

Conhecimentos dos acadêmicos de Odontologia sobre câncer de boca

Ana Paula da Silva RAMOS¹
Adauto EMMERICH²
Eliana ZANDONADE³

RESUMO

Palavras-chave: Odontologia. Câncer de boca. Conhecimentos.

O cirurgião-dentista deve exercer função de grande importância em relação ao diagnóstico precoce de câncer de boca, voltado para a área de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, ele precisa ser preparado para esse papel, desde a sua graduação. Este estudo avalia e discute os conhecimentos dos graduandos em Odontologia de uma Instituição de Ensino Superior, quanto à prevenção e detecção precoce do câncer de boca. A metodologia utilizada é de natureza quantitativa, descritiva, com questionário de questões fechadas e variáveis dicotômicas. Os resultados apresentaram uma média de acerto de 64,25%, o que indica a necessidade de revisão das informações sobre câncer de boca. Mais estudos devem ser realizados no intuito de conhecer o perfil dos graduandos em Odontologia sobre prevenção e diagnóstico precoce de câncer de boca.

Data de recebimento: 23-2-2005
Data de aceite: 28-3-2005

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

² Doutor em Odontologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; professor do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

³ Doutora em Estatística pela Universidade de São Paulo; professora do Departamento de Estatística da Universidade Federal do Espírito Santo.

INTRODUÇÃO

No Brasil, na segunda metade do século XX, houve uma redução da taxa de mortalidade devido à queda dos óbitos por doenças infecciosas. Esse evento levou a um aumento da expectativa

de vida, fazendo com que a população da terceira idade (60 e mais anos) praticamente duplicasse (Tabela 1), o que, por sua vez, levou a um aumento do número de pessoas que compõem a faixa etária de risco de câncer (GADELHA et al., 1992; CARVALHO; GARCIA, 2003).

Tabela 1 - Brasil: Distribuição proporcional (%) da população brasileira, segundo grandes grupos etários – 1970, 1980, 1991 e 2000

Grupo etário (ano)	Ano do recenseamento			
	1970	1980	1991	2000
0 - 14	42,10	38,24	34,73	29,60
15 - 59	52,83	55,69	57,97	61,84
60 e +	5,07	6,07	7,30	8,56
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE (1970, 1980, 1991,2000). In: CARVALHO E GARCIA, 2003

O aumento da população faz parte de um contexto socioeconômico, em que surgem novos hábitos de vida e fatores ambientais prejudiciais à saúde, promovido pela urbanização e industrialização desordenadas. Esse conjunto favorece o desenvolvimento de neoplasias malignas (GADELHA et al., 1992).

Câncer é o termo utilizado para designar um conjunto de patologias caracterizado pelo crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões. Os tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo (BRASIL, 2004). Na evolução do câncer, uma célula normal sofre alterações nos seus cromossomos, resultando na ativação do oncogenes ou na inativação do gene de supressão tumoral (BRASIL, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1984), a história natural e a localização do câncer de boca proporcionam excelentes oportunidades para a detecção precoce. Uma vez que a cavidade oral é campo de ação dos cirurgiões-dentistas, estes deveriam ser os primeiros a detectar essa doença e estar participando da prevenção em todos os níveis de atendimento.

Essa patologia implica tratamento especializado que é oneroso para a família e para o Estado. Sua conduta terapêutica é algumas vezes mutila-

dora, acometendo uma faixa etária ainda economicamente produtiva. No entanto, sua prevenção e detecção precoce são viáveis, sendo facilmente realizáveis pelo exame direto, com relação custo-benefício favorável.

O cirurgião-dentista exerce uma função de grande importância, quando se pensa em detecção precoce do câncer de boca, uma vez que a cavidade oral é um dos principais locais de trabalho desse profissional. Para poder exercer esse papel, o profissional deve ser preparado desde sua graduação e continuar esse trabalho de construção de conhecimento ao longo de sua vida profissional.

A formação odontológica tem forte influência técnica, mas esse padrão de educação deve ser modificado, uma vez que o paciente necessita ser tratado levando em consideração seus aspectos não apenas biológicos, mas também econômicos e psicossociais. Para isso ocorrer, é necessária a construção de uma Odontologia que se preocupe com o paciente e não apenas com porções de seu organismo.

