



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

EMMANOEL MATHEUS DE OLIVEIRA MATOS

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O CÂNCER DE BOCA ENTRE
CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO RECIFE-PE**

RECIFE

2024

EMMANOEL MATHEUS DE OLIVEIRA MATOS

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O CÂNCER DE BOCA ENTRE
CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO RECIFE-PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Odontologia. Área de concentração: Clínica Integrada.

Orientadora: Profa. Dra. Elaine Judite de Amorim Carvalho

RECIFE

2024

Catálogo na fonte:
Bibliotecária: Kyria Macedo, CRB1693

M433a Matos, Emmanoel Matheus de Oliveira
Avaliação do conhecimento sobre o câncer de boca entre cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde no Recife-PE / Emmanoel Matheus de Oliveira Matos. – 2024.
43 f. : tab.

Orientadora: Elaine Judite de Amorim Carvalho.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Odontologia. Recife, 2024.
Inclui referências e apêndice.

1. Neoplasias Bucais. 2. Odontólogos. 3. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Carvalho, Elaine Judite de Amorim (orientadora). II. Título.

617.6 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2024 - 127)

EMMANOEL MATHEUS DE OLIVEIRA MATOS

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O CÂNCER DE BOCA ENTRE CIRURGIÕES-
DENTISTAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO RECIFE-PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico Ciências da Saúde, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de concentração: Clínica Integrada

Aprovado em: 28/02/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Elaine Judite de Amorim Carvalho (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy (1^o Examinador Interno) Universidade Federal
de Pernambuco - UFPE

Prof. Dr^a. Fabiana Moura de Motta Clemente (1^o Examinador Externo) Faculdade de
Odontologia do Recife - FOR

Prof. Dr. Paulo Rogério Ferreti Bonan (2^o Examinador Externo) Universidade
Federal da Paraíba - UFPB

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus que me permite sonhar e se um homem pode sonhar, ele pode realizar.

À minha família cujo é minha base e sempre me forneceram apoio e suporte incondicional para que eu alcance meus objetivos, em especial a minha mãe Aldeneide Maria, avó Maria José, irmão Carlos Marconny e o meu pai Carlos Alberto (in memoriam).

À minha noiva Maysa Correia, que com o seu amor incondicional é minha força e alegria, trazendo beleza até nos dias mais nublados.

Aos meus amigos, os quais não irei citar nomes para não correr o risco de cometer a injustiça de esquecer de alguém devido a um lapso da memória, os meus mais sinceros agradecimentos por estarem sempre presentes.

À minha orientadora Elaine Carvalho, a qual é muito mais que uma professora em minha vida, mas sim uma mãe a quem eu tenho a honra de ter presente para além dos limites acadêmicos, tudo que eu sou hoje no âmbito profissional devo a ela, obrigado por mostrar-me o bom caminho e a boa luta para seguir.

Por fim, por uma Odontologia baseada em evidências científicas gratuita e universal para todos.

RESUMO

O câncer de boca é considerado um problema de saúde pública mundial, devido às suas altas taxas de morbidade e mortalidade. O presente estudo teve o objetivo de avaliar o conhecimento do cirurgião-dentista que atua na Atenção Primária à Saúde no município do Recife a respeito do câncer de boca. Tratou-se de um estudo transversal onde foi construído e aplicado um questionário virtual com base em um instrumento criado e previamente validado por Dib (2004), contendo 38 questões. O total da amostra foi de 141 cirurgiões-dentistas com pelo menos um curso de pós-graduação, dos quais 85,8% eram mulheres, 48,9% da amostra se autoavaliou com um nível bom de conhecimento sobre câncer de boca em um primeiro momento e 74,5% sentem-se aptos para avaliar lesões com suspeita de malignidade. Houve bons índices de acertos nas perguntas sobre a região anatômica, sintomatologia e faixa etária mais acometida, com escores de 72,3%, 80,1% e 94,3%, respectivamente. As questões com maior índice de erros foram as que atribuíam como fator de risco para o câncer de boca o fato do paciente ter apresentado câncer previamente em outra região e o uso de próteses mal adaptadas, com 67,4% e 78,0% de erros, respectivamente. Quanto menor o tempo de formado, melhor foi a autoavaliação dos conhecimentos adquiridos na graduação ($p=0,003$); haver participado de atividades relacionadas ao diagnóstico de lesões na graduação favoreceu a mais acertos quanto a sintomatologia mais comum em pacientes com câncer de boca ($p=0,048$) e estimulou a que o profissional houvesse investigado um caso de carcinoma epidermóide ($p=0,002$). A presente amostra possui um bom conhecimento geral sobre a epidemiologia e características do câncer de boca, porém existem lacunas na identificação correta dos seus fatores de risco bem como inseguranças de como proceder com a paciente frente a uma suspeita clínica de câncer de boca havendo assim, a necessidade de investimento em ações de educação permanente, potencializando o diagnóstico precoce da doença.

Palavras chaves: câncer de boca; cirurgião-dentista; atenção primária à saúde; sistema único de saúde; conhecimento.

ABSTRACT

Mouth cancer is considered a global public health problem, due to its high morbidity and mortality rates. The present study aimed to evaluate the knowledge of dentists who work in Primary Health Care in the city of Recife regarding oral cancer. This was a cross-sectional study where a virtual questionnaire was constructed and applied based on an instrument created and previously validated by Dib (2004), containing 38 questions. The total sample was 141 dentists with at least one postgraduate course, of which 85.8% were women, 48.9% of the sample assessed themselves as having a good level of knowledge about oral cancer in a first moment and 74.5% feel able to evaluate lesions suspected of being malignant. There were good rates of correct answers to the questions about the anatomical region, symptoms and age group most affected, with scores of 72.3%, 80.1% and 94.3%, respectively. The questions with the highest error rate were those that attributed the fact that the patient had previously had cancer in another region and the use of poorly adapted prostheses as a risk factor for oral cancer, with 67.4% and 78.0% of errors, respectively. The shorter the training time, the better the self-assessment of the knowledge acquired during graduation ($p=0.003$); there was participation in activities related to the diagnosis of lesions during graduation, favoring more correct answers regarding the most common symptoms in patients with oral cancer ($p=0.048$) and encouraging professional presence to investigate a case of squamous cell carcinoma ($p=0.002$). The present sample has a good general knowledge about the epidemiology and characteristics of mouth cancer, however there are gaps in the correct identification of its risk factors as well as insecurities about how to proceed with the patient when faced with a clinical suspicion of mouth cancer, thus having the need to invest in continuing education actions, enhancing early diagnosis of the disease.

Keywords: mouth cancer; dentist; primary health care; health unic system; knowledge.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	9
3	METODOLOGIA	10
3.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	10
3.2	TIPO DE ESTUDO	10
3.3	UNIVERSO E AMOSTRA.....	10
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	10
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	10
3.6	RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES E COLETA DE DADOS.....	11
3.7	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....	11
4	RESULTADOS	13
5	DISCUSSÃO	26
6	CONCLUSÃO	34
<u> </u>	REFERÊNCIAS	35
<u> </u>	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA	38

1 INTRODUÇÃO

O câncer de boca é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo, pois situa-se entre os dez cânceres mais comuns, sendo considerado um problema de saúde pública mundial. O subtipo mais prevalente nesta localidade é o carcinoma epidermóide, também conhecido como carcinoma espinocelular ou carcinoma de células escamosas (HASHIM, *et al.*, 2018; LEONEL *et al.*, 2019; FIDELE *et al.*, 2022; MEDEIROS *et al.*, 2022).

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que, para cada ano do triênio 2023-2025, o número de casos novos de câncer da cavidade oral seja de 15.100 casos, correspondendo ao risco estimado de 6,99 por 100 mil habitantes, sendo 10.900 em homens e 4.200 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 10,30 casos novos a cada 100 mil homens e 3,83 a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer da cavidade oral ocupa a oitava posição entre os tipos de câncer mais frequentes; em homens é o 5º mais frequente na região Nordeste (8,35 por 100 mil habitantes) e entre as mulheres é o 13º mais frequente na mesma região (3,87 por 100 mil habitantes). Já em Pernambuco e na sua capital, Recife, estima-se que no triênio 2023-2025 sejam diagnosticados a cada ano 8,91 e 11,78 novos casos a cada 100 mil homens; além de, 3,16 e 3,07 novos casos a cada 100 mil mulheres, respectivamente (INCA, 2022).

Todos os anos, mais de 275.000 novos casos de cânceres de boca são diagnosticados e pelo menos 120.000 pessoas morrem devido à doença no mundo (HASHIM *et al.*, 2018). Segundo o INCA (2022), no Brasil, em 2020, ocorreram 6.192 óbitos por câncer da cavidade oral, correspondendo a um risco de morte de 2,92 por 100 mil habitantes. Entre os homens, foram 4.767 óbitos (4,60 por 100 mil) e, em mulheres, 1.425 (1,32 por 100 mil).

A detecção precoce do câncer de boca melhora o prognóstico e aumenta a sobrevida do paciente em 5 anos, logo faz-se necessário que o cirurgião-dentista (CD) esteja atento ao exame clínico detalhado da cavidade oral, além dos fatores de risco para a doença, principalmente o tabaco e o álcool (LEONEL *et al.*, 2019; NAZAR *et al.*, 2019; FIDELE *et al.*, 2022; MEDEIROS *et al.*, 2022; SHADID e HABASH, 2023). Entretanto, no Brasil e no mundo, os profissionais de saúde têm falhado no diagnóstico precoce, o que contribui para um pior prognóstico e sobrevida do paciente, além da necessidade de tratamentos mais invasivos. (LOMBARDO *et al.*, 2014; SOUZA, SÁ e POPOFF, 2016; LEONEL *et al.*, 2019).

