

O diagnóstico do câncer de boca por cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde

Diagnosis of mouth cancer by Dentists in Primary Health Care

Emmanoel Matheus de Oliveira Matos¹, Augusto César Pereira de Oliveira¹, Marilya Roberta Ferreira de Melo², Thércia Mayara Oliveira Feitoza², Elaine Judite de Amorim Carvalho³

¹Mestre, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Pernambuco, Cirurgião-Dentista da Atenção Primária à Saúde Prefeitura da Cidade do Recife, Pernambuco; ²Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Pernambuco; ³Doutora em Patologia Tumoral, Universidad de Salamanca, Espanha, Professora Titular, Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, Universidade Federal de Pernambuco,

Resumo

Introdução: este estudo teve o objetivo de avaliar o conhecimento do cirurgião-dentista que atua na Atenção Primária à Saúde de Recife sobre o câncer de boca. **Metodologia:** Para tal, foi aplicado um questionário virtual a 141 cirurgiões-dentistas. **Resultados:** Na amostra, 85,8% eram mulheres, 48,9% se autoavaliou com um nível bom de conhecimento sobre o tema e 74,5% se sentiam aptos para identificar lesões suspeitas. Houve bons índices de acertos sobre a região anatômica, sintomatologia e faixa etária mais acometida. Os maiores índices de erro foram relacionados à identificação dos fatores de risco. Quanto menor o tempo de formatura, melhor foi a autoavaliação dos conhecimentos adquiridos na graduação ($p=0,003$). Haver participado de atividades relacionadas ao diagnóstico de lesões na graduação favoreceu a mais acertos quanto à sintomatologia ($p=0,048$) e contribuiu para que o profissional tivesse investigado um caso da doença ($p=0,002$). **Conclusão:** os profissionais da amostra demonstraram um bom conhecimento sobre a epidemiologia e as características do câncer bucal, embora existam lacunas na identificação dos fatores de risco bem como insegurança de conduta frente a uma suspeita clínica de câncer de boca, havendo assim, a necessidade de investimento em ações de educação permanente.

Palavras-chave: Câncer de boca; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Diagnóstico bucal.

Abstract

Introduction: this study aimed to assess the knowledge of Primary Health Care Dentists in Recife regarding oral cancer. **Methodology:** To this end, a virtual questionnaire was applied to 141 dentists. **Results:** In the sample, 85.8% were women, 48.9% self-assessed as having a good level of knowledge on the subject, and 74.5% felt able to identify suspicious lesions. There were good rates of correct answers regarding the anatomical region, symptoms, and age group most affected. The highest error rates were related to the identification of risk factors. The shorter the time since graduation, the better the self-assessment of the knowledge acquired during the undergraduate course ($p=0.003$). Participating in activities related to lesion diagnosis during undergraduate studies was associated with more accurate answers regarding symptoms ($p=0.048$) and contributed to the professional investigation of a case of the disease ($p=0.002$). **Conclusion:** the professionals in the sample demonstrated good knowledge about the epidemiology and characteristics of oral cancer, although there are gaps in identifying risk factors and insecurity in conducting procedures when faced with a clinical suspicion of oral cancer, thus indicating the need for investment in continuing education actions.

Keywords: Mouth cancer; Primary Health Care; Unified Health System; Oral diagnosis.

INTRODUÇÃO

O câncer de boca é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo¹⁻⁴, sendo considerado um problema de saúde pública importante, com uma estimativa de mais de 24 milhões de novos casos da doença até 2030⁵. O carcinoma epidermoide é o tipo mais prevalente, sendo a língua o local onde ocorre com maior frequência⁶.

A epidemiologia do câncer de boca é um conhecimento fundamental para que se consiga identificar

tendências e padrões de incidência, buscando direcionar os esforços de prevenção e controle da doença. Sabe-se que existe uma alta na prevalência da doença quando se faz uso de tabaco e álcool, ou os dois de forma sinérgica⁷.

A mortalidade da doença é diretamente influenciada por seu diagnóstico precoce, a disponibilidade e a qualidade dos tratamentos oferecidos⁴. No Brasil, ele é o quinto câncer mais comum em homens e o oitavo entre as mulheres, destacando-se a necessidade do olhar da saúde pública para esse agravo⁸. Logo, o impacto do câncer de boca na saúde pública é de grande relevância, não apenas por sua alta taxa de incidência e mortalidade, mas ainda pelos efeitos debilitantes e a qualidade de vida dos pacientes diagnosticados⁷.

Correspondente/Corresponding: *Elaine Judite de Amorim Carvalho – End: Avenida Professor Artur de Sá, 321-481. Cidade Universitária. Recife (PE). – CEP: 50740-525 – E-mail: elaine.carvalho@ufpe.br

O principal fator de melhoria no prognóstico dessa doença é sua detecção precoce. Assim, é imperativo que o cirurgião-dentista (CD) realize um exame clínico detalhado da cavidade oral, além de identificar os fatores de risco relacionados, principalmente o tabaco e o álcool⁹. Entretanto, os profissionais de saúde têm falhado no diagnóstico precoce, o que contribui para piores prognóstico e sobrevida do paciente, além da necessidade de tratamentos mais invasivos¹⁰.

