

Estudo comparativo do conhecimento sobre câncer bucal entre acadêmicos de odontologia

Comparative study of knowledge about oral cancer among undergraduate dental students

Samara Ribeiro da Silva¹, Yara Juliano¹, Neil Ferreira Novo¹, Ilan Weinfeld¹

RESUMO

Objetivo: Avaliar e comparar o conhecimento de acadêmicos de odontologia sobre câncer bucal. **Métodos:** Os acadêmicos foram divididos em dois grupos, de acordo com o semestre cursado na graduação: Grupo A, primeiro semestre; e Grupo B: sétimo semestre. Eles foram convidados a responderem um questionário referente a epidemiologia, fatores de risco, aspectos clínicos, soluções terapêuticas e autoexame bucal. Para a análise estatística dos resultados, foram utilizados o teste exato de Fisher, o teste G de Cochran e o teste de concordância de Kendall, com nível de significância estabelecido em 0,05. **Resultados:** Somente 8,0% do Grupo A e 56,0% do Grupo B julgaram o sexo masculino como aquele frequentemente acometido pela lesão ($p=0,0006$). Em relação à faixa etária, 84,0% do Grupo B e 44,0% do Grupo A estimaram que a maioria dos casos era diagnosticada acima dos 40 anos ($p=0,0072$). O tabagismo foi apontado como principal fator de risco por 64,0% e 91,6% dos alunos dos Grupos A e B, respectivamente ($p=0,0110$). Nas questões referentes a sexo, etnia, faixa etária, fatores de risco, autoexame, tratamento, profissional responsável pelo tratamento e perfil de um indivíduo portador da lesão, os alunos do sétimo semestre apresentaram percentagens de respostas corretas significativamente maiores que as dos discentes do primeiro semestre. **Conclusão:** Houve significativa concordância entre os erros e acertos dos discentes do primeiro e sétimo semestres, sendo necessária uma abordagem específica direcionada à deficiência por eles apresentadas.

Descritores: Neoplasias bucais; Hábito de fumar; Alcoolismo; Inquéritos e questionários; Estudantes de odontologia

ABSTRACT

Objective: To evaluate and compare the knowledge of dental undergraduate students about oral cancer. **Methods:** The students were divided into two groups according to semester attended in the undergraduate course: Group A, the first semester; and Group B,

seventh semester. They were asked to answer a questionnaire about epidemiology, risk factors, clinical aspects, therapeutic solutions and oral self-examination. For statistical analysis, the Fisher's exact test, the Cochran's G test and Kendall's concordance test were used, with significance level set at 0.05. **Results:** Regarding the prevalent sex, only 8.0% of Group A and 56.0% of Group B judged males as the frequent affected by the disease ($p=0.0006$). In terms of age, 84.0% of the Group B and 44.0% of the Group A estimated that most cases were diagnosed over 40 years ($p=0.0072$). Smoking was identified as the major risk factor for 64.0% and 91.6% of Groups A and B, respectively ($p=0.0110$). On issues related to sex, ethnicity, age, risk factors, self-examination, treatment, professional responsible for treatment and profile of an individual with the disease, the seventh-semester showed significantly higher correct answer percentages than first-semester undergraduates. **Conclusion:** There was significant correlation between the right and wrong answers given by first and seventh semester students, making necessary a specific approach directed to their lack of knowledge.

Keywords: Mouth neoplasms; Smoking; Alcoholism; Surveys and questionnaires; Students, dental

INTRODUÇÃO

Genericamente designado como câncer bucal, o carcinoma espinocelular é a mais comum neoplasia maligna da cavidade oral.⁽¹⁻³⁾ Em dissonância de outras neoplasias, como as de mama, próstata e pele, é uma doença pouco divulgada pelos órgãos midiáticos, de modo que informações importantes referentes a fatores de risco, tratamento e autoexame passam despercebidas. Advém do quadro descrito o desconhecimento da população sobre a lesão, além da existência de diagnóstico tardio, resultando invariavelmente em mutilações e sequelas importantes, ou mesmo interferindo na sobrevivência do paciente.

¹ Universidade de Santo Amaro, São Paulo, Brasil.