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, do Ministério da Saúde, recomendam a organização e desenvolvimento de ações de prevenção e controle do câncer de boca, dando ênfase ao papel da atenção básica na detecção precoce da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Souza *et al* (2016), enfatizaram que os serviços odontológicos inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), no contexto da atenção primária à saúde (APS), são um espaço privilegiado para ações de promoção em saúde, tais como as de controle dos fatores de risco, diagnóstico precoce e assistência à saúde.

Estudos que analisaram o conhecimento do CD a respeito do câncer de boca convergem para o fato de que esses profissionais precisam aprimorar seus conhecimentos e/ou práticas sobre prevenção e detecção precoce desta doença, evidenciado a necessidade em se realizar cursos de educação continuada para qualificar a prática profissional (SOUZA, SÁ e POPOFF, 2016; HASHIM *et al.*, 2018; ASSIRI, ALSHEHRI e ALFADHEL, 2019; JBOOR, AL-DARWISH e ULA NUR, 2019; LEONEL *et al.*, 2019; NAZAR *et al.*, 2019; WIMARDHANI *et al.*, 2021, MEDEIROS *et al.*, 2022).

No Brasil, os estudos que abordam o conhecimento dos CD sobre o câncer de boca na APS ainda são escassos, sobretudo na região Nordeste do país. Nesta perspectiva, o estudo de Leonel *et al* (2019) realizado em Recife, compreendeu em sua amostra apenas os dentistas que trabalhavam nas Unidades de Saúde da Família (USF), não abrangendo todo o campo da Atenção Primária à Saúde (APS), a qual é composta pelas Unidades Básicas Tradicionais (UBT) - que por sua vez não possuem necessariamente as características da Estratégia Saúde da Família (ESF), as quais se caracterizam por serem compostas por equipe multiprofissional de saúde, oferecer atendimentos preventivos e ações de promoção e educação em saúde para além dos atendimentos reabilitadores e curativistas - e as já citadas USF.

2 OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar o conhecimento do CD que atua na atenção primária à saúde de Recife a respeito do câncer de boca; e como objetivos específicos:

- Identificar as maiores dificuldades que os dentistas relatam no serviço para executar o diagnóstico precoce do câncer de boca;
- Identificar se o rastreamento e o diagnóstico precoce do câncer de boca fazem parte do cotidiano dos dentistas na atenção primária à saúde;
- Fornecer subsídios para que políticas públicas sejam pensadas para melhorar a educação permanente para profissionais de saúde bucal do SUS.

3 METODOLOGIA

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada após a aprovação do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco CEP/UFPE (Parecer: 5.675.333 / CAAE 61064322.2.0000.5208), obedecendo os preceitos éticos da resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo com tipologia transversal com os CD que atuam na APS, no município do Recife-PE, através da aplicação de um questionário virtual.

3.3 UNIVERSO E AMOSTRA

Recife é uma cidade populosa, com uma composição territorial diversificada, dividida em 94 bairros e em 8 Distritos Sanitários (RECIFE, 2018). Em março de 2023, o número de CD que trabalhavam na APS do município era de 216 profissionais. Baseado nestes dados, foi realizado o cálculo estatístico para uma amostra não probabilística, com nível de confiança 95%, obtendo-se um número mínimo de 138 profissionais necessários para garantir confiabilidade dos resultados.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de inclusão: CD, que no momento da coleta de dados, estavam exercendo normalmente suas funções laborais na APS.

Critérios de exclusão: CD que não responderam completamente o questionário.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi formulado um questionário eletrônico, autoaplicável e anônimo, hospedado virtualmente nos Formulários Google®. A escolha pela coleta de dados utilizando-se de instrumento remoto foi devido às facilidades desta modalidade: rapidez e economia na distribuição, alcançando um maior número de participantes no mesmo tempo, sem necessidade de que o entrevistador se deslocasse; comodidade para a resposta do próprio entrevistador e facilidade para posterior tabulação dos dados.

Foi elaborada uma primeira versão do questionário, tendo como base o instrumento criado e previamente validado por Dib (2004), o qual foi submetido a uma validação de conteúdo, levando-se em consideração as particularidades locais e temporais que podem variar entre regiões geográficas e através do tempo. Participaram da validação 6 CD, sendo 4 docentes especialistas em uma das seguintes áreas: patologia e radiologia oral, biossegurança, dentística, e 2 que atuam na APS; após o período de 7 dias, o questionário foi reenviado aos mesmos profissionais para constatação e avaliação das modificações propostas, sendo construída então sua versão final.

O instrumento foi composto por 38 questões, contendo perguntas sobre a caracterização da amostra, experiências acadêmicas, conhecimentos específicos sobre o câncer de boca, autoavaliação do conhecimento sobre o tema e interesse na participação em cursos de educação continuada no assunto.

3.6 RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES E COLETA DE DADOS

O recrutamento dos participantes foi realizado por meio de envio do questionário através do endereço eletrônico e de redes sociais como o WhatsApp®. Todos os contatos foram fornecidos pelos coordenadores de saúde bucal dos Distritos Sanitários do Recife. No corpo do e-mail e nas mensagens enviadas por meio das redes sociais foram detalhadas informações sobre o estudo (breve introdução, objetivo e critérios de elegibilidade dos participantes), além do link para acessar o instrumento de coleta de dados virtual através do Formulários Google®, contendo também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para anuência dos participantes.

3.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Os dados da idade foram expressos por média, desvio padrão e mediana e para as variáveis categóricas por meio de frequências absolutas e percentuais. Para avaliar a associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada, considerando o nível de significância de $P < 0,05$.

Os dados foram digitados na planilha EXCEL® e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Chicago, IL, USA) na versão 27.

4 RESULTADOS

O total da amostra foi de 141 CD. A idade dos pesquisados variou de 26 a 66 anos, com média de 44,62 anos, desvio padrão de 8,77 anos.

A Tabela 1 expressa os resultados relativos às características da amostra, na qual pode ser verificado que o maior percentual correspondeu aos pesquisados que tinham 40 a 49 anos (46,8%); a maioria (85,8%) era do sexo feminino; mais da metade (51,1%) tinha 21 anos ou mais de formado; todos declararam ter um ou mais cursos de pós-graduação e as áreas mais citadas foram: Saúde da Família (27,0%), Saúde Coletiva (22,7%), Saúde Pública (21,3%).

Tabela 1 – Características da amostra

Variável	n (%)
TOTAL	141 (100,0)
Faixa etária (anos)	
26 a 39	40 (28,4)
40 a 49	66 (46,8)
50 a 66	35 (24,8)
Sexo	
Masculino	20 (14,2)
Feminino	121 (85,8)
Tempo de formado (anos)	
Até 10	17 (12,1)
11 a 20	52 (36,9)
21 ou mais	72 (51,1)
Possui pós-graduação	
Sim	141 (100,0)
Não	0 (0,0)
Número de pós-graduações	
Uma	81 (57,4)
Duas	36 (25,5)
Três ou mais	24 (17,0)

Fonte: Emmanoel (2024)

A tabela 2 mostra questões sobre experiências adquiridas na graduação, autoavaliação e avaliação sobre o câncer de boca. As questões compreendidas entre os números 9 e 29, ambas inclusive, avaliaram o conhecimento a respeito do câncer de boca.

Tabela 2 – Avaliação do conhecimento sobre o câncer de boca na atenção primária à saúde

Variável	n (%)
TOTAL	141 (100,0)
Q6. Durante toda sua graduação, já participou de atividades relacionadas a diagnóstico de lesões?	
Sim	106 (75,2)
Não	35 (24,8)
Q6.1 Atividades relacionadas a diagnóstico de lesões:⁽¹⁾	
Congressos, Simpósios ou Encontros Presenciais ou Virtuais	78 (55,3)
Monitorias, PIBIC ou Projetos de Extensão	31 (22,0)
Outras (cursos de férias, cursos virtuais, etc.)	34 (24,1)
Q7. Quanto ao seu nível de conhecimento sobre câncer de boca, qual é a sua autoavaliação?	
Excelente	1 (0,7)
Bom	69 (48,9)
Regular	63 (44,7)
Ruim	8 (5,7)
Q8. Sente-se apto(a) a identificar lesões bucais suspeitas de malignidade?	
Sim	105 (74,5)
Não	36 (25,5)
Q9. Qual o tipo de câncer mais comum na boca?	
Carcinoma epidermóide	125 (88,7)
Ameloblastoma	3 (2,1)
Tumor de glândula salivar	3 (2,1)
Sarcoma de Kaposi	1 (0,7)
Não sabe	9 (6,4)
Q10. Qual a região anatômica mais frequente para o câncer de boca?	
Assoalho de boca e língua	102 (72,3)
Mucosa jugal e língua	23 (16,3)
Língua e gengiva	4 (2,8)
Palato e assoalho de boca	3 (2,1)
Gengiva e assoalho de boca	2 (1,4)
Não sabe	7 (5,0)
Q11. Qual a sintomatologia mais comum em pacientes com câncer de boca?	
Úlcera indolor	113 (80,1)
Nódulo duro	18 (12,8)
Dor intensa	4 (2,8)
Salivação abundante	1 (0,7)
Não sabe	5 (3,5)

Q12. Qual é a faixa etária mais comum para a ocorrência do câncer de boca?	
Acima de 40 anos	133 (94,3)
18 a 40 anos	3 (2,1)
Não sabe	5 (3,5)
Q13. O linfonodo mais característico em metástases em câncer de boca, quando palpado apresenta-se:	
Com volume aumentado, duro, sem dor, com mobilidade ou não	105 (74,5)
Com volume aumentado, duro, dolorido, com mobilidade	15 (10,6)
Com mesmo volume, mole, sem dor, com mobilidade ou não	1 (0,7)
Não sabe	20 (14,2)
Q14. No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que o câncer de boca é diagnosticado mais frequentemente em qual estágio?	
Avançado	136 (96,5)
Não sabe	5 (3,5)
Q15. Das seguintes condições, qual a mais frequente e que pode evoluir para um câncer de boca?	
Leucoplasia	123 (87,2)
Estomatite nicotínica	14 (9,9)
Pênfigo vulgar	2 (1,4)
Não sabe	2 (1,4)

