www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 163, 2026 | DOI: 10.69849/a42p2124

Avaliação do conhecimento dos estudantes de um Centro Universitário de Porto Velho - RO sobre o diagnóstico do câncer bucal[1]

Assessment of students' knowledge regarding the diagnosis of oral cancer at a University Center in Porto Velho, Rondônia, Brazil

Amanda Oliveira de Araújo[2]

Maria Eduarda Gonçalves Brito[3]

Carina Lelia Muniz[4]

Mariana Rodrigues Cardoso[4]

Resumo

O câncer bucal representa um importante problema de saúde pública, principalmente devido ao diagnóstico tardio da doença. Nesse contexto, o conhecimento sobre as desordens orais potencialmente malignas (DOPM), os fatores de risco e as características clínicas do câncer bucal é fundamental para o diagnóstico precoce. Este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento dos acadêmicos de Odontologia sobre o câncer bucal, considerando aspectos relacionados às características clínicas, aos fatores de risco e ao diagnóstico precoce. Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado por meio da aplicação de um questionário composto por 36 questões a 60 acadêmicos de Odontologia. Os resultados demonstraram média de pontuação de 5,81 pontos, com desvio-padrão de 2,05. O conceito B foi o mais frequente, atribuído a 21 participantes (35%). A questão com

[1]Artigo apresentado no Curso de Odontologia, como Trabalho de Conclusão de Curso do Centro Universitário São Lucas 2026, como pré-requisito para conclusão do curso, sob orientação das Professoras Me: Carina Lelia Muniz E-mail: leliamuniz@hotmail.com e Mariana Rodrigues Cardoso E-mail: dramarianarc@gmail.com

[2] AMANDA OLIVEIRA DE ARAÚJO, graduando (a) em Odontologia, pelo Centro Universitário São Lucas, 2026. E-mail: amandaoliveira050502@gmail.com

[3] MARIA EDUARDA GONÇALVES BRITO, graduando (a) em Odontologia, pelo Centro Universitário São Lucas, 2026. E-mail: mariaeduardagoncalvesbrito22@gmail.com

[4] Orientador

menor número de acertos abordou as características clínicas do linfonodo associado à metástase cervical, com 19 respostas corretas (31,7%). Os achados evidenciaram dificuldades dos participantes em determinados aspectos do conhecimento avaliado, especialmente no reconhecimento de características clínicas relevantes para o diagnóstico. Conclui-se que os resultados reforçam a importância de aprofundar o ensino sobre o câncer bucal durante a formação acadêmica, contribuindo para a preparação dos futuros cirurgiões-dentistas para o reconhecimento dessas alterações e para o diagnóstico precoce.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais; Diagnóstico Precoce; Lesões Pré-Cancerosas; Estudantes de Odontologia; Conhecimento.

Abstract

Oral cancer represents an important public health problem, mainly due to late diagnosis. In this context, knowledge of oral potentially malignant disorders (OPMDs), risk factors, and the clinical characteristics of oral cancer is essential for early diagnosis. This study aimed to assess dental students' knowledge of oral cancer, considering aspects related to clinical characteristics, risk factors, and early diagnosis. This was an observational, cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach, conducted through the administration of a 36-question questionnaire to 60 dental students. The results showed a mean score of 5.81 points, with a standard deviation of 2.05. Grade B was the most frequent, assigned to 21 participants (35%). The question with the lowest number of correct answers addressed the clinical characteristics of lymph nodes associated with cervical metastasis, with 19 correct responses (31.7%). The findings revealed difficulties among participants in certain aspects of the knowledge assessed, particularly in recognizing clinical characteristics relevant to diagnosis. It is concluded that the results reinforce the importance of further addressing oral cancer during academic training, helping prepare future dentists to recognize these conditions and contribute to early diagnosis.

Keywords: Mouth Neoplasms; Early Diagnosis; Precancerous Conditions; Dental Students; Knowledge.

INTRODUÇÃO

O câncer de boca, assim como outras neoplasias malignas, caracteriza-se como uma doença crônica resultante da interação de diversos fatores etiológicos que interferem no processo normal de multiplicação celular, promovendo crescimento desordenado e consequente formação de tumores malignos. Quando não diagnosticada em estágios iniciais, a doença pode evoluir com disseminação

das células tumorais para outras regiões do organismo, originando metástases e aumentando o risco de óbito do paciente (Van der Waal, 2013; Vidal et al. 2012).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2014), o câncer de boca é definido como as neoplasias que acometem os lábios e as estruturas internas da cavidade oral, incluindo gengivas, mucosa jugal, palato duro, língua e assoalho bucal. Do ponto de vista histológico, o carcinoma de células escamosas é o tipo mais comum, correspondendo a aproximadamente 90 a 95% dos casos.

Os portadores da doença geralmente são incapazes de identificar seus sinais e sintomas, considerando a baixa ênfase dada às medidas de prevenção e conscientização direcionadas à população. Quando o diagnóstico é realizado precocemente, as complicações do tratamento podem ser minimizadas, proporcionando resultados estéticos e funcionais menos mutiladores e maior índice de sobrevida dos pacientes (Adlard; Hume 2003; Carter et al., 2009).

Segundo Abati et al. (2020), de modo geral, essas lesões tendem a ser assintomáticas. Assim, os pacientes costumam buscar atendimento profissional apenas após o aparecimento de sintomas mais evidentes, como dor, sangramento e tumefação. Dessa forma, cerca de 50% dos cânceres orais, no momento do diagnóstico, já se encontram em estágio avançado (III ou IV). O atraso no diagnóstico dessas lesões está diretamente relacionado à disseminação linfática. Além da dificuldade dos pacientes em realizar a autoavaliação de alterações na cavidade oral, esse atraso também pode decorrer de uma conduta profissional inadequada, quando não há suspeita de malignidade oral.

De acordo com Barros, Casotti e Gouvêa (2017), o profissional mais capacitado para realizar ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal é o cirurgião-dentista. No entanto, falhas no processo de formação podem dificultar o desenvolvimento de ações preventivas e a elaboração de estratégias de educação em saúde voltadas aos grupos de risco.

Segundo Elango et al. (2011), entre os conhecimentos avaliados acerca do câncer bucal, foram observadas diferenças estatisticamente significativas relacionadas à capacidade de fornecer informações sobre a doença, à realização de exames para diagnóstico e à percepção dos cirurgiões-dentistas quanto ao conhecimento adquirido durante a graduação. Esses achados sugerem uma relação direta entre essas variáveis, uma vez que a formação recebida no período acadêmico

contribui para o desenvolvimento da competência técnica necessária à realização de procedimentos preventivos, bem como para a orientação adequada dos pacientes sobre o tema. Além disso, a literatura aponta que ações educativas em saúde bucal podem elevar o nível de conhecimento da população e favorecer uma maior adesão às práticas de autocuidado.

Considerando a importância desses conhecimentos para o cirurgião-dentista, este trabalho teve como objetivo avaliar, por meio de um questionário investigativo, o nível de conhecimento e as opiniões dos estudantes de Odontologia da Faculdade São Lucas - Afya, em Porto Velho-RO, acerca do câncer oral, abordando aspectos relacionados à prevenção e aos métodos de diagnóstico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Torre et al. (2015), o câncer afeta milhões de pessoas em todo o mundo e, atualmente, é reconhecido como uma das principais causas de morbidade e mortalidade. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2012 foram registrados aproximadamente 14,1 milhões de novos casos da doença, responsável por cerca de 8,2 milhões de mortes, também apontou projeções que apontavam para aproximadamente 20 milhões de casos anuais, crescendo para 35 milhões até 2050. Com isso, estima-se ainda que aproximadamente 30% desses casos poderiam ser evitados por meio de medidas de prevenção.

Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2004) nas últimas décadas, observou-se uma redução nas taxas de mortalidade causadas por doenças infecciosas. Em contrapartida, tem ocorrido um aumento nas mortes relacionadas a doenças não infecciosas, como as doenças cardiovasculares, as causas externas (mortes violentas) e as neoplasias. No Brasil, especialmente, o câncer tem assumido um papel cada vez mais relevante entre as principais causas de mortalidade. Além da mortalidade associada, a morbidade relacionada a essas neoplasias também exerce impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes. Isso ocorre, em grande parte, em razão da elevada frequência de diagnósticos tardios, os quais reduzem as chances de cura e aumentam a necessidade de tratamentos mais agressivos, frequentemente associados a mutilações decorrentes das intervenções terapêuticas.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2018) o câncer oral corresponde a um conjunto heterogêneo de neoplasias malignas que afetam os lábios e os tecidos da cavidade oral, incluindo língua, gengiva, palato duro, mucosa jugal e assoalho da boca.

Segundo Barros, Casotti e Gouvêa (2017), são consideradas neoplasias malignas da cavidade oral aquelas que se desenvolvem nos lábios, na cavidade oral, nas glândulas salivares e na orofaringe. Também são utilizadas as expressões câncer de boca ou câncer bucal. O câncer bucal apresenta forte associação com condições socioeconômicas, sendo mais frequente em populações que vivem em áreas de maior vulnerabilidade social.

A literatura demonstra que grande parte dessas neoplasias pode se desenvolver a partir de lesões cancerizáveis, também denominadas lesões ou doenças potencialmente malignas (DOPM). Em sua maioria, essas alterações são identificadas durante o exame clínico e frequentemente não apresentam sintomatologia específica ou bem definida (Dionne et al., 2014; Sperandio et al., 2013).

Entre as DOPMs, a leucoplasia é a condição mais frequentemente observada na prática clínica, com prevalência global estimada em 4,11% (Mello et al., 2018a). A Organização Mundial da Saúde define a leucoplasia como placas predominantemente brancas de risco potencial, excluindo outras doenças ou alterações conhecidas que não aumentam a probabilidade de desenvolvimento de câncer (Warnakulasuriya et al., 2007).

Inicialmente, as lesões surgem como manchas ou placas brancas, pequenas, bem delimitadas e geralmente assintomáticas. Na leucoplasia verrucosa proliferativa, forma mais agressiva da doença, as lesões tornam-se exofíticas e verrucosas e acometem múltiplos locais da cavidade bucal, sendo a gengiva a região mais afetada. (Wetzel; Wollenberg, 2020).

A queilite actínica é uma lesão que apresenta grande variedade de manifestações clínicas: pode surgir como uma placa branca persistente, com maior incidência no lábio inferior; borramento da linha de demarcação entre a região labial e a pele; e, à medida que progride, a placa pode tornar-se endurecida, escamosa e ulcerada. Na maioria das vezes, a lesão é assintomática, mas pode causar ardor, dormência ou dor, afetando com frequência pessoas que trabalham ao ar livre, como

marinheiros, agricultores, profissionais da construção civil e salva-vidas (Muse; Crane 2021).

A eritroplasia apresenta um elevado risco de progressão para carcinoma. De fato, muitas lesões vermelhas da mucosa bucal já podem conter carcinoma in situ ou doença invasiva no momento do diagnóstico. Devido a esse alto risco de transformação maligna, recomenda-se a biópsia de qualquer lesão vermelha, assim como a remoção completa das lesões, sempre que tecnicamente possível. O acompanhamento rigoroso dos pacientes continua sendo de extrema importância (Iocca et al., 2020).

Fatores internos e externos ao organismo, incluindo agentes carcinogênicos, estão inter-relacionados na origem do câncer de boca. Entre os principais fatores associados destacam-se o tabagismo, o etilismo, a exposição à radiação solar, a infecção pelo vírus HPV, a higiene bucal deficiente e uma alimentação pobre em proteínas, vitaminas e minerais, porém rica em gorduras (INCA, 2014). Além disso, a deficiência na higiene bucal também é apontada na literatura como um importante fator contribuinte para o desenvolvimento da doença (Eliot et al., 2013).

O tabaco, frequentemente associado como um dos principais fatores de risco para o câncer de boca, possui mecanismo de ação relacionado à interação de mais de 60 substâncias tóxicas presentes em sua composição. Além disso, o calor resultante da combustão do fumo também provoca agressões à mucosa oral, contribuindo para o desenvolvimento de alterações celulares (INCA, 2002).

A associação entre o uso do tabaco e do álcool é ainda mais deletéria, podendo aumentar em até 35 vezes o risco de desenvolvimento dessa neoplasia (Matos; Araújo. 2003).

A remoção de uma lesão pode reduzir o risco de transformação maligna; entretanto, a excisão cirúrgica pode não considerar que suas margens podem ser indistintas, estendendo-se além da área visível da lesão ou, em alguns casos, afetando múltiplos locais da mucosa. Os efeitos de campo e as margens comprometidas pela doença são fatores importantes na predição da recorrência local e da transformação maligna após a excisão, não apenas no câncer bucal, mas também nas DOPMs (Nadeau; Kerr, 2018).

De acordo com Bezerra et al. (2018), no Brasil a maior parte dos casos de câncer bucal é diagnosticada em estágios avançados da doença, o que reduz as chances de sobrevivência e está associado a um prognóstico mais desfavorável. Essa

realidade pode estar relacionada a diversos fatores, entre eles a formação profissional inadequada.

De acordo com Bonmann et al. (2019), destaca-se que os conhecimentos adquiridos durante a graduação são fundamentais para a futura prática odontológica, uma vez que os estudantes tendem a reproduzir, em sua atuação profissional, os padrões e comportamentos aprendidos ao longo da formação acadêmica.

Conforme Ghani et al. (2019), o longo intervalo entre o surgimento da lesão e seu diagnóstico pode ser atribuído tanto às barreiras de acesso ao sistema de saúde quanto à falta de preparo dos cirurgiões-dentistas para realizar procedimentos de rotina. Entre esses procedimentos, o exame detalhado da cavidade oral se destaca como uma estratégia simples e eficaz para identificar lesões assintomáticas e possibilitar o diagnóstico precoce do tumor.

Segundo Carvalho e Duque (2021), a implementação de estratégias pedagógicas adequadas possibilita a formação de profissionais capacitados para identificar as DOPM antes de sua eventual transformação em lesões malignas, contribuindo para a redução do risco de mortalidade e para a preservação da qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Isso se justifica pelo fato de que o câncer oral compromete funções essenciais, como sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e respiração, além de provocar alterações faciais que impactam negativamente a autoestima dos pacientes.

Os indivíduos acometidos pelo câncer oral, em geral, apresentam dificuldade em reconhecer seus sinais e sintomas, devido à insuficiente ênfase nas ações de prevenção e conscientização direcionadas à população. Nesse contexto, torna-se fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados para identificar a lesão em estágios iniciais, além de orientar os pacientes quanto à realização do autoexame bucal, considerado um método simples, de baixo custo e que pode ser realizado no próprio domicílio (Oliveira et al., 2013).

O exame da cavidade bucal, por apresentar fácil acesso e visualização, constitui um método simples e eficaz para o diagnóstico do câncer de boca, especialmente pelo fato de que muitas lesões são indolores e podem passar despercebidas pelos pacientes (Santos, Batista; Cangussu, 2010).

Dessa forma, o diagnóstico precoce e a adoção de medidas terapêuticas adequadas para as alterações orais potencialmente malignas (DOPM) tornam-se essenciais, uma vez que essas lesões podem representar os primeiros sinais clínicos

de uma possível transformação carcinogênica. Quando essas alterações precursoras ou o câncer em estágios iniciais são identificados precocemente pelo cirurgião-dentista (CD), é possível evitar intervenções mais invasivas e mutiladoras, além de aumentar as chances de sobrevida do paciente (Furtado et al., 2019; Almeida et al., 2021).

De acordo com Virgínio et al. (2020) um exame físico minucioso, conduzido por um cirurgião-dentista devidamente capacitado, deve incluir a avaliação dos linfonodos da região de cabeça e pescoço, bem como da orofaringe. A realização cuidadosa desse procedimento contribui para um diagnóstico mais preciso de lesões suspeitas.