Estudos que analisaram o conhecimento do CD a respeito do câncer de boca convergem para o fato de que esses profissionais precisam aprimorar seus conhecimentos e (ou) práticas sobre prevenção e detecção precoce dessa doença, buscando uma melhor formação e, conseqüentemente, um melhor diagnóstico na atenção básica e um melhor prognóstico para os pacientes. Desse modo, evidencia-se a necessidade de se realizarem cursos de educação continuada para qualificar a prática profissional^{9, 11-17}.

Assim, o objetivo deste estudo é avaliar o conhecimento do CD a respeito do câncer de boca, identificando as dificuldades que esses profissionais enfrentam, relacionadas a sua capacidade de executar o diagnóstico precoce dessa doença.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal com os CDs que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), no município de Recife (PE), através da aplicação de um questionário virtual.

O número de CDs que trabalhavam na APS do município, em março de 2023, era de 216 profissionais. Com base nesses dados, foi realizado o cálculo estatístico para uma amostra não probabilística, com nível de confiança 95%, obtendo-se um número mínimo de 138 profissionais necessários para garantir a confiabilidade dos resultados.

Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário eletrônico com 38 perguntas que versavam, principalmente, sobre a experiência dos CDs durante o curso de graduação, o conhecimento teórico e a experiência profissional no diagnóstico do câncer de boca. Esse instrumento era autoaplicável e anônimo, e foi hospedado virtualmente nos Formulários Google[®]. Foi elaborada uma primeira versão do questionário, tendo como base o instrumento criado e previamente validado por Dib¹⁸ (2004), o qual foi submetido a uma validação de conteúdo, levando-se em consideração particularidades locais e temporais que podem variar entre regiões geográficas e através do tempo.

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

Os dados da idade foram expressos por média, desvio padrão e mediana, e, para as variáveis categóricas, por meio de frequências absolutas e percentuais. Para

avaliar a associação entre duas variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher, quando a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada, considerando o nível de significância de $P < 0,05$.

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

RESULTADOS

Foram enviados 216 questionários, respondidos por 141 CDs. A amostra tinha uma média de idade de 44,62 anos. O maior percentual correspondeu aos pesquisados que tinham 40 a 49 anos (46,8%); a maioria (85,8%) era do sexo feminino; mais da metade (51,1%) tinha 21 anos ou mais de conclusão da graduação; todos declararam ter um ou mais cursos de pós-graduação, e as áreas mais citadas foram: saúde da família (27,0%), saúde coletiva (22,7%), saúde pública (21,3%).

Tabela 1 – Características da amostra de cirurgiões-dentistas da Atenção Básica à Saúde do Município de Recife, Pernambuco, ano 2024.

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

Fonte: autores (2024).

A Tabela 2 expõe questões sobre as experiências adquiridas na graduação, autoavaliação e avaliação sobre o câncer de boca. A maior parte dos profissionais relatou ter participado de atividades relacionadas a diagnóstico de lesões durante a graduação (75,2%), e a maioria delas foram realizadas em congressos, simpósios ou encontros presenciais ou virtuais (55,3%), tornando-os aptos a identificar lesões bucais com suspeitas de malignidade (74,5%). Quando questionados acerca de dados epidemiológicos, como tipo de câncer de boca, região mais frequente, sintomatologia, faixa etária mais comum, foram obtidas, como respostas mais frequentes: carcinoma

epidermoide (88,7%), assoalho de boca e língua (72,3%), úlcera indolor (80,1%), acima de 40 anos (94,4%). Além desses pontos, podem-se observar, na Tabela, dados acerca dos fatores de risco e avaliação do conhecimento acerca do tema.

Tabela 2 – Avaliação do conhecimento sobre o câncer de boca entre cirurgiões-dentistas da Atenção Básica à Saúde do Município de Recife, Pernambuco, ano 2024.

Variável	n (%)
TOTAL	141 (100,0)
Q6. Durante sua graduação, participou de atividades relacionadas a diagnóstico de lesões?	
Sim	106 (75,2)
Não	35 (24,8)
Q6.1 Atividades relacionadas a diagnóstico de lesões (1)	
Congressos, simpósios ou encontros presenciais ou virtuais	78 (55,3)
Monitorias, PIBIC ou projetos de extensão	31 (22,0)
Outras (cursos de férias, cursos virtuais, etc.)	34 (24,1)
Q7. Quanto a seu conhecimento sobre câncer de boca, qual é a sua autoavaliação?	
Excelente	1 (0,7)
Bom	69 (48,9)
Regular	63 (44,7)
Ruim	8 (5,7)
Q8. Sente-se apto(a) a identificar lesões bucais suspeitas de malignidade?	
Sim	105 (74,5)
Não	36 (25,5)
Q9. Qual o tipo de câncer mais comum na boca?	
Carcinoma epidermoide	125 (88,7)
Ameloblastoma	3 (2,1)
Tumor de glândula salivar	3 (2,1)
Sarcoma de Kaposi	1 (0,7)
Não sabe	9 (6,4)
Q10. Qual é a região mais frequente para o câncer de boca?	
Assoalho de boca e língua	102 (72,4)
Mucosa jugal e língua	23 (16,3)
Língua e gengiva	4 (2,8)
Palato e assoalho de boca	3 (2,1)
Gengiva e assoalho de boca	2 (1,4)
Não sabe	7 (5,0)
Q11. Qual a sintomatologia mais comum em pacientes com câncer de boca?	
Úlcera indolor	113 (80,2)
Nódulo duro	18 (12,8)
Dor intensa	4 (2,8)
Salivação abundante	1 (0,7)
Não sabe	5 (3,5)
Q12. Qual a faixa etária mais comum para a ocorrência do câncer de boca?	
Acima de 40 anos	133 (94,4)
18 a 40 anos	3 (2,1)
Não sabe.	5 (3,5)
Q13. O linfonodo mais característico em metástases em câncer de boca, quando palpado, se apresenta:	