Fatores de risco que considera para câncer de boca (Q16 a Q29)

Q16. Uso de drogas ilícitas injetáveis:

Sim	33 (23,4)
Não	101 (71,6)
Não sabe	7 (5,0)

Q17. Ter apresentado câncer previamente em outra região:

Sim	95 (67,4)
Não	37 (26,2)
Não sabe	9 (6,4)

Q18. Consumo de álcool:

Sim	140 (99,3)
Não	1 (0,7)

Q19. Consumo de tabaco:

Sim	141 (100,0)
Não	-

Q20. História familiar de câncer de boca:

Sim	122 (86,5)
Não	17 (12,1)
Não sabe	2 (1,4)

Q21. Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV):

Sim	127 (90,1)
Não	10 (7,1)
Não sabe	4 (2,8)

Q22. Próteses mal adaptadas:

Sim	110 (78,0)
Não	31 (22,0)

Q23. Dentes em mau estado:

Sim	91 (64,5)
Não	49 (34,8)
Não sabe	1 (0,7)
Q24. Higiene oral deficiente:	
Sim	94 (66,7)
Não	43 (30,5)
Não sabe	4 (2,8)
Q25. Consumo de comidas condimentadas:	
Sim	43 (30,5)
Não	85 (60,3)
Não sabe	13 (9,2)
Q26. Contato com a lesão:	
Sim	24 (17,0)
Não	107 (75,9)
Não sabe	10 (7,1)
Q27. Infecção por candidíase:	
Sim	29 (20,6)
Não	108 (76,6)
Não sabe	4 (2,8)
Q28. Bebidas e comidas quentes:	
Sim	47 (33,3)
Não	88 (62,4)
Não sabe	6 (4,3)
Q29. Obesidade:	
Sim	36 (25,5)
Não	85 (60,3)
Não sabe	20 (14,2)
Q30. Como considera os conhecimentos adquiridos na graduação sobre câncer de boca?	
Excelente	2 (1,4)
Bom	48 (34,0)
Regular	65 (46,1)
Ruim	25 (17,7)
Péssimo	1 (0,7)
Q31. Como considera sua experiência clínica adquirida na graduação para detecção do câncer de boca?	
Boa	23 (16,3)
Regular	67 (47,5)
Ruim	41 (29,1)
Péssimo	10 (7,1)
Q32. Qual é o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico para câncer de boca?	
Excelente	4 (2,8)
Bom	33 (23,4)
Regular	75 (53,2)
Ruim	25 (17,7)
Péssimo	4 (2,8)
Q33. Qual foi a última vez que você participou de um curso de educação continuada sobre câncer de boca?	
Nunca	9 (6,4)

Nos últimos 5 anos	60 (42,6)
5 a 10 anos	40 (28,4)
Há mais de 10 anos	19 (13,5)
Não lembra	13 (9,2)
Q34. Você se interessa em participar de um curso de educação continuada sobre câncer de boca no futuro?	
Sim	140 (99,3)
Não	1 (0,7)
Q35. Na sua opinião, qual a importância da(o) cirurgiã(o)-dentista generalista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de boca?	
Alta	141 (100,0)
Q36. Você já investigou um caso de carcinoma epidermóide?	
Sim	87 (61,7)
Não	54 (38,3)
Q37. Como você identifica o seu conhecimento sobre câncer de boca?	
Excelente	3 (2,1)
Bom	52 (36,9)
Regular	71 (50,4)
Ruim	14 (9,9)
Péssimo	1 (0,7)

Fonte: Emmanoel (2024)

(1) Considerando a ocorrência de respostas múltiplas a soma das frequências é superior ao total.

Houve correlação estatisticamente significativa da variável sexo com as respostas da questão 10: “Qual a região anatômica mais frequente para o câncer de boca?” e o fator de risco na questão 27: “Infecção por candidíase”, em ambos casos: o percentual que respondeu assoalho da boca e língua foi mais elevado entre os pesquisados do sexo feminino ($p=0,007$). O percentual que afirmou que candidíase é um fator de risco para câncer de boca foi mais elevado entre os pesquisados do sexo masculino ($p=0,033$).

A correlação da variável tempo de formado com as respostas das perguntas a respeito do conhecimento sobre o câncer de boca podem ser vistas na Tabela 3. Na tabela verifica-se correlação significativa entre o tempo de formado com cada uma das variáveis relacionadas ao item I da questão 6.1: “Se já participou de monitorias, PIBIC ou projetos de extensão relacionados ao diagnóstico de lesões”, os possíveis fatores de risco para câncer de boca nas questões 17: “Ter apresentado câncer previamente em outra região” e 21: “Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)”; e a questão 30: “Como considera os conhecimentos adquiridos na graduação sobre câncer de boca?”

Para as referidas variáveis com correlação significativa se ressalta que: na questão 6.1 o percentual que respondeu sim reduziu com o aumento do tempo de

formado ($p=0,001$); o percentual que respondeu sim no possível fator de risco da questão 17 foi mais elevado entre os que tinham de 11 a 20 anos de formado ($p=0,039$); no possível fator de risco da questão 21 todos, no intervalo de até 10 anos de formado, responderam sim ($p=0,004$); na questão 30 o percentual de respostas atribuídos à categoria excelente/bom foi menos elevado entre os tinham 21 anos de formado e variou nas outras duas categorias de formado enquanto o percentual que respondeu ruim/péssimo foi nulo entre os formados até 10 anos ($p=0,003$).

Tabela 3 – Avaliação das questões do conhecimento a respeito do câncer de boca na atenção primária à saúde segundo o tempo de formado

Variável	Tempo de formado (anos)				Valor de p
	Até 10 n (%)	11 a 20 n (%)	21 ou mais n (%)	Grupo Total n (%)	
TOTAL	17 (100,0)	52 (100,0)	72 (100,0)	141 (100,0)	
Q6. Durante toda sua graduação, já participou de atividades relacionadas a diagnóstico de lesões?					$p^{(1)} = 0,446$
Sim	13 (76,5)	36 (69,2)	57 (79,2)	106 (75,2)	
Não	4 (23,5)	16 (30,8)	15 (20,8)	35 (24,8)	
Q6.1 Atividades relacionadas a diagnóstico de lesões:⁽¹⁾					
I. Sim (Monitorias, PIBIC ou Projetos de Extensão)					$p^{(1)} = 0,001^*$
Sim	9 (52,9)	13 (25,0)	9 (12,5)	31 (22,0)	
Não	8 (47,1)	39 (75,0)	63 (87,5)	110 (78,0)	
II. Sim (Congressos, Simpósios ou Encontros Presenciais ou Virtuais)					$p^{(1)} = 0,105$
Sim	6 (35,3)	27 (51,9)	45 (62,5)	78 (55,3)	
Não	11 (64,7)	25 (48,1)	27 (37,5)	63 (44,7)	
III. Outros (cursos de férias, cursos virtuais, etc.)					$p^{(1)} = 0,968$
Sim	4 (23,5)	12 (23,1)	18 (25,0)	34 (24,1)	
Não	13 (76,5)	40 (76,9)	54 (75,0)	107 (75,9)	
Q7. Quanto ao seu nível de conhecimento sobre câncer de boca, qual é a sua auto-avaliação?					$p^{(2)} = 0,276$
Excelente/Bom	10 (58,8)	29 (55,8)	31 (43,1)	70 (49,6)	
Regular	7 (41,2)	22 (42,3)	34 (47,2)	63 (44,7)	
Ruim	-	1 (1,9)	7 (9,7)	8 (5,7)	
Q8. Sente-se apto(a) a identificar lesões bucais suspeitas de malignidade?					$p^{(1)} = 0,202$
Sim	14 (82,4)	42 (80,8)	49 (68,1)	105 (74,5)	
Não	3 (17,6)	10 (19,2)	23 (31,9)	36 (25,5)	
Q9. Qual o tipo de câncer mais comum na boca?					$p^{(2)} = 0,863$
Carcinoma Epidermóide	17 (100,0)	45 (86,5)	63 (87,5)	125 (88,7)	