De acordo com Nicodemo e Naressi (2002), “[...] o curso de Odontologia deveria estar voltado para a saúde odontológica e global do homem, de forma a atingir a sociedade, não uma parte dela, e possa ainda cuidar do atendimento preventivo e não curativo apenas”.

Em decorrência da inexistência da disciplina de Oncologia nas escolas odontológicas, os dentistas têm normalmente uma visão pessimista em relação ao câncer (KOWALSKI et al., 1991). Também Gadelha et al. (1992) apontam como uma das limitações do controle do câncer no Brasil a educação profissional deficiente e a indefinição de normas e condutas terapêuticas.

Segundo Córdón (apud MACIEL, 1994, p. 37), “[...] o recurso humano em formação deve internalizar certos instrumentos teórico-metodológicos que lhe permitam perceber objetivamente a situação em que se encontra seu país e aplicar as formas de ação mais coerentes para sua transformação”.

Há diferenças entre o que o estudante de Odontologia aprende nas universidades e aquilo que encontra na sociedade, quando se forma. Amaral (apud VOLSCHAN et al., 2002, p. 316) ressaltam a dicotomia existente ao se comparar o que foi ensinado com a realidade dos serviços oferecidos na rede pública. Segundo o autor, ele se vê frente a uma realidade repleta de problemas e, para lidar com essa situação, é necessário aliar a competência técnica ao compromisso social e ao resgate do caráter coletivo da prática odontológica.

O propósito deste estudo foi avaliar e discutir os conhecimentos dos graduandos em Odontologia, de uma Instituição de Ensino Superior do Estado do Espírito Santo, em relação à prevenção e diagnóstico precoce de câncer de boca e, desse modo, obter informações que permitam subsidiar futuras ações na área de educação.

METODOLOGIA

O estudo desenvolvido é de natureza quantitativa e descritiva e utilizou fontes primárias, com questões fechadas e variáveis dicotômicas. Para o levantamento dos dados, foi construído um questionário com vinte afirmativas sobre prevenção e diagnóstico precoce de câncer de boca e duas questões relacionadas com o sexo (gênero) e ano de ingresso na Instituição de Ensino Superior.

As questões foram formuladas baseadas no livro “Falando sobre câncer de boca”, publicado pelo Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2002. Existe uma variação de informações quanto a fatores de riscos e condições cancerizáveis, assim como incompatibilidade

de dados de incidência e prevalência entre as várias fontes existentes sobre câncer de boca. Por esse motivo, optou-se por seguir as informações publicadas pelo Ministério da Saúde, INCA, a fim de seguir uma linha de pesquisa que contenha informações de um órgão oficial do Ministério da Saúde.

As questões foram divididas em dois grupos: grupo 1 com características sociodemográficas, envolvendo gênero e ano de ingresso na Instituição de Ensino; grupo 2, com vinte questões relacionadas com conhecimentos sobre prevenção e diagnóstico precoce de câncer de boca.

O questionário foi aplicado no dia 22 de novembro de 2004, em uma das salas de aulas utilizadas pelos estudantes, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento, que explicitava que os dados obtidos seriam utilizados para o desenvolvimento de pesquisa do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Espírito Santo, e que não haveria divulgação dos nomes dos entrevistados.

O grupo de graduandos entrevistados cursava o oitavo período do curso de Odontologia.

O número total de graduandos corresponde a 24 alunos. No dia da aplicação do questionário, encontravam-se presentes 21 alunos (84%), e todos optaram por cooperar com o desenvolvimento da pesquisa.

Foi criada uma escala para graduar o número total de acertos das questões do grupo 2. A escala foi estabelecida da seguinte forma: muito bom ($\geq 90\%$), bom ($70\% \text{ } \vdash \text{ } 90\%$), razoável ($50\% \text{ } \vdash \text{ } 70\%$) e ruim ($< 50\%$).

Os dados foram analisados quanto a frequências absoluta e relativa, médias de acertos e discutidos em relação à informação adquirida e sua aplicação na população.

