

Conhecimento dos alunos de Odontologia na identificação do câncer oral

Knowledge of dental students on the identification of oral cancer

Bárbara Libardi de Sousa,¹ Bianca Assunção Lobato,¹ Mariane Silva Pessin,¹ Erick Gomes Perez,² Lígia Buloto Schmitt³

¹Faculdade de Odontologia, Escola Superior São Francisco de Assis, Santa Teresa, Espírito Santo, Brasil

²Disciplinas de Clínica Odontológica I e II, Faculdade de Odontologia, Escola Superior São Francisco de Assis, Santa Teresa, Espírito Santo, Brasil

³Disciplinas de Propeleútica Clínica, Patologia Básica e Histologia/Embrilogia, Faculdade de Odontologia, Escola Superior São Francisco de Assis, Santa Teresa, Espírito Santo, Brasil

• Os autores declaram que não há conflito de interesse.

RESUMO

Objetivo: Este estudo buscou avaliar o conhecimento e as percepções dos estudantes de Odontologia sobre o câncer oral, nas quatro faculdades de Odontologia do estado do Espírito Santo. **Material e Métodos:** Um questionário objetivo composto por 16 perguntas foi aplicado presencialmente aos alunos matriculados nos dois últimos períodos de Odontologia das respectivas instituições mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** Os dados obtidos revelam que, dos 196 participantes voluntários, 94,9% acreditam ser responsáveis pelo diagnóstico e prevenção do câncer oral, 67,3% consideram seu grau de conhecimento sobre o assunto insuficiente ou mediano e 53,6% não reconhecem, com precisão, os principais fatores de risco para este câncer. **Conclusão:** Esses achados reiteram a importância de instruir e capacitar o cirurgião-dentista, desde a sua formação, sobre o tema câncer oral, a fim de que estes sejam profissionais aptos a intervir, diagnosticar e prevenir essa enfermidade.

Palavras-chave: Neoplasias bucais; Diagnóstico; Detecção precoce do câncer; Conhecimento.

ABSTRACT

Objective: This study assessed the knowledge and perceptions of dental students about oral cancer in the four dental schools in the state of Espírito Santo. **Material and Methods:** A 16-question questionnaire was given to the participants after agreeing to informed consent. All participants were students enrolled in the last two semesters of dental school. **Results:** The results showed that among 196 participants, 94.9% believed they were responsible for the diagnosis and prevention of oral cancer, 67.3% considered their level of knowledge on the subject insufficient or moderately sufficient and 53.6% did not recognize with precision the main risk factors for oral cancer. **Conclusion:** These findings reaffirm the importance of proper instruction in diagnosing oral cancer in dental school in order for graduates to be able to properly diagnose and prevent the disease.

Keywords: Mouth neoplasms; Diagnosis; Early detection of cancer; Knowledge.

Introdução

Segundo estimativa do Instituto Nacional do Câncer,¹ são esperados 15.490 novos casos de câncer oral para 2016 em todo o Brasil; destes, 11.140 apenas em homens, um número alarmante. O câncer oral representa um grande desafio para a saúde pública, pois a extinção do tumor e a reabilitação são difíceis de alcançar. Além disso, diagnósticos tardios envolvem tratamentos complexos, cirurgias mutiladoras e prognósticos duvidosos, diminuindo a qualidade de vida do indivíduo.²

Das neoplasias malignas que ocorrem na mucosa bucal, aproximadamente, 90% são originadas do epitélio de revestimento bucal, denominadas de carcinoma de células escamosas. Outros tumores mais raros são representados por carcinomas de glândulas salivares, sarcomas, melanoma, entre outros.³

A primeira linha de atuação na detecção do câncer oral faz parte das competências do cirurgião-dentista e consiste na realização de um minucioso exame intraoral, incluindo lábios e região de orofaringe. Infelizmente, quase metade de todos os cânceres orais não é diagnosticado até que estejam em estado avançado.⁴ Desta maneira, estar familiarizado com os aspectos clínicos do câncer oral torna esta tarefa menos propensa ao erro, pois carcinomas em estágios iniciais podem ter características sutis, ausência de dor, não sendo muitas vezes percebidos pelo paciente. Os profissionais devem incluir rotinas de rastreamento do câncer oral em sua prática clínica, mesmo que não solicitado pelo paciente.⁵