Outro	-	3 (5,8)	4 (5,6)	7 (5,0)
Não sabe	-	4 (7,7)	5 (6,9)	9 (6,4)
Q10. Qual a região anatômica mais frequente para o câncer de boca?				$p^{(2)} = 0,391$
Assoalho da boca e língua	15 (88,2)	33 (63,5)	54 (75,0)	102 (72,3)
Mucosa jugal e língua	1 (5,9)	11 (21,2)	11 (15,3)	23 (16,3)
Outra região	1 (5,9)	3 (5,8)	5 (6,9)	9 (6,4)
Não sabe	-	5 (9,6)	2 (2,8)	7 (5,0)
Q11. Qual a sintomatologia mais comum em pacientes com câncer de boca?				$p^{(2)} = 0,162$
Úlcera indolor	16 (94,1)	44 (84,6)	53 (73,6)	113 (80,1)
Nódulo duro	-	4 (7,7)	14 (19,4)	18 (12,8)
Outra	1 (5,9)	1 (1,9)	3 (4,2)	5 (3,5)
Não sabe	-	3 (5,8)	2 (2,8)	5 (3,5)
Q12. Qual é a faixa etária mais comum para a ocorrência do câncer de boca?				$p^{(1)} = 0,119$
Acima de 40 anos	17 (100,0)	52 (100,0)	64 (88,9)	133 (94,3)
18 a 39 anos	-	-	3 (4,2)	3 (2,1)
Não sabe	-	-	5 (6,9)	5 (3,5)
Q13. O linfonodo mais característico em metástases em câncer de boca, quando palpado apresenta-se:				$p^{(1)} = 0,203$
Com volume aumentado, duro, sem dor, com mobilidade ou não	11 (64,7)	40 (76,9)	54 (75,0)	105 (74,5)
Com volume aumentado, duro, dolorido, com mobilidade	5 (29,4)	5 (9,6)	5 (6,9)	15 (10,6)
Com mesmo volume, mole, sem dor, com mobilidade ou não	-	-	1 (1,4)	1 (0,7)
Não sabe	1 (5,9)	7 (13,5)	12 (16,7)	20 (14,2)
Q14. No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que o câncer de boca é diagnosticado mais frequentemente em qual estágio?				$p^{(1)} = 0,429$
Avançado	16 (94,1)	51 (98,1)	69 (95,8)	136 (96,5)
Não sabe	1 (5,9)	1 (1,9)	3 (4,2)	5 (3,5)
Q15. Das seguintes condições, qual a mais frequente e que pode evoluir para um câncer de boca?				$p^{(1)} = 0,146$
Leucoplasia	15 (88,2)	42 (80,8)	66 (91,7)	123 (87,2)
Estomatite nicotínica	2 (11,8)	9 (17,3)	3 (4,2)	14 (9,9)
Pênfigo vulgar	-	1 (1,9)	1 (1,4)	2 (1,4)
Não sabe	-	-	2 (2,8)	2 (1,4)
Fatores de risco para câncer de boca (Q16 a Q29)				
Q16. Uso de drogas ilícitas injetáveis:				$p^{(1)} = 0,566$
Sim	2 (11,8)	13 (25,0)	18 (25,0)	33 (23,4)
Não	15 (88,2)	35 (67,3)	51 (70,8)	101 (71,6)
Q17. Ter apresentado câncer previamente em outra região:				$p^{(1)}=0,039^*$
Sim	11 (64,7)	43 (82,7)	41 (56,9)	95 (67,4)
Não	5 (29,4)	7 (13,5)	25 (34,7)	37 (26,2)
Não sabe	1 (5,9)	2 (3,8)	6 (8,3)	9 (6,4)
Q20. História familiar de câncer de boca:				$p^{(2)} = 0,572$
Sim	14 (82,4)	47 (90,4)	61 (84,7)	122 (86,5)

Não/Não sabe	3 (17,6)	5 (9,6)	11 (15,3)	19 (13,5)	
Q21. Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV):					$p^{(2)} = 0,004^*$
Sim	17 (100,0)	51 (98,1)	59 (81,9)	127 (90,1)	
Não/Não sabe	-	1 (1,9)	13 (18,1)	14 (9,9)	
Q22. Próteses mal adaptadas:					$p^{(2)} = 0,267$
Sim	13 (76,5)	37 (71,2)	60 (83,3)	110 (78,0)	
Não	4 (23,5)	15 (28,8)	12 (16,7)	31 (22,0)	
Q23. Dentes em mau estado:					$p^{(2)} = 0,141$
Sim	9 (52,9)	30 (57,7)	52 (72,2)	91 (64,5)	
Não/Não sabe	8 (47,1)	22 (42,3)	20 (27,8)	50 (35,5)	
Q24. Higiene oral deficiente:					$p^{(1)} = 0,612$
Sim	12 (70,6)	32 (61,5)	50 (69,4)	94 (66,7)	
Não/Não sabe	5 (29,4)	20 (38,5)	22 (30,6)	47 (33,3)	
Q25. Consumo de comidas condimentadas:					$p^{(2)} = 0,873$
Sim	6 (35,3)	17 (32,7)	20 (27,8)	43 (30,5)	
Não	9 (52,9)	30 (57,7)	46 (63,9)	85 (60,3)	
Não sabe	2 (11,8)	5 (9,6)	6 (8,3)	13 (9,2)	
Q26. Contato com a lesão:					$p^{(2)} = 0,830$
Sim	4 (23,5)	7 (13,5)	13 (18,1)	24 (17,0)	
Não	12 (70,6)	42 (80,8)	53 (73,6)	107 (75,9)	
Não sabe	1 (5,9)	3 (5,8)	6 (8,3)	10 (7,1)	
Q27. Infecção por candidíase:					$p^{(1)} = 0,158$
Sim	6 (35,3)	12 (23,1)	11 (15,3)	29 (20,6)	
Não/Não sabe	11 (64,7)	40 (76,9)	61 (84,7)	112 (79,4)	
Q28. Bebidas e comidas quentes:					$p^{(2)} = 0,957$
Sim	5 (29,4)	17 (32,7)	25 (34,7)	47 (33,3)	
Não	12 (70,6)	32 (61,5)	44 (61,1)	88 (62,4)	
Não sabe	-	3 (5,8)	3 (4,2)	6 (4,3)	
Q29. Obesidade:					$p^{(2)} = 0,299$
Sim	7 (41,2)	15 (28,8)	14 (19,4)	36 (25,5)	
Não	9 (52,9)	28 (53,8)	48 (66,7)	85 (60,3)	
Não sabe	1 (5,9)	9 (17,3)	10 (13,9)	20 (14,2)	
Q30. Como considera os conhecimentos adquiridos na graduação sobre câncer de boca?					$p^{(1)} = 0,003^*$
Excelente/Bom	9 (52,9)	25 (48,1)	16 (22,2)	50 (35,5)	
Regular	8 (47,1)	21 (40,4)	36 (50,0)	65 (46,1)	
Ruim/Péssimo	-	6 (11,5)	20 (27,8)	26 (18,4)	
Q31. Como considera sua experiência clínica adquirida na graduação para detecção do câncer de boca?					$p^{(1)} = 0,242$
Boa	3 (17,6)	9 (17,3)	11 (15,3)	23 (16,3)	
Regular	12 (70,6)	23 (44,2)	32 (44,4)	67 (47,5)	
Ruim/Péssimo	2 (11,8)	20 (38,5)	29 (40,3)	51 (36,2)	

Q32. Qual é o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico para câncer de boca?					p ⁽²⁾ = 0,347
Excelente/Bom	6 (35,3)	15 (28,8)	16 (22,2)	37 (26,2)	
Regular	10 (58,8)	28 (53,8)	37 (51,4)	75 (53,2)	
Ruim/Péssimo	1 (5,9)	9 (17,3)	19 (26,4)	29 (20,6)	
Q33. Qual foi a última vez que você participou de um curso de educação continuada sobre câncer de boca?					p ⁽²⁾ = 0,212
Nunca	2 (11,8)	6 (11,5)	1 (1,4)	9 (6,4)	
Nos últimos 5 anos	10 (58,8)	19 (36,5)	31 (43,1)	60 (42,6)	
5 a 10 anos	4 (23,5)	14 (26,9)	22 (30,6)	40 (28,4)	
Há mais de 10 anos	1 (5,9)	7 (13,5)	11 (15,3)	19 (13,5)	
Não lembra	-	6 (11,5)	7 (9,7)	13 (9,2)	
Q36. Você já investigou um caso de carcinoma epidermóide?					p ⁽¹⁾ = 0,881
Sim	11 (64,7)	33 (63,5)	43 (59,7)	87 (61,7)	
Não	6 (35,3)	19 (36,5)	29 (40,3)	54 (38,3)	
Q37. Como você identifica o seu conhecimento sobre câncer de boca?					p ⁽¹⁾ = 0,392
Excelente/Bom	8 (47,1)	23 (44,2)	24 (33,3)	55 (39,0)	
Regular	9 (52,9)	24 (46,2)	38 (52,8)	71 (50,4)	
Ruim/Péssimo	-	5 (9,6)	10 (13,9)	15 (10,6)	

Fonte: Emmanoel (2024)

(*) Associação significativa ao nível de 5,0%

(1) Teste Qui-quadrado de Pearson

(2) Teste Exato de Fisher.

Na Tabela 4 se apresentam os resultados das correlações entre cada uma das questões do conhecimento sobre câncer de boca de acordo com a questão 6: “Durante toda sua graduação, já participou de atividades relacionadas a diagnóstico de lesões?”

Verificou-se correlação significativa entre os resultados da questão 6 com cada uma das variáveis relacionadas à questão 11: “Qual a sintomatologia mais comum em pacientes com câncer de boca?”, os possíveis fatores de risco questão 16: “Uso de drogas ilícitas injetáveis” e questão 27: “Infecção por candidíase” e as questões 31: “Como considera sua experiência clínica adquirida na graduação para detecção do câncer de boca?”, questão 33: “Qual foi a última vez que você participou de um curso de educação continuada sobre câncer de boca?”, questão 36: “Você já investigou um caso de carcinoma epidermóide?” e questão 37: “Como você identifica o seu conhecimento sobre câncer de boca?”

Para as citadas questões se evidencia que o percentual que respondeu úlcera indolor foi mais elevado entre os que já tinham do que os que não tinham participado

de atividades relacionadas ao diagnóstico de lesões ($p=0,048$); no possível fator de risco da questão 16 as maiores diferenças percentuais ocorreram entre os que responderam não no fator de risco, sendo o percentual mais elevado entre os que responderam sim na questão 6 e o contrário ocorreu nos que responderam não saber que teve percentual mais elevado nos que responderam não na questão 6 ($p=0,014$); na questão 27 cujo percentual que respondeu sim no possível fator de risco foi mais elevado entre os que responderam sim do que não na questão 6 ($p=0,043$); na questão 31 o percentual que respondeu boa foi mais elevado entre os que responderam sim do que não na questão 6, enquanto o percentual que respondeu ruim/péssimo foi mais elevado entre os que responderam não do que sim ($p=0,028$); na questão 33 as duas maiores diferenças percentuais entre os que responderam sim ou não na questão 6 nas categorias: “nunca” que teve percentual mais elevado entre os que responderam não e “nos últimos 5 anos”, com valor mais elevado entre os que responderam sim ($p=0,035$); na questão 36 o percentual que respondeu sim foi maior nos que também responderam sim na questão 6 ($p=0,002$); na questão 37 as maiores diferenças foram registradas nas respostas: excelente/bom, com percentual mais elevado entre os que já tinham do que os que não tinham participado de atividades relacionadas ao diagnóstico de lesões, enquanto o percentual dos que responderam ruim/péssimo que teve percentual mais elevado entre os que não tinham participado das atividades citadas ($p=0,048$).