Políticas públicas que valorizem a formação acadêmica e continuada em estomatologia, aliadas a investimentos em infraestrutura e à expansão da rede de referência para diagnóstico e tratamento, são essenciais para transformar o cenário atual. A implementação de diretrizes clínicas nacionais atualizadas, a realização de treinamentos periódicos e o uso de sistemas informatizados de registro e monitoramento podem otimizar o fluxo assistencial, além de contribuir para a redução das desigualdades regionais no acesso aos serviços (Pereira, 2010; Sankaranarayanan et al., 2005).

Segundo Furtado et al. (2019) a realização de uma anamnese criteriosa possibilita a identificação de fatores de risco e a elaboração de estratégias de intervenção baseadas na orientação dos pacientes, com o objetivo de promover mudanças de comportamento e contribuir para a prevenção de agravos à saúde.

Além disso, é fundamental ressaltar que o papel do cirurgião-dentista da ESF vai além do diagnóstico, englobando ações preventivas, educativas e de promoção da saúde. Essas atividades podem contribuir para a diminuição da incidência do câncer bucal, especialmente por meio da atuação na redução de fatores de risco, como tabagismo e consumo de álcool (Rodrigues et al., 2008).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade São Lucas – Afya, por meio da Plataforma Brasil, sob o parecer nº 8.634.524, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº

99347026.9.0000.0013, em 7 de agosto de 2026. O estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos e bioéticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, tendo como unidade de análise os acadêmicos de Odontologia da Faculdade São Lucas – Afya, em Porto Velho, Rondônia. A população do estudo foi constituída por 60 acadêmicos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário composto por 36 perguntas, elaborado com o objetivo de analisar o conhecimento dos participantes sobre a temática proposta.

Os critérios de inclusão adotados foram: estar regularmente matriculado no curso de Odontologia da Faculdade São Lucas - Afya, ter cursado e sido aprovado na disciplina de Patologia Oral que é ofertada especificamente no 4º, 5º, 6º, 7º e 8º períodos ministrada na instituição e aceitar participar voluntariamente da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão adotados foram: não estar regularmente matriculado no curso de Odontologia da Faculdade São Lucas - Afya, ter cursado e sido aprovado na disciplina de Patologia Oral em outra instituição de ensino superior e não aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário adaptado e estruturado, desenvolvido originalmente por Chaves (2008). O instrumento foi aplicado de forma presencial junto aos participantes, sendo a participação condicionada à leitura e assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando o cumprimento dos preceitos éticos. As questões que compõem o formulário estão organizadas em três eixos temáticos:

a) Perfil Sociodemográfico: Destinado à caracterização geral da amostra, incluindo as variáveis de idade, gênero e período acadêmico.

b) Conhecimento Clínico e Epidemiológico: Bloco voltado à avaliação do domínio teórico sobre o câncer bucal, abordando aspectos como o tipo histológico mais comum, regiões anatômicas de maior incidência, sintomatologia, faixa etária predominante, ocorrência de metástases regionais, estadiamento no momento do diagnóstico e identificação de lesões precursoras.

c) Fatores de Risco: Voltado à identificação do nível de conhecimento dos participantes acerca dos agentes etiológicos e fatores de risco associados ao desenvolvimento da neoplasia.

Questionário

Nas questões abaixo, assinale apenas uma alternativa.

1. Idade: 18 ( ) 19 ( ) 20 ( ) 21 ou mais ( )
2. Sexo: M ( ) F( )
3. Período matriculado: ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10
4. Com relação ao nível de conhecimento sobre o câncer bucal, qual é a sua autoavaliação? Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Insuficiente ( )
5. Na primeira consulta odontológica dos seus pacientes, você realiza exame procurando identificar lesões bucais em tecidos moles? Sim ( ) Não ( )
6. Quanto ao exame? Realizo exame ( ) Não sei como fazer ( ) Não acho necessário ( )
7. Se realiza, como realiza os exames? Sondagem nos elementos dentários ( ) Inspeção e sondagem das estruturas dentais ( ) Focaliza as suas atenções para a queixa do paciente ( ) Realiza a anamnese, inspeção nos tecidos duros e moles da cavidade bucal e gânglios e linfonodos ( ).
8. Quando você encontra lesões bucais em tecidos moles suspeitas de malignidade, como você encaminha o caso? eu mesmo realizo os procedimentos diagnósticos ( ) dentista especialista em estomatologia ( ) Médico ( ) Faculdade de odontologia ( ) Hospital especializado ( ) Não sendo a queixa principal do paciente , espero até que o mesmo se manifeste, pedindo orientação ( ).
9. Qual o tipo de câncer mais comum da boca? Linfoma ( ) Carcinoma espinocelular ( ) Sarcoma de Kaposi ( ) ameloblastoma ( ) Adenocarcinoma de Glândulas salivares ( ) Não sei ( ).

10. Qual a região anatômica mais freqüente para o câncer bucal? Língua ( ) Soalho de boca ( ) Gengiva ( ) Palato ( ) Mucosa jugal ( ) Não sei ( )
11. Dentre os citados, qual o aspecto mais comum em pacientes com câncer de boca em fase inicial? salivação abundante ( ) úlcera indolor ( ) Massa tumoral ( ) Dor intensa ( ) Não sei ( ).
12. Qual é a faixa etária mais comum para a ocorrência do câncer de boca? menos de 18 anos ( ) 18 a 39 anos ( ) acima de 40 anos ( ) Não sei ( ).
13. O linfonodo mais característico em metástases cervicais em câncer de bucal, quando palpado apresenta-se: Duro, dolorido, com mobilidade ( ) Duro, sem dor, com mobilidade ou não ( ) Mole, dolorido, com mobilidade ( ) Mole, sem dor, com mobilidade ou não ( ) Não sei ( ).
14. No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que o câncer bucal é diagnosticado mais frequentemente em qual estágio? Pré-maligno ( ) Precoce ( ) Avançado ( ) Não sei ( ).

15. Quais medidas que podem ser desenvolvidas na assistência básica odontológica para se prevenir o câncer bucal, já que é uma doença de etiologia multifatorial?
16. Você exerce alguma ação em saúde para trabalhar o comportamento dos pacientes? Sim ( ) Não ( ).
17. Se exerce, qual e como faz? Não faz ( ) Palestras ( ) Demonstração de vídeos ( ) Educação em saúde através de grupos de discussão ( ) Determina como deve ser a maneira correta de se comportar ( ).

Assinale se você considera ou não a condição apresentada como fator de risco para câncer bucal:

18. Uso de drogas injetáveis Sim ( ) Não ( ).
19. Ter apresentado outro câncer previamente: Sim ( ) Não ( ).
20. Consumo de álcool. Sim ( ) Não ( ).

21. Consumo de tabaco. Sim ( ) Não ( ).

22. História familiar de câncer. Sim ( ) Não ( ).

23. Estresse emocional. Sim ( ) Não ( ).

24. Sexo oral. Sim ( ) Não ( ).

25. Prótese mal adaptada Sim ( ) Não ( ).

26. Dentes em mau estado. Sim ( ) Não ( ).

27. Consumo de comidas condimentadas. Sim ( ) Não ( ).

28. Higiene oral deficiente. Sim ( ) Não ( ).

29. Contágio direto. Sim ( ) Não ( ).

30. Exposição solar. Sim ( ) Não ( ).

31. Obesidade. Sim ( ) Não ( ).

32. Você considera que seus pacientes estão suficientemente informados sobre o câncer bucal (aspectos preventivos e de diagnóstico) Sim ( ) Não ( ) Não sei ( ).

33. Em sua opinião, sua Universidade realizou treinamento para o exame de câncer bucal durante o curso de graduação? Sim ( ) Não ( ) Não sei ( ).

34. Qual foi a última vez que você assistiu a um curso de educação continuada sobre o câncer bucal? No ano passado ( ) Durante os últimos 2 a 5 anos ( ) Mais de 5 anos ( ) Nunca ( ) Não lembro ( ).