Autor correspondente: Samara Ribeiro da Silva – Rua Professor Enéas de Siqueira Neto, 340 – Jardim das Imbuías – CEP: 04829-300 – São Paulo, SP, Brasil – Tel.: (11) 2151-8555
E-mail: samara_ribeiroasilva@hotmail.com

Data de submissão: 4/5/2016 – Data de aceite: 15/7/2016

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.1590/S1679-45082016AO3729

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) estimou, para o Brasil, no ano de 2016, 11.140 novos casos de neoplasias orais em homens e 4.350 em mulheres. Desconsiderando os tumores de pele não melanoma, para o sexo masculino, essas taxas permitem que a neoplasia ocupe desde o quarto ao sétimo local das doenças neoplásicas mais frequentes, dependendo da região geográfica brasileira. No que tange às mulheres, a doença pode ocupar desde a 9ª até a 15ª posição, também em dependência da localização no país.⁽⁴⁾ Devido à sua alta incidência, o câncer bucal representa importante problema de saúde pública, e as atitudes e as práticas acerca da doença devem ser revistas, no ensejo de diminuição de sua ocorrência e do incentivo ao diagnóstico precoce, estendendo-se às lesões orais potencialmente malignas, como leucoplasia, eritroplasia e queilite actínica.⁽⁵⁾

Em decorrência do quadro apresentado, torna-se imprescindível que diferentes profissionais no âmbito da saúde, em concordância com suas atribuições, estejam aptos a atuarem nos diferentes níveis de prevenção da doença. Entretanto, a odontologia, ciência diretamente ligada ao câncer bucal, tem papel primordial em sua prevenção e diagnóstico, independentemente do tratamento ser da competência do cirurgião-dentista, pois cabe a este examinar e diagnosticar desde as mais incipientes alterações bucais.

Preliminarmente, os cursos de graduação devem preparar os estudantes e habilitá-los para atuar no diagnóstico de quaisquer agravos do sistema estomatognático. Assim, a avaliação do conhecimento acadêmico, em diferentes estágios da formação, seja antes e pós-ministração das disciplinas semiológicas, é meio plausível de mensurar a capacitação desses futuros profissionais, diante das diferentes alterações orais, especialmente do câncer bucal.

Diferentes estudos avaliaram as opiniões e as práticas de profissionais em relação à doença, observando que os entrevistados têm um bom conhecimento dos principais fatores de risco, como tabagismo e etilismo.^(1,2) No entanto, somente 39,0% de cirurgiões-dentistas e 9,0% de médicos sabiam identificar os locais mais comuns de desenvolvimento da doença.⁽⁶⁾ Curiosamente, poucos se sentiam preparados para a realização do procedimento de biópsia.⁽⁷⁾

O carcinoma espinocelular, em sua maioria, pode ser descrito como uma lesão ulcerada, com bordas elevadas, nítidas e endurecidas (cartonadas), com centro necrosado e base endurecida, devido à infiltração dos tecidos subjacentes, geralmente assintomática em seu início e de rápido crescimento.⁽⁸⁾

Assim, em uma população de alto risco para o câncer bucal, verificou-se que três, das quatro questões, que indagavam alterações clínicas que podem representar a

doença (lesões brancas e avermelhadas na boca, úlceras que não cicatrizam e linfonodos cervicais alterados) foram significativamente mais propensas ($p < 0,0100$) de serem respondidas corretamente pelo grupo sensibilizado por campanhas de prevenção, quando em comparação ao grupo não sensibilizado.⁽⁹⁾ Logo, a conscientização da população acerca da doença constitui método efetivo de prevenção primária.

Por tais razões, o foco deste trabalho foi realizar uma abordagem comparativa informativa de diferentes estudantes de odontologia em relação ao câncer bucal, uma vez que esses futuros profissionais, devidamente habilitados, proficuamente atenderão à comunidade. Para intervenção eficaz e competente no meio social, é importante atuar em diferentes níveis de prevenção da doença, com atenção especial à prevenção primária e ao diagnóstico precoce.