RESULTADOS

Foram analisados 21 questionários, correspondendo a 84% da população total. Os três graduandos que não participaram da pesquisa não se encontravam no local, na data da coleta de dados. Apenas duas questões não foram respondidas por dois alunos. Os percentuais foram calculados baseados no número de respostas obtidas.

A média de acertos foi de 64,25%, correspondendo ao escore “razoável”. O maior índice de acertos foi de 80% e o menor foi de 45%. Três alunos (14,28%) acertaram 80% das questões e três (14,28%) acertaram 71,42%. Ou seja, apenas seis alunos (28,56%) apresentaram um rendimento com escore “bom”. Nenhum aluno atingiu o escore “muito bom”. Apenas um graduando apresentou índice inferior a 50% (4,76%), com escore “ruim”. Todos os 14 demais alunos (66,6 %) atingiram o escore “razoável” (Tabela 2).

Tabela 2 - Acertos dos graduandos em relação às questões do grupo 2, distribuídos por escala de rendimento

Escala de rendimentos	n	n%
Muito bom	0	0
bom	6	28,5
Razoavel	14	66,7
Ruim	1	4,8
Total	21	100

Oito graduandos são do sexo masculino e treze do sexo feminino. Em relação ao ano de ingresso, dezoito ingressaram no ano 2000 e dois no ano 2001, o que provavelmente representa um erro de alguns alunos no momento de preencher esse campo, pois o ano de 2001 seria incompatível para estar cursando o período entrevistado em novembro de 2004. Um aluno não indicou o ano de ingresso.

Algumas questões sobre fatores de risco e lesões cancerizáveis demonstraram erros que podem ser visualizados nas Figuras 1 e 2.

Em relação aos procedimentos de diagnóstico, foram feitas duas questões, que apresentaram um baixo índice de acerto, como pode ser visualizado na Figura 3.

Existe uma grande variação no percentual de acertos das questões do grupo 2: duas questões com 100% de acerto e duas com 9,52%. Nove questões obtiveram um índice de respostas corretas, entre 42,85 e 66,23%. A distribuição dos acertos por questões de todo o questionário aplicado pode ser visualizada na Tabela 3.