Com volume aumentado, duro, sem dor, com mobilidade ou não	105 (74,5)
Com volume aumentado, duro, dolorido, com mobilidade	15 (10,6)
Com mesmo volume, mole, sem dor, com mobilidade ou não	1 (0,7)
Não sabe	20 (14,2)
Q14. No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que o câncer de boca é diagnosticado mais frequentemente em que estágio?	
Avançado	136 (96,5)
Não sabe.	5 (3,5)
Q15. Das seguintes condições, qual a mais frequente e que pode evoluir para um câncer de boca?	
Leucoplasia	123 (87,3)
Estomatite nicotínica	14 (9,9)
Pênfigo vulgar	2 (1,4)
Não sabe.	2 (1,4)
Fatores de risco que considera para câncer de boca (Q16 a Q29)	
Q16. Uso de drogas ilícitas injetáveis:	
Sim	33 (23,4)
Não	101 (71,6)
Não sabe	7 (5,0)
Q17. Ter apresentado câncer previamente em outra região:	
Sim	95 (67,4)
Não	37 (26,2)
Não sabe.	9 (6,4)
Q18. Consumo de álcool:	
Sim	140 (99,3)
Não	1 (0,7)
Q19. Consumo de tabaco:	
Sim	141 (100,0)
Não	–
Q20. História familiar de câncer de boca:	
Sim	122 (86,5)
Não	17 (12,1)
Não sabe	2 (1,4)
Q21. Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV):	
Sim	127 (90,1)
Não	10 (7,1)
Não sabe	4 (2,8)
Q22. Próteses mal adaptadas:	
Sim	110 (78,0)
Não	31 (22,0)
Q23. Dentes em mau estado:	
Sim	91 (64,5)
Não	49 (34,8)
Não sabe.	1 (0,7)
Q24. Higiene oral deficiente:	

Sim	94 (66,7)	Q33. Qual foi a última vez que você participou de curso de educação continuada sobre câncer de boca?	
Não	43 (30,5)	Nunca	9 (6,4)
Não sabe	4 (2,8)	Nos últimos 5 anos	60 (42,5)
Q25. Consumo de comidas condimentadas:		5 a 10 anos	40 (28,4)
Sim	43 (30,5)	Há mais de 10 anos	19 (13,5)
Não	85 (60,3)	Não se lembra.	13 (9,2)
Não sabe	13 (9,2)	Q34. Você se interessa em participar de curso de educação continuada sobre câncer de boca no futuro?	
Q26. Contato com a lesão:		Sim	140 (99,3)
Sim	24 (17,0)	Não	1 (0,7)
Não	107 (75,9)	Q35. Na sua opinião, qual a importância do cirurgião-dentista generalista na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de boca?	
Não sabe	10 (7,1)	Alta	141 (100,0)
Q27. Infecção por candidíase:		Q36. Você já investigou um caso de carcinoma epidermoide?	
Sim	29 (20,6)	Sim	87 (61,7)
Não	108 (76,6)	Não	54 (38,3)
Não sabe	4 (2,8)	Q37. Como você identifica seu conhecimento sobre câncer de boca?	
Q28. Bebidas e comidas quentes:		Excelente	3 (2,1)
Sim	47 (33,3)	Bom	52 (36,9)
Não	88 (62,4)	Regular	71 (50,4)
Não sabe	6 (4,3)	Ruim	14 (9,9)
Q29. Obesidade:		Péssimo	1 (0,7)
Sim	36 (25,5)	Q30. Como considera os conhecimentos adquiridos na graduação sobre câncer de boca?	
Não	85 (60,3)	Excelentes	2 (1,4)
Não sabe	20 (14,2)	Bons	48 (34,0)
Q31. Como considera sua experiência clínica adquirida na graduação para detecção do câncer de boca?		Regulares	65 (46,2)
Boa	23 (16,3)	Ruins	25 (17,7)
Regular	67 (47,5)	Péssimos	1 (0,7)
Ruim	41 (29,1)	Q32. Qual é a sua confiança para realizar procedimentos de diagnóstico para câncer de boca?	
Péssima	10 (7,1)	Excelente	4 (2,8)
Q32. Qual é a sua confiança para realizar procedimentos de diagnóstico para câncer de boca?		Boa	33 (23,4)
Excelente	4 (2,8)	Regular	75 (53,3)
Boa	33 (23,4)	Ruim	25 (17,7)
Regular	75 (53,3)	Péssima	4 (2,8)
Ruim	25 (17,7)		
Péssima	4 (2,8)		

Fonte: autores (2024).