OBJETIVO

Avaliar e comparar o conhecimento de acadêmicos do primeiro e sétimo semestres da graduação do curso de odontologia em relação a etiologia, epidemiologia, fatores de risco, sintomatologia, aspectos clínicos, tratamento, prognóstico, autoexame e prevenção do câncer bucal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado na cidade de São Paulo (SP), com discentes regularmente matriculados no curso superior de Odontologia de uma universidade, cujo modelo de ensino-aprendizagem seguia o tradicional, associado à seguinte problematização: casos são oferecidos para serem solucionados em atividades denominadas “seminários”. Os acadêmicos foram distribuídos em dois grupos, de acordo com o semestre cursado na graduação no momento do estudo, compreendendo uma amostra de 25 acadêmicos que cursavam o primeiro semestre (Grupo A) e uma amostra de 25 acadêmicos do sétimo semestre (Grupo B). A população totalizou 50 graduandos que se voluntariaram a participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os voluntários foram convidados a responder um questionário (Anexo 1) composto por 15 questões de múltipla escolha, com apenas uma alternativa de resposta correta, referentes a etiologia, epidemiologia, fatores de risco, sintomatologia, aspectos clínicos, tratamento, prognóstico, autoexame e prevenção do câncer bucal. A orientação dada foi para respondê-lo em um único momento, reservado à aplicação dos questionários.

Para a análise estatística dos resultados, foram aplicados os seguintes testes: teste exato de Fisher, com o escopo de comparar os Grupos A e B em relação

às percentagens de respostas corretas; o teste G de Cochran, objetivando comparar as percentagens de respostas corretas dadas para cada uma das questões propostas, aplicado em separado para os citados grupos; teste de concordância de Kendall, com a finalidade de demonstrar a concordância entre as ordenações (postos) de acertos, em ordem crescente, observadas nos Grupos A e B.

O nível de significância foi fixado em 0,05 ou 5%.

O presente estudo foi previamente submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, conforme o número 1.053.885, CAAE: 44507915.1.0000.0081.

RESULTADOS

Mediante a aplicação dos questionários, as respostas fornecidas pelos discentes dos Grupos A e B foram comparadas em relação aos acertos e erros para cada uma das perguntas do questionário, com o objetivo de aferir, mediante a aplicação do teste exato de Fisher, se havia diferenças estatisticamente significantes entre as taxas de respostas, conforme apresentado na tabela 1.

No que tange às características epidemiológicas, as percentagens de respostas corretas dos acadêmicos do sétimo semestre da graduação foram significativamente maiores que as percentagens de acertos dos acadêmicos do primeiro semestre, vez que responderam corretamente que a lesão acometia, principalmente, indivíduos do sexo masculino, leucodermas, com idade acima dos 40 anos (Tabela 1). Todavia, 84,0% do Grupo A e 36,0% do Grupo B responderam que a doença era igualmente prevalente nos dois sexos. Cerca de 60,0% do Grupo A e 12,0% do Grupo B afirmaram que a lesão acometia melanodermas e leucodermas sem distinção. Igualmen-

te, 56,0% dos acadêmicos do Grupo A e 16,0% dos alunos do Grupo B julgaram que a doença ocorria predominantemente na faixa etária entre 20 e 40 anos.

Em relação aos fatores de risco, 91,6% dos acadêmicos do sétimo semestre e 64,0% dos estudantes do primeiro semestre apontaram corretamente o tabagismo como o principal fator no desenvolvimento da doença, com percentagens de respostas corretas significativamente maiores para o Grupo B. Cerca de 24,0% do Grupo A assinalou herança genética como principal fator de risco e 12,0% deste mesmo grupo afirmou que não existiam fatores de risco estabelecidos para essa doença.

De modo similar, as percentagens de respostas corretas revelaram diferenças estatisticamente significantes, entre as amostras, com percentagens de acertos maiores para o Grupo B, em relação à capacidade de realização do autoexame, à remoção cirúrgica da lesão como principal método terapêutico (que pode, ou não ser complementado por radioterapia e/ou quimioterapia), ao profissional responsável pelo tratamento da doença (médico oncologista) e, por fim, ao perfil de um indivíduo portador da lesão (homem leucoderma, 50 anos de idade, fumante e etilista).

Nesse contexto, uma parcela significativa (56,0%) do Grupo A afirmou que somente o cirurgião-dentista era capacitado para o exame da cavidade oral. Cerca de 61,0% dos acadêmicos do primeiro semestre e 29,0% dos acadêmicos do sétimo semestre apontaram o cirurgião-dentista como o profissional responsável pelo tratamento da doença.

Para total aferição do resultado, as percentagens de respostas corretas dos discentes do primeiro e sétimo semestre da graduação, referentes às 15 perguntas do questionário, podem ser observadas na figura 1.