Tendo em vista a importância destes conhecimentos para o cirurgião-dentista, o objetivo deste trabalho foi avaliar, por meio de questionário investigativo, o grau de conhecimento e as opiniões dos estudantes de Odontologia do Espírito Santo sobre o câncer oral, com questões sobre prevenção, métodos de diagnóstico e tratamento.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo observacional de natureza transversal que buscou verificar o conhecimento e opiniões de estudantes de Odontologia sobre câncer oral. Para tal, foi elaborado um questionário contendo 16 questões sobre o tema. As questões tratavam de temas pertinentes ao diagnóstico e conduta frente ao câncer oral, como fatores de risco, características clínicas, biópsia, palpação de linfonodos cervicais, encaminhamento e tratamento, além de abordar as atitudes e práticas clínicas dos graduandos e investigar seus interesses e percepções sobre o assunto.

Previamente à coleta de dados, foram feitas solicitações formais às coordenações dos cursos de Odontologia das faculdades do Espírito Santo, Brasil, que somam quatro escolas: Escola Superior São Francisco de Assis (ESFA), Faculdades

Integradas São Pedro (FAESA), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e Universidade de Vila Velha (UVV). Todas as instituições, representadas por seus coordenadores, concordaram gentilmente em participar. O projeto foi então encaminhado e aprovado pelo comitê de Ética em pesquisa, CEP/IFES, número do processo 50045515.5.0000.5072. Após aprovação, o questionário foi validado em um estudo piloto com 30 alunos na instituição de ensino ESFA.

Para realização do estudo, foram realizadas visitas às instituições, e para cada aluno voluntário foi fornecida uma cópia impressa do questionário. Somente alunos matriculados regularmente nos últimos dois semestres do curso de Odontologia foram incluídos na amostra. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), responderam ao questionário sem possibilidade de consulta, propiciando a livre expressão.

Os dados foram tabulados no programa Excel para Windows (2010) e a análise estatística foi realizada pelo programa SPSS for Windows 16 (2007). Para comparação entre questões com variáveis categóricas (certo/errado) foi utilizado o teste do qui-quadrado, teste exato de Fischer ou razão da máxima verossimilhança (p-valor significativo < 0,050). A análise das questões com variáveis métricas (número de acertos) foi realizada pelos testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (p-valor significativo < 0,050).

Resultados

A amostra compreendeu 196 participantes e os resultados estão expostos nas tabelas 1 a 4. Quando questionados sobre a melhor definição para câncer oral, a maioria respondeu corretamente (77%). Sobre os fatores de risco do câncer oral, apenas 46,4% acertaram a questão, portanto a maioria dos entrevistados considerou uma das alternativas com informações erradas (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra: respostas aos questionamentos 1 a 6

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
1- Como você avalia seu conhecimento a respeito do câncer bucal?			5- Faz alguma observação ao se deparar com um paciente fumante ou etilista?		
A) Insuficiente	40	20,4	A) Orienta quanto aos efeitos nocivos do cigarro e álcool	160	81,6
B) Mediano	92	46,9	B) Não questiona na anamnese sobre o consumo de álcool ou cigarro	3	1,5
C) Bom	59	30,1	C) Questiona na anamnese, mas não possui o hábito de orientar a cessação do vício	33	16,8
D) Ótimo	5	2,6	6- Qual a alternativa contém os principais fatores de risco para o câncer bucal?		
2- Qual das alternativas abaixo melhor define o câncer bucal:			A) Próteses maladaptadas, tabaco, hereditariedade, má higiene bucal	42	21,4
A) Doença hereditária caracterizada por crescimento celular anormal	7	3,6	B) Tabaco, dieta, câncer prévio, fatores genéticos	57	29,1
B) Doença contagiosa caracterizada por crescimento celular anormal	-	-	C) Álcool, tabaco, exposição solar, dieta	91	46,4
C) Grupo de doenças genéticas que se caracterizam pelo crescimento celular, incluindo doenças benignas e malignas	38	19,4	D) Exposição solar, tabaco, obesidade, próteses mal adaptadas	6	3,1
D) Grupo de doenças multifatoriais caracterizadas pelo crescimento celular anormal e invasão dos tecidos	151	77,0	Resposta correta: C		
Resposta correta: D			TOTAL:	196	100,0
3- Sente-se apto a identificar câncer bucal?					
A) Sim	85	43,4			
B) Não	111	56,6			
4- Sente que é responsabilidade sua o diagnóstico e prevenção do câncer bucal?					
A) Sim	186	94,9			
B) Não	10	5,1			