Tabela 4 – Avaliação das questões do conhecimento a respeito do câncer de boca na atenção primária à saúde segundo a questão 6 “Durante toda sua graduação, já participou de atividades relacionadas a diagnóstico de lesões?”

Variável	Q6. Durante toda sua graduação, já participou de atividades relacionadas a diagnóstico de lesões?			Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	Grupo Total n (%)	
TOTAL	106 (100,0)	35 (100,0)	141 (100,0)	
Q7. Quanto ao seu nível de conhecimento sobre câncer de boca, qual é a sua auto-avaliação?				$p^{(1)} = 0,097$
Excelente/Bom	57 (53,8)	13 (37,1)	70 (49,6)	
Regular	45 (42,5)	18 (51,4)	63 (44,7)	
Ruim	4 (3,8)	4 (11,4)	8 (5,7)	
Q8. Sente-se apto(a) a identificar lesões bucais suspeitas de malignidade?				$p^{(1)} = 0,171$
Sim	82 (77,4)	23 (65,7)	105 (74,5)	
Não	24 (22,6)	12 (34,3)	36 (25,5)	

Q9. Qual o tipo de câncer mais comum na boca?				$p^{(2)} = 0,070$
Carcinoma Epidermóide	97 (91,5)	28 (80,0)	125 (88,7)	
Outro	3 (2,8)	4 (11,4)	7 (5,0)	
Não sabe	6 (5,7)	3 (8,6)	9 (6,4)	
Q10. Qual a região anatômica mais frequente para o câncer de boca?				$p^{(2)} = 0,527$
Assoalho da boca e língua	79 (74,5)	23 (65,7)	102 (72,3)	
Mucosa jugal e língua	17 (16,0)	6 (17,1)	23 (16,3)	
Outra região	6 (5,7)	3 (8,6)	9 (6,4)	
Não sabe	4 (3,8)	3 (8,6)	7 (5,0)	
Q11. Qual a sintomatologia mais comum em pacientes com câncer de boca?				$p^{(2)} = 0,048^*$
Úlcera indolor	90 (84,9)	23 (65,7)	113 (80,1)	
Nódulo duro	11 (10,4)	7 (20,0)	18 (12,8)	
Outra	3 (2,8)	2 (5,7)	5 (3,5)	
Não sabe	2 (1,9)	3 (8,6)	5 (3,5)	
Q12. Qual é a faixa etária mais comum para a ocorrência do câncer de boca?				$p^{(2)} = 0,828$
Acima de 40 anos	99 (93,4)	34 (97,1)	133 (94,3)	
18 a 39 anos	3 (2,8)	-	3 (2,1)	
Não sabe	4 (3,8)	1 (2,9)	5 (3,5)	
Q13. O linfonodo mais característico em metástases em câncer de boca, quando palpado apresenta-se:				$p^{(2)} = 0,507$
Com volume aumentado, duro, sem dor, com mobilidade ou não	81 (76,4)	24 (68,6)	105 (74,5)	
Com volume aumentado, duro, dolorido, com mobilidade	9 (8,5)	6 (17,1)	15 (10,6)	
Com mesmo volume, mole, sem dor, com mobilidade ou não	1 (0,9)	-	1 (0,7)	
Não sabe	15 (14,2)	5 (14,3)	20 (14,2)	

Q14. No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que o câncer de boca é diagnosticado mais frequentemente em qual estágio?				p ⁽¹⁾ = 0,332
Avançado	101 (95,3)	35 (100,0)	136 (96,5)	
Não sabe	5 (4,7)	-	5 (3,5)	
Q15. Das seguintes condições, qual a mais frequente e que pode evoluir para um câncer de boca?				p ⁽¹⁾ = 0,425
Leucoplasia	94 (88,7)	29 (82,9)	123 (87,2)	
Estomatite nicotínica	10 (9,4)	4 (11,4)	14 (9,9)	
Pênfigo vulgar	1 (0,9)	1 (2,9)	2 (1,4)	
Não sabe	1 (0,9)	1 (2,9)	2 (1,4)	
Fatores de risco para câncer de boca (Q16 a Q29)				
Q16. Uso de drogas ilícitas injetáveis:				p ⁽²⁾ = 0,014*
Sim	26 (24,5)	7 (20,0)	33 (23,4)	
Não	78 (73,6)	23 (65,7)	101 (71,6)	
Não sabe	2 (1,9)	5 (14,3)	7 (5,0)	
Q17. Ter apresentado câncer previamente em outra região:				p ⁽²⁾ = 0,840
Sim	70 (66,0)	25 (71,4)	95 (67,4)	
Não	29 (27,4)	8 (22,9)	37 (26,2)	
Não sabe	7 (6,6)	2 (5,7)	9 (6,4)	
Q20. História familiar de câncer de boca:				p ⁽¹⁾ = 0,783
Sim	91 (85,8)	31 (88,6)	122 (86,5)	
Não/Não sabe	15 (14,2)	4 (11,4)	19 (13,5)	
Q21. Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV):				p ⁽¹⁾ = 0,336
Sim	97 (91,5)	30 (85,7)	127 (90,1)	
Não/Não sabe	9 (8,5)	5 (14,3)	14 (9,9)	
Q22. Próteses mal adaptadas:				p ⁽²⁾ = 0,278
Sim	85 (80,2)	25 (71,4)	110 (78,0)	
Não	21 (19,8)	10 (28,6)	31 (22,0)	
Q23. Dentes em mau estado:				p ⁽²⁾ = 0,144
Sim	72 (67,9)	19 (54,3)	91 (64,5)	
Não/Não sabe	34 (32,1)	16 (45,7)	50 (35,5)	
Q24. Higiene oral deficiente:				p ⁽²⁾ = 0,168
Sim	74 (69,8)	20 (57,1)	94 (66,7)	
Não/Não sabe	32 (30,2)	15 (42,9)	47 (33,3)	
Q25. Consumo de comidas condimentadas:				p ⁽²⁾ = 0,220
Sim	30 (28,3)	13 (37,1)	43 (30,5)	
Não	68 (64,2)	17 (48,6)	85 (60,3)	
Não sabe	8 (7,5)	5 (14,3)	13 (9,2)	
Q26. Contato com a lesão:				p ⁽²⁾ = 0,068
Sim	16 (15,1)	8 (22,9)	24 (17,0)	
Não	85 (80,2)	22 (62,9)	107 (75,9)	
Não sabe	5 (4,7)	5 (14,3)	10 (7,1)	

Q27. Infecção por candidíase:				$p^{(1)} = 0,043^*$
Sim	26 (24,5)	3 (8,6)	29 (20,6)	
Não/Não sabe	80 (75,5)	32 (91,4)	112 (79,4)	
Q28. Bebidas e comidas quentes:				$p^{(2)} = 0,646$
Sim	34 (32,1)	13 (37,1)	47 (33,3)	
Não	68 (64,2)	20 (57,1)	88 (62,4)	
Não sabe	4 (3,8)	2 (5,7)	6 (4,3)	
Q29. Obesidade:				$p^{(1)} = 0,093$
Sim	25 (23,6)	11 (31,4)	36 (25,5)	
Não	69 (65,1)	16 (45,7)	85 (60,3)	
Não sabe	12 (11,3)	8 (22,9)	20 (14,2)	
Q30. Como considera os conhecimentos adquiridos na graduação sobre câncer de boca?				$p^{(1)} = 0,266$
Excelente/Bom	41 (38,7)	9 (25,7)	50 (35,5)	
Regular	48 (45,3)	17 (48,6)	65 (46,1)	
Ruim/Péssimo	17 (16,0)	9 (25,7)	26 (18,4)	
Q31. Como considera sua experiência clínica adquirida na graduação para detecção do câncer de boca?				$p^{(1)} = 0,028^*$
Boa	22 (20,8)	1 (2,9)	23 (16,3)	
Regular	50 (47,2)	17 (48,6)	67 (47,5)	
Ruim/Péssimo	34 (32,1)	17 (48,6)	51 (36,2)	
Q32. Qual é o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico para câncer de boca?				$p^{(1)} = 0,186$
Excelente/Bom	29 (27,4)	8 (22,9)	37 (26,2)	
Regular	59 (55,7)	16 (45,7)	75 (53,2)	
Ruim/Péssimo	18 (17,0)	11 (31,4)	29 (20,6)	
Q33. Qual foi a última vez que você participou de um curso de educação continuada sobre câncer de boca?				$p^{(2)} = 0,035^*$
Nunca	3 (2,8)	6 (17,1)	9 (6,4)	
Nos últimos 5 anos	50 (47,2)	10 (28,6)	60 (42,6)	
5 a 10 anos	30 (28,3)	10 (28,6)	40 (28,4)	
Há mais de 10 anos	14 (13,2)	5 (14,3)	19 (13,5)	
Não lembra	9 (8,5)	4 (11,4)	13 (9,2)	
Q36. Você já investigou um caso de carcinoma epidermóide?				$p^{(1)} = 0,002^*$
Sim	73 (68,9)	14 (40,0)	87 (61,7)	
Não	33 (31,1)	21 (60,0)	54 (38,3)	
Q37. Como você identifica o seu conhecimento sobre câncer de boca?				$p^{(1)} = 0,048^*$
Excelente/Bom	46 (43,4)	9 (25,7)	55 (39,0)	
Regular	52 (49,1)	19 (54,3)	71 (50,4)	
Ruim/Péssimo	8 (7,5)	7 (20,0)	15 (10,6)	

Fonte: Emmanoel (2024)

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%

(1) Teste Qui-quadrado de Pearson

(2) Teste Exato de Fisher

5 DISCUSSÃO

Do universo de 141 CD que responderam o questionário, a maioria é de mulheres. Mott *et al* (2008) afirmaram que desde a década de 1980 as faculdades de odontologia formam mais mulheres que homens, em uma crescente feminização da profissão, fato este que ocorreu devido a uma série de mudanças sociais, políticas, culturais e econômicas a partir da segunda metade do século XIX. A citada feminização da odontologia é corroborada neste estudo com a expressiva maioria dos CD participantes sendo do sexo feminino, resultado este que difere do encontrado por Fidele *et al* (2022), Mavedatnia *et al* (2023), Shadid e Habash (2023)-

A amostra é predominantemente formada por adultos de meia idade, com grande parte na 5ª década de vida e tempo de formado de 21 anos ou mais. Todos os CD possuem pelo menos uma pós-graduação (residência, especialização, mestrado e doutorado), ainda que nenhuma delas sejam relacionadas à área do diagnóstico oral, este achado demonstra uma força de trabalho altamente qualificada, resultado superior ao encontrado nos estudos de Souza, Sá e Popoff (2016) e Medeiros *et al* (2022). Saúde da família, saúde coletiva e saúde pública foram também as áreas de pós-graduação mais citadas no estudo de Medeiros *et al* (2022), realizado com CD atuantes na APS em todas as regiões do Brasil. Sendo estas especialidades da odontologia que, dentre outras, tem como enfoque o planejamento em saúde, a prevenção e o conhecimento dos fatores de risco das doenças, podendo ser vistas como um campo fértil para construção e prática de ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca.