Nota – (1): considerando a ocorrência de respostas múltiplas, a soma das frequências é superior ao total.

As correlações que tiveram resultados estatisticamente significativos entre a variável tempo de formatura com as respostas das perguntas a respeito do conhecimento sobre o câncer de boca podem ser vistas na Tabela 3. Nessa Tabela, verifica-se correlação significativa entre o tempo de formatura com cada uma das variáveis relacionadas ao item I da questão 6.1, “Se já participou de monitorias, PIBIC ou projetos de extensão relacionados ao diagnóstico de lesões”. O percentual que respondeu sim se reduziu com o aumento do tempo de formatura ($p=0,001$). Quanto ao fator de risco para câncer de boca, na questão 17, “ter apresentado câncer previamente em outra região”, o percentual que respondeu sim foi mais elevado no intervalo de até 10 anos de formatura ($p=0,004$). Na questão 21: “Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)”, todos, no intervalo de até 10 anos de formados, responderam sim ($p=0,004$). E na questão 30: “Como considera os conhecimentos adquiridos na graduação sobre câncer de boca?”, o percentual de respostas atribuídas à categoria excelente ou bom foi menos

elevado entre os tinham 21 anos de formado e variou nas outras duas categorias, enquanto o percentual que respondeu ruim ou péssimo foi nulo entre os formados até 10 anos ($p=0,003$).

Tabela 3 – Correlações estatisticamente significativas do conhecimento sobre o câncer de boca segundo o tempo de formatura entre cirurgiões-dentistas da Atenção Básica à Saúde do Município de Recife, Pernambuco, ano 2024.

Variável	Tempo de formatura (anos)				Valor de p
	Até 10	11 a 20	21 ou mais	Grupo total	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
TOTAL	17 (100,0)	52 (100,0)	72 (100,0)	141 (100,0)	
Q6.1 Atividades relacionadas a diagnóstico de lesões: (1)					
I. Sim (monitorias, PIBIC ou projetos de extensão)					$p(1)=0,001^*$
Sim	9 (52,9)	13 (25,0)	9 (12,5)	31 (22,0)	
Não	8 (47,1)	39 (75,0)	63 (87,5)	110 (78,0)	
Q17. Ter apresentado câncer previamente em outra região:					
					$p(1)=0,039^*$
Sim	11 (64,7)	43 (82,7)	41 (56,9)	95 (67,4)	
Não	5 (29,4)	7 (13,5)	25 (34,7)	37 (26,2)	
Não sabe	1 (5,9)	2 (3,8)	6 (8,3)	9 (6,4)	
Q21. Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV):					
					$p(2)=0,004^*$
Sim	17 (100,0)	51 (98,1)	59 (81,9)	127 (90,1)	
Não e Não sabe	-	1 (1,9)	13 (18,1)	14 (9,9)	
Q30. Como considera os conhecimentos adquiridos na graduação sobre câncer de boca?					
					$p(1)=0,003^*$
Excelentes, Bons	9 (52,9)	25 (48,1)	16 (22,2)	50 (35,5)	
Regulares	8 (47,1)	21 (40,4)	36 (50,0)	65 (46,1)	
Ruins, Péssimos	-	6 (11,5)	20 (27,8)	26 (18,4)	
Não se lembra	-	6 (11,5)	7 (9,7)	13 (9,2)	1

Fonte: autores (2024)

Legenda – (*), Associação significativa ao nível de 5,0%; (1) Teste Qui-quadrado de Pearson

(2) Teste Exato de Fisher.

Na Tabela 4, apresentam-se os resultados das correlações estatisticamente significativas entre cada uma das questões do conhecimento sobre câncer de boca. De acordo com a questão 6, “Durante toda sua graduação, já participou de atividades relacionadas a diagnóstico de lesões?”, verificou-se correlação significativa com a resposta “sim” à questão 11, “Qual a sintomatologia mais comum em pacientes com câncer de boca?”. O percentual que respondeu úlcera indolor foi mais elevado ($p=0,048$). O uso de drogas ilícitas injetáveis como possível fator de risco teve as maiores diferenças percentuais entre os que responderam não ($p=0,014$) à questão 27, “Infecção por candidíase”, o percentual que respondeu sim ($p=0,043$). Na questão 31, “Como considera sua experiência clínica adquirida na graduação para detecção do câncer de boca?”, o percentual que respondeu boa foi mais ele-

vado, enquanto o percentual que respondeu ruim ou péssimo foi mais elevado entre os que responderam não ($p=0,028$). Na questão 33, “Qual foi a última vez que você participou de um curso de educação continuada sobre câncer de boca?”, ocorreu valor mais elevado entre os que responderam sim ($p=0,035$). Na questão 36, “Você já investigou um caso de carcinoma epidermoide?”, o percentual que respondeu sim foi maior ($p=0,002$). E na questão 37, “Como você identifica o seu conhecimento sobre câncer de boca?” as maiores diferenças foram registradas nas respostas excelente ou bom, com percentual mais elevado entre os que já tinham do que os que não tinham participado de atividades relacionadas ao diagnóstico de lesões. Já o percentual dos que responderam ruim ou péssimo foi mais elevado entre os que não tinham participado das atividades citadas ($p=0,048$).