35. Você se interessa em assistir a um curso de educação continuada sobre câncer bucal no futuro? Sim ( ) Não ( ) Não tenho certeza ( ).

36. Na sua opinião, qual a importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal? Grande ( ) Média ( ) Regular ( ) Baixa ( ) Não sei ( )

Os dados obtidos por meio da aplicação dos questionários foram organizados e tabulados em uma planilha eletrônica utilizando o Microsoft Excel®, o que permitiu a sistematização das respostas para a análise estatística.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas principais. Inicialmente, foi aplicada a estatística descritiva para a caracterização da amostra e análise das frequências de respostas. As variáveis nominais e categóricas foram apresentadas em frequências absolutas (n) e relativas (%). Para as variáveis numéricas referentes ao desempenho dos participantes, foram calculadas as medidas de tendência central (média, mediana e moda) e de dispersão (desvio-padrão e variância).

Para quantificar o nível de conhecimento dos participantes, o questionário foi estruturado em três blocos de avaliação, com pesos atribuídos conforme a relevância temática:

Bloco 1 – Conhecimento Clínico e Diagnóstico (S1): Composto por seis questões (9 a 14) focadas nas características clínicas e diagnóstico precoce do câncer bucal. A este bloco foi atribuído um valor total de 8,0 pontos (1,33 pontos por questão), justificando-se pela relevância do diagnóstico precoce no prognóstico da patologia.

Bloco 2 – Fatores de Risco e Prevenção (S2): Composto por 14 questões (18 a 31) relativas à etiologia e prevenção. O valor total atribuído a este bloco foi de 2,0 pontos (0,14 pontos por questão).

Bloco 3 – Prática Clínica e Perfil: Composto pelas questões de 1 a 8, 15 a 17 e 32 a 36. Este bloco não recebeu pontuação numérica, sendo utilizado para a análise qualitativa do perfil da amostra e práticas clínicas.

O desempenho global de cada participante foi mensurado pela Soma Total (ST), obtida pelo somatório dos blocos 1 e 2 (ST = S1 + S2). Os resultados foram classificados em conceitos de A a E, de acordo com o intervalo de notas alcançado:

Conceito	Intervalo de Notas (ST)
A	para as notas no intervalo 8 a 10;
B	para as notas no intervalo $8 < x \leq 6$;
C	para as notas no intervalo $6 < x \leq 4$;
D	para as notas no intervalo $4 < x \leq 2$;
E	para as notas no intervalo $2 < x \leq 0$.

O gabarito das questões utilizadas para avaliar o conhecimento dos acadêmicos sobre o câncer bucal foi elaborado pela professora responsável pela disciplina de Patologia Oral da instituição de ensino na qual a pesquisa foi realizada. A docente definiu as respostas consideradas corretas para as questões objetivas, que serviram de referência para a correção das respostas dos participantes e para o cálculo da pontuação de conhecimento.

A questão 15, de caráter aberto, solicitou aos participantes que descrevessem medidas que poderiam ser desenvolvidas na assistência odontológica básica para prevenir o câncer bucal. Diferentemente das questões objetivas, essa questão não foi avaliada por meio de uma única resposta correta. As respostas dos 60 participantes foram analisadas por categorização temática, agrupando-se as respostas com conteúdos semelhantes em categorias previamente organizadas de acordo com as medidas mencionadas.

As categorias foram quantificadas por frequência absoluta (n) e frequência relativa (%), calculada com base no total de 60 participantes. Como uma mesma resposta poderia mencionar mais de uma medida preventiva, ela pôde ser incluída em mais de uma categoria; por isso, os percentuais das categorias não são

necessariamente mutuamente exclusivos e podem ultrapassar 100% quando somados. As respostas nas quais os participantes afirmaram não saber indicar medidas preventivas foram contabilizadas separadamente.

Questão	Item avaliado	Resposta do gabarito	n	%
9	Tipo de câncer bucal mais comum	Carcinoma espinocelular	38	63,3%
10	Região anatômica mais frequente	Língua	38	63,3%
11	Aspecto clínico comum na fase inicial	Úlcera indolor	34	56,7%
12	Faixa etária mais frequente	Acima de 40 anos	38	63,3%
13	Característica de linfonodo associado à metástase cervical	Duro, sem dor, com mobilidade ou não	19	31,7%
14	Estágio em que o câncer bucal é mais frequentemente diagnosticado no Brasil	Avançado	32	53,3%
18	Uso de drogas injetáveis	Não	24	40,0%
19	Antecedente de outro câncer	Sim	52	86,7%
20	Consumo de álcool	Sim	52	86,7%
21	Consumo de tabaco	Sim	58	96,7%
22	História familiar de câncer	Sim	58	96,7%
23	Estresse emocional	Não	31	51,7%
24	Sexo oral	Sim	46	76,7%
25	Prótese mal adaptada	Sim	38	63,3%
26	Dentes em mau estado	Sim	24	40,0%
27	Consumo de comidas condimentadas	Não	37	61,7%
28	Higiene oral deficiente	Sim	39	65,0%
29	Contágio direto	Não	24	40,0%
30	Exposição solar	Sim	56	93,3%
31	Obesidade	Não	45	75,0%

Nota: N = 60. A questão 15, por ser aberta, foi analisada separadamente por categorias temáticas. Os percentuais representam a proporção de participantes cujas respostas coincidiram com o gabarito adotado na pesquisa.

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 60 acadêmicos de Odontologia que cursaram e foram aprovados na disciplina de Patologia Oral. Em relação à idade, 43 participantes (71,7%) tinham 21 anos ou mais, 16 (26,7%) tinham 20 anos e um (1,7%) tinha 19 anos. Houve predominância do sexo feminino, representado por 44 estudantes (73,3%), enquanto 16 (26,7%) eram do sexo masculino. Quanto ao período de matrícula, 44 participantes (73,3%) cursavam o 8º período; cinco (8,3%), o 6º; quatro (6,7%), o 7º; quatro (6,7%), o 4º; e três (5,0%), o 10º período. Assim, os resultados refletem majoritariamente o conhecimento de estudantes do 8º período, o que deve ser considerado na interpretação dos achados.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes segundo idade, sexo e período acadêmico

Variável	Categoria	n	%
Idade	18 anos	0	0,0
	19 anos	1	1,7
	20 anos	16	26,7
	21 anos ou mais	43	71,7
Sexo	Masculino	16	26,7
	Feminino	44	73,3
Período	4º	4	6,7
	5º	0	0,0
	6º	5	8,3
	7º	4	6,7
	8º	44	73,3
	9º	0	0,0
	10º	3	5,0

Fonte: Dados da pesquisa (2026). Percentuais calculados sobre o total de 60 participantes.

A pontuação média geral dos participantes foi de 5,81 pontos, em uma escala de zero a dez, com desvio-padrão de 2,05 e mediana de 6,10. O conceito B foi o mais frequente, atribuído a 21 acadêmicos (35,0%), enquanto 18 (30,0%) obtiveram conceito C. Ao considerar a distribuição completa, verificou-se que metade dos participantes alcançou conceitos A ou B, enquanto a outra metade permaneceu nos conceitos C, D ou E. Esses resultados demonstram heterogeneidade no desempenho e sugerem que, mesmo após cursarem a disciplina de Patologia Oral, alguns acadêmicos ainda apresentam dificuldades nos conhecimentos avaliados. Esse achado se aproxima do estudo de Oliveira et al. (2013), que identificou inconsistências no conhecimento de acadêmicos sobre fatores de risco, características clínicas e procedimentos diagnósticos relacionados ao câncer bucal. Da mesma forma, Medeiros et al. (2022), ao avaliarem estudantes de Odontologia e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde, observaram dificuldades relacionadas à biópsia e à palpação dos linfonodos cervicais, mesmo diante de pontuações gerais consideradas satisfatórias. Em conjunto, esses estudos sugerem

que o conhecimento teórico geral não garante, necessariamente, domínio de todas as competências clínicas necessárias para o reconhecimento e a investigação de alterações suspeitas. Assim, os resultados reforçam a importância de associar o conteúdo teórico ao treinamento prático durante a graduação, com ênfase na identificação de lesões potencialmente malignas, no exame clínico sistemático e na tomada de decisão diante de possíveis sinais de câncer bucal.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes segundo o conceito obtido na pontuação final

Conceito	Faixa de nota (ST)	n	%
A	8,0 a 10,0	9	15,0
B	6,0 a < 8,0	21	35,0
C	4,0 a < 6,0	18	30,0
D	2,0 a < 4,0	10	16,7
E	0 a < 2,0	2	3,3
Total	—	60	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2026). ST corresponde à soma das pontuações dos blocos 1 e 2.