Sobre as regiões anatômicas mais acometidas pelo câncer oral (borda lateral da língua, assoalho da boca e lábio), a média de acertos foi de 1,72 (DP = 0,81). Apenas 6,6% dos entrevistados marcaram três alternativas que não correspondiam a nenhuma resposta certa (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da amostra: respostas ao questionamento 7

Variáveis	n	%
7. Quais as regiões mais acometidas pelo câncer bucal?		
A) Mucosa jugal	88	44,9
B) Lábio	100	51,0
C) Palato	56	28,6
D) Borda lateral da língua	136	69,4
E) Tonsilas palatinas	9	4,6
F) Assoalho da boca	102	52,0
G) Gengiva	20	10,2
Respostas corretas: B, D e F		
Número de acertos da questão 7		
Nenhum	13	6,6
Um	59	30,1
Dois	93	47,4
Três	31	15,8
TOTAL	196	100,0

Para as formas de apresentação clínica do câncer (úlceras, tumor ou nódulo de superfície ulcerada e manchas brancas e vermelhas), a média de acertos foi de 1,73 (DP = 0,82) e somente 7,7% dos alunos marcaram três opções nas quais nenhuma informação estava correta (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da amostra: respostas ao questionamento 8

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
8. Quais as formas de apresentação clínicas mais comuns do câncer bucal?			Número de acertos da questão 8		
A) Úlcera	128	65,3	Nenhum	15	7,7
B) Tumor ou nódulo de superfície ulcerada	143	73,0	Um	55	28,1
C) Tumor ou nódulo de superfície lisa	23	11,7	Dois	94	48,0
D) Tumor de crescimento lento	41	20,9	Três	32	16,3
E) Manchas marrons	35	17,9	TOTAL	196	100,0
F) Edema	26	13,3			
G) Lesões de coloração arroxeadas	35	17,9			
H) Presença de aftas,	3	1,5			
I) Hiperplasias gengivais	14	7,1			
J) Manchas brancas e/ou vermelhas	68	34,7			
Respostas corretas: A, B e J					

Quando questionados sobre para qual especialista encaminhar um paciente com diagnóstico positivo para câncer oral, 81,6% responderam corretamente que encaminharia para o oncologista (Tabela 4). No entanto, 61,7% dos entrevistados incluíram a quimioterapia como um protocolo rotineiro no tratamento do câncer oral, afirmação incorreta.

Tabela 4. Caracterização da amostra: respostas aos questionamentos 9 a 16

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
9- Sente-se capacitado a realizar uma biópsia?			13- Ao se deparar com o diagnóstico de câncer bucal, para qual especialidade deverá ser encaminhado o paciente?		
A) Sim	97	49,5	A) Médico Clínico Geral	1	0,5
B) Não	99	50,5	B) Cirurgião Bucomaxilofacial	29	14,8
10- Deve-se observar na realização de biópsia			C) Oncologista	160	81,6
A) Em uma biópsia incisional, deve ser removida a totalidade da lesão e as suas margens devem conter tecido saudável	19	9,7	D) Otorrinolaringologista	4	2,0
B) Em lesões eritroleucoplásticas, devem-se remover, preferencialmente, as áreas brancas	12	6,1	E) Não sabe	2	1,0
C) Em lesões suspeitas de malignidade deve-se realizar biópsia excisional	61	31,1	Resposta correta: C		
D) Áreas necróticas devem ser priorizadas por serem de grande valor diagnóstico para o patologista	5	2,6	14- Dentre os tratamentos utilizados para o câncer de boca, a grande maioria dos casos utiliza o seguinte protocolo:		
E) A biópsia é feita como cunha de tecido, para que seja incluída uma profundidade adequada de tecido	99	50,5	A) Remoção cirúrgica associada à radioterapia	35	17,9
Resposta correta: E			B) Remoção cirúrgica associada à quimioterapia	32	16,3
11- Considera adequado o treinamento recebido para palpação de nódulos linfáticos e identificação de linfadenopatias associadas ao câncer bucal?			C) Radioterapia associada à quimioterapia	8	4,1
A) Sim	102	52,0	D) Remoção cirúrgica associada à radioterapia e quimioterapia	121	61,7
B) Não	78	39,8	Resposta correta: A		
C) Nunca recebeu este treinamento	16	8,2	15- Como avalia a abordagem do curso de graduação a respeito do câncer bucal?		
12- Percebe-se, durante a palpação dos linfonodos, em caso de neoplasia maligna:			A) Insuficiente	61	31,1
A) Linfonodos móveis e doloridos	74	37,8	B) Regular	96	49,0
B) Linfonodos fixos e indolores	97	49,5	A) Satisfatória	32	16,3
C) Infecção ou abscesso em linfonodos	16	8,2	B) Ótima	7	3,6
D) A característica dos linfonodos não muda em caso de neoplasia maligna	9	4,6	16- Após o término da graduação, gostaria de aperfeiçoar seu conhecimento sobre o câncer bucal?		
Resposta correta: B			A) Sim	161	82,1
			B) Não	35	17,9
			TOTAL	196	100,0