Tabela 4 – Correlações estatisticamente significativas do conhecimento a respeito do câncer de boca segundo a questão 6, “Durante sua graduação, já participou de atividades relacionadas a diagnóstico de lesões?”, entre cirurgiões-dentistas da Atenção Básica à Saúde do Município de Recife, Pernambuco, ano 2024.

Q6. Durante sua graduação, já participou de atividades relacionadas a diagnóstico de lesões?					
Variável	Sim n (%)	Não n (%)	Grupo Total n (%)	Valor de p	
TOTAL	106 (100,0)	35 (100,0)	141 (100,0)		
Q11. Qual a sintomatologia mais comum em pacientes com câncer de boca?				p(2) = 0,048*	
Úlcera indolor	90 (84,9)	23 (65,7)	113 (80,1)		
Nódulo duro	11 (10,4)	7 (20,0)	18 (12,8)		
Outra	3 (2,8)	2 (5,7)	5 (3,5)		
Não sabe	2 (1,9)	3 (8,6)	5 (3,5)		
Fatores de risco para câncer de boca (Q16 a Q29)					
Q16. Uso de drogas ilícitas injetáveis:				p(2) = 0,014*	
Sim	26 (24,5)	7 (20,0)	33 (23,4)		
Não	78 (73,6)	23 (65,7)	101 (71,6)		
Não sabe.	2 (1,9)	5 (14,3)	7 (5,0)		
Q27. Infecção por candidíase:				p(1) = 0,043*	
Sim	26 (24,5)	3 (8,6)	29 (20,6)		
Não, Não sabe	80 (75,5)	32 (91,4)	112 (79,4)		
Q31. Como considera sua experiência clínica adquirida na graduação para detecção do câncer de boca?				p(1) = 0,028*	
Boa	22 (20,8)	1 (2,9)	23 (16,3)		
Regular	50 (47,2)	17 (48,6)	67 (47,5)		
Ruim, Péssima	34 (32,1)	17 (48,6)	51 (36,2)		
Q33. Qual foi a última vez que você participou de um curso de educação continuada sobre câncer de boca?				p(2) = 0,035*	
Nunca	3 (2,8)	6 (17,1)	9 (6,4)		
Nos últimos 5 anos	50 (47,2)	10 (28,6)	60 (42,6)		
5 a 10 anos	30 (28,3)	10 (28,6)	40 (28,4)		
Há mais de 10 anos	14 (13,2)	5 (14,3)	19 (13,5)		
Não se lembra	9 (8,5)	4 (11,4)	13 (9,2)		
Q36. Você já investigou um caso de carcinoma epidermoide?				p(1) = 0,002*	
Sim	73 (68,9)	14 (40,0)	87 (61,7)		
Não	33 (31,1)	21 (60,0)	54 (38,3)		
Q37. Como você identifica seu conhecimento sobre câncer de boca?				p(1) = 0,048*	
Excelente, Bom	46 (43,4)	9 (25,7)	55 (39,0)		
Regular	52 (49,1)	19 (54,3)	71 (50,4)		
Ruim, Péssimo	8 (7,5)	7 (20,0)	15 (10,6)		

Fonte: autores (2024).

Legenda – (*) Diferença significativa ao nível de 5,0%; (1) Teste Qui-quadrado de Pearson;

(2) Teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

A amostra é predominantemente formada por mulheres, com grande parte na 5ª década de vida, e um tempo de formação de 21 anos ou mais. Todos os CDs possuem, pelo menos, uma pós-graduação, seja residência, especialização, mestrado e doutorado. Esse achado demonstra uma força de trabalho altamente qualificada, resultado superior ao encontrado na literatura^{12,17}. Saúde da família, saúde coletiva e saúde pública foram também as áreas de pós-graduação mais citadas em estudo realizado com CDs atuantes na APS em todas as regiões do Brasil¹⁷.

A maioria dos CDs respondeu ter participado, durante a graduação, de atividades relacionadas ao diagnóstico de lesões, principalmente sob forma de congressos, simpósios e encontros presenciais ou virtuais. Esse aspecto impactou positivamente e esteve relacionado à capacidade de esses CDs identificarem a apresentação clínica mais comum do câncer de boca, como a presença de uma úlcera indolor.

Há duas questões autoavaliativas na pesquisa, Q. 7 e Q. 37. Verifica-se que, em um primeiro momento, a maioria dos entrevistados respondeu que seu conhecimento era bom. Contudo, ao final do questionário, a maioria da dos CDs da amostra considerou o seu conhecimento como regular. Tal diferença pode ser explicada por possíveis lacunas identificadas pelos próprios profissionais em seu conhecimento durante a leitura do questionário, o que acarretou mudanças de percepção na resposta. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura^{12,17,19}.

A maioria dos CDs respondeu corretamente que o tipo histopatológico mais comum de câncer na boca é o carcinoma epidermoide, resultado semelhante ao encontrado em Mossoró-RN¹⁹, maior do que o encontrado em Recife-PE²⁰ e na Palestina²¹. Porém contrasta bastante com o resultado de estudo realizado na República Democrática do Congo, em que apenas 40,7% das respostas foram corretas²².