Ao comparar os blocos de questões, a média foi de 4,42 pontos no bloco de conhecimento clínico e diagnóstico, cuja pontuação máxima era oito, equivalente a 55,3% do total possível. No bloco de fatores de risco e prevenção, cuja pontuação máxima era dois, a média foi de 1,39 ponto, correspondente a 69,5% do total possível. Embora os blocos tenham pesos diferentes, o desempenho proporcional foi maior nas questões de fatores de risco e prevenção do que nas questões clínicas e diagnósticas. Esse resultado destaca a importância de fortalecer a aprendizagem sobre o reconhecimento de alterações suspeitas, as características clínicas relevantes e as condutas indicadas diante de possíveis lesões malignas.

Tabela 3 – Estatísticas descritivas da pontuação dos blocos e da nota final

Medida	Acertos B1 (0–6)	S1 (0–8)	Acertos B2 (0–14)	S2 (0–2)	ST (0–10)
N	60	60	60	60	60
Média	3,32	4,42	9,73	1,39	5,81
Mediana	3,50	4,67	10,00	1,43	6,10
Moda	4,00	5,33	10,00	1,43	6,76
Desvio-padrão	1,50	2,00	1,40	0,20	2,05
Variância	2,25	4,01	1,96	0,04	4,21
Mínimo	0	0	5	0,71	0,71
Máximo	6	8	12	1,71	9,57

Fonte: Dados da pesquisa (2026). B1: bloco de conhecimento clínico e diagnóstico; B2: bloco de fatores de risco e prevenção; S1 e S2: pontuação de cada bloco; ST: nota final. Desvios-padrão e variâncias amostrais.

Nas questões de conhecimento clínico e epidemiológico, 38 participantes (63,3%) identificaram o carcinoma espinocelular como o tipo de câncer bucal mais comum, e o mesmo número reconheceu a língua como a região anatômica mais frequentemente acometida. Também 38 estudantes (63,3%) assinalaram a faixa etária acima de 40 anos. Em relação ao aspecto clínico inicial, 34 participantes (56,7%) indicaram a úlcera indolor. Já 32 (53,3%) reconheceram o estágio avançado como o mais frequente ao diagnóstico no Brasil. Apesar de a maioria ter acertado esses itens, os percentuais indicam que uma parcela relevante dos estudantes ainda não reconheceu as respostas previstas no gabarito, o que aponta a necessidade de reforçar conteúdos sobre manifestações clínicas, epidemiologia e diagnóstico precoce.

Tabela 4 – Percentual de acerto nas questões sobre conhecimento clínico e diagnóstico

Questão	Conteúdo avaliado	Resposta considerada correta	n	%
Q9	Tipo de câncer bucal mais comum	Carcinoma espinocelular	38	63,3
Q10	Região anatômica mais frequente	Língua	38	63,3
Q11	Aspecto clínico inicial	Úlcera indolor	34	56,7
Q12	Faixa etária mais comum	Acima de 40 anos	38	63,3
Q13	Linfonodo associado à metástase	Duro, indolor, com ou sem mobilidade	19	31,7
Q14	Estágio frequente ao diagnóstico no Brasil	Avançado	32	53,3

Fonte: Dados da pesquisa (2026). n = número de participantes que selecionaram a resposta adotada como correta no gabarito.

Os resultados podem ser comparados aos de Oliveira et al. (2013), que avaliaram acadêmicos de Odontologia e Enfermagem e identificaram que 57,5% desconheciam o tipo mais prevalente de câncer bucal e apenas 30,0% citaram a língua como a região anatômica mais acometida. No presente estudo, 63,3% dos participantes responderam corretamente a cada uma dessas questões, resultado numericamente mais favorável. A comparação, contudo, deve ser feita com cautela, pois o estudo de Oliveira et al. incluiu estudantes de dois cursos e foi realizado em outra instituição. Ainda assim, ambos os trabalhos identificam a necessidade de consolidar os conhecimentos sobre tipo histológico, localização anatômica e características clínicas do câncer bucal.

A questão com menor percentual de acertos foi a referente às características do linfonodo associado à metástase cervical: 19 estudantes (31,7%) selecionaram a resposta considerada correta no gabarito. Além disso, 21 participantes (35,0%) assinalaram “não sei”, 15 (25,0%) marcaram a opção “duro, dolorido, com mobilidade” e os demais escolheram outras alternativas. Esse desempenho foi um dos principais pontos de dificuldade identificados. O achado ressalta a importância de atividades teórico-práticas que abordem o exame extraoral e intraoral, a palpação de linfonodos e o reconhecimento de sinais que exigem investigação ou encaminhamento.

A dissertação de Chaves (2008), realizada com cirurgiões-dentistas atuantes em Porto Velho, também identificou limitações no conhecimento sobre câncer bucal. Naquele estudo, a média geral foi de aproximadamente 5,0 pontos, a média do bloco clínico foi de 3,7 em oito pontos e a do bloco de fatores de risco foi de 1,5 em dois. No presente estudo, os valores correspondentes foram de 5,81, 4,42 e 1,39. A média geral e o resultado relativo ao bloco clínico foram numericamente superiores entre os acadêmicos pesquisados, enquanto a média do bloco de fatores de risco foi ligeiramente inferior. As diferenças não devem ser interpretadas como comparação direta de desempenho, pois os estudos avaliaram populações diferentes e foram realizados em períodos distintos; ainda assim, apontam que as dificuldades relacionadas ao conhecimento clínico permanecem relevantes.

Quanto à autoavaliação, 31 participantes (51,7%) classificaram seu conhecimento sobre câncer bucal como bom, 12 (20,0%) como ótimo e 17 (28,3%) como regular. Nenhum assinalou a opção insuficiente. Dessa forma, 43 estudantes (71,7%) avaliaram positivamente o próprio conhecimento. Dos 43 estudantes que

avaliaram seu conhecimento como bom ou ótimo, 19 (44,2) obtiveram conceito C,D ou E. A nota média foi de 6,86 entre os que se avaliaram como ótimo, 5,75 entre os que marcaram bom e 5,18 entre os que marcaram regular.

Em relação ao exame clínico, 58 participantes (96,7%) afirmaram realizar o exame dos tecidos moles na primeira consulta, enquanto dois (3,3%) responderam negativamente. Na questão seguinte, 58 (96,7%) assinalaram que realizavam o exame e dois (3,3%) informaram não saber como fazê-lo. Sobre a descrição da prática de exame, 43 estudantes (71,7%) selecionaram a alternativa que incluía anamnese, inspeção dos tecidos duros e moles da cavidade bucal e avaliação de gânglios e linfonodos. Outros 12 (20,0%) disseram focalizar a atenção na queixa do paciente; três (5,0%) indicaram inspeção e sondagem das estruturas dentais; e dois (3,3%) assinalaram a sondagem dos elementos dentários. A distribuição sugere que a maior parte reconhece a importância do exame dos tecidos moles e relata realizá-lo. Contudo, como os dados são autorreferidos, não comprovam diretamente a execução correta e sistemática do procedimento na prática clínica.