Tabela 1. Frequências de acertos e erros para as perguntas do questionário (resultados significantes em negrito) dos acadêmicos do primeiro e do sétimo semestre do curso de odontologia

Questão	1º Semestre			7º Semestre			Significância
	Certas	Erradas	%Certas	Certas	Erradas	%Certas	
Contágio	25	0	100,0	24	1	96,0	p=0,9999
Etiologia	20	4	83,3	24	1	96,0	p=0,1895
Gênero prevalente	2	23	8,0	14	11	56,0	p=0,0006
Etnia prevalente	5	20	20,0	21	4	84,0	p=0,0000
Faixa etária	11	14	44,0	21	4	84,0	p=0,0072
Fatores de risco	16	9	64,0	22	2	91,6	p=0,0110
Sintomatologia	15	10	60,0	16	8	66,6	p=0,7698
Aspecto clínico	22	3	88,0	22	3	88,0	p=0,9999
Prognóstico	24	1	96	24	1	96,0	p=0,9999
Autoexame	9	16	36,0	20	5	80,0	p=0,0037
Tratamento	17	8	68,0	25	0	100,0	p=0,0040
Responsável pelo tratamento	4	19	17,4	14	10	58,3	p=0,0065
Perfil do paciente	16	9	64,0	24	1	96,0	p=0,0106
Métodos de prevenção	20	4	83,3	25	0	100,0	p=0,0502
Intervenção multidisciplinar	25	0	100,0	25	0	100,0	p=0,9999

Teste exato de Fisher.

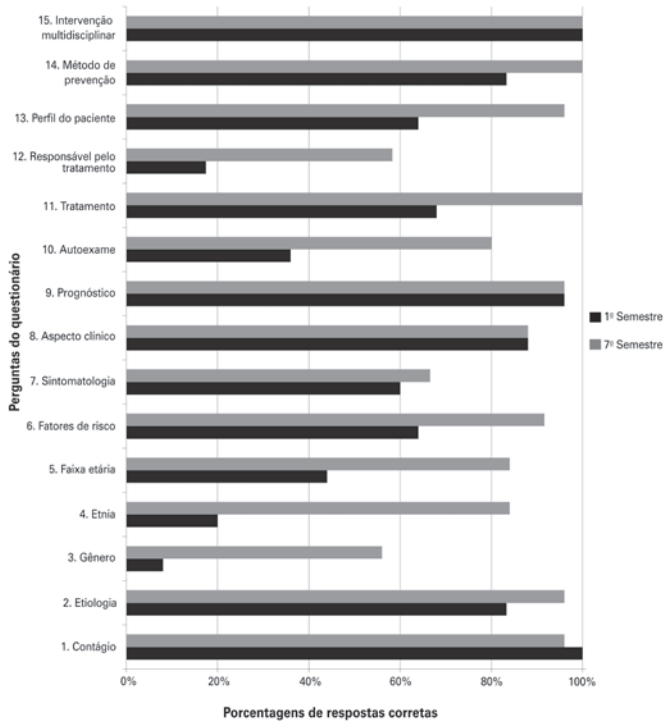


Figura 1. Número de respostas certas das 15 perguntas dos acadêmicos de odontologia do primeiro e sétimo semestres

Com o objetivo de comparar as frequências de acertos das 15 perguntas do questionário, em cada um dos grupos e verificar as variáveis com menores percentuais de acertos, mediante a aplicação do teste G de Cochran, foram elaboradas as tabelas 2 e 3, respectivamente, para os Grupos A e B. As linhas representam as respostas dos alunos sendo 1 para correta e zero para incorreta. A ausência de dígito indica que a questão foi desconsiderada pelo fato de o entrevistado ter assinalado mais de uma alternativa.

Concernente aos estudantes do primeiro semestre, é possível observar que as porcentagens de acertos das perguntas referentes a sexo, etnia, faixa etária, fatores de risco, sintomatologia, autoexame, tratamento, profissional responsável pelo tratamento e perfil do paciente portador da doença foram significativamente menores que as demais perguntas, sendo o valor de G calculado de 138,92 ($p=0,0000$). Por sua vez, para os participantes do sétimo semestre, as questões que apresentaram percentagens de acertos significativamente menores que as demais foram aquelas relacionadas a sexo, sintomatologia e profissional responsável pelo tratamento. Para esse grupo, o valor de G calculado foi 70,32 ($p=0,0000$).