Para detecção precoce do câncer de boca, é fundamental que, além do exame clínico, o CD conheça a região anatômica mais frequente, a sintomatologia e a faixa etária mais comum, assim como identificar lesões com potencial de malignização. As respostas dos CDs a essas questões foram satisfatórias, coincidindo com as de outros estudos^{9,18,21,23-25}. Todavia, esses resultados diferem dos encontrados por Fidele, Patrick Okonji, Kazadi²² (2022), corroborando o fato de que necessidades de atualização de conhecimento sobre essa doença podem ser distintas, dependendo da região na qual o estudo seja realizado.

É importante que os CDs saibam identificar as lesões potencialmente malignas, principalmente a leucoplasia, que é a mais comum na rotina clínica, cuja taxa de risco de transformação maligna é estabelecida em torno de 10% dos casos^{25,26}. São considerados positivos os re-

sultados deste estudo em relação às perguntas sobre lesões potencialmente malignas, visto que a maioria identificou a leucoplasia como a condição mais frequente. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos^{9,19,22,26}.

Em um estudo realizado por Glass, Brown, Carrico, Madurantakam²⁷ (2023) com CDs da Virgínia (EUA), 96% responderam realizar exames locais extraorais na região de cabeça e pescoço como parte dos procedimentos clínicos de diagnóstico. Entretanto, alguns CDs têm dificuldade em identificar corretamente as características dos gânglios linfáticos cervicais metastáticos^{17,22}. Neste estudo, uma taxa alta da amostra respondeu corretamente a essa pergunta.

O tabagismo é o principal fator de risco para o câncer bucal, pois sua continuidade pode aumentar até 15 vezes o risco de desenvolver a doença. Outro importante fator de risco é o uso de bebidas alcoólicas que, juntamente com o tabaco, agem de forma sinérgica na carcinogênese da patologia^{28,29}. Foi extremamente importante que todos os CDs tenham identificado o tabaco como fator de risco, e apenas uma pessoa respondeu que o consumo de álcool não é fator de risco para o câncer de boca. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura^{9,19-23}.

Ter apresentado câncer previamente em outra região e o histórico familiar de câncer de boca não são considerados fatores de risco importantes associados ao câncer bucal. Sabe-se que a maioria das mutações verificadas em cânceres são de origem somáticas, causadas espontaneamente ou induzidas por fatores ambientais^{28,29}. No presente estudo, a maioria dos participantes afirmou que ter apresentado câncer previamente em outra região e o histórico familiar de câncer de boca são fatores de risco para o câncer de boca. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura^{9,20-23}.

No Brasil, persistem ainda más condições de higiene oral na população, dentes em mau estado e o uso de próteses mal adaptadas, fatores que não constituem risco considerável para o desenvolvimento do câncer de boca. Caso o fossem, a incidência de novos casos dessa patologia no país seria maior. Neste estudo, a maioria dos integrantes da amostra acredita que tais agentes agressivos são fatores de risco para o câncer bucal, resultado que se assemelha a vários outros estudos disponíveis na literatura^{9,20,21,23}. A maioria dos entrevistados considerou o conhecimento adquirido na graduação sobre o câncer de boca regular. Em estudo anterior, realizado também na cidade de Recife (PE), por Leonel et al.²⁰ (2019), 56,3% dos entrevistados responderam não ter recebido nenhum treinamento na graduação sobre como realizar o exame para detecção do câncer bucal. Em estudos realizados em Mossoró (RN)¹⁹, na Baixada Litorânea (RJ)²³, 37,2% e 55,3% dos CDs, respectivamente, também responderam que não. Entretanto, Souza, De Sá, Popoff¹² (2016), em estudo realizado em Montes Claros (MG), encontraram correlação estatisticamente significativa e positiva entre a autoavaliação satisfatória com relação ao conhecimento

sobre câncer bucal e as respostas ótimo e bom com relação ao conhecimento obtido na graduação sobre o tema.

Aparentemente, existe uma falta de confiança entre os CDs da APS para a realização de procedimentos diagnósticos do câncer de boca, principalmente a biópsia, o que revela uma lacuna no conhecimento desses profissionais. Em estudo realizado por Medeiros *et al.*¹⁷ (2022), menos de 20% dos participantes já tinham algum tipo de prática anterior e se sentiam seguros para realizar a cirurgia de biópsia. Já Glass, Brown, Carrico, Madurantakam²⁷ (2023) obtiveram, como resultado, que 71% dos CDs de sua amostra não realizam biópsia. Este estudo confirma também essa falta de confiança, visto que a maioria dos entrevistados responderam que consideram regular sua experiência clínica adquirida na graduação e confiança para realização de procedimentos diagnósticos do câncer bucal. Outros estudos na literatura evidenciam essa falta de confiança do profissional em realizar procedimentos diagnósticos^{18,23}.

O menor tempo de formado também teve correlação significativa com o fato de os CDs terem participado de monitorias, PIBIC ou projetos de extensão relacionados ao diagnóstico de lesões. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de os cursos de formação superior estarem, nos últimos anos, cada vez mais estimulando os estudantes a realizarem atividades extracurriculares. Também houve correlação estatística entre quem se formou nos últimos 10 anos e a autoavaliação do conhecimento sobre câncer de boca como excelente. Em estudo realizado por Shadid, Habash²¹ (2023), os CDs mais experientes obtiveram pontuações de conhecimento clínico significativamente mais baixas do que os mais jovens.

