos dos exames (especificidade e sensibilidade) são específicos para a população estudada^(4, 11).

Na elaboração de um programa de prevenção, uma questão importante a ser levantada é se existem dados seguros de que o rastreamento, o diagnóstico precoce e o tratamento de fato vão beneficiar a população rastreada. A avaliação ideal é um ensaio controlado, no qual os pacientes são designados, de forma aleatória para se submeterem a um programa de rastreamento, ou a cuidados regulares de saúde. A seguir, são comparadas a sobrevida e a mortalidade dos cânceres que surgem nos dois grupos^(4, 10, 22).

Um problema é o falso conceito de tempo ganho. Basicamente, quando os tumores são diagnosticados antes do momento habitual, as pessoas sobrevivem mais tempo. A questão é se de fato a sobrevida absoluta é maior do que seria se o câncer não tivesse sido diagnosticado precocemente^(4, 5).

Outro problema é o falso conceito da amostragem de duração. Cânceres específicos têm histórias naturais, diferentes. Os que têm histórias naturais e fases pré-clínicas longas são mais propensos a serem detectados nos programas de rastreamento⁽⁴⁾.

Infelizmente, no Brasil, as campanhas que tratam de câncer, ainda insistem na letalidade da doença. A validade dessa trajetória é questionável, principalmente, porque por outro lado, ela não esclarece adequadamente à população dos agentes cancerígenos, levando somente o pânico da doença^(5,7,10,11).

Dentro da prevenção do câncer bucal como em qualquer outra doença, distinguem-se três fases, com cinco níveis diferentes: Prevenção Primária -

Promoção da saúde- Proteção específica; Prevenção Secundária - Diagnóstico Precoce e Tratamento Oportuno; Prevenção Terciária - Limitação do dano- Reabilitação^(4,5,10,11).

A prevenção primária tem como objetivo prevenir o aparecimento da doença. A promoção da saúde implica em conhecer a epidemiologia do câncer e introduzir tais conhecimentos nas atividades comunitárias de saúde pública, ou nas iniciativas individuais dos profissionais de saúde com os pacientes. Através da chamada proteção específica, procura-se, de maneira ampla, eliminar ou proteger a mucosa bucal contra os agentes carcinógenos e/ou diagnosticando e tratando as lesões cancerizáveis^(4,5,10,11).

A prevenção secundária consiste na possibilidade de descobrir a doença oculta ou pré-clínica, ou até mesmo nas suas fases prodrômicas através de testes clínicos e/ou laboratoriais, criando-se assim oportunidades para detectar indícios da doença, estabelecendo-se desta forma o diagnóstico precoce para o devido encaminhamento do paciente ou tratamento oportuno.

A prevenção terciária deve preocupar-se com a limitação dos danos causados pela doença, prevenindo futuras complicações e com a reabilitação do paciente do ponto de vista funcional e estético, possibilitando um retorno deste à comunidade sob o ponto de vista biopsiquicossocial^(4,5,10,11).

2.4.4 Papel do cirurgião- dentista na prevenção do câncer bucal

Em um consenso geral o ensino do câncer bucal e modalidades de sua prevenção estão inseridos na grade curricular da Faculdade de Odontologia de Lins no III e IV Semestres, quando os alunos têm à oportunidade de receberem a formação específica e atuar de fato nesta direção, quando de campanhas

organizadas pelos docentes. Entretanto, conforme observado na grade curricular e nos aspectos necessários para a vida profissional e implementação dos padrões de prevenção, há evidentemente uma lacuna entre a época do aprendizado supervisionado e a utilização pessoal do conhecimento, ou seja, quando o acadêmico está terminando seu curso.

Cabe ao profissional da área odontológica atuar na prevenção do câncer bucal, visto que, nos últimos anos, percebe-se através de dados epidemiológicos, que a faixa etária onde a lesão maligna é detectada, decresceu, ou seja, até cinco anos atrás, na década passada, o mesmo se manifestava depois dos quarenta anos de idade e atualmente é identificado em pessoas mais jovens, em sendo que, Scully no Congresso Nacional de Câncer Bucal, em 1999, relatou dados que justificavam tal acontecimento, baseando-se no alto índice de fumantes e a gestante, fazendo parte deste grupo, possivelmente sensibilizaria em nível fetal, células que posteriormente sofreriam malignização. Outra causa para este decréscimo de faixa etária é a infecção pelo Papillomavírus que, com convicção, propicia no colo do útero uma malignização e que, dado à liberdade sexual atual, poderia estar comprometendo em alto índice a mucosa bucal, sensibilizando-a precocemente ao desenvolvimento neoplásico.

Segundo Boraks (1996)⁽²⁾ o cirurgião-dentista tem à oportunidade de examinar seu paciente mais de uma vez por ano. Logo, têm condições de fazer prevenção de doenças em geral e do câncer em particular.

Papel do cirurgião-dentista na luta contra o câncer, segundo o autor acima:

1. Realizar exame minucioso nos tecidos moles e duros da boca.
2. Eliminar irritantes bucais crônicos:
 - Arestas ou bordas cortantes de dentes e próteses.

- Excessos ou falta de material de restauração.
 - Próteses mal adaptadas.
3. Reconhecer e controlar as lesões cancerizáveis.
 4. Motivar o paciente ao abandono ou diminuição do fumo e do álcool.
 5. Realizar citologia esfoliativa ou biopsia sempre que houver suspeita de câncer.

O cirurgião- dentista deve, ao examinar o seu paciente, estar atento para detectar:

Áreas vermelhas – placas ou manchas avermelhadas, que persistam por mais de duas semanas, sugerindo eritroplasias.

Áreas brancas – lesões esbranquiçadas na mucosa, que não são removidas ao serem raspadas com uma espátula e que não decorrem de outras doenças.

Úlceras – ferimento na mucosa. Suspeitar daquelas que não cicatrizam em duas ou três semanas. As lesões malignas geralmente apresentam-se endurecidas, enquanto as benignas têm consistência mole e são transitórias.

Vegetações – áreas de crescimento na mucosa bucal com aspecto de couve-flor.

Linfoadenopatias metastáticas – linfonodos aumentados de volume, endurecidos, palpáveis no pescoço (ínguas duras, firmes e indolores)^(2,12,15,21).

A solicitação de exames específicos para o diagnóstico de câncer é um recurso que o cirurgião- dentista tem competência legal para fazê-lo. Porém, só se justifica como complementação de um processo de levantamento de dados bem conduzido-se, com base em sinais clínicos e/ou na história do paciente, o profissional tenha identificado características clínicas suficientes, que justifiquem submeter o paciente a estes tipos de exames⁽¹³⁾.



O teste com azul de toluidina pode ser útil no diagnóstico precoce do câncer bucal. Esta substância cora o material nuclear de células neoplásicas da mucosa, mas não os das células normais, portanto, é um elemento sinalizador para a realização da biopsia, principalmente diante de lesões de aparência inocente e também para àquelas lesões extensas, onde há necessidade de se eleger uma área para ser biopsiada⁽²⁰⁾.

A citologia esfoliativa é outro recurso que o profissional pode dispor para a descoberta de malignidade intra-bucal. Não é um método que propicia o diagnóstico definitivo, mas é de grande valia para a orientação do diagnóstico, mormente naqueles casos onde, por qualquer motivo, a biópsia não possa ser realizada. ^(10, 21)

De acordo com Kignel (1997)⁽²¹⁾ o diagnóstico de câncer deve ser o mais completo possível e deve incluir obrigatoriamente, o tipo histopatológico do tumor, além do seu estadiamento, obtidos a partir da biópsia.

O tipo histológico será verificado através do exame anátomo-patológico do espécime obtido por meio de biopsia. O estadiamento é a classificação de toda a região, onde se encontra o tumor maligno, com base nas evidências clínicas.

Afirmam Genovese et al (1986)⁽¹³⁾ que o cirurgião-dentista tem papel fundamental na luta contra o câncer bucal, pois na situação privilegiada que este ocupa, pode examinar grande número de pessoas e de maneira repetitiva por meio de exames periódicos.

A universidade deve ensinar ao acadêmico como transmitir ao paciente um diagnóstico positivo de câncer bucal; fazê-lo somente, quando estiver apto tecnicamente a estabelecer um diagnóstico e, de preferência, estando ligado a uma equipe multidisciplinar, pois terá oportunidade de acompanhar todo o tratamento do paciente. Em outras situações deverá, com todo cuidado, encaminhar o paciente a

um serviço especializado.



3 MÉTODO

PARTICIPANTES- participaram deste estudo dois grupos de alunos distribuídos em: grupo de alunos iniciantes (GI) do Iº e IIº semestres e grupo de alunos concluintes (GC) do VIIº e VIIIº semestres do Curso de Odontologia, perfazendo um total de 84 alunos, sendo 42 para cada grupo. A faixa etária dos alunos pesquisados variou entre 17 e 32 anos de idade e destes, 32 eram do sexo masculino e os demais do sexo feminino.

LOCAL- a pesquisa foi realizada em uma faculdade de Odontologia do interior Paulista particular, vinculada a uma Universidade confessional em salas de aulas.

MATERIAL – questionário digitado e impresso para serem auto aplicáveis (Anexo1). Foram também utilizados para análise documentos institucionais da Faculdade pesquisada.

PROCEDIMENTO O procedimento constou de duas fases :

I) Analise de documentos institucionais referentes à grade curricular, projeto pedagógico e ementas das disciplinas do curso de Odontologia da Universidade pesquisada. A finalidade em analisar os documentos institucionais da Faculdade pesquisada foi para clarificar a discussão dos resultados da pesquisa.

II) Elaboração e aplicação de questionário de questionário. Dentro desta proposta, um questionário foi elaborado para este fim, constituído de 16 questões que, primeiramente foi aplicado sob a forma de um estudo- piloto, em um grupo de

73 alunos do VIIº e VIIIº semestres, para melhor treinar a pesquisadora e detectar possíveis falhas no protocolo. Estes alunos não fizeram parte da pesquisa formal.

O questionário específico após a aplicação do estudo foi reformulado e em sua forma final- abrangia áreas distintas na pesquisa: dados demográficos, perguntas de conhecimento sobre o câncer bucal, fatores de risco, diagnóstico e prevenção, composto de 4 questões discursivas e 12 objetivas, sendo essas agrupadas pelos temas (anexo 1), conforme discriminado abaixo:

1. Dados de atitudes dos alunos relacionados: a prevenção, porém direcionadas às possíveis áreas de atuação almejada posterior atuação profissional, bem como às modalidades preventivas o que pretendiam utilizar junto a seus pacientes;
2. Auto-avaliação dos alunos acerca de conhecimentos ministrados e obtidos sobre o câncer bucal, envolvendo princípios básicos de diagnóstico; responsabilidade do profissional, quanto à realização e detecção de doenças bucais por meio de exames clínicos e capacitação em elaborar diagnósticos; informações sobre o conhecimento específico em relação aos fatores de risco para lesões cancerizáveis e, em casos da detecção de câncer bucal, o procedimento mais correto para o encaminhamento dos pacientes.
3. Investigação de concepções e mudanças no comportamento do próprio aluno como resultado formativo/educativo quanto à prevenção e aplicação do conhecimento da técnica do auto- exame bucal; frequência de realização do auto-exame; e nível de valorização do auto- exame bucal como meio preventivo aplicável na comunidade, a partir de um modelo efetivo, interiorizado e pessoalmente testado;



4. Dados acerca da conscientização do aluno sedimentada durante a formação, quanto à importância e eficácia dos programas preventivos elaborados pelo governo e entidades de classe.

Para a aplicação do questionário os alunos do GI e do GC foram convidados a fazer parte da pesquisa, após à explicação dos propósitos da mesma, material e métodos, critérios de inclusão e exclusão dos grupos e esclarecidos quanto aos dados pessoais serem de âmbito sigiloso, porém com permissão para publicação dos resultados finais em periódicos científicos.

Para a aplicação dos questionários foram utilizados dois períodos de aulas normais do curso de odontologia, em dias diferentes, com aquiescência dos docentes que ministravam suas aulas e em local próprio para aulas teóricas, no Bloco 3 do curso de Odontologia. O tempo utilizado para preenchimento do questionário foi de 20 minutos para cada grupo.

O material coletado foi tabulado utilizando-se planilhas eletrônicas do programa Excel. Após tabuladas as informações do questionário foram analisadas estatisticamente com o uso de frequências absolutas, porcentagens.