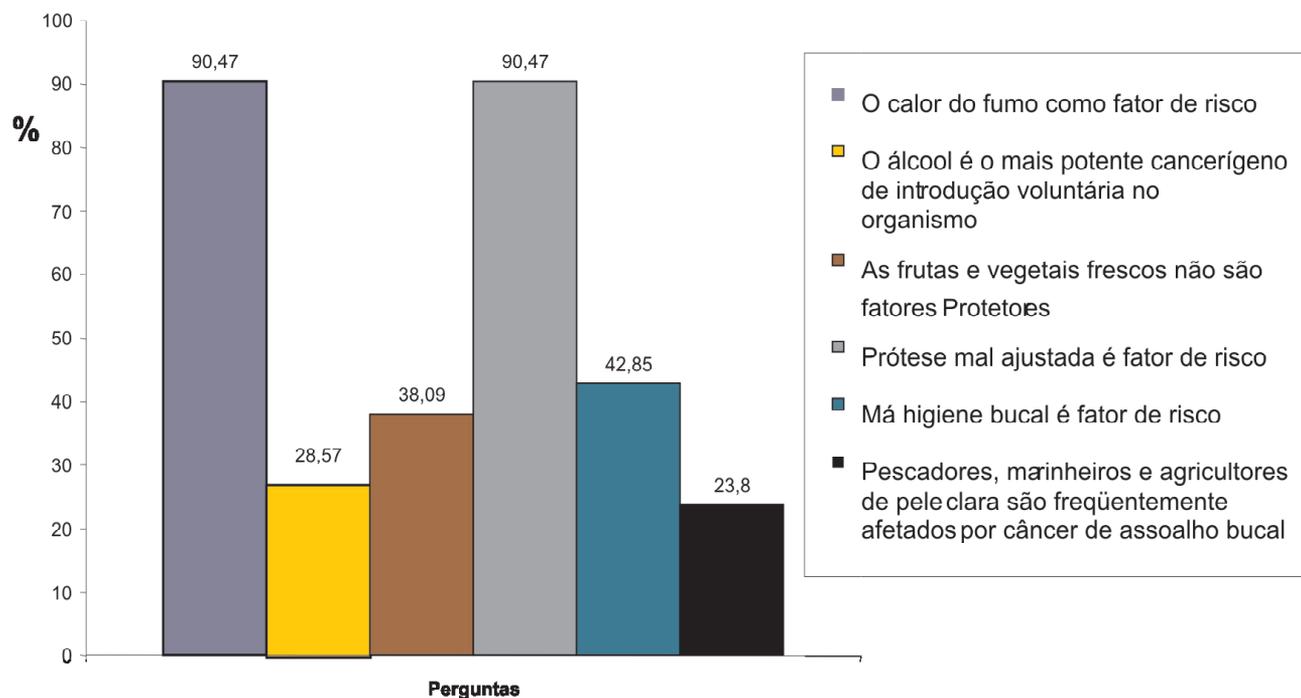


Figura 1- Frequência relativa de afirmativas consideradas verdadeiras pelos graduandos do 8º período de Odontologia de uma Instituição de Ensino Superior do Estado do Espírito Santo, sobre fatores de risco para câncer bucal, Brasil, 2004

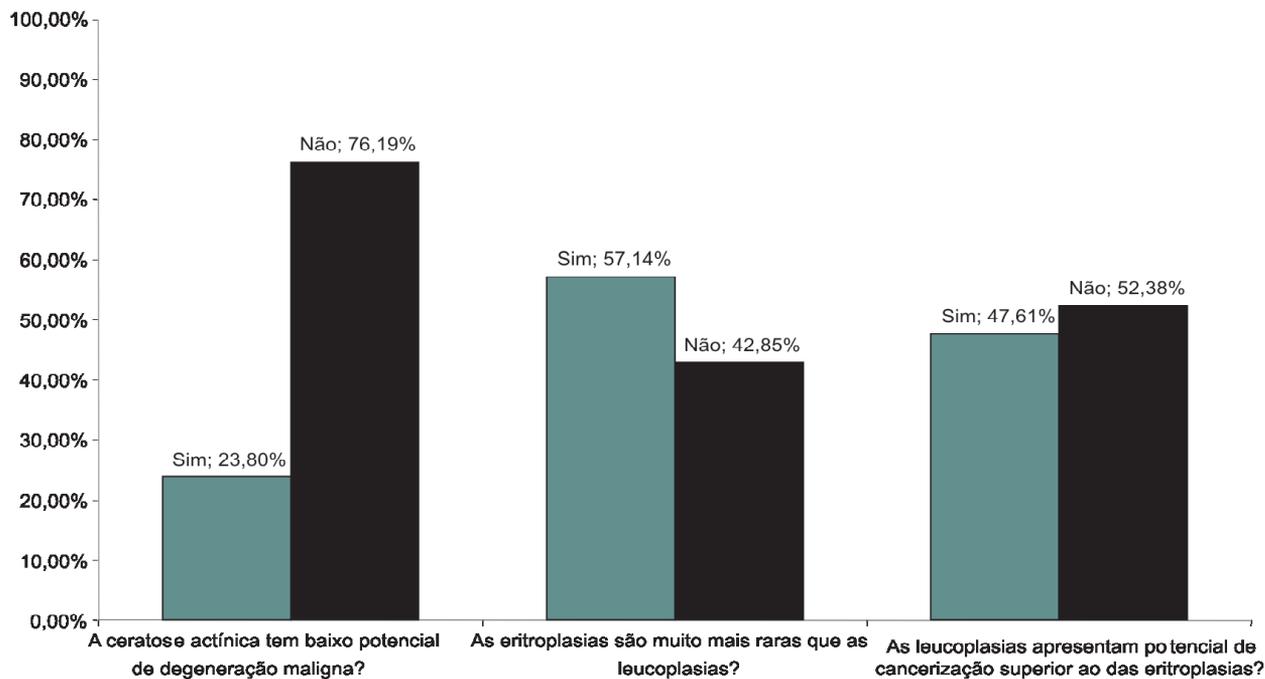


Figura 2: Frequência relativa dos conhecimentos dos graduandos do 8º período de Odontologia de uma Instituição de Ensino Superior do Estado do Espírito Santo sobre lesões cancerizáveis, Brasil, 2004