Para atualização dos conhecimentos preventivos e diagnósticos sobre o câncer de boca, é importante que os próprios CDs tenham interesse no tema. A maioria afirmou ter participado de curso de educação continuada sobre o câncer de boca nos últimos cinco anos, resultado semelhante ao encontrado por Freire, Zanin, Flório²³ (2022). Já na amostra de Oliveira, Gonzaga¹⁹ (2020), a maioria respondeu (41,9%) ter se atualizado há mais de cinco anos. Neste estudo, considera-se positivo também que maioria expressiva dos entrevistados respondeu ter interesse em participar de um curso de educação continuada no futuro. Tal interesse é identificado em outros estudos na literatura^{9,12,18-20,22,23}.

A totalidade dos entrevistados considerou alta a importância do CD generalista na prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca, e a maioria afirmou já ter investigado um carcinoma epidermoide, o que comprova que os CDs valorizam tal conhecimento e atitude frente a essa patologia, corroborando a necessidade de realização de novos cursos de educação continuada, para que cada vez menos casos do câncer de boca sejam negligenciados. Resultados semelhantes são encontrados em outros estudos na literatura^{9,18-20,22}.

O presente estudo demonstra um panorama a respeito do conhecimento sobre o câncer de boca dos CDs de

APS do município de Recife (PE), para, assim, identificar potencialidades, fragilidades e auxiliar na construção de estratégias de educação continuada. Considerando-se que a amostra foi constituída, predominantemente, de adultos de meia idade, cujo curso de graduação se deu em época anterior à reforma curricular³⁰, na qual a formação era ainda pautada nas clínicas de especialidades tecnicistas, voltadas apenas à saúde do “dente”, é possível que esse panorama mude com o passar dos anos, com a incorporação de novos CDs concursados, bem como a promoção de educação continuada dos profissionais em exercício, para que tenham um perfil mais apropriado para atuar na APS do SUS.

CONCLUSÃO

Os CDs deste estudo apresentam um bom conhecimento teórico clínico e epidemiológico sobre o câncer de boca. Entretanto, eles demonstram insegurança na realização do procedimento de biópsia para elucidação diagnóstica dessa doença, evidenciando a necessidade de cursos de educação continuada para esses profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2018;68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492
2. Lalangui K, Quentin E, Parise-Vasco JM, Reytor-Gonzalez C, Frías-Toral E, Simancas-Racines D. Distribution of malignant neoplasms of the oral cavity in Ecuador: an epidemiological study from 2015 to 2019. *Distribución de las neoplasias malignas de la cavidad oral en Ecuador: estudio epidemiológico de 2015 a 2019*. *Medwave*. 2025;25(3):e3024. doi:10.5867/medwave.2025.03.3024
3. Nwaozuru U, Obiezu-Umech C, Uzodufa SA, Salako A, Akinsolu FT, Ezechi OC, *et al.* Systematic review and meta-analysis of the prevalence of oral cancer in Nigeria. *BMC Oral Health*. 2025;25(1):414. doi:10.1186/s12903-025-05724-w
4. Xie L, Huang CM, Song YL, Shao Z, Shang ZJ. Incidence trends and projections of lip and oral cavity cancer in China 1990-2021: an age-period-cohort and decomposition analysis. *BMC Oral Health*. 2025;25(1):406. doi:10.1186/s12903-025-05764-2
5. Lisboa LJ, Amorim MM, Pires AL, Oliveira AC, Calumby RT, Freitas SV. Perfil Epidemiológico e Fatores Relacionados ao Câncer de Cavidade Oral em Adultos Jovens Brasileiros e sua Relação com o Óbito, 1985-2017. *Rev Bras Cancerol*. 2022;68(2). doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n2.2063>
6. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer – INCA. Diagnóstico precoce do câncer de boca [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2022 [citado 2024 dez 12]. 137 p. Disponível em: <http://controlecancer.bvs.br/>
7. Freitas do Ó S, Lima SMA de S, Souza MC de, D’Avila DDT, Garcia MFG, Cunha FC, *et al.* Câncer de Boca e Saúde Pública. *Braz J Implantology Health Sciences* [Internet]. 2024;6(8):413-34. doi: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p413-434>
8. Perea LME, Peres MA, Boing AF, Antunes JLF. Trend of oral and pharyngeal cancer mortality in Brazil in the period of 2002 to 2013. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2018;52(0). doi: 10.15644/asc53/1/6