Quanto à conduta diante de uma lesão suspeita, 27 estudantes (45,0%) marcaram a alternativa de realizar os próprios procedimentos diagnósticos, 23 (38,3%) escolheram encaminhar a um dentista especialista em Estomatologia, sete (11,7%) indicaram a faculdade de Odontologia e três (5,0%) assinalaram o médico. As respostas demonstram diversidade na forma como os acadêmicos percebem a condução de casos suspeitos. A formação deve esclarecer as etapas da avaliação, os limites de atuação, os procedimentos diagnósticos indicados e os critérios de encaminhamento. A identificação de uma lesão suspeita deve ser acompanhada de conduta apropriada e oportuna, de acordo com a avaliação clínica e os recursos disponíveis.

Tabela 5 – Distribuição das respostas sobre autoavaliação, exame clínico e conduta diante de lesão suspeita

Questão	Item	Alternativa	n	%
Q4	Autoavaliação do conhecimento	Ótimo	12	20,0
Q4	Autoavaliação do conhecimento	Bom	31	51,7
Q4	Autoavaliação do conhecimento	Regular	17	28,3
Q4	Autoavaliação do conhecimento	Insuficiente	0	0,0
Q5	Exame de tecidos moles na 1ª consulta	Sim	58	96,7
Q5	Exame de tecidos moles na 1ª consulta	Não	2	3,3
Q6	Quanto ao exame	Realizo exame	58	96,7
Q6	Quanto ao exame	Não sei como fazer	2	3,3
Q6	Quanto ao exame	Não acho necessário	0	0,0
Q7	Descrição do exame	Anamnese, inspeção de tecidos duros e moles e avaliação de gânglios/linfonodos	43	71,7
Q7	Descrição do exame	Foco na queixa do paciente	12	20,0
Q7	Descrição do exame	Inspeção e sondagem das estruturas dentais	3	5,0
Q7	Descrição do exame	Sondagem dos elementos dentários	2	3,3
Q8	Conduta diante de lesão suspeita	Realizo os procedimentos diagnósticos	27	45,0
Q8	Conduta diante de lesão suspeita	Encaminho ao especialista em Estomatologia	23	38,3
Q8	Conduta diante de lesão suspeita	Encaminho à faculdade de Odontologia	7	11,7
Q8	Conduta diante de lesão suspeita	Encaminho ao médico	3	5,0

Fonte: Dados da pesquisa (2026). Percentuais calculados sobre N = 60. As respostas são autorrelatadas e não comprovam, por si só, a execução efetiva do exame.

No bloco de fatores de risco e prevenção, os maiores percentuais de respostas concordantes com o gabarito foram observados para tabagismo e história familiar, seguidos pela exposição solar. O consumo de álcool e o antecedente de outro câncer também apresentaram elevado reconhecimento entre os participantes. Esses resultados indicam que os estudantes demonstraram maior conhecimento sobre alguns dos fatores de risco avaliados.

Em contrapartida, o reconhecimento foi menor em relação a outros itens, como o uso de drogas injetáveis, o estresse emocional, o consumo de alimentos

condimentados, o contágio direto, a obesidade e a condição dos dentes. Também foram observadas diferenças nas respostas sobre higiene oral deficiente e uso de prótese mal adaptada. Esses achados evidenciam a necessidade de reforçar o ensino sobre os fatores associados ao câncer bucal, diferenciando aqueles com evidências científicas estabelecidas das alternativas que não são reconhecidas como fatores de risco no gabarito adotado.

Tabela 6 – Respostas consideradas corretas no bloco de fatores de risco e prevenção, segundo o gabarito adotado

Questão	Item avaliado	Resposta do gabarito	n	%
Q18	Uso de drogas injetáveis	Não	24	40,0
Q19	Antecedente de outro câncer	Sim	52	86,7
Q20	Consumo de álcool	Sim	52	86,7
Q21	Consumo de tabaco	Sim	58	96,7
Q22	História familiar de câncer	Sim	58	96,7
Q23	Estresse emocional	Não	31	51,7
Q24	Sexo oral	Sim	46	76,7
Q25	Prótese mal adaptada	Sim	38	63,3
Q26	Dentes em mau estado	Sim	24	40,0
Q27	Consumo de comidas condimentadas	Não	37	61,7
Q28	Higiene oral deficiente	Sim	39	65,0
Q29	Contágio direto	Não	24	40,0
Q30	Exposição solar	Sim	56	93,3
Q31	Obesidade	Não	45	75,0

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

A questão 15 foi formulada da seguinte maneira: *“Quais medidas podem ser desenvolvidas na assistência básica odontológica para se prevenir o câncer bucal, já que é uma doença de etiologia multifatorial?”* As 60 respostas abertas foram analisadas por categorização temática. A categoria mais frequente foi “palestras, educação em saúde e conscientização”, identificada em 28 respostas (46,7%). A categoria “exame clínico, diagnóstico precoce e conduta” apareceu em 12 respostas (20,0%); “orientação sobre fatores de risco e higiene bucal”, em sete (11,7%); e “orientação ou campanhas de autoexame”, em seis (10,0%). Quatro respostas (6,7%) foram categorizadas como “anamnese criteriosa” e outras quatro (6,7%)

como “materiais, mídia e divulgação comunitária”. Uma resposta (1,7%) mencionou educação continuada do profissional. Onze participantes (18,3%) responderam que não sabiam indicar medidas preventivas.

Tabela 7 – Categorias temáticas e exemplos das respostas à questão aberta Q15

Categoria temática	n	% (N=60)	Exemplos das respostas (participantes)
Palestras, educação em saúde e conscientização	28	46,7	“Palestras de conscientização sobre o câncer bucal” (P3); “ações de prevenção e conscientização” (P47).
Orientação sobre fatores de risco e higiene bucal	7	11,7	“Orientar sobre higiene bucal, álcool e tabaco” (P29); “orientação sobre os riscos e anormalidades” (P43).
Orientação ou campanhas de autoexame	6	10,0	“Orientação do autoexame na cavidade bucal” (P40); “orientações em ações sociais” (P20).
Exame clínico, diagnóstico precoce e conduta	12	20,0	“Encaminhamento precoce [...] e exame periódico” (P1); “avaliação clínica intraoral dos tecidos moles, biópsia incisional” (P23).
Anamnese criteriosa	4	6,7	“Fazer uma boa anamnese” (P57 e P58); “boa anamnese e exame intraoral” (P60).
Materiais, mídia e divulgação comunitária	4	6,7	“Disponibilizar panfletos de prevenção” (P4); “propagandas na TV”(P15); “campanhas conscientizadoras de autoexame”(P52) ; “banner em UBS” (P45).
Educação continuada do profissional	1	1,7	“Educação continuada” (P53).
Não sabe	11	18,3	“Não sei” (P26, P28, P36, P42, P44, P46, P48, P50, P54, P55 e P56).

Fonte: Dados da pesquisa (2026), incluindo as respostas transcritas da Q15. P = participante. Os exemplos foram reproduzidos parcialmente. Uma mesma resposta pôde ser classificada em mais de uma categoria; por isso, os percentuais não são mutuamente exclusivos.

Os relatos mostram que os participantes reconhecem tanto ações educativas quanto procedimentos de avaliação clínica como estratégias de prevenção. Ainda assim, as respostas que indicaram desconhecimento (18,3%) apontam espaço para reforçar, durante a graduação, a orientação sobre fatores de risco, o exame sistemático da cavidade oral, o reconhecimento de lesões suspeitas e as condutas de encaminhamento. Por se tratar de uma pergunta aberta, os resultados refletem as medidas espontaneamente mencionadas pelos estudantes e não comprovam, por si sós, a execução dessas ações na prática.

Sobre a realização de ações em saúde com pacientes, 32 estudantes (53,3%) responderam afirmativamente e 28 (46,7%) negativamente. A questão seguinte

apresentou 28 respostas na categoria “não faz” (46,7%), 12 para palestras (20,0%), oito para educação em saúde por grupos de discussão (13,3%), nove para orientações sobre a maneira correta de agir (15,0%) e três para demonstração de vídeos (5,0%). A distribuição das respostas está alinhada à pergunta anterior: as 28 respostas “não faz” correspondem aos estudantes que informaram não realizar ações, enquanto as demais categorias descrevem as atividades indicadas por 32 participantes. Como se trata de informação autorreferida, os dados descrevem as respostas dos estudantes e não constituem verificação independente das ações desenvolvidas.