Posteriormente, o teste de concordância de Kendall foi aplicado com o propósito de analisar possível con-

Tabela 2. Alunos do primeiro semestre do curso de odontologia, conforme respostas corretas (1) ou incorretas (0) dadas às perguntas do questionário

Acadêmicos	Questões														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1		1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1
2	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1
3	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1
4	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1
5	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1
6	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1
7	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
8	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1
9	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1
10	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1
11	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1
12	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1
13	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1
14	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1		1	1	1
15	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
16	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1
17	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
18	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1
20	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1
21	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
22	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1
23	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0		0		1
24	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
25	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1
Total de (1)	25	20	2	5	11	16	15	22	24	9	17	4	16	20	25
% de (1)	100,0	83,3	8,0	20,0	44,0	64,0	60,0	88,0	96,0	36,0	68,0	17,4	64,0	83,3	100,00

Teste G de Cochran/G: 138,92 ($p=0,0000$).

Tabela 3. Alunos do sétimo semestre do curso de odontologia, conforme respostas corretas (1) ou incorretas (0), dadas às perguntas do questionário

Acadêmicos	Questões														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
8	1	1	1	0	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1
13	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
14	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1
15	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	1	1	0	1	0		0	1	1	1	1	0	0	1	1
17	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
18	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1
19	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
21	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Total de (1)	24	24	14	21	21	22	16	22	24	20	25	14	24	25	25
% de (1)	96,0	96,0	56,0	84,0	84,0	91,6	66,6	88,0	96,0	80,0	100,0	58,3	96,0	100,0	100,0

Teste G de Cochran / G: 70,32 (p=0,0000).

Tabela 4. Grupos A e B do curso de odontologia, conforme questões do questionário, ordenadas em sequência crescente de acertos, com seu respectivo posto

Questões	1º Semestre		7º Semestre	
	Acertos	Posto	Acertos	Posto
Contágio	25	14,5 ^a	24	10,5 ^a
Etiologia	20	10,5 ^a	24	10,5 ^a
Gênero prevalente	2	1 ^a	14	1,5 ^a
Etnia prevalente	5	3 ^a	21	5,5 ^a
Faixa etária	11	5 ^a	21	5,5 ^a
Fatores de risco	16	7,5 ^a	22	7,5 ^a
Sintomatologia	15	6 ^a	16	3 ^a
Aspecto clínico	22	12 ^a	22	7,5 ^a
Prognóstico	24	13 ^a	24	10,5 ^a
Autoexame	9	4 ^a	20	4 ^a
Tratamento	17	9 ^a	25	14 ^a
Responsável pelo tratamento	4	2 ^a	14	1,5 ^a
Perfil do paciente	16	7,5 ^a	24	10,5 ^a
Métodos de prevenção	20	10,5 ^a	25	14 ^a
Intervenção multidisciplinar	25	14,5 ^a	25	14 ^a

Teste de Concordância de Kendall. Coeficiente de Concordância W de 0,90 (p=0,0315).

cordância entre as frequências de respostas corretas dos discentes de ambos os semestres. Na tabela 4, estão representadas as percentagens de acertos referentes às perguntas do questionário. As frequências foram ordenadas em sequência e posto crescente de acertos.

O coeficiente W de 0,90 (p=0,0315) evidencia grande e significativa concordância entre as ordenações das frequências de respostas, observadas entre os discentes dos Grupos A e B. Embora os percentuais de acertos e erros tenham variado nos grupos, os acadêmicos, em geral, tiveram menos sucesso nas mesmas variáveis.

DISCUSSÃO

Em conformidade com dados do INCA, o Brasil apresenta alto índice de incidência e de prevalência de neoplasias orais, ocupando o 5º lugar de neoplasias mais frequentes em homens e o 12º em mulheres (desconsiderando as neoplasias de pele não melanoma).⁽⁴⁾

Indubitavelmente, é primordial atuar em promoção da saúde. Para operar com eficiência na prevenção de uma doença é plausível que se saiba identificar a população e os fatores de risco envolvidos e, assim, instituir medidas que possam atingir benéfica e favoravelmente os indivíduos em questão, de modo a diminuir a probabilidade de sua ocorrência. Por essas premissas, é de vital importância a avaliação do conhecimento de estudantes e profissionais da saúde, por meio de pesquisas qualitativas e outros meios de investigação, pois eles, em especial, devem estar preparados e habilitados para intervir com competência no atendimento da comunidade.^(8,9,10,11)