9. Carter LM, Ogden GR. Oral cancer awareness of general medical and general dental practitioners. *Br Dent J.* 2007;203(5):E10-249. doi:10.1038/bdj.2007.630
10. Lombardo EM, da Cunha AR, Carrard VC, Bavaresco CS. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas [Delayed referrals of oral cancer patients: the perception of dental surgeons]. *Cien Saude Colet.* 2014;19(4):1223-32. doi:10.1590/1413-81232014194.00942013
11. Hashim R, Abo-Fanas A, Al-Tak A, Al-Kadri A, Abu Ebaid Y. Early Detection of Oral Cancer – Dentists’ Knowledge and Practices in the United Arab Emirates. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018;19(8):2351-5. doi:10.22034/APJCP.2018.19.8.2351
12. Souza JGS, De Sá MAB, Popoff DAV. Comportamentos e conhecimentos de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde quanto ao câncer bucal. *Cad Saúde Colet [Internet].* 2016 Jun 23;24(2):170-7. doi: 10.1590/1414-462X201600020250
13. Alfadhel A, Assiri Z, Alshehri A. Oral cancer awareness, knowledge, and practices among saudi general dentists. *Saudi J Oral Sci.* 2019 Jan 6(1):25. doi: 10.4103/sjos.SJOralSci_49_18
14. Jboor DH, Al-Darwish MS, Nur U. Oral Cancer Knowledge, Attitude, and Practice of Dentists in the State of Qatar. *Dent J.* 2019 Apr 11;7(2):43. doi: 10.3390/dj7020043
15. Nazar H, Shyama M, Ariga J, El-Salhy M, Soparkar P, Alsumait A. Oral Cancer Knowledge, Attitudes and Practices among Primary Oral Health Care Dentists in Kuwait. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2019;20(5):1531-6. doi:10.31557/APJCP.2019.20.5.1531
16. Wimardhani YS, Warnakulasuriya S, Wardhany II, Syahzaman S, Agustina Y, Maharani DA. Knowledge and Practice Regarding Oral Cancer: A Study Among Dentists in Jakarta, Indonesia. *Int Dent J.* 2021;71(4):309-15. doi:10.1016/j.identj.2020.12.007
17. Medeiros Y de L, De Matos Silveira G, Clemente VB, Leite ICG, Vilela EM, de Abreu Guimarães LD. Knowledge about oral cancer among dental students and Primary Health Care dentists: A Brazilian study. *J Dent Educ.* 2022;86(11):1488-97. doi:10.1002/jdd.13021
18. Dib LL. Nível de conhecimento e de atitudes preventivas entre universitários do curso de odontologia em relação ao câncer bucal: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. *Acta Oncol Bras.* 2004 Jan 2;4(3):628-44.
19. Oliveira RS, Gonzaga AK. Câncer de boca: avaliação do conhecimento de cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família de Mossoró (RN). *Rev Ciênc Plur [Internet].* 2020 Sep 26;6(3):137-53. doi: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2020v6n3ID19940>
20. Leonel ACLDS, Soares CBRB, Lisboa de Castro JF, Bonan PRF, Ramos-Perez FMM, Perez DEDC. Knowledge and Attitudes of Primary Health Care Dentists Regarding Oral Cancer in Brazil. *Acta Stomatol Croat.* 2019;53(1):55-63. doi:10.15644/asc53/1/6
21. Shadid RM, Habash G. Knowledge, Opinions, and Practices of Oral Cancer Prevention among Palestinian Practicing Dentists: An Online Cross-Sectional Questionnaire. *Healthcare (Basel).* 2023;11(7):1005. doi:10.3390/healthcare11071005
22. Fidele NB, Patrick SMN, Okonji OC, Kazadi EK. Oral cancer awareness and knowledge: Survey of dentists in Democratic Republic of the Congo. *J Cancer Policy.* 2022 Jun;32:100341. doi:10.1016/j.jcpo.2022.100332
23. Freire MM da S, ZANIN L, Flório FM. Câncer bucal: o que sabem os cirurgiões-dentistas da Baixada Litorânea-RJ? *Rev Odontol UNESP [Internet].* 2022;51. doi: 10.1590/1807-2577.04922
24. Mavedatnia D, Cuddy K, Klieb H, Blanas N, Goodman J, Gilbert M, et al. Oral cancer screening knowledge and practices among dental professionals at the University of Toronto. *BMC Oral Health.* 2023;23(1):343. doi:10.1186/s12903-023-03062-3
25. Aguirre-Urizar JM, Lafuente-Ibáñez de Mendoza I, Warnakulasuriya S. Malignant transformation of oral leukoplakia: Systematic review and meta-analysis of the last 5 years. *Oral Dis.* 2021;27(8):1881-95. doi:10.1111/odi.13810
26. Guan JY, Luo Y.-H, Lin Y.-Y, Wu Z.-W, Ye J.-Y, Xie S.-M, et al. Malignant transformation rate of oral leukoplakia in the past 20 years: A systematic review and meta-analysis. *J Oral Pathol Med.* 2023;52(8):691-700. doi:10.1111/jop.13440.
27. Glass S, Brown V, Carrico C, Madurantakam P. Head and neck exam practices of dental professionals. *Clin Exp Dent Res.* 2023;9(5):887-93. doi:10.1002/cre2.772
28. Souza Júnior SA. Etiopatogenia do Câncer Bucal: Fatores de Risco e de Proteção. *SaBios-Rev Saud Biol.* 2006;1(2):48–58.
29. Ribeiro ILA, Medeiros JJ de, Rodrigues LV, Valença AMG, Lima Neto E de A. Factors associated with lip and oral cavity cancer. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(3):618-29. doi:10.1590/1980-5497201500030008
30. Brasil. Resolução N° CNE/CES 3/2002 de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais Dos Cursos De Farmácia E Odontologia. 2002 [citado 2024 dez 20]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>

SUBMISSÃO: 04/04/2025
ACEITE: 24/09/2024