A maioria dos CD respondeu ter participado, durante a graduação, de atividades relacionadas ao diagnóstico de lesões, principalmente sob a forma de congressos, simpósios e encontros presenciais ou virtuais; o que pode ser um fator positivo para o conhecimento sobre o câncer de boca da amostra estudada. Houve correlação estatística significativa entre este aspecto e o conhecimento da sintomatologia mais comum do câncer de boca, assim como com as questões sobre possíveis fatores de risco com relação à drogas injetáveis e infecção por candidíase; sendo que nas duas primeiras questões citadas tiveram mais acertos nos CD que participaram de atividades relacionadas ao diagnóstico de lesões durante a graduação. Em relação à infecção por candidíase, a maioria das respostas corretas foram dos que não participaram destas atividades durante sua graduação.

As questões 7 e 37 são propositadamente autoavaliativas em relação ao conhecimento sobre o câncer de boca, verifica-se que em um primeiro momento a maioria dos entrevistados respondeu que seu conhecimento era bom, contudo ao final do questionário a maioria da amostra autoavaliou o seu conhecimento como regular. Tal diferença pode ser explicada por possíveis lacunas identificadas pelos próprios profissionais em seu conhecimento, o que acarretou nas mudanças de autopercepção na resposta. Por se tratar de um critério subjetivo, se verificam diferenças também na comparação entre as demais pesquisas de autoavaliação neste assunto respondidas por CD: Oliveira e Gonzaga (2020) apresentaram resultados semelhantes aos encontrados na questão 7 e 37, em que 48,9% e 44,7% dos CD responderam que tinham um conhecimento bom e regular, respectivamente; contudo, diferem do encontrado por Souza, Sá e Popoff (2016), cuja amostra de CD que atuam na ESF em Montes Claros-MG, se autoavaliaram com um conhecimento ótimo/bom por 82,6% dos entrevistados; já no estudo de Medeiros *et al* (2022), este realizado com CD da APS de todas as cinco regiões do Brasil, 80,5% dos entrevistados avaliaram seu conhecimento como mediano.

A maioria dos CD responderam corretamente que o tipo histopatológico mais comum de câncer na boca é o carcinoma epidermóide, resultado semelhante ao encontrado por Oliveira e Gonzaga (2020) - Mossoró-RN, maior do que o encontrado por Leonel *et al* (2019) - Recife-PE e por Shadid e Habash (2023) - Palestina; porém contrasta bastante com o resultado de 40,7% das respostas corretas encontradas por Fidele *et al* (2022) em estudo realizado na República Democrática do Congo.

Para detecção precoce do câncer de boca é fundamental que além do exame clínico de rotina, o CD conheça a região anatômica mais frequente, sintomatologia e faixa etária mais comum, assim como identificar lesões com potencial de malignização; mediante o exposto, as respostas dos CD no tocante à estas questões foram satisfatórias, resultados semelhantes aos encontrados por Leonel *et al* (2019); Oliveira e Gonzaga (2020); Freire, Zanin e Flório (2022), Mavedatnia *et al* (2023). Todavia, esses resultados diferem dos encontrados por Fidele *et al* (2022) quando indagados sobre as mesmas questões, visto que este estudo teve como uma de suas conclusões o considerável déficit sobre o conhecimento diagnóstico do câncer de boca; corroborando com o fato de que as necessidades de atualização de conhecimento sobre esta patologia podem ser distintas dependendo da região na qual o estudo seja realizado.

As falhas no diagnóstico precoce do câncer de boca tem como consequência o diagnóstico tardio no Brasil e no mundo, diminuindo consideravelmente as taxas de sucesso no tratamento e a sobrevivência por 5 anos (LEONEL *et al.*, 2019; NAZAR *et al.*, 2019; FIDELE *et al.*, 2022; MEDEIROS *et al.*, 2022). Fato positivo é que os CD entrevistados estão cientes desta condição e a maioria respondeu que no Brasil o câncer de boca é diagnosticado em um estágio avançado. Em outro estudo realizado na região Nordeste por Oliveira e Gonzaga (2020), a maioria dos profissionais responderam que o diagnóstico é realizado em um estágio avançado, porém 27,6% dos entrevistados responderam esta pergunta de forma inadequada. No estudo de Fidele *et al.* (2022), apenas 42,0% responderam de maneira correta. Estes dados mostram que muitos CD ainda desconhecem o fato que o câncer de boca é diagnosticado de maneira tardia, o que pode implicar na falta de senso de urgência em realizar o diagnóstico precoce.

É importante para a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca que os CD saibam identificar as lesões potencialmente malignas, principalmente a leucoplasia que é a mais comum na rotina clínica, cuja taxa de risco de transformação maligna é estabelecida em torno de 10% dos casos. (AGUIRRE-URIZAR, 2021; GUAN *et al.*, 2023). São considerados positivos os resultados deste estudo em relação às perguntas sobre lesões potencialmente malignas, visto que a maioria respondeu se sentirem aptos para diagnosticar lesões suspeitas de malignidade, e identificaram a leucoplasia como a condição com potencial de malignização mais frequente, resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (LEONEL *et al.*, 2019; FREIRE, ZANIN e FLÓRIO, 2022; POELMAN *et al.*, 2023; SHADID e HABASH, 2023). Todavia, este resultado difere do encontrado por Fidele *et al.* (2022), onde apenas 12,3% dos entrevistados identificaram a leucoplasia como condição inicial mais comum associada ao câncer de boca.

Alguns estudos demonstram a dificuldade que os CD têm de identificar corretamente as características dos gânglios linfáticos cervicais metastáticos (FIDELE *et al.*, 2022; MEDEIROS *et al.*, 2022). No presente estudo, uma taxa alta da amostra respondeu corretamente que os linfonodos cervicais metastáticos apresentam-se com volume aumentado, duro, sem dor, com mobilidade ou não; o que demonstra um bom conhecimento sobre esta questão, a qual é fator importante para o diagnóstico do câncer de boca. Em um estudo realizado por Glass *et al.* (2023) com CD da Virgínia - EUA, 96% responderam realizar exames locais extra-orais na região de cabeça e

pescoço como parte dos procedimentos clínicos de diagnóstico para detecção do câncer de boca.

O tabagismo é o principal fator de risco para o câncer bucal devido às diversas substâncias cancerígenas presentes, o seu uso contínuo pode aumentar até 15 vezes o risco de desenvolver a doença; outro importante fator de risco são as bebidas alcoólicas que juntamente com o tabaco agem de forma sinérgica na carcinogênese da patologia (HASHIM *et al.*, 2018; ASSIRI, ALSHEHRI e ALFADHEL, 2019; JBOOR, AL-DARWISH e ULA NUR, 2019; LEONEL *et al.*, 2019; NAZAR *et al.*, 2019; OLIVEIRA e GONZAGA, 2020; WIMARDHANI *et al.*, 2021; FIDELE *et al.*, 2022; FREIRE, ZANIN E FLÓRIO, 2022; MEDEIROS *et al.*, 2022 SHADID e HABASH, 2023). Foi extremamente importante que todos os CD tenham identificado o tabaco como fator de risco e, apenas uma pessoa respondeu que o consumo de álcool não é fator de risco para o câncer de boca, resultados semelhantes foram encontrados na literatura (LEONEL *et al.*, 2019; OLIVEIRA e GONZAGA, 2020; FIDELE *et al.*, 2022; FREIRE, ZANIN E FLÓRIO, 2022; SHADID e HABASH, 2023). Conhecer os fatores de risco de uma patologia é essencial para desenvolver ações de prevenção e empoderamento dos pacientes, colocando em prática a corresponsabilidade do cuidado, tendo como consequência que os pacientes consigam evitar fatores de risco e adotar práticas mais saudáveis em relação à própria saúde, o que é um dos pilares da APS.

Contudo, outros fatores foram respondidos erroneamente como sendo de risco para o desenvolvimento do câncer de boca, entre eles, ter apresentado câncer previamente em outra região, histórico familiar de câncer de boca, próteses mal adaptadas, dentes em mau estado e higiene oral deficiente foram considerados como fatores de risco pela maioria expressiva dos CD da presente amostra, o que evidencia uma lacuna no conhecimento que pode servir como parâmetro para futuros cursos de educação continuada sobre o tema.

Ter apresentado câncer previamente em outra região e o histórico familiar de câncer de boca não são considerados fatores de risco importantes associados ao câncer bucal; sabe-se que a maioria das mutações verificadas em cânceres são de origem somáticas, causadas espontaneamente ou induzidas por fatores ambientais (SOUZA JUNIOR, 2006; RIBEIRO *et al.*, 2015). No presente estudo a maioria dos participantes afirmaram que ter apresentado câncer previamente em outra região e o histórico familiar de câncer de boca são fatores de risco para o câncer de boca,

resultados semelhantes foram encontrados na literatura (LEONEL *et al.*, 2019; FIDELE *et al.*, 2022; FREIRE, ZANIN e FLÓRIO, 2022; SHADID e HABASH, 2023).

No Brasil, o direito à assistência odontológica ainda é desigual, mesmo com os reconhecidos avanços na inserção da odontologia nos serviços públicos, principalmente com a criação do programa Brasil Sorridente (2004) e a sua inserção, via sanção do PL 8131/2017, definitivamente na Lei Orgânica da Saúde em 2023, ambas conquistas alcançadas nos governos do Presidente Luís Inácio Lula da Silva. Mediante estes fatos, persistem ainda más condições de higiene oral na população e dentes em mau estado, fatores estes que não atribuem risco considerável para o desenvolvimento do câncer de boca, caso o fossem, a incidência de novos casos desta patologia no país seriam maiores. Neste estudo, a maioria da amostra acredita que dentes em mau estado e higiene oral deficiente são fatores de risco para o câncer bucal; porcentagens acima de 80% foram encontradas em estudos anteriores (LEONEL *et al.*, 2019; FREIRE, ZANIN e FLÓRIO, 2022; SHADID e HABASH, 2023).

Da mesma maneira, as próteses mal adaptadas não constituem fator de risco para o câncer de boca, estas podem apenas dificultar o diagnóstico de uma lesão pré-existente caso sua localização esteja em uma região anatômica onde se insere a prótese. Uma parcela bastante considerável desta amostra acredita que as próteses mal adaptadas são um fator de risco, resultado que se assemelha a vários outros estudos disponíveis na literatura (LEONEL *et al.*, 2019; OLIVEIRA e GONZAGA, 2020; FIDELE *et al.*, 2022; SHADID e HABASH, 2023). Destaque para estudo realizado no Rio de Janeiro por Freire, Zanin e Flório (2022), onde 79,0% dos entrevistados não souberam responder se próteses mal adaptadas são um fator de risco ou não.

É de suma importância o papel dos cursos de odontologia na promoção de um adequado ensino dos componentes curriculares que envolvem o diagnóstico oral, com o objetivo que os CD recém-formados estejam preparados para realizar ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca. Os resultados deste estudo apontam para uma necessidade de readequação/atualização destes componentes, visto que a maioria dos entrevistados considerou o conhecimento adquirido na graduação sobre o câncer de boca regular. Em estudo anterior realizado, também na cidade do Recife-PE, por Leonel *et al* (2019) 56,3% dos entrevistados responderam não ter recebido nenhum treinamento na graduação sobre como realizar o exame para detecção do câncer bucal, em estudos realizados em Mossoró-RN (GONZAGA E OLIVEIRA, 2020), na Baixada Litorânea-RJ (FREIRE, ZANIN e FLÓRIO, 2022) 37,2% e 55,3%

dos CD, respectivamente, também responderam que não. Entretanto, Souza, Sá e Popoff (2016) em estudo realizado em Montes Claros-MG encontraram correlação estatisticamente significativa e positiva entre a autoavaliação satisfatória com relação ao conhecimento sobre câncer bucal e as respostas ótimo/bom com relação ao conhecimento obtido na graduação sobre o tema.

Aparentemente existe uma falta de confiança entre os CD da APS para realização de procedimentos diagnósticos do câncer de boca, principalmente a biópsia, o que revela uma lacuna no conhecimento dos profissionais. Em estudo realizado por Medeiros *et al* (2022) menos de 20% dos participantes já tinham algum tipo de prática anterior e se sentiam seguros para realizar a cirurgia de biópsia, já Glass *et al* (2023) obtiveram como resultado que 71% dos CD de sua amostra não realizam biópsia. O presente estudo confirma também essa falta de confiança, visto que a maioria dos entrevistados responderam que consideram regular sua experiência clínica adquirida na graduação e confiança para realização de procedimentos diagnósticos do câncer bucal; outros estudos na literatura evidenciam esta falta de confiança do profissional em realizar procedimentos diagnósticos (GONZAGA e OLIVEIRA, 2020; FREIRE, ZANIN e FLÓRIO, 2022).

No presente estudo, houve correlação estatisticamente significativa entre o sexo e as questões: qual a região anatômica mais frequente para o câncer de boca, sendo que a maioria do sexo feminino respondeu corretamente assoalho de boca e língua; também houve correlação estatística com a questão do possível fator de risco para candidíase, onde 40,0% dos CD do sexo masculino responderam erroneamente que seria um fator de risco para o câncer bucal. Fidele *et al* (2022) encontraram em seus resultados que os entrevistados do sexo masculino tinham 4,35 vezes mais chances de ter um nível de prática ruim relacionado ao câncer de boca quando comparados aos do sexo feminino, já no estudo realizado por Shadad e Habish (2023) não foi encontrada correlação estatística significativa entre o sexo dos participantes e o conhecimento clínico e de fatores de risco.

Também houve correlação estatística significativa entre o tempo de formado da amostra e algumas questões, como a maioria dos CD com até 10 anos de formado terem participado de monitorias, PIBIC ou projetos de extensão relacionados ao diagnóstico de lesões, este resultado pode ser explicado pelo fato dos cursos de formação superior estarem, nos últimos anos, cada vez mais estimulando os estudantes a realizarem atividades extracurriculares. Todos os intervalos de tempo (

até 10 anos, de 11 à 20 anos e 21 anos ou mais) responderam, erroneamente, em sua maioria que ter apresentado câncer previamente em outra região é um fator de risco para o câncer de boca, já a considerável maioria responderam, desta vez corretamente, que o HPV é um fator de risco; também houve correlação estatística quando indagados sobre os conhecimentos adquiridos na graduação sobre o câncer de boca, sendo que quem se formou nos últimos 10 anos afirma em sua maioria um conhecimento excelente/bom e nenhum respondeu ter um conhecimento ruim/péssimo. Em estudo realizado por Shadid e Habash (2023), CD mais experientes obtiveram pontuações de conhecimento clínico significativamente mais baixas do que os mais jovens.

Para atualização dos conhecimentos preventivos e diagnósticos sobre o câncer de boca é importante que os próprios CD tenham interesse no tema, mediante a isto considera-se positivos os resultados deste estudo quando indagados sobre a última vez que participaram de um curso de educação continuada sobre o câncer de boca, onde a maioria afirmou ter realizado o curso nos últimos 5 anos, resultado semelhante ao encontrado por Freire, Zanin e Flório (2022), já a amostra de Gonzaga e Oliveira (2020) a maioria respondeu (41,9%) ter se atualizado há mais de 5 anos. Neste estudo, considera-se positivo também que maioria expressiva dos entrevistados responderam ter interesse em participar de um curso de educação continuada no futuro, tal interesse é identificado em outros estudos na literatura (SOUZA, SÁ e POPOFF, 2016; LEONEL *et al.*, 2019; GONZAGA e OLIVEIRA, 2020; FREIRE, ZANIN e FLÓRIO, 2022; MEDEIROS *et al.*, 2022; MAVEDATNIA *et al.*, 2023; SHADID e HABASH, 2023).

A totalidade dos entrevistados considerou alta a importância do CD generalista na prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca e a maioria afirmou já ter investigado um carcinoma epidermóide, o que comprova que os CD valorizam tal conhecimento e atitude frente a esta patologia, corroborando com a necessidade de realização de novos cursos de educação continuada para que cada vez menos casos do câncer de boca sejam negligenciados, resultados semelhantes são encontrados em outros estudos na literatura (LEONEL *et al.*, 2019; GONZAGA e OLIVEIRA, 2020; FREIRE, ZANIN e FLÓRIO, 2022; SHADID e HABASH, 2023).

O presente estudo demonstra um panorama a respeito do conhecimento sobre o câncer de boca dos CD da APS do município do Recife-PE, para assim identificar potencialidades, fragilidades e auxiliar na construção de estratégias de educação

continuada. Considerando-se que a amostra foi predominantemente de adultos de meia idade, cujo curso de graduação se deu antes da reforma curricular (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2002), na qual a formação era ainda pautada nas clínicas de especialidades tecnicistas voltadas apenas à saúde do “dente”, é possível que este panorama mude com o passar dos anos e a incorporação de novos CD concursados que tenham um perfil mais apropriado para atuar na APS do SUS.

6 CONCLUSÃO

Os CD deste estudo apresentam um bom conhecimento teórico clínico e epidemiológico sobre o câncer de boca, porém com equívocos em identificar corretamente apenas os fatores de risco comprovados. Ainda, a amostra demonstra insegurança na realização do procedimento de biópsia para elucidação diagnóstica desta doença, evidenciando a necessidade de realização de cursos de educação continuada para os profissionais, assim como readequação dos componentes curriculares da graduação que abordam a questão do diagnóstico de lesões orais, com ênfase na prática clínica.