Cruzamentos estatísticos foram realizados entre as várias questões, na tentativa de perceber a interrelação de conhecimentos semelhantes. Estes cruzamentos, no entanto, não revelaram correlação estatisticamente significativa entre as diferentes questões em nenhuma das análises realizadas. Assim, ficou demonstrado que o questionário apresentava perguntas coesas e não tendenciosas ao erro, pois a hipótese nula não foi refutada, mostrando que a ferramenta aplicada foi apta ao objetivo proposto por este trabalho.

Discussão

As instituições de ensino têm o importante papel de sensibilizar seus alunos a dedicar parte do tempo de atendimento para a inspeção orofacial, a fim de diagnosticar anormalidades. Essa prática pode levar à identificação do câncer em estágios incipientes, diagnosticar lesões com potencial de malignização, além de educar os pacientes para os riscos que levam a desenvolver uma neoplasia maligna. Lesões identificadas e tratadas em estadiamento inicial são favoráveis tanto a um bom prognóstico quanto para a qualidade de vida do paciente pós-tratamento. Porém, a maioria dos casos de câncer oral ainda é diagnosticada em estágios avançados, quando os meios de tratamento são radicais e a sobrevida muito prejudicada.⁶ A demora entre o início dos sintomas e o primeiro atendimento e, ainda, entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento muitas vezes é superior a um ano.⁴

O trabalho teve por objetivo investigar o grau de conhecimento dos futuros profissionais da Odontologia do Espírito Santo, na tentativa de verificar possíveis falhas de conhecimento que impactassem na prevenção do câncer oral. A amostra foi representada, em sua maioria, por jovens entre 20 e 25 anos (87,7%). Esses dados revelam um padrão já observado, de que os estudantes tão logo terminam o ensino médio, já ingressam no ensino superior. No entanto, a pouca idade não pareceu influenciar a percepção da responsabilidade a eles direcionada, pois a grande maioria dos entrevistados (94,9%) acredita ser responsável pela prevenção e diagnóstico do câncer oral, correspondendo aos achados em estudos semelhantes.⁷⁻⁹

Os resultados deste trabalho revelam que uma parcela expressiva dos entrevistados (67,3%) avaliou como insuficiente ou mediano o conhecimento que possui a respeito do câncer oral e apenas 2,6% consideram seu conhecimento ótimo. Tal achado pode revelar que o aluno tem ciência da infinidade de informações que existem sobre o câncer oral e, mesmo conhecendo conceitos básicos (77% de respostas certas para definição de câncer oral), entende que há muito mais para aprender. Contudo, o sentimento de responsabilidade é um fator positivo e, possivelmente, faz com que o profissional não se omita, mesmo quando falta a confiança na conduta a ser tomada.

Em conformidade com outros estudos, 56,6% dos entrevistados não se sentiram aptos a identificar o câncer oral. Gomes *et al.*¹⁰ identificaram pouca segurança para diagnosticar o câncer oral (77,8%). A falta de experiência clínica poderia justificar esses achados entre os estudantes, porém alguns estudos com cirurgiões-dentistas em prática clínica revelam números muito parecidos. Nos estudos de Andrade *et al.*¹¹ e Falcão *et al.*,⁶ respectivamente, 87% e 69,5% dos dentistas entrevistados apresentaram baixo nível de confiança em realizar o diagnóstico deste câncer.