4 RESULTADOS

Os resultados abordam aspetos da formação académica em prevenção do câncer bucal na Faculdade de Odontologia pesquisada de acordo com os objetivos propostos destacando-se:- expectativas quanto à área de atuação, e atitudes relacionadas à prevenção; auto avaliação de conhecimentos sobre o câncer bucal; comportamento de auto cuidado quanto à prevenção e crenças sobre a eficácia de estratégias e programas preventivos.

Para identificar indícios de atitudes de prevenção foram analisados dados de metas definidas e áreas que os alunos pretendem direcionar a sua prática, expectativas de realização de ações preventivas e responsabilidade que atribuem ao especialista quanto à prevenção. Nas figuras 1, 2 e 3 podem ser vistos os resultados que elucidam a definição de metas e as expectativas dos alunos quanto à área de atuação, e a compatibilidade entre as escolhas dos acadêmicos e ações educativas que pretendem realizar futuramente em sua prática profissional.

Observa-se na figura 1, que 52% dos alunos iniciantes e 55% dos alunos concluintes já têm metas de atuação definida. É interessante observar, que comparativamente o percentual de alunos não definidos quanto a sua área de atuação é relativamente similar, mesmo frente a todo conhecimento adquirido dos alunos concluintes durante o curso.

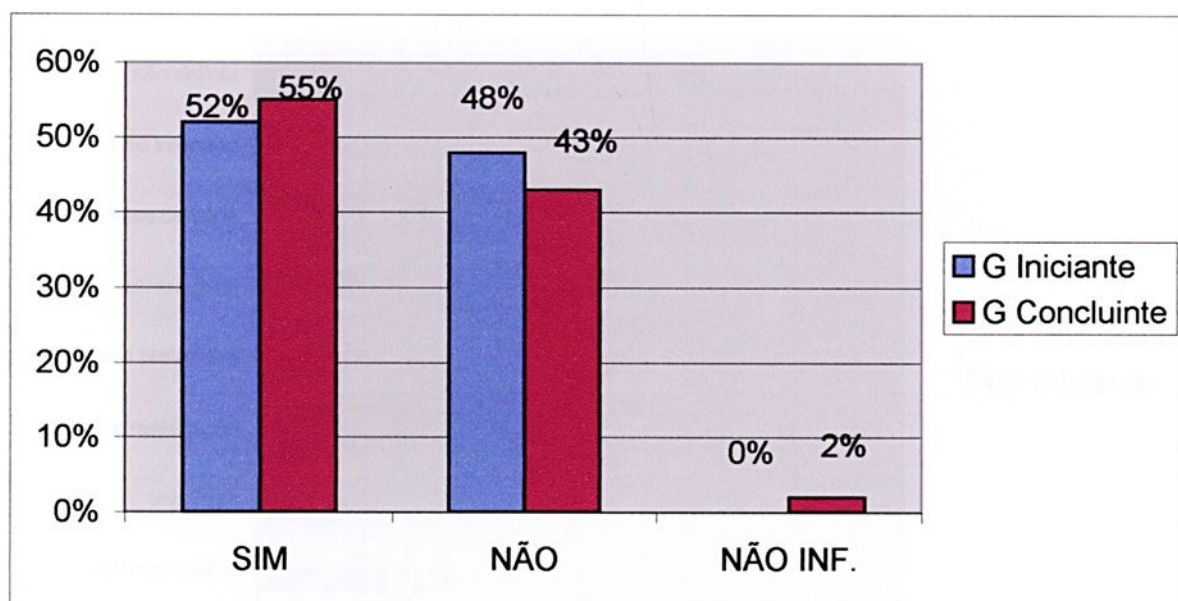


Figura 1. Opinião dos alunos sobre definição de área de trabalho que pretende direcionar a prática odontológica

A figura 2 caracteriza as áreas que os estudantes informam que terão prioridade de atuação em suas vidas profissionais. Pode-se notar que aproximadamente 50% de ambos os grupos, não visualizam a possível área de atuação.

É interessante se observar que Ortodontia se destaca como área mais escolhida, tanto no grupo GI (26%) como no GC (19%). Há uma divergência quanto a segunda escolha que para o GI é a odontopediatria com (12%) e para os GC - estética e reabilitação indicada por (17%).

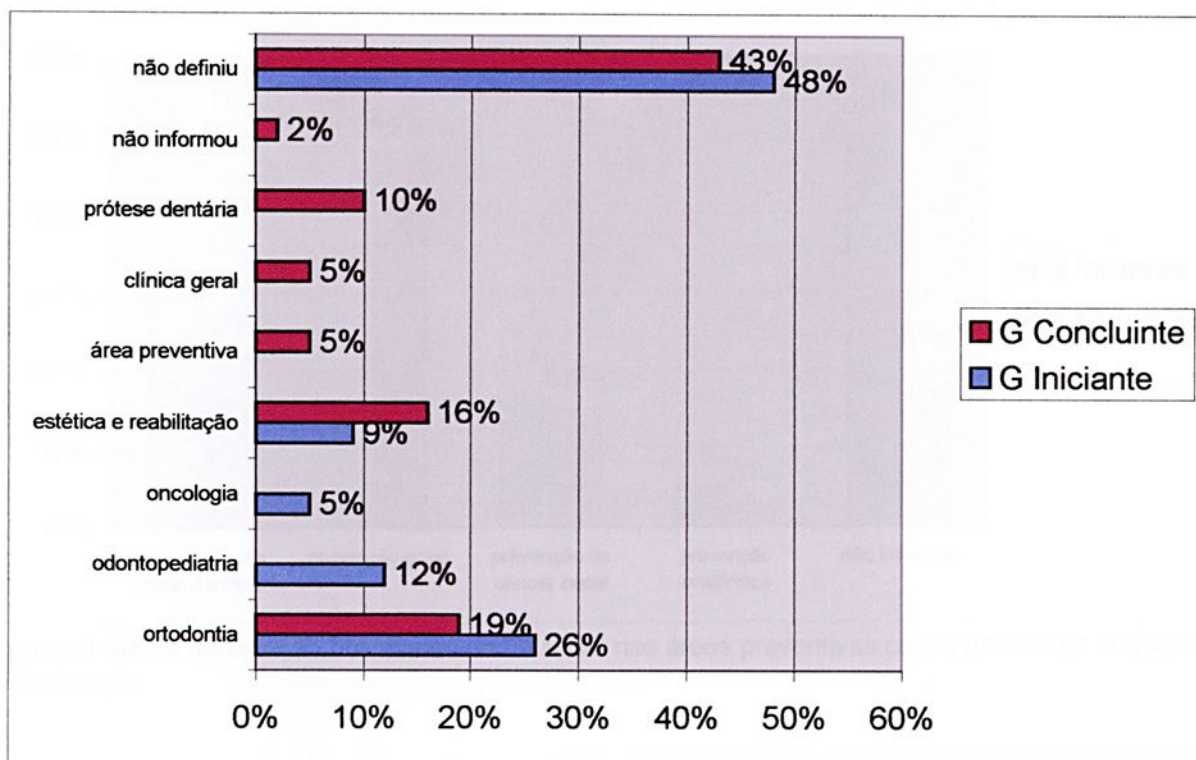


Figura 2. Áreas de escolha de atuação profissional dos grupos de alunos GI e GC do curso de odontologia.

Quando analisado o enfoque preventivo nas áreas de escolha profissional, observa-se que o interesse pela prevenção é dos alunos concluintes (GC) somente, e para poucos (5%).

Em uma abordagem direta quanto às diferentes áreas de prevenções contempladas na grade curriculares do curso de odontologia e demonstradas na figura 3, a prevenção geral, foi enfatizada por 48% do GC e 3% do GI, sendo que 50% do GI não souberam informar.

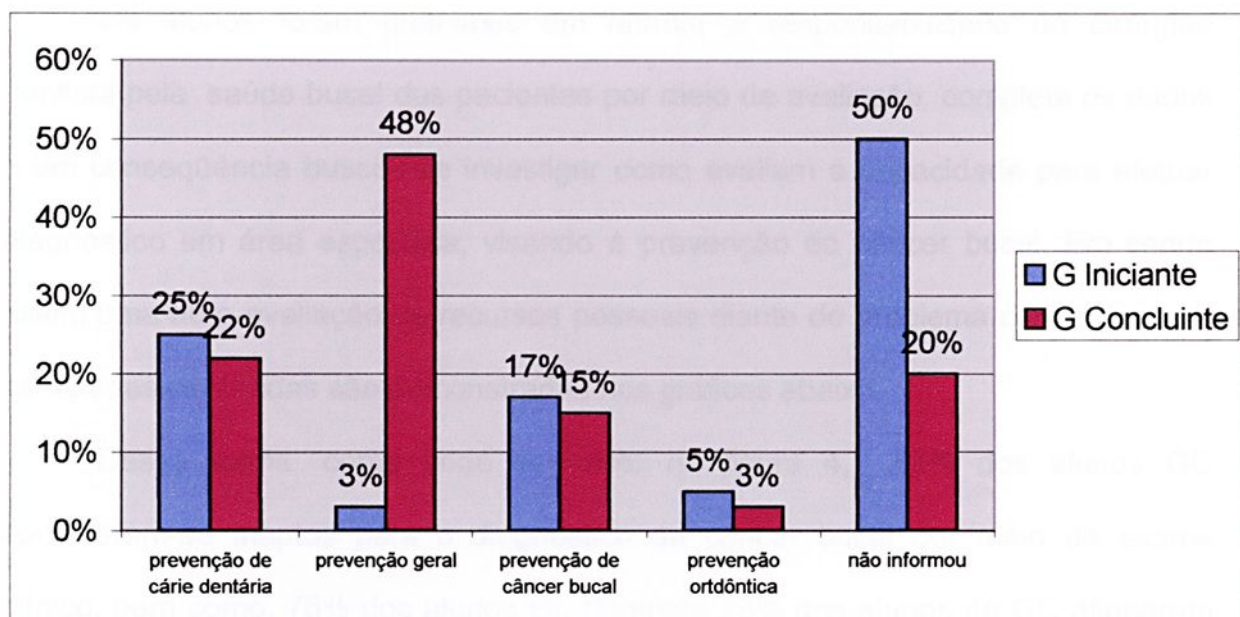


Figura 3 Metas de atuação dos alunos do GI e GC nas áreas preventivas contempladas no curso de Odontologia.

Áreas específicas de prevenção de cárie foram identificadas como metas de 25% e 22%, no GI e GC ,respectivamente.

A prevenção de cárie ainda manteve-se clara para os dois grupos avaliados (25% - GI e 22% - GC), enquanto que 17% do GI e 15% do GC indicam a necessidade de atuação frente à prevenção do câncer bucal.

Embora não esteja representado graficamente foi encontrado que 98% dos alunos pesquisados do GI do GC concordaram que todo profissional, independente de sua especialidade, deverá efetuar uma avaliação completa da saúde bucal geral do paciente. Consideram que o cirurgião dentista tem a responsabilidade pela saúde bucal de modo geral sendo de sua não apenas o diagnóstico do que for relativo à sua especialidade.

No agrupamento de dados a seguir buscou-se mostrar de modo claro o resultado da formação acadêmica em prevenção do câncer bucal no curso de Odontologia na auto-avaliação do aluno.

Os alunos foram unânimes em afirmar a responsabilidade do cirurgião dentista pela saúde bucal dos pacientes por meio de avaliação, completa os dados e em consequência buscou-se investigar como avaliam a capacidade para efetuar diagnóstico em área específica, visando à prevenção do câncer bucal. Em sendo assim uma auto-avaliação de recursos pessoais diante do problema câncer bucal e as atitudes esperadas são demonstradas nos gráficos abaixo.

Dessa forma, como pode ser visto na figura 4, 55% dos alunos GC consideram-se inaptos para o diagnóstico de câncer bucal por meio de exame clínico, bem como, 76% dos alunos GI. Somente 26% dos alunos do GC afirmaram ser aptos para realização de um diagnóstico correto. Um percentual de 21% e 19% dos alunos do GI e GC, respectivamente não informaram seu grau de capacitação para o diagnóstico.