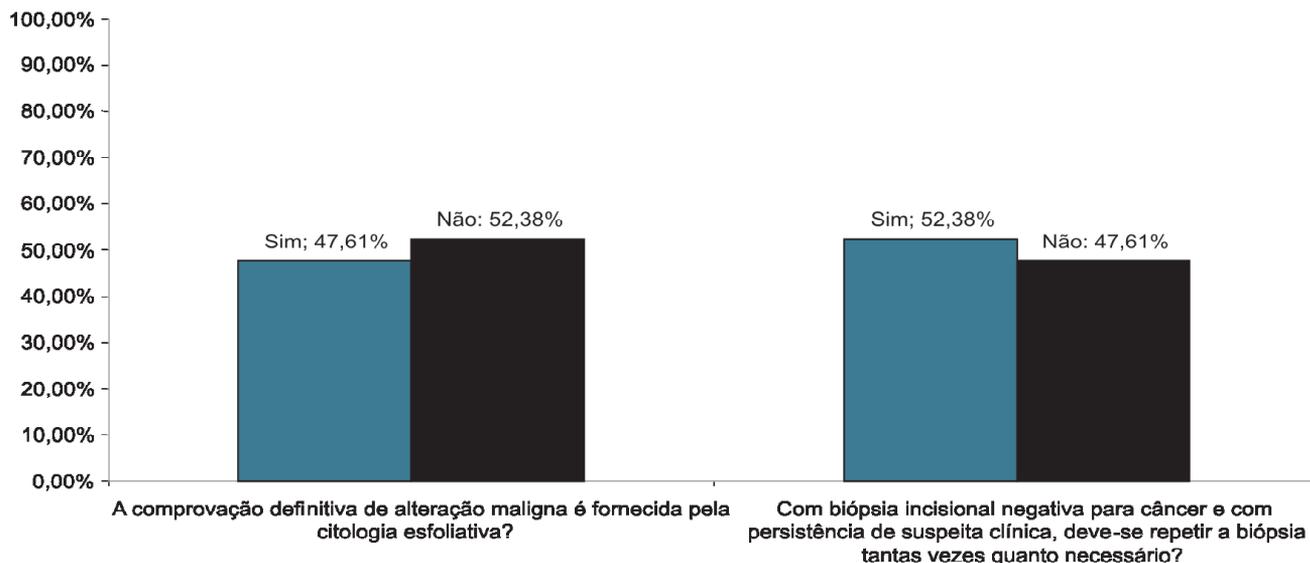


Figura 3 - Frequência relativa dos conhecimentos dos graduandos do 8º período de Odontologia, de uma Instituição de Ensino Superior do Estado do Espírito Santo, sobre o diagnóstico laboratorial de câncer de boca, Brasil, 2004

Tabela 3 - Percentual de acertos por questão do questionário aplicado aos graduandos do 8º período de Odontologia de uma Instituição de Ensino Superior do Estado do Espírito Santo, sobre prevenção de câncer de boca, Brasil, 2004

Afirmativa nº	Respostas corretas (%)	Número de respostas
1	95,23	21
2	66,6	21
3	42,85	21
4	71,42	21
5	9,52	21
6	71,42	21
7	61,9	21
8	100	21
9	61,9	21
10	9,52	21
11	95,23	21
12	100	21
13	52,38	20
14	71,42	20
15	76,19	21
16	57,14	21
17	52,38	21
18	95,23	21
19	52,38	21
20	52,38	21

DISCUSSÃO

O diagnóstico de câncer de boca é feito normalmente numa fase avançada, o que reduz as chances de cura e de uma melhor qualidade de vida. De acordo com Carvalho (2000), os índices de controle local e de sobrevida de cinco anos, para tumores iniciais, variam, respectivamente, de 80 a 90% e de 60 a 80%. No caso de lesões avançadas, os índices ficam em torno de 40 a 60% para controle local e de 20 a 30% para sobrevida de cinco anos.