Tabela 8 – Ações de saúde relatadas pelos participantes

Questão	Categoria	n	%
Q16 – Exerce ações em saúde	Sim	32	53,3
	Não	28	46,7
Q17 – Tipo de ação	Não faz	28	46,7
	Palestras	12	20,0
	Demonstração de vídeos	3	5,0
	Grupos de discussão em educação em saúde	8	13,3
	Orientação sobre a maneira correta de se comportar	9	15,0

Fonte: Dados da pesquisa (2026). Percentuais calculados sobre N = 60. Na Q17, a categoria “Não faz” corresponde aos 28 participantes que responderam “Não” na Q16.

Quanto à percepção sobre a informação disponível à população, 37 estudantes (61,7%) consideraram que os pacientes não estão suficientemente informados sobre prevenção e diagnóstico do câncer bucal; 13 (21,7%) avaliaram que estão suficientemente informados; e dez (16,7%) não souberam responder. Em relação à formação recebida, 49 participantes (81,7%) afirmaram que a universidade realizou treinamento para o exame do câncer bucal, oito (13,3%) responderam negativamente e três (5,0%) não souberam responder. Sobre a participação em curso de educação continuada, 21 (35,0%) indicaram o ano anterior, 25 (41,7%) os últimos dois a cinco anos, dois **(**3,3%) mais de cinco anos e 12 (20,0%) não se lembravam; nenhum selecionou “nunca”. Além disso, 54 estudantes (90,0%) demonstraram interesse em realizar curso de educação continuada, e 56 (93,3%) consideraram grande a importância do cirurgião-dentista na prevenção e no diagnóstico precoce.

Andrade et al. (2014), ao avaliarem cirurgiões-dentistas da atenção primária, identificaram que 39,1% não sabiam qual era o tipo mais comum de câncer bucal e que apenas 13% relataram treinamento para o exame durante a graduação. Na presente pesquisa, 63,3% dos estudantes identificaram o carcinoma espinocelular como o tipo mais comum, e 81,7% afirmaram ter recebido treinamento universitário para o exame. Embora a comparação seja limitada por diferenças entre estudantes e profissionais formados, os resultados reforçam a relevância do ensino sobre câncer bucal na graduação. O interesse por educação continuada relatado por 90,0% dos participantes também indica receptividade a oportunidades futuras de atualização. Esses resultados são compatíveis com a necessidade de manter ações educativas e treinamento clínico ao longo da formação e da prática profissional.

Tabela 9 – Percepção sobre informação dos pacientes e educação continuada

Questão	Categoria	n	%
Q32 – Pacientes suficientemente informados	Sim	13	21,7
	Não	37	61,7
	Não sei	10	16,7
Q33 – Universidade realizou treinamento	Sim	49	81,7
	Não	8	13,3
	Não sei	3	5,0
Q34 – Último curso de educação continuada	No ano passado	21	35,0
	Durante os últimos 2 a 5 anos	25	41,7
	Mais de 5 anos	2	3,3
	Nunca	0	0,0
	Não lembro	12	20,0

Q35 – Interesse em curso de educação continuada	**Sim**	**54**	**90,0**
	Não	**6**	**10,0**
	Não tenho certeza	**0**	**0,0**
Q36 – Importância do cirurgião-dentista	**Grande**	**56**	**93,3**
	Média	**1**	**1,7**
	Regular	**1**	**1,7**
	Baixa	**1**	**1,7**
	Não sei	**1**	**1,7**

Fonte: Dados da pesquisa (2026). Percentuais calculados sobre N = 60.

Os achados devem ser interpretados considerando as limitações do estudo. A amostra foi composta por 60 estudantes de uma única instituição e concentrou-se no 8º período, o que limita a generalização para outros cursos e instituições. O questionário teve como base o instrumento de Chaves (2008), originalmente aplicado a cirurgiões-dentistas formados, e foi adaptado para acadêmicos; perguntas sobre pacientes e educação continuada podem não representar experiências equivalentes entre os respondentes.

Em síntese, os resultados demonstraram conhecimento heterogêneo sobre câncer bucal e desordens orais potencialmente malignas. O desempenho proporcional foi maior no bloco de fatores de risco e prevenção do que no bloco de conhecimento clínico e diagnóstico. A questão sobre as características do linfonodo associado à metástase cervical apresentou o menor percentual de acertos (31,7%), enquanto o tabagismo e a exposição solar tiveram elevados percentuais de respostas alinhadas ao gabarito. A maioria relatou examinar tecidos moles, reconheceu a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce e demonstrou interesse em educação continuada. Esses achados reforçam a importância de integrar, durante a graduação, o estudo dos fatores associados à doença, o exame sistemático da cavidade oral, o reconhecimento de sinais clínicos suspeitos e a tomada de decisão sobre investigação e encaminhamento.

5 Conclusão

Conclui-se que o estudo permitiu avaliar o conhecimento dos acadêmicos de Odontologia sobre o câncer bucal, identificando tanto aspectos com maior percentual de respostas corretas quanto dificuldades relacionadas ao conhecimento clínico e ao diagnóstico precoce. Entre os 60 participantes, a média de pontuação foi de 5,81 pontos, com desvio-padrão de 2,05, sendo o conceito B o mais frequente, atribuído a 21 estudantes (35%).

A maior dificuldade foi observada na questão referente às características clínicas do linfonodo associado à metástase cervical, que apresentou 19 respostas corretas (31,7%). Esse resultado evidencia a necessidade de fortalecer o conhecimento dos acadêmicos sobre sinais clínicos relevantes para a identificação de alterações suspeitas. Por outro lado, as respostas relacionadas aos fatores de risco e à prevenção demonstraram melhor desempenho em comparação aos aspectos clínicos e diagnósticos avaliados.

Diante desses achados, destaca-se a importância de aprimorar o ensino sobre o câncer bucal durante a graduação, com ênfase no exame sistemático da cavidade oral, no reconhecimento de sinais clínicos suspeitos, na identificação de fatores de risco e na importância do diagnóstico precoce. Além disso, o interesse demonstrado pelos participantes em atividades de educação continuada reforça a relevância de estratégias educativas que contribuam para a formação profissional.

Como limitação, ressalta-se que a pesquisa foi realizada com 60 estudantes de uma única instituição, o que restringe a generalização dos resultados para outros contextos acadêmicos. Portanto, recomenda-se a realização de novos estudos com amostras mais amplas e em diferentes instituições, a fim de aprofundar a compreensão sobre o conhecimento dos futuros cirurgiões-dentistas e contribuir para o aperfeiçoamento da formação acadêmica voltada à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal.

REFERÊNCIAS

ABATI, S.; BRAMATI, C.; BONDI, S.; LISSONI, A.; TRIMARCHI, M. Oral Cancer and precancer: a narrative review on the relevance of early diagnosis**. International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 24, p. 9160, 2020.

ADLARD, J. W.; HUME, M. J. Cancer knowledge of the general public in the United Kingdom: survey in a primary care setting and review of the literature. **Clinical Oncology (Royal College of Radiologists).** v. 15, n. 4, p. 174–180, 2003.

AGÊNCIA BRASIL. **OMS estima 35,3 milhões de novos casos de câncer em 2050**. *Agência Brasil*, [s. l.], [s. d.]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/. Acesso em: 23 out. 2026.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow**. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2026. Disponível em: https://gco.iarc.who.int/tomorrow. Acesso em: 23 out. 2026.

ALMEIDA, I. F. B.; FREITAS, K. S.; ALMEIDA, D. B.; et al. Cross-cultural adaptation of a quality of life questionnaire for individuals with oral potentially malignant disorders in the Brazilian context. **Acta Odontológica Latinoamericana**. v. 34, n. 1, p. 71–80, 2021.