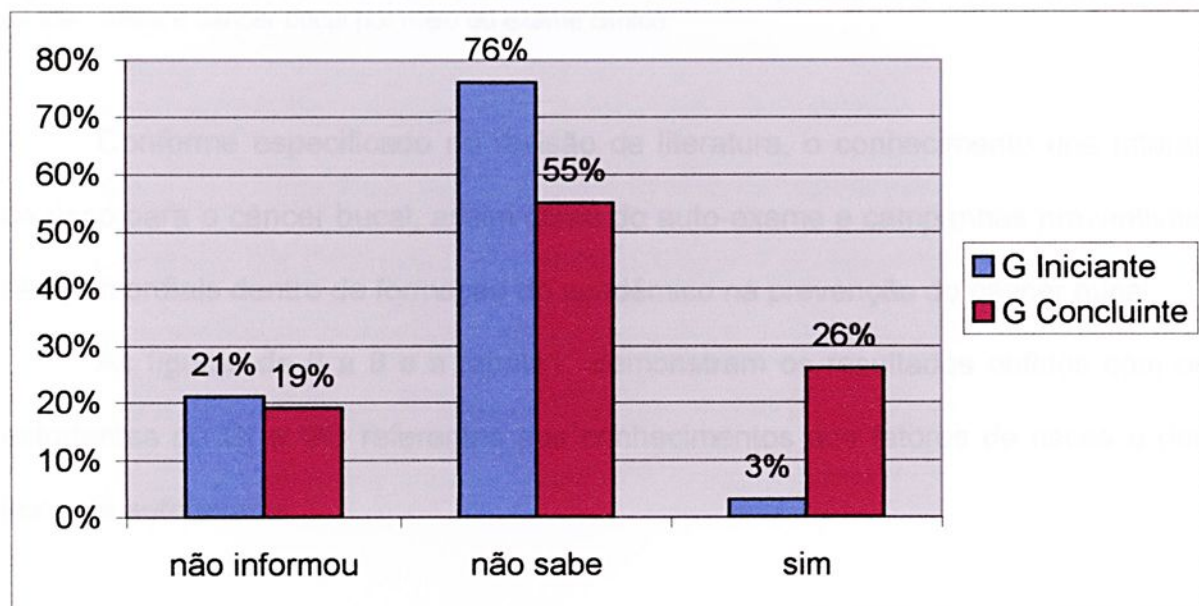


Figura 4. Afirmação dos alunos quanto à sua capacitação de fazer diagnóstico.

Como pode ser visto na figura 5, 78% dos GC afirmaram que possuem capacidade para diagnosticar precocemente o câncer bucal, enquanto que somente 3% do GI a perceberam e 19% dos demais concluintes omitiram qualquer

informação a respeito. Foi possível verificar na análise qualitativa das respostas que, os alunos consideram necessário, exames complementares para que o diagnóstico seja preciso no caso de identificação de câncer bucal.

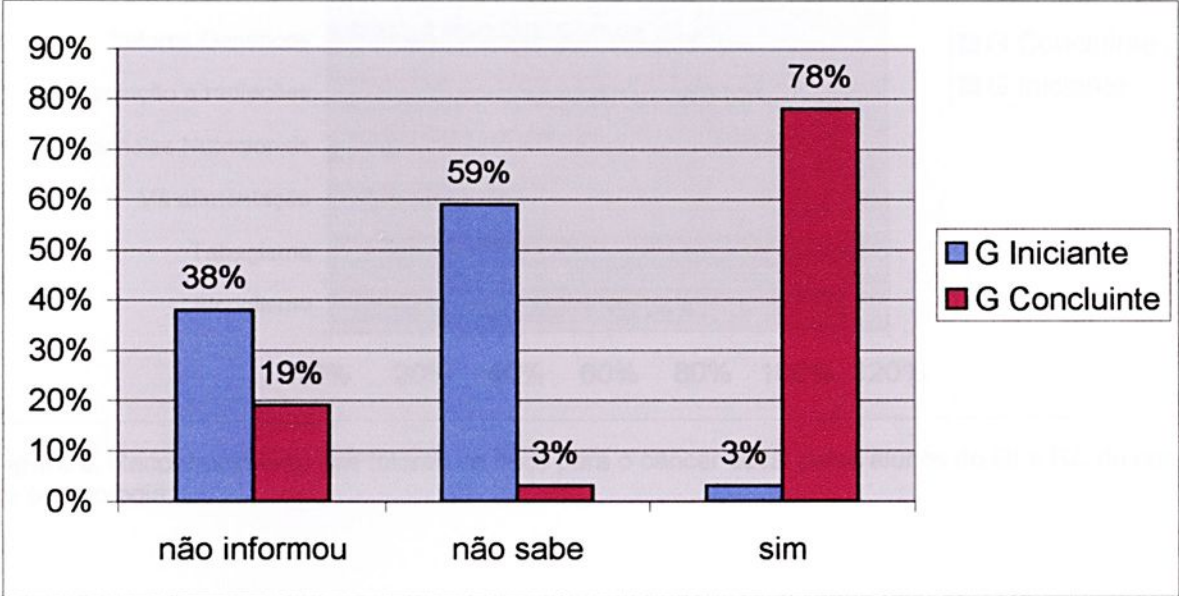


Figura 5. Afirmativas dos alunos do GI e GC sobre as possibilidades de distinguir lesões cancerizáveis e câncer bucal por meio do exame clínico

Conforme especificado na revisão de literatura, o conhecimento dos fatores de risco para o câncer bucal, assim como do auto-exame e campanhas preventivas, são primordiais dentro da formação do acadêmico na prevenção do câncer bucal.

As figuras de 6 a 8 e a tabela1 demonstram os resultados obtidos com os estudantes do GI e GC referentes aos conhecimentos dos fatores de riscos e dos itens do auto exame.

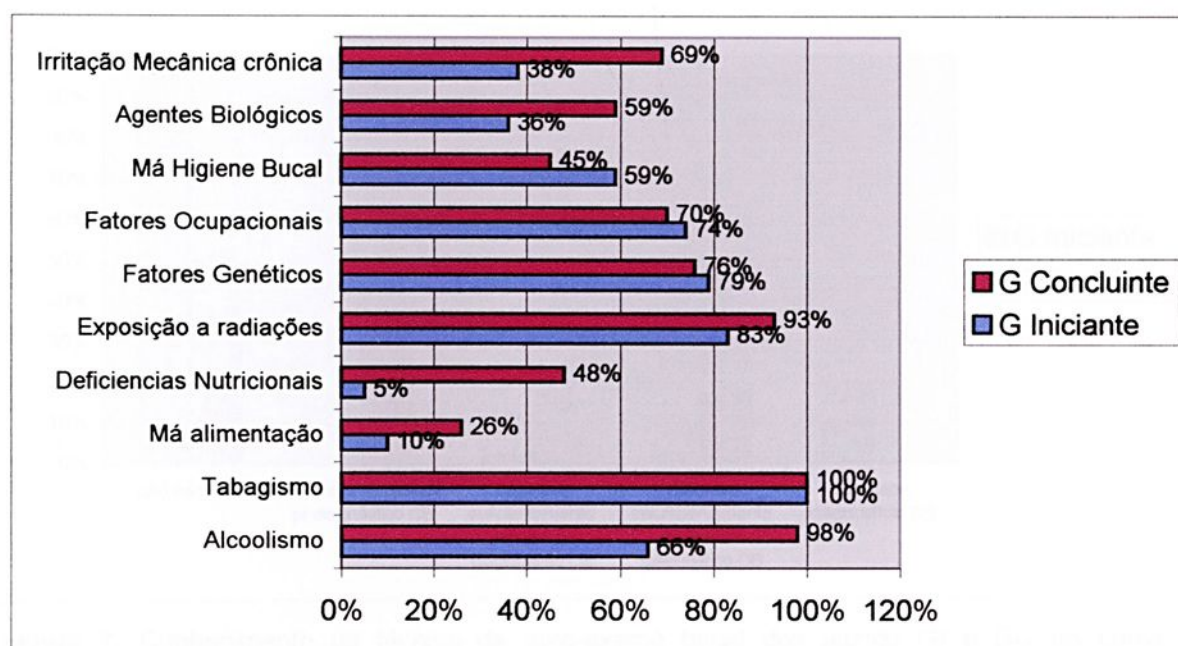


Figura 6. Reconhecimento dos fatores de risco para o câncer bucal pelos alunos do GI e GC do curso de odontologia.

Pode-se observar na figura 6 que o tabagismo foi reconhecido como principal agente causal do câncer bucal (100%) dos alunos, tanto para o GI como para o GC, seguido do alcoolismo (98% do GC) e exposição a radiações ionizantes (93% do GC). Para o GI a radiação ionizante obteve 83% e os fatores genéticos 79%.

Tendo-se em vista que o auto-exame requer o conhecimento de uma técnica para a sua execução, bem como orientação quanto ao que procurar, os acadêmicos do GI e GC descreveram os passos contidos na realização do exame bem como a descrição do que procurar. As figuras 7 e 8 alistem os resultados quanto ao auto-exame bucal.

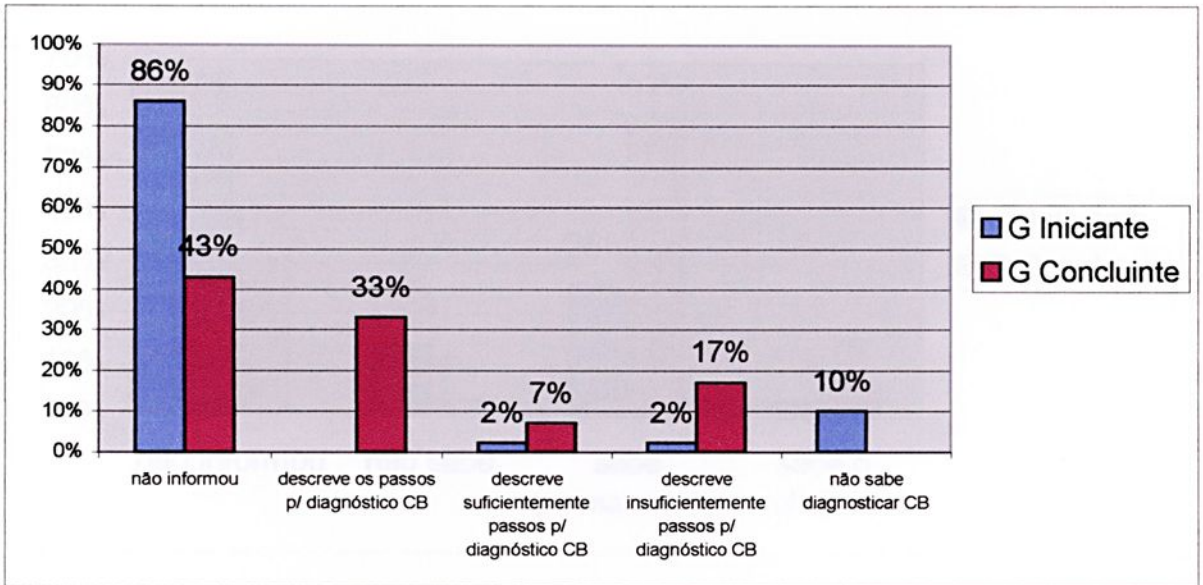


Figura 7. Conhecimento da técnica de auto-exame bucal dos alunos GI e GC do curso de odontologia.

Conforme se constata na figura 7, 86% do GI não informaram a respeito do conhecimento do auto-exame, assim como 43%, do GC. Dentre os alunos que informaram, no GC 33% descreveram adequadamente a técnica e 7% suficientemente, descreveram insuficientemente a técnica 17% do GC e 2% do GI. Alegaram não saber a técnica 10% do GI, descritos no Manual para Lesões Suspeitas ⁽²⁰⁾.

Na figura 8 constam os resultados obtidos quanto conhecimento do que procurar, quando realizam o exame. Em relação ao GC, considerando que somente estes tiveram acesso a essa formação pela grade curricular, 7% descreveram adequadamente o que procurar no auto-exame bucal, enquanto que 59% o sabiam parcialmente, com um percentual de 31% que não informaram e 3% que não souberam o que procurar. Cabe considerar os 26% do GI que mesmo não tendo cursado a disciplina específica descrevem parcialmente o que deve ser procurado no auto-exame.

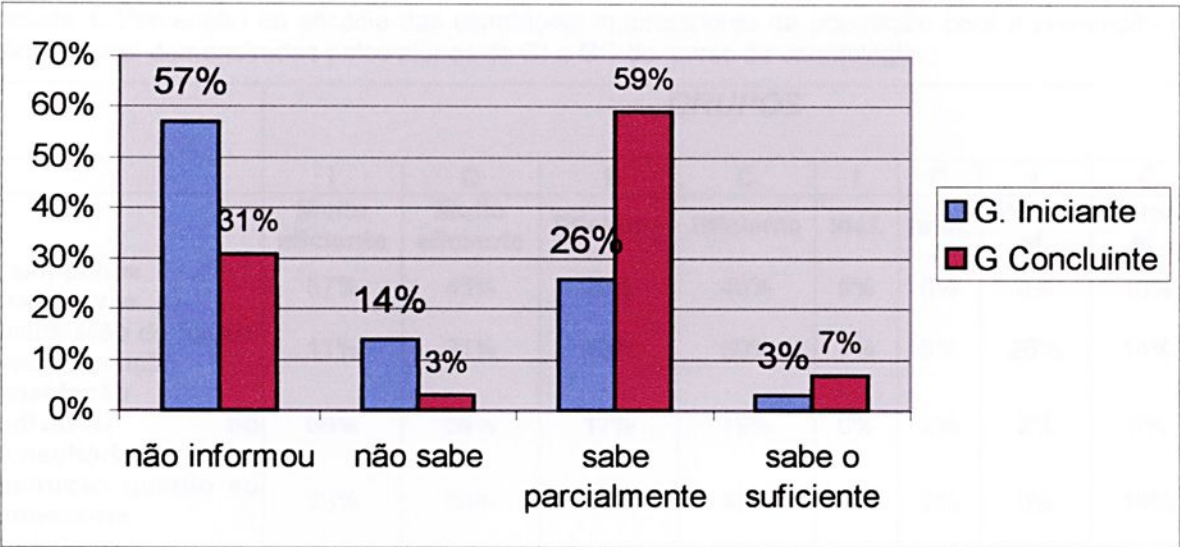


Figura 8. Conhecimento do que procurar no auto-exame bucal demonstrado pelos alunos GI e GC do curso de odontologia.

Sob o ponto de vista da formação recebida quanto aos programas preventivos elaborados pelo governo e/ou faculdade de odontologia, o alunos GI e GC foram questionados desde à importância que atribuem ao exame periódico de saúde até à efetividade das estratégias mobilizadoras da população.

Quando se trata de reconhecer o câncer bucal como um problema de saúde, severo no Brasil, 100% do GI e GC demonstraram sua relevância no contexto de saúde pública nacional, embora não esteja aqui demonstrado em gráficos.

A tabela 1 caracteriza o entendimento dos acadêmicos (GI e GC) quanto à efetividade das estratégias mobilizadoras da população, tanto nos consultórios particulares como em campanhas públicas.

Tabela 1. Percepção da eficácia das estratégias mobilizadoras da população para a prevenção do câncer bucal demonstradas pelos alunos do GI e GC do curso de odontologia.

	GRUPOS							
	I	C	I	C	I	C	I	C
	Muito eficiente	Muito eficiente	Eficiente	Eficiente	Inef.	Inefi.	Pouco ef.	Pouco ef.
Campanhas preventivas	57%	45%	29%	40%	5%	0%	0%	10%
Distribuição de folders para orientação	11%	21%	43%	50%	7%	9%	26%	14%
Orientação individual no consultório	69%	69%	17%	19%	0%	2%	2%	5%
Instrução quanto ao autoexame	28%	38%	52%	45%	7%	2%	0%	10%
Palestras comunitárias	19%	24%	45%	48%	7%	5%	16%	19%
Propagandas educativas	26%	19%	43%	55%	10%	5%	10%	17%
Outros	5%	2%	19%	5%	0%	2%	7%	10%
Não Informou							10%	5%

Considerando-se que os estudantes universitários pretendem atuar em consultórios particulares, dentre as do GI e GC 69% caracterizaram as orientações individuais no consultório como muito eficientes, seguido de 57% do GI caracterizando as campanhas educativas. Como eficientes 52% e 43% do GI e 55% e 50% do CG demonstraram ser propagandas educativas e distribuição de “folders”, respectivamente.

Finalmente, no programa educativo do acadêmico acerca da detecção precoce de lesões cancerizáveis e câncer bucal, os etudantes são orientados na disciplina de semiologia quanto ao encaminhamento adequado de pacientes ao estomatologista. Assim, os alunos de ambos os grupos foram questionados quanto ao correto encaminhamento a outros profissionais de saúde, conforme pode ser observado na figura 9.

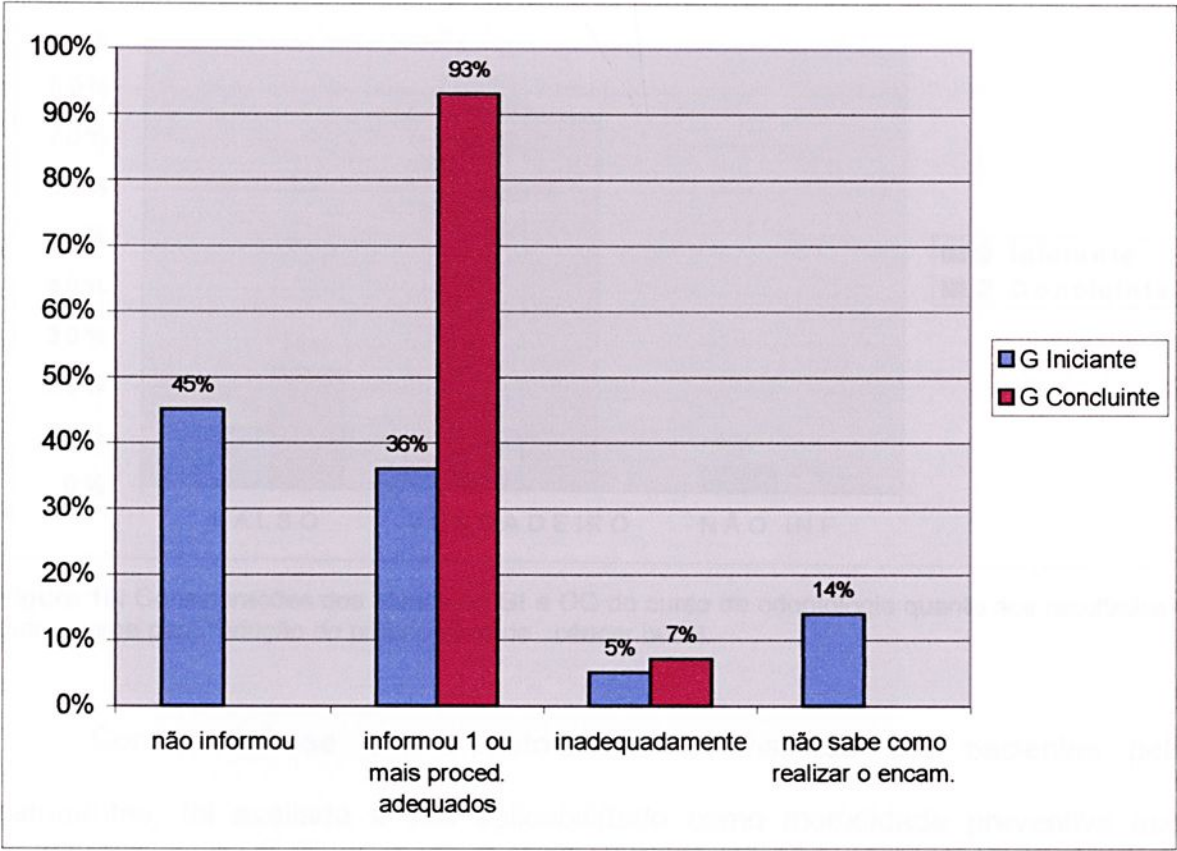


Figura 9. Encaminhamento adequado de pacientes com lesões cancerizáveis ou câncer bucal a profissionais de saúde, demonstrado por alunos do GI e GC do curso de odontologia.

Os dados observados na figura 9 demonstraram que, 93% do GC sabem proceder adequadamente para encaminhar os pacientes e 7%, inadequadamente. Dentre o GI 36% souberam como fazer o encaminhamento de modo adequado e 45% não informou.

O último agrupamento de dados reflete à efetividade da formação dos estudantes do GI e GC do curso de odontologia, em prevenção do câncer bucal, como parte da educação em saúde, tornando o conhecimento recebido em auto-aplicável.

A figura 10 caracteriza a conscientização dos acadêmicos do GI e GC do curso de odontologia quanto às expectativas de redução dos fatores de risco para o câncer bucal, como resultado do auto-exame.

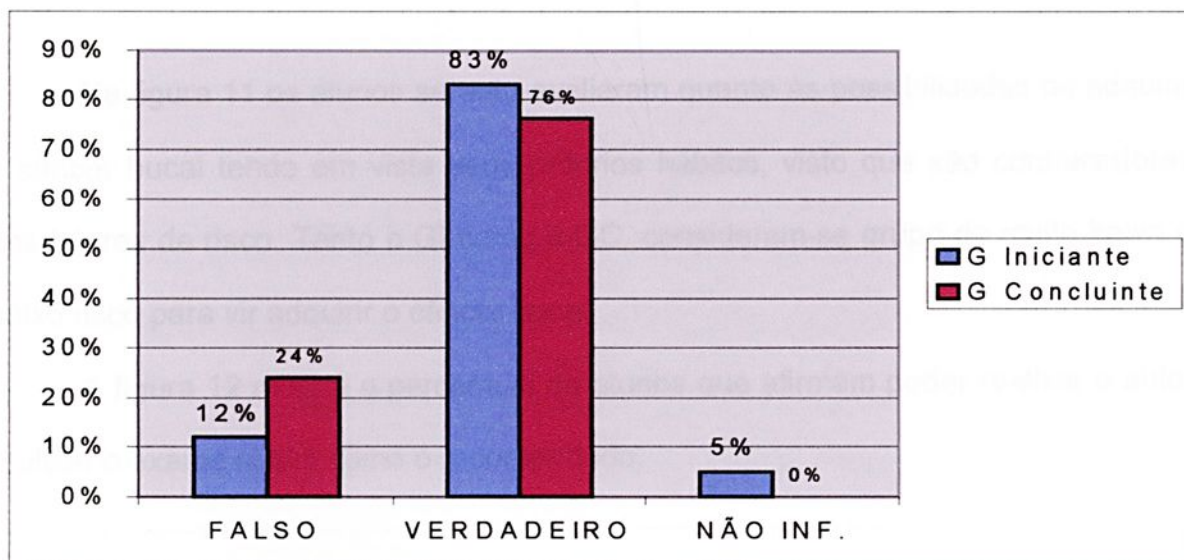


Figura 10. Considerações dos alunos do GI e GC do curso de odontologia quanto aos resultados do auto-exame para redução do próprio risco de câncer bucal.

Considerando-se que o auto-exame é ensinado aos pacientes pelos estudantes, foi avaliada a sua aplicabilidade como modalidade preventiva auto-aplicável. Pode-se observar na figura 10 que 76% do GC e 83% do GI acreditam que podem reduzir o risco de câncer bucal se efetuarem o auto-exame.

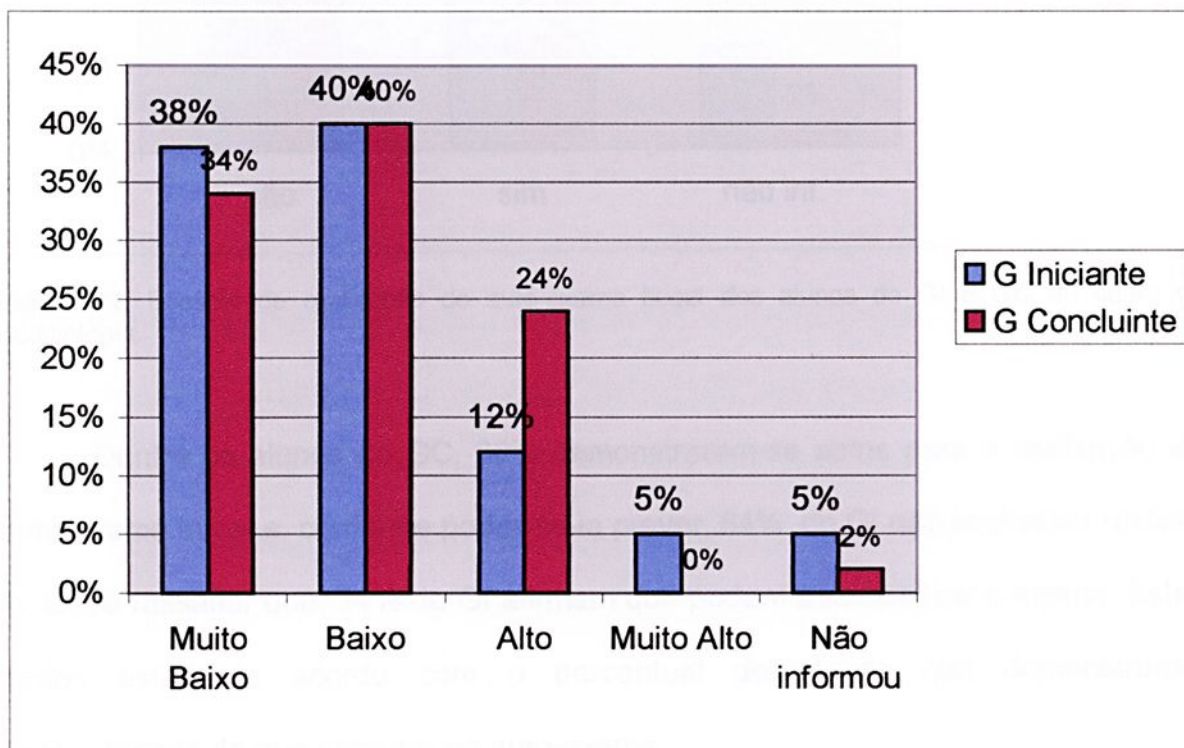


Figura 11. Percepção do aluno quanto às possibilidades de risco para adquirir o câncer bucal.

Na figura 11 os alunos se auto-avaliaram quanto às possibilidades de adquirir o câncer bucal tendo em vista seus próprios hábitos, visto que são conhecedores dos fatores de risco. Tanto o GI como o GC, consideram-se grupo de muito baixo e baixo risco para vir adquirir o câncer bucal.

A figura 12 mostra o percentual de alunos que afirmam poder realizar o auto-realizar o exame assim como o recomendado.

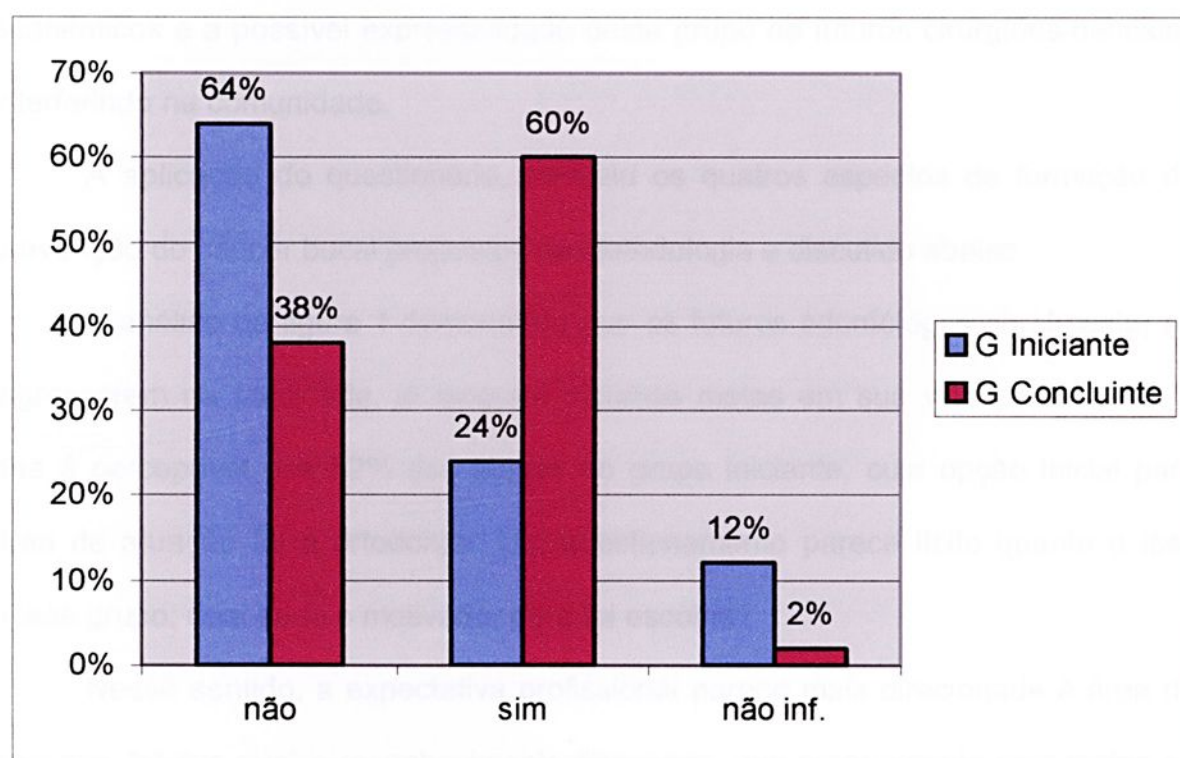


Figura 12. Eficácia de realização de auto-exame bucal dos alunos do GI e GC do curso de odontologia.

Dentre os alunos do GC, 60% demonstraram-se aptos para a realização do auto-exame bucal e, conforme poder-se-ia prever, 64% do GI não souberam realizá-lo. Cabe ressaltar que, 24% do GI afirmam que podem auto-realizar o exame. Estes dados estão de acordo com o percentual de alunos que demonstraram conhecimento do que procurar no auto-exame.

5 DISCUSSÃO

Quando analisada a metodologia e a utilização dos dois grupos, o iniciante e o concluinte do curso de odontologia, ambos dentro de mesma grade curricular, permitiu evidenciar neste trabalho dentro da formação da prevenção do câncer de boca, a implantação de um conhecimento dirigido, testado pelos próprios acadêmicos e a possível expressividade deste grupo de futuros cirurgiões-dentistas interferindo na comunidade.

A aplicação do questionário, traduziu os quatros aspectos da formação de prevenção do câncer bucal propostos na metodologia e discutido abaixo.

A análise da figura 1 demonstrou que os futuros odontólogos geralmente, ao ingressarem na faculdade, já teceram algumas metas em sua vida profissional, o que é perceptível nos 52% dos alunos do grupo iniciante, cuja opção inicial para área de atuação foi à ortodontia. Um questionamento parece lícito quanto a isso nesse grupo: qual seria o motivador para tal escolha?

Nesse sentido, a expectativa profissional parece mais direcionada à área de sucesso, "status quo" e reconhecimento financeiro, que propriamente com metas ou objetivos pessoais relativos ao próximo e da realidade da população do país. Cabe enfocar que a perspectiva de atuação dos concluintes esteve, possivelmente, na dependência de recursos financeiros familiares, locais e propostas de trabalho.

Embora os alunos concluintes estejam praticamente saindo da faculdade e os iniciantes não tiveram aulas pertinentes do assunto, cuja formação foi pesquisada, percebeu-se que a maioria deles já possuía uma determinação prévia da área que pretendiam atuar futuramente. Pode-se assim fazer a especulação esses dados de

diferentes: os alunos iniciantes entram para o curso com uma determinação prévia da carreira, o que permite pressupor que os concluintes também, (mesmo que não averiguados na época de seu ingresso) tenham igualmente, mantido suas metas pré-determinadas desde o início do curso. Diante de suas atividades práticas na formação odontológica, possivelmente, reafirmaram suas aptidões anteriores e, portanto, poderiam ter direcionado a sua prática profissional para a vocação eminente. Outro modo de entender os resultados da figura 1 é que os alunos iniciantes e concluintes vêm para o curso com determinações pré-estabelecidas e não as mudam durante o seu desenvolvimento. O percentual restante de acadêmicos que não se definiram sobre suas ações futuras, e que possivelmente têm suas decisões voltadas para as expectativas do mercado de trabalho na época da formatura e/ou por definir durante o primeiro ano de vida profissional.

Para PIRES FILHO (1995)⁽²⁹⁾, se gerar lucro é o objetivo principal da produção odontológica, então, obviamente o compromisso do profissional é com o mercado e não com o ser humano, visto que poucos poderão usufruir desse benefício. A participação dos indivíduos como consumidores deste serviço vai depender ou não das condições econômicas para adquiri-lo. Esse conceito configura a transformação de pessoas em clientes e a solução de seus problemas de saúde em mercadorias. O que torna falso, a noção de que saúde é um direito inalienável dos homens e uma obrigação indescartável do Estado.

Observa-se na figura 2 que a área de interesse de futura atuação dos acadêmicos está mais voltada para uma odontologia curativa e estética, do que propriamente preventiva. A área preventiva manteve um índice de apenas 5%, e esta ainda pode estar voltada para cárie dentária, doenças gengivais, problemas ortodônticos e câncer bucal. Não foi especificada pelos acadêmicos qual a área

preventiva a que estariam direcionando a sua prática. Em relação ao câncer bucal, 5% pretendem voltar sua prática à oncologia, o que sugere uma preocupação com os efeitos da doença já instalada, não indicando obrigatoriamente uma visão preventiva ou curativa do mesmo.

Enquanto da verificação da grade curricular e das diferentes áreas de prevenção nela inclusas ao longo do curso, ênfase maior é detectada pelo grupo dos alunos concluintes em relação à prevenção geral, logo que o grupo iniciante é direcionado para a cárie dentária (figura 2).

A prevenção é caracterizada em suas diferentes áreas, a prevenção geral, poderia ser entendida como forma de avaliação do paciente como um todo, tal como: situação cardiológica, exames complementares ou até um acompanhamento anual da saúde, ou ater-se a um exame bucal simplesmente, o que pode ter sido especificado nos 48% dos alunos concluintes que indicaram prevenção geral da saúde como prática preventiva no consultório. A colocação do GC nos suscita a refletir sobre o real significado de prevenção geral para esse grupo, seria proporcionar cuidados à Saúde Geral do paciente ou omissão real de prevenção?

A prevenção de cárie, por sua vez, manteve-se claramente em menor porcentagem e de forma próxima, para os dois grupos avaliados (25% GI e 22% GC) bem como a prevenção do câncer bucal. Em relação a este último aspecto, talvez, o grupo iniciante tenha tomado como base possivelmente, conhecimentos mais "populares" do que científicos, já que o grupo concluinte, com base nos conhecimentos recebidos durante o curso e, provavelmente inteirados da gravidade da doença, epidemiologia nesta modalidade de prevenção, em sua futura ação profissional, meios de diagnósticos, tratamento e índice de mortalidade, poderiam ter demonstrado insegurança quanto à possibilidade efetiva de sua interferência.



A prevenção do câncer bucal, necessária e enfatizada pelo Instituto Nacional do Câncer (2000)⁽¹⁸⁾ e em toda a literatura voltada para estomatologia^(5,6,7,10,11,15,17,20,23,25) atingiu 17% e 15% das metas dos acadêmicos iniciantes e concluintes, respectivamente. Este resultado mais uma vez poderia demonstrar a consciência “leiga” e percepção da sua necessidade entre os iniciantes e uma provável sedimentação real, diante dos fatos e conhecimentos adquiridos e vivenciados no grupo dos concluintes.

O perfil do cirurgião-dentista, observado e criticado por Pires Filho (1995)⁽²⁹⁾ poderia ser detectado de forma tênue nos dois grupos pesquisados, baseando-se nos resultados apontados na figura 2: o indivíduo cirurgião-dentista recebe formação sofisticada, complexa, tecnológica e científica, entretanto, ainda marcada pela alienação e descomprometimento com a sociedade e manutenção de um caráter, discriminativo e elitista, incentivado por um conhecimento inacessível e distanciado dos segmentos majoritários da população; atitudes mais curativas que preventivas e concentrados em atitudes organizadoras entre a classe odontológica sem grande interseção com outros agentes de saúde.

Analizando a formação acadêmica em câncer bucal dos GI e GC, que 55% dos alunos concluintes, quando questionados quanto a se sentirem aptos para o diagnóstico de lesões cancerizáveis e câncer bucal, revelaram-se inaptos. Isto pode-se dever à própria configuração curricular do curso, a qual é nitidamente modular, ou seja, inserida no IIIº e IVº semestres, sugerindo uma gradual descaracterização, à medida que outros conhecimentos foram adquiridos.

Considerando-se que a turma de acadêmicos concluintes, era na época da pesquisa, composta regularmente por 80 alunos e somente 26% afirmaram ter condições de um diagnóstico efetivo, há de se pensar que isso se deve,

possivelmente, ao fato desses alunos terem tido ou não oportunidade durante o curso de se depararem com esses tipos de lesões, quando do atendimento ao paciente, podendo colocar assim em prática os conhecimentos recebidos durante o curso. Os 3% dos alunos iniciantes que fizeram a mesma afirmação podem ter tido alguma experiência pessoal de participação em campanhas preventivas, ou ter visto algum caso ou, ainda, efetuarem com frequência o auto-exame.

A observação do conteúdo programático, embora não descrito mais subentendido, que norteia a revisão de literatura quanto aos módulos de prevenção contemplados na Semiologia e Diagnóstico e cujo ensino baseia-se nos aspectos clínicos dos tumores malignos, além dos fatores de risco e auto-exame, supostamente, já deveriam ser conhecimentos interiorizados e sedimentados na formação acadêmica durante o curso. Entretanto, novamente a grade curricular, distribuída de modo estanque, interceptou possivelmente o saber no tocante à prevenção do câncer bucal ao término do IVº semestre, tornando-se estas atitudes preventivas possivelmente como um módulo arquivado no passado.

Assim, quando o novo Projeto Pedagógico foi elaborado teve-se por preocupação a recuperação de conteúdos acerca da prevenção do câncer bucal aplicável, juntamente com uma ação curativa e multidisciplinar, em uma nova disciplina, a Medicina Bucal a ser ministrada no VIIº semestre. O resgate do conhecimento e o acréscimo de prioridade de saúde geral aliada à saúde bucal, possivelmente contribuirão, na nova grade, para uma formação mais sólida do acadêmico do curso de odontologia, quanto à prevenção de modo geral, mas também referente ao câncer bucal.

Se considerarmos ainda, que os acadêmicos aprenderam e executaram o exame clínico na disciplina de Semiologia e Diagnóstico como parte do



desenvolvimento prático da mesma, no IIIº e IVº semestres, quando a pesquisa foi realizada, poderia se entender que este é o princípio básico na prevenção de qualquer lesão bucal, inclusive do câncer bucal. A figura 5 demonstra que alunos concluintes têm o exame clínico como ponto de partida para o diagnóstico das lesões cancerizáveis e câncer de boca.

O exame clínico com levantamento de sinais e sintomas, histórico familiar, hábitos nocivos, dados de saúde geral e bucal permitiram aos 78% dos alunos concluintes, dizerem-se conhecedores de elementos que separam uma lesão pré-maligna de outra francamente maligna. Esse fato é importante no consenso de ensino da prevenção. Os 3% dos alunos iniciantes, mesmo que ainda não tenham tido oportunidade de efetuarem exames clínicos em pacientes, se denominaram conhecedores de que um exame clínico oferece evidências da situação de saúde de um indivíduo, quando efetuado por um profissional da área.

O exame clínico, como parte do papel a ser realizado pelo cirurgião-dentista na detecção precoce de lesões cancerizáveis/câncer de boca, deve estar presente em qualquer fase das campanhas de prevenção, o que serviria para garantir a especificidade almejada, de 99%, proposta pela Fundação Oncocentro (1996)⁽¹⁰⁾. Quanto a este aspecto cabe ainda, considerar que os diferentes tipos de carcinomas apresentam uma fase pré-clínica que, se detectada precocemente, promove maior sobrevida ao seu portador.

Ainda, quando em 1962 Chaves⁽⁷⁾ indicava que havia necessidade de uma nova prática odontológica que produzisse dignidade e conquista da cidadania e isso implicava em reformas sanitárias, promoção de um novo modelo e até a inclusão de especialidades no Sistema Único de Saúde (SUS), poderia se entender que a reciclagem de profissionais, formados antes da década de 80, implicaria em motivá-

los a aprenderem e praticarem adequadamente o exame clínico, a fim de melhor pesquisarem as lesões bucais e tumores malignos.

Conforme ressaltado na revisão de literatura, a prevenção primária que tem por objetivo prevenir o aparecimento da doença^(4,12,19) implica em conscientizar, promover saúde e proteção específica, baseando-se não só no ensino do auto-exame bucal, mas também no esclarecimento e divulgação dos fatores de risco.

Conhecidamente o tabaco e álcool^(3,4,5,8,11,15,22,23) são fatores de risco para o câncer bucal, isto tem sido bem divulgado até mesmo pelos meios de comunicação. A ação desses agentes co-cancerígenos deve ser de domínio do cirurgião-dentista para que possa intervir, conscientizando e também, prevenindo a população em geral. O tempo de uso e a relação causa-efeito devem ser enfatizados para caracterizar os tipos de tumores.

Na prática dos programas de prevenção estes fatores de risco não têm sido abordados e poderiam ser através dos “folders”, palestras e/ou outras ações educativas. Entretanto, na disciplina de Semiologia e Diagnóstico isso foi amplamente contemplado no conteúdo programático da disciplina, englobando-se também os dados estatísticos da Fundação Oncocentro (1996)⁽¹²⁾ disponível a todo e qualquer interessado.

A exposição à radiação ionizante deveria ser cuidadosamente, explorada naqueles pacientes do grupo de risco, ou sejam, trabalhadores rurais ou indivíduos expostos a longas jornadas sob o sol e de pele clara^(20,23,32). Orientação quanto aos meios de proteção como chapéu, mangas longas e protetores solares labiais deveriam ser rotineiros para estes pacientes^(12,19).

A análise da figura 6 demonstra que tanto os alunos iniciantes como os concluintes estavam conscientizados quanto à ação do tabaco na saúde geral e

bucal dos pacientes, bem como de sua importância como fator de risco para o câncer bucal. Conforme era esperado o GC classificou em 1º lugar o tabaco (100%); em 2º o álcool (98%) e em 3º a radiação ionizante (93%), tendo interiorizado o conhecimento dos demais fatores de risco, em ordem compatível de agressividade.

Assim, houve um entendimento de que a formação oriunda das disciplinas de Patologia e Semiologia e Diagnóstico, no IIIº e IVº semestres, atingiu seus objetivos neste aspecto e, mesmo que interceptado o conhecimento pela própria grade curricular, este se manteve intacto, quanto ao item fatores de risco.

No grupo de iniciantes os resultados destoaram somente quanto ao álcool (66%) que passou a ocupar a 5ª posição, entretanto, demonstraram estar conscientes da ação nociva das radiações ionizantes sobre o organismo (83%). Esse resultado possivelmente se deveu a campanhas preventivas de câncer de pele divulgadas pela televisão e mesmo revistas populares. Em ambos os grupos de alunos houve a citação dos fatores mais agravantes para a doença, o que poderia significar que de maneira popular ou científica, houve conhecimento dos fatores de risco aplicável detectáveis com divulgação na prevenção e diagnóstico do câncer bucal.

O auto-exame como parte do programa de prevenção do câncer bucal que foi ensinado aos acadêmicos como conteúdo teórico na disciplina de Semiologia e Diagnóstico e quando em atividade de extensão em campanhas, repassado o conhecimento aos pacientes.

Sendo uma técnica simples e baseada no exame clínico^(7,22,23,32) supostamente, entende-se que todo acadêmico de odontologia teria conhecimento do mesmo. Em todas as campanhas do curso pesquisado há um roteiro simplificado, impresso em um "folder", distribuído à população (anexo II) que contribui para

facilitar a orientação ao paciente, além de alistar o que cada paciente deverá procurar quando de sua realização.

Em sendo assim, dada a falta de informação e conteúdo disciplinar pertinente, os acadêmicos iniciantes não demonstraram, em sua maioria, conhecimento do auto-exame, conforme análise da figura 7. Por outro lado, somente 33% do GC descreveram sua técnica de modo adequado e 7% de modo suficiente, o que permite deduzir que a formação da prevenção do câncer bucal não atendeu a contento às necessidades previstas, quando ao todo em torno de 40% do GC, somente 33% dominaram a técnica; dos alunos concluintes 17% não souberam a descrição dos passos auto-exame, quando já era esperado que o deveria saber, pois estão em final de curso, tendo passado pela disciplina correspondente e participado de campanhas preventivas. Isso contradiz o que é postulado por Boraks (1996)⁽²⁾ e Kignel (1997)⁽²¹⁾, que todo cirurgião-dentista deve ser apto para ensinar o auto exame e também ter domínio do que procurar.

O resultado demonstrado na figura 8 reflete que dos alunos concluintes e que receberam formação para prevenção do câncer bucal, 7% tinham domínio e 59% conheciam parcialmente o que procurar no auto-exame. Portanto, um total de 66%, possivelmente, demonstrou certa condição de reconhecimento de alterações básicas demonstrativas de câncer bucal.

Quanto ao grupo dos iniciantes 57% não informou e 14% não souberam o que procurar no auto-exame, o que era de se esperar, visto que não receberam formação quanto a isso.

Levando-se em conta que na literatura específica e no Manual de Detecção de Lesões Suspeitas do INCA (1996)⁽²⁰⁾, todos os passos são descritos de maneira simples, com ilustrações claras, subentendeu-se que, qualquer leigo deveria

incorporar esse conhecimento e fazer uso dele para o bem de sua saúde. Entretanto, mesmo de um odontólogo, ainda que no início do curso, não é esperado que esteja aberto a um entendimento, sobretudo numa área tão específica. Mas, havia de se esperar que um aluno concluinte soubesse o suficiente sobre o assunto, para que pudesse aplicá-lo de maneira devida no exercício de sua profissão.

Do GI 3% demonstrou conhecimento, surpreendendo as expectativas em relação à abrangência do auto-exame. Para justificar esse conhecimento foi averiguado como este foi adquirido, que os acadêmicos relataram terem vindos transferidos e que na escola original haviam participado de uma campanha de prevenção dentro do tema abordado.

Sob o ponto de vista da formação em prevenção do acadêmico para campanhas de prevenção mobilizadas pelo governo e/ou faculdades de odontologia, os acadêmicos foram avaliados inicialmente quanto à importância de exames periódicos na manutenção da saúde e, surpreendentemente para futuros profissionais da saúde, 83% e 85% dos estudantes do GI e GC, respectivamente revelaram que deram valor aos exames periódicos e somente 17% do GI e 10% do GC não se mostraram conscientes quanto à sua realização.

Segundo dados do IBGE (1990)⁽⁴⁾ estima-se que 5,2% da população brasileira (8,5 milhões de pessoas) tem mais de 65 anos de idade. A estimativa para 2020 é de que venhamos a ter um acréscimo de 9% de pessoas nesta faixa etária. Com a maior longevidade da população, as doenças sistêmicas e crônicas, uso de múltiplos medicamentos, pessoas com dificuldade de visão, audição e locomoção e pacientes com deficiências cognitivas são algumas das condições que o dentista deverá encontrar mais comumente. Esses serão alguns dos desafios que o profissional da odontologia irá se deparar⁽³⁷⁾.

Consequentemente, a educação do profissional dessa área deverá estar voltada para o estímulo da prevenção de doenças bucais e da conservação dos dentes, mucosa bucal e saúde geral.

As campanhas de prevenção elaboradas pelo governo, de um modo geral, buscam levar a população a uma pesquisa regular dos principais fatores de óbito: gripe, sarampo, catapora, febre amarela, diabetes mellitus, hipertensão, câncer de mama, câncer de próstata e câncer de boca. Espera-se com isso educar ao longo do tempo, como ação de prevenção primária, mas também, intervindo na prevenção secundária e terciária⁽¹⁸⁾ de diferentes doenças que envolvem tanto crianças como adultos.

Uma ponderação poderia ser feita quanto à mudança de mentalidade durante a formação odontológica quanto à saúde geral. Pareceu incoerente que os acadêmicos concluintes tenham demonstrado na figura 2, (48%) de intenção de atuarem com prevenção de modo geral e ao serem checados quanto a exames periódicos somente 10% dos concluintes tenham se mantidos conscientes da necessidade destes como forma de prevenção e manutenção da saúde.

As críticas históricas de Chaves (1962)⁽⁷⁾ ao profissional da área odontológica tornam-se absolutamente, pertinentes na atualidade, quando afirmou que estes geralmente receberam uma formação técnica convincente (o que representaria os 48% do GC com metas de prevenção de saúde geral), entretanto mantém um distanciamento da realidade da comunidade, o que muitas vezes compromete sua efetividade profissional, como agente de saúde (o que seria observado nos somente 10% do GC que aprovaram exames periódicos).

Por sua vez, quando argüidos acerca do câncer bucal como problema sério de saúde no Brasil, os estudantes do GI e GC foram unânimes (100%) em

reconhecer nisto um grave problema para a saúde pública nacional.

Entendeu-se que os resultados indicam a necessidade que os acadêmicos recebam uma formação para prevenção, mais voltada a uma percepção da realidade pelo contato durante o curso através de campanhas de prevenção, veiculadas pelas próprias escolas de odontologia, em parcerias variadas, o que permitiria ao acadêmico, aplicar a prática ao conhecimento e, conseqüentemente, uma real preparação para o embate de situações vividas pelo agente de saúde.

Quanto ao entendimento dos acadêmicos iniciantes e concluintes da efetividade das estratégias mobilizadoras da população, quer em consultórios particulares ou campanhas públicas, coube a análise da tabela 1. Era de se esperar que o GI, pelo fato de não ter ainda participado de uma campanha de prevenção do câncer bucal, não percebesse a realidade, tampouco a associasse com as propostas realizadas pelo governo e/ou agentes de saúde. Do GI 26% considerou pouco eficiente a entrega de “*folders*”, 16% as palestras comunitárias e 10% as propagandas educativas. Mas, do mesmo grupo, 43% considerou eficiente à entrega de “*folders*”, 24% as palestras comunitárias e 19% as propagandas educativas. Em ambos os grupos, 69% considerou a orientação individual no consultório como muito eficiente, e a instrução quanto ao auto exame como muito eficiente em 28% do GI e 38% do GC.

Chaves (1962)⁽⁷⁾, já na décadas de 60, em suas considerações acerca do compromisso público do governo, apontava para a necessidade de um novo modelo social que seria direcionado à saúde bucal, mas que viesse a incorporar uma verdadeira reforma sanitária, promovendo melhor atendimento e até especialidades no Sistema Único de Saúde (SUS).

Percebeu-se neste contexto que o governo sofreu um despertar com a

mobilização de campanhas variadas e já citadas anteriormente. Entretanto, barreiras impedem que estas sejam verdadeiramente efetivas. A formação dos profissionais integrantes da rede pública, geralmente, foi limitada aos bancos da universidade e estagnada ao longo do tempo, isso tendo ocorrido pela falta de incentivo para atualização, dificuldade de liberação do profissional e desmotivação financeira, de modo geral. Também há de se considerar que a estomatologia ganhou posição de destaque nos últimos 20 anos e que muitos destes profissionais não o perceberam, mantendo-se somente, realizando tratamentos de dentisteria ou cirúrgicos, negligenciando as lesões de tecidos moles. A falta de verba para compra de material e manutenção de equipamentos, produziu certa indolência e excesso de tolerância mediante as dificuldades⁽⁷⁾. O resultado dessa situação refletiu-se na qualidade de atendimento oferecido, que se tornou sufocante, limitado e ineficiente.

Entendeu-se que o governo tem despertado para isso e, de certa forma, impulsionando estes profissionais a uma quebra deste ciclo, obrigando-os a um crescimento para ajustar-se às circunstâncias, como a avaliação adequada da mucosa bucal. Nestas campanhas oficiais tem-se incluído, conforme proposta citada outrora também por Chaves (1962)⁽⁷⁾, parcerias e entre elas com faculdades de odontologia, conforme já citado na literatura.

Chaves (1962)⁽⁷⁾ há décadas, em suas reflexões a respeito desse assunto, criticou a falta de iniciativa do governo. Considerou que a falta de incentivo de órgãos governamentais a profissionais em regime público poderia, indiretamente e intrinsecamente estar colocando o agente de saúde em posição de espera, quando a formação acadêmica atual preveria uma atuação determinante da mesma para o enfrentamento do problema. Cabe outra reflexão atual sobre o fato. Não estaria o

aluno concluinte confuso quanto à aplicabilidade e condições de execução do seu conhecimento fora do consultório, em um órgão público por exemplo?

Por outro lado, os alunos iniciantes do curso, provavelmente, desconhecedores dos métodos de prevenção, poderão desenvolver, futuramente, estas habilidades através de sua formação regular, hoje, devidamente aplicada em qualquer escola de odontologia e, particularmente, na faculdade, onde a pesquisa foi realizada. A participação e prestação de serviços do acadêmico iniciante em Postos de Saúde, poderá diminuir a lacuna entre formação, prevenção e comunidade.

O conhecimento sobre as duas últimas grades curriculares revelou que houve uma ampliação real da disciplina de Semiologia e Diagnóstico, alongando os horizontes para prevenção do câncer bucal. Entretanto, nitidamente percebeu-se que o estabelecimento de uma nova mentalidade somente teve início, porém conflitos acerca do conhecimento adquirido e vivenciado na formação odontológica, ainda parecem estar distorcidos das necessidades da comunidade e mesmo desarticulados da realidade.

O que Chaves (1962)⁽⁷⁾ e Pires Filho (1995)⁽²⁹⁾ afirmaram acerca da ausência de cidadania que é absolutamente lícito neste contexto e o acadêmico, talvez visualizando seu trabalho em consultório, relegou esta questão a um segundo plano na sua vivência profissional, tanto que se julgaram (GI e GC) absolutamente efetivos para conscientizar seus pacientes (que entendem como população) da prevenção do câncer bucal somente em consultório.

Resultado importante foi observado na análise da figura 9, quando, dentro de tantas divergências de formação e atitudes, percebeu-se que os alunos concluintes (93%) em sua maioria, talvez conscientes de suas limitações, procederam com um encaminhamento correto de seus pacientes portadores de lesões cancerizáveis e

câncer bucal.

Mais uma vez Chaves (1962)⁽⁷⁾ pontuou acertadamente, há anos a questão da atitude do governo e necessariamente de reforma sanitária. Atualmente, o que se tem percebido nestes dois últimos anos é que a rede SUS tem procurado, com o estabelecimento de parcerias com as faculdades de odontologia, visando diminuir a lacuna existente no atendimento especializado, principalmente quanto ao câncer bucal. Nos Centros de Saúde, e em todo hospital de tratamento oncológico exige atualmente, para receber um paciente a ele encaminhado (inclusive pela rede pública), um resultado histopatológico, acompanhado de um corte histológico obtido a partir de uma biópsia, que são feitos por especialista, geralmente professores em faculdade de odontologia.

A falta de profissionais especializados na rede pública para realização da biópsia e para o encaminhamento adequado, rápido e efetivo, motiva estes pacientes a procurar outros serviços competentes e a mão-de-obra especializada dos docentes nas universidades. Há de se entender que dessa forma o serviço público realiza seu trabalho e a universidade pratica cidadania, mas, melhor que isso é que o paciente, impotente diante da máquina governamental seja atendido com respeito e devidamente encaminhado ao tratamento.

O reflexo disso foi que as Prefeituras Municipais têm procurado estabelecer convênios com as universidades dentro do Sistema Único de Saúde(SUS), dentro das diferentes modalidades da saúde. Sob o ponto de vista da universidade, em particular onde esta faculdade de odontologia está vinculada. O fato veio preencher requisitos básicos de sua Política Acadêmica e aumentou a possibilidade de concretização do trinômio ensino, pesquisa e extensão. O fato tende a favorecer à comunidade, a pesquisa e quem sabe, removerá as barreiras entre os estudantes e

a população, a fim de movê-los em direção a ela, em um compromisso frontal de cidadania.

A avaliação final dos acadêmicos com o propósito de verificar a efetividade da formação acadêmica nos estudantes iniciantes e concluintes do curso de odontologia, quanto à prevenção do câncer bucal, que implica no conhecimento auto-aplicável foi bem demonstrada nas figuras 10, 11 e 12 dos resultados.

A formação promovida pela grade curricular permitiu aos GI e GC uma auto-análise quanto aos fatores de risco para o câncer bucal e os 83% do GC e 76%, reconheceu-se como possível grupo de risco, ou seja, o conhecimento foi interiorizado a ponto de ser auto-aplicável (figura 10).

Por outro lado, apesar de toda a formação clínica obtida na disciplina de Semiologia e Diagnóstico e do exercício do exame clínico em outras pessoas, os estudantes relegaram o auto-exame a um plano secundário na prevenção do câncer bucal pessoal (figura 11) e somente 24 % do GC acreditaram em sua efetividade, do que se deduziu que estes estavam entre os exatos 33% dos alunos concluintes (figura 7) que souberam executá-lo também em seus pacientes.

Da discussão de todos esses dados, conciliando a grade curricular na época da realização da pesquisa e o Projeto Pedagógico, pode-se entender que a formação odontológica para prevenção do câncer bucal foi ministrada em duas disciplinas diferentes, uma com enfoque clínico (Semiologia e Diagnóstico) e outra mais diagnóstica (Patologia), abrigando todas as estratégias postuladas pelo Instituto Nacional do Câncer (2000)⁽¹⁸⁾. Entretanto, apesar do exercício prático nas campanhas preventivas, a ênfase não supriu todas as necessidades na formação do acadêmico.

A grade curricular aplicada na época da pesquisa perdurou por muitos anos



(desde 1962 até 2002), o que gerou, a princípio, um incremento de disciplinas, porém com gradual e lenta mudança na mentalidade e atitudes de docentes e discentes.

Considerando o ingresso da Semiologia e Diagnóstico, o que se percebeu foi que esta floresceu como especialidade, de fato, na última década, apesar de investidas pontuais nos 20 últimos anos.

Relatórios do setor de triagem e da disciplina de Patologia da faculdade onde se realizou a pesquisa, conferiram que a 1ª Campanha de Prevenção do Câncer Bucal instituída por esta Faculdade de Odontologia, deu-se em 1997. Portanto, a mudança real da mentalidade dos acadêmicos teve neste momento, seu ponto de partida. Assim, há de se considerar que o processo educador e formativo instalou-se a partir daí, perfazendo seis anos.

A incorporação da Faculdade de Odontologia a uma Universidade em 1996 foi outro marco na própria vida acadêmica da odontologia local.

A Política Acadêmica da Universidade evoca os princípios da UNESCO, com a aplicabilidade do trinômio ensino-pesquisa-extensão e, por ser de natureza confessional abriga princípios democrático, de solidariedade e cidadania.

O ensino e a extensão já eram co-existent na grade curricular e de maneira informal proporcionou atendimento à população local, regional e mesmo a distância, na missão indígena. O diferencial proposto pela Política Acadêmica foi da formalização dessa modalidade e o acréscimo da pesquisa científica como mola propulsora do saber para os acadêmicos e docentes.

Conforme citado na revisão de literatura, a incorporação obrigou a comunidade acadêmica da Faculdade de Odontologia a uma adaptação, a fim de acompanhar o mover da universidade como um todo e uma adequação aos prazos e



burocracia conseqüentes da ampliação educacional.

Paralelamente, as reformas no Ministério da Educação com a Lei de Diretrizes e Bases (2001)⁽³⁰⁾, forçou toda a universidade a um enquadramento nacional, tornando-se esta Faculdade de Odontologia tornou-se duplamente pressionada pelas circunstâncias.

O resultado foi positivo, pois levou os docentes a reformulações didáticas, inseriu a pesquisa e extensão nas salas de aulas e trouxe, por sua vez, as salas de aulas para a comunidade; reavaliou conteúdos programáticos, equacionou o perfil do cirurgião-dentista que ali se formaria; ponderou as inovações tecnológicas; avaliou a saturação do mercado odontológico; considerou recursos para as mudanças científicas, didáticas, tecnológicas e do próprio espaço físico; a visão mundial da odontologia voltada para a prevenção.

De muitas discussões surgiu à nova proposta do Projeto Pedagógico e reformulação da grade curricular.

A tabulação e análise dos dados desta pesquisa demonstraram claramente que o momento da mudança foi oportuno e que o ensino precisava deixar de ser contemplativo com uma formação preventiva nas diferentes áreas, ampla, consciente e eficaz. Ao reformular e ampliar seu Projeto Pedagógico e inovar a grade curricular esta Faculdade de Odontologia ganhou novo impulso, visando ser reconhecida como real prestadora de serviços à comunidade, preparando seus alunos de forma a avançar em tecnologia e ciência, porém compromissados com a sociedade e tornando o cirurgião-dentista um interventor na sociedade da qual faz parte, não só como perfil, mas sim efetivamente, atuando como agente de saúde. Foi a meta da nova proposta curricular.

O esperado é que não só a formação em prevenção do câncer bucal seja adequada, mas também as outras modalidades de prevenção e técnicas curativas, venham a beneficiar a população e propiciar uma formação integral ao acadêmico de odontologia que seja refletida no profissional competente, científica e tecnicamente, ético, crítico e capaz de adotar postura e atitudes de mudança, durante o desenvolvimento do curso e principalmente quando de sua conclusão.



6 CONCLUSÃO

Os dados levantados neste trabalho permitiram concluir que:

- 1 – A formação odontológica está voltada para área de prevenção geral e principalmente a fatores de risco da cárie dentária, entretanto os acadêmicos concluintes demonstraram conhecimento na área do câncer bucal;
- 2 – os alunos iniciantes do curso de odontologia reconhecem a necessidade de atuação na prevenção do câncer bucal, enquanto que os concluintes, apesar do conhecimento recebido parecerem não demonstrar segurança em sua aplicabilidade;
- 3 – A diferenciação das lesões pré-malignas pelos alunos concluintes foi ponderada adequadamente, através do exame clínico, bem como as medidas diagnósticas, assim como o encaminhamento posterior do paciente para os profissionais pertinentes;
- 4 – A eficácia dos programas preventivos é reconhecida pelos alunos concluintes, obedecendo à seguinte ordem: orientação em consultório, campanhas preventivas, instrução do auto-exame e distribuição de “*folders*”;
- 5 – Quanto às estratégias desenvolvidas em prevenção do câncer bucal, 33% dos acadêmicos concluintes revelaram conhecimento e capacidade de ensino do auto-exame bucal;
- 6 – reconhecidamente os programas preventivos do câncer bucal devem ser parte integrante na formação odontológica e, preferencialmente, com desenvolvimento prático do conhecimento teórico, a fim de formar agentes de saúde preparados e aptos para a execução dos procedimentos na área odontológica;

7- a formação em prevenção do câncer bucal sofreu uma interrupção após o IVº semestre do curso de odontologia, refletindo perda parcial do conhecimento adquirido depois disso;

8 - a formação em prevenção do câncer bucal deve estar atrelada a campanhas freqüentes, a fim de permitir aos alunos do curso de odontologia o exercício do conhecimento e contato com a população;

9 - a formação em prevenção do câncer bucal e de outras doenças pela grade curricular, necessita de inovações para integrar o aluno à comunidade;

10 - uma nova proposta curricular prevista no Projeto Pedagógico da Faculdade onde a pesquisa foi realizada, que complete a formação em prevenção, no último ano do curso, poderá contribuir para resgatar e fixar os conhecimentos de prevenção do câncer bucal e de outras doenças gerais e bucais;

11 - Este estudo sugere que nova investigação, busque detectar novas maneiras de instrumentar o aluno para interagir e motivar a população a auto-examinar-se para a prevenção, bem como medir o impacto de campanhas educativas na população em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BARBOSA, J. F. **Câncer da Boca**. 2 ed. São Paulo: Sarvier, 1968.
- 2 - BORAKS, S. **Diagnóstico Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1996.
- 3 - BORDINI, P. J. **Aspectos Epidemiológicos do Câncer Bucal**. Análise através da Mortalidade. Dissertação de mestrado. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo: São Paulo, 1994.
- 4 - BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. DIRETORIA DE PESQUISA. DEPARTAMENTO DE POPULAÇÃO E INDICADORES SOCIAIS. Brasil, unidades da federação e municípios. Rio de Janeiro: DESEM, 1990.
- 5 - BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Programas de Controle de Câncer- Pró- Onco. **Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2 ed. Rev. Atual. Rio de Janeiro: Pró-Onco 1993.
- 6 - CASTRO, A. L. **Estomatologia**. Santos: [s.ed.], 1992.
- 7 - CHAVES, Mario M. **Odontologia Sanitária**. Washington: Organización Panamerican de La Salud, ju1.1962 (Publicaciones Científicas, n.63)
- 8 - DAY, G. L. et al. Racial differences in risk of oral and pharyngeal câncer: alcohol, tobacco and others determinants. **J Natl Cancer Inst**, v.85, n.6, p. 465-475, mar.1993.
- 9 - FREIRE, Paulo. **A Importância do ato de ler**: em três artigos que se completam. 18 ed. São Paulo: Cortez, 1987.
- 10 - FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. **Câncer Bucal**. Controle no Estado de São Paulo. Governo do Estado de São Paulo, Secretaria da Saúde, 1996.
- 11 - FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. **Estratégias para o Controle do Câncer**. Governo do Estado de São Paulo, Secretaria da Saúde, 1994.
- 12 - FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. **Manual de Oncologia Clínica**. 2 ed., U.I.C.C., 1996.

- 13 - GENOVESE, W. J. **Estudo Epidemiológico do Carcinoma Epidermóide da Mucosa Bucal Frente aos Prováveis Agentes Carcinogênicos**. Tese de livre-docência. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo: 1986.
- 14 - GENOVESE, W. J. **Metodologia do Exame Clínico em Odontologia**. 2. ed. São Paulo, Pancast Editorial, 1992.
- 15 - GENOVESE, W. J. et al. **Câncer de boca: Noções básicas para prevenção e diagnóstico**. São Paulo: Fundação Peirópolis, 1997.
- 16 - HAYS, G.L. et al. Co- Carcinogenesis and Cancerization; Oral Lesions offer First Signs. **J Am Dent Assoc**, v.126, n. 1 , p. 47-51 , 1995.
- 17 - HOROWITZ, A . M.; NOURJAH, P.; GIFT, H.C. Adult Knowledge of Risk Factors and Signs of Oral Cancers. **J Am Dent Assoc** ,v.126, n.1, p. 39- 45, 1995.
- 18 - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (BRASIL). **Estimativa da Incidência e mortalidade por câncer no Brasil**; 2000. Disponível em: <http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa2000/metodologia>.
- 19 - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Câncer no Brasil: dados dos registros de base hospitalar**. Rio de Janeiro: INCA, 1995
- 20 - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Manual de detecção de lesões suspeitas: câncer de boca**. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 1996.
- 21 - KIGNEL, S. **Diagnóstico Bucal**. São Paulo: Robe, 1997.
- 22 - KO, Y. C. et al. Betel quid chewing, cigarette smoking and alcohol consupction related to oral cancer in Taiwan. **J Oral Pathol Med**, v.24, n.10,p.450-453, Nov. 1995.
- 23 - LA VECCHIA, C., et. al. Epidemiologia and prevention of oral cancer. **Oral. Oncology**, vo1.33, n.5, p.302-312, 1997.
- 24 - LINE, C. V. et al. As alterações genéticas e o desenvolvimento do câncer bucal. **Rev . Ass. Paul. Cir. Dent.**,v.49, n.1, p.51-56, 1995.
- 25 - MACFARLANE, G. J.;ZHENG,T.;BOFFETTA, P. Alcohol, tobacco, diet and risk of oral cancer: a pooled analysis of three case- control studies. **Eur. J. Cancer B. Oral Oncol.**,v.31 b,n.3,p.181-187,1995.



- 26 - MARSHALL, J. R. et al. Smoking, alcohol, dentition and diet in the epidemiology of oral cancer. **Oral Oncol.**, V.28 B, N.1, P.9-15, Jul. 1992.
- 27 - PINHOLT, E. N.; RINDUM J.; PINDBORG, J. J. Oral cancer: a retrospective study of 100 Danish cases. **Br. J. Oral Maxillofac Surg**, 37:77-80; 1997.
- 28 - PINTO, E. B. **Estado atual do Ensino Odontológico no Brasil** - O Prolatino, BOL. Associação Brasileira de Ensino Odontológico. V.9, n. 1 , 1978.
- 29 - PIRES FILHO, F. M., **A Construção interativa do saber e do fazer acadêmico**: O desafio da prática odontológica integral (Tese apresentada ao Curso de Pós-graduação em Odontologia Social do Centro de Ciências Médicas da Universidade federal Fluminense para obtenção de Grau de Doutor em Odontologia. Área de concentração: Odontologia Social). v.2 1995.
- 30 - PARECER CNE/CES 1.300/2001 - Homologado - Despacho do Ministro em 4J2/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1 , p. 25.
- 31 - ROSENTHAL, Elias. **A Odontologia no Brasil no século XX**. 1 ed. São Paulo: Santos Editora Ltda, 2001 .
- 32 - SAWYER, D. R.; WOOD, N. K.. Oral Câncer - Etiology, recognition and management. **Dent. Clin. North Am.**,v.36, n. 4, p. 919- 44, 1992.
- 33 - SCULLY, C. Oncogenes, tumor supressors and viruses in oral squamous. **J. Oral Pathol. Med.**, v. 22, p. 337- 45, 1993.
- 34 - TOMMASI, A. F. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. 2. ed. São Paulo: Pancast, 1990.
- 35 - VALENTINE, J. S. et al. A histological analysis of the early effects of alcohol and tobacco usage on human epithelium. **Journal of Oral Pathology**,v. 14, p. 654-65, 1985.
- 36 - VELLY, A. M.; FRANCO E. L.; SCHILECHT, N. et. al. Relationship between dental factors and risk of upper aerodigestive tract cancer. **Oral Oncol**; 34:284-91 - 1998.
- 37 - WERNER,C.W.A. Odontologia Geriátrica. **Revista da Faculdade de Odontologia - Unimep**. V.11 , N° 1 . Jan/jun, 1998.
- 38 - ZEGARELLI, E. D.; KUTSCHER, A. H.; HYMAN, G. A. Diagnóstico em Patologia Oral. **Barcelona**: Salvat Editores, 1977.



ANEXO

QUESTIONÁRIO

DATA:-

TERMO:-

SEXO:-

IDADE:-

1. Você tem definido em que área pretende direcionar a sua prática odontológica?

☐ sim☐ não

Qual:

2. Você acredita que estará realizando ações preventivas em sua prática?

☐ sim☐ não

Por quê?

Quais:

3. Assinale apenas o que está de acordo com seu modo de pensar:

a) Todo especialista, além de sua especialidade, deverá efetuar uma avaliação completa da saúde bucal geral do paciente.

☐ sim☐ não

b) O cirurgião-dentista tem a responsabilidade em diagnosticar apenas o que for relativo a sua especialidade.

☐ sim☐ não

4. Você se sente capacitado para fazer diagnóstico de câncer de boca.

☐ sim☐ não

Por quê?

5. É possível distinguir o câncer bucal de lesões cancerizáveis, apenas no exame clínico?

☐ sim☐ não

Por quê?

6. Assinale fatores de risco responsáveis pelo surgimento de lesões cancerizáveis:

- () Alcoolismo
- () Tabagismo
- () Má Alimentação
- () Deficiências Nutricionais
- () Exposição à radiações
- () Fatores genéticos
- () Fatores ocupacionais (exposição a agentes químicos)
- () Irritação mecânica crônica
- () Má higiene bucal
- () Agentes biológicos (exposição a ação de vírus)

7. Se você deparar com alguma lesão cancerizável, você se sente seguro para fazer uma biópsia?

- () sim () não
Por quê?

8. Como procederá ao encaminhamento de um paciente com lesões suspeitas?

R: _____

9. Você tem feito auto-exame regularmente?

- () sim () não
De quanto em quanto tempo? _____

10. O auto-exame de boca é um método simples para diagnóstico do câncer. Descrever todos os passos importantes desta técnica.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

11. O que procura no auto-exame?

12. Quais as estratégias de prevenção do câncer bucal são mais eficientes em sua opinião?

Assinale: (A) Muito eficiente; (B) Eficiente; (C) Ineficiente; (D) Pouco eficiente.

- ☐ Campanhas preventivas – sistemáticas (semestral / anual) de comunitário
- ☐ Distribuição de folders para educar as pessoas em consultórios (postos de saúde)
- ☐ Orientação individual no consultório
- ☐ Instrução quanto ao auto-exame
- ☐ Palestras comunitárias (via meios de comunicação – rádio / TV / revistas)
- ☐ Propagandas educativas
- ☐ Outros

13. O câncer no Brasil é um problema de saúde:

- ☐ nada importante ☐ pouco importante ☐ muito importante

14. Meu risco de ter câncer de boca é:

- ☐ muito baixo ☐ baixo ☐ alto ☐ muito alto

15. Se eu fizer auto-exame eu poderei reduzir meu risco de câncer de boca:

- ☐ falso ☐ verdadeiro

16. Eu estou certo que posso fazer o auto-exame como é recomendado:

- ☐ falso ☐ verdadeiro