Para a redução dos índices elevados de estadiamento em fase avançada, precisa-se ter uma equipe de saúde atenta para os sinais que a doença apresenta e para atuar estimulando modificações nos hábitos de vida, uma vez que, segundo Gadelha et al. (1992), novos hábitos de vida promovidos pela urbanização e industrialização desordenada, favorecem o desenvolvimento de neoplasias malignas.

O aumento da população de terceira idade no Brasil (GADELHA et al., 1992; CARVALHO; GARCIA, 2003) deve ser mais um motivo para tornar o cirurgião-dentista mais atento em relação ao desenvolvimento do câncer de boca. Essa razão é devido ao fato de que, no Brasil, a incidência do câncer de boca aumenta a partir dos quarenta anos e o diagnóstico tardio representa redução da qualidade de vida e menores possibilidades de cura. Portanto, o profissional deve estar preparado para lidar com essas características da população brasileira.

A Organização Mundial de Saúde, ao afirmar que a história e localização do câncer de boca proporcionam ótimas oportunidades para detecção precoce (WHO, 1984), inclui o cirurgião-dentista entre os profissionais que apresentam as melhores condições para atuar nessa área, uma vez que a cavidade bucal é um dos seus campos de trabalho. Mas, para exercer seu papel de forma efetiva, o profissional deve conhecer os aspectos não apenas clínicos da doença, mas também sua epidemiologia e as características psicossociais e econômicas da população com a qual ele trabalha. Os dados coletados apresentam um rendimento "razoável", o que pode estar indicando a necessidade de revisão de aspectos, por exemplo, do processo de ensino-aprendizagem quanto às informações relacionadas com o câncer de boca.

Nicodemo e Naressi (2002) afirmaram que o curso de Odontologia deve trabalhar o paciente e não sua boca. Para tanto, faz-se necessário que o graduando desenvolva seu curso com a consciência de um trabalho global e voltado não apenas para os dentes e sim para o indivíduo. Portanto, precisa-se de uma graduação que valorize não apenas os aspectos biológicos, mas também os aspectos psicossociais, econômicos, além de disciplinas como Epidemiologia e Odontologia Social. O aluno precisa não apenas cumprir a disciplina como se essa fosse mais uma etapa para seu processo de graduação, mas, acima de tudo, ele deve

acreditar na importância dos conhecimentos que podem ser obtidos nessas áreas para que possa atuar efetivamente no processo de construção de uma sociedade com melhor qualidade de vida. Por outro lado, Ribeiro e Motta (2004) afirmaram que a compreensão de que as informações só são incorporadas pelos indivíduos se tornarem relevantes e significativas em seu mundo, dá ao processo educativo um sentido de mão dupla. Para trabalhar com educação, precisa-se conhecer o outro e encontrar a racionalidade que guia seu pensamento e sua ação.

Amaral (apud Volschan et al., 2002) declarou que é necessário aliar a competência técnica ao compromisso social. Baseado nesse fato, os graduandos precisam ficar atentos quanto aos seus deveres sociais em relação ao fato de conhecer a patologia para poder atuar, uma vez que, estando atentos aos sinais, eles poderão reduzir situações de dor e angústia, além dos gastos econômicos para o tratamento do paciente.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de Saúde Bucal, publicou as diretrizes para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004). No referido documento, afirma-se que as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade. Dessa forma, a promoção de saúde bucal faz parte de um conceito amplo de saúde que avança a dimensão técnica do setor odontológico e integra a saúde bucal às demais ações de saúde coletiva. As práticas de promoção da saúde também englobam abordagens sobre fatores de risco ou de proteção, tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos.

Quanto à ampliação e qualificação da atenção básica, o Ministério da Saúde determina que se deve realizar exame preventivo para detecção precoce, como rotina, a fim de permitir a continuidade da atenção, em todos os níveis, por meio de negociação e pactuação com representantes das três esferas de Governo. A busca ativa deve ser oferecida seja em visitas domiciliares, seja em momentos de campanhas específicas. Os casos suspeitos e confirmados devem ser acompanhados e, se necessário, criar um serviço de referência de modo a garantir o tratamento e a reabilitação. Por fim, devem-se estabelecer parcerias com universidades e outras organizações para prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer

bucal (BRASIL, 2004).