ANDRADE, S. N.; MUNIZ, L. V.; SOARES, J. M.; CHAVES, A. L.; RIBEIRO, R. I. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Odontologia**. v. 71, n. 1, p. 42–47, 2014.

BARROS, G.I.S.; CASOTTI, E.; GOUVÊA, M.V. Mouth cancer: the challenge of the dentists approach. **J Nurs UFPE.** 11(11):4273-81. 2017.

BEZERRA, N. V.; LEITE, K. L.; MEDEIROS, M. M.; MARTINS, M. L.; CARDOSO, A. M.; ALVES, P. M. et al. Impact of the anatomical location, alcoholism and smoking on the prevalence of advanced oral cancer in Brazil. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal.** v. 23, n. 3, p. e295–e301, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise dos dados de mortalidade de 2001. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, jan. 2004.

CARTER, L. M. et al. Oral cancer awareness amongst hospital nursing staff: a pilot study. **BMC Oral Health**. [S. l.], v. 9, p. 4, 2009.

CARVALHO, J. C.; DUQUE, A. C. R. O papel do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce do carcinoma espinocelular bucal. **Brazilian Journal of Health Review**. v. 4, n. 5, p. 19555-19560, 2021.

CHAVES, Ieda Pacheco. Avaliação de conhecimentos e atitudes dos cirurgiões dentistas em relação ao diagnóstico do câncer bucal: um estudo em Porto Velho - RO. 2008. 70 f. Dissertação (mestrado)-**Faculdade de Ciências da Saúde**, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

DIONNE, Kalen R. et al. Potentially malignant disorders of the oral cavity: current practice and future directions in the clinic and laboratory. **International Journal of Cancer**, v. 136, n. 3, p. 503–515, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1002/ijc.28754.

ELANGO, K.J.; ANANDKRISHNAN, N.; SURESH, A.; IYER, S.K.; RAMAIYER, S.K.; KURIAKOSE, M.A. Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population. **Oral Oncol**. 47(7):620-4, 2011.

ELIOT, M. N. et al.Periodontal disease and mouthwash use are risk factors for head and neck squamous cell carcinoma. **Cancer Causes Control**. v. 24, n. 7, p. 1315-1322, 2013.

FURTADO, L. S. F. A.; SALES, J. L. A. M.; FONTES, N. M.; et al. Câncer bucal, desordens potencialmente malignas e prevenção: uma revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**. v. 7, n. 4, p. 479-488, 2019.

GHANI, W. M.; RAMANATHAN, A.; PRIME, S. S.; YANG, Y. H.; RAZAK, I. A.; ABDUL RAHMAN, Z. A. et al. Survival of oral cancer patients in different ethnicities. **Cancer Investigation**. v. 37, n. 7, p. 275–287, 2019.

INCA. Falando Sobre o Câncer de Boca. Rio de Janeiro: **Ministério da Saúde**, 2002. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_sobre_cancer_boca.pdf

INCA. Tipos de Câncer. Disponível em : <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca>.

IOCCA, O. et al. Potentially malignant disorders of the oral cavity and oral dysplasia: A systematic review and meta-analysis of malignanttransformation rate by subtype. **Head Neck**.v. 42, n. 3, p.539-555, 1 Mar. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: **INCA**, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2014.

MATOS, I. B.; ARAUJO, L. A. Práticas acadêmicas, cirurgiões-dentistas, população e câncer bucal. **Revista da ABENO**. [S. l.], v. 3, n. 1, p. 76–81, 2003.

MEDEIROS, Yuri de Lima; SILVEIRA, Gabriela de Matos; CLEMENTE, Vitória Batista; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves; VILELA, Eduardo Machado; GUIMARÃES, Letícia Drumond de Abreu. 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. DOI: https://doi.org/10.1002/jdd.13021. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jdd.13021. Acesso em: 23 out. 2026.

MELLO, F. W. et al. Intraoral potentially malignant disorders ina brazilianoral pathology service: epidemiological, clinical, and histopathological findings.**J. Oncol**., [s.l], v. 1, n. 2325808, 2018a.

MELLO, F. W. et al. Prevalence of oral potentially malignant disorders: A systematic review and meta-analysis. **J. Oral Pathol. Med**. , Copenhagen,v. 47, n. 7, p. 633-640, 1 Aug. 2018b.

MUSE, M. E.; CRANE, J. S.Actinic Cheilitis.StatPearls [Internet]. **Treasure Island (FL)**: Aug 9, 2021. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551553/

NADEAU, C.; KERR, A. R. Evaluation and Management of Oral Potentially Malignant Disorders. **Dent. Clin. North Am**., Philadelphia, v. 62, n. 1, p. 1-27, 1 Jan. 2018.

OLIVEIRA, Jamile Marinho Bezerra de; PINTO, Lígia Oliveira; LIMA, Nara Grazieli Martins; ALMEIDA, Gilmara Celli Maia de. Câncer de boca: avaliação do conhecimento de acadêmicos de Odontologia e Enfermagem quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 211–218, 2013. DOI: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2013v59n2.526. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/526. Acesso em: 23 out. 2026.

OLIVEIRA J.M.B DE., PINTO L.O., LIMA N.G.M., Câncerde Boca: Avaliação do Conhecimento de Acadêmicos de Odontologia e Enfermagem quanto aos

Fatores de Risco e Procedimentos de Diagnóstico. **Revista Brasileira de Cancerologia.** 59(2): 211-218, 2013.

PEREIRA, C. T. Oral cancer public policies: is there any evidence of impact?. **Brazilian Oral Research**, v. 24, n. 1, p. 37–44, 2010.

RODRIGUES, G. A.; GALVÃO, V.; CARLOS, A. A. V. Prevalência do tabagismo entre dentistas do Distrito Federal. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 34, n. 5, p. 288–293, 2008.

SANKARANARAYANAN, R. et al. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomized controlled trial. **The Lancet**. v. 365, n. 9475, p. 1927–1933, 2005.

SANTOS, L. C. O.; BATISTA, O. M.; CANGUSSU, M. C. T. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. **Brazilian Journal Otorhinolaryngology**. v. 76, n. 4, 2010.

SPERANDIO, M. et al.Predictive value of dysplasia grading and DNA ploidy in malignant transformation of oral potentially malignant disorders. **Cancer Prevention Research.** v. 6, n. 8, p. 822–831, 2013.

TORRE LA, BRAY F, SIEGEL RL, FERLAY J, LORTET-TIEULENT J, JEMAL A. Global cancer statistics, 2012. **CA Cancer J Clin**. 65(2):87-108 2015.

VIDAL, A. K. L.; AGUIAR, D. M. A.; GOUVEIA, M. V. C.; CAVALCANTE NETO, P. M.; TAVARES, A. N. S.; GUIMARAENS, M. A. Knowledge of the Population of the State of Pernambuco-Brazil about Oral Cancer and Risk Factors. **Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic**.12(3): 383-387, 2012.

VIRGÍNIO, J. F.; SANTOS, F. L. P.; OLIVEIRA, J. J. M.; et al. Percepção dos acadêmicos de odontologia sobre câncer bucal. **Archives of Health Investigation**. v. 9, n. 1, p. 1-5, 2020.

WAAL, I. V. D. Are we able to reduce the mortality and morbidity of oral cancer: some considerations. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**.18(1): e33–e37, 2013.

WARNAKULASURIYA, S.; JOHNSON, N. W.; Van der Waal, I.Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. **J. Oral Pathol. Med**., Copenhagen, v. 36, n. 10, p.575–580, 26 Jul. 2007.

WETZEL, S. L.; WOLLENBERG, J. Oral Potentially Malignant Disorders. **Dent. clin North Am**. Philadelphia, v. 64, n. 1, p. 25-37, 1 Jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on cancer 2026: the future we choose together**. Geneva: World Health Organization, 2026. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240123977. Acesso em: 23 out. 2026.