REFERÊNCIAS

1. AGUIRRE-URIZAR, José M.; LAFUENTE-IBÁÑEZ DE MENDOZA, Irene; WARNAKULASURIYA, Saman. Malignant transformation of oral leukoplakia: Systematic review and meta-analysis of the last 5 years. *Oral diseases*, v. 27, n. 8, p. 1881-1895, 2021.
2. ASSIRI, Zayed Ali et al. Oral cancer awareness, knowledge, and practices among Saudi general dentists. **Saudi Journal of Oral Sciences**, v. 6, n. 1, p. 25, 2019.
3. CARTER, L. M.; OGDEN, G. R. Oral cancer awareness of general medical and general dental practitioners. **British dental journal**, v. 203, n. 5, p. E10-E10, 2007. DOI: 10.1186/1472-6920-7-44.
4. DE LIMA MEDEIROS, Yuri et al. Knowledge about oral cancer among dental students and Primary Health Care dentists: A Brazilian study. **Journal of Dental Education**, v. 86, n. 11, p. 1488-1497, 2022.
5. DE SOUZA JÚNIOR, Saulo A. Etiopatogenia do câncer bucal: fatores de risco e de proteção. **SaBios-Revista de Saúde e Biologia**, v. 1, n. 2, 2006.
6. DIB, Luciano Lauria. Nível de conhecimento e de atitudes preventivas entre universitários do curso de odontologia em relação ao câncer bucal: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. **Acta oncol. bras**, p. 628-644, 2004.
7. FIDELE, Nyimi Bushabu et al. Conscientização e conhecimento sobre o câncer bucal: Pesquisa com dentistas na República Democrática do Congo. **Jornal de Política do Câncer**, v. 100332, 2022.
8. FREIRE, Marconi Marques da Silva; ZANIN, Luciane; FLÓRIO, Flávia Martão. Câncer bucal: o que sabem os cirurgiões-dentistas da Baixada Litorânea-RJ?. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 51, 2023.
9. GLASS, Sarah et al. Head and neck exam practices of dental professionals. **Clinical and Experimental Dental Research**, v. 9, n. 5, p. 887-893, 2023.
10. GUAN, Jing-Yao et al. Malignant transformation rate of oral leukoplakia in the past 20 years: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, 2023.
11. HASHIM, Raghad et al. Early detection of oral cancer-dentists' knowledge and practices in the United Arab Emirates. **Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP**, v. 19, n. 8, p. 2351, 2018.
12. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2022.

13. JBOOR, Diana H.; AL-DARWISH, Mohammed S.; NUR, Ula. Oral cancer knowledge, attitude, and practice of dentists in the state of Qatar. **Dentistry journal**, v. 7, n. 2, p. 43, 2019.
14. LOMBARDO, Eduardo Madruga et al. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 1223-1232, 2014.
15. MAVEDATNIA, Dorsa et al. Oral cancer screening knowledge and practices among dental professionals at the University of Toronto. **BMC Oral Health**, v. 23, n. 1, p. 1-10, 2023.
16. Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº CNE/CES 3/2002 de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Farmácia e Odontologia. Diário Oficial, Brasília, 04 mar 2002, seção 1, p. 10.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília (DF). 2004. Acessado em 03 de julho, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnsb/arquivos/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf.
18. MOTT, Maria Lucia et al. 'Moças e senhoras dentistas': formação, titulação e mercado de trabalho nas primeiras décadas da República. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, p. 97-116, 2008
19. NAZAR, Huda et al. Oral cancer knowledge, attitudes and practices among primary oral health care dentists in Kuwait. **Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP**, v. 20, n. 5, p. 1531, 2019.
20. OLIVEIRA, Samara Raquel Sousa de; GONZAGA, Amanda Katarinny Goes. Câncer de boca: avaliação do conhecimento de cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família de Mossoró (rn). **Rev. Ciênc. Plur**, p. 137-153, 2020.
21. POELMAN, Marcella R. et al. Conhecimento do diagnóstico e tratamento de lesões selecionadas da mucosa oral entre dentistas na Holanda. **Medicina oral, patologia oral e cirurgia bucal**, v. 28, n. 4, pág. e362, 2023.
22. Recife. Secretaria de Saúde do Recife. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Recife: Secretaria de Saúde do Recife; 2018.
23. Regarding Oral Cancer in Brazil. **Acta Stomatologica Croatica**, v. 53, n. 1, p. 55-63, 2019.
24. RIBEIRO, Isabella Lima Arrais et al. Fatores associados ao câncer de lábio e cavidade oral. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 618-629, 2015.

25. SHADID, Rola Muhammed; HABASH, Ghassan. Knowledge, Opinions, and Practices of Oral Cancer Prevention among Palestinian Practicing Dentists: An Online Cross-Sectional Questionnaire. In: **Healthcare**. MDPI, 2023. p. 1005.
26. SOUZA, João Gabriel Silva; SÁ, Maria Aparecida Barbosa de; POPOFF, Daniela Araújo Veloso. Comportamentos e conhecimentos de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde quanto ao câncer bucal. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, p. 170-177, 2016.
27. WIMARDHANI, Yuniardini Septorini et al. Knowledge and Practice Regarding Oral Cancer: A Study Among Dentists in Jakarta, Indonesia. **International Dental Journal**, 2021.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

1. Idade (em anos) _____

2. Sexo

I. Feminino II. Masculino III. Prefiro não declarar

3. Qual o seu tempo de formado?

I. Até 2 anos II. 2 a 10 anos III. 10 a 20 anos IV. Mais de 20 anos

**4. Possui pós-graduação (especialização, residência, mestrado, doutorado)?
Sesua resposta for “não”, pule para a questão nº6.**

I. Sim II. Não

5. Se respondeu sim na questão anterior, em qual área foi cursada a pós-graduação?

6. Durante toda sua graduação, já participou de atividades relacionadas a diagnóstico de lesões? (pode responder mais de uma alternativa)

I. Sim (Monitorias, PIBIC ou Projetos de Extensão)	II. Sim (Congressos, Simpósios ou Encontros Presenciais ou Virtuais)	III. Outros (cursos de férias, cursos virtuais, etc)	IV. Não
--	---	---	------------

7. Em qual Distrito Sanitário você trabalha?

8. Quanto ao seu nível de conhecimento sobre câncer de boca, qual é a sua autoavaliação?

I. Excelente II. Bom III. Regular IV. Ruim V. Péssimo

9. Sente-se apto(a) a identificar lesões bucais suspeitas de malignidade?

I. Sim II. Não

10. Qual o tipo de câncer mais comum na boca?

- | | | | |
|------------|------------|--------------|-------------------|
| I. Linfoma | II. | III. Sarcoma | IV. Ameloblastoma |
| | Carcinoma | de Kaposi | |
| | Epidermoid | | |
| | e | | |

11. Qual a região anatômica mais frequente para o câncer de boca?

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| I. Língua e gengiva | II. Assoalho de boca e língua | III. Gengiva e assoalho de boca |
| IV. Palato e assoalho de boca | V. Mucosa jugal e língua | VI. Não sei |

12. Qual a sintomatologia mais comum em pacientes com câncer de boca?

- | | | | |
|--------------|---------|--------|---------|
| I. Salivação | II. | III. | IV. |
| abundante | Úlcera | Nódulo | Dor |
| | indolor | duro | intensa |
| | | | |
| V. Não sei | | | |

13. Qual é a faixa etária mais comum para a ocorrência do câncer de boca?

- | | | | |
|---------------------|------------------|-----------------------|-------------|
| I. Menos de 18 Anos | II. 18 a 39 anos | III. Acima de 40 anos | IV. Não sei |
|---------------------|------------------|-----------------------|-------------|

14. O linfonodo mais característico em metástases em câncer de boca, quando palpado apresenta-se:

palpado apresenta-se:

- | | |
|---|--|
| I. Com volume aumentado, duro, dolorido, com mobilidade | II. Com mesmo volume, mole, dolorido, com mobilidade |
| III. Com volume aumentado, duro, sem dor, com mobilidade ou não | IV. Com mesmo volume, mole, sem dor, com mobilidade ou não |
| V. Não sei | |

15. No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que o câncer de boca é diagnosticado mais frequentemente em qual estágio?

- I. Inicial II. Avançado III. Não sei

16. Das seguintes condições, qual a mais frequente e que pode evoluir para um câncer de boca?

- I. Leucoplasia II. Pênfigo Vulgar III. Estomatite Nicotínica IV. Candidíase V. Língua Geográfica

VI. Não sei

Nas questões 17 a 30 assinale se você considera a condição apresentada como fator de risco para câncer de boca.

17. Uso de drogas ilícitas injetáveis

- I. Sim II. Não III. Não sei

18. Ter apresentado câncer previamente em outra região

- I. Sim II. Não III. Não sei

19. Consumo de álcool

- I. Sim II. Não III. Não sei

20. Consumo de tabaco

- I. Sim II. Não III. Não sei

21. História familiar de câncer de boca

- I. Sim II. Não III. Não sei

22. Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)

- I. Sim II. Não III. Não sei

23. Próteses mal adaptadas

I. Sim II. Não III. Não sei

24. Dentes em mau estado

I. Sim II. Não III. Não sei

25. Higiene oral deficiente

I. Sim II. Não III. Não sei

26. Consumo de comidas condimentadas

I. Sim II. Não III. Não sei

27. Contato com a lesão

I. Sim II. Não III. Não sei

28. Infecção por candidíase

I. Sim II. Não III. Não sei

29. Bebidas e comidas quentes

I. Sim II. Não III. Não sei

30. Obesidade

I. Sim II. Não III. Não sei

**31. Como você considera os conhecimentos adquiridos na graduação sobre
câncer de boca?**

I. Excelente II. Bom III. Regular IV. Ruim V. Péssimo

**32. Como você considera a experiência clínica adquirida na graduação para
detecção do câncer de boca?**

I. Excelente II. Bom III. Regular IV. Ruim V. Péssimo

33. Qual é o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico paracâncer de boca?

I. Excelente II. Bom III. Regular IV. Ruim V. Péssimo

34. Qual foi a última vez que você participou de um curso de educação continuada sobre câncer de boca?

I. Nos últimos 5 anos II. De 5 a 10 anos III. Há mais de 10 anos
IV. Nunca V. Não lembro

35. Você se interessa em participar de um curso de educação continuada sobre câncer de boca no futuro?

I. Sim II. Não

36. Na sua opinião, qual a importância da(o) cirurgiã(o)-dentista generalista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de boca?

I. Alta II. Média III. Regular IV. Baixa V. Nenhuma

37. Você já investigou um caso de carcinoma epidermóide?

I. Sim II. Não

38. Como você identifica o seu conhecimento sobre câncer de boca?

I. Excelente II. Bom III. Regular IV. Ruim V. Péssimo