Nesse contexto, a recorrência de respostas corretas observadas para as perguntas referentes às características epidemiológicas mostrou-se estatisticamente significativa. No entanto, mesmo para os discentes do sétimo semestre da graduação, o conhecimento do sexo prevalente mostrou-se significativamente menor, em relação às outras variáveis questionadas, quando pouco mais da metade dos entrevistados (56,0%) acertaram listar o masculino como aquele frequentemente acometido pela lesão. Essas amostragens convergem com os resultados encontrados em estudo anterior, no qual cerca de 52,0% dos entrevistados, acadêmicos dos cursos de odontologia e enfermagem fizeram o mesmo julgamento.⁽¹²⁾

No que se refere aos fatores de risco, 64,0% do Grupo A e 91,6% do Grupo B apontaram o tabagismo como principal fator, com diferença significativa entre as taxas de respostas. Esses resultados são superiores àqueles encontrados em outros estudos, que avaliaram a população geral, bem como grupos não sensibilizados por campanhas de prevenção.^(3,9) Em contrapartida, em pesquisas realizadas com estudantes e profissionais no âmbito da saúde, o tabagismo foi amplamente apontado como um dos principais fatores de risco, de modo que as porcentagens de respostas corretas variaram entre 83,0 e 100,0%, convergindo com os resultados apresentados pelos discentes do sétimo período da graduação.^(1,6,7,13,14)

Embora tabagismo, etilismo, radiação solar crônica (para a neoplasia de lábio) e o papiloma vírus humano (HPV) sejam apontados como os principais fatores de risco para o câncer bucal, questionou-se os alunos somente sobre o fumo, com fulcro de avaliar o conhecimento específico sobre este fator, visto estar altamente associado ao desenvolvimento da neoplasia. Além disso, não era objetivo da pesquisa destacar todos os fatores, para não induzir os estudantes a responderem a alternativa que abordasse os riscos de maneira mais abrangente.

Em relação à sintomatologia dolorosa, 60,0% dos acadêmicos do Grupo A e 66,66% dos acadêmicos do Grupo B considera que a mesma está presente nos estágios avançados da doença. Tais resultados são similares

aos apresentados por outros autores, cujo percentual de respostas variou de 42,8 a 86,8%.^(1,2,8)

Do mesmo modo, houve diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos discentes, quando indagados sobre o autoexame bucal: 80,0% do Grupo B e 36,0% do Grupo A apontaram que era possível realizá-lo. A literatura mostra que 39,2% de escolares do terceiro ano do Ensino Médio entrevistados afirmam ter conhecimento sobre autoavaliação oral.⁽¹⁵⁾ A conscientização do autoexame é importante, pois concorre para o favorecimento do diagnóstico precoce, possibilitando ao indivíduo a procura de tratamento adequado nos estágios iniciais da lesão, favorecendo seu prognóstico (conforme classificação TNM).⁽¹⁶⁾

Observou-se pouca diferença em relação ao conhecimento e práticas acerca do câncer bucal entre acadêmicos do quarto ao décimo semestre da graduação.⁽¹⁷⁾ Em outro estudo, o nível de conhecimento dos universitários do terceiro e do quinto ano do curso de odontologia apresentou melhor desempenho que os discentes do primeiro ano.⁽¹⁸⁾ No presente estudo, houve significativa concordância entre as ordenações das frequências de respostas observadas entre os alunos do primeiro e sétimo semestres. Embora os percentuais de acertos e erros tenham variado nos grupos, os acadêmicos tiveram menos sucesso, em geral, nas mesmas variáveis. É possível inferir que há necessidade de uma abordagem específica, direcionada principalmente à conscientização do sexo prevalente, do profissional responsável pelo tratamento, da sintomatologia e do autoexame do câncer bucal.

Por conseguinte, nos estudos referenciados, verificou-se que as porcentagens de respostas corretas foram dependentes do público avaliado. Profissionais da saúde e acadêmicos do sétimo semestre da graduação revelaram bom conhecimento dos fatores de risco, aspecto clínico e métodos de prevenção.^(6,7,13,19) Por seu turno, pesquisas realizadas com a população demonstraram que o conhecimento destes fatores foi inferior.^(3,9)

De forma antagônica, mesmo entre profissionais, poucos sabiam identificar os locais mais comuns de desenvolvimento da doença; uma pequena parcela sentia-se preparada para realizar procedimentos de biópsia; e menos que 5,0% conheciam os procedimentos adequados para o exame da língua, em clara deficiência a esse quesito.^(2,6,7) A observação minuciosa das estruturas orais é imprescindível, pois pode evidenciar os indícios iniciais de alterações, favorecendo o diagnóstico precoce.^(2,6,7)

CONCLUSÃO

Nas variáveis relacionadas às características epidemiológicas, aos fatores de risco, ao autoexame, às soluções te-

rapêuticas e ao perfil de um indivíduo portador da lesão, os alunos do sétimo semestre da graduação foram significativamente mais propensos a responderem corretamente as questões.