Portanto, os acadêmicos precisam conhecer a situação do País e de sua região, em relação ao câncer de boca, e também qual é a interpretação dos pacientes sobre a patologia, para que suas ações sejam coerentes com a realidade, conforme afirmou Cordón (apud MACIEL, 1994), AMARAL (apud VOLSCHAN et al., 2002) e Volschan et al. (2002). De acordo com os resultados, 66,6% dos alunos sabe qual é o tipo mais comum de câncer de boca: cerca de 90% dos casos são carcinomas espinocelulares. Entre os alunos, 28,57% acreditam que o sexo feminino é o mais atingido pela patologia em questão. Outro resultado preocupante é que apenas 42,85% dos graduandos sabem que a faixa etária de risco, para a população brasileira, não está acima dos sessenta anos. No caso do Brasil, a faixa etária de risco está acima de quarenta anos.

Os resultados obtidos em relação ao diagnóstico apontam que praticamente a metade dos alunos (47,61%) não sabe que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido pela biópsia. Além disso, deixa claro que também praticamente a metade da amostra (47,61%) permite que o resultado de uma biópsia incisional determine o diagnóstico, mesmo persistindo a suspeita clínica. Esses resultados nos alerta para o risco de diagnóstico tardios que podem se estabelecer mediante a manutenção dessas condutas.

Há muita confusão quanto aos fatores de risco e co-fatores: o calor do fumo, que é fator potencializador, é considerado fator de risco por 90,47% dos graduandos; o uso de próteses dentárias mal ajustadas, dentes quebrados e câmaras de sucção, que são co-fatores, são vistos como fator de risco por 90,47% dos graduandos; apenas 52,38% dos graduandos sabem que má higiene bucal é um determinante adicional de risco, e não um fator de risco.

Sobre lesões cancerizáveis, os resultados não são satisfatórios, uma vez que apenas 57,14% dos entrevistados consideram que as eritroplasias são mais raras que as leucoplasias e 52,38% sabem que as eritroplasias apresentam potencial de cancerização superior ao das leucoplasias. Há um desconhecimento do comportamento das lesões cancerizáveis.

Quanto à interrupção do consumo de tabaco, 61,90% dos entrevistados sabem que, após dez anos da cessação do tabagismo, os níveis de

risco para câncer de boca decrescem para níveis semelhantes ao risco observado entre os que não fumam. Esse valor nos preocupa, pois apenas um pouco mais da metade da amostra estudada pode informar que, uma vez interrompido o uso do tabaco, a tendência é que o indivíduo possa, com o passar dos anos, apresentar o mesmo risco daqueles que não fumam. Essa informação pode ser um estimulante para que alguns indivíduos cessem o consumo de tabaco. Também, em relação ao papel do cirurgião-dentista, quanto à sua ação educativa e estímulo a hábitos saudáveis, 61,90% dos entrevistados sabem que o consumo habitual de frutas e vegetais frescos é considerado um fator protetor contra o câncer de boca.

Essa informação, juntamente com a anterior, permite um estímulo a hábitos que favorecem proteção não só contra câncer de boca, mas também contra outras patologias.

Houve concordância absoluta quanto ao fato de que a exposição crônica à luz solar representa um fator de risco do câncer de lábio inferior e que o consumo de bebidas alcoólicas aumenta o risco de câncer de boca e, que quando associado ao tabagismo, esse risco aumenta. Apesar desse conhecimento sobre o efeito do tabagismo, 28,57% dos alunos consideram o álcool o mais potente dos agentes cancerígenos conhecidos que o ser humano introduz voluntariamente no organismo.

Foi encontrado um índice elevado de acertos (95,23%) quanto ao conhecimento de que o vírus do papiloma humano (HPV) pode estar relacionado com a etiologia do carcinoma bucal. Da mesma forma, 95,23% dos entrevistados sabem que os carcinomas da boca se disseminam por meio da drenagem linfática para os linfonodos do pescoço.

Apesar de os resultados obtidos indicarem uma necessidade de maior ênfase ao ensino e à importância da prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca, temos que considerar que o questionário aplicado apresentou a falha de não fornecer outras opções como respostas, além de sim ou não. Esse viés pode ter permitido o surgimento de resultados que não condizem com a realidade.