Sobre a realização de biópsias no consultório, Jaber *et al.*¹² descreveram que apenas 9,4% dos dentistas investigados realizavam o procedimento de biópsia rotineiramente. Shaila *et al.*¹³ encontraram um número pouco mais significativo (29,5%). Dos cirurgiões-dentistas en-

trevistados por Nascimento *et al.*,⁸ 86,6% encaminhavam lesões suspeitas para um especialista ou centro de especialidades odontológicas (CEO). Pelos achados, realizar biópsias no consultório odontológico parece ainda ser uma realidade distante, apesar do baixo custo relativo e dos inúmeros benefícios, como o diagnóstico precoce, que aumenta as chances de cura e a sobrevida do paciente.

No presente estudo, quando questionados sobre o procedimento de biópsia, a amostra ficou dividida entre estar seguro em realizar esse procedimento (49,5%) e não sentir segurança para tal conduta (50,5%). Quando investigados sobre o que observar na realização de uma biópsia, 50,5% marcaram a alternativa correta. Chama atenção a grande quantidade de alunos que faria uma biópsia excisional em caso de lesão suspeita de malignidade (31%), dado bastante alarmante. Sabe-se que cirurgiões-dentistas não atuam diretamente na cura do câncer oral; esta tarefa é direcionada aos médicos cirurgiões de cabeça e pescoço. Portanto, a biópsia excisional, que consiste em remover a lesão em sua totalidade, não é recomendada ao dentista.

O consumo de tabaco é um fator de risco bem estabelecido para o câncer oral, principalmente para o carcinoma de células escamosas³ e de consenso entre a maioria dos profissionais de saúde. Em diversos trabalhos investigativos, mais de 90% dos entrevistados assinalaram tal hábito como fator de risco para o câncer oral.^{9,14,15} No entanto, outros fatores de risco parecem menos esclarecidos e divergências são facilmente percebidas quando interrogamos o papel do álcool na etiologia do câncer oral. Enquanto 88,9% dos dentistas que participaram do trabalho de Saleh *et al.*¹⁵ consideraram o álcool como fator de risco, o mesmo aconteceu com apenas 14,5% da amostra da investigação de Bhagavathula *et al.*¹⁶ O consumo de álcool está fortemente relacionado a um aumento do risco para o desenvolvimento do câncer oral, mesmo em não fumantes, contudo, para aqueles que fazem uso concomitante de álcool e cigarro, o risco é significativamente maior.¹⁷

A acreditação errônea de que próteses mal adaptadas, precária higiene oral, câncer prévio e histórico familiar de câncer sejam fatores de risco importantes para o câncer oral também foi verificada em alguns estudos.^{9,11,16} No presente estudo, quando questionados sobre fatores de risco, 53,6% dos entrevistados escolheram uma alternativa divergente da correta, incluindo fatores como próteses mal adaptadas, hereditariedade/câncer prévio, má higiene oral e obesidade. Esse resultado indicou grande desconhecimento dos reais fatores de risco para o câncer oral por parte dos alunos desta amostra.

Positivamente, 81,6% dos entrevistados alegaram alertar os pacientes quanto aos efeitos do consumo de álcool e tabaco. Essa informação condiz com um anseio por parte dos pacientes em receber orientações para a cessação de hábitos nocivos, já verificada anteriormente em outra população.² A informação é a chave para a prevenção, principalmente quando vem respaldada pela figura

de autoridade que o cirurgião-dentista representa para a promoção da saúde.

Quanto às formas de apresentação clínica, a opção correta “manchas brancas e/ou vermelhas” foi lembrada por apenas 34,7% dos alunos. Sabe-se que a leucoplasia e a eritroplasia são lesões com potencial de malignização importante, com aparência clínica de placa branca, mancha vermelha ou ainda uma mistura de ambas (eritroleucoplasia). Essas lesões clinicamente brancas e vermelhas podem já ter evoluído microscopicamente para carcinoma de células escamosas.¹⁸ O câncer oral pode apresentar outros aspectos clínicos, como tumores ou nódulos de superfície lisa, principalmente, para neoplasias de glândulas salivares, ou ainda lesões arroxeadas nos sarcomas e linfomas. No entanto, estas neoplasias são significativamente mais raras que o carcinoma de células escamosas.