Os questionamentos sobre sexo prevalente, sintomatologia dolorosa e profissional responsável pelo tratamento revelaram que os discentes do sétimo semestre detinham conhecimento pouco representativo sobre o câncer bucal, com porcentuais de respostas significativamente menores que as demais inquirições.

Em remate, há significativa concordância na amostragem entre os erros e acertos dos acadêmicos do primeiro e sétimo semestres, a qual requer abordagem específica direcionada às deficiências apresentadas por esses futuros profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Canto MT, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Maryland family physicians' knowledge, opinions and practices about oral cancer. *Oral Oncol.* 2002;38(5):416-24.
2. Nicotera G, Gnisci F, Bianco A, Angelillo IF. Dental hygienists and oral cancer prevention: knowledge, attitudes and behaviors in Italy. *Oral Oncol.* 2004;40(6):638-44.
3. Ribeiro R, Martins MA, Fernandes KP, Bussadori SK, Miyagi SP, Martins MD. Avaliação do nível de conhecimento de uma população envolvendo câncer oral. *Robrac.* 2008;17(44):104-9.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. INCA; 2016[citado 2016 Jul 21]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/por-tipos.asp>
5. Maia HC, Pinto NA, Pereira JS, Medeiros AM, Silveira EJ, Miguel MC. Lesões orais potencialmente malignas: correlações clínico-patológicas. *einstein (São Paulo).* 2016;14(1):35-40.
6. Applebaum E, Ruhlen TN, Kronenberg FR, Hayes C, Peters ES. Oral cancer knowledge, attitudes and practices: a survey of dentists and primary care physicians in Massachusetts. *J Am Dent Assoc.* 2009;140(4):461-7. Erratum in: *J Am Dent Assoc.* 2009;140(5):522.
7. Pinheiro SM, Cardoso JP, Prado FO. Conhecimentos e diagnóstico em câncer bucal entre profissionais de odontologia de Jequié, Bahia. *Rev Bras Cancerol.* 2010;56(2):195-205.
8. Alvarenga ML, Couto MG, Ribeiro AO, Milagres RC, Messoria MR, Kawata LT. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto ao câncer bucal. *RFO UPF.* 2012;17(1):31-5.
9. Croucher R, Islam SS, Nunn H. Campaign awareness and oral cancer knowledge in UK resident adult Bangladeshi: a cross-sectional study. *Br J Cancer.* 2011;105(7):925-30.
10. Dantas EO, Aranda CS, Nobre FA, Fahl K, Mazzucchelli JT, Felix E, et al. Conhecimento médico sobre as imunodeficiências primárias na cidade de São Paulo, Brasil. *einstein (São Paulo).* 2013;11(4):479-85.
11. Lira CA, Oliveira JN, Andrade MS, Campanharo CR, Vancini RL. Conhecimento, percepções e utilização de medicamentos genéricos: um estudo transversal. *einstein (São Paulo).* 2014;12(3):267-73.
12. Oliveira JM, Pinto LO, Lima NG, Almeida GC. Câncer de boca: avaliação do conhecimento de acadêmicos de odontologia e enfermagem quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico. *Rev Bras Cancerol.* 2013;59(2):211-8.
13. González-Martínez R, Delgado-Molina E, Gay-Escoda C. A survey of oral surgeons tobacco-use-related knowledge and intervention behaviors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012;17(4):e588-93.
14. Andrade SN, Muniz LV, Soares JM, Chaves AL, Ribeiro RI. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. *Rev Bras Odontol.* 2014;71(1):42-7.
15. Rodrigues MA. Elaboração, padronização e aplicação de questionário para avaliação de conhecimento sobre câncer bucal validado pela teoria da resposta ao item [dissertação]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2011.
16. Costa AL, Pereira JC, Nunes AA, Arruda ML. Correlação entre a classificação TNM, gradação histológica e localização anatômica em carcinoma epidermóide oral. *Pesqui Odontol Bras.* 2002;16(3):216-20.
17. Soares TR, Carvalho ME, Pinto LS, Falcão CA, Matos FT, Santos TC. Oral cancer knowledge and awareness among dental students. *Braz J Oral Sci.* 2014;13(1):28-33.
18. Lopes FF, Oliveira AE, Ferreira EB, Cruz MC, Miranda MR. Nível de conhecimento e atitudes preventivas entre universitários do curso de odontologia da UFMA em relação ao câncer bucal. *Rev Gest Saúde.* 2015;6(3):2039-52.
19. Andrade DL, Prado FO. Conhecimento e atitudes de acadêmicos de odontologia sobre câncer bucal. *Arch Health Invest.* 2016;5(2):90-7.