CONCLUSÕES

A média de acerto (64,25%) indica um rendimento que necessita ser aprimorado para que os novos profissionais de saúde estejam mais bem

preparados para atuar prontamente na fase de prevenção e mesmo de diagnóstico precoce de câncer de boca.

Há confusão, por parte dos graduandos, quanto ao que o Ministério da Saúde estabelece como fator de risco e co-fator ou fator potencializador. Também há confusão quanto ao comportamento de lesões leucoplásicas e eritroplásicas. Diferenciar fatores de co-fatores e conhecer o comportamento das lesões mais freqüentemente associadas ao desenvolvimento de câncer de boca permite uma ação mais efetiva para o controle do câncer de boca.

As informações referentes à prevenção e diagnóstico precoce de câncer de boca necessitam ser revistas, principalmente quanto ao que é considerado fator de risco ou fator predisponente e quanto às condutas tomadas para a realização de diagnóstico. Essa medida visa a diminuir o número de casos diagnosticados em estágio avançado, se esse paciente tiver acesso ao atendimento odontológico.

Mais estudos devem ser realizados no intuito de conhecer o perfil dos graduandos em Odontologia sobre prevenção e diagnóstico precoce de câncer, para que possam ser implementadas ações que visem a acrescentar conhecimentos aos futuros profissionais que estarão atuando em nossa sociedade.

ABSTRACT

KNOWLEDGE OF ODONTOLOGY STUDENT'S ABOUT ORAL CANCER.

The dentist must hold a great importance role in the Health Department area of SUS when diagnosing early oral cancer. Therefore he has to be prepared for this role since graduation. This study intends to evaluate and discuss the knowledge of the odontology students' of an Education Institution about prevention and early diagnoses of oral cancer. The methodology used is quantitative and descriptive, with a questionnaire of closed questions and dichotomies variable. The results present an average of right answer of 64,25%, which indicates the necessity of reviewing in the students' needs about oral cancer. Further studies must be held with the purpose of knowing the profile of the odontology students' about prevention and early diagnosis of oral cancer.

Keywords: Odontology. Oral cancer. Knowledge.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer – INCA. O que é câncer? Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 6 de set. 2004.
- 2 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/aquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2005.
- 3 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Falando sobre câncer de boca. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- 4 CARVALHO, B. M. Evolução das curvas de controle local e sobrevida do câncer de boca. In: PARISE JÚNIOR, O. Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier, 2000. p.12-15.
- 5 CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro, v. 19 n. 3, p. 725 -733, maio/jun., 2003.
- 6 GADELHA, M. I. P. et al. Câncer: um problema de Saúde Pública no Brasil. Jornal Brasileiro de Medicina, [S.l.], v. 63, n.1, p. 38-46, jul., 1992.
- 7 KOWALSKI, L. P. et al. Modelo de programa de prevenção e detecção precoce do câncer bucal. Saúde em debate, [S.l.], n. 32, p. 66-71, 1991.
- 8 NICODEMO, D.; NARESSI, W. G. O perfil do aluno de odontologia: do ingresso à sua graduação. Rev. Odonto Ciênc., Fac. Odonto/ PUCRS, v. 17, n.36, p. 135-139, abr./jun. 2002.
- 9 MACIEL, S. M. L. O desenvolvimento da atitude preventiva na formação dos recursos humanos odontológicos. Rev. Fac. odont. Pernambuco, v. 13, n. 1, p.35-38, jan./dez. 1994.
- 10 RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/aquivos/educacao.rtf>>. Acesso em: 28 nov. 2004.
- 11 VOLSCHAN, B. C. G; SOARES, E. L.; CORVINO, M. Perfil do profissional de saúde da família. R.B.O., v. 59, n. 5, p.314-316, set./out. 2002.
- 12 WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Organization Bulletin. Control of oral cancer in developing countries. Geneva: WHO, v. 62, p. 817- 830, 1984.

Correspondência para/Reprint requests to:

Ana Paula da Silva Ramos

Rua Celso Calmon, nº 341, aptº 202, Praia do Canto

Vitória – ES – 29055-590

Tel.: (27) 3227-6946

anapsramos@hotmail.com