Os principais sítios acometidos pelo câncer foram identificados corretamente por uma grande porcentagem de alunos neste estudo: borda lateral da língua (69,4%), assoalho (52%) e lábios (51%). Este conhecimento é importante para uma avaliação sistematizada da mucosa oral e, ainda, pelo fato de os tumores de língua e assoalho terem comportamento agressivo e alta taxa de metástase cervical, chegando a 50% no caso do câncer de língua.¹⁹

Awojobi *et al.*,⁵ investigando a percepção dos pacientes frente à prática dos dentistas, verificou que apenas 13% dos participantes relataram ter recebido algum tipo de exame físico na região do pescoço e, dessa parcela, apenas 44% haviam recebido uma explicação para o procedimento. Laronde *et al.*²⁰ chegaram a conclusão de que, mesmo que a maioria dos cirurgiões-dentistas entrevistados alegassem realizar a palpação de linfonodos, um número expressivo de casos de cadeias palpáveis não foram elucidadas ou relacionadas com alguma história médica. No presente estudo, pouco mais da metade dos estudantes (52%) declarou ter recebido um adequado treinamento para palpação de nódulos linfáticos e identificação de linfadenopatias. Quanto às características de um linfonodo comprometido por metástase, apenas 49,5% respondeu assertivamente “linfonodos fixos e indolores”. Infelizmente, essa prática simples e extremamente importante parece ser negligenciada ou realizada sem assertividade pelos alunos, futuros cirurgiões-dentistas. Muitos estudos indicam que a presença de metástases cervicais reduzem significativamente e as taxas de sobrevivência desses pacientes se comparados com a doença sem comprometimento linfonodal.²

Neste trabalho, 81,6% dos entrevistados encaminhariam corretamente um paciente diagnosticado com câncer ao oncologista, mas 14,8% encaminhariam ao cirurgião buco-maxilofacial, ignorando que o câncer é uma doença sistêmica e que necessita ser tratado por uma equipe médica. Quanto ao protocolo de tratamento mais empregado, apenas 17,9% afirmaram corretamente que seria remoção cirúrgica associada à radioterapia, enquanto 61,7% incluíram a quimioterapia como uma prática habitual no protocolo de tratamento, erroneamente.

Sabe-se que o estágio de evolução e variedade histológica do tumor interferem na escolha das terapias para o câncer oral.² Para o carcinoma de células escamosas, a remoção cirúrgica é o tratamento de primeira escolha, associada à radioterapia nos casos de lesões mais avançadas (estágios III e IV). A quimioterapia é utilizada na minoria dos casos, especialmente associada à radioterapia nos protocolos de preservação de órgãos.⁶ Estes resultados mostram o natural distanciamento dos alunos de Odontologia do meio médico, pela falta de vivência hospitalar. Os alunos acompanham o paciente até o momento do diagnóstico, mas geralmente perdem seu seguimento durante o tratamento.

O presente estudo verificou que, no Espírito Santo, os graduandos de Odontologia estão terminando sua formação acadêmica com necessidade de aprimorar seu conhecimento sobre o câncer oral. Apesar da percepção da importância do seu papel no diagnóstico e prevenção dessa enfermidade, provavelmente esses alunos não apresentam boa capacidade de resolução clínica em seus consultórios. O aluno de Odontologia não deveria perceber o assunto câncer oral como algo isolado na grade curricular, e sim como um conhecimento integrado e necessário à sua prática clínica diária como futuro cirurgião-dentista.

Uma das limitações desse trabalho foi o universo reduzido da amostra, que contou com 196 alunos. No entanto, todos já haviam passado por disciplinas como Propedêutica Clínica, Estomatologia e afins, que tratam do assunto câncer oral. Estes alunos também já tiveram a oportunidade de praticar seus conhecimentos ao longo das clínicas da graduação. Acredita-se, portanto, que os resultados desta pesquisa refletem a realidade do conhecimento sobre o câncer oral entre os futuros cirurgiões-dentistas no período da realização deste questionário que compreende do último semestre de 2015 ao primeiro semestre de 2016.

Conclusão

Conclui-se, a partir dos resultados obtidos com este trabalho, que de maneira geral, os alunos de Odontologia terminam sua graduação com um conhecimento a ser melhorado sobre o câncer oral, quando o ideal seria formar profissionais inteiramente seguros e capazes de atuar incisivamente na prevenção e diagnóstico do câncer oral. Os questionamentos sobre biópsia e exame das cadeias linfonodais deixa claro que cerca de metade dos alunos avaliados não possui segurança em como agir no exame do paciente com suspeita de neoplasia maligna. Portanto, podemos sugerir que existe a necessidade de uma maior capacitação destes graduandos para a realização de procedimentos diagnósticos. 