Anexo 1. Questionário

Responda TODAS as questões abaixo marcando APENAS UMA alternativa.

1. O câncer de boca:
 - a) Não é doença.
 - b) É uma doença contagiosa.
 - c) É uma doença, mas não é contagiosa.
2. O câncer ocorre devido:
 - a) Ao crescimento desordenado de células.
 - b) À morte das células.
 - c) À entrada de bactérias nas células.
3. O câncer de boca ocorre com maior frequência:
 - a) Nos homens.
 - b) Nas mulheres.
 - c) Igualmente nos dois gêneros.
4. Dentre as etnias abaixo, qual é a mais influenciada no desenvolvimento de câncer de lábio e de face?
 - a) Melanoderma.
 - b) Leucoderma.
 - c) Qualquer uma das anteriores.
5. Em que faixa etária a maioria dos casos de câncer de boca é diagnosticada?
 - a) Abaixo dos 20 anos.
 - b) Entre 20 e 40 anos.
 - c) Acima dos 40 anos.
6. Qual o principal fator de risco do câncer bucal?
 - a) Fumo.
 - b) Herança genética.
 - c) Não existe fator de risco estabelecido para essa doença.
7. O câncer de boca:
 - a) Não promove dor.
 - b) Promove dor em estágios avançados da doença.
 - c) Promove dor em qualquer estágio da doença.
8. Uma úlcera na língua que não cicatriza por um período acima de 15 dias pode representar risco de câncer bucal?
 - a) Não, porque o câncer não se apresenta como úlcera.
 - b) Sim, é necessário procurar um cirurgião-dentista.
 - c) É necessário aguardar um tempo maior, pois 15 dias é pouco tempo para representar uma lesão grave.
9. O câncer de boca:
 - a) Certamente não tem cura.
 - b) Tem cura independentemente de quando for diagnosticado.
 - c) As chances de cura aumentam muito quando o diagnóstico é precoce.
10. É possível fazer autoexame para o câncer de boca?
 - a) Não, somente o cirurgião-dentista é capacitado para o exame.
 - b) Depende, é necessário ter alguém para ajudar.
 - c) Sim, uma pessoa consegue avaliar a si mesma.
11. O tratamento do câncer de boca está baseado, principalmente, em:
 - a) Não há tratamento.
 - b) Medicamentos.
 - c) Cirurgia.
12. O tratamento está sob a responsabilidade do profissional:
 - a) Médico.
 - b) Cirurgião-dentista.
 - c) Médico ou cirurgião-dentista, sem profissional específico.
13. Das opções abaixo, qual mais se aproxima do perfil de uma pessoa com câncer de boca?
 - a) Homem leucoderma, com 50 anos, fumante e etilista.
 - b) Mulher melanoderma, com 20 anos e que apresenta casos de câncer de boca na família.
 - c) Homem melanoderma, com 20 anos e que se expõe aos raios solares sem proteção.
14. Como é possível prevenir o câncer de boca:
 - a) Tomando medicamentos específicos para prevenção.
 - b) Não fumando, evitando ingerir bebidas alcólicas e utilizando protetor solar.
 - c) Não é possível prevenir esse câncer, pois é hereditário.
15. A prevenção do câncer de boca depende:
 - a) Somente dos profissionais da área da saúde, pois eles são preparados para isso.
 - b) Todas as pessoas podem contribuir. É necessário conscientizar a população dos fatores de risco, para poder evitá-los.
 - c) Não tem como prevenir esse câncer, pois as pessoas são determinadas a tê-lo e não tem como mudar isso.