Referências ::

1. Inca. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Inst. Nac. Do Câncer. 2015:1-126.
2. Taghavi N, Yazdi I. Prognostic factors of survival rate in oral squamous cell carcinoma: clinical, histologic, genetic and molecular concepts. *Arch. Iran. Med.* 2015;18(5):314-9.
3. Chi AC, Day TA, Neville BW. Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma—an update. *CA: Cancer J. Clin.* 2015;65(5):401-21.
4. Felippu AWD, Freire EC, Silva RA, Guimarães AV, Dedivitis RA. Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. *Braz. J. Otorrinolaryngol.* 2016;82(2):140-3.
5. Awojobi O, Scott SE, Newton T. Patients' perceptions of oral cancer screening in dental practice: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2012;12(55):1-9.
6. Bonfante GMS, Machado CJ, Souza PEA, Andrade EIG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(5):983-97.
7. Falcão MML, Alves TDB, Freitas VS, Coelho TCB. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer de cavidade oral. *RGO.* 2010;58(1):27-33.
8. Nascimento EPA, Nogueira LT, Silva TSO, Ferreira RS, Pinheiro COB. Câncer de cavidade oral: conhecimento de cirurgiões-dentistas e acadêmicos de odontologia. *R. Interd.* 2014;7(3):9-16.
9. Pinheiro SMS, Cardoso JP, Prado FO. Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer de cavidade oral entre Profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia. *Rev. Bras. de Cancerologia.* 2010;56(2):195-205.
10. Gomes SV, Conceição TS, Neves PAM, Lopes FF, Cruz MCFN. Knowledge on oral cancer among dentistry students at Federal University of Maranhão. *Rev. Odontol. UNESP.* 2015;44(1):44-50.
11. Andrade SN, Muniz LV, Soares JMA, Chaves ALF, Ribeiro RIMA. Câncer de boca: Avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. *Rev. Bras. Odonto.* 2014;71(1):42-7.
12. Jaber MA. Dental practitioner's knowledge, opinions and methods of management of oral premalignancy and malignancy. *Saudi. Dent. J.* 2011;23(1):29-36.
13. Shaila M, Shetty P, Decruz AM, Pai P. The Self-Reported Knowledge, Attitude and the Practices Regarding the Early Detection of Oral Cancer and Precancerous Lesions among the Practising Dentists of Dakshina Kannada—A Pilot Study. *J. Clin. Diagn. Res.* 2013;7(7):1491-4.
14. Halawany HS, Jacob V, Abraham NB, Maflehi N. Oral cancer awareness and perception of tobacco use cessation counseling among dental students in four asian countries. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 2013;14(6):3619-23.
15. Saleh A, Kong YH, Vengu N, Badrudeen H, Zain RB, Cheong SC. Dentists' Perception of the Role they Play in Early Detection of Oral Cancer. *Asian Pac J. Cancer Prev.* 2014;15(1):229-37.
16. Bhagavathula AS, Zakaria NB, Jamshed SQ. Knowledge of future dental practitioners towards oral cancer: Exploratory findings from a public university in Malaysia. *Inter. J. Dentistry.* 2015:1-7.
17. Turati F, Garavello W, Tramacere I, Pelucchi C, Galeone C, Bagnardi V, et al. A Meta-analysis of alcohol drinking and oral and pharyngeal cancers: results from subgroup analyses. *Alcohol Alcohol.* 2012;48(1):107-18.
18. Kayalvizhi EB, Lakshman VL, Sitra G, Yog S, Kanmani R, Megalai N. Oral leukoplakia: A review and its update. *J. Med. Radiol. Pathol. Surg.* 2016;2(2):18-22.
19. Candia J, Fernandez A, Kraemer K. Survival and mortality from oral cancer by anatomical location. A narrative review. *J. Oral Res.* 2016;5(1):35-42.
20. Laronde DM, Williams PM, Hislop TG, Poh C, Zhang L. Decision-making on detection and triage of oral mucosa lesions in community dental practices: Screening decisions and referral. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2014;42(4):375-84.

Recebido em: 14/06/2016 Aprovado em: 15/07/2016

Autor Correspondente

Bárbara Libardi de Sousa

E-mail: barbara.libardir@